



AVIS 144

LA VACCINATION DES
PROFESSIONNELS EXERÇANT
DANS LES SECTEURS SANITAIRES
ET MEDICO-SOCIAUX : SECURITE
DES PATIENTS, RESPONSABILITE
DES PROFESSIONNELS ET
CONTEXTE SOCIAL



COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE
POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ

144

**LA VACCINATION DES PROFESSIONNELS
EXERÇANT DANS LES SECTEURS
SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX :
SECURITE DES PATIENTS,
RESPONSABILITE DES PROFESSIONNELS
ET CONTEXTE SOCIAL**

Cet avis a été voté en comité plénier le 6 juillet 2023

Certains membres du CCNE ont souhaité la publication associée d'un texte intitulé
« Opinion différente »

TABLE DES MATIERES

RESUME	5
AVANT-PROPOS	10
INTRODUCTION : PROTEGER LES PATIENTS	15
I. LES PROFESSIONNELS DES SECTEURS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX ET L'OBLIGATION VACCINALE : ENTRE SOLIDARITE ET AUTONOMIE	18
1. Perspectives internationales : des stratégies vaccinales différentes	19
2. La coexistence entre obligations et recommandations, source de confusion ..	21
II. LA STRATEGIE VACCINALE A L'EPREUVE DE LA CRISE SANITAIRE	25
1. L'hésitation vaccinale des professions soignantes : symptôme de la dégradation de la confiance envers les autorités institutionnelles et politiques dans un contexte de tensions sur le système de soins	26
2. Les inégalités sociales et territoriales : quelles leçons en tirer ?	30
3. Enjeux soulevés par l'hésitation vaccinale en milieu de soins	32
4. S'adapter au contexte : décider en situation de crise n'est pas décider en contexte courant	35
III. ENCOURAGER L'ETHIQUE DE LA RESPONSABILITE CHEZ LES PROFESSIONNELS DES SECTEURS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX	38
1. La confiance au cœur du soin	38
2. La nécessité d'une exigence d'exemplarité réciproque	39
CONCLUSION	43
OPINION DIFFERENTE	44
ANNEXES	48
Annexe 1. Membres du groupe de travail :	48
Annexe 2. Invités extérieurs au titre d'une institution	49
Annexe 3. Liste des personnes auditionnées :	50
Annexe 4. Saisine du CCNE par le ministre de la Santé et de la Prévention	51

Certains membres du CCNE ont souhaité la publication associée d'un texte intitulé « Opinion différente » en page 44

RESUME

Le CCNE a été saisi, le 21 novembre 2022, par le ministre de la Santé et de la Prévention, de la question de l'obligation vaccinale des professionnels de santé et des professionnels exerçant dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux. Cette dénomination englobe non seulement les professionnels de santé (soignants) mais aussi d'autres catégories de professionnels (agents d'entretien, auxiliaires de vie, personnels administratifs, personnels de restauration, d'animation, agents d'accueil, agents de sécurité etc.) travaillant au sein d'établissements médico-sociaux et de santé¹. La saisine indique vouloir « *connaître l'avis du CCNE sur la définition de critères permettant de justifier ou non de la mise en place d'une obligation vaccinale, au regard notamment d'une interrogation sur les valeurs, entre la liberté individuelle d'une part et le bénéfice collectif et l'intérêt général qui sous-tendent le contrat social induit par la vaccination* ». Dans un contexte Covid-19 encore présent, le CCNE a souhaité élargir sa réflexion avec une vision prospective.

La Haute autorité de santé (HAS) a été saisie en parallèle par le Directeur Général de la Santé pour mener une évaluation sur l'ensemble des obligations et recommandations vaccinales des professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

1. Protéger les patients : un impératif majeur pour les soignants

- **A l'issue de sa réflexion sur les enjeux posés par l'obligation vaccinale en milieu de soins et médico-social, la position du CCNE peut être résumée de la façon suivante, compte tenu de l'évolution des connaissances et des progrès attendus avec les nouveaux types de vaccins :**

Le CCNE estime que dans un contexte présentant des risques accrus d'exposition à des agents contaminants, **l'enjeu de réduire autant que possible le risque de transmission aux patients et aux résidents doit faire partie des principaux engagements des personnes travaillant dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux.**

Considérant le **devoir de protection des droits fondamentaux des patients**, notamment les plus fragiles dont la protection dépend d'autrui, et l'impératif de **sécurité des soins**, le CCNE estime que **la vaccination des professionnels de santé** contre des maladies contagieuses – lorsqu'un vaccin est disponible et montre un ratio bénéfices-risques positif pour la population – **relève d'une responsabilité** consubstantielle aux professions des secteurs sanitaires et médico-sociaux, visant à tout faire pour minimiser les risques pour les patients.

¹ Au sens employé dans la partie I de l'avis.

2. Une palette de mesures de protection

- **Le CCNE souligne toutefois que la vaccination ne doit pas être considérée comme l'unique outil de prévention, notamment en milieu de soins.** L'ensemble des moyens actuellement disponibles pour limiter autant que possible les risques de contamination en milieu de soins tels que le port du masque, l'aération des locaux, l'hygiène des mains notamment avec l'usage large de solutions hydro-alcooliques, les tests de dépistage et la vaccination doivent être considérés comme complémentaires et régulièrement réinterrogés en fonction de la balance bénéfices collectifs-risques individuels.

Il est établi que tous les vaccins n'apportent pas toujours une garantie absolue de non transmission d'un agent infectieux mais qu'ils contribuent en général à réduire le risque de contamination et le risque de faire des formes sévères ou graves.

Considérant ces éléments, le CCNE insiste sur le fait que **la vaccination fait partie d'une palette d'outils, complémentaires les uns des autres, dont aucun n'a une efficacité complète**, permettant d'atteindre les objectifs de protection contre les risques infectieux des patients et des personnes travaillant en milieu de soins ou d'accueil de personnes fragiles.

3. Une distinction entre crise sanitaire et contexte courant

- Cet avis s'inscrit dans un contexte biomédical révolutionné par les nouvelles techniques de production de vaccins dans des délais beaucoup plus courts que précédemment. Le CCNE s'est attaché à orienter sa réflexion vers un cadre prospectif visant à s'appliquer en cas d'éventuelles futures crises sanitaires dues à un ou des agents infectieux.

Compte tenu des enjeux soulevés par la stratégie vaccinale auprès des professionnels travaillant en milieu de soins, le CCNE observe qu'une **distinction entre contexte courant et période de crise sanitaire** (selon les définitions de l'Organisation mondiale de la santé)² doit être établie dans les processus de décision afférents.

Le CCNE engage ainsi à poursuivre la réflexion afin de **distinguer la période de crise, pouvant dans certains cas justifier l'obligation vaccinale**, qui est une décision politique, **et la vaccination en période courante**, pour que les outils à disposition puissent être adaptés à ces deux situations. Cela doit se faire en privilégiant l'exercice de la **démocratie en santé favorisant l'expression de toutes les parties prenantes, professionnels, experts du système de santé et usagers, notamment ceux qui appartiennent aux populations les plus vulnérables face aux pathogènes concernés**. Cet exercice démocratique est une nécessité car il implique une appréciation la plus juste possible de la situation, fondée sur des **connaissances parta-**

² Voir le II.4. de cet Avis.

gées et expliquées à l'ensemble des acteurs, il précise le rôle attendu d'une vaccination et définit le cadre juridique qui s'applique.

Compte tenu du devoir de **protection des droits fondamentaux des patients** et de l'impératif de **sécurité des soins** :

- **en contexte courant**, le CCNE encourage l'**information** et l'**incitation à la responsabilité** visant à tout faire pour minimiser les risques pour les patients, en privilégiant le recours à des **recommandations vaccinales** ; l'obligation pouvant demeurer à l'entrée dans les études ou dans un poste, pour des vaccins ayant démontré un très haut rapport bénéfices-risques comme celui contre l'hépatite B par exemple³, et comme l'a évoqué récemment la Haute autorité de santé (HAS) à propos de la vaccination contre la rougeole dans sa recommandation du 14 juin 2023⁴.
- **en cas de crise sanitaire**⁵ mettant potentiellement en péril le système de soins, en présence d'un corpus scientifique solide garantissant l'efficacité (même modérée) et l'innocuité du vaccin concerné, le CCNE estime **que la décision politique** d'avoir recours à une **obligation légale de vaccination** des professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, bénéficiaires prioritaires de la vaccination, **peut être légitime**, sur la base de la **prudence au regard d'un risque potentiel** vis-à-vis des patients ou personnes fragiles et pour le maintien d'un système de soins fonctionnel.

4. Favoriser l'information et la discussion avec les professionnels

- Pour encourager l'**éthique de la responsabilité** chez les professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux – telle que mentionnée dans son opinion élaborée avec la Conférence nationale des espaces de réflexion éthique régionaux (CNERER) sur les « **Enjeux éthiques soulevés par la vaccination contre la Covid-19** »⁶ publiée le 29 mars 2021 – le CCNE préconise que les recommandations et/ou obligations vaccinales, et de manière générale l'ensemble des décisions impliquant des mesures susceptibles de provoquer des tensions au sein des équipes, suivent des **processus de co-construction** avec les groupes professionnels cibles et

³ Comme l'a rappelé la HAS dans son avis du 29 mars 2023 : HAS, « Obligations et recommandations vaccinales des professionnels. Actualisation des recommandations et obligations pour les étudiants et professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et en contact étroit avec de jeunes enfants. Volet 1/2 : diphtérie, tétanos, poliomyélite, hépatite B, Covid-19 », 29 mars 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/obligations_et_recommandations_vaccinales_des_professionnels_actualisation_des_reco_et_obligations_pour_les_etudiants_et_pr.pdf

⁴ HAS, « Obligations et recommandations vaccinales des professionnels. Actualisation des obligations et recommandations pour les étudiants et professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et en contact étroit et répété avec de jeunes enfants. Volet 2/2 : coqueluche, grippe saisonnière, hépatite A, rougeole, oreillons, rubéole, varicelle », 14 juin 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/recommandation_obligations_vaccinales_des_professionnels_volet_2_consultation_publicque.pdf

⁵ Au sens employé dans la partie II.4. de l'avis.

⁶ CCNE, CNERER, « Enjeux éthiques soulevés par la vaccination contre la Covid-19 », 29 mars 2021, 10 p. ; <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/CCNE-CNERER%20-%20Opinion%2025.03.21.pdf>

les associations représentant les usagers, en particulier ceux qui appartiennent aux populations les plus vulnérables face aux pathogènes concernés.

- Eu égard à la profusion d'œuvres de **désinformations** ou d'**informations contradictoires** inhérentes aux situations de crise et à l'évolutivité des connaissances, les secteurs sanitaires et médico-sociaux sont amenés à s'adapter.

Le CCNE encourage d'une part, à **enrichir le champ de la formation initiale et continue** des professionnels – quelle que soit leur fonction et qu'ils soient soignants ou non-soignants – en matière de **vaccinologie** et, plus largement, en matière de **responsabilités professionnelles** liées au domaine de la santé. Ces dernières pourraient s'appuyer sur une **sensibilisation à l'éthique du care**.

D'autre part, la désignation, dans les établissements, d'un **réfèrent vaccination** ayant de solides bases en vaccinologie et en éthique, vers lequel se tourner en cas de doutes, craintes, et questionnements sur une vaccination pourrait aider à **apaiser des éventuelles situations de tensions**. Il s'agit de multiplier les relais et d'avoir une approche structurée et partagée des réflexions liées aux vaccinations sujettes à discussion.

- A l'échelle de la société, se pose la question de l'**influence** que peuvent avoir des **professionnels hésitants** à l'égard de certaines vaccinations **auprès des patients** qu'ils rencontrent. Bien que quantitativement faible, l'hésitation vaccinale des médecins et autres soignants a un retentissement important puisqu'il s'agit de professionnels crédités d'une forte confiance auprès du grand public.

5. Des outils de recherche et d'évaluation : une urgence à mettre en place

Le CCNE constate, d'une part, d'importantes **lacunes en matière de données sur la couverture vaccinale et le niveau d'hésitation vaccinale des professionnels** travaillant en milieu de soins. Une meilleure évaluation du phénomène d'hésitation vaccinale, notamment par le biais d'enquêtes qualitatives et de sondages, permettrait d'accroître les connaissances et aiderait à développer des stratégies d'information pour les professionnels de santé et pour les institutions qui sont responsables à leur égard. Ainsi, le Comité recommande le **développement et la validation d'outils permettant de mesurer régulièrement ces éléments**.

D'autre part, et dans une vision macrosociale, dans le cadre de dispositions qui visent à apaiser les tensions autour de l'obligation vaccinale, le CCNE estime indispensable de ne pas se limiter aux seuls arguments cliniques et épidémiologiques et **de prendre en compte les contextes sociaux et politiques** aussi bien nationaux que locaux **dans lesquels se manifestent ces tensions**.

- **En synthèse**, dans la suite de ses précédents travaux et hors le cas particulier des vaccins ayant démontré un très haut rapport bénéfices-risques comme le vaccin contre l'hépatite B actuellement, le CCNE estime que la question de l'obligation vaccinale pour les professionnels exerçant dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux ne peut se poser qu'**en dernier recours**, c'est-à-dire :

- face à une situation sanitaire qui représente une menace majeure et brutale pour la population et qui peut remettre en cause le fonctionnement du système de soins ;
- même s'il persiste des incertitudes au plan scientifique sur l'efficacité du vaccin, dès lors que les connaissances attestent au niveau populationnel des bénéfices documentés et que les risques individuels semblent faibles et font l'objet d'une vigilance étroite.

Une telle décision, qui appartient au politique, ne peut être prise qu'à l'issue d'un processus clairement expliqué, débattu et accompagné auprès des structures de santé et des organisations professionnelles.

Pour le CCNE, la question n'est pas de savoir comment justifier l'obligation mais si elle est acceptable en application des grands principes précités.

Le Comité insiste sur l'importance de mener des actions de sensibilisation sur les processus de décision conduisant aux recommandations ou obligations qui s'adressent aux professionnels. En matière d'obligation vaccinale plus précisément, il appartient aux institutions de mener des actions d'information sur la manière dont l'expertise est produite pour les vaccins nouvellement introduits, incluant l'indépendance de la construction de la connaissance.

AVANT-PROPOS

« Vacciner les soignants, une priorité »⁷. Sous ce titre d'un éditorial du journal *Le Monde*, publié en mars 2021, un an après le début de la pandémie de Covid-19, est rappelé qu'« aucune décision sanitaire ne peut être prise sans dialogue ni pédagogie, aucun discours sur la pandémie ne peut être prononcé sans tenir compte des tensions qui traversent la société ».

La publication de cet éditorial se situait dans un moment particulier de la chronologie de la crise sanitaire en France : un tiers seulement des personnels soignants⁸ étaient alors vaccinés malgré un accès au vaccin contre le SARS-CoV-2 prioritaire depuis janvier 2021 en raison de leur forte exposition au virus. La même proportion était observée dans les Ehpad (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et USLD (Unité de soins de longue durée) qui accueillent des publics particulièrement vulnérables.

L'obligation vaccinale contre la Covid-19 pour ce qui concerne les personnes travaillant dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux sera finalement annoncée par le président de la République le 12 juillet 2021⁹. La loi du 5 août 2021¹⁰ (art. 12) définit le périmètre d'application de l'obligation vaccinale en fixant trois critères non cumulatifs : le lieu d'exercice, la profession des personnes concernées et les conditions dans lesquelles s'exerce le travail. Le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 modifié par le décret n° 2021-1059 du 7 août 2021 a précisé les motifs d'exception à l'obligation¹¹. Même si l'augmentation de la couverture vaccinale a été notable entre mars et juillet 2021, la décision prise et le cadre ainsi fixé ont probablement contribué à augmenter le taux de couverture vaccinale pour la première dose de vaccin aussi bien chez les professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD, passant de 77,2 % le 12 juillet 2021 à 92,6 % le 15 septembre 2021 (+ 15,4 points), que chez les personnels soignants libéraux dont la couverture vaccinale à une dose est passée de 81,2 % à 95,1 % entre le 12 juillet et le 15 septembre 2021 (+ 13,9)¹².

⁷ Editorial du *Monde*, « Vacciner les soignants, une priorité », 09/03/2021 (https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/03/09/vacciner-les-soignants-une-priorite_6072468_3232.html).

⁸ Selon Santé publique France, InfoCovidFrance, « Chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le monde » ; <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>. La définition utilisée par Santé publique France inclut « tous les professionnels de santé quel que soit leur lieu d'exercice (libéral, établissement de santé privé ou public, établissement médico-social, autres...) [...] ambulatoire, autres professionnels de santé : étudiants, professionnels de prévention) », in : Santé publique France, « Covid-19, Point épidémiologique hebdomadaire n° 64 du 20 mai 2021 », 62 p ; https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/346156/document_file/COVID19-PE_20210520_signets.pdf?version=3.

⁹ Elysée, « Adresse aux Français - 12 juillet 2021 » ; <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2021/07/12/adresse-aux-francais-12-juillet-2021>.

¹⁰ LOI n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire (1) ; <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043909676>.

¹¹ Décret n° 2021-1059 du 7 août 2021 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire ; <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043915443>.

¹² Santé publique France, InfoCovidFrance, *Ibid*.

Plus de deux années sont passées depuis le déploiement de ce dispositif cristallisant certaines tensions, tant dans les lieux de soins que dans l'arène politique.

Les professionnels de santé sont déjà soumis à des dispositions particulières en matière de vaccination, comme c'est par exemple le cas depuis 1991 avec l'obligation d'être protégés contre l'hépatite B. Cependant, la France est décrite depuis plusieurs années comme un pays particulièrement hésitant à l'égard des vaccins¹³. En 2019, l'institut de sondage américain Gallup fait apparaître qu'un Français interrogé sur trois n'est pas d'accord avec l'idée que « les vaccins sont sûrs », soit la proportion la plus élevée au monde¹⁴. Près de 20 % des Français interrogés s'estiment aussi en désaccord avec l'affirmation « les vaccins sont efficaces », soit la seconde place du classement après le Liberia¹⁵.

La même étude souligne que 73 % des personnes sondées (tous pays confondus) ont davantage confiance envers des professionnels de santé qu'envers toute autre source de conseils en matière de santé. Comment dès lors appréhender l'hésitation vaccinale de la population générale sans prendre en considération le rapport aux vaccinations des professions soignantes ?

C'est dans ce contexte sensible que le CCNE a été saisi¹⁶, le 21 novembre 2022, par le ministre de la Santé et de la Prévention, de la question de l'obligation vaccinale des professionnels de santé et des professionnels exerçant dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux. La saisine indique vouloir « *connaître l'avis du CCNE sur la définition de critères permettant de justifier ou non de la mise en place d'une obligation vaccinale, au regard notamment d'une interrogation sur les valeurs, entre la liberté individuelle d'une part et le bénéfice collectif et l'intérêt général qui sous-tendent le contrat social induit par la vaccination* ». Le CCNE est invité à adopter une analyse élargie à l'ensemble des vaccinations susceptibles de concerner les professionnels mentionnés.

La Haute autorité de santé (HAS) a été saisie en parallèle par le Directeur Général de la Santé pour mener une évaluation sur l'ensemble des obligations et recommandations vaccinales des professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux. Suite à un premier avis de la HAS, en date du 29 mars 2023¹⁷ et conformément aux disposi-

¹³ Ce sujet était déjà d'actualité avant la pandémie de Covid-19, voir par exemple : Ward, J.K., Peretti-Watel, P., Bocquier, A. et al., (2019), "Vaccine hesitancy and coercion: all eyes on France", *Nature Immunology*, 20, 1257-1259 ; <https://doi.org/10.1038/s41590-019-0488-9>.

¹⁴ Wellcome, "How does the world feel about science and health?", *Wellcome Global Monitor*, 2018 ; <https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor/2018>.

¹⁵ Voir Encadré n° 2.

¹⁶ Voir Saisine en Annexe 4.

¹⁷ Avis de la HAS du 29 mars 2023 : HAS, « Obligations et recommandations vaccinales des professionnels. Actualisation des recommandations et obligations pour les étudiants et professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et en contact étroit avec de jeunes enfants. Volet 1/2 : diphtérie, tétanos, poliomyélite, hépatite B, Covid-19 », 29 mars 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/obligations_et_recommandations_vaccinales_des_professionnels_actualisation_des_reco_et_obligations_pour_les_etudiants_et_pr.pdf

tions législatives¹⁸, le ministre de de la Santé et de la Prévention a pris la décision de réintégration des personnels des établissements de santé non-vaccinés contre la Covid-19, suscitant de vifs débats publics et politiques.

Dans le cadre de leurs missions respectives, portant pour le CCNE sur les aspects éthiques et pour la HAS sur les éléments médicaux et scientifiques relatifs au champ des obligations et recommandations vaccinales des professionnels des secteurs sanitaire et médico-sociaux, les deux institutions, tout en gardant une indépendance totale dans la construction de leurs avis, ont tenu à échanger tout au long du processus d'élaboration de leurs travaux.

Les positions antérieures du CCNE concernant la vaccination

Jusqu'alors peu étudié au sein du CCNE, le champ de la stratégie vaccinale a été largement investi par le Comité au cours de la pandémie de Covid-19 durant laquelle il lui a consacré quatre travaux :

- Dans sa réponse à la saisine du ministre des Solidarités et de la Santé sur les « **Enjeux éthiques d'une politique vaccinale contre le SARS-COV-2** »¹⁹ publiée le 18 décembre 2020 et donc rédigée dans un contexte d'incertitudes en matière vaccinale (disponibilité, risques), le CCNE estimait que, dans le cadre de la pandémie de Covid-19, l'obligation vaccinale « *ne peut se concevoir que comme un **dernier recours**, face à une situation de très grave danger créé par une pandémie non contrôlée, avec une offre de vaccins à l'efficacité et à l'innocuité connues et éprouvées avec le recul nécessaire. Si la situation se modifie et qu'un recours à l'obligation vaccinale est envisagé, cette question devra donner lieu, au vu des circonstances du moment, à une **concertation** qui devra notamment porter sur les questions éthiques* ».
- Dans son opinion sur les « **Enjeux éthiques soulevés par la vaccination contre la Covid-19** »²⁰ publiée le 29 mars 2021, élaborée avec la Conférence nationale des espaces de réflexion éthique régionaux (CNERER), le CCNE mettait à jour ses positions au vu de l'évolution de la dynamique de la pandémie notamment concernant la vaccination des professionnels de santé. Considérant la large proportion de soignants alors non vaccinés, le CCNE et la CNERER jugeaient « *impératif de se donner pour objectif que tous les professionnels de santé et tout intervenant médico-social exerçant en établissement et à domicile soient rapidement vaccinés* », s'appuyant sur une **éthique de la responsabilité et de la solidarité**, ainsi que sur le principe de non-malfaisance et affirmaient « *que la vaccination, au-delà de son impact personnel et collectif, relève de la **déontologie professionnelle** et répond à une exigence éthique* ».

¹⁸ Article 12, Chapitre II de la loi n°2021-1040 en date du 05 août 2021 ; https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000046119263.

¹⁹ Pendant la crise de la Covid-19, le CCNE a décidé de publier certains textes, réponses, bulletins, qui ne sont pas comptabilisés comme des avis numérotés. CCNE, « Enjeux éthiques d'une politique vaccinale contre le SARS-COV-2. Réponse du CCNE à la saisine du ministre des solidarités et de la santé », 18 décembre 2020, 21 p. ; <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/Saisine%20Vaccins.pdf>

²⁰ CCNE, CNERER, « Enjeux éthiques soulevés par la vaccination contre la Covid-19 », 29 mars 2021, 10 p. ; <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/CCNE-CNERER%20-%20Opinion%2025.03.21.pdf>

- Le CCNE s'est également intéressé à la question de la vaccination des mineurs au cours de la pandémie. Dans son avis du 8 juin 2021 sur les « **Enjeux éthiques relatifs à la vaccination contre la Covid-19 des enfants et des adolescents** »²¹, en réponse à une saisine du ministre des Solidarités et de la Santé, le CCNE questionnait le bénéfice individuel direct de la vaccination contre la Covid-19 pour l'enfant et l'adolescent en bonne santé (peu affectés par les formes sévères de la Covid-19) en termes de risques liés à l'infection. Compte tenu des connaissances disponibles à l'époque, le CCNE concluait cet avis en jugeant que la vaccination des enfants de moins de 12 ans ne semblait pas « *éthiquement et scientifiquement acceptable* » du fait qu'il n'existait alors « *aucune étude évaluant la sécurité des vaccins contre la Covid-19 dans cette population* ». Concernant les adolescents (12-16 ans), le CCNE estimait que le « *très faible* » « *bénéfice individuel en lien avec l'infection [...] en l'absence de comorbidité* » ne semblait pas suffisant pour justifier, à lui seul, la vaccination. Le CCNE préconisait de fait un suivi de pharmacovigilance spécifique aux adolescents et recommandait d'assurer une information claire et adaptée aux adolescents qui souhaitent recevoir le vaccin.
- Enfin, le CCNE a été amené à se prononcer à nouveau sur la vaccination des enfants de moins de 12 ans en réponse à une saisine du ministre des Solidarités et de la Santé, dans son avis du 16 décembre 2021, « **Proposer la vaccination contre la Covid-19 aux enfants de 5-11 ans est-il éthiquement acceptable ?** »²². Dans cet avis rédigé dans un **contexte d'incertitudes**, le CCNE considère que la vaccination des enfants de 5 à 11 ans sans comorbidités, bien qu'acceptable sur le plan éthique, doit néanmoins répondre à plusieurs exigences concernant les connaissances actualisées sur les bénéfices et risques du vaccin, le respect du choix éclairé des parents et l'absence de contraintes, une préparation de la campagne vaccinale qui ne se fasse pas dans la précipitation, la mise en place d'un suivi pharmaco-épidémiologique dans la tranche d'âge de 5 à 11 ans et le fait que l'organisation de la vaccination des enfants n'interfère pas avec la dose de rappel indispensable et prioritaire chez des adultes.

Ces réflexions du CCNE consacrées à la stratégie vaccinale contre la Covid-19 insistaient sur la situation d'incertitude à l'époque concernant les connaissances sur les vaccins en question. Le Comité a attaché une importance particulière à élaborer ces recommandations en prenant en compte le caractère extrêmement évolutif des données disponibles. Il faut noter que la connaissance sur les vaccins a évolué durant cette période, en particulier quant à la durée de leur efficacité et leur rôle sur la

²¹ CCNE, « Enjeux éthiques relatifs à la vaccination contre la Covid-19 des enfants et des adolescents », 29 mars 2021, 19 p. ;

<https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/Enjeux%20%C3%A9thiques%20relatifs%20%C3%A0%20la%20vaccination%20Covid%2008.06.21.pdf>

²² CCNE, « Proposer la vaccination contre la Covid-19 aux enfants de 5-11 ans est-il éthiquement acceptable ? Réponse du CCNE à la saisine du ministère des solidarités et de la santé », 16 décembre 2021, 15 p. ; <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-02/ccne - vaccination des enfants - 15.12.pdf>

transmission. Il est toutefois important de noter que le CCNE n'avait jusqu'alors pas été saisi, hors du contexte spécifique de cette pandémie, sur la vaccination obligatoire des personnels de santé. Le débat scientifique existe sur ce sujet depuis de nombreuses années, notamment à propos de la vaccination anti-grippale²³.

²³ Voir par exemple: M. Alexandra, J.D. Stewart, (2009), "Mandatory Vaccination of Health Care Workers", *New England Journal of Medicine*, 361:2015-2017; <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp0910151>

INTRODUCTION : PROTÉGER LES PATIENTS

1. Cadre de la réflexion éthique sur les enjeux de l'obligation vaccinale en milieu de soins

L'opposition d'une partie, même minoritaire, des professionnels de santé observée après la mise en place de l'obligation vaccinale contre le SARS-CoV-2 auprès de ces professions appelle à une réflexion sur les enjeux éthiques de la stratégie vaccinale auprès des personnes travaillant dans les secteurs de la santé et du médico-social en tenant compte de la crise d'envergure qui touche l'ensemble du système de soins.

L'obligation vaccinale met en tension les droits des patients avec la sécurité des actions, la sécurité sanitaire et les obligations spécifiques des professionnels exerçant une activité de soin ou d'accompagnement au contact de personnes dont ils ont la charge.

Le CCNE estime que dans un contexte de soins présentant des risques accrus d'exposition à des agents contaminants, **l'enjeu de réduire autant que possible le risque de transmission aux patients et aux résidents doit faire partie des principaux engagements des personnes travaillant dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux.**

Considérant le **devoir de protection des droits fondamentaux des patients**, notamment les plus fragiles dont la protection dépend d'autrui, et l'impératif de **sécurité des soins**, le CCNE estime que **la vaccination des professionnels de santé** contre des maladies contagieuses – lorsqu'un vaccin est disponible et montre un ratio bénéfices-risques positif pour la population – **relève d'une responsabilité** consubstantielle aux professions des secteurs sanitaires et médico-sociaux, visant à tout faire pour minimiser les risques pour les patients.

Concernant en particulier la Covid-19, la vaccination des soignants a eu le double mérite de leur procurer une protection contre la maladie et ses formes graves et également de permettre au système de santé de rester opérant.

2. La vaccination ne doit pas être considérée comme l'unique outil de prévention

L'ensemble des moyens actuellement disponibles pour limiter autant que possible les risques de contamination en milieu de soins tels que le port du masque, l'aération des locaux, l'hygiène des mains notamment avec l'usage large de solutions hydro-alcooliques, les tests de dépistage et la vaccination doivent être considérés comme complémentaires et régulièrement réinterrogés en fonction de la balance bénéfices collectifs-risques individuels. Ces outils relèvent d'une responsabilité consubstantielle aux professions des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

Il est établi que tous les vaccins n'apportent pas une garantie absolue de non transmission d'un agent pathogène mais qu'ils contribuent en général à en réduire le risque.

Le CCNE insiste sur le fait que **la vaccination fait partie d'une palette d'outils, complémentaires les uns des autres, dont aucun n'a une efficacité complète, permettant d'atteindre les objectifs de protection contre les risques infectieux des patients et des personnes travaillant en milieu de soins.**

3. Une distinction entre contexte courant et période de crise sanitaire

Le CCNE rappelle que cet avis s'inscrit dans un contexte biomédical révolutionné par les nouvelles techniques de production de vaccins. Le Comité s'est attaché à orienter sa réflexion vers un cadre prospectif visant à s'appliquer en cas d'éventuelles futures crises sanitaires dues à un ou des agents infectieux.

Compte tenu des enjeux soulevés par la stratégie vaccinale auprès des professionnels travaillant en milieu de soins ou d'accueil de personnes fragiles, le CCNE observe qu'une **distinction entre contexte courant et période de crise sanitaire** doit être établie dans les processus de décision afférents.

Le CCNE engage ainsi à poursuivre la réflexion afin de **distinguer la période de crise, pouvant dans certains cas justifier l'obligation vaccinale**, qui est une décision politique, **et la vaccination en période courante**, pour que les outils à disposition puissent être adaptés à ces deux situations. Cela doit se faire en privilégiant l'exercice de la **démocratie en santé favorisant l'expression de toutes les parties prenantes, professionnels, experts du système de santé et usagers, notamment ceux qui appartiennent aux populations les plus vulnérables face aux pathogènes concernés**. Cet exercice démocratique est une nécessité car il implique une appréciation la plus juste possible de la situation, fondée sur des **connaissances partagées et expliquées à l'ensemble des acteurs**, il précise le rôle attendu d'une vaccination et définit le cadre juridique qui s'applique.

Compte tenu du devoir de **protection des droits fondamentaux des patients** et de l'impératif de **sécurité des soins** :

- **en contexte courant** le CCNE encourage l'**information** et l'**incitation à la responsabilité** consubstantielle aux professions des secteurs sanitaires et médico-sociaux, visant à tout faire pour minimiser les risques pour les patients et les résidents, en privilégiant le recours à des **recommandations vaccinales** ; l'obligation pouvant demeurer à l'entrée dans les études ou dans un poste, pour des vaccins ayant démontré un très haut rapport bénéfices-risques comme celui contre l'hépatite B par exemple²⁴, et comme l'a évoqué récem-

²⁴ Comme l'a rappelé la HAS dans son avis du 29 mars 2023 : HAS, « Obligations et recommandations vaccinales des professionnels. Actualisation des recommandations et obligations pour les étudiants et professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et en contact étroit avec de jeunes enfants. Volet 1/2 : diphtérie, tétanos, poliomyélite, hépatite B, Covid-19 », 29 mars 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/obligations_et_recommandations_vaccinales_des_professionnels_actualisation_des_reco_et_obligations_pour_les_etudiants_et_pr.pdf

ment la Haute autorité de santé (HAS) à propos de la vaccination contre la rougeole dans sa recommandation du 14 juin 2023²⁵.

- **en cas de crise sanitaire**, mettant potentiellement en péril le système de soins, en présence d'un corpus scientifique solide garantissant l'efficacité (même modérée) et l'innocuité du vaccin concerné, le CCNE estime **que la décision politique** d'avoir recours à une **obligation légale de vaccination** des professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, bénéficiaires prioritaires de la vaccination, **peut être légitime**, sur la base de la **prudence au regard d'un risque potentiel** vis-à-vis des patients et les résidents, et pour le maintien d'un système de soins fonctionnel.

²⁵ HAS, « Obligations et recommandations vaccinales des professionnels. Actualisation des obligations et recommandations pour les étudiants et professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et en contact étroit et répété avec de jeunes enfants. Volet 2/2 : coqueluche, grippe saisonnière, hépatite A, rougeole, oreillons, rubéole, varicelle », 14 juin 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/recommandation_obligations_vaccinales_des_professionnels_volet_2_consultation_publicque.pdf

I. LES PROFESSIONNELS DES SECTEURS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX ET L'OBLIGATION VACCINALE : ENTRE SOLIDARITE ET AUTONOMIE

Les expressions « professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux » et « professionnels de santé » utilisées dans cet avis couvrent une grande **diversité d'acteurs, de lieux et de conditions d'exercice**. Pour se conformer au périmètre de la saisine, le CCNE s'appuie sur les définitions fournies par les textes normatifs en la matière à savoir :

- La loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales a créé l'**article L10 du Code de la santé publique** prévoyant pour la première fois des obligations vaccinales pour les professionnels de santé en France. L'arrêté du 31 mars 1991 fixe les établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné indifféremment de la nature publique ou privée de l'établissement²⁶.
- Aujourd'hui, c'est l'**article L3111-4 du Code de la santé publique** qui rend obligatoires les vaccinations contre « l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite²⁷ » **pour les personnes exerçant une activité professionnelle « dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées »**²⁸ les exposant ou exposant les personnes dont elles sont chargées à des risques de contamination ; le statut du professionnel (fonctionnaire, salarié, libéral) est indifférent, et les étudiants des filières médicales et paramédicales sont également concernés. Cet article renvoie à un arrêté ministériel la compétence de fixer, après avis de la HAS, les catégories d'établissements et organismes concernés.

La vaccination obligatoire s'impose aux professionnels concernés. Ceux-ci encourent une rupture de contrat ou de situation statutaire pour les fonctionnaires en cas de non-vaccination (sauf contre-indication médicale reconnue par le médecin du travail).

²⁶ [Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné.](#)

²⁷ Voir cependant l'avis de la HAS du 29 mars 2023 : HAS, « Obligations et recommandations vaccinales des professionnels. Actualisation des recommandations et obligations pour les étudiants et professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et en contact étroit avec de jeunes enfants. Volet 1/2 : diphtérie, tétanos, poliomyélite, hépatite B, Covid-19 », 29 mars 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/obligations_et_recommandations_vaccinales_des_professionnels_actualisation_des_reco_et_obligations_pour_les_etudiants_et_pr.pdf

²⁸ [Article L3111-4 du Code de la santé publique, modifié par LOI n° 2017-220 du 23 février 2017 - art. 4 \(V\).](#)

En outre, il est recommandé aux professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux de se faire vacciner contre sept maladies, à savoir : la coqueluche, la grippe, l'hépatite A, la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle²⁹.

Dans son Avis de 2016 « relatif aux obligations vaccinales des professionnels de santé »³⁰ publié concomitamment à la concertation nationale sur l'obligation vaccinale, le Haut Conseil de la santé publique recommande que toute décision de rendre ou maintenir une obligation vaccinale en milieu de soins doit concerner « *une maladie grave avec un risque élevé d'exposition pour le professionnel, un risque de transmission aux patients ou à la personne prise en charge et avec l'existence d'un vaccin efficace et dont la balance bénéfices-risques est largement en faveur du vaccin* »³¹. Cela implique de fait une prise en compte de l'évolution de l'épidémiologie des maladies concernées pour adapter les obligations vaccinales aux impératifs de santé publique.

La loi du n° 2021-1040 du 5 août 2021³² relative à la gestion de la crise sanitaire instaurant l'obligation vaccinale des professionnels de santé et médico-sociaux contre la Covid-19 à compter du 15 septembre 2021 a fait irruption dans un contexte particulier de crise majeure, nécessitant une série de mesures collectives.

A titre comparatif, en population générale, l'obligation vaccinale concerne principalement la vaccination des enfants³³ et a été étendue de trois à onze maladies depuis le décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire : autrefois limitée à la diphtérie, au tétanos, et à la poliomyélite (articles L. 3111-2 et 3 et R. 3111-2 et 3 du Code de la santé publique) elle concerne désormais également : la coqueluche, l'infection à *Haemophilus influenzae* b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole.

1. Perspectives internationales : des stratégies vaccinales différentes

Le développement de la vaccination comme action de prévention individuelle pour maîtriser ou limiter les effets de certaines maladies figure parmi les objectifs de santé publique de chaque pays. La pandémie de Covid-19 n'a fait que confirmer les inégalités d'accès à la vaccination selon les régions du monde, mettant au défi les méca-

²⁹ Santé publique France, VaccinationInfoService.fr, « Recommandations vaccinales spécifiques », volet « professionnels de santé » ; <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

³⁰ Haut Conseil de la santé publique (HCSP), (2016), « Avis relatif aux obligations vaccinales des professionnels de santé », 10 p. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20160927_obligationsvaccinalesprosant%C3%A9.pdf

³¹ HCSP, (2016), *Ibid*, p. 6.

³² LOI n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire (1) ; <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043909676>

³³ L'obligation vaccinale en population générale concerne tout enfant né à partir du 1er janvier 2018. Elle est exigible depuis le 1er juin 2018 pour tout enfant entrant en collectivité (crèche, centre de loisirs, jardin d'enfants, garde par une assistante maternelle, école...) et cela quel que soit le statut, privé ou public, du mode d'accueil de l'enfant. Article L.3111-2 du Code de la Santé publique ; https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687781/2016-01-28 ; article 49 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 ; <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036339090/>

nismes de la solidarité internationale, comme ce fut le cas auparavant, notamment dans l'accès au traitement pour le VIH.

La crise de la Covid-19 a également mis en lumière les différences de stratégies vaccinales déployées selon les pays pour ce qui concerne une éventuelle obligation. Depuis l'élargissement du nombre de vaccins obligatoires en 2018, passant de trois à onze vaccinations infantiles (cf. supra. p. 17), la France compte ainsi parmi les pays disposant du plus grand nombre d'obligations vaccinales auprès du grand public³⁴ avec l'Italie, la Grèce et plusieurs pays d'Europe de l'Est.

Les stratégies vaccinales auprès des professions de santé suivent quasiment le même modèle : sur 36 pays européens, un tiers ont mis en place une ou plusieurs obligations vaccinales auprès des professionnels de santé³⁵ parmi lesquels, outre la France, plusieurs pays de l'Est de l'Europe, le Portugal et la Belgique. Les pays scandinaves et de tradition anglo-saxonne ainsi que la Suisse se démarquent par des politiques vaccinales, autant en population générale qu'auprès des professionnels de santé, davantage centrées sur l'incitation que sur l'obligation.

L'irruption de la pandémie a toutefois conduit de nombreux pays européens à rendre obligatoire la vaccination contre la Covid-19 pour les professionnels de santé³⁶. Mais les difficultés rencontrées, l'évolution du virus ainsi que de la pandémie ont incité la grande majorité des pays à renoncer ou à interrompre les campagnes d'obligation vaccinale pour ce public.

Cette situation très contrastée amène à poser deux questions : d'une part, quelle stratégie est la plus à même d'obtenir la meilleure couverture vaccinale, et d'autre part, comment les pays qui ne recourent pas à la vaccination mettent-ils en place une politique d'incitation ?

Sur le premier point, la stratégie française concernant les vaccins infantiles fournit quelques explications. Le troisième bilan annuel d'extension de la vaccination obligatoire du nourrisson montre un effet positif sur la couverture vaccinale, l'adhésion à la réforme et la vaccination en général³⁷. Toutefois, concernant la rougeole, les oreillons et la rubéole, la France reste en deçà de la couverture vaccinale de 95 % nécessaire pour bloquer la circulation du virus de la rougeole ; taux que le Portugal et la Suède ont obtenu sans avoir instauré d'obligation³⁸.

³⁴ Selon une étude comparative (Bozzola, E., Spina, G., Russo, R. et al., (2018), "Mandatory vaccinations in European countries, undocumented information, false news and the impact on vaccination uptake: the position of the Italian pediatric society", *Italian Journal of Pediatrics*, 44, 67; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001041/>. Le caractère obligatoire pour au moins un vaccin est retrouvé dans 35,4 % des pays européens.

³⁵ H.C. Maltezou et al., (2019), "Vaccination Policies for, Vaccination of healthcare personnel in Europe: Update to current policies", *Vaccine*, Vol. 37, Issue 52, pp. 7576-7584; <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0264410X1931285X?via%3Dihub>

³⁶ On peut citer : l'Italie, la Hongrie, la Grèce, l'Allemagne ou encore l'Autriche. Voir par exemple : Y. Bourdillon, « Vaccination obligatoire des soignants : ce que font les autres pays », *Les Echos*, 05 juillet 2021.

³⁷ Ministère de la santé et de la prévention, (2022), *Troisième bilan annuel des obligations vaccinales du nourrisson*, 46 p. (https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_3eme_annee_obligations_vaccinales.pdf).

³⁸ La couverture vaccinale des enfants en âge d'être vaccinés étant de 86 % (2 doses de vaccin) en France en 2022, voir : ECDC, *Measles surveillance report, Annual Epidemiological Report for 2022*, 14 p.

Concernant le second point, il serait utile de s'interroger sur les stratégies mises en place dans différents pays. L'exemple de la grippe est notable car aucun pays d'Europe n'a institué d'obligation vaccinale contre cette affection. Toutefois, la couverture vaccinale chez les professionnels de santé varie de manière importante d'un pays à l'autre, depuis 15 % en Italie jusqu'à 80 % en Finlande entre 2017 et 2020. En France, la couverture vaccinale des professionnels de santé dépassait à peine 20 % lors de la campagne 2021-2022³⁹. Par ailleurs, plusieurs études montrent que des actions intensives, notamment sur le terrain, permettent d'augmenter sensiblement la couverture vaccinale⁴⁰. Même si des études complémentaires sont nécessaires, il serait utile de s'inspirer de ces actions qui permettent d'*aller vers* les professionnels et d'actionner des campagnes de prévention vaccinale au sein des collectifs de travail. Si une telle approche doit être privilégiée hors période de crise, elle peut ne pas être totalement appropriée en cas de crise sanitaire où le temps est compté, les attentes de protection fortes et la pédagogie plus délicate à mettre en œuvre.

2. La coexistence entre obligations et recommandations, source de confusion

L'obligation vaccinale auprès des professionnels en milieu de soins vise plusieurs objectifs, en fonction du profil de transmission de chaque maladie, du mode d'action du vaccin et de son niveau d'efficacité : la protection individuelle contre les maladies visées en limitant le risque d'infection ou celui de développer une forme grave, la protection des personnes soignées ou hébergées dans une démarche de réduction des risques de transmission par toutes les mesures possibles de sécurité, et une contribution à l'immunité collective (*herd immunity*) en population générale. Concernant spécifiquement la vaccination contre la Covid-19, s'est ajoutée, dans cette période particulière de la pandémie, la préservation du système de soins en limitant le taux d'absences liées aux arrêts maladie⁴¹. A noter néanmoins que la vaccination antigrippale répond à chaque épidémie aux mêmes objectifs.

(<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Measles%20Annual%20Epidemiological%20Report%202022%20data.pdf>).

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Measles%20Annual%20Epidemiological%20Report%202022%20data.pdf>

³⁹ Haute autorité de santé, *Rapport : Développement d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins sur la « Couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier*, 9 mars 2023, 31 p. (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202304/rapport_experimentation_couverture_vaccinale_antigrippale_2023.pdf).

⁴⁰ Voir, entre autres, une étude récemment publiée qui montre cet effet positif pour la grippe et pour la Covid-19 : Schumacher S., Salmanton-García J., Liekweg A. et al., (2023), "Increasing influenza vaccination coverage in healthcare workers: analysis of an intensified on-site vaccination campaign during the COVID-19 pandemic", *Infection* (<https://doi.org/10.1007/s15010-023-02007-w>).

⁴¹ Les professionnels de santé, du fait de leur exposition au virus, ont été considéré comme les personnes les plus prioritaires pour l'accès au vaccin. CARE – Comité scientifique COVID-19 – Comité vaccin COVID-19. *Avis « Vaccins contre le SARS-CoV-2. UNE STRATÉGIE DE VACCINATION - 9 Juillet 2020 »*. « III. Populations considérées en toute première priorité, en métropole et en outre-mer. A. Populations à risque d'exposition professionnelle : environ 6,8 millions de personnes. a. Priorité très élevée : autour de 1,8 million de personnes. Cette catégorie concerne essen-

L'observation des données de couverture vaccinale, disparates et fragmentaires, en l'absence de registre national et d'une vision exhaustive, montre que les soignants⁴² sont majoritairement bien couverts par les vaccinations obligatoires : en 2009, elles atteignaient 91,7 % pour l'hépatite B et 95,5 % pour le rappel du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (dTP) selon l'enquête la plus récente connue à ce jour⁴³. Pour la Covid-19, on observe des taux moins élevés (86,4 % chez les professionnels travaillant en Ehpad ou USLD, 88,9 % chez les professionnels soignants libéraux et 88,4 % chez les professionnels soignants en établissement de santé)⁴⁴. L'écart entre ces taux de couverture et le 100 % légitimement attendu en cas d'obligation vaccinale s'explique par le fait que des professionnels non vaccinés ne peuvent l'être pour des raisons médicales ou sont placés en position « hors activité » (exemple : position de détachement). Cela étant dit, on observe que là où il existe des obligations vaccinales, les taux de couverture restent supérieurs à ceux des vaccinations recommandées qui sont de : 11,4 % pour le rappel décennal dTP associant la valence coqueluche, 49,7 % pour au moins une dose de vaccin rougeole et rubéole⁴⁵, 29,9 % pour la varicelle et 25,9 %⁴⁶ pour la grippe⁴⁷.

Ces variations de couvertures vaccinales s'expliquent par des représentations sociales différenciées, autant en population générale qu'auprès des professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, selon que les vaccins sont obligatoires ou recommandés, ces derniers étant souvent perçus à tort comme relatifs à des maladies bénignes. Les études⁴⁸ mentionnant cette différenciation de perceptions soulignent les représentations erronées quant à l'importance relative des vaccins recommandés,

tiellement les personnels de santé. » Face à la pandémie. Les avis du Conseil scientifique COVID-19 2020-2022 Présentés par Paul Benkimoun. La Documentation française, (2023), p. 150.

⁴² L'expression « professionnels de santé » est ici assumée car les données de couverture vaccinale connues en milieu de soins ne couvrent généralement que les personnels soignants (médecins, infirmiers).

⁴³ Pour le CCNE, la compilation et l'analyse des données de couverture vaccinale des professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux ne sont pas assez développées en France et nécessiteraient des actualisations au moins annuelles. Voir l'enquête citée dans le texte : J-P. Guthmann, D. Abiteboul, (2011), « Vaccinations chez les soignants des établissements de soins de France, 2009. Couverture vaccinale, connaissances et perceptions vis-à-vis des vaccinations, rapport final », Saint Maurice: Institut de veille sanitaire, 76 p. ; https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/186533/document_file/34099_9831-ps.pdf?version=1

⁴⁴ Primo-vaccination complète et au moins 1 dose de rappel, données au 21 mars 2023, selon Santé publique France, InfoCovidFrance, « Chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le monde » ; <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>

⁴⁵ La vaccination contre la rubéole n'est pas mentionnée dans l'étude citée car elle a été recommandée plus tard, mais le vaccin contre la rougeole contenant également les valences oreillons et rubéole, nous pouvons en déduire que la couverture vaccinale contre la rougeole est similaire à celle de la rubéole.

⁴⁶ J-P. Guthmann, D. Abiteboul, (2011), *Ibid*.

⁴⁷ Santé publique France, (2022), *Quelle est la couverture vaccinale contre la grippe des professionnels exerçant dans les établissements de santé ? Le point sur*, Saint-Maurice, 6 p. Directrice de publication : Pr Geneviève Chêne ; https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/440659/document_file/2022_LePointSur_ES_grippe_010622.pdf

⁴⁸ Voir par exemple : R. Sardy, R. Ecochard, E. Lasserre, J. Dubois, D. Floret, & L. Letrilliart, (2012), « Représentations sociales de la vaccination chez les patients et les médecins généralistes : une étude basée sur l'évocation hiérarchisée », *Santé Publique*, 24, 547-560. <https://doi.org/10.3917/spub.126.0547>

tant en population générale⁴⁹ qu'auprès des professionnels en milieu de soins⁵⁰ et mettent en évidence une méconnaissance globale des vaccinations recommandées. Ces perceptions dépendant d'un enchevêtrement de déterminants (épidémiologiques, immunologiques, sociaux, économiques et politiques⁵¹), elles sont particulièrement induites par le principe même d'obligation instaurant une dualité selon le régime juridique d'un vaccin et laissant penser qu'il y a des vaccinations prioritaires, puisque obligatoires et d'autres optionnelles⁵².

La distinction entre recommandations et obligations a longtemps fait l'objet de nombreuses remises en cause qui se sont atténuées depuis la concertation citoyenne sur la vaccination de 2016, cette dernière ayant permis un débat public sur les enjeux de la stratégie vaccinale.

Encadré n° 1 - La concertation citoyenne sur la vaccination de 2016

La Concertation citoyenne sur la vaccination organisée en 2016, sur l'initiative de la ministre de la Santé fut composée d'auditions, d'enquêtes d'opinion et de deux jurys (citoyens et professionnels de santé) qui ont rendu un avis sur les façons de restaurer la confiance et d'améliorer la couverture vaccinale. Le thème du recours à l'obligation a donc été largement abordé.

Du côté du jury de citoyens, on constate une prise de position mitigée. Il ne s'est guère prononcé sur ce qui justifie l'obligation vaccinale.

Le jury de professionnels de santé s'est accordé sur le caractère contre-productif du renforcement de l'obligation vaccinale, en affirmant que celle-ci risquerait de nuire à la confiance et à la responsabilisation des citoyens. Le jury a donc conclu que l'obligation vaccinale était justifiée dans des situations épidémiologiques graves, mais qu'en dehors de ce cadre il était préférable de s'en remettre à la transparence de l'expertise, à la formation des soignants et à l'information du public autour des vaccins, dont il faut garantir l'accessibilité.

La coexistence entre obligations et recommandations est à la fois une ligne de force et un point de tension de la politique vaccinale française en population générale. D'une part parce que d'un point de vue moral, l'obligation vaccinale, comme de nombreuses mesures collectives de santé publique (obligation de la ceinture de sécurité, interdiction

⁴⁹ E. Nicand, E. Debost, (2018), « Obligation vaccinale : pourquoi le changement de législation de la politique vaccinale chez le nourrisson en France en 2018 ? », *Actualité et dossier en santé publique*, n°105, pp.18-20 ; <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1051820.pdf>

⁵⁰ J-P. Guthmann, D. Abiteboul, (2011), *Ibid* ; R. Sardy et al., (2012), *Ibid* ; F. Collange, L. Fressard, C. Pulcini, O. Launay, A. Gautier, P. Verger, (2016), « Opinions des médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'azur sur le régime obligatoire ou recommandé des vaccins en population générale, 2015 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°. 24-25, p. 406-13.

⁵¹ D. Lévy-Bruhl, (2016), « Politique vaccinale », Dans : François Bourdillon éd., *Traité de santé publique* (pp. 311-322). Cachan : Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0336>.

⁵² F. Vié le Sage, Gelbert, N., Cohen, R. & Assathiany, R., (2018), « Le vaccinateur et la politique : être assis entre deux chaises n'est pas toujours confortable: Enquête sur la perception de la politique vaccinale par les pédiatres français », *Les Tribunes de la santé*, 58, 81-89. <https://doi.org/10.3917/seve1.058.0081>.

tion de fumer dans des lieux publics, interdiction de vente d'alcool à des mineurs...) va à l'encontre de la règle générale du consentement libre et éclairé (bien qu'il existe des exceptions) qui repose elle-même sur le principe fondamental du respect de l'autonomie de la volonté des individus. Cette obligation vaccinale peut être considérée comme une remise en cause de la liberté individuelle de chaque citoyen.

D'autre part, cette dualité de régime délivre des messages dissonants : là où l'obligation signe un volontarisme fort de l'Etat, qui s'engage notamment à assumer les éventuels préjudices qui pourraient résulter d'une vaccination imposée⁵³, la recommandation encourage la responsabilité et l'autonomie des individus concernant leur santé. Chacun de ces deux régimes se justifie par des principes éthiques. Alors que l'obligation répond aux principes de non-malfaisance (protection des personnes vulnérables) et de justice distributive (en offrant théoriquement une égalité d'accès à une vaccination obligatoire quand les vaccins sont mis à disposition gratuitement), la recommandation s'appuie sur le respect de l'autonomie du sujet à décider pour sa santé et son corps et sur sa capacité à décider en fonction d'une information supposée existante, disponible et adaptée.

La tension entre ces deux régimes a été accrue par l'irruption brutale de la pandémie de Covid-19, qui a forcé à prendre des mesures rapides dans un contexte où la connaissance scientifique était imparfaite et en constante évolution. L'obligation spécifique, qui pèse sur les professionnels de santé et de l'accompagnement, de respecter au maximum le droit à la sécurité sanitaire des personnes prises en charge, a été fortement interpellée à cette occasion.

⁵³ Le régime de responsabilité sans faute de l'Etat à raison des éventuelles conséquences dommageables des vaccinations obligatoires est initié par la loi n° 64-643 du 1er juillet 1964. Il est remplacé par l'article L. 3111-9 du code de la santé publique (https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036393284), issu de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, qui confie à l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux) la charge d'indemniser les accidents vaccinaux obligatoires.

II. LA STRATEGIE VACCINALE A L'EPREUVE DE LA CRISE SANITAIRE

Lorsque le principe de santé publique se développe au XIX^{ème} siècle, l'organisation des soins, qui était jusqu'alors dépendante d'initiatives privées et d'œuvres caritatives, devient une préoccupation majeure de l'Etat moderne. Ce dernier intègre alors la santé dans la sphère politique en définissant des stratégies d'intervention pour préserver la santé des populations. Théorisée par Michel Foucault à l'aide du concept de « biopouvoir »⁵⁴, cette profonde transformation repose sur le développement de diverses sciences (biologique, statistique, épidémiologie, démographie). L'émergence d'une certaine « étatisation du biologique »⁵⁵ supposant des formes de contrôle des corps reposant notamment sur des mesures coercitives, dessine une relation d'interdépendance entre santé individuelle et collective. De façon concomitante à l'émergence de ce nouvel enjeu politique qu'est la santé publique, la méthode vaccinale se diffuse au XIX^{ème} siècle et laisse entrevoir la possibilité de préserver ou de conquérir l'immunité de la collectivité contre des maladies infectieuses.

Le 15 février 1902, la vaccination devient un pivot du dispositif biopolitique en étant rendue obligatoire⁵⁶ par la première loi de santé publique en France. Cette loi prend racine dans une période qui voit progresser, tant aux niveaux politique que juridique, la notion de solidarité. Dans son ouvrage consacré à cette idée⁵⁷, le penseur Léon Bourgeois applique à la philosophie politique des mécanismes du droit⁵⁸ en développant notamment l'idée que « la liberté peut générer des obligations positives qui [la] préservent »⁵⁹. La doctrine solidariste, qui accompagne l'apparition de notre modèle républicain, propose un socle théorique légitimant l'intervention de l'Etat comme expression de la volonté générale tout en respectant la liberté individuelle de chacun autour de l'idée que « l'homme naît débiteur de l'association humaine », selon cet auteur.

⁵⁴ M. Foucault, (1976), *Histoire de la sexualité. 1. La volonté de savoir*, Paris : Gallimard, 224 p.

⁵⁵ M. Foucault, (1975), « Pouvoir et corps », in *Dits et Écrits vol. II (1970-1975)*, p. 757-758 (in *Quel corps ?*, n° 2, septembre-octobre 1975, p. 2-5 (entretien de juin 1975), Gallimard, 1994.

⁵⁶ La loi de santé publique du 15 février 1902 rend obligatoire la vaccination antivariolique dès la première année de l'enfant.

⁵⁷ L. Bourgeois, (1896, édition de 1902), *Solidarité*, Armand Colin, (p. 115-158).

⁵⁸ D'après la philosophe Marie-Claude Blais, la conception de la solidarité par Léon Bourgeois « est le transfert en philosophie politique de deux mécanismes du droit civil des obligations : la solidarité et le quasi-contrat. Ce dernier décrit "les faits purement volontaires de l'homme, dont il résulte un engagement quelconque envers un tiers" (art. 1371). La solidarité sociale devient une sorte de contrat rétroactivement consenti qui engage tout homme, du fait qu'il vit en société et profite du patrimoine commun, à concourir au maintien de cette communauté et à son progrès. L'apport fondamental de la notion juridique de "quasi-contrat", c'est qu'elle permet de passer de l'idée de dette, qui garde un caractère de devoir moral (ou devoir large en philosophie), à l'obligation stricte assortie de sanctions » ; voir : M-C. Blais, (2018), « Solidarité : une idée politique ? », in *Solidarité(s) : Perspectives juridiques*, M. Hecquard-Théron (dir.), (2018), pp. 35-48.

⁵⁹ L. Bourgeois, (1896, édition de 1902), *Solidarité*, Armand Colin, (p. 115-158).

En tant que stratégie de santé publique nécessitant l'adhésion de la collectivité, et considérant le contexte d'émergence de l'obligation vaccinale, la politique vaccinale française s'est historiquement construite autour de la notion de solidarité. De nos jours, elle peut susciter au sein de la société civile des tensions entre libertés individuelles et intérêt collectif, subjectivité et intersubjectivité, choix et contraintes.

1. L'hésitation vaccinale des professions soignantes : symptôme de la dégradation de la confiance envers les autorités institutionnelles et politiques dans un contexte de tensions sur le système de soins

En s'appuyant sur les données de couverture vaccinale contre le SARS-CoV-2 des professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, après trois ans de pandémie, **il apparaît que ces acteurs principaux du système de soins ont, dans leur quasi-totalité, respecté l'obligation vaccinale alors que la pandémie se prolongeait. Pour autant, le recours à cette stratégie de contrainte restreignant les libertés individuelles, témoigne des difficultés rencontrées pour convaincre** une partie des professionnels des bénéfices de cette vaccination pour eux-mêmes, pour la protection des personnes vulnérables dont ils ont la charge⁶⁰, pour la protection du système de soins, mais également pour l'atteinte d'une couverture immunitaire collective la plus large possible. Cette difficulté peut s'expliquer pour partie par la situation de crise, ainsi qu'évoqué plus haut avec comme corollaire des connaissances imparfaites et évolutives sur un virus qui était en constante mutation.

Au-delà des craintes sur l'efficacité ou les possibles effets indésirables de ce vaccin, ou de l'adhésion à des théories disputées parfois promues par des personnalités publiques, y compris appartenant au corps médical, les réticences exprimées s'inscrivent dans un profond malaise des acteurs du soin et de l'accompagnement éprouvés par une accumulation de crises (pressions sur le système de soins, pandémie de Covid-19, crise de reconnaissance des compétences au sein des métiers du soin) mettant en tension la relation entre personnes soignantes et soignées, et bouleversant le sens même du soin, comme l'indique le CCNE dans son Avis 140⁶¹. En effet, l'indifférence à l'égard de la vaccination voire le refus vaccinal précèdent la crise sanitaire, comme en témoigne tous les ans la faiblesse des taux de couverture vaccinale des professionnels contre la grippe saisonnière⁶².

En 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) mentionnait l'hésitation vaccinale (*vaccine hesitancy*) sur sa liste des dix plus grandes menaces pour la santé mondiale et soulignait que les professionnels de santé représentaient les conseillers les plus

⁶⁰A noter que la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé introduit la notion de « vaccination altruiste » ajoutant au bénéfice individuel de la vaccination pour les soignants la notion d'un bénéfice pour les personnes qu'ils ont en charge (L. 3111-4 du Code de la santé publique).

⁶¹ CCNE, Avis n° 140, « Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostique et perspectives », 20 octobre 2022, 53 p.; https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-11/Avis140_Final_0.pdf

⁶² Ce vaccin étant recommandé pour certaines professions de santé, notamment celles en contact régulier et prolongé avec les personnes à risque de forme sévère de grippe.

fiables et les plus influents en matière de décision vaccinale⁶³. Telle que définie par les experts du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination de l'OMS, cette notion⁶⁴ « fait référence au report ou au refus de vaccins, en dépit de la disponibilité de services de vaccination de qualité » ; il s'agit d'un phénomène « complexe et spécifique au contexte, variant selon l'époque, le lieu et le vaccin » particulièrement lié au degré de confiance existant envers les autorités. Ce concept est à distinguer de la résistance et du militantisme anti-vaccins, rejetant le principe même de la vaccination, bien que la frontière entre les deux puisse être poreuse.

La relation de soins est considérée comme un temps privilégié pour répondre à l'hésitation vaccinale du grand public, mais pour ce faire, les professionnels de santé en charge de cette relation doivent eux-mêmes être convaincus du bien-fondé de la vaccination (efficacité, sécurité, utilité...). Or, la littérature disponible dans le champ de l'hésitation vaccinale démontre qu'une proportion importante de soignants (avec de grandes disparités selon les professions) se montre réticente à l'égard de certains vaccins, et en particulier à celui contre la Covid-19⁶⁵, soutenue en cela par les discours discutables de certaines autorités médicales auto-proclamées.

A l'image des enquêtes en population générale, la crainte des effets indésirables⁶⁶, le manque de confiance à l'égard de l'industrie pharmaceutique, des autorités sanitaires et des experts⁶⁷, l'inclination pour des pratiques médicales alternatives⁶⁸ sont des arguments fréquemment avancés par les professionnels de santé hésitants.

⁶³ OMS, (2019), *Ten threats to global health in 2019* : <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>

⁶⁴ OMS, (2014), *Report of the Sage Working Group on Vaccine Hesitancy*, 64 p.

⁶⁵ Dzieciolowska S., Hamel D., Gadio S., et al., (2021), "Covid-19 vaccine acceptance, hesitancy, and refusal among Canadian healthcare workers: a multicenter survey", *American Journal of Infection Control*, 2021;49 (9):1152-1157 ; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655321002741?via%3Dihub>. Verger P., Scronias D., Dauby N., et al., (2021), "Attitudes of healthcare workers towards COVID-19 vaccination: a survey in France and French-speaking parts of Belgium and Canada, 2020", *EuroSurveillance* 2021;26(3):2002047 ; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7848677/>. Gagneux-Brunon A., Detoc M., Bruel S., et al., (2021), "Intention to get vaccinations against COVID-19 in French healthcare workers during the first pandemic wave: a cross-sectional survey", *The Journal of Hospital Infection*, 2021;108:168-173 ; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33259883/>.

⁶⁶ Verger P., Collange F., Fressard L., et al., (2014), "Prevalence and correlates of vaccine hesitancy among general practitioners: a cross-sectional telephone survey in France", *EuroSurveillance*, 2014 [Apr Jul];21 (47):30406 ; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291145/>. Thomire A, Raude J., (2021), "The role of alternative and complementary medical practices in vaccine hesitancy among nurses: a cross-sectional survey in Brittany", *Infectious Diseases Now*, 2021;51(2):159-163 ; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X20307198>.

⁶⁷ Voir par exemple : Verger P., Fressard L., Collange F., et al., (2015), "Vaccine hesitancy among general practitioners and its determinants during controversies: a national cross-sectional survey in France", *EBioMedicine*, 2(8): 891-897 ; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4563133/>.

⁶⁸ Verger P., Collange F., Fressard L., et al., (2014), "Prevalence and correlates of vaccine hesitancy among general practitioners: a cross-sectional telephone survey in France", *EuroSurveillance*, 2014 [Apr Jul];21 (47):30406 ; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291145/>. Thomire A., Raude J., "The role of alternative and complementary medical practices in vaccine hesitancy among nurses: a cross-sectional survey in Brittany", *Infectious Diseases Now*, 2021;51(2):159-163 ; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X20307198>.

L'épisode de la Covid-19 semble avoir fourni un terreau favorable à l'amplification des comportements et sentiments de défiance à l'égard des autorités notamment auprès des professionnels travaillant en milieu de soins qui ont été très sollicités pendant la gestion de la crise sanitaire. Dans les débuts de la pandémie, le rationnement voire la pénurie d'équipements de protection individuelle (masques, surblouses, charlottes...) ont contraint les équipes à « faire avec les moyens du bord » en utilisant des matériels non réglementaires (sac-poubelle, combinaisons de peinture...), les poussant parfois à enfreindre les règles d'hygiène les plus élémentaires (utilisation d'une même surblouse pour plusieurs patients, lavage de surblouses en papier destinées initialement à un usage unique...)⁶⁹, dans un contexte d'extrême tension hospitalière et dans une situation d'incertitude quant aux risques liés à l'infection par le SARS-CoV-2. Ces épreuves brutales et traumatisantes ont généré auprès de nombreux professionnels de santé un sentiment d'incompréhension, voire d'abandon par les autorités politiques et sanitaires, d'autant plus dans le contexte de crise du système de soins déjà évoqué.

Cette situation des premiers mois a été marquée par des positions fluctuantes concernant les confinements, l'obligation du port du masque, l'aération des locaux. Se sont ajoutées, suite à la mise au point du vaccin en un temps record et selon une méthode récente (vaccins produits par **les nouvelles techniques de production de vaccins, en particulier les plateformes de type ARNm**⁷⁰), l'instauration du pass sanitaire puis du pass vaccinal et l'obligation vaccinale pour les professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux qui ont été perçues par certains comme autant d'atteintes aux libertés individuelles qui ne seraient pas justifiées par un impératif de santé publique, à la liberté de disposer de son corps et au droit de consentir ou non à des actes de soins quels qu'ils soient. Lorsqu'ils ont été saisis sur ces points, le Conseil d'Etat et le Conseil constitutionnel ont pourtant rappelé à plusieurs reprises que la protection de soi et la santé publique justifiaient des mesures proportionnées de restriction de ces libertés⁷¹.

Comme le soulignait déjà le CCNE dans son Avis 140⁷², la crise de confiance que nous traversons actuellement est le symptôme de déséquilibres antérieurs ; elle a été favorisée par des affaires sanitaires qui ont marqué la société française depuis plusieurs

⁶⁹ *Le Monde*, « Coronavirus : masques, surblouses... Du matériel manque toujours dans les hôpitaux », 02 avril 2020 ; https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/04/02/coronavirus-masques-surblouses-du-materiel-manque-toujours-dans-les-hopitaux_6035257_3244.html.

⁷⁰ Les propriétés des vaccins à ARNm ouvrent de nombreuses applications à de nombreux pathogènes et peuvent apporter des solutions rapides et efficaces lors de futures crises sanitaires, voir : COVARS, « Avis du Comité de Veille et d'Anticipation des Risques Sanitaires (COVARS) du 9 Février 2023 sur le futur des vaccins à ARNm dans l'anticipation et la gestion des crises sanitaires », 49 p. ; <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/avis-du-covars-sur-le-futur-des-vaccins-arnm--13-fvrier-2023-26444.pdf>

⁷¹ CE, 8 avril 2020, Syndicat national pénitentiaire Force ouvrière, n°439821, cons.3, <https://www.conseil-etat.fr/arianeweb/#/view-document/?storage=true> et Cons.Cons, DC n°2020-800 du 11 mai 2020, <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2020/2020800DC.htm>

⁷² CCNE, Avis n° 140, « Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives », 20 octobre 2022, 53 p. ; https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-11/Avis140_Final_0.pdf

décennies (Chlordécone en Guadeloupe et Martinique, hormone de croissance, sang contaminé, Isoméride ou encore Mediator), mais aussi par le développement du recours à Internet comme principale source d'information (diffusion de contenus non validés, fausses informations, rumeurs non fondées)⁷³.

Encadré n° 2 - Des polémiques françaises et internationales qui ont alimenté l'hésitation vaccinale depuis 20 ans

Ces vingt dernières années ont été marquées par plusieurs polémiques vaccinales qui ont alimenté les doutes à propos de la sécurité et de l'utilité de cette mesure de prévention. La première débute en 1998 lorsque le ministère de la Santé interrompt une campagne de vaccination massive des collégiens contre l'hépatite B en raison de suspicions sur de possibles liens entre le vaccin et l'apparition de maladies démyélinisantes (essentiellement des scléroses en plaques), et ce, bien que l'association entre l'administration de ce vaccin et la survenue de maladies démyélinisantes ait été infirmée par de nombreuses études épidémiologiques⁷⁴. A noter que l'hépatite B figure parmi les premières maladies dont la prévention vaccinale a été rendue obligatoire pour les professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux dès 1991. La même année, une étude parue dans *The Lancet* sur une prétendue association entre vaccination ROR et autisme bouscule les pouvoirs publics britanniques. Il a fallu 12 ans pour qu'il soit prouvé que cette étude était frauduleuse et que ce journal retire cette publication⁷⁵. Si d'autres polémiques ont suivi (remise en cause des adjuvants aluminiques, vaccin contre les infections à papillomavirus accusé de provoquer des maladies auto-immunes), la gestion controversée de la pandémie de grippe A (H1N1) en 2009-2010 a particulièrement contribué à la majoration de la défiance à l'égard des vaccinations⁷⁶.

Les incertitudes scientifiques légitimes face à un virus émergent et à un vaccin novateur développé de manière extrêmement réactive, les discours médicaux, scientifiques et politiques parfois contradictoires, ainsi que les prises de position scientifiquement infondées de certaines personnalités publiques, l'insuffisance d'une communication pédagogique et cohérente (délicate à mettre en œuvre en période critique) sur la nécessité de restreindre les libertés individuelles pour protéger la collectivité : tous ces éléments ont concouru à une crise de confiance, engendrant le doute sur l'état des

⁷³ Voir : Comité pilote d'éthique du numérique, Bulletin de veille n°2, « Réflexions et points d'alerte sur les enjeux d'éthique du numérique en situation de crise sanitaire aiguë », 21 juillet 2020, 24 p. ; <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/CNPEN-desinformation-2020-07-21-CP.pdf>

⁷⁴ Mouchet J., Salvo F., Raschi E., Poluzzi E., Antonazzo IC., De Ponti F., et al., (2018), "Hepatitis B vaccination and the putative risk of central demyelinating diseases – A systematic review and meta-analysis", *Vaccine*, 14;36(12):1548–55 ; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29454521/>.

⁷⁵ Dyer C., (2010), "Lancet retracts Wakefield's MMR paper", *British Medical Journal*, 340 ; <https://www.bmj.com/content/340/bmj.c696>

⁷⁶ D'après Santé publique France : « La proportion de personnes « très » ou « plutôt favorables » s'établissait à 61% entre octobre 2009 et juin 2010, alors qu'elle dépassait 90 % au début des années 2000 » ; voir : Gautier A., Chelmal K., Jestin C. et le groupe Baromètre santé 2016, (2017), « Adhésion à la vaccination en France : résultats du Baromètre santé 2016 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, (Hors-série Vaccination): 21-7 ; https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/183070/document_file/41099_13510-ps.pdf?version=1

connaissances et de la suspicion là où il y avait besoin de rationalité et de prudence, comme le souligne le CCNE dans son Avis 140⁷⁷.

2. Les inégalités sociales et territoriales : quelles leçons en tirer ?

En France, la campagne vaccinale contre la Covid-19 a suscité d'importants mouvements de contestations mêlant citoyens opposés au pass sanitaire (mis en place en juin 2021 et étendu le 9 août 2021 pour l'accès à des lieux publics)⁷⁸ et personnels de santé actifs mais minoritaires dénonçant la décision du gouvernement de rendre les vaccins obligatoires pour l'exercice de leur profession. A partir de juillet 2021 et pendant environ six mois, des dizaines de manifestations ont été organisées sur le territoire français au nom d'une certaine conception de la défense des libertés individuelles.

Au cours de cet épisode important de la crise sanitaire, la répartition géographique des mobilisations correspondait de façon inversement proportionnelle à celle des taux de vaccination contre la Covid-19, en d'autres termes les manifestations ont été plus vives dans les territoires les moins bien vaccinés (hormis Paris)⁷⁹. Ce phénomène de disparité géographique de l'adhésion aux vaccinations était déjà connu des autorités de santé publique puisque les taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B – dont nous avons évoqué l'importante polémique au milieu des années 1990 – et contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), dessinaient déjà, depuis une vingtaine d'années, un gradient Nord/Sud défavorable à la France méridionale⁸⁰.

Cette fracture entre une France du Nord globalement bien vaccinée et une France du Sud – et particulièrement du Sud-Est – ainsi que les départements et régions d'outre-mer (DROM) présentant des taux de vaccination contre la Covid-19 inférieurs à la moyenne nationale est le résultat d'un enchevêtrement de déterminants. Ainsi, dans les zones éloignées des centres urbains, l'isolement peut laisser penser aux populations qu'elles sont moins exposées au risque infectieux – ce qui a été le cas dans les premiers temps de la pandémie – et dans le cas de la vaccination anti-pandémique cela s'est aussi accompagné de la difficulté de le faire en raison de l'éloignement des

⁷⁷ CCNE, Avis n° 140, « Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives », 20 octobre 2022, 53 p. ; https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-11/Avis140_Final_0.pdf

⁷⁸ LOI n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000043567200/> et LOI n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000043909676/2021-08-09/>

⁷⁹ Voir notamment : C. Stromboni, « Covid-19 : en France, une triple fracture vaccinale », *lemonde.fr*, 25 juillet 2021 ; https://www.lemonde.fr/planete/article/2021/07/25/covid-19-en-france-une-triple-fracture-vaccinale_6089451_3244.html. J-F. Fernandez, « Manifestations contre le pass sanitaire : la mobilisation est plus importante là où le taux de vaccination est plus bas, selon Santé Publique France », *francetvinfo.fr*, 28 août 2021 ; https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/pass-sanitaire/manifestations-contre-le-pass-sanitaire-la-mobilisation-est-plus-importante-la-ou-le-taux-de-vaccination-est-plus-bas-selon-sante-publique-france_4750775.html.

⁸⁰ L. Guimier, (2021), « Les résistances françaises aux vaccinations : continuité et ruptures à la lumière de la pandémie de Covid-19 », *Hérodote*, vol. 183, no. 4, pp. 227-250 ; <https://www.cairn.info/revue-herodote-2021-4-page-227.htm>

centres de vaccination. D'une manière plus générale, l'éloignement géographique avec le pouvoir central parisien et le sentiment d'appartenance à une communauté locale à forte identité culturelle – métropole marseillaise, Cévennes, DROM etc. – ont une influence sur l'indifférence ou la défiance à l'égard des recommandations des institutions, perçues comme des instances lointaines⁸¹.

Dans les DROM, le scepticisme à l'égard du vaccin a exacerbé une situation sanitaire et sociale particulièrement instable et fragilisée par l'intrication de la crise du système de soins et de la pandémie. En septembre 2021, alors que la part des 65-74 ans ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la Covid-19 s'élevait à 93 % à l'échelle du pays, le taux de vaccination de cette même tranche d'âge se situait entre 40 et 45 % en Guyane, en Martinique et en Guadeloupe⁸². Au cours de la même période, ces deux régions connaissaient une très forte dégradation de leur situation sanitaire avec l'arrivée de la quatrième vague épidémique à la progression très rapide et d'une ampleur bien plus vaste que les précédentes épidémies. Alors qu'ailleurs en France le contexte d'extension de la vaccination permettait de maintenir la quatrième vague sous contrôle malgré la diffusion du variant delta plus contagieux, la Guadeloupe et la Martinique connaissaient une situation catastrophique : le surcroît de mortalité au cours de cette période⁸³ atteignait + 78 % en Guadeloupe et + 69 % en Martinique⁸⁴ où il existe une forte prévalence de comorbidités dans la population (obésité, diabète, hypertension, insuffisance rénale). Les services hospitaliers ont alors été contraints de basculer dans une « médecine de catastrophe »⁸⁵. En Guadeloupe, île reconfinée à partir du 30 juillet 2021, le taux d'incidence chez les jeunes avoisinait 4 000 cas pour 100 000 habitants, un taux inédit en France depuis le début de la pandémie. Quant à la Martinique, la situation était tout autant critique, l'île enregistrait au cours de cette quatrième vague plus de 220 % de surcharge hospitalière, l'armée y a été envoyée en renforts pour augmenter les capacités de lits en réanimation. A la mi-août, 240 personnels de santé décollaient depuis l'hexagone vers la Guadeloupe et la Martinique pour aider à juguler une situation qui semblait hors de contrôle. L'écrasante majorité des malades admis en réanimation pour Covid-19 lors de cette quatrième vague dans les territoires ultra-marins n'était pas vaccinée. Plus significativement encore : la Martinique et la Guadeloupe étaient et sont encore les deux départements français qui comptent le plus de personnels de santé non vaccinés.

⁸¹ L. Guimier, *Ibid* ; C. Stromboni, *Ibid*.

⁸² Insee, (25 novembre 2021), « France, portrait social », Édition 2021 (disponible au lien suivant : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/5435421/FPS2021.pdf>).

⁸³ Période du 1^{er} juin au 20 septembre 2021.

⁸⁴ Insee, (25 novembre 2021), « France, portrait social », Édition 2021 ; <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/5435421/FPS2021.pdf>

⁸⁵ « Covid-19 en Guadeloupe : "on a basculé dans la médecine de catastrophe" », FranceInfo.fr, 07/08/2021 ; https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-en-guadeloupe-on-a-basculé-dans-la-médecine-decatastrophe_4730783.html

Les freins à la vaccination contre la Covid-19 dans les DROM⁸⁶ s'expliquent par différentes raisons, à commencer par un sentiment de la population d'être à distance de l'épidémie qui avait jusqu'alors relativement épargné ces territoires. Par ailleurs, la faible adhésion au vaccin, tant au sein de la population que chez les professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, est le corollaire d'une forte défiance envers l'Etat pour des raisons historiques liées à la question coloniale, défiance nourrie plus récemment par l'affaire sanitaire et politique du chlordécone⁸⁷. De manière générale, la perte de confiance est un phénomène brutal et durable alors que la construction de la confiance est un long processus.

Néanmoins, expliquer le vaccino-scepticisme à l'égard de la vaccination contre la Covid-19 en Guadeloupe et Martinique par ces seuls facteurs serait réducteur. Comme le souligne la sociologue Stéphanie Mulot, la valorisation de postures de résistance et d'autonomie que l'on a pu observer au cours de la crise sanitaire, notamment en Guadeloupe, s'est aussi nourrie d'un contexte marqué par de fortes inégalités socio-économiques, de la situation extrêmement tendue dans les hôpitaux et des inégalités d'accès à l'information à la qualité parfois insuffisante⁸⁸.

Si la situation de remise en cause de l'obligation vaccinale dans les territoires ultramarins, tant par la population que par les professionnels de santé, présente de nombreuses particularités, l'élément central de l'embrassement social qui a marqué ces territoires réside dans la crise des services publics (accès à l'eau potable, faiblesse de l'offre de transports en commun, obstacles à la continuité pédagogique, pénurie médicale, fracture numérique, accès au droit et à la justice etc.⁸⁹) qui a été aggravée par la crise sanitaire de la Covid-19. Aussi, le CCNE estime indispensable, dans le cadre de dispositions qui visent à apaiser les tensions autour de l'obligation vaccinale, de ne pas se limiter aux seuls arguments cliniques et épidémiologiques et **de prendre en compte les contextes sociaux et politiques** aussi bien nationaux que locaux **dans lesquels se manifestent ces tensions**.

3. Enjeux soulevés par l'hésitation vaccinale en milieu de soins

Lorsque le recours à une vaccination est justifié scientifiquement pour la protection individuelle mais aussi collective, l'hésitation vaccinale peut porter atteinte à la santé publique. Cette hésitation devient critique quand elle survient au cœur même du sys-

⁸⁶ J.M. Arnaud, R. Karoutchi, (2021), « Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information destinée à évaluer les effets des mesures prises ou envisagées en matière de confinement ou de restrictions d'activités (1) relatif aux enseignements de la quatrième vague épidémique outre-mer en matière sanitaire et économique », 18 novembre 2021, Sénat, n° 177, 116 p. ; <https://www.senat.fr/rap/r21-177/r21-1774.pdf>

⁸⁷ Voir : Anses, « Chlordécone aux Antilles : les risques liés à l'exposition alimentaire », 09 décembre 2022 ; <https://www.anses.fr/fr/content/chlordecone-aux-antilles-les-risques-lies-a-l'exposition-alimentaire>

⁸⁸ S. Mulot, (2021), « Sur le refus de la vaccination contre le Covid-19 en Guadeloupe », AOC.media ; <https://aoc.media/analyse/2021/11/02/sur-le-refus-de-la-vaccination-contre-le-covid-19-en-guadeloupe/>

⁸⁹ Ces éléments sont notamment soulignés dans le document suivant : Défenseure des droits, (2023), « Services publics aux Antilles : garantir l'accès aux droits », 60 p. ; https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_rapport-antilles_20230317.pdf

tème de soins, lorsque des soignants remettent en cause la justification d'un traitement médical, porté par des institutions avec des règles de validation, d'autorisation et de légitimité. Ces doutes se sont accrus, ou pour certains révélés, au cœur de la pandémie, dans un contexte d'urgence et d'avancées scientifiques très rapides. La crise de confiance envers les institutions et à l'intérieur des institutions telles que l'hôpital et les Ehpad, a contribué à fragiliser l'ensemble d'un système déjà vulnérable. L'hésitation vaccinale des professionnels du soin doit ainsi être considérée comme un symptôme aussi profond que les démissions, ou la crise morale des soignants déjà décrites par le CCNE dans son Avis 140⁹⁰.

La littérature disponible au sujet de l'hésitation vaccinale des soignants⁹¹ souligne que leurs positions varient selon les professions, le type d'activité et le niveau d'études. L'hésitation vaccinale est ainsi plus élevée chez les infirmières que chez les médecins⁹² et il apparaît que la confiance envers les vaccins est corrélée positivement avec le nombre d'années d'études médicales⁹³.

Le gradient professionnel concernant l'hésitation vaccinale se traduit concrètement par des taux de vaccination variant en fonction de l'activité professionnelle. L'exemple de la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière dans les établissements de santé est particulièrement éloquent : en 2019, les médecins étaient vaccinés à 67 % (75 % dans les Ehpad), suivis par les sages-femmes (48 %), les infirmières (36 % ; 43 % dans les Ehpad), puis les aides-soignantes (21 % ; 27 % dans les Ehpad)⁹⁴. Une étude italienne fait le même constat d'une vaccination contre la grippe plus élevée chez les médecins qu'au sein des autres professions des secteurs sanitaires et médico-sociaux⁹⁵.

⁹⁰ CCNE, Avis n° 140, « Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives », 20 octobre 2022, 53 p. ; https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-11/Avis140_Final_0.pdf

⁹¹ Voir une importante revue de la littérature existante : Verger P., Botelho-Nevers E., Garrison A., Gagnon D., Gagneur A., Gagneux-Brunon A., Dubé E., (2022), "Vaccine hesitancy in health-care providers in Western countries: a narrative review", *Expert Review of Vaccines*, 21:7, 909-927 ; <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14760584.2022.2056026>

⁹² Karlsson LC., Lewandowsky S., Antfolk J., et al., (2019), "The association between vaccination confidence, vaccination behavior, and willingness to recommend vaccines among Finnish healthcare workers", *PLoS One*, 14(10); <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0224330> . Tomljenovic M., Petrovic G., Antoljak N., et al., (2021), "Vaccination attitudes, beliefs and behaviours among primary health care workers in northern Croatia", *Vaccine*, 2021;39(4):738–745 ; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33386176/>

⁹³ Rostkowska OM., Peters A., Montvidas J., et al., (2021), "Attitudes and knowledge of European medical students and early graduates about vaccination and self-reported vaccination coverage-Multinational cross sectional survey", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021;18 (7):3595 ; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33808446/>

⁹⁴ Santé publique France, (octobre 2019), « Couverture vaccinale antigrippale chez les professionnels de santé », *Bulletin de santé publique*, 8 p. ; https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/198638/document_file/BSP_Nat_Vaccination_211019.pdf?version=2

⁹⁵ Di Martino G., Di Giovanni P., Di Girolamo A., Scampoli P., Cedrone F., D'Addezio M., Meo F., Romano F., Di Sciascio MB., Staniscia T., (2020), "Knowledge and Attitude towards Vaccination among Healthcare Workers: A Multi-center Cross-Sectional Study in a Southern Italian Region", *Vaccines* (Basel), 2020 May 24;8(2):248 ; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7350011/>

Le constat d'une hésitation vaccinale plus diffuse dans les professions dont les prérogatives vaccinales sont plus restreintes (infirmières, sages-femmes) voire absentes (aides-soignantes) amène à s'interroger quant à la considération des acteurs qui font le système de soins au quotidien. La valorisation de l'estime de soi et l'accomplissement personnel sont des enjeux importants à prendre en compte lorsque l'on souhaite répondre à l'hésitation vaccinale chez les professionnels travaillant dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux.

A l'image des déterminants de l'hésitation vaccinale en population générale, l'hésitation vaccinale chez les professionnels de santé peut refléter un manque de confiance envers les institutions et les autorités politiques, du fait d'affaires sanitaires passées ou récentes et en raison de la crainte de conflits d'intérêts entre les autorités sanitaires et l'industrie pharmaceutique⁹⁶.

La compréhension des déterminants de l'hésitation vaccinale au sein des professions du champ sanitaire et social ne peut faire abstraction du contexte social dans lequel ces professionnels évoluent, de la perception d'une dégradation des conditions de travail⁹⁷, de leurs représentations sur leur place au sein du système de soins et de la manière dont ils perçoivent et dont sont perçues leurs missions ou bien leur position hiérarchique. Le refus d'une obligation vaccinale peut ainsi devenir le lieu d'expression de tensions sociales ou structurelles au sein du système de santé⁹⁸.

La question de l'influence que peuvent avoir des professionnels hésitants à l'égard de certaines vaccinations auprès des patients qu'ils rencontrent interpelle particulièrement le CCNE. Bien que quantitativement faible, l'hésitation vaccinale des médecins et autres soignants a un retentissement important puisqu'il s'agit de professionnels crédités d'une forte confiance auprès du grand public.

En l'absence de données précises concernant la couverture vaccinale et le niveau d'hésitation vaccinale des professionnels travaillant en milieu de soins, le CCNE recommande le développement et la validation d'outils permettant de mesurer régulièrement ces éléments. Une meilleure évaluation du phénomène d'hésitation vaccinale, notamment par le biais d'enquêtes qualitatives et de sondages, permettrait d'accroître les connaissances et aiderait à développer des stratégies d'information pour les professionnels de santé et pour les institutions qui sont responsables à leur égard.

⁹⁶ Verger P. et al., (2022), *Ibid*.

⁹⁷ CCNE, Avis n° 140, « Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives », 20 octobre 2022, 53 p.; https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-11/Avis140_Final_0.pdf

⁹⁸ Verger P., Botelho-Nevers E., Garrison A., Gagnon D., Gagneur A., Gagneux-Brunon A., Dubé E., (2022), "Vaccine hesitancy in health-care providers in Western countries: a narrative review", *Expert Review of Vaccines*, 21:7, 909-927; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35315308/>

4. S'adapter au contexte : décider en situation de crise n'est pas décider en contexte courant

La promotion d'une vaccination contre une maladie dans un contexte temporel maîtrisé exige de dérouler un niveau de preuves suffisant à travers des processus d'examen bien codifiés et d'apprécier les bénéfices collectifs et les risques individuels potentiels de cet acte médical préventif. Elle nécessite également, une fois ce processus mené à terme, de se doter de tous les moyens nécessaires pour que les professionnels de santé puissent identifier le bénéfice individuel et collectif de ces mesures préventives et participer à sa promotion de manière éclairée auprès de la population.

Lorsqu'un risque infectieux émerge, il peut entraîner une crise sanitaire impactant la santé des populations, le fonctionnement du système de soins voire l'équilibre des sociétés. Le cas de la pandémie de Covid-19 permet d'en rendre compte : elle a provoqué non seulement une forte perturbation de l'économie mondiale, mais sur le plan sanitaire, elle a submergé les systèmes de santé de nombreux pays débordés par la conjonction d'une arrivée massive de patients avec des formes sévères d'une pathologie mal connue, la rareté des équipements de protection et le manque de personnels.

Qualifier la notion de crise demeure un exercice complexe tant le champ couvert par ce terme est vaste. Reprenant un spécialiste bien connu de ces situations, Patrick Lagadec, certains auteurs la définissent à l'intersection de trois mots : déferlement, dérèglement et rupture. « La crise submerge violemment, déstructure et introduit brutalement une césure dans les habitudes et les modes de fonctionnement de multiples acteurs »⁹⁹. Olivier Borraz privilégie trois notions : la perte de sens, la déssectorisation (l'effacement des frontières organisationnelles) et le caractère complexe, urgent et dynamique de la situation¹⁰⁰. De ce fait, dans une telle situation, une double dimension paradoxale s'instaure. D'une part, les pouvoirs publics sont mis en demeure d'agir, de prendre des décisions. D'autre part, les connaissances sont partielles et l'incertitude scientifique est grande.

⁹⁹ Combalbert L., Delbeque É., « Chapitre premier. La crise ou l'exception permanente », dans : Laurent Combalbert éd., *La gestion de crise*, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2018, p. 11-52. <https://www.cairn.info/la-gestion-de-crise-9782130812616-page-11.htm>

¹⁰⁰ Borraz O., « Qu'est-ce qu'une crise ? », 20 avril 2020. <https://www.sciencespo.fr/cso/fr/content/qu-est-ce-qu-une-crise.html>.

Encadré n° 3 : Définition d'une urgence de santé publique de portée internationale

Si l'on se réfère au cadre défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour répondre aux risques de propagation de maladies pandémiques, une « urgence de santé publique de portée internationale » désigne un « événement extraordinaire dont il est déterminé [...] i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres Etats en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée »¹⁰¹. Cette définition implique un événement réunissant les critères suivants :

- grave, inhabituel ou inattendu ;
- un risque important de propagation internationale ;
- un risque important de restrictions sur le plan international¹⁰².

Dans les contextes d'urgence de santé publique, les pouvoirs publics sont amenés à prendre des mesures rapides et proportionnées pour protéger la population sans attendre la consolidation des connaissances scientifiques : la pression est maximale et la responsabilité des pouvoirs publics est soumise à une injonction majeure d'agir.

L'exercice de responsabilités politiques dans ces situations marquées par l'incertitude doit tenir compte de la possibilité d'anticiper les interventions les plus à même de limiter les risques pour les populations, mais également de la capacité à la protéger par des outils de prévention efficaces¹⁰³. C'est dans ce contexte qu'il est important de conserver la capacité pour les pouvoirs publics d'apprécier en quoi une obligation vaccinale pour les professionnels de santé peut être nécessaire à mettre en place face à une situation sanitaire qui représente une menace majeure et brutale pour la population et qui peut remettre en cause le fonctionnement du système de soins.

Le CCNE engage donc à poursuivre la réflexion afin de distinguer la période de crise, pour laquelle l'obligation vaccinale peut, dans certains cas, être justifiée, de la vaccination en période courante. Cela doit se faire en privilégiant l'exercice de la démocratie en santé favorisant l'expression de toutes les parties prenantes, professionnels, experts et usagers et du système de santé, notamment ceux qui appartiennent aux populations les plus vulnérables face aux pathogènes concernés. Cet exercice démocratique est une nécessité car il requiert une appréciation la plus juste possible de la situation, fondée sur des connaissances partagées et expliquées à l'ensemble des acteurs, il précise le rôle attendu d'une vaccination et rappelle le cadre juridique qui s'applique.

¹⁰¹ OMS, (2005), *Règlement sanitaire international*, p. 10.

¹⁰² OMS, (2005), *Règlement sanitaire international*, pp. 56-59.

¹⁰³ A cet égard, il est important de noter que l'arrivée de vaccins avec une technologie nouvelle (ARNm) contre la Covid-19 s'est accompagnée d'une surveillance renforcée des effets indésirables (pharmacovigilance) aux niveaux national, européen et international, qui a permis de rassurer sur ces effets indésirables, tout en identifiant rapidement et de manière transparente certains effets secondaires. Au total, le ratio bénéfices collectifs/risques individuels est apparu largement positif.

Compte tenu du devoir de protection des droits fondamentaux des patients et de l'impératif de sécurité des soins :

- en contexte courant le CCNE encourage l'information et l'incitation à la responsabilité des professionnels du soin de se faire vacciner en privilégiant le recours à des recommandations vaccinales ;
- en cas de crise sanitaire, mettant potentiellement en péril le système de soins, en présence d'un corpus scientifique solide garantissant l'efficacité (même partielle) et l'innocuité du vaccin concerné, le CCNE estime que la décision politique d'avoir recours à une obligation légale de vaccination des professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, peut être légitime, sur la base de la prudence au regard d'un risque potentiel et pour le maintien d'un système de soins fonctionnel.

III. ENCOURAGER L'ETHIQUE DE LA RESPONSABILITE CHEZ LES PROFESSIONNELS DES SECTEURS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX

Des vaccins innovants ciblant des maladies émergentes ou ré-émergentes sont en cours de développement pour prévenir la diffusion d'éventuelles épidémies ou pandémies. Le principe d'une obligation vaccinale opposable aux professionnels exposés et exposant des tiers au risque de contamination lors de futures crises sanitaires est une potentialité qu'il faut prendre en compte dans l'élaboration des politiques de santé publique, *a fortiori* dans la gestion des risques épidémiques.

Les obligations vaccinales sont plus facilement acceptées à l'entrée en formation professionnelle parce qu'elles conditionnent l'accès à une profession et parce qu'elles ont comme objectif premier de protéger les soignants eux-mêmes. Leur acceptabilité pourrait en revanche être moins évidente en cours de carrière si une nouvelle obligation vaccinale était instaurée pour répondre à un contexte épidémiologique particulier ou évolutif.

Pour le CCNE, l'examen des tensions entre intérêt général et libertés individuelles soulevées par l'obligation vaccinale des professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux amène à développer une réflexion centrée sur la responsabilité déontologique et éthique des personnes travaillant en milieu de soins.

1. La confiance au cœur du soin

La conjonction de crises actuelles (Covid-19, système de soins) et les transformations des besoins de santé des populations mettent à l'épreuve les professionnels du soin, bouleversent leurs pratiques quotidiennes et interpellent *in fine* sur ce qu'est l'essence même des métiers du soin aujourd'hui.

S'engager dans un métier impliquant de prendre soin de la santé d'autrui ne se résume pas à une qualification, à la mise en œuvre de compétences ou au respect des procédures ; c'est avant tout engager sa responsabilité dans une relation asymétrique entre soignant et soigné dans laquelle le patient confie sa vulnérabilité au soignant. Le soin ne peut se résumer au seul traitement (*cure*). C'est une relation entre des personnes qui ont leur complexité et leurs ambivalences (*care*).

Si le savoir – dans sa dimension technique et médicale – et le rapport à la science font partie d'un « contrat moral » entre soignant et soigné, l'incertitude et le doute sont des sentiments qui ont toute leur légitimité et qui accompagnent le raisonnement scientifique ; ils font le lit de la confiance, notion fondamentale tant dans la relation soignant-soigné que dans la relation entre les professionnels des métiers du soin et les institutions qui produisent des connaissances scientifiques et cliniques.

En situation d'incertitudes, d'urgence ou de crise, la protection des patients doit être une boussole pour les soignants en combinant les différents moyens et outils dispo-

nibles pour atteindre l'objectif du moindre risque (mesures barrières, tests de dépistage, masques, aération des lieux, vaccination etc.).

Mais si les métiers du soin exposent les patients à des contaminations en provenance du corps soignant, cette exposition vaut aussi pour les soignants, qui sont de ce fait sujets à des obligations spécifiques. Certaines obligations et attentes légitimes font partie intégrante de l'engagement des soignants. **L'imposition d'une vaccination jugée nécessaire par des autorités sanitaires ne tient pas à un usage de la force mais à l'acceptation du contrat de métier de soignant, à une exigence déontologique spécifique intrinsèque à l'engagement dans un métier consistant à prendre soin d'autrui.**

2. La nécessité d'une exigence d'exemplarité réciproque

Pour le CCNE, il convient d'appréhender l'hésitation vaccinale en milieu de soins d'une manière qui interroge en premier lieu ce dont elle est le symptôme et ce qu'elle implique, non seulement pour la collectivité, pour les patients vulnérables, en particulier les personnes immuno-déprimées, mais pour les professionnels du champ sanitaire eux-mêmes. Comme mentionné plus tôt, les causes de l'hésitation vaccinale sont multiples, et ne sont pas uniquement dues à une connaissance insuffisante des bases de la vaccination ; entre autres, cette hésitation est liée à des tensions interprofessionnelles, à la représentation que les professionnels concernés se font de leur place au sein du système de soins et de la manière dont ils perçoivent et dont sont perçues leurs missions. La souffrance au travail, les logiques sociales et les raisons systémiques – dont témoigne la crise du système de soins – conduisent des personnes à douter d'une vaccination au point de la refuser. De telles situations appellent à des réponses rassurantes incitant à la confiance nécessaire ainsi qu'à la prise de conscience de la responsabilité de tout faire pour minimiser les risques pour les patients, consubstantielle aux professions du secteur sanitaire.

Lorsqu'elle est mise en place en milieu de soins, l'obligation vaccinale lie les professionnels de santé, leurs employeurs ainsi que les institutions en charge de piloter le système de santé dans son ensemble. L'examen de l'obligation vaccinale doit donc se penser avec un regard éthique en rapport avec, d'une part l'ensemble des moyens et efforts mis en œuvre par les professionnels de santé pour protéger les patients et, d'autre part, l'ensemble des ressources mises à disposition de ces professionnels de santé par leurs employeurs à cet effet, et pour protéger leur santé.

Le manque de moyens des institutions, les ressources humaines limitées, la surcharge de travail, l'encouragement au présentisme (travailler malgré la maladie) pour préserver la capacité productive des équipes, sont autant d'éléments qui ont des conséquences néfastes sur la santé des professionnels travaillant en milieu de soins, ainsi que sur les soins prodigués aux patients. D'après les travaux de Rachel Gur-Arie, cher-

cheuse en éthique¹⁰⁴, ces défaillances contribuent à éroder la légitimité des arguments institutionnels justifiant l'obligation vaccinale des soignants par la nécessité de protéger les professionnels et les patients puisque le fait que ces arguments ne sont pas appliqués à d'autres aspects de la prise en charge à l'hôpital pose la question de la force de l'engagement en faveur de ces valeurs.

Ces conditions de travail et l'utilisation à géométrie variable de ces arguments participent de la défiance des professionnels de santé à l'égard de leur hiérarchie et des autorités sanitaires.

A l'échelle du lieu de travail, un soignant qui doute de ses collègues, de ce qui a été validé par les autorités scientifiques et pondéré par des institutions responsables peut contribuer à fragiliser son institution de l'intérieur. Le risque inhérent à la perte de confiance envers les recommandations ou obligations portées au sein d'une institution, par ses propres agents, est que d'aucuns vont être amenés à douter de la légitimité de leur métier, du savoir et des intentions de leurs collègues, ce qui va fragiliser le lien au sein de ces métiers.

Les enjeux de l'hésitation vaccinale en milieu de soins posent ainsi d'importants défis qui sont au centre de la réflexion éthique contemporaine : comment tisser des compromis acceptables en ne sacrifiant ni l'individu à la collectivité, ni la collectivité à l'individu ? La réponse se trouve liée à la recherche de ce qui relie les individus aux uns et aux autres dans une collectivité.

L'obligation vaccinale questionne le difficile équilibre à concevoir une justice à visée éthique ambitionnant « une vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes »¹⁰⁵, selon la formule de Ricœur, qui repose sur des valeurs normatives dont la poursuite première doit être celle de combattre l'injustice. Le risque d'une éthique s'affranchissant de ces normes expose la société au danger de l'arbitraire, comme le souligne Philippe Svandra¹⁰⁶. C'est pourquoi cet auteur écrit : « *l'élaboration de ces procédures doit pouvoir se faire au cours d'un débat public et démocratique. A cet égard, ce sont moins les normes produites que les conditions d'élaboration de ces normes qui sont importantes* »¹⁰⁷.

La perception, par une partie des professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux que l'obligation vaccinale contre le Covid-19 était une décision brutale est venue s'accumuler à des ressentiments envers les institutions politiques et sanitaires dont les racines puisent bien avant la crise sanitaire.

Cela ne justifie pas le refus de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 de la part de certains professionnels, mais permet d'éclairer le paysage dans lequel cela s'est déroulé. Dans un contexte où la vaccination n'assure pas un risque zéro de transmission

¹⁰⁴ Gur-Arie R., Hutler B., Bernstein J., (2023), "The ethics of COVID-19 vaccine mandates for healthcare workers: Public health and clinical perspectives", *Bioethics*, 37(4):331-342 ; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36710589/>

¹⁰⁵ P. Ricœur, (1990 rééd. 2015), *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, coll. « Points Essais ».

¹⁰⁶ Philippe Svandra est cadre de santé et docteur en philosophie. P. Svandra, (2016), « Repenser l'éthique avec Paul Ricœur. Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice », *Recherche en soins infirmiers*, 2016/1 (N° 124), pp. 19-27 ; https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RSI_124_0019&download=1

¹⁰⁷ P. Svandra, *Ibid.*

du virus, la focalisation sur l'obligation vaccinale a pu atténuer les préconisations concernant d'autres outils dans la palette des modalités de protection des patients (port du masque, mesures d'hygiène, solutions hydro-alcoolique, surblouses, aération des locaux, tests de dépistage etc.) en établissant une hiérarchie d'efficacité entre ces différents moyens pourtant complémentaires pour réduire les risques.

Cette analyse conduit à questionner les conditions de l'adhésion à des normes édictées par des institutions dès lors que celles-ci ne parviennent pas à élaborer des décisions en co-construction avec les groupes cibles. L'exigence d'exemplarité, à laquelle il a largement été fait appel pour légitimer l'obligation vaccinale des professions de santé, doit être conçue réciproquement : les autorités politiques et sanitaires se doivent d'être exemplaires dans la manière dont elles décident, justifient et mettent en place des politiques vaccinales, *a fortiori* quand il s'agit d'obligations vaccinales.

En période de crise justifiant une obligation ou une très forte recommandation de la vaccination, et en l'absence de toute contre-indication à la vaccination, il est important de rappeler que les patients, quand ils le peuvent, ont aussi le devoir de se faire vacciner pour des raisons qui dépassent leur simple intérêt individuel (se protéger d'une maladie potentiellement grave) : protéger le système de soins et les professionnels de santé qu'ils peuvent être amenés à rencontrer lors d'une consultation ou d'une hospitalisation.

Le CCNE préconise, autant que possible, que les recommandations et/ou obligations vaccinales, et de manière générale l'ensemble des décisions impliquant des mesures susceptibles de provoquer des dissensions au sein des équipes suivent des processus de co-construction avec les groupes professionnels cibles et les associations représentant les usagers, en particulier ceux qui appartiennent aux populations les plus vulnérables face aux pathogènes concernés.

Devant la profusion d'œuvres de **désinformations** ou d'**informations contradictoires** inhérentes aux situations de crise, et à l'évolutivité des connaissances, **les secteurs sanitaires et médico-sociaux sont amenés à s'adapter.**

Le CCNE encourage d'une part, à **enrichir le champ de la formation initiale et continue** des professionnels – quelle que soit leur fonction et qu'ils soient soignants ou non-soignants – en matière de **vaccinologie** et, plus largement, en matière de **responsabilités professionnelles** liées au domaine de la santé. Ces dernières pourraient s'appuyer sur une **sensibilisation à l'éthique du care**.

D'autre part, la désignation, dans les établissements, d'un **référént vaccination**, ayant de solides bases en vaccinologie et en éthique, vers lequel se tourner en cas de doutes, craintes, et questionnements sur une vaccination pourrait aider à **apaiser des éventuelles situations de tensions dans les services**. Il s'agit de multiplier les relais et d'avoir une approche structurée et partagée des réflexions liées aux vaccinations sujettes à discussion.

La médecine du travail, les infectiologues, les membres d'une équipe opérationnelle d'hygiène, les pharmaciens, etc. pourraient faire partie des acteurs sollicités sur le terrain par les équipes de direction aux fins d'information sur des vaccinations qui poseraient question. Ces professionnels partagent un quotidien et un sentiment commun d'appartenance à une collectivité. L'action ou la présence de pairs permet aux professionnels de s'attacher à des repères qui leurs sont familiers. Les échanges peuvent avoir lieu aussi bien dans un cadre collectif que dans le cadre du colloque singulier. Dans les deux cas, cet environnement est propice à la confiance.

Il s'agit de multiplier les relais et d'avoir une approche structurée et partagée des réflexions liées aux vaccinations sujettes à discussion.

Le CCNE souhaite attirer l'attention sur l'état actuel de la médecine du travail en France qui représente une discipline en quasi voie d'extinction. Peu d'étudiants en médecine s'y orientent et de nombreuses structures sont depuis plusieurs années sans médecine du travail ou avec un temps insuffisant pour accompagner convenablement les professionnels. Or, l'article L.3111-1 du Code de la santé publique charge la médecine du travail de participer à la mise en œuvre de la politique vaccinale. **Par ailleurs la santé au travail, en tant que champ pluri-professionnel, a également un rôle majeur** pour aider à résoudre la crise que vivent les établissements de santé de notre pays. L'absence de soutien de cette discipline met potentiellement en souffrance la dynamique de diffusion de la prévention au sein des établissements.

Cette partie est consacrée essentiellement au secteur sanitaire. Le CCNE considère cependant qu'une vision proche doit être portée dans le secteur médico-social.

CONCLUSION

En synthèse, dans la suite de ses précédents travaux et hors le cas particulier des vaccins ayant démontré un très haut rapport bénéfices-risques comme le vaccin contre l'hépatite B actuellement, le CCNE estime que la question de l'obligation vaccinale pour les professionnels exerçant dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux ne peut se poser qu'**en dernier recours**, c'est-à-dire :

- face à une situation sanitaire qui représente une menace majeure et brutale pour la population et qui peut remettre en cause le fonctionnement du système de soins ;
- même s'il persiste des incertitudes au plan scientifique sur l'efficacité du vaccin, dès lors que les connaissances attestent au niveau populationnel des bénéfices documentés et que les risques individuels semblent faibles et font l'objet d'une vigilance étroite.

Une telle décision, qui appartient au politique, ne peut être prise qu'à l'issue d'un processus clairement expliqué, débattu et accompagné auprès des structures de santé et des organisations professionnelles.

Pour le CCNE, la question n'est pas de savoir comment justifier l'obligation mais si elle est acceptable en application des grands principes précités.

Le Comité insiste sur l'importance de mener des actions de sensibilisation sur les processus de décision conduisant aux recommandations ou obligations qui s'adressent aux acteurs du soin. En matière d'obligation vaccinale plus précisément, il appartient aux institutions de mener des actions d'information sur la manière dont l'expertise est produite pour les vaccins nouvellement introduits.

OPINION DIFFERENTE

Certains membres du CCNE ont souhaité la publication associée du texte ci-dessous :

Opinion différente proposée par plusieurs membres du CCNE

Nous souhaitons par ce texte exprimer une opinion divergente au regard, non pas de l'intérêt de la vaccination, mais de son caractère obligatoire dans certaines situations (notamment de crise sanitaire dans un contexte d'incertitude important), qui pose, selon nous, d'importantes questions éthiques.

Nous rappelons, en préambule, les différences de stratégie vaccinale entre pays européens, relevées par l'Avis du CCNE en particulier pour « les pays scandinaves et de tradition anglo-saxonne ainsi que la Suisse » qui « se démarquent par des politiques vaccinales, autant en population générale qu'auprès des professionnels de santé, davantage centrées sur l'incitation que sur l'obligation » ; et bien que l'irruption de la pandémie a toutefois conduit de nombreux pays européens à rendre obligatoire la vaccination contre la Covid-19 pour les professionnels de santé¹, « les difficultés rencontrées, l'évolution du virus ainsi que de l'épidémie ont incité la grande majorité des pays à renoncer ou à interrompre les campagnes d'obligation vaccinale pour ce public ». **Cette diversité de positions au sein de l'Europe montre que la question ne fait pas l'unanimité.**

Il nous semble également essentiel de préciser au préalable que **la vaccination constitue un immense progrès et reste la meilleure arme pour protéger les enfants et les adultes d'un grand nombre de maladies infectieuses** : elle a permis d'éradiquer de graves maladies, comme la variole, et permettra très certainement d'en éradiquer d'autres, comme probablement, bientôt, la poliomyélite².

Le CCNE avait indiqué, dans sa réponse du 18 décembre 2020³ à la saisine du Ministre des solidarités et de la santé sur les « Enjeux éthiques d'une politique vaccinale contre le SARS-CoV-2 » que « *La vaccination est avant tout un enjeu de santé publique et illustre, plus que d'autres champs de la médecine, un conflit éthique entre les intérêts de la société et les intérêts individuels. Car n'est pas seulement protéger celui auquel le vaccin est administré. **La vaccination protège aussi les autres**, ce qui met en évidence le caractère altruiste et l'utilité sociale de la vaccination* » (page 4), et que « *En ce qu'elle porte atteinte à la liberté individuelle, l'obligation vaccinale interroge sur les circonstances qui pourraient la justifier. Dans le cadre de la pandémie de Covid-19, elle ne peut se concevoir que comme un dernier recours, face à une situation de très grave danger créé par une pandémie non contrôlée, **avec une offre de vaccins à l'efficacité et à l'innocuité parfaitement connues et éprouvées avec le recul nécessaire*** » (page 9). Enfin, le CCNE avait suggéré le respect de quelques règles pour la

¹ Yves Bourdillon, « Vaccination obligatoire des soignants : ce que font les autres pays », Les Echos, 05 juillet 2021.

² Gilles Pison, « Rougeole, coqueluche, tétanos...Les vaccins restent la meilleure arme mondiale pour protéger les enfants, The Conversation, 2023

³ <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/Saisine%20Vaccins.pdf>

mise en place d'un cadre éthique, notamment « **faire preuve de vigilance dans le processus de recueil du consentement à la vaccination des personnes vulnérables ; le temps imparti à la délivrance de l'information et à son appropriation par la personne dans l'élaboration de son choix d'accepter ou non la vaccination doit être respecté quel que soit le contexte d'urgence, et l'effectivité de ce processus doit pouvoir être tracée** » (page 16).

Notre point majeur de désaccord avec les recommandations proposées dans l'avis du CCNE ne concerne donc pas la nécessité et l'importance de la vaccination, ni le fait que son obligation ne soit envisagée que comme une stratégie de derniers recours, mais de **légitimer a priori** un caractère **obligatoire** imposé par les pouvoirs publics **en situation de crise sanitaire**, pour certains vaccins et pour une catégorie de personnes. Cette obligation, si elle doit avoir lieu, ne peut s'évaluer qu'en **prenant en compte l'ensemble du contexte**, la situation de crise ne permettant pas de justifier seule cette obligation. Elle demande à être évaluée, en outre, à l'égard du libre droit de chacun à disposer de son corps selon le principe de l'inviolabilité du corps humain. **A cet égard, la question se pose de la limite du droit de l'État à imposer au corps du citoyen une vaccination qui, sans le consentement de ce citoyen, risque fort de n'être alors qu'une contrainte.**

L'opinion différente qui est exprimée ici oppose trois raisons à cette justification.

La première raison est que, si ce type de situation de crise sanitaire exige une réponse spécifique, celle-ci n'est **pas nécessairement la suspension de la liberté citoyenne** du droit à disposer de son propre corps. L'alternative, en l'occurrence, serait de se saisir de cette situation de crise comme opportunité d'un **exercice déterminant de sensibilisation des citoyens à leur devoir de solidarité**, ce qui implique d'en appeler à leur responsabilité par la recommandation au lieu de les soumettre politiquement par la contrainte. Dès lors que cette opportunité n'est pas saisie, en revanche, le risque politique de la contrainte devient celui d'une concrétisation du « biopouvoir ». **Comment ne pas s'inquiéter de ce choix étatique de la contrainte, qui est antithétique avec la poursuite de l'idéal démocratique d'émancipation d'une citoyenneté de plus en plus active et responsable ?**

La seconde raison, plus spécifique, est liée au **statut professionnel des personnels de santé**. De quel droit imposer une contrainte de vaccination à ce public professionnel, qui dispose d'une certaine compétence et expérience de terrain sur les moyens à mettre en œuvre pour éviter une éventuelle transmission d'un agent infectieux ? L'État qui contraint ne prend-il pas ici le risque de nier la compétence professionnelle acquise ? De plus, l'Avis faisant cependant apparaître que moins le niveau d'expertise médicale est élevé, plus l'hésitation à la vaccination est forte, on peut s'interroger sur le fait que cet argument pourrait être sous-jacent à la mise en place de la contrainte

vaccinale. **Si tel était le cas, cela signifierait-il que l'autonomie de choix des soignants serait un droit différencié selon leur niveau de qualification ?**

La troisième raison concerne les spécificités du vaccin. En effet, à la lumière de l'expérience récente de la crise sanitaire liée au Covid-19, il nous apparaît que, même si la vaccination doit être recommandée et que tout doit être fait pour inciter les personnels de santé à être vaccinés, **l'obligation vaccinale** de ces personnels ne pourrait être **éthiquement acceptable, y compris en période de crise sanitaire, que si** les essais précliniques et cliniques ont démontré que, outre son **innocuité, le vaccin** :

- **Bloque efficacement la transmission de l'agent infectieux (ayant alors un bénéfice collectif avéré).** Si ce n'est pas le cas, l'obligation du port du masque, associée à l'hygiène des mains, l'aération des locaux, les tests de dépistage réguliers, etc... sécurisera les soins.
- **Confère une immunité effective contre la maladie,** et pas uniquement contre les formes graves, pour que le système de soins reste opérant. Si ce n'est pas le cas, alors tout professionnel de santé vacciné (ou non) qui serait infecté, même s'il est peu symptomatique, voire asymptomatique, devra se confiner afin de ne contaminer personne.

Si ces deux conditions ne sont pas réunies, les conséquences sanitaires pourraient être importantes. Ainsi, la vaccination pourrait :

- **Ne pas avoir le bénéfice collectif attendu** (protection du reste de la population et en particulier des plus vulnérables) ; bénéfice indispensable au regard de la contrainte individuelle imposée par le caractère obligatoire de la vaccination.
- **Conférer une confiance qui conduirait les personnes vaccinées à se sentir protégées** et à une perte de vigilance avec un moindre respect des gestes barrières, y compris envers des personnes vulnérables et à **négliger des symptômes légers** (sans se faire tester afin de déterminer si elles sont ou non porteuses de l'agent infectieux). De ce fait, des personnes vaccinées et porteuses de l'agent infectieux, donc potentiellement contagieuses, pourraient accéder à différents lieux de vie et de soins sans être conscientes du risque qu'elles représentent pour des personnes vulnérables.

Par ailleurs, afin de se protéger du réflexe opportuniste potentiel de certaines compagnies pharmaceutiques, notamment en période de crise sanitaire, nous souhaitons rappeler, comme cela a été indiqué dans l'avis 135⁴ du CCNE, qu'il est nécessaire de réfléchir « *aux enjeux relatifs à la qualification juridique de certains médicaments innovants comme « biens publics mondiaux »* » (page 37).

⁴ L'accès aux innovations thérapeutiques : enjeux éthiques - <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/Avis%20135.pdf>

*En conclusion, l'obligation vaccinale pour les professionnels exerçant dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux représenterait **une contrainte individuelle qui ne serait éthiquement envisageable qu'après un examen précis de la situation**, de nombreuses recommandations, et en tout état de cause que si l'on considère que le bénéfice collectif est plus important, en particulier pour les plus **vulnérables**, c'est-à-dire que si il a été démontré scientifiquement que la vaccination est efficace pour prévenir la transmission de la maladie.*

Gilles Adda
Mounira Amor-Guéret
Abdenmour Bidar
Sophie Crozier
Marion Muller-Colard

ANNEXES

Annexe 1. Membres du groupe de travail :

Régis Aubry

Jean-François Bach

Alexandra Benachi (Rapporteure)

Yvanie Caillé

Anne Caron-Déglise

Laurent Chambaud (Rapporteur)

Alain Claeys

Christophe Delacourt (Personne extérieure invitée)

Didier Dreyfuss

Jean-Louis Haurie

Florence Jusot

Séverine Laboue (Rapporteure)

François Stasse

Avec l'appui organisationnel et rédactionnel de Manon Brûlé (stagiaire), Capucine Garnier-Muller (stagiaire), Lucie Guimier (rédactrice), Clara Ruault (stagiaire).

Annexe 2. Invités extérieurs au titre d'une institution

Emmanuelle Ripoche (HAS)

Jeremy Ward (INSERM, Commission Technique des Vaccinations à la HAS)

Annexe 3. Liste des personnes auditionnées :

François Arnault, Président du Conseil national de l'ordre des médecins ;
Brigitte Autran, médecin, professeure d'immunologie, présidente du Comité français de veille et d'anticipation des risques sanitaires (Covars) ;
Marc Bourquin, conseiller stratégie de la Fédération Hospitalière de France ;
Eric Buleux Osmann, président de Transhépate ;
Patrick Chamboredon, président de l'Ordre national des infirmiers ;
Jan-Marc Charrel, président de France Rein ;
Marie-Charlotte Dalle, directrice des affaires juridiques et des droits des patients de l'AP-HP ;
David Fiant, président de Vaincre la Mucoviscidose ;
Alain Fischer, médecin, professeur d'immunologie pédiatrique, coordinateur de la stratégie vaccinale Covid-19 en France ;
Pascal Forcioli, directeur de l'Etablissement Public de Santé Mentale de Vendée ;
Carmen Hadey, administratrice SOS Hépatite et maladies du foie ;
Quentin Henaff, responsable adjoint au Pôle Ressources humaines, Fédération hospitalière de France (FHF) ;
Marylin Lackmy, médecin en génétique au CHRU de Guadeloupe et directrice de l'Espace de Réflexion Ethique Régional de Guadeloupe ;
Odile Launay, médecin, professeur en maladies infectieuses ;
Magali Leo, responsable du plaidoyer de Renaloo ;
Daniel Lévy-Bruhl, épidémiologiste et responsable de l'unité infections respiratoires à Santé publique France ;
Sylvie Mercier, présidente de Renaloo ;
Frédéric Pierru, chercheur en sciences sociales et politiques au CNRS et à l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique) ;
Didier Pittet, médecin-chef du Service de prévention et contrôle de l'infection et directeur du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la sécurité des soins, Hôpitaux Universitaires de Genève ;
Vincent PrévotEAU, président de l'Association des directeurs d'hôpital ;
Zaynab Riet, déléguée générale de la Fédération Hospitalière de France ;
Charlotte Roffiaen, responsable du plaidoyer de Ellye ;
Ivan Sainsaulieu, chercheur en sociologie et sciences politiques, professeur des universités ;
Nathalie Senecal, directrice du pôle qualité des soins et politiques de santé, Vaincre la mucoviscidose ;
Ruddy Valentino, médecin réanimateur au CHU de la Martinique et directeur de l'Espace de Réflexion Ethique Régional de Martinique ;
Frédéric Worms, professeur de philosophie, directeur de l'Ecole normale supérieure, PSL.

Annexe 4. Saisine du CCNE par le ministre de la Santé et de la Prévention



Le Ministre

Paris, le 21 novembre 2022

Nos Réf. : D-22-025071

Monsieur le Ministre

à

Monsieur Jean-François DELFRAISSY
Président
Comité consultatif national d'éthique (CCNE)

Objet : Saisine relative à l'obligation vaccinale des professionnels de santé et des professionnels exerçant dans les secteurs sanitaires et médico-social

Monsieur le Président, Cher Jean- François,

La vaccination est un moyen de prévention efficace pour lutter contre de nombreuses maladies infectieuses. Les professionnels exerçant dans les secteurs sanitaire et médico-social ont un rôle essentiel dans la prise en charge les publics fragiles, mais aussi dans leur protection. La liste des vaccins obligatoires, comme des professions concernées, évolue donc au fil des années, et des épidémies.

L'obligation vaccinale des personnels de santé a ainsi permis une raréfaction des cas d'hépatite B d'origine professionnelle, alors qu'ils étaient très fréquents dans les années 1970.

Avec l'épidémie de Covid-19, la question de l'obligation vaccinale s'est de nouveau posée pour les personnes avec un risque élevé d'exposition au virus et conduites à accompagner au quotidien les publics fragiles et vulnérables.

Afin de protéger à la fois les professionnels et les patients, la réalisation de la première dose de rappel a été intégrée dans l'obligation vaccinale applicable aux personnels exerçant dans les établissements de santé et médico-sociaux le 30 janvier 2022, conformément à la loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire.

Par ailleurs, la vaccination annuelle contre la grippe saisonnière chez les professionnels de santé était obligatoire jusqu'en 2006 jusqu'à sa suspension par décret du 14 octobre 2006. Cette vaccination est, depuis cette date, recommandée.

En mars 2022, Santé publique France a estimé la couverture vaccinale antigrippale à 22% chez ces mêmes professionnels. Or, ces professionnels des secteurs sanitaire et médico-social sont en contact étroit avec les personnes les plus fragiles et à risque de forme grave de grippe et de Covid-19.

.../...

Tél : 01 40 55 60 00
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-santé-cib@ddc-social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/actualites/donnees-personnelles-et-cookies>

Dans ce contexte, je souhaiterais connaître l'avis du Comité consultatif national d'éthique sur la définition de critères permettant de justifier ou non de la mise en place d'une obligation vaccinale, au regard notamment d'une interrogation sur les valeurs, entre la liberté individuelle d'une part et le bénéfice collectif et l'intérêt général qui sous-tendent le contrat social induit par la vaccination. Cette réflexion tiendra compte en outre des enjeux attachés pour la puissance publique à la protection des professionnels qui comptent parmi les plus exposés aux risques de maladie, notamment en situation de diffusion épidémique.

Votre réflexion prendra donc en compte l'obligation vaccinale des maladies à prévention vaccinale à haut risque de transmission comme, par exemple, la rougeole ou les infections à pneumocoque.

Pour votre complète information, la Haute Autorité de santé avait été saisie en octobre 2019 sur la révision de l'ensemble des recommandations vaccinales des professionnels exerçant dans le secteur sanitaire et médico-social. Cette saisine a été complétée pour intégrer le sujet de la vaccination contre le Covid-19. Ses recommandations sont attendues pour janvier 2023.

Je souhaiterais disposer de votre avis courant avril.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



François BRAUN

144

AVIS 144



COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE
POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ