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.

# VACCIN COVID : RÉINVENTER LA TRANSPARENCE

Il décembre 2020 | Par Mélanie Heard, enseignante-chercheuse au Centre de Recherches Interdisciplinaires (CRI) et coordonnatrice du pôle santé de Terra Nova, François Bourdillon, médecin spécialiste de santé publique, ancien directeur général de Santé publique France, président honoraire de la Société française de santé publique, Gilles Pialoux, chef du service des maladies infectieuses à l'hôpital Tenon, vice-président de la Société Française de Lutte contre le Sida, rédacteur en chef du site vih.org, auteur de Nous n'étions pas prêts : Carnet de bord par temps de coronavirus, JC Lattès, 2020, Patrick Zylberman, historien de la santé, professeur émérite à l'École des hautes études de santé publique, auteur de la Guerre des vaccins aux éditions Odile Jacob.

Pour que l'arrivée de la vaccination anti-Covid soit véritablement le tournant que chacun attend dans la gestion de l'épidémie, la mise à disposition d'un vaccin efficace et sûr en termes de tolérance et d'acceptabilité est une condition absolument nécessaire, mais elle ne suffira pas. La vaccination ne produira son effet que si l'immunité collective recherchée, qui associe la part de la population immunisée naturellement (évaluée actuellement en France à 10 %, soit 5 % par vague) et celle qui bénéficiera d'une immunité induite par un vaccin, atteint un niveau estimé entre 60 et 80%. Or les intentions déclarées aujourd'hui par les Français, de même que les taux de vaccination très insuffisants en France dans certaines vaccinations non obligatoires (hépatite B, papillomavirus, grippe...) rendent un tel horizon très incertain.

<sup>[1]</sup> Ipsos, "Global attitudes on a Covid-19 Vaccine", Ipsos survey for the World Economic Forum, 2020.

La France se distingue par le niveau qu'y atteint la défiance vaccinale, identifiée par l'OMS en 2019 comme l'une des dix plus grandes menaces qui pèsent sur la santé mondiale[1]; le pays se classe régulièrement dans les études internationales comme le pays du paradoxe : une confiance quasi aveugle en son corps soignant et une défiance à l'égard des vaccins tout aussi importante[2]. De fait, la proportion de Français déclarant qu'ils se feront certainement vacciner contre le SRAS-COV-2 ne cesse de diminuer depuis le mois de mai[3]. Les dernières données de Santé publique France révèlent qu'en novembre 2020, seule la moitié des personnes interrogées (53%) répondait vouloir certainement ou probablement se faire vacciner contre la COVID-19. Un résultat en baisse par rapport au mois de juillet quand 64% disaient avoir l'intention de le faire. Les hommes, les CSP+ et les personnes les plus âgées sont les plus enclins à se faire vacciner. En juillet 2020, parmi les 728 personnes (36%) qui ne souhaitaient pas être vaccinées, les raisons citées le plus souvent pour ne pas le faire étaient : « les nouveaux vaccins ne sont pas sûrs » (67%) ; « je préfère d'autres moyens de prévention comme les gestes barrières » (33%); « je suis contre la vaccination en général » (18%). A contrario, dans ce même groupe, les raisons qui pousseraient à le faire étaient : « des informations qui prouvent l'efficacité et la sûreté des vaccins » (39%), « la protection de mes proches » (21%). Et, parmi eux, 34% déclaraient : « aucune raison ne me ferait changer d'avis »[4]. Comme le résumait début novembre la Commission pour l'engagement des usagers de la HAS, cette campagne de vaccination se prépare sous double contrainte « dans un pays où d'une part le scepticisme, voire le rejet, à l'égard de la vaccination reste fort, y compris chez certains professionnels de santé, et où d'autre part la parole d'experts scientifiques comme celle de responsables publics est questionnée »[5].

Cette inquiétude motive chez les autorités politiques et scientifiques des appels réitérés à la « transparence » dans l'élaboration de la campagne de vaccination contre le Covid-19, levier crucial de la confiance qu'il est impératif de favoriser dans la population à l'égard des vaccins. Mais quelles exigences recouvre réellement ce principe fondamental ?

<sup>[1]</sup> WHO, "Ten threats to global health 2019", <a href="https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019">https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019</a>

<sup>[2]</sup> Wellcome Trust Global Monitor 2019 ; <a href="https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931558-0">https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931558-0</a>

<sup>[3]</sup> Hacquin, Anne-Sophie, Sacha Altay, Emma de Araujo, Coralie Chevallier, and Hugo Mercier. 2020. "Sharp Rise in Vaccine Hesitancy in a Large and Representative Sample of the French Population: Reasons for Vaccine Hesitancy." PsyArXiv. November 16. doi:10.31234/osf.io/r8h6z.

<sup>[4]</sup> Santé publique France, Point épidémiologique du 3/12/2020 : <a href="https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-3-decembre-2020">https://www.lejdd.fr/Politique/sondage-covid-19-59-des-francais-nont-pas-lintention-de-se-faire-vacciner-4008724</a>

<sup>[5]</sup> https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/has 66 avis ceu strategie vaccinale covid 2020 11 05 mel 2020-11-09 10-30-53 177.pdf

Le Premier ministre a défini l'impératif de transparence par une exigence : « Je souhaite que les Français aient accès à toute l'information dont nous disposerons nous-même »[6]. On entend en effet d'abord par « transparence » la nécessité, pour les autorités sanitaires et politiques, de veiller à la « publicité », c'est-à-dire au caractère public de différents ordres de considérations qui entourent le processus d'évaluation : publicité des données analysées par le régulateur quant à l'efficacité et à la sûreté des vaccins ; publicité des processus d'évaluation, de la composition des comités d'experts et de leurs éventuels conflits d'intérêt ; publicité enfin des réunions de ces comités et de leurs délibérations. Toutes ces exigences ne vont pas de soi ; la publicité, par exemple, des données fournies au régulateur par les industriels dans le cadre de la demande d'autorisation (ANSM) ou de remboursement (HAS) est un point de litige ancien, puissamment réactivé dans le cadre actuel[7]. Comme a bien cherché à y répondre le Gouvernement lors de sa conférence de presse du 3 décembre 2020, la même exigence de « publicité » s'applique à l'aspect industriel et commercial de la stratégie vaccinale, avec un plaidoyer en faveur de la publication des négociations, des accords de licence, des transferts de technologie et des coûts de recherche et de développement[8].

Mais il serait erroné de penser que ces dimensions de « publicité » ou d'annonce suffisent à satisfaire l'exigence de transparence. Celle-ci ne peut être un levier de confiance à l'égard des autorités qui y souscrivent que si elle s'accompagne aussi d'un accès ouvert des citoyens aux raisons des décisions, aux étapes des délibérations, aux critères des évaluations, bref à la pleine intelligibilité des déterminants du choix. On peut éclairer la nature de cette exigence d'intelligibilité, partie intégrante de la notion de transparence, en faisant le parallèle avec le droit à la transparence reconnu aux patients dans le cadre de la loi de démocratie sanitaire du 4 mars 2002 : ce droit comprend à la fois l'accès aux informations du dossier médical, et l'accès à une « décision partagée » entre patient et médecin quant aux stratégies thérapeutiques, ce qui recouvre la notion d'une délibération commune et éclairée sur la base d'arguments explicites et intelligibles pour le patient. La transparence n'est donc pas seulement l'exigence qu'il n'y ait pas de « secrets », elle répond aussi à une demande de pédagogie, d'intelligibilité et de délibération partagée.

<sup>[6]</sup> Conférence de presse du 3/12/2020 ; <a href="https://www.gouvernement.fr/partage/11931-conference-de-presse-du-premier-ministre-strategie-vaccinale-et-la-lutte-contre-la-covid-19">https://www.gouvernement.fr/partage/11931-conference-de-presse-du-premier-ministre-strategie-vaccinale-et-la-lutte-contre-la-covid-19</a>

<sup>[7]</sup> voir par exemple MSF <a href="https://www.msf.ch/nos-actualites/communiques-presse/covid-19-societes-pharmaceutiques-doivent-rendre-publics-accords">https://www.msf.ch/nos-actualites/communiques-presse/covid-19-societes-pharmaceutiques-doivent-rendre-publics-accords</a>

<sup>[8]</sup> idem MSF <u>https://www.msf.ch/nos-actualites/communiques-presse/covid-19-societes-pharmaceutiques-doivent-rendre-publics-accords</u>

Qu'en est-il aujourd'hui en France de la publicité et de l'intelligibilité des choix faits par les autorités sanitaires et politiques en matière de stratégie vaccinale? A côté des enjeux industriels, commerciaux, logistiques, qui sont cruciaux, les enjeux d'une stratégie vaccinale recouvrent deux ordres de choix:

- le choix des publics ciblés (avec, dans le cas d'une livraison progressive des doses, un sujet spécifique de priorisation);
- le choix des leviers d'incitation (facilitation du parcours vaccinal, pédagogie et information, proposition systématique, obligation...);

Sur ces enjeux, s'agissant du programme de vaccination en France contre le SRAS-COV-2, on sait aujourd'hui que la pédagogie sera privilégiée et l'obligation exclue, et on connaît les phases successives de priorisation des publics retenues par le Gouvernement sur proposition de la Haute autorité de santé (HAS). Mais de quels éléments dispose-t-on pour comprendre, analyser, et éventuellement débattre de ces décisions, peser les principes et les arguments mobilisés, évaluer les scénarios alternatifs?

L'objectif est ici d'identifier le cadre normatif, éthique et politique des décisions. L'intelligibilité partagée de ce cadre conditionne la possibilité et la clarté du débat public, la réponse aux critiques, et donc *in fine* la transparence et la confiance.

La transparence est, dans la situation présente, soumise à une contrainte forte : celle de l'incertitude des connaissances scientifiques disponibles sur certains aspects de la vaccination. L'enjeu, de ce point de vue, n'est pas seulement pour les autorités scientifiques et politiques de pouvoir « dire ce qu'on sait et ce qu'on ne sait pas encore ». Il est aussi d'assurer que la stratégie arrêtée soit intelligible en dépit des angles morts de la connaissance. Un enjeu concentre la réflexion : celui des objectifs mêmes de la vaccination. Vacciner une population, c'est classiquement poursuivre plusieurs objectifs : vacciner des individus pour qu'ils soient protégés contre la maladie (logique médicale) ; vacciner une population pour supprimer les transmissions et éradiquer la circulation du virus (logique de santé publique) ; vacciner une société pour préserver les conditions de son fonctionnement (logique socio-économique). La logique médicale de protection personnelle face à la maladie emporte un cadre normatif donné, centré sur l'individu, son désir d'auto-protection et nécessairement son libre-arbitre ; la logique de santé publique, elle, convoque un cadre normatif radicalement différent, fondé sur l'altruisme et la solidarité, dans une logique de protection collective qui légitime dans notre pays le recours à la vaccination obligatoire en routine dans certaines populations - c'est la logique qui prévaut pour l'obligation de vaccination des professionnels de santé (4 vaccins obligatoires) ou des enfants de moins de deux ans (11 vaccins obligatoires).

Or dans la situation actuelle, si la capacité des vaccins disponibles à protéger les individus de la maladie est démontrée, en revanche il n'est pas acquis pour le moment qu'être vacciné empêche de transmettre le virus. Cet intérêt de santé publique reste donc pour l'heure à l'état d'hypothèse - probante au vu des informations en la matière qui proviennent des modèles animaux[9], mais non vérifiée. Or l'intelligibilité des choix stratégiques effectués aujourd'hui dépend du statut que l'on confère à cette hypothèse. Construire l'édifice de la campagne vaccinale dans un entre-deux ambigu sans trancher sur le traitement que l'on réserve à ce point d'incertitude, c'est risquer de devoir rester flous sur les objectifs, et donc peu convaincants sur la légitimité même des choix.

## 1. QUELLE PRIORISATION DES PUBLICS À VACCINER?

La vaccination Covid présente la particularité d'être organisée dans une situation d'incertitude à la fois sur l'efficacité et la sécurité des vaccins, mais aussi sur le calendrier précis de livraison des doses. Les choix stratégiques sont marqués par la perspective d'une situation de doses contingentées, mises à disposition de façon progressive, nécessitant un premier type de décisions à prendre : des décisions de priorisation des populations à vacciner.

Dans la compréhension des décisions prises, un public spécifique concentre l'attention et motive des interrogations particulières : celui des personnels travaillant dans les secteurs sanitaires et médico-social. Qu'ils soient soignants ou agents d'accueil, de nettoyage, de sécurité etc. dans des établissements de santé ou médico-sociaux, ils constituent une population qui présente une triple spécificité dans la stratégie vaccinale : ils sont particulièrement exposés au risque d'être infectés ; ils sont particulièrement à risque d'être vecteurs de contamination pour les patients dont ils s'occupent ; et leur travail s'intègre dans le cadre des «professions essentielles» Ces trois particularités font que la vaccination des professionnels de la Santé est toujours un sujet spécifique dans l'élaboration d'une stratégie vaccinale. Les débats récents en France, pour suspendre par exemple l'obligation vaccinale BCG dans cette population en 2019[10], ou bien s'agissant d'une éventuelle obligation de vaccination anti-grippale - débat relancé chaque année depuis des décennies - démontrent que les arguments et les principes qui guident le choix de la stratégie vaccinale en direction de ces populations sont tout à fait spécifiques.

<sup>[9]</sup> Vogel AB, Kanevsky I, Che Y, et al. "A prefusion SARS-CoV-2 spike RNA vaccine is highly immunogenic and prevents lung infection in non-human primate". 2020; publishedonline at <a href="https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.09.08.280818v1">https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.09.08.280818v1</a>.

 $<sup>[10] \ \</sup>underline{\text{https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038184922/}} \\ \underline{\text{https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=615}} \\$ 

#### Les annonces du 3 décembre

Le scénario annoncé par les autorités le 3 décembre pour la vaccination anti-Covid des professionnels de santé et du secteur médico-social (2,2 millions de personnes[11]) est le suivant : la vaccination ne sera pas obligatoire dans cette population ; la priorité n'est de rang 1 que pour les personnels des Ehpad «présentant eux-mêmes un risque accru de forme grave/de décès (plus de 65 ans et/ou présence de comorbidité(s)», de rang 2 pour les autres «professionnels du secteur de la santé et du médico-social âgés de 50 ans ou plus et/ou présentant une ou plusieurs comorbidité(s)», et de rang 3 pour les autres. De quels arguments dispose-t-on pour comprendre ces choix énoncés par les autorités ?

Le premier constat est que cette décision rompt avec les scénarios privilégiés jusqu'ici. L'avis commun du conseil scientifique Covid-19, du comité CARE et du comité vaccin Covid du 9 juillet 2020 posait clairement le principe d'une priorité «très élevée» pour les professionnels de santé dans la campagne de vaccination[12]. Confirmant cette option, la Haute autorité de santé (HAS), dans son rapport du 23 juillet 2020, considérait une première fois que « dans tous les scénarios envisagés, les professionnels de santé et du médico-social de première ligne constitueront les cibles prioritaires incontournables de la vaccination répondant aux objectifs de prévention individuelle, collective et de maintien des activités essentielles du pays en période épidémique »[13].

#### Quel est le cadre de référence de cette décision?

Les décisions de ciblage et de priorisation sont des décisions que la santé publique connaît bien et qui imposent de se doter d'un cadre de finalités, de critères et de principes de choix explicites, en somme un cadre normatif ou «éthique». En tête de ses recommandations de priorisation des publics à vacciner, la Haute Autorité de Santé reprend ainsi à son compte le cadre normatif proposé par le Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) de l'OMS, publié en septembre 2020[14], qui met en avant six valeurs fondamentales pour guider les décisions de priorisation :

<sup>[11]</sup> Chiffrage HAS

<sup>[12]</sup> https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis vaccins 9 juillet 2020 - care - conseil scientifique - comite vaccin.pdf

<sup>[13] &</sup>lt;a href="https://www.has-sante.fr/jcms/p">https://www.has-sante.fr/jcms/p</a> 3197106/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-covid-19-anticipation-des-scenarios-possibles-de-vaccination-et-recommandations-preliminaires-sur-les-populations-cibles

<sup>[14]</sup> World Health Organization. (2020). WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination, 14 September 2020. World Health Organization. <a href="https://apps.who.int/iris/handle/10665/334299">https://apps.who.int/iris/handle/10665/334299</a>

- le bien-être et le respect des libertés civiles ;
- le respect de l'égalité;
- l'équité mondiale;
- l'équité sur le territoire national et la prise en compte spécifique des différents groupes qui subissent le plus lourd tribut de la pandémie ;
- un principe de réciprocité fondée sur une obligation de réciprocité envers les individus ou les groupes d'individus qui supportent des risques particuliers ou des charges supplémentaires, notamment les professionnels de santé;
- un principe de légitimité, « qui vise à une prise de décision concernant l'attribution de ces doses au niveau national par le biais de processus transparents et fondés sur des valeurs communes basées sur les preuves et de mise à contribution des différentes parties de la société, susceptibles d'être impliquées ».

La HAS soulignait par ailleurs que ces principes s'appliquent dans la poursuite de deux objectifs : i) en premier lieu, réduire la morbi-mortalité attribuable à la maladie (hospitalisations, admissions en soins intensifs et décès) ; ii) maintenir les activités essentielles du pays et particulièrement le système de santé en période d'épidémie. Le troisième objectif possible d'un programme de vaccination, à savoir le contrôle de l'épidémie par la réduction des transmissions, c'est-à-dire l'intérêt altruiste de la vaccination, est laissé de côté à ce stade : « la perspective de stratégie vaccinale visant à contrôler l'épidémie ne pourra être mise en œuvre qu'une fois que les vaccins auront démontré une efficacité possible sur la transmission et dès lors que la disponibilité des vaccins sera importante ».

## Les questions que posent les annonces du 3 décembre

L'argumentaire de la HAS accorde une large place à la comparaison internationale. La revue des décisions nationales révèle l'existence d'un dilemme, certains pays plaçant en tête de leurs priorités la vaccination des professionnels (par exemple aux Etats-Unis, où les CDC recommandent d'accorder une priorité simultanée à tous les professionnels (21 millions) et aux résidents des Ehpad [15]), d'autres priorisant les résidents des Ehpad et leurs soignants (par exemple en France ou en Allemagne [16]).

<sup>[15]</sup> https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6949e1-H.pdf

<sup>[16] &</sup>quot;Position Paper of the Joint Working Group of Membres of the Standing Committee on Vaccination", The German Ethics Council and the National Academy of Sciences Leopoldina, <a href="https://www.ethi-krat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/englisch/joint-position-paper-stiko-der-leopoldina-vaccine-prioritisation.pdf">https://www.ethi-krat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/englisch/joint-position-paper-stiko-der-leopoldina-vaccine-prioritisation.pdf</a>

L'argument décisif dans la position française paraît être celui du lourd tribut à l'épidémie payé par les résidents d'établissements médico-sociaux et d'Ehpad, avec un tiers des décès rapportés depuis le début de l'épidémie et 15% des clusters, le plus souvent très critiques. La priorisation de cette population paraît donc devoir maximiser l'efficacité du programme, dans son objectif de réduction de la morbi-mortalité. La protection des soignants à risque qui travaillent dans ces établissements est, quant à elle, présentée par la HAS comme une exigence d'équité, du fait de leur exposition particulière, et comme une exigence d'efficacité pour préserver la continuité des soins.

Si cohérents soient-ils avec le cadre normatif d'ensemble, ces arguments n'en posent pas moins un certain nombre de questions quant à la hiérarchie des priorités. Il peut paraître restrictif de considérer que l'exigence d'équité et de réciprocité ne s'applique qu'aux personnels des Ehpad présentant eux-mêmes des facteurs de risque. Le travail en première ligne dans des services de maladies infectieuses, de gériatrie, de réanimation ou dans les services d'accueil des urgences (SAU), par exemple, constitue à l'évidence tout autant un facteur de risque majeur pour les personnels. Sans compter le risque nosocomial, objet actuellement d'un recensement et d'investigations épidémio-virologiques dans tous les hôpitaux publics et privés.

La position retenue contraste ainsi avec la recommandation de vaccination antigrippale, qui priorise chaque année l'ensemble des professionnels de santé en arguant de leur exposition au risque [17]. Le paradoxe est qu'on a chez les professionnels, avec la grippe, des chiffres de contamination et de décès bien moins élevés qu'avec le SRAS-COV-2.

Aux Etats-Unis, l'argument des CDC pour prioriser l'ensemble des professionnels est clair : au ler décembre 2020, on dénombrait 245 000 cas de Covid dans cette population de soins et 858 décès imputables[18]. Ces chiffres sont avancés à l'appui d'un principe d'équité de la décision du CDC – protéger les plus à risque – et d'un argument d'utilité pour préserver le bon fonctionnement des soins et limiter la transmission nosocomiale. En France, Santé publique France dénombrait en novembre 44 281 professionnels salariés d'un établissement de santé dépistés positifs pour la période du 1er mars au 2 novembre 2020, et 17 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2 (5 médecins, 4 aides-soignants, 2 professionnels de santé classés « autres » et 6 professionnels non soignants) [19].

 $<sup>[17] \ \</sup>underline{\text{https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/information-presse-vaccination-contre-la-grippe-2020-2021\#nb2}$ 

<sup>[18]</sup> CDC. CDC COVID data tracker. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2020. <a href="https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#health-care-personnel">https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#health-care-personnel</a>

<sup>[19] &</sup>lt;u>https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/recensement-national-des-cas-de-covid-19-chez-les-professionnels-en-etablissements-de-sante</u>

L'enjeu des contaminations nosocomiales Covid est connexe : Santé publique France recensait au 15 novembre 1 780 cas de COVID-19 nosocomiaux, c'est-à-dire survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un établissement de santé[20]. Ils impliquaient 9 041 patients (89 décès liés), 6 604 professionnels et 9 visiteurs. Parmi ces signalements, 1 115 correspondaient à des cas groupés (au moins 3 cas liés). Pour la seule semaine 46 (du 9 au 15 novembre), les Covid nosocomiaux représentaient 93% des signalements d'infections nosocomiales, avec 3 décès liés. Ces chiffres, même s'ils ne permettent pas en tant que tels de décrire des causalités de transmission liés à la situation de soin, donnent un horizon de réflexion sur la spécificité de la situation des professionnels de santé, au regard de leur propre risque d'être infectés et d'être vecteurs de clusters nosocomiaux.

A l'évidence, cette spécificité professionnelle ne concerne pas les seuls professionnels des Ehpad, et fragilise le choix de ne prioriser en outre parmi eux que ceux qui présentent eux-mêmes un facteur de risque. Un panorama précis de ces spécificités, appuyé par des données élargies aux secteur libéral et médicosocial, affinées par publics ou par services, renforcerait la transparence du débat sur la priorisation stratégique en permettant de savoir, notamment, si le principe d'équité commande de traduire dans les choix de priorité effectués le tribut payé par les professionnels à l'épidémie.

#### 2. LES LEVIERS D'INCITATION

Dans le contexte de défiance à l'égard de la vaccination évoqué plus haut, la réflexion des autorités scientifiques et politiques se concentre sur le choix des bons leviers de l'incitation à se faire vacciner. Le risque est que les efforts scientifiques, politiques, industriels et financiers déployés pour ce programme de vaccination échouent sur le dernier kilomètre, faute de candidats suffisamment nombreux à la vaccination [21]. Que sait-on des leviers que le programme de vaccination actionnera pour favoriser l'adhésion ? On en distingue trois principaux dans les annonces récentes : la voie privilégiée est celle de la persuasion, l'obligation est exclue ; la simplification du parcours vaccinal est recherchée ; l'appui des soignants sera sollicité dans l'effort de pédagogie et de conviction.

<sup>[20]</sup> Santé publique France, point épidémiologique du 19/11/2020 : <a href="https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-19-novembre-2020">https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-19-novembre-2020</a>

<sup>[21]</sup> C. Chevallier, A.-S. Hacquin, H. Mercier, « Trois recommandations d'actions pour lutter contre l'hésitation vaccinale », Terra Nova, 3/12/2020 ; <a href="https://tnova.fr/notes/trois-recommandations-d-actions-pour-lutter-contre-l-hesitation-vaccinale">https://tnova.fr/notes/trois-recommandations-d-actions-pour-lutter-contre-l-hesitation-vaccinale</a>

L'objectif est que le plus grand nombre d'individus adopte un comportement donné : «se faire vacciner». Or l'efficacité des leviers dont dispose l'action publique pour agir sur les comportements individuels n'est pas une boîte noire. De même qu'on n'est pas «pour» ou «contre» un vaccin, on n'est pas non plus «pour» ou «contre» le recours au volontariat, à l'obligation, ou à l'information, en matière de vaccination. La santé publique, les sciences humaines et sociales, les sciences comportementales et de la communication, ont abordé ces questions et produit des connaissances utiles depuis des décennies, sur les enjeux de santé en général et singulièrement sur la vaccination! Le savoir-faire de la santé publique dispose de multiples variables sur lesquelles jouer pour favoriser ce comportement, et les décisions publiques ne se résument pas, loin s'en faut, à trancher entre persuasion et obligation vaccinale.

L'incitation passe d'abord par un accès facile à la vaccination[22]. Le principe de gratuité, annoncé le 3 décembre, est crucial. Mais le principe de simplification du parcours vaccinal a occasionné d'autres controverses récentes importantes ; la vaccination anti-grippale en pharmacie a fini par s'imposer dans la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016, au prix de débats longs et difficiles [23]. Les débats des dernières années, en France et dans le monde, sur la vaccination des adolescent(e)s contre le virus HPV ont aussi souligné les multiples nuances que peut prendre une «recommandation» vaccinale, selon qu'elle repose sur une campagne d'information en population générale, sur l'envoi d'un «bon» valant prescription, voire gratuité, aux publics cibles, avec éventuellement des messages de rappel, sur une proposition systématique en consultation, ou bien encore sur une proposition systématique en milieu scolaire. A ce titre, il n'est pas inutile de rappeler l'intérêt des stratégies dites «opt-out», dans lesquelles la vaccination HPV est effectuée en routine ou par défaut en milieu scolaire, le consentement étant présumé sauf opposition explicite des parents ; ces stratégies ont montré leur efficacité supérieure dans de nombreux pays par rapport aux stratégies dites «opt-in» qui conditionnent l'entrée dans le programme à un choix actif[24].

<sup>[22]</sup> C. Chevallier, A.-S. Hacquin, H. Mercier, « Trois recommandations d'actions pour lutter contre l'hésitation vaccinale », Terra Nova, 3/12/2020 ; <a href="https://tnova.fr/notes/trois-recommandations-d-actions-pour-lutter-contre-l-hesitation-vaccinale">https://tnova.fr/notes/trois-recommandations-d-actions-pour-lutter-contre-l-hesitation-vaccinale</a>

<sup>[23]</sup> Rapport de l'Académie nationale de pharmacie de février 2011, Rapport IGAS de juin 2011 ; voir les débats à l'Assemblée nationale sur l'article 32 de la loi Touraine, séance du 9 avril 2015, <a href="http://www.assemblee-nationale.fr/14/cri/2014-2015/20150208.asp#P507501">http://www.assemblee-nationale.fr/14/cri/2014-2015/20150208.asp#P507501</a>

<sup>[24]</sup> WHO, HPV Vaccine Communication, 2016; <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250279/WHO-IVB-16.02-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250279/WHO-IVB-16.02-eng.pdf</a>; <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250279/WHO-IVB-16.02-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstrea

Du côté de l'obligation, de la même façon, les nuances sont multiples. En France, les débats récents ont permis d'enrichir les arguments, autour de la décision en 2018, dans le prolongement des recommandations d'une conférence citoyenne, d'étendre l'obligation vaccinale chez les enfants de moins de deux ans[25]. Comme l'ont très bien révélé les débats du panel citoyen qui a délibéré en amont de cette décision, recourir à l'obligation vaccinale ce n'est pas préférer contraindre ou convaincre, mais, sur la base de données concernant les ressorts de l'hésitation vaccinale, devoir statuer sur l'intérêt d'une obligation conditionnelle (à l'entrée en collectivité ou pour l'exercice d'une profession) ou sur la nature des exemptions légitimes (raisons médicales, philosophiques, religieuses ?). Aux Etats-Unis, la question des exemptions pour raisons non-médicales à la vaccination a fait l'objet de débats très riches ces dernières années, avec par exemple la décision californienne en 2015 de renoncer à cette possibilité dans la vaccination contre la rougeole, devant la recrudescence des cas[26].

Le savoir-faire de la santé publique pour inciter les populations à la vaccination est donc riche, avec des critères de décision et des connaissances disponibles qui peuvent être explicités pour chaque scénario : la question n'est pas de savoir s'il vaut mieux convaincre que contraindre, mais de statuer sur les avantages et les écueils de chaque combinaison possible entre de multiples paramètres capables de favoriser le résultat recherché.

#### Un levier décisif pour l'incitation des patients : la vaccination des professionnels

Là encore, la vaccination des professionnels de santé présente des spécificités que la stratégie vaccinale face au SRAS-COV-2 devrait prendre en compte de façon plus explicite. Pour l'heure, si le rôle central des professionnels dans la pédagogie de la vaccination auprès des patients semble bien placée en haut de l'agenda, en revanche l'importance qu'ils soient eux-mêmes vaccinés est laissée dans l'ombre. C'est pourtant un levier reconnu pour l'efficacité d'un programme de vaccination.

Cela tient en premier lieu à leur rôle de potentiels vecteurs de transmission auprès de leurs patients.

<sup>[25]</sup> Santé publique France - Bulletin de santé publique – Édition nationale - Avril 2019

<sup>[26]</sup> M.M.Mello, « Narrowing Vaccination Exemption Laws: Lessons From California and Beyond", mars 2020, Annals of Internal Medicine », <a href="https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M19-3111">https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M19-3111</a>.

Il semble que cette spécificité ne soit pas considérée comme centrale à ce stade dans la stratégie vaccinale arrêtée, et ce en raison des connaissances insuffisantes dont nous disposons sur l'effet protecteur des vaccins actuellement disponibles en termes de transmission : on l'a dit, pour la HAS, il n'est pas possible de retenir l'objectif de protection pour autrui de la vaccination dans l'élaboration de la stratégie, en l'état de nos connaissances. Mais la transparence de la communication publique gagnerait à mieux expliciter ce point : à ce jour, l'hypothèse retenue comme la plus plausible est-elle celle d'un effet protecteur pour autrui, ou bien de son absence ? Si, comme cela semble être le cas, le bénéfice de la vaccination pour réduire les transmissions est retenu comme hypothèse la plus vraisemblable en attendant des données de confirmation, alors on ne voit pas bien pourquoi le risque que les soignants constituent des vecteurs potentiels de transmission n'est pas élevé au rang des priorités du programme.

L'autre spécificité majeure de la vaccination chez les professionnels décrite dans la littérature est son effet « multiplicateur », l'exemplarité des soignants engendrant une meilleure adhésion vaccinale des patients, en particulier pour la grippe. Une étude de Didier Pittet en milieu hospitalier a par exemple montré que faire porter aux soignants vaccinés contre la grippe un badge avec la mention « Je suis vacciné contre la grippe pour vous protéger » augmentait les taux de vaccination[27]. Un résultat similaire a été obtenu dans un hôpital néerlandais avec en prime une baisse de la morbidité grippale chez les patients euxmêmes[28]. Une étude française conduite auprès de patients chroniques, à risque augmenté d'infections grippales, a souligné l'importance que revêt la vaccination des soignants aux yeux de ces patients : ils sont 68% à souhaiter connaître le taux de vaccination contre la grippe dans les établissements de santé, et autant à considérer que les soignants doivent montrer l'exemple en se faisant vacciner ; la proportion de ceux qui sont favorables à la vaccination obligatoire des professionnels atteint même 78% chez ces patients vulnérables[29].

Enfin, la troisième caractéristique incontournable de la vaccination des professionnels, c'est son caractère notoirement insuffisant, en particulier pour la grippe[30].

<sup>[27]</sup> Iten et al., 2013

<sup>[28]</sup> Riphagen-Dalhuisen et al., 2013

<sup>[29]</sup> C.Goulenok, https://www.em-consulte.com/article/1217300/enquete-aupres-des-patients-sur-la-vaccination-ant

 $<sup>[30] \ \</sup>underline{\text{https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vaccination.} \\ \underline{\text{de-sante-publique-vaccination.-octobre-2019}} \\$ 

Selon Santé publique France pour la campagne de vaccination contre la grippe 2018-2019, la couverture vaccinale des professionnels de santé était de 35 % dans les établissements de santé (médecin : 67%, sage-femme : 48%, infirmier(e) : 36%, aide-soignant(e) : 21%) et de 32% dans les Ehpad (médecin : 75%, infirmier(e) : 43%, aide-soignant(e) : 27% et autres paramédicaux : 34%). Les déterminants de la vaccination anti-grippale chez les professionnels ont été largement étudiés dans la littérature ; chez les vaccinés, le désir d'autoprotection paraît plus déterminant que le désir de protéger les patients ; l'hésitation et le refus, quant à eux, sont associés notamment à une faible perception du risque, à la faible pression sociale, au manque de contrôle comportemental perçu, à l'attitude négative envers les vaccins, ou encore au manque de connaissances adéquates spécifiques à la grippe[31].

Qu'en est-il s'agissant de la vaccination contre le SRAS-COV-2 ? Santé publique France a rendu publics le 3 décembre les résultats de son enquête «Professionnels de santé, prévention et COVID-19», menée en octobre-novembre 2020 auprès de 1 509 professionnels de santé libéraux représentatifs[32]. En moyenne, 68% des professionnels de santé libéraux interrogés répondaient vouloir se faire vacciner contre ce virus, avec des différences importantes entre les professions : 8 médecins généralistes et pharmaciens sur 10 souhaitaient être vaccinés, contre 55% des infirmiers interrogés. Un plus grand nombre, 88%, conseilleraient à leurs patients de se faire vacciner contre la COVID-19. Ces chiffres, certes rassurants en regard des scores de la vaccination anti-grippale, demeurent cependant en-deçà de ce que l'on pourrait espérer. Ils concernent en outre les seuls professionnels libéraux, alors qu'on manque d'un panorama précis pour tous ceux qui travaillent au contact des malades, dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, et y compris dans les fonctions non-soignantes – administration, accueil. sécurité, entretien.

## L'obligation, un levier pour favoriser la vaccination des professionnels?

La question de l'obligation mérite d'être posée dans le cas particulier des professionnels. Parce que c'est un débat récurrent dans notre pays avec la grippe, et parce que les arguments en sont largement travaillés, renseignés, partagés.

<sup>[31]</sup> Guglielmo Dini et al., « Influenza vaccination in healthcare workers: A comprehensive critical appraisal of the literature », *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 14, no3 (4 mars 2018): 772-89, https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1348442.

<sup>[32]</sup> Santé publique France, Point épidémiologique du 3/12/2020 : <a href="https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-3-decembre-2020">https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-3-decembre-2020</a>

Parce que la situation de soin est une situation particulière, dans laquelle le principe du dommage – "soignant, je suis à risque et je peux causer la contamination de mon patient" - s'applique de façon spécifique pour justifier une restriction d'autonomie. Parce que la clarté du débat s'en trouverait enrichie, y compris dans la perspective de devoir répondre à de probables discours anti-vax sur ce point ("si la vaccination était sûre et utile, on vaccinerait les soignants"). Et enfin parce qu'il ne doit pas s'agir d'un choix idéologique mais d'une décision qui doit être « evidence-based », c'est-à-dire fondée sur des preuves scientifiques et évidemment transparentes.

Face à la grippe, la faiblesse de la couverture vaccinale chez les professionnels motive un débat récurrent en France sur la pertinence d'instaurer une obligation professionnelle. Suivant les pays, la vaccination anti-grippale des soignants s'appuie sur une recommandation ou sur une obligation, avec parfois des différences selon les catégories de personnel. En France, selon l'article L3111-4 du Code de la santé publique, la vaccination anti-grippale des professionnels est bel et bien une obligation : « une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe ». Mais l'ajout de la vaccination antigrippale, dans la loi du 20 décembre 2005, a été suspendu par le décret n°2006-1260 du 14 octobre 2006[33]. Il est intéressant de noter ici qu'en mai 2006 l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (actuel Haut conseil de santé publique) sur cette suspension proposait de distinguer les grippes saisonnières «en routine», ne justifiant pas l'obligation, et les périodes de grippe «pandémique» imposant, elles, de réactiver l'obligation dès disponibilité d'un vaccin efficace. L'Académie de Médecine s'est d'ailleurs prononcée en septembre 2020 pour le rétablissement de cette obligation professionnelle du fait de la pandémie de Covid-19[34]. Plus généralement, la Cour des comptes, dans son Rapport public de 2018, s'est prononcée nettement en faveur du rétablissement de cette obligation, «d'autant plus nécessaire qu'outre le renforcement de la protection des patients et des professionnels qu'elle poursuit, elle revêt un caractère encore accru d'exemplarité dans le contexte nouveau d'extension des obligations vaccinales de la petite enfance».

<sup>[33]</sup> Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Avis relatif à la mise en œuvre de la protection individuelle contre la grippe des professionnels visés à l'article L 3111-4 du code de la santé publique par une obligation vaccinale, 19 mai 2006

<sup>[34]</sup> Académie nationale de médecine, « Vacciner tous les soignants contre la grippe : une évidente obligation », Communiqué du 19/09/2020

Les obligations vaccinales professionnelles dans le secteur sanitaire et médicosocial sont donc bien fondées sur les deux ordres d'arguments évoqués plus haut :

- d'une part, sur le plan des principes, la prévention du risque de dommage qu'un soignant non-vacciné représente pour ses patients : ici, la limitation de l'autonomie des soignants en matière vaccinale est considérée comme proportionnée parce qu'elle permet d'éviter qu'ils soient vecteurs de transmission;
- d'autre part, sur un plan symbolique, l'exemplarité et la vertu de persuasion de la vaccination des soignants aux yeux des patients.

Alors que ces arguments ont été largement travaillés dans le débat sur la vaccination anti-grippale des professionnels ces dernières années, et que la grippe saisonnière est bien inscrite par le législateur comme faisant l'objet d'une obligation vaccinale - certes suspendue -, il est paradoxal que, dans le cas de l'épidémie de Covid-19, bien plus menaçante pour les patients et pour la société, les arguments en faveur de l'obligation soient totalement passés sous silence au profit d'une position de principe générale contre toute obligation vaccinale. Le cas des professionnels de santé mérite clairement, en l'espèce, des arguments spécifiques. Là encore, la transparence impose que les choix effectués soient intelligibles, c'est-à-dire que les arguments soient identifiables et puissent être débattus. Il est vrai que, comme évoqué plus haut, le point qui semble obscurcir systématiquement les débats est finalement celui de savoir si la vaccination est abordée comme un levier de protection pour soi-même, ou comme un outil altruiste de protection collective.

L'exigence de « transparence » nous semble commander de clarifier ce point. Lors de sa conférence de presse du 3 décembre 2020, le Premier ministre a vanté la composante altruiste de la vaccination alors que le ministre de la santé, suivant en cela les positions déjà citées de la HAS, soulignait que cette valence demeurait incertaine et qu'en l'état des connaissances seule la valence de protection « pour soi » pouvait être retenue en tant qu'objectif de la campagne vaccinale. L'intelligibilité de la stratégie vaccinale retenue est conditionnée par une communication courageuse sur ce point. La composante altruiste est-elle purement et simplement exclue de la réflexion à ce stade, ou bien retient-elle une attention prudente sous statut d'hypothèse, ou encore a-t-elle le statut d'éventuel game-changer si elle était confirmée, avec la perspective assumée, et préparée, d'une deuxième stratégie repensée dans ce cas ?

La transparence des autorités scientifiques et politiques implique, d'une part, de nommer clairement ce point d'incertitude scientifique, et d'autre part, de dire comment on parvient malgré tout à statuer sur une stratégie vaccinale – alors que tout l'édifice des objectifs de la campagne vaccinale est forcément fragilisé par cette inconnue.

En effet, la réflexion sur la stratégie ne peut qu'être radicalement différente selon que l'on retient cette valence ou non – et elle est nécessairement inintelligible, voire aporétique, si l'on est flou sur ce point. Il nous semble que, si l'on retient comme probable l'hypothèse que la vaccination contribuera à limiter les transmissions, alors la question du rôle prépondérant des soignants doit être réévaluée, à la fois en termes de priorisation et d'obligation éventuelle.

Le corollaire de la valence altruiste de la vaccination, c'est le principe dit de nonnuisance ou «harm principle», principe par ailleurs fondateur du libéralisme politique. Si être vacciné empêche de contaminer autrui, alors ne pas être vacciné, dans ce cas, c'est constituer un risque pour son entourage [35]. Une perspective qui prend une résonnance particulière chez les professionnels de la santé et du médico-social. Dans sa formulation chez John Stuart Mill, ce principe énonce une ligne qui ne peut être que familière à chacun : «le seul but qui justifie que la force soit exercée envers un membre d'une communauté civilisée, à l'encontre de sa volonté, est de prévenir qu'un dommage ne soit causé à autrui»[36]. C'est le principe qui commande la réflexion juridique sur la vaccination depuis l'arrêt fondateur de la Cour suprême américaine «Jacobson v. Massachussets» en 1905[37]. Cet arrêt a statué sur la légitimité de l'obligation vaccinale sur la base de plusieurs critères : la nécessité (l'obligation n'est légitime que si l'individu qui la subit représente une menace pour la collectivité); la proportionnalité de l'obligation en regard des alternatives moins restrictives envisageables (adéquation et économie des moyens) ; et enfin l'équité (l'obligation est ciblée sur un groupe qui présente effectivement des caractéristiques spécifiques en termes de risque pour autrui).

<sup>[35]</sup> voir P.Zylberman, La guerre des vaccins, Odile Jacob, 2020

<sup>[36]</sup> John Stuart Mill, "On Liberty", dans *Collected Works of John Stuart Mill*, University of Toronto Press, Toronto et Buffalo, 1977, p. 223

<sup>« [</sup>C]es maximes sont, d'abord, que l'individu n'a pas de compte à rendre à la société pour ses actes, tant que ceux-ci ne concernent les intérêts d'aucune autre personne que lui-même. Les seules mesures que la société est justifiée à prendre pour exprimer sa répulsion ou sa désapprobation pour un tel comportement sont les conseils, l'instruction, la persuasion, et la cessation de la fréquentation de l'individu par ceux qui l'estimeraient nécessaire pour leur propre bien. Deuxièmement, que pour les actes qui sont préjudiciables aux intérêts d'autrui, l'individu doit rendre compte, et peut être soumis à la sanction sociale ou légale, si la société estime que l'une ou l'autre est nécessaire à sa propre protection » (p.292)

<sup>[37]</sup> Jacobson v.Massachusetts, 197 United States 11, 1905; L.O.Gostin, *Public Health Law. Power, Duty, Restraint*, Université of California Press, 1996. Un arrêt de la Cour suprême de 1987 a affiné les critères de cette appréciation de la réalité du risque *School Board of Nassau County v. Arline*, 480 United States 273

La notion d'un équilibre à rechercher entre libertés individuelles et santé publique est aujourd'hui le prélude obligé des commentaires sur les dispositions prises par le Gouvernement, et on ne peut que s'en féliciter; mais il est dommage qu'en pratique, le caractère contraignant des outils de santé publique s'en trouve systématiquement appréhendé comme exorbitant, dérogatoire et exceptionnel, alors même que les situations où la protection de la santé des uns emporte la limitation de la liberté des autres, du fait d'un risque de dommage à la fois probable et conséquent, sont parfaitement comprises et emportent la confiance et l'adhésion de chacun au quotidien. Les décisions qui sont prises aujourd'hui ne peuvent pas être intelligibles si elles passent sous silence, sans s'en expliquer, que le principe de non-nuisance, qui est familier à chacun, est l'horizon naturel d'une réflexion stratégique sur la vaccination, avec son corollaire de dilemmes sur la priorisation, l'obligation et le ciblage, qui doivent être éclairés et partagés.

#### **ANNEXE**

Les arguments en faveur de l'obligation repérables dans la littérature sont de plusieurs ordres :

- 1. arguments relatifs au risque encouru par le professionnel dans l'exercice de son métier : ces arguments se réfèrent à l'exposition subie par les professionnels ; ils se réfèrent au devoir de protection collective que la société doit assurer à ses soignants. Ces arguments sont clairement en faveur d'un accès facilité voire priorisé des soignants à la vaccination. Ils présentent par contre une faiblesse pour défendre l'obligation, en raison de leur horizon paternaliste ; la possibilité de protection est due, mais il n'y a pas de raison de limiter l'autonomie et les soignants peuvent choisir en conscience dès lors qu'on parle ici de leur risque pour eux-mêmes ;
- 2. arguments relatifs à la nécessité de protéger les soignants afin de préserver leur activité dans la lutte contre l'épidémie : cet argument utilitariste envisage la vaccination des soignants comme un moyen au service de la continuité des soins, nécessaire à la protection de la population face à l'épidémie. C'est le caractère essentiel de leur activité dans la lutte contre l'épidémie qui motive leur protection. La limitation de liberté qu'implique l'obligation est motivée par le dommage qu'il s'agit d'éviter : l'incapacité du système de santé à accueillir les patients en cas de trop forte contamination et d'absentéisme des soignants. L'argument n'est évidemment acceptable que si les soignants retirent simultanément un bénéfice pour eux-mêmes de cette vaccination ;
- 3. arguments relatifs au risque de contaminations soignants -> soignés : ici l'argument est beaucoup plus légitime en faveur de l'obligation puisqu'il engage le risque qu'un soignant non-vacciné devienne lui-même vecteur de contagion pour ses patients[38]. S'agissant par exemple de la grippe, les soignants sont souvent impliqués comme probable source de contamination dans les épidémies de grippe nosocomiale, sachant que 50 à 80% d'entre eux continuent de travailler quand ils sont infectés ; la grippe nosocomiale est fréquente dans les hôpitaux et dans les EHPAD où elle entraîne une mortalité qui peut atteindre 60 %[39]. L'argument fait donc ici valoir que la restriction d'autonomie des soignants est proportionnée aux bénéfices qu'elle permet pour la protection des patients ;

<sup>[38]</sup> Perl TM, Talbot TR. Universal Influenza Vaccination Among Healthcare Personnel: Yes We Should. Open Forum Infect Dis. 2019; 6(4):ofz096

<sup>[39]</sup> HCSP. Rapport « Efficacité de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées et lesprofessionnels de santé », mars 2014.

- 4. arguments relatifs à la valeur d'exemplarité des soignants : une littérature importante souligne que les patients sont d'autant plus enclins à se faire vacciner que leurs soignants les y incitent et le sont eux-mêmes ; des expérimentations sur le port d'un badge «je suis vacciné contre la grippe, je me protège, je vous protège» par les soignants ont par exemple confirmé l'intérêt de ce levier[40].
- 5. arguments relatifs à la cohérence de l'action et de la communication publiques : cet argument pragmatique concerne la perception, par les patients, du bien-fondé de la vaccination. Le choix de l'obligation de vaccination par les professionnels de santé est perçu comme une exigence de cohérence de la part des pouvoirs publics, parce qu'on prête aux usagers un raisonnement du type : «si la vaccination est justifiée, comment comprendre qu'on prenne le risque que des soignants soient autorisés à s'en exonérer au risque de mettre leurs patients en danger ?».

<sup>[40]</sup> C.Chevallier, A.-S.Hacquin, H/Mercier, « Trois recommandations d'actions pour lutter contre l'hésitation vaccinale », Terra Nova, 3/12/2020 ; <a href="https://tnova.fr/notes/trois-recommandations-d-actions-pour-lutter-contre-l-hesitation-vaccinale">https://tnova.fr/notes/trois-recommandations-d-actions-pour-lutter-contre-l-hesitation-vaccinale</a>