Vaccination et pandémie grippale : tenir compte des principes éthiques et des enseignements du passé

Pierre Le Coz
Professeur de philosophie à la faculté de médecine de Marseille, UMR 7268 Ades (Aix-Marseille université, EFS, CNRS), président du Comité de déontologie et de prévention des conflits d'intérêts de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses)

En 2009, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) rendait un avis [13] sur les problèmes éthiques que soulèverait la survenue d'une pandémie grippale, entendue au sens strict d'une épidémie virale à grande échelle, entraînant une mortalité très supérieure à la moyenne d'une grippe saisonnière. Le CCNE soulignait alors qu'un état d'urgence sanitaire comportait un risque sacrificiel contraire à la dignité des personnes. En effet, la tendance d'une société qui se sent menacée est de sauver en priorité les plus jeunes, les mieux-portants et le personnel soignant. Ce réflexe collectif de survie expose les plus précaires à subir une double peine, raison pour laquelle le Comité préconisait de sauvegarder leur droit de disposer à un égal accès au soin.

Quelques semaines après la parution de l'avis n° 106 du CCNE, une pandémie grippale de type A (H1N1) se déclarait à l'échelle planétaire. S'alignant sur le niveau d'alerte défini par l'OMS, les autorités de notre pays mirent en place un dispositif de prévention et de lutte antigrippal. Mais la lourdeur logistique et le coût du dispositif déployé ne tardèrent pas à susciter des controverses. En tenant compte des effets modérés de la prétendue « pandémie » dans les pays de l'hémisphère Sud – où elle s'était préalablement déclarée – n'aurions-nous pas pu anticiper que cette grippe était de faible portée ?

Les préconisations de l'avis du CCNE

Si par l'effet d'une mutation, un virus grippal devient virulent et pandémique, les pouvoirs publics ont le devoir d'instaurer un état d'urgence sanitaire. Cette situation implique de suspendre certains principes d'organisation sociale qui valent en temps ordinaire tels que l'égalité d'accès aux soins. En effet, la population se trouve en situation de restriction des ressources sanitaires, le temps que soient mis au point les vaccins préventifs et la logistique de leur diffusion. Lorsqu'on manque de ressources, il devient crucial de savoir comment les utiliser au mieux.

Si on appliquait un principe de justice égalitaire à l'accès aux ressources vaccinales, on devrait avoir recours au tirage au sort. Or, comme on le voit déjà dans le cas de la distribution des greffons en situation de pénurie d'organes, le tirage au sort n'est pas accepté par la population lorsqu'il est question de vie et de mort. Il semble que lorsque nous avons accompli l'essentiel de notre existence, nous ne puissions revendiquer une égalité de traitement avec un tout jeune enfant. L'opinion dominante est d'accorder priorité aux nouvelles générations sur les plus anciennes. Il faut, par conséquent, empêcher que le respect de la valeur d'une personne se traduise par un investissement des ressources collectives à son seul profit, au détriment de la survie et de la qualité de vie des autres membres de la société. En attendant un vaccin efficace qui profite à tous, les personnes dont l'activité est nécessaire à la prise en charge des malades et à la vie du pays doivent être immunisées en priorité. Ainsi, la protection des médecins et soignants est indispensable à la sauvegarde du système de santé.

Pour autant, le Comité d'éthique ne plaide pas pour un effacement de la justice égalitaire au profit de la justice distributive. Il attire l'attention sur le danger que comporterait un plan de lutte antigrippal qui sacrifierait les personnes précaires au profit des actifs, et établirait un classement des membres de la société en fonction de leur rentabilité. Il importe d'éviter que s'installe dans les esprits l'idée que certains hommes sont plus utiles que d'autres. La notion d'utilité sociale est délicate à manipuler. Par exemple, une personne inactive ou âgée peut aider un parent au travail à s'occuper de l'éducation des enfants. Le CCNE souligne que la pénalisation des plus fragiles reviendrait à cautionner une forme de « double peine » : un homme déjà placé dans une situation de précarité pourrait se retrouver exclu *a priori* de la catégorie des personnes à vacciner en priorité.

Aussi, afin de prévenir toute dérive sacrificielle, le plan de lutte antipandémie prendra soin d'accorder une place à part aux personnes fragilisées par la maladie ou le handicap. Le plus sûr moyen de répondre aux attentes collectives en matière de justice sera d'accorder priorité aux personnes qui se trouvent aux deux bouts de la chaîne : d'une part, celles dont l'activité conditionne la survie de la population et, d'autre part, celles qui sont déjà en situation de survie du fait de la maladie, du handicap et des conditions de précarité. Cette manière de procéder combine le sens distributif avec le sens égalitaire de la justice [36].

Les enseignements du passé

L'épisode de la pandémie grippale qui a sévi en France en 2009, à peine quelques semaines après la parution de l'avis du CCNE, montre à l'évidence qu'un phénomène de ce type se prête mal à l'anticipation. On ne peut jamais savoir exactement quel sera le niveau de propagation du virus, ni à quel moment il faut s'y préparer. L'échec tient à des raisons qui sont à la fois structurelles et conjoncturelles. Avec le recul, on constate par exemple que le XX^{e} siècle a connu trois périodes de

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 48.

très forte augmentation mondiale des cas de grippe due à un nouveau virus : en 1918, 1957 et 1968. On observe que quarante ans séparent la première pandémie grippale de la deuxième, qui elle-même n'a qu'une dizaine d'années de distance avec celle de 1968. Ces dates montrent à l'évidence qu'il n'y pas de cycles ou d'intervalles réguliers et qu'il est risqué d'établir des prévisions sur la base de nos expériences passées. L'histoire ne se répète pas, et même si elles ne sont jamais totalement irréductibles, les situations historiques sont rarement reproductibles. Ainsi, il est peu vraisemblable qu'une future pandémie se produise dans les circonstances d'une guerre mondiale, comme ce fut le cas lors de la grippe dite « espagnole » de 1917. Rien ne permet non plus de dire si la prochaine grippe sera due à une mutation du virus aviaire H5N1 ou à un autre virus, hébergé par une autre espèce animale. De plus, un même virus peut avoir des effets extrêmement variables. La grippe A (H1N1) de 1917 a fait au moins 20 millions de morts, tandis que celle de 2010 en a provoqué 200 000 selon les dernières estimations.

On comprend qu'au moment de la grippe A (H1N1) de 2009, les instances dirigeantes en charge de la santé publique ont navigué en eaux troubles. En privilégiant une réaction maximaliste, le gouvernement a pris des décisions controversées. La couverture vaccinale en France fut en effet l'une des plus élevée au monde, en dépit du coût des ressources préventives, qui comportaient non seulement les vaccins mais aussi les masques produits par dizaines de millions. Les partisans de la stratégie française ont mis en avant que l'épisode pandémique de 2009 avait été une occasion pour notre pays de procéder à un exercice de simulation « grandeur nature ». La France a pu tester sa réactivité et son niveau de préparation à une pandémie plus virulente. D'autres approuvèrent le plan en invoquant le devoir de tenir compte des alertes de l'OMS et l'application du principe de précaution prévu dans la Constitution française depuis 2005. Mais cette justification n'a pas suffi à faire taire les critiques.

- D'abord, si les pays de l'hémisphère Nord (dont la France) s'étaient appuyés sur les données qu'on pouvait recueillir sur la pandémie telle qu'elle sévissait dans l'hémisphère Sud lors de l'hiver austral, ils n'auraient pas eu besoin de déclencher de plan antipandémique [16]. L'État français, singulièrement, a manqué à son devoir d'optimisation des ressources rares et à l'exigence de proportionnalité en gaspillant des fonds publics (800 millions d'euros selon la Cour des comptes) par l'achat massif de vaccins qu'il cherchera (piteusement) à revendre à l'étranger (sans grand succès au demeurant).
- Ensuite, derrière l'argument rationnel de protection de la population, il est permis de débusquer une crainte toute personnelle du ministre de tutelle : chercher à éviter que son nom soit à jamais entaché d'une catastrophe sanitaire. Cette crainte a conduit les pouvoir publics à surréagir à ce que d'aucuns qualifièrent de simple « grippette ».
- Enfin et surtout, d'autres observateurs ont dénoncé l'existence des connivences sourdes entre les instances sanitaires et les laboratoires pharmaceutiques [54]. Dès le début de l'année 2010, le Conseil de l'Europe accusera l'OMS d'avoir exagéré le risque pandémique du fait de conflits d'intérêts de six de ses experts, travaillant pour des fabricants de vaccins, ce que confirmera une enquête. La suspicion de conflit d'intérêts fut renforcée par la suppression par l'OMS de toute mention faite au « taux de mortalité supérieure à une grippe normale » dans la manière de caractériser une pandémie mondiale grippale.

Ces éléments à charge ont eu pour effet de décrédibiliser l'expertise sanitaire, et, au-delà, de jeter la suspicion sur les vaccins. Dès lors, il n'existait pas d'autres moyens d'éviter la réitération d'un tel scénario que de renforcer l'indépendance des experts, par voie législative, ce qui sera fait par la loi dite Bertrand de 2011, relative à la sécurité sanitaire [38].

De la « quarantaine » au « suivi des personnes contacts » : enseignements de l'expérience d'Ebola au Sénégal

Alice Desclaux
Anthropologue à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), membre de l'équipe Recherches translationnelles sur le VIH et les maladies infectieuses (TransVIHMI ; IRD, Inserm et université de Montpellier)

La mise à distance des personnes « contacts » (qui ont été exposées à un risque infectieux et sont susceptibles de transmettre un agent pathogène) fait partie des mesures de santé publique incontournables pendant les périodes de crise épidémique. Elle vise à interrompre les chaînes de transmission et à prendre en charge les malades le plus précocement possible, dans une visée préventive et curative [45]. La « quarantaine » appliquée aux navires et (par extension du terme) aux personnes, utilisée à grande échelle face aux « pestes » qui ont touché l'Europe à partir du XIII[e] siècle, fut une mesure de protection de la population dictée par le sens commun. Mais la mémoire collective des quarantaines retient aussi le diktat de la peur et la violence d'un enfermement souvent motivé par l'ostracisme vis-à-vis d'« étrangers » accusés *a priori* d'apporter la maladie.