

Samuel Lepine

OBLIGATION VACCINALE, ÉTHIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, ET COVID-19

Samuel Lepine

OBLIGATION VACCINALE, ÉTHIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, ET COVID-19

Sommaire



- 1 – La vaccination du point de vue de l'éthique de la santé publique
- 2 – Les justifications morales de l'obligation vaccinale
- 3 – Obligation vaccinale et covid-19
- 4 – Conclusion

Cet article présente les arguments moraux majeurs en faveur de l'obligation vaccinale du point de vue de l'éthique de la santé publique, et les questions que pose l'obligation vaccinale face à la pandémie de covid-19. Je commence ainsi par resituer les enjeux de la vaccination du point de vue de l'éthique de la santé publique, avant de passer en revue les principaux arguments moraux en faveur de l'obligation vaccinale. Il s'agit, plus exactement, de se demander s'il y a des raisons morales pertinentes qui seraient susceptibles de justifier cette obligation sur le plan légal. Après avoir présenté les mérites et les faiblesses de ces arguments, j'examine les conditions sous lesquelles certains d'entre eux seraient susceptibles de justifier l'obligation vaccinale contre le covid. Je soulève enfin les questions qu'est susceptible de poser cette obligation lorsqu'elle porte sur un vaccin qui vient d'être créé en contexte pandémique.

Mots clés : obligation vaccinale, vaccination, éthique vaccinale, santé publique, non-nuisance, équité, covid-19, pandémie, autonomie, paternalisme moral, immunité collective.
Keywords: mandatory vaccination, vaccination ethics, public health, autonomy, herd immunity, moral paternalism.

Face à la pandémie de covid-19, la vaccination a rapidement été vue comme l'un des moyens de lutte majeurs, notamment par sa capacité à réduire drastiquement la mortalité liée aux formes sévères de la maladie. L'idée que l'on pourrait rendre obligatoire la vaccination contre le covid a dès lors régulièrement refait surface, que ce soit à l'échelle du corps soignant, ou bien à l'échelle nationale. Si de nombreux pays ont généralement opté pour une stratégie moins contraignante que celle de l'obligation vaccinale à travers la mise en place d'un passe sanitaire (permettant de prouver soit son immunité par vaccination, soit sa non-infection grâce à un test récent), il n'en demeure pas moins que la question de l'obligation vaccinale était légitime. Elle avait déjà été posée avant le covid avec la mise en place, à partir de 2018, de l'obligation légale de vacciner les enfants contre un ensemble de maladies telles que la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rubéole, les oreillons, la rougeole, le pneumocoque, le méningocoque, ou l'hépatite B. Et cette

question de l'obligation vaccinale se posera encore de nouveau à l'avenir si, face à une nouvelle maladie, nous mettions au point un vaccin susceptible de nous protéger efficacement. Il est donc important de se demander dans quelle mesure les réflexions déjà engagées autour de l'obligation vaccinale sont susceptibles de pouvoir s'appliquer à de nouvelles maladies, et ici en l'occurrence au cas du covid.

Il est d'autant plus légitime de s'interroger sur l'obligation vaccinale qu'il existe des réticences et des résistances bien documentées à l'égard de la vaccination, que ce soit en France ou à l'étranger (Guimier, 2021 ; Salvadori et Vignaud, 2019). Ainsi, un sondage Gallup de 2018 pour la fondation Wellcome, réalisé dans 144 pays, montrait en particulier que les habitants des pays les plus riches sont aussi les plus méfiants à l'égard des vaccins. La France est à cet égard l'un des pays les plus emblématiques : parmi les sondés de ce pays, une personne sur trois pense que les vaccins ne sont pas

sûrs, et une personne sur cinq ne croit pas en leur efficacité¹. Toutefois, il faut bien noter que cette résistance vis-à-vis de la vaccination est protéiforme (Giubilini, 2019, 8). Certains individus peuvent ainsi ne pas rejeter en bloc la vaccination, mais adopter une attitude de méfiance vis-à-vis de celle-ci. On peut par exemple s'être fait vacciner contre la plupart des maladies, mais néanmoins rester méfiant vis-à-vis des produits pharmaceutiques. Cette attitude caractérise assez bien le phénomène d'« hésitation vaccinale » (Goldenberg, 2021) qui s'est manifestée dans le contexte de la pandémie de covid, où de nombreuses personnes ont simplement été tentées de reporter le plus tard possible leur vaccination, par simple méfiance vis-à-vis de nouveaux médicaments apparus très rapidement. D'autres individus, en revanche, rejettent plus fermement la vaccination, qu'il s'agisse de son efficacité ou de sa sûreté. C'est l'attitude dite du « refus vaccinal ». Enfin, certains sont opposés aux vaccins pour d'autres raisons encore, non pas d'ordre épistémique, mais d'ordre moral ou religieux le plus souvent, et ont ainsi développé la conviction que l'on ne doit pas se faire vacciner.

Si ces réticences sont problématiques, c'est parce que les maladies – en particulier les maladies contagieuses – menacent non seulement les individus, mais aussi la société qu'ils composent. De fait, les épidémies ont causé historiquement des pertes humaines comparables à celles des conflits armés (la grippe espagnole a engendré au moins 17 millions de morts², et la peste noire au moins 25 millions au quatorzième siècle³, en prenant les estimations les plus prudentes). Les virus peuvent aussi, comme le Sars-Cov-2, perturber la vie économique de plusieurs pays, tout en causant de sérieux troubles dans leurs services publics de santé ou d'éducation. De ce point de vue, l'obligation vaccinale fait partie des questions qui entrent directement dans le champ de l'éthique de la santé publique, dans la mesure où la vaccination semble pouvoir nous immuniser contre plusieurs maladies qui constituent d'importantes menaces pour les populations humaines. En créant une immunité collective, la vaccination permet au contraire d'empêcher la circulation de certains virus, et conditionne de ce fait l'accès à de nombreux autres biens économiques et sociaux. Il peut donc sembler légitime de se demander s'il ne serait pas pour le mieux que nous soyons obligés de nous vacciner contre les maladies les plus susceptibles de nuire à l'existence de la vie sociale.

Dans cet article, je souhaiterais ainsi présenter les arguments majeurs en faveur de l'obligation vaccinale, avant d'examiner les questions que pose cette obligation du point de vue de la pandémie de covid que nous venons de traverser. Je me pencherai donc en premier lieu sur l'éthique de l'obligation

vaccinale dans sa généralité, afin de présenter les principales défenses de l'obligation vaccinale. Dans la mesure où ces discussions ne sont presque jamais mentionnées dans la littérature francophone consacrée à l'éthique de la vaccination⁴, il me paraît utile de les présenter en détail pour commencer. Je m'intéresserai avant tout à l'obligation vaccinale d'un point de vue moral, du point de vue de ses bienfaits potentiels et des torts qu'elle peut prévenir. Autrement dit, je me demanderai s'il y a de bonnes raisons susceptibles de fonder cette obligation sur le plan moral, et qui pourraient par ailleurs justifier l'implémentation d'une obligation vaccinale sur le plan légal.

A cet égard, il faut peut-être d'emblée écarter un contre-sens possible quant à la discussion qui va suivre : si celle-ci porte bien sur l'obligation morale qui entoure la vaccination, elle ne se réduit pas à la responsabilité individuelle que nous aurions en tant que sujets de nous vacciner. Elle porte bien plutôt sur les justifications morales que nous pourrions avancer en faveur de certaines mesures de santé publique contraignantes sur le plan des libertés individuelles et collectives. Ces deux questions ne sont certes pas complètement déconnectées l'une de l'autre, car le type de justification morale que l'on pourrait avancer en faveur des mesures contraignantes de santé publique pourraient très bien par ailleurs justifier aussi le devoir que l'on aurait en tant qu'individu, indépendamment de toute mesure contraignante, de se vacciner. Mais ce sont les premières qui m'intéresseront ici.

Je commencerai ainsi par resituer les enjeux de la vaccination du point de vue de l'éthique de la santé publique, avant de présenter les mérites et les faiblesses des principales justifications morales de l'obligation vaccinale. J'aborderai ensuite l'obligation vaccinale dans le contexte plus précis qu'est celui de la pandémie de covid, en espérant que cette réflexion puisse également s'avérer utile si des situations similaires devaient se reproduire à l'avenir. Je suggérerai que le contexte de la pandémie implique un certain nombre d'éléments auxquels la réflexion sur l'obligation vaccinale doit être sensible, dont des considérations liées à la mise en place de l'obligation vaccinale elle-même, à la perception de cette obligation, ainsi qu'à notre connaissance d'une maladie nouvelle et des traitements dont nous disposons pour lutter contre celle-ci. De ce point de vue, cet article se veut avant tout synthétique : je me propose en effet d'examiner les principaux arguments moraux en faveur de l'obligation vaccinale et leurs éventuelles limites, avant de répertorier les défis que pose le contexte de la pandémie de covid pour la réflexion sur l'obligation vaccinale.

¹ Wellcome (2018).

² Spreeuwenberg, Kroneman, et Paget (2018).

³ Glatter et Finkelman (2020).

⁴ L'ouvrage récent de Israel-Jost et Weil-Dubuc (2023), pourtant consacré à « l'éthique vaccinale », ne traite pas ce débat par exemple.

1. La vaccination du point de vue de l'éthique de la santé publique

Dans cette première section, je m'attache à situer l'obligation vaccinale dans le contexte de cette discipline plus récente qu'est l'éthique de la santé publique. Je commence ainsi par présenter brièvement cette dernière, et la manière dont elle s'est structurée autour de questionnements éthiques récurrents, avant d'aborder plus en détail les bienfaits attendus de la vaccination du point de vue de l'immunité collective, qui peuvent être susceptibles de motiver l'obligation vaccinale.

1.1 L'éthique de la santé publique

L'éthique de la santé publique est un champ d'étude récent et encore émergent, qui concerne les questions morales qui se posent dans le domaine de la santé publique. En 2002, dans un article qui se proposait de dresser une cartographie de cette discipline, James Childress et ses collègues notaient ainsi qu'il n'existait pas encore d'étude systématique de ses concepts centraux, de ses méthodes et de ses limites, la plupart des publications se concentrant essentiellement sur des cas pratiques particuliers (Childress et al., 2002). Se proposant d'accomplir cette tâche plus générale de systématisation ou de « cartographie du domaine » – pour reprendre leur expression – ils notent que la santé publique a pour particularité de renvoyer à la santé de la population tout entière plutôt qu'à celle des individus qui la composent, et qu'elle implique notamment la promotion de la santé et la prévention des maladies ou des handicaps. L'éthique de la santé publique renvoie de ce fait aux questions que pose la collecte et l'usage de données épidémiologiques, de surveillance de la population, ainsi qu'à d'autres formes d'évaluations quantitatives. Elle implique ainsi une reconnaissance de « la nature multidimensionnelle des déterminants de la santé » qui peuvent être, comme le soulignent Childress et ses collègues, aussi bien biologiques que comportementaux, sociaux, ou encore environnementaux.

De façon générale, la santé publique a donc pour but de comprendre les causes des maladies et des handicaps dans la population, afin de pouvoir mener notamment des campagnes de prévention publique contre ces maladies, là où la médecine ordinaire concerne avant tout la prise en charge de patients individuels. Comme le notent en effet

Angus Dawson et Marcel Verweij (2007), l'action médicale commence traditionnellement avec l'initiative d'un patient qui cherche à guérir d'une maladie et qui vient solliciter à cette fin une aide. Dans le cas de la santé publique, l'action médicale est initiée par des professionnels de santé qui cherchent à prévenir l'apparition de maladies chez des gens sains, à l'échelle collective. On cherche ainsi à « promouvoir la santé au niveau du groupe ou de la population » (Dawson et Verweij, 2007, 2). Et si la relation médecin-patient est au cœur de la médecine, ce sont davantage les interactions entre des agents plus nombreux (médecins, agences sanitaires, etc.) qui sont au cœur de la santé publique, afin de développer, d'implémenter, et d'évaluer différentes interventions. On passe ainsi de questions qui concernent la légitimité d'une intervention de soin, à des questions qui concernent davantage la légitimité de la prévention elle-même.

La santé publique est donc un concept fondamentalement collectif, qui renvoie à un « nous » et à des comportements de coopération, et qui, selon Childress et ses collègues, a pour particularité de mettre en œuvre des revendications morales diverses et potentiellement conflictuelles. L'une des revendications centrales de l'éthique de la santé publique, par exemple, est de produire des bénéfices en termes de santé pour les individus, en prévenant certains préjudices. Mais cette revendication se heurte parfois de plein fouet à une autre exigence fondamentale qui est de respecter la capacité des agents à effectuer des choix autonomes. Les confinements préventifs ont été particulièrement emblématiques d'un tel conflit entre santé et liberté. Le respect de l'autonomie, de même, peut aussi entrer en conflit avec le dépistage de certaines maladies, ou la collecte de données de santé à l'échelle populationnelle. La production de bénéfices de santé peut, quant à elle, entrer en tension avec un autre principe qui consiste à construire et maintenir la confiance de la population dans les institutions de santé. La mise en place des passes sanitaires, lorsque les vaccins contre le covid ont été rendus disponibles, en a peut-être été un exemple emblématique puisqu'une telle politique visait à soulager rapidement le système de santé, mais a aussi suscité dans le même temps une défiance forte de la part d'une partie du public⁵. Il y a ainsi des tensions réelles entre les différentes valeurs impliquées dans la prise en charge des problèmes de santé publique, et il n'existe pas de méthode simple qui permette de trancher en faveur de l'une ou l'autre de ces valeurs, ou de les comparer de façon claire⁶.

⁵ Comme me l'a fait remarquer un lecteur anonyme, la notion de « confiance » peut toutefois être interprétée de différentes façons. On peut par exemple avoir confiance en la vaccination, et rejeter néanmoins la politique d'incitation vaccinale visée par le passe sanitaire. Dans les faits, ces deux aspects semblent avoir été liés le plus souvent, puisque la confiance dans les institutions de santé est connue pour être l'un des principaux facteurs motivationnels de la vaccination (Klein et Yzerbyt, 2023, 55), et inversement que la défiance envers les institutions et le gouvernement est l'un des facteurs principaux qui ont conduit au rejet de la vaccination contre le Covid-19. Cette défiance a été alimentée par un certain nombre de décisions gouvernementales maladroites – comme le fait de soumettre l'entrée au cinéma et au restaurant au passe sanitaire, alors qu'il avait été promis dans un premier temps que ce ne serait pas le cas – et a eu à son tour un impact sur la vaccination (Ward et al., 2022).

⁶ Voir toutefois Selgelid (2009) qui propose une approche contextualiste de ces différents conflits de valeurs.

Plus généralement, les questions de prévention impliquent un caractère possiblement invasif de la santé publique, puisque la plupart des aspects de notre vie privée sont potentiellement concernés par les actions préventives : qu'il s'agisse de notre alimentation, de notre sommeil, de notre milieu socio-économique, de notre environnement physique et social, etc. (Dawson et Verweij, 2007, 3). Toute la question est alors de savoir jusqu'à quel point les interventions de l'Etat peuvent être justifiées au nom de la santé publique ? De façon plus spécifique, il est légitime de se demander si l'Etat peut d'une part déterminer ce qui peut être pour moi un plus grand bien du point de vue de ma santé, et d'autre part s'il peut intervenir légitimement avec l'intention de me procurer ce bien ? C'est la question qui est au cœur des politiques de vaccination, puisque celles-ci consistent à prévenir l'apparition de certaines maladies au sein de la population.

1.2 Vaccination, immunité collective et paternalisme moral

Du point de vue de la santé publique, la vaccination présente au moins deux attraits selon Dawson (2007, 161-162) : elle protège d'abord les individus en tant qu'individus, en leur conférant une forme d'immunité à l'égard d'une maladie donnée ; et ce faisant, elle protège également le groupe dont l'individu fait partie, en créant une forme d'immunité collective, ou d'immunité de groupe (*herd immunity*), une fois que suffisamment d'individus sont vaccinés au sein de ce groupe contre ladite maladie. Cette immunité rend alors moins probable l'apparition d'une maladie contagieuse au sein du groupe ainsi protégé. Toutefois, comme l'a souligné Paul (2004), parler d'immunité collective est peut-être fallacieux car ce concept suggère que chacun serait immunisé, même les non-vaccinés, ce qui n'est pas le cas en réalité. Il s'agit plus d'une « protection de groupe » dans la mesure où les vaccinés empêchent la maladie de se propager jusqu'aux non-vaccinés, en créant une sorte de confinement artificiel, ou un sas de protection, du moins lorsque le vaccin empêche la transmission de la maladie. Par commodité, et parce que l'usage est bien institué, je continuerai de parler d'« immunité collective » dans le reste de cet article, mais il convient de garder présente à l'esprit cette nuance.

Il faut également noter avec Dawson (2007, 163-165) que tous les vaccins n'ont pas les mêmes effets, en fonction des maladies. Ainsi, les vaccins contre la polio ou la diphtérie fournissent à la fois un bien privé et un bien public, dans la mesure où ces maladies sont mortelles, et qu'elles sont contagieuses, et que les vaccins protègent non seulement contre leurs effets, mais aussi contre leur transmission. Le vaccin contre la rubéole, en revanche, fournit un bien public, mais pas nécessairement privé, puisque la rubéole est bénigne la plupart du temps, voire parfois asymptomatique,

de sorte que ses bénéfices individuels sont relativement marginaux. Les risques posés par la rubéole concernent avant tout le développement du fœtus chez les femmes enceintes, car elle peut engendrer dans certains cas des handicaps. C'est ce genre de complications que l'on cherche à éviter grâce à la vaccination à l'échelle collective. Enfin le vaccin contre le tétanos fournit un bien privé, mais non pas public, puisque la maladie n'est pas contagieuse, mais souvent mortelle pour les personnes infectées : ce vaccin en tant que tel ne protège donc jamais le groupe à proprement parler, mais seulement des individus. Ce constat doit nous amener à préciser le périmètre d'une éventuelle obligation vaccinale au regard de la question du paternalisme moral.

On peut définir le paternalisme moral comme l'attitude qui consiste à prescrire aux individus ce que l'on pense être bon pour eux, éventuellement (mais pas nécessairement) contre leur volonté, là où ils sont pourtant censés être compétents pour déterminer par eux-mêmes ce qui leur semble préférable (Dawson 2011 ; Lemaire 2017). L'obligation vaccinale est-elle paternaliste de ce point de vue ? Il faut ici distinguer deux types de cas : celui des enfants en bas-âge, et celui des adultes. Dans le cas des enfants en bas-âge, il ne fait pas vraiment sens de parler de paternalisme, puisque ces derniers ne sont pas compétents pour déterminer ce qui est dans leur meilleur intérêt. Cet intérêt doit donc être évalué sur la base d'un calcul entre les coûts et les bénéfices de la vaccination en termes de santé. Or la vaccination contre les maladies graves (telles que la Polio, la Diphtérie, la Rougeole, la Rubéole, ou encore les infections à Pneumocoque ou Méningocoque) implique des bénéfices importants, et elle a un coût mineur dans la mesure où les risques sont généralement faibles. Il s'agit en général d'effets secondaires bénins, qui peuvent devenir graves dans de très rares cas : ainsi, pour les vaccins BCG et ROR, on constate entre 4 et 9 cas de purpura thrombopénique pour 1 000 000 de doses délivrées par exemple⁷. Ce calcul implique qu'il est dans le meilleur intérêt des enfants d'être vaccinés contre les maladies graves, qu'elles soient contagieuses ou non, et cela peut d'ailleurs justifier selon Dawson (2011) que l'Etat intervienne pour protéger les enfants lorsque leurs parents prennent une décision qui risquerait de compromettre leur santé, tel que le refus de les vacciner. Bien sûr, il peut exister des circonstances qui feraient pencher la balance entre les bénéfices et les risques en faveur de la non-vaccination, et l'argument ne justifie pas à lui seul une obligation générale de vacciner les enfants. Il donne simplement de bonnes raisons de défendre l'obligation vaccinale contre les maladies graves chez les enfants, à partir du moment où la balance entre les bénéfices et les risques penche du côté de la vaccination.

Venons-en au cas de la vaccination des adultes. Ceux-ci contrairement aux enfants, sont supposés être aptes à déterminer ce qui est dans leur meilleur intérêt. Mais il

7 Lafaurie et al. (2017).

faut là encore distinguer deux types de cas pour déterminer si l'obligation vaccinale est paternaliste ou non. Dans le cas des maladies non contagieuses telles que le tétanos, la vaccination n'apporte comme on l'a vu qu'un bien privé. Il revient donc à l'individu concerné de déterminer s'il souhaite ou non bénéficier de ce bien. L'obligation, dans ce cas, serait donc clairement une mesure paternaliste, puisqu'elle outrepasserait la compétence et l'autonomie de l'individu à choisir ce qu'il juge bon pour lui. Notons toutefois qu'en protégeant les individus, un vaccin peut aussi diminuer la pression qu'une maladie fait peser sur le système de santé, et ainsi apporter également un bénéfice public. L'obligation morale pourrait alors être défendue non pas au nom du bénéfice privé qu'en retire l'individu, mais de sa contribution à la préservation du système de santé. On peut ainsi tenter d'échapper au risque paternalisme moral en suivant cette ligne argumentative, comme nous le verrons dans la prochaine section.

Les choses semblent beaucoup plus claires, quoiqu'il en soit, avec les maladies contagieuses, puisque l'Etat ne nous demande pas ici de nous vacciner pour nous-mêmes, mais pour protéger les autres en créant de l'immunité collective. Atteindre l'immunité collective semble en effet un bien socialement désirable, puisque cela favorise indirectement le bien-être collectif ou certains de ses aspects, et que l'immunité réduit à la fois les pertes économiques et le coût des services de santé. Ce n'est donc pas au nom du bien de l'individu que la vaccination est requise ici, mais au nom du devoir de ne pas nuire à autrui, ou d'atteindre l'immunité collective.

De ce point de vue, on peut concevoir l'immunité collective comme un bien collectif, au même titre que la défense nationale, les routes, ou encore un air pur⁸ (Dawson, 2007 ; Giubilini, 2019). Les biens collectifs se caractérisent en effet par deux propriétés que l'on retrouve dans le cadre de l'immunité collective. Ils requièrent d'abord la coopération d'un nombre suffisamment important de personnes, et l'immunité collective suppose précisément qu'un très grand nombre d'agents soient vaccinés afin d'atteindre un seuil d'immunité qui empêchera le virus de circuler. D'autre part, les biens collectifs sont non exclusifs (au sens où personne ne peut être empêché d'en bénéficier), et non rivaux (au sens où le fait qu'un individu bénéficie de ces biens ne diminue pas la possibilité pour les autres d'en bénéficier à leur tour). C'est là

encore le cas de l'immunité collective : toutes et tous peuvent en bénéficier une fois qu'elle est installée, et plus elle est installée, plus il devient possible pour chacun d'en bénéficier. Le problème est qu'il peut aussi devenir possible, une fois le seuil d'immunité collective atteint, de profiter de cette immunité sans se faire vacciner soi-même, et de profiter ainsi d'un bien collectif sans apporter sa propre contribution à ce bien. En un sens, il peut même devenir rationnel d'agir ainsi, puisque l'on évitera alors les risques éventuellement associés à la vaccination, tout en profitant de ses bienfaits. Or, une telle attitude risque néanmoins de mettre en péril l'immunité collective si elle se propage de plus en plus parmi les agents⁹.

C'est dans ce contexte que se pose de manière aiguë la question de l'obligation vaccinale. Celle-ci doit non seulement nous permettre d'atteindre l'immunité collective, mais encore de maintenir cette dernière. La question qu'il s'agira alors de poser est de savoir s'il existe de bons arguments d'un point de vue moral en faveur de l'obligation vaccinale, et si l'on peut défendre celle-ci sans tomber dans une forme de paternalisme ou de contrainte abusive sur la liberté des individus.

2. Les justifications morales de l'obligation vaccinale

Dans cette section, je présente deux des principaux arguments moraux en faveur de l'obligation vaccinale. Afin de fixer les cadres de la discussion, il peut être utile de formuler d'emblée plusieurs précisions. La première est que si l'immunité collective est un bien qui nous paraît désirable, cette désirabilité ne peut pas suffire à elle seule à justifier l'obligation vaccinale. Après tout, il est probablement désirable également que nous soyons tous en bonne santé, mais cela ne suffit pas à rendre moralement obligatoire le fait de bien se nourrir ou de ne pas fumer. L'argumentation, de ce point de vue, doit s'efforcer de mettre au jour des raisons spécifiquement morales, qui auront trait typiquement à des torts que nous sommes susceptibles de commettre en ne nous vaccinant pas, ou encore à des obligations qui s'imposeraient à nous du fait de la vie en société et des relations que nous

⁸ Il serait tentant de soutenir que le système de santé (et l'hôpital en particulier) est également un bien collectif, mais c'est moins évident. S'il suppose certes la coopération des agents, il n'est pas nécessairement non exclusif (puisque certaines personnes peuvent ne pas y avoir accès dans certains pays, faute d'assurance par exemple) ni non-rival (puisque une place occupée dans un hôpital est une place dont ne bénéficiera pas une autre personne). Cela ressemble plutôt à ce que Anomaly (2021) nomme des « biens publicisés », c'est-à-dire des biens privés qui peuvent emprunter certains traits des biens collectifs du fait d'une politique de santé publique spécifique. En l'occurrence, le système de santé comme service public garantit en principe à chacun la possibilité d'avoir accès à des soins (non exclusivité) et peut aussi, s'il est suffisamment bien doté, assurer la non-rivalité de l'accès aux soins.

⁹ C'est donc une attitude « rationnelle » en un sens purement instrumental, et seulement à condition que les autres individus continuent de se vacciner. C'est d'une certaine façon un cas classique de dilemme du prisonnier, où la défection est une stratégie supérieure (dite « dominante ») à la coopération, du point de vue individuel, seulement si toutes les parties ne font pas défection simultanément. Du point de vue du collectif, en revanche, la coopération est une stratégie supérieure et donc toujours rationnelle dans la mesure où ses bénéfices sont toujours supérieurs à ceux de la défection, puisqu'elle engendre de l'immunité collective, là où la seconde au contraire fait disparaître celle-ci.

entretenons avec nos semblables. Comme nous l'avons indiqué en introduction également, le type de raisons morales qui nous intéresse ici renvoie à des considérations susceptibles de justifier l'obligation vaccinale en termes de politique de santé publique, et non pas seulement du point de vue des obligations que nous aurions à titre personnel, indépendamment de toute sanction publique.

Une deuxième précision tient au périmètre de l'obligation vaccinale visée ici : comme nous l'avons vu dans la précédente section, celle-ci concerne de façon privilégiée les maladies contagieuses (en raison du risque de paternalisme), mais elle peut aussi s'étendre, dans certains cas, aux maladies non contagieuses. Si je me concentrerai ainsi essentiellement sur les premières, je reviendrai cependant à plusieurs reprises sur les secondes. Ajoutons que, dans la mesure où certaines maladies sont également propres à certaines régions (la fièvre jaune ou le choléra, par exemple), la discussion sur l'obligation vaccinale doit tenir compte de cette contrainte, et admettre que l'obligation peut être relative à ces spécificités géographiques. Je me contenterai ici de tenir ce postulat pour évident, sans que cela n'affecte la discussion des arguments. Enfin, une autre contrainte dont il faut tenir compte est que tous les agents ne peuvent pas se vacciner : certains peuvent en être empêchés par des allergies, en raison de leur âge, ou encore parce qu'ils sont immunodéprimés. A première vue, une défense de l'obligation vaccinale devrait être sensible à ce paramètre.

2.1 L'argument par la non-nuisance

L'argument le plus intuitif en faveur de l'obligation vaccinale est peut-être celui de la non-nuisance, tel qu'il a été formulé notamment par Angus Dawson (2007). L'argument part du principe évident que les maladies contagieuses font de nous des porteurs potentiels de nuisances non triviales pour les autres, nuisances que nous pouvons causer de façon non-intentionnelle par contamination. Or, ce risque de nuisance peut, lorsqu'un vaccin existe contre une maladie donnée, être réduit par la vaccination préalable des agents qui ne présentent pas de condition les empêchant d'être vaccinés. Une prémisse supplémentaire de l'argument tient au fait que nous avons l'obligation morale de ne pas causer de nuisances aux autres, que ce soit par notre action ou notre inaction, lorsque nous savons que nous pouvons éviter d'engendrer de telles nuisances. Et la vaccination contre les maladies contagieuses graves nous permet justement de réduire le risque de causer une nuisance non triviale à un autre individu. On pourrait donc conclure de ces prémisses que nous avons effectivement l'obligation morale de nous vacciner contre les maladies contagieuses graves lorsque c'est possible.

Peut-on toutefois vraiment être tenu pour responsable des nuisances que nous pouvons causer de façon non intentionnelle ? Cette condition semble à première vue très exigeante. Sauf cas exceptionnel, nous n'avons généralement pas l'intention de transmettre une maladie contagieuse, et moins encore de causer du tort à autrui en cas de contamination. Le problème est que les nuisances qui peuvent être prévenues par la vaccination sont prévisibles, et qu'elles peuvent être prévenues facilement et sans grand danger dans la plupart des cas, puisque la vaccination ne présente généralement pas d'effets secondaires graves, comme nous l'avons vu précédemment. Ainsi, la vaccination apparaît bien comme un moyen de prévenir des nuisances non intentionnelles mais prévisibles. De ce point de vue, Jessica Flanigan (2014) soutient que le refus de se faire vacciner contre les maladies contagieuses graves serait analogue au fait d'ouvrir le feu de façon aveugle sur une place publique, puisque cela reviendrait à commettre délibérément un tort de façon aveugle, qui était pourtant anticipable et évitable. L'analogie est sûrement exagérée pour certaines maladies, mais il est clair que le fait de commettre un tort non intentionnellement n'est pas une condition déresponsabilisante si ce tort est prévisible et évitable¹⁰.

Cette défense de l'obligation vaccinale possède une tonalité conséquentialiste, dans la mesure où elle revient à justifier l'obligation vaccinale sur la base des conséquences négatives de la non-vaccination (ou des conséquences positives de la vaccination si l'on vise l'immunité de groupe). De ce point de vue, elle trouve un allié naturel dans la pensée utilitariste, qui pourrait ainsi affirmer que l'utilité de la non-vaccination est négative (puisque'elle est susceptible de causer des souffrances), alors que celle de la vaccination est positive (puisque'elle prévient des souffrances prévisibles). Mais d'autres défenses de l'argument par la non-nuisance sont possibles, notamment dans une perspective contractualiste, généralement associée à une forme de déontologie proche de la pensée kantienne en morale (Verweij, 2005 ; Giubilini, Douglas, et Savulescu, 2018). D'un point de vue contractualiste, en effet, un principe moral est bon si tous les individus concernés par celui-ci l'accepteraient sous certaines conditions idéales. Les principes moraux, ici, sont construits en réfléchissant sur les exigences que nous pouvons raisonnablement avoir à l'égard des autres, et qu'ils peuvent avoir à notre égard.

Or il semble raisonnable de revendiquer un principe qui exige que nos congénères prennent des précautions minimales pour éviter de causer des infections graves lorsqu'il leur est possible de le faire sans que cela ne leur demande trop d'efforts, comme le permet la vaccination. C'est une exigence raisonnable, souligne Verweij (2005), dans la mesure où les raisons avancées ne sont pas « idiosyncrasiques », mais

¹⁰ Steinhoff (2024) conteste cependant l'analogie de Flanigan en affirmant qu'en ne se faisant pas vacciner, on ne commet pas de tort réel, mais que l'on est seulement statistiquement susceptible de commettre un tort, et qu'il ne serait pas acceptable d'être légalement contraint pour un tort que l'on est seulement statistiquement susceptible de commettre.

pourraient être partagées par toute personne qui se mettrait notamment à la place des personnes vulnérables (qui ne pourraient par exemple pas se faire vacciner, ou chez qui la vaccination serait peu efficace). L'obligation vaccinale paraît donc moralement justifiée aussi dans une telle perspective. Un contractualiste pourrait même faire remarquer qu'aucune personne vulnérable ne pourrait accepter un principe qui laisserait le choix aux autres de mettre leur vie en danger en ayant le choix de ne pas se faire vacciner. Ainsi, l'obligation vaccinale serait plus facilement justifiable, dans une perspective contractualiste, que la liberté de ne pas se faire vacciner. Comme le souligne toutefois Verweij (2005), ce principe contractualiste peut s'avérer très exigeant, car il pourrait aussi impliquer que tout le monde aurait l'obligation de porter un masque en toute circonstance ou d'éviter les visites à l'hôpital, toujours dans la perspective d'éviter de nuire aux plus vulnérables. C'est un point sur lequel nous aurons l'occasion de revenir dans la prochaine section. Quoiqu'il en soit, on le voit, les arguments par la non-nuisance ne sont pas nécessairement et seulement conséquentialistes.

En réalité, même les penseurs libertariens, pourtant enclins à défendre les individus contre les atteintes politiques à leur autonomie, peuvent défendre l'obligation vaccinale contre les maladies contagieuses graves. Ainsi Jason Brennan (2018) soutient que même si ma non-vaccination ne me conduit pas à infliger de nuisance à autrui, et qu'elle est négligeable du point de vue de l'immunité collective, elle ferait de moi le complice d'une action collective préjudiciable dans laquelle le préjudice serait « surdéterminé » collectivement. Le préjudice (ici la transmission d'une maladie grave) est surdéterminé en ce qu'il est le résultat d'une multiplicité de causes (c'est-à-dire d'individus eux-mêmes contagieux), et qu'une seule de ces causes serait nécessaire et suffisante pour produire ce préjudice. La situation serait en cela analogue au fait de participer à un peloton d'exécution selon Brennan : même si les balles que je tire passent à côté de la victime, je n'en suis pas moins responsable d'avoir participé à un préjudice¹¹. Or nous avons en principe l'obligation morale de ne pas participer à de tels actes collectifs préjudiciables, même si le préjudice est surdéterminé, puisque cela revient à se faire le complice de ce préjudice : c'est ce que Brennan (2018, 4) nomme le « principe des mains propres ». Dès lors, il serait légitime selon lui que l'Etat intervienne pour empêcher un préjudice probable comme celui d'une infection, même si aucun individu en particulier ne pourrait être tenu pour responsable de ce préjudice. De ce point de vue, l'obligation vaccinale serait également légitime, car même si personne ne peut être tenu pour responsable en particulier de la propagation d'un virus, nous avons le devoir de ne pas participer à sa propagation et au tort collectif qu'elle est

susceptible de provoquer, en vertu du principe des mains propres.

Tous ces arguments par la non-nuisance se réfèrent essentiellement aux nuisances directes que nous sommes susceptibles de causer en ne nous vaccinant pas. Notons néanmoins qu'il est possible de défendre l'obligation vaccinale par la non-nuisance de façon plus indirecte, en insistant sur les coûts collatéraux qu'engendre la non-vaccination massive de certaines personnes. Les personnes non-vaccinées sont en effet susceptibles de causer des hospitalisations qui auraient pu être évitées, que ce soit en contractant une maladie grave qu'ils auraient que la vaccination aurait pu prévenir, ou en ne participant pas à l'immunité collective qui empêche la circulation de certaines maladies. Comme le notent Giubilini et Savulescu (2019) c'est ce type de considération qui a parfois été soulevée en faveur de l'obligation du port de la ceinture de sécurité en voiture, cette dernière épargnant de nombreuses hospitalisations inutiles, et par conséquent la surcharge du système de santé. Or, soutiennent ces auteurs, si nous acceptons cette justification pour l'obligation du port de la ceinture de sécurité, nous devrions également l'accepter au sujet de l'obligation vaccinale. Il est donc possible de défendre aussi l'obligation par la non-nuisance en insistant sur ses bénéfices indirects (ou sur les torts indirects que l'on cause en ne se faisant pas vacciner). Cet argument, dès lors, ne concerne plus nécessairement les maladies seulement contagieuses, mais toutes celles qui sont susceptibles d'occasionner une surcharge inutile des services de santé, et que l'on pourrait éviter par la vaccination.

Il faut toutefois noter que ces défenses de l'obligation vaccinale rencontrent elles-mêmes une limite évidente. En effet, dans le cas où l'immunité collective existe déjà et est suffisamment élevée, alors ma non-vaccination ne changera strictement rien à la situation actuelle : elle ne créera pas de risque de préjudice, et ne fera pas de moi le complice potentiel d'un préjudice collectif (de même, pour le dernier argument, si les services de santé sont suffisamment robustes alors la non-vaccination pourrait très bien ne jamais présenter de risque de surcharge). Et inversement, la vaccination pourrait revêtir des risques, fussent-ils minimaux, qui deviennent superflus dès lors que l'immunité collective est atteinte. C'est ce que Dawson (2007) nomme « l'argument de l'absence de bénéfice supplémentaire ». Selon cet argument, il serait légitime de suspendre l'obligation vaccinale une fois l'immunité collective atteinte, et il pourrait s'avérer moralement condamnable de faire courir des risques inutiles aux agents sans que cela ne produise de bénéfice supplémentaire, en rendant la vaccination obligatoire. La balance entre les

¹¹ Comme me l'a fait remarquer Pascal Ludwig, l'analogie n'est peut-être pas pleinement convaincante, car on choisit dans une certaine mesure de participer à un peloton d'exécution, qui est effectivement une action collective. Il est plus difficile en revanche de voir la non-vaccination comme le fait de participer délibérément à une action collective (voir aussi Steinhoff, 2024, pour une critique similaire). On peut toutefois répondre comme dans le paragraphe précédent que le fait de ne pas participer intentionnellement à un tort collectif qui était pourtant prévisible ne nous rend pas moins responsable pour autant.

bénéfices et les risques, ici, se retournerait tout simplement contre l'obligation vaccinale.

2.2 L'argument par l'équité

Les différentes défenses de l'obligation vaccinale passées en revue jusqu'ici semblent buter en réalité sur deux difficultés qui ont été particulièrement bien mises en lumière par Alberto Giubilini dans *The Ethics of vaccination* (2019). La première difficulté est qu'elles promeuvent une forme d'obligation vaccinale qui reste contingente, dans la mesure où cette obligation dépend principalement de l'atteinte du seuil d'immunité collective. Dès lors que cette immunité est atteinte, l'obligation semble être condamnée à tomber. On peut bien sûr voir cela comme un avantage en faveur de ces approches, puisqu'elles reviennent à admettre qu'il existe de bonnes raisons de lever l'obligation, et se montrent ainsi relativement souples en termes d'obligations et d'exigences imposées aux agents d'un groupe. Mais elles risquent également, ce faisant, d'échouer à mettre en place de façon durable l'immunité collective, dans la mesure où celle-ci pourrait s'évanouir assez rapidement une fois levée l'obligation vaccinale.

La deuxième difficulté est que ces défenses de l'obligation vaccinale échouent à rendre compte de façon satisfaisante du fait que les individus ont une obligation morale de contribuer à un bien – l'immunité collective – qui est par nature collectif comme nous l'avons vu. En d'autres termes, elles ne parviennent pas selon Giubilini à expliquer comment doivent s'articuler la responsabilité individuelle des agents avec la responsabilité collective du groupe auquel ces agents appartiennent. Dans la mesure où l'obligation d'atteindre l'immunité collective ne peut être accomplie que par une action collective, elle relève d'une forme de responsabilité collective et non de la responsabilité individuelle, à plus forte raison parce qu'un individu n'a pas à lui seul le pouvoir de réaliser l'immunité collective (on ne pourrait donc pas le tenir pour responsable de n'y être pas parvenu). Mais le problème est qu'il n'y a pas non plus de groupe ou de collectif auquel on pourrait attribuer le devoir ou la responsabilité de réaliser cette immunité. En effet, même en admettant par hypothèse qu'une institution ou un collectif se voient attribuer la responsabilité de réaliser l'immunité collective, celle-ci ne pourrait pas être atteinte par l'action de cette institution ou de ce collectif, mais seulement par des vaccinations individuelles. L'immunité collective suppose ainsi, pour être réalisée, une agrégation d'actions qui ne peuvent être qu'individuelles par nature.

En tant que telle, l'immunité collective dépend donc de l'action conjointe de plusieurs individus : c'est un résultat qui ne peut être produit par aucun individu séparément et qui requiert la coordination de tous les agents, par l'agrégation de leurs actions. En ce sens, l'obligation d'atteindre l'immunité collective par la vaccination serait une « obligation collective agrégative » : « les collectifs ont une obligation de réaliser l'immunité collective au sens où l'obligation collective est remplie par les actions agrégées des membres du collectif » (Giubilini, 2019, 44). L'obligation vaccinale, en ce sens, est une obligation collective analogue à l'obligation de lutter contre le dérèglement climatique, dans la mesure où elle découle du fait que nous sommes les membres possibles d'un groupe qui doit entreprendre une action pour résoudre un problème important, mais qui ne peut cependant être résolu que par des actions individuelles.

La conclusion de ce raisonnement est que la responsabilité individuelle de se faire vacciner dériverait de la responsabilité collective d'atteindre l'immunité collective, exactement comme la responsabilité individuelle de réduire ses émissions de gaz à effet de serre dérive de la responsabilité collective de limiter le réchauffement climatique. On ne peut pas m'attribuer la responsabilité individuelle, en tant qu'individu, de lutter contre le réchauffement climatique, dans la mesure où ma capacité à lutter contre celui-ci est plus que mineure. Mais on peut m'attribuer la responsabilité de lutter contre le réchauffement climatique en tant que membre possible d'un collectif qui a lui cette obligation (qu'il s'agisse de l'espèce humaine, ou d'un pays en particulier...) ¹². Le présupposé de ce raisonnement, que Giubilini emprunte à Tracy Isaacs (2014, 57), est que les obligations d'un individu peuvent découler du fait qu'il pourrait faire partie d'un groupe ayant lui-même la capacité de résoudre un problème important.

Il est bien connu néanmoins que, dans ce type de situation, les raisons individuelles d'agir peuvent être en décalage avec les raisons collectives d'agir. C'est typiquement ce décalage que l'on retrouve également dans l'action contre le réchauffement climatique. Pourquoi, en effet, un individu aurait-il l'obligation morale d'apporter une contribution qui est, par nature, insignifiante, à la réalisation d'un bien collectif ? Et comment l'obligation individuelle pourrait-elle dériver d'une obligation collective agrégative ? (Giubilini, 2019, 49). Il y a en tout cas un écart entre les raisons collectives qui justifient l'obligation collective (l'immunité collective doit être réalisée dans la mesure où c'est un bien public qu'il est bon de réaliser d'un point de vue collectif, de même qu'il est bon pour tout collectif humain de diminuer ses émissions de GES) et les raisons individuelles de contribuer à la réalisation de ce bien

¹² Comme me l'a fait remarquer un lecteur anonyme, l'analogie n'est peut-être pas parfaite. En effet, dans le cas du réchauffement climatique on peut probablement distinguer différentes formes de responsabilités : celle de l'individu n'est pas la même que celle des grosses entreprises responsables d'une grande partie des émissions de GES par exemple. Il n'en demeure pas moins que les individus, en tant que membres d'un collectif (l'espèce humaine en l'occurrence) qui a la possibilité de diminuer ses émissions de GES, héritent également de l'obligation de diminuer leurs propres émissions de GES, dans la mesure où leur contribution ne compte pas non plus pour rien.

collectif (il peut être dans mon intérêt, parfois, de ne pas me faire vacciner, ou de ne pas réduire mes émissions de GES).

La réponse à cette difficulté, selon Giubilini, tient précisément au fait qu'une obligation collective qui ne peut être accomplie que par des actions individuelles génère nécessairement des « charges » (*burdens*) pour les individus. Dans ces conditions, il faut donc se demander comment répartir ces charges entre les individus qui forment le collectif ayant l'obligation de réaliser l'immunité collective. La solution que propose Giubilini consiste alors à soutenir que l'obligation vaccinale se justifie en termes d'équité (*fairness*). Etant donné que la réalisation de l'immunité collective constitue une obligation partagée à laquelle chacun est censé contribuer, il semble juste de défendre l'obligation individuelle de se vacciner en termes de répartition équitable des charges. L'équité constitue ainsi le lien manquant entre les raisons collectives de réaliser l'immunité collective et les raisons individuelles de participer à la réalisation de ce bien. Cette thèse semble intuitive, étant donné que l'équité joue en effet un rôle central pour déterminer la juste part des efforts que chacun doit fournir lorsqu'il s'agit de produire un bien public :

« L'équité exige que chaque individu fasse tout ce qu'il peut raisonnablement faire afin de contribuer à l'accomplissement de l'obligation collective (...), quel que soit l'impact réel qu'une action individuelle aurait pour la réalisation du résultat collectif » (Giubilini, 2019, 50).

En se focalisant ainsi sur la question de l'équité face à l'obligation vaccinale, la question n'est plus alors de savoir si ma contribution change quelque chose ou non à l'immunité collective : de fait, ma contribution est nécessaire au même titre que celle des autres, parce que nous avons tous le devoir de contribuer dans la mesure de nos moyens. Ce principe d'équité présente en même temps l'intérêt d'être sensible aux particularités individuelles : on ne peut pas demander à quelqu'un qui serait en situation de ne pas pouvoir se vacciner de le faire quand même (par exemple un patient qui présenterait une allergie à certains vaccins). Une telle demande serait injuste. En revanche, il n'y a rien d'injuste à exiger qu'un individu en bonne santé se fasse vacciner, même si de fait l'immunité collective est déjà atteinte, puisque cet effort ne coûte pas grand-chose à cet individu, et lui permet ainsi de réaliser facilement ce qui relève en réalité d'une obligation partagée.

En ce sens, l'équité constitue également le lien qui manquait, dans les autres approches de l'obligation vaccinale, entre la

responsabilité individuelle et la responsabilité collective : elle explique pourquoi, en tant que partie constituante d'un groupe, nous avons le devoir de contribuer au bien que produit ce groupe. Fonder ainsi l'obligation sur l'équité permet aussi d'éviter le caractère contingent des autres défenses de l'obligation vaccinale. Ici, en effet, l'enjeu n'est plus la réalisation de l'immunité collective en tant que telle (ni même les préjudices que nous pourrions causer en ne nous vaccinant pas), mais notre participation équitable à ce bien collectif qu'est l'immunité collective, que celle-ci soit déjà ou non réalisée.

L'argument de Giubilini pourrait donc être résumé simplement de la façon suivante : l'immunité collective est une obligation collective, et si un groupe a la possibilité de réaliser une obligation collective, alors il a aussi le devoir de réaliser cette obligation, pour autant que le coût de cette action soit faible. Or l'immunité collective est une obligation collective qui peut être réalisée facilement par l'agrégation de vaccinations individuelles, et la réalisation de cette obligation collective implique l'obligation pour les agents constitutifs de ce groupe de se faire vacciner eux-mêmes. Dès lors, et par équité, chaque individu a le devoir de se faire vacciner pour réaliser l'immunité collective, étant donné que l'équité est une manière juste de répartir les charges individuelles dans la réalisation d'une obligation collective. Le devoir de réaliser l'immunité collective justifierait ainsi que l'on mette en place une politique de santé publique rendant la vaccination obligatoire contre les maladies contagieuses graves.

Cet argument possède par ailleurs plusieurs implications intéressantes. Il permet notamment d'expliquer en quoi le fait de ne pas se faire vacciner peut devenir un comportement problématique. Si la vaccination est en effet un devoir qui s'impose à nous par équité, alors il est clair que les non-vaccinés qui étaient pourtant en mesure de se faire vacciner profitent d'un bien public sans accomplir leur juste part d'effort. C'est un comportement qui peut être assimilé à ce que l'on appelle du « resquillage » (*free-riding*) dans la littérature consacrée aux biens collectifs¹³. Une autre implication de cet argument est qu'il laisse une porte ouverte à d'autres manières d'accomplir sa juste part de façon équitable, et ainsi à une forme d'objection de conscience en regard de la vaccination. Si un individu ne souhaite pas se faire vacciner pour différentes raisons, alors il pourrait en effet se voir proposer une action de substitution (comme participer à des campagnes de sensibilisation à la santé publique)¹⁴ de même que les citoyens qui ne souhaitaient pas effectuer le service

¹³ Kowalik (2021) conteste cette assimilation des non-vaccinés à des resquilleurs, en soutenant que les premiers n'ont pas eu le choix de bénéficier ou non de l'immunité de groupe, mais ont été « impliqués involontairement par le choix collectif des autres » qui ont décidé de se faire vacciner. Cette assimilation reviendrait selon lui à établir une discrimination injuste entre les personnes non-vaccinées pour des raisons médicales, et celles qui choisiraient de ne pas se vacciner pour des raisons non-médicales. Mais cet argument revient à considérer que les deux catégories de personnes seraient sur un pied d'égalité en regard de la vaccination, ce qui est bien sûr discutable, et que conteste ici en l'occurrence Giubilini.

¹⁴ Comme le note Giubilini, il reste cependant difficile de voir quelle forme cette objection de conscience pourrait prendre pour être pleinement satisfaisante.

militaire pouvaient se voir proposer autrefois des actions de substitution en tant qu'objecteurs de conscience.

2.3 La nature de l'obligation vaccinale face à la question de l'autonomie individuelle

Quel que soit l'argument que l'on retienne en faveur de l'obligation vaccinale, il reste toutefois légitime de se demander ce qu'il advient de l'autonomie individuelle dans le cadre d'une telle obligation. En particulier, on pourrait se demander si nous n'avons pas le droit de maintenir notre intégrité corporelle contre des actes médicaux perçus comme invasifs. Ces deux questions appellent un certain nombre de nuances dans l'argumentation. Il ne s'agit pas, en effet, de nier l'importance de l'autonomie. Mais comme nous l'avons vu, l'éthique de la santé publique est un domaine dans lequel différentes valeurs peuvent entrer en compétition. Ainsi, dans le cas de la réflexion sur l'obligation vaccinale, l'immunité collective se présente simplement comme un bien relativement prioritaire par rapport à l'autonomie lorsqu'il est question des maladies graves. Il suffit d'ailleurs d'imaginer le cas radical suivant pour prendre conscience de cette relativité : imaginons qu'un nouveau virus excessivement contagieux soit en mesure de décimer la totalité de l'humanité, et que nous ayons mis au point un vaccin qui non seulement immunise contre ce virus, mais empêche également sa propagation. Les revendications d'autonomie individuelle sembleraient probablement encore moins fortes dans ce cas. Inversement, dans le cas d'une maladie contagieuse moins grave comme la grippe, où la vaccination n'a une efficacité que très relative sur sa propagation, les revendications d'autonomie semblent plus facilement entendables. L'autonomie apparaît donc simplement ici comme une valeur dont le poids peut parfois être inférieur à celui de l'immunité collective.

Il en va de même du droit à maintenir son intégrité corporelle en réalité : celui qui souhaite à toute force défendre ce droit contre la vaccination devra expliquer pourquoi ce droit devrait être prioritaire sur le droit d'autrui de ne pas être victime d'un tort grave qui pourrait facilement être évité (Dawson, 2011)¹⁵. L'obligation vaccinale n'a de toute façon pas besoin de supplanter le droit à maintenir notre intégrité corporelle dans les situations les plus courantes : on peut en effet très bien avoir le devoir de se vacciner, tout en ayant en même temps le droit de ne pas être forcé de se vacciner. Ce

droit implique alors qu'on ne peut pas nous forcer à accomplir ce devoir (Giubilini, Douglas, Savulescu, 2018, 556). Il est en effet important de maintenir un droit à ne pas subir de procédure médicale contre son gré, non seulement contre toute tentative d'intervention paternaliste, mais de façon plus générale contre toute forme de dérive autoritaire possible dont l'histoire nous a déjà donné des exemples tragiques. Mais ce droit en tant que tel ne nous exempte pas pour autant de nos obligations¹⁶. De ce point de vue, l'obligation vaccinale n'implique pas que l'Etat pourrait nous forcer à recevoir une injection, mais qu'il pourrait par exemple nous pénaliser pour ne pas le faire, que ce soit par des compensations financières, par une obligation compensatoire de participer à certaines activités - comme pour les objecteurs de conscience - ou encore par des restrictions d'accès à certains lieux publics, de même qu'on interdit l'accès aux collectivités aux enfants qui n'ont pas reçu certains vaccins par exemple (Savulescu, 2021). Ainsi l'obligation vaccinale peut se traduire institutionnellement de différentes façons, et ne se réduit pas à une injection forcée.

3. Obligation vaccinale et covid-19

3.1 Y a-t-il de bonnes raisons de promouvoir l'obligation vaccinale contre le covid ?

Nous avons vu dans la section précédente différentes défenses de l'obligation vaccinale. Celles-ci peuvent-elles nous aider à envisager de façon plus claire la question de l'obligation vaccinale face au covid ? Bien qu'elle ait visiblement perdu de son acuité désormais, la question de savoir si nous avons de bonnes raisons de rendre obligatoire la vaccination contre le covid s'est posée dès l'arrivée des premiers vaccins, et l'histoire des variants du covid a entraîné avec elle différentes réponses à cette simple question. En effet, si l'immunité collective semblait atteignable avec les premiers variants, moyennant une vaccination massive et coordonnée à l'échelle mondiale, ce scénario optimiste est manifestement devenu de moins en moins probable avec l'apparition de nouveaux variants dotés d'une plus forte transmissibilité (Goldblatt, 2022). Les vaccins

car de fait, je ne peux pas vraiment contribuer à créer de l'immunité collective autrement que par ma vaccination.

¹⁵ D'une façon similaire, Wilkenfeld et Johnson (2022) soutiennent que le refus de l'obligation vaccinale en insistant sur l'importance du consentement des personnes est un argument à double-tranchant, car les personnes à risque pourraient opposer qu'elles ne consentent pas, de leur côté, à être exposées aux risques que font peser sur eux les non-vaccinés.

¹⁶ Kowalik (2021) soutient que l'intégrité corporelle et notre capacité à décider librement de notre corps sont des « conditions constitutives de notre existence comme agents rationnels », mais aussi « d'une vie qui vaut la peine d'être vécue ». Dès lors, elles seraient des valeurs prioritaires selon lui en regard de l'immunité de groupe ou des risques de contaminer autrui. Si l'argument peut certes donner du poids au caractère inviolable de l'intégrité corporelle, il ne semble pas suffisant à rejeter les justifications morales de l'obligation vaccinale. Cela suggère plutôt que cette dernière doit tenir compte du caractère inviolable de l'intégrité corporelle. En outre, comme le soulignent Gooch et Graber (2024) en réponse à Kowalik, on peut encore mettre en balance les contraintes que fait peser l'obligation vaccinale sur ceux qui ne souhaitent pas se vacciner et les contraintes que fait peser l'attitude de ces derniers sur les personnes vulnérables, qui ont besoin de l'immunité collective pour pouvoir accéder à de nombreux lieux publics sans que leur vie ne ressemble à une sorte de « roulette russe » permanente.

se sont avérés alors essentiellement efficaces pour réduire les formes graves de la maladie, mais en ayant peu de prise sur sa contagiosité. Comme le virus de la grippe, le Sars-Cov-2 semble être en constante mutation, avec un échappement immunitaire tel que les variants les plus résistants aux vaccins sont aussi susceptibles de se répandre davantage (Morens, Folkers et Fauci, 2022 ; Carabelli et al. 2023). L'efficacité du vaccin contre l'infection par le variant Omicron diminue ainsi presque de moitié au bout d'une dizaine de semaines, pour devenir totalement inefficace au bout d'une vingtaine de semaine, un effet qui était moins prononcé avec Delta, le variant précédent (Andrews et al., 2022). Cela ne signifie pas que le vaccin est inutile contre la transmission de la maladie, mais que son action est insuffisante sur ce point pour contrer le taux de contagiosité des variants actuels et permettre une immunité collective (Tan et al., 2023).

Dans ces conditions, il devient difficile de promouvoir l'obligation vaccinale contre le covid en s'appuyant sur l'immunité collective, comme le font certains arguments par la non-nuisance et l'argument par l'équité, et il ne fait pas non plus sens de comparer les non-vaccinés à des resquilleurs comme le fait Kelsall (2024). Si le vaccin ne protège en effet que faiblement, sur le plan collectif, contre les contagions, et qu'il protège essentiellement les individus contre les formes graves de la maladie sur un plan individuel, alors la vaccination semble de nouveau ici redevenir une question privée. Le cas du vaccin contre le covid serait de ce point de vue analogue au cas du vaccin contre le Tétanos qui, comme nous l'avons vu, apporte avant tout un bien privé et non un bien collectif. Et l'obligation vaccinale risquerait ici de verser dans une forme de paternalisme. En outre, dans le cas du Tétanos, la protection est totale et durable. Ce n'est pas le cas avec le vaccin contre le covid, qui ne protège que très modérément contre l'infection, et qui semble nécessiter un rappel tous les ans en moyenne.

Les choses sont pourtant encore un peu plus compliquées. Car d'une part, et même si ce n'est que très faiblement, le vaccin limite effectivement les contagions. Une efficacité, même faible, n'est pas une efficacité nulle. En me faisant vacciner, je contribue donc bien malgré tout à réduire les risques de nuisance que je suis susceptible de causer chez les personnes les plus à risque de développer une forme sévère de la maladie. L'obligation vaccinale pourrait ainsi être défendue sur la base d'un argument par la non-nuisance : même si l'immunité collective semble désormais inatteignable en effet, je n'en ai pas moins l'obligation de réduire les risques que je puisse contaminer autrui, tout comme j'ai également l'obligation de ne pas participer à un tort collectif surdéterminé. Cet argument, on l'a vu, prend souvent la forme d'un calcul conséquentialiste, et nous invite à nous interroger sur la

balance entre les bénéfices et les risques de la vaccination. Toute la question, de ce point de vue, serait alors de savoir si le vaccin diminue *suffisamment* les risques de contagion pour que l'on puisse promouvoir son obligation. Comme nous venons de le voir, son efficacité sur les contagions existe, mais reste relativement faible, et les vaccins contre le covid-19 ont déjà démontré dans certains cas des effets secondaires indésirables (tels que des péricardites ou des myocardites, certes très rares, et en nombre inférieur à celles que l'on a pu constater par ailleurs à la suite d'une infection au Sars-Cov-2¹⁷). Il est donc difficile de déterminer si la balance est suffisamment positive pour que l'on puisse défendre ici une forme d'obligation vaccinale en suivant un argument conséquentialiste : les risques sont certes faibles, mais les bénéfices le sont également. S'appuyant sur un constat similaire, Bullen, Heriot et Jamrozik (2023), soutiennent qu'il est difficile de défendre l'obligation vaccinale pour les maladies comme le covid où l'on ne peut espérer qu'atteindre une forme « d'équilibre endémique », où le virus continue de circuler, de muter, et d'infecter les individus avec des pics saisonniers, et dans le cadre duquel le vaccin ne fait au mieux que retarder les réinfections.

Notons que la version contractualiste de l'argument par la non-nuisance pourrait s'avérer plus efficace, puisqu'elle stipulerait que tout individu à risque pourrait légitimement exiger que nous prenions le maximum de précautions pour éviter de les contaminer. Comme nous l'avons vu toutefois, la version contractualiste de cet argument court le risque d'avoir des implications excessivement exigeantes : on pourrait faire remarquer, dans la même veine, que même si le port du masque n'a peut-être pas une efficacité très forte sur la réduction des contaminations¹⁸, il a quand même une efficacité minimale qui pourrait justifier de l'imposer systématiquement dans tous les lieux publics. Ceci n'est pas en soi un argument contre l'approche contractualiste car comme le souligne Verweij (2005), il est tout à fait possible que la moralité en général soit très exigeante.

Une autre raison de promouvoir l'obligation vaccinale contre le covid pourrait également exploiter l'argument par la non-nuisance sous sa forme indirecte, en insistant sur la tension qu'un trop haut niveau de non-vaccination risque d'introduire dans les services de santé. Jusqu'à la fin de l'année 2021, en effet, les hôpitaux étaient systématiquement surchargés par les différentes vagues de contamination, rendant de ce fait l'accès aux soins compliqués pour certaines personnes. Les pics de contamination ont ainsi entraîné des reports de rendez-vous médicaux, tout en faisant peser une forte pression sur le personnel soignant, qui devait à la fois traiter les problèmes ordinaires, et ceux liés à une vaccination insuffisante. Même si les vagues se sont désormais

17 Patone et al. (2022).

18 Voir notamment cette métaanalyse sur l'efficacité du port du masque (Jefferson et al., 2023).

estompées, on peut imaginer un avenir dans lequel de nouveaux variants pourraient provoquer à nouveau des pics d'hospitalisation plus importants, et ainsi l'accaparement de certaines ressources médicales. Ceci pourrait donc constituer une raison de défendre l'obligation vaccinale contre le covid comme une obligation collective, dont l'enjeu ne serait plus l'immunité collective, mais la préservation d'un système de santé viable, accessible à toutes et à tous.

Ces considérations pourraient également prendre la forme d'un argument par l'équité. Même si le système de santé n'est pas nécessairement un bien collectif stricto-sensu, il peut néanmoins s'y apparenter lorsqu'il prend la forme d'un service public accessible à tous¹⁹. Dans ce cas, il suppose la coopération de tous, et sa viabilité repose à cet égard non seulement sur les contributions financières que nous reversons sous forme d'impôts par exemple, mais aussi sur le non-gaspillage des ressources médicales lorsque c'est possible. Ici, la vaccination pourrait donc apparaître comme une contribution équitable de chacun en vue d'éviter un tel gaspillage. En suivant cette ligne, il pourrait sembler alors légitime de rendre obligatoire la plupart des autres vaccins (ceux contre la grippe ou la gastroentérite par exemple), car ils sont tous susceptibles de contribuer à épargner des ressources médicales précieuses. Ainsi, que l'on défende l'argument indirect de la non-nuisance, ou cette variante de l'argument par équité, on risque d'aboutir à une obligation beaucoup plus générale de la vaccination, non restreinte au covid.

3.2 Les externalités négatives de l'obligation vaccinale

Il y a donc manifestement des raisons de défendre l'obligation vaccinale contre le covid, qui pourraient aussi valoir dans un nouveau contexte pandémique. Mais en examinant celles-ci, nous devons aussi tenir compte des externalités négatives qui peuvent accompagner la mise en place d'une nouvelle obligation vaccinale, qui peuvent aller du ressentiment d'une partie de la population ne souhaitant pas être forcée de se vacciner, à la cristallisation des attitudes de méfiance vis-à-vis du vaccin qui pourraient basculer plus radicalement dans le refus vaccinal (Ward et al., 2022). Il est clair que l'obligation vaccinale pourrait renforcer de telles tendances, dont les cinq dernières années nous ont montré qu'elles étaient bien vivantes. Cette difficulté, il est vrai, semble déborder la question de la légitimité morale de l'obligation vaccinale, et concerner davantage la question pratique de sa mise en application²⁰. Il vaut toutefois la peine de s'arrêter dessus car les frontières entre ces deux questions sont peut-être plus poreuses qu'il n'y paraît, au moins pour ce qui

concerne l'obligation relative à de nouveaux vaccins apparus dans un contexte pandémique.

Les vaccins contre le covid, en l'occurrence, ont été fabriqués dans un temps record, et nous ont permis d'enrayer rapidement la propagation du virus, de sorte que la vaccination semblait un choix rationnel. Les non-vaccinés, parmi lesquelles des personnes simplement hésitantes ou inquiètes ont ainsi régulièrement été réduits à une posture épistémiquement irrationnelle, étant incapables de voir que se vacciner était objectivement la meilleure chose à faire. Mais comme l'ont souligné Meylan et Schmidt (2023), ce portrait est caricatural, car il peut y avoir de bonnes raisons, dans un environnement « épistémiquement pollué » comme le nôtre, de réduire sa confiance dans certaines institutions. Les auteurs distinguent notamment, à la suite de Levy (2022), deux sortes de pollutions épistémiques : les simulacres d'expertise (comme les faux journaux scientifiques ou les institutions parallèles qui prétendent « réinformer » ou donner les « vraies » informations que l'on nous cache), ainsi que les problèmes internes à la pratique scientifique elle-même (tels que la crise de la reproductibilité, les biais de publication, etc.). En outre, les auteurs soulignent que le rejet des vaccins est souvent adossé à une perte de confiance dans les institutions médicales en raison d'« injustices systémiques » bien documentées telles que le sexisme, le racisme, ou le peu de cas qui est fait des préoccupations ou inquiétudes des patients dans l'institution médicale. Ces différents facteurs peuvent ainsi conduire une personne à « percevoir une atmosphère générale d'incertitude qui la conduit rationnellement à une forme de prudence envers les vaccins contre le covid ».

On ne peut donc pas réduire le refus de la vaccination à une forme d'irrationalité épistémique, et il est tout à fait possible que certains individus aient à la fois de bonnes raisons, dans l'environnement qui est le leur, d'avoir confiance dans des vaccins qui existent déjà depuis longtemps, tout en éprouvant de la défiance envers de nouveaux vaccins, apparus seulement un an après la découverte d'une nouvelle maladie. Il ne s'agit pas pour autant de dire qu'il est objectivement plus rationnel de ne pas se vacciner, mais plutôt que les individus peuvent avoir, subjectivement, de bonnes raisons d'être méfiants, même s'il est objectivement dans leur intérêt de se vacciner, et que les conditions de découvertes des vaccins sont scientifiquement irréprochables.

La vaccination contre le covid soulève ici une difficulté spécifique, qui pourrait se reposer à l'avenir si nous devons être confrontés à de nouvelles pandémies : peut-on rendre obligatoire un nouveau vaccin, alors même qu'il vient d'être créé, si les individus sont susceptibles dans le même temps

¹⁹ Voir note 8.

²⁰ Je remercie un lecteur anonyme de m'avoir poussé à clarifier ce point.

d'être conduits à percevoir cette obligation comme une injustice, étant donné les raisons subjectives qu'ils ont de se méfier de ce nouveau vaccin ? De ce point de vue, même s'il y a des raisons morales qui justifient l'obligation vaccinale, il y a peut-être aussi des raisons morales d'un autre ordre qui justifient de ne pas imposer la vaccination, que ce soit pour ne pas parasiter davantage la confiance du public dans les bienfaits de la vaccination, ou pour ne pas créer de résistance plus forte que celle qui existe déjà (au moins d'un point de vue conséquentialiste). Du point de vue de la santé publique, en effet, il importe de maintenir une confiance élevée dans la vaccination, de sorte qu'il semble y avoir un devoir de ne pas imposer de mesures qui risqueraient de saper cette confiance, au moins d'un point de vue conséquentialiste. Sans cela, on risque de créer des torts indirects en créant de l'hésitation vaccinale, voir du refus. On pourrait objecter, avec Giubilini (2019, 113) que les différentes formes d'obligations vaccinales, jusqu'ici, n'ont jamais fait reculer les taux de vaccination, mais au contraire les ont fait progresser. Mais ce point concerne essentiellement des vaccins qui existaient déjà, et non pas des nouveaux vaccins, qui semblent susciter une attention publique toute différente.

On peut en tout cas tirer comme leçon des paragraphes précédents que l'obligation vaccinale doit être manipulée avec précaution dans un contexte pandémique. Certains auteurs, comme Dawson (2011, 151) vont jusqu'à soutenir que le simple fait d'en venir à l'obligation vaccinale est généralement un aveu d'échec social du point de vue de l'éthique de la santé publique. Nos efforts premiers, selon eux, devraient être destinés à convaincre de l'importance de nos biens collectifs, et non pas de la nécessité de limiter nos libertés individuelles par l'obligation vaccinale. Mais il faut noter que ces deux projets ne sont pas incompatibles, et peuvent même être vues comme complémentaires : on peut très bien rendre la vaccination obligatoire, et promouvoir l'importance des biens collectifs du point de vue de la santé. On pourrait ajouter avec Meylan et Schmidt (2023) qu'il est également nécessaire, à cette fin, de travailler à « dépolluer » notre environnement épistémique.

Une autre possibilité, pour limiter les externalités négatives de l'obligation vaccinale, serait d'envisager une priorisation des groupes de population les plus susceptibles d'être concernées par un vaccin, en définissant par exemple un seuil d'âge critique, ou des professions dans lesquelles la vaccination est plus pertinente que dans d'autres (telles que le secteur médical, scolaire, etc.). Explorer la pertinence et l'applicabilité de ces critères dépasse l'ambition de cet article, mais notons que certains auteurs ont déjà souligné en se basant sur ce type de considération qu'il serait légitime d'imposer la vaccination contre le covid au personnel médical qui se trouve « en première ligne » (Bradfield et Giubilini, 2021), étant donné leur position névralgique dans les possibles chaînes de transmission et leur devoir de ne pas

nuire aux patients ; ou inversement qu'il serait illégitime de rendre obligatoire cette même vaccination pour les enfants, étant donné le faible rôle qu'ils semblent jouer dans les chaînes de contaminations, et le faible risque que présente pour eux le covid (Kraaijeveld, Gur-Arie et Jamrozik, 2022).

Dans une perspective similaire, Kraaijeveld, Gur-Arie et Jamrozik (2024) ont récemment proposé une « approche scalaire » de l'obligation vaccinale, qu'ils proposent de concevoir non pas comme une obligation absolue, mais graduelle, susceptible de s'appliquer plus ou moins fortement aux individus, selon plusieurs facteurs : la probabilité que l'on a d'être infecté ou de transmettre le virus ; le préjudice que peut causer l'infection d'autrui ; la capacité des autres à se protéger ; la probabilité qu'ils soient infectés par d'autres que moi ; la probabilité que l'on soit impliqué dans une chaîne de transmission du virus ; la disponibilité de traitements pour la maladie causée par le virus ; et le coût (financier ou même physique) que peut occasionner la vaccination. En tenant compte de ces différents facteurs, l'obligation morale de se vacciner ne saurait être très forte selon les auteurs en ce qui concerne le vaccin contre le covid, alors qu'elle serait plutôt élevée pour le vaccin contre la rougeole par exemple.

Dans le cas du covid, en effet, la probabilité d'être infecté et de transmettre l'infection est élevée pour tout le monde, même en étant vacciné, et l'on peut prendre diverses précautions pour éviter de contaminer autrui, comme se tester et s'isoler. Quant à la gravité du préjudice pour autrui, elle dépend en grande partie de sa vulnérabilité et de son propre statut vaccinal, et il existe désormais des traitements qui permettent de réduire la gravité des symptômes, au-delà du vaccin qui est facilement accessible. Peu de raisons font ainsi pencher la balance du côté d'une obligation vaccinale, soutiennent les auteurs. Comme ils le soulignent toutefois, les mêmes considérations peuvent en revanche conduire à promouvoir l'obligation pour certaines personnes dans certaines circonstances, dans la mesure où chaque critère est graduel et susceptible d'accroître ainsi les raisons de se faire vacciner. Les soignants, en étant plus fortement impliqués dans de potentielles chaînes de contamination et en étant aussi plus souvent au contact de personnes vulnérables, pourraient avoir davantage de raisons d'être vaccinés, tout comme les personnes à risques elles-mêmes.

Cette approche ne va toutefois pas sans poser de problème. Comme le reconnaissent les auteurs, en effet, la gradualité des critères risque d'introduire du flou dans les conditions sous lesquelles l'obligation vaccinale pourrait être considérée comme légitime, puisqu'il faudrait idéalement déterminer la force de chaque critère, et ensuite déterminer un moyen de les mettre en balance. Mais peut-être faut-il reconnaître avec eux il y a qu'il n'y a de toute façon pas de seuil « magique » en la matière. La multiplicité des critères proposés peut alors être vue au contraire comme une vertu de l'approche,

qui ouvre sur la possibilité d'un débat public quant à la force des raisons qui peuvent pousser en faveur d'une mesure d'obligation vaccinale.

Quoiqu'il en soit nous voyons qu'il est donc possible de justifier l'obligation vaccinale contre le covid de plusieurs façons : que ce soit en termes contractualistes, en s'appuyant sur l'argument par la non-nuisance indirecte, ou par un argument plus restreint qui spécifierait les populations susceptibles d'être des cibles prioritaires pour une obligation vaccinale. Mais dans tous les cas, le contexte social doit nous amener à être prudent dans la mise en application d'une obligation relative à un nouveau vaccin.

4. Conclusion

Il existe donc de bonnes raisons, du point de vue de l'éthique de la santé publique, de défendre l'obligation vaccinale. La vaccination permet en effet, dans certains cas, d'atteindre l'immunité collective qui constitue un bien public permettant de diminuer la mortalité et de rendre possible une vie sociale fonctionnelle. On peut ainsi défendre l'obligation vaccinale en s'appuyant sur l'argument de la non-nuisance, qui consiste à affirmer que nous avons le devoir d'éviter de commettre des nuisances envers autrui lorsqu'elles sont prévisibles, que celles-ci soient directes ou indirectes. Le vaccin étant lui-même un moyen d'éviter de commettre de telles nuisances, il apparaît légitime de le rendre obligatoire. Mais on peut défendre aussi l'obligation vaccinale en insistant sur notre devoir de partager équitablement entre les individus la charge collective consistant à réaliser l'immunité collective. Dans la mesure où le groupe auquel nous appartenons (ou pourrions appartenir) a le devoir de réaliser cette immunité collective, alors nous avons le devoir en tant qu'individu de nous vacciner pour contribuer à la réalisation de celle-ci.

Tous ces arguments ne sont pas susceptibles de plaider en faveur d'une obligation vaccinale contre le covid. En l'occurrence, les arguments qui insistent sur la nécessité morale de créer une immunité collective semblent voués à l'échec, tant cette immunité semble inatteignable avec un virus comme le Sars-Cov-2. Il est toutefois possible de défendre cette obligation de différentes façons, et notamment en insistant sur la nécessité de minimiser les risques de nuire à autrui, quand même bien l'immunité collective serait inatteignable. Cela peut impliquer de se faire vacciner pour diminuer les risques de contagion (au moins d'un point de vue contractualiste), ou encore pour limiter les risques de surcharge du système de santé. Ce dernier point peut aussi se défendre sous la forme d'un argument par l'équité, en soulignant que le maintien d'un tel système suppose la coopération de tous, et notamment le non-gaspillage des ressources médicales.

Mais les vaccins apparus dans un contexte pandémique semblent susceptibles de déclencher des inquiétudes compréhensibles. Dans ces conditions, l'obligation vaccinale peut avoir des effets contre-productifs, en diminuant notamment la confiance dans le système de santé. Il semble y avoir de ce point de vue des raisons inhérentes à l'éthique de la santé publique de ne pas imposer à toute force cette obligation. Il importe alors de réfléchir aux moyens de limiter les externalités négatives d'une éventuelle obligation vaccinale, ce qui pourrait notamment se faire en identifiant des cibles prioritaires pour la vaccination, à l'aide de critères susceptibles de promouvoir une discussion ouverte quant au bienfondé de cette obligation.

BIBLIOGRAPHIE

- Andrews, N., Stowe, J., Kirsebom, F., Toffa, S., Rickeard, T., Gallagher, E., Gower, C., Kall, M., Groves, N., O'Connell, A. M., Simons, D., Blomquist, P. B., Zaidi, A., Nash, S., Iwani Binti Abdul Aziz, N., Thelwall, S., Dabrera, G., Myers, R., Amirthalingam, G., Gharbia, S., ... Lopez Bernal, J. (2022). Covid-19 Vaccine Effectiveness against the Omicron (B.1.1.529) Variant. *The New England journal of medicine*, 386(16), 1532–1546. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2119451>
- Anomaly J. (2023). What is public health? public goods, publicized goods, and the conversion problem. *Public choice*, 195(1-2), 43–53. <https://doi.org/10.1007/s11127-021-00908-8>
- Bradfield, O. M., & Giubilini, A. (2021). Spoonful of honey or a gallon of vinegar? A conditional COVID-19 vaccination policy for front-line healthcare workers. *Journal of medical ethics*, 47(7), 467–472. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-107175>
- Brennan, J. (2018). A libertarian case for mandatory vaccination. *Journal of Medical Ethics*, 44 (1) : 37-43. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2016-103486>
- Bullen, M., Heriot, G. S., & Jamrozik, E. (2023). Herd immunity, vaccination and moral obligation. *Journal of medical ethics*, 49(9), 636–641. <https://doi.org/10.1136/jme-2022-108485>
- Carabelli, A. M., Peacock, T. P., Thorne, L. G., Harvey, W. T., Hughes, J., COVID-19 Genomics UK Consortium, Peacock, S. J., Barclay, W. S., de Silva, T. I., Towers, G. J., & Robertson, D. L. (2023). SARS-CoV-2 variant biology: immune escape, transmission and fitness. *Nature reviews. Microbiology*, 21(3), 162–177. <https://doi.org/10.1038/s41579-022-00841-7>
- Childress, J.F., Faden, R.R., Gaare, R.D., Gostin, L.O., Kahn, J., Bonnie, R.J., Kass, N.E., Mastroianni, A.C., Moreno, J.D. and Nieburg, P. (2002), Public Health Ethics: Mapping the Terrain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30: 170-178. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2002.tb00384.x>
- Dawson, A. (2007) Herd Protection as a Public Good: Vaccination and Our Obligations to Others. In: Dawson, A, Verweij, M. (eds.). *Ethics, Prevention, and Public Health*. Oxford: Clarendon Press, 2007,160–78.
- Dawson, A. (2011). Vaccination ethics. In A. Dawson (Ed.), *Public Health Ethics: Key Concepts and Issues in Policy and Practice* (pp. 143-153). Cambridge: Cambridge University Press. Dawson et Verweij (2007). <https://doi.org/10.1017/CBO9780511862670.009>
- Flanigan, J. (2014). A Defense of Compulsory Vaccination. *HEC Forum*, 26, 5–25. <https://doi.org/10.1007/s10730-013-9221-5>
- Giubilini, A., (2019). *The Ethics of vaccination*. Springer Verlag. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-02068-2>
- Giubilini, A., & Savulescu, J. (2019). Vaccination, risks, and freedom: the seat belt analogy. *Public Health Ethics*, 12(3), 237–249. <https://doi.org/10.1093/phe/phz014>
- Giubilini, A., Douglas, T., & Savulescu, J. (2018). The moral obligation to be vaccinated: utilitarianism, contractualism, and collective easy rescue. *Medicine, health care, and philosophy*, 21(4), 547–560. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9829-y>
- Glatter K.A., Finkelman P. (2021). History of the Plague: An Ancient Pandemic for the Age of COVID-19. *The American Journal of Medicine*, 134 (2), 176-181. <https://doi.org/10.1016%2Fj.amjmed.2020.08.019>
- Goldblatt D. (2022). SARS-CoV-2: from herd immunity to hybrid immunity. *Nature reviews. Immunology*, 22(6), 333–334. <https://doi.org/10.1038/s41577-022-00725-0>

OBLIGATION VACCINALE,
ÉTHIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE,
ET COVID-19

- Goldenberg, M.J. (2021). *Vaccine Hesitancy: Public Trust, Expertise and the War on Science*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Gooch, G., & Graber, A. (2024). Compulsory vaccination protects autonomy. *Journal of medical ethics*, 50(6), 431–432. <https://doi.org/10.1136/jme-2023-109426>
- Guimier, L. (2021). Les résistances françaises aux vaccinations : continuité et ruptures à la lumière de la pandémie de Covid-19. *Hérodote*, 183, 227–250. <https://doi.org/10.3917/her.183.0227>
- Isaacs, T. (2014), Collective Responsibility and Collective Obligation. *Midwest Studies In Philosophy*, 38 : 40-57. <https://doi.org/10.1111/misp.12015>
- Israel-Jost, V. et Weil-Dubuc, P.-L. (2023). Éthique Vaccinale : Ce que nous a appris la crise sanitaire. Èrès. <https://doi.org/10.3917/eres.israe.2023.01>
- Jefferson T., Dooley L., Ferroni E., Al-Ansary L.A., van Driel M.L., Bawazeer G.A., Jones M.A., Hoffmann T.C., Clark J., Beller E.M., Glasziou P.P., Conly J.M. (2023). *Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses*. Cochrane Database Syst Rev. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006207.pub6>
- Kelsall J. (2024). COVID-19 vaccine refusal as unfair free-riding. *Medicine, health care, and philosophy*, 27(1), 107–119. <https://doi.org/10.1007/s11019-023-10188-2>
- Klein O, et Yzerbyt, V. (2023). *Psychologie de la vaccination*. Bruxelles : Editions de l'Université de Bruxelles.
- Kowalik, Michael (2021). Ethics of vaccine refusal. *Journal of Medical Ethics*, 48 (4):240-243. <http://doi.org/10.1136/medethics-2020-107026>
- Kraaijeveld, S. R., Gur-Arie, R., & Jamrozik, E. (2022). Against COVID-19 vaccination of healthy children. *Bioethics*, 36, 687–698. <https://doi.org/10.1111/bioe.13015>
- Kraaijeveld, S. R., Gur-Arie, R., & Jamrozik, E. (2024). A Scalar Approach to Vaccination Ethics. *The journal of ethics*, 28(1), 145–169. <https://doi.org/10.1007/s10892-023-09445-6>
- Lafaurie M., Baricault B., Lapeyre-Mestre M., Sailler L., Sommet A., Moulis G. (2017). Risque de purpura thrombopénique immunologique post-vaccinal chez l'enfant. Case cross-over et self-controlled case series. Étude populationnelle en France. *La Revue de Médecine Interne*, Volume 38, Supplément 2, p. A56. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2017.10.330>
- Lemaire, S. (2017). Un argument paternaliste et trois arguments anti-paternalistes. *Raison publique*, 22, 165-172. <https://doi.org/10.3917/rpubl.022.0165>
- Levy, N. (2022). *Bad beliefs. Why they happen to good people*. Oxford University Press.
- Meylan, A., & Schmidt, S. (2023). Refusing the COVID-19 vaccine: What's wrong with that? *Philosophical Psychology*, 36(6), 1102–1124. <https://doi.org/10.1080/09515089.2023.2181151>
- Morens, D. M., Folkers, G. K., & Fauci, A. S. (2022). The Concept of Classical Herd Immunity May Not Apply to COVID-19. *The Journal of infectious diseases*, 226(2), 195–198. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiac109>
- Patone, M., Mei, X.W., Handunnetthi, L., Dixon, S., Zaccardi, F., Shankar-Hari, M., Watkinson, P., Khunti, K., Harnden, A., Coupland, C.A.C., Channon, K.M., Mills, N.L., Sheikh, A., & Hippisley-Cox, J. (2022). Risks of myocarditis, pericarditis, and cardiac arrhythmias associated with COVID-19 vaccination or SARS-CoV-2 infection. *Nature medicine*, 28(2), 410–422. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01630-0>
- Paul Y. (2004). Herd immunity and herd protection. *Vaccine*, 22(3-4), 301–302. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2003.07.016>

Salvadori, F. et Vignaud, L.H. (2019). *Antivax. La résistance aux vaccins du XVIII^e siècle à nos jours*. Paris, Vendémiaire.

Savulescu J. (2021). Good reasons to vaccinate: mandatory or payment for risk?. *Journal of medical ethics*, 47(2), 78–85. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106821>

Selgelid, M.J. (2009), A Moderate Pluralist Approach to Public Health Policy and Ethics. *Public Health Ethics*, 2 (2), 195–205. <https://doi.org/10.1093/phe/php018>

Spreeuwenberg, P., Kroneman, M., & Paget, J. (2018). Reassessing the Global Mortality Burden of the 1918 Influenza Pandemic. *American journal of epidemiology*, 187 (12), 2561–2567. <https://doi.org/10.1093/aje/kwy191>

Steinhoff U. (2024). The Case against compulsory vaccination: the failed arguments from risk imposition, tax evasion, ‘social liberty’, and the priority of life. *Journal of medical ethics*, jme-2024-110236. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/jme-2024-110236>

Tan, S.T., Kwan, A.T., Rodríguez-Barraquer, I., Singer, B.J., Park, H.J., Lewnard, J.A., Sears, D., & Lo, N.C. (2023). Infectiousness of SARS-CoV-2 breakthrough infections and reinfections during the Omicron wave. *Nature medicine*, 29, 358–365. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02138-x>

Verweij M. (2005). Obligatory precautions against infection. *Bioethics*, 19(4):323–335. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2005.00446.x>

Ward, J. K., Gauna, F., Gagneux-Brunon, A., Botelho-Nevers, E., Cracowski, J. L., Khouri, C., Launay, O., Verger, P., & Peretti-Watel, P. (2022). The French health pass holds lessons for mandatory COVID-19 vaccination. *Nature medicine*, 28(2), 232–235. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01661-7>

HISTORIQUE

Article soumis le 10 février 2025.
Article accepté le 26 juin 2025.

SITE WEB DE LA REVUE

<https://ojs.uclouvain.be/index.php/latosensu>

DOI

<https://doi.org/10.20416/LSRSPS.V12I1.4>



SOCIÉTÉ DE PHILOSOPHIE DES SCIENCES (SPS)

École normale supérieure
45, rue d'Ulm
75005 Paris
www.sps-philoscience.org

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

Wilkenfeld, D. A., & Johnson, C. M. (2022). In Defense of Vaccine Mandates: An Argument from Consent Rights. *Public health ethics*, 15(1), 27–40. <https://doi.org/10.1093/phe/phac005>

CONTACT ET COORDONÉES

Samuel Lepine
Université Clermont-Auvergne
Département de Philosophie/PHIER
29 Bd Gergovia
63000 CLERMONT-FERRAND
samuel.lepine@uca.fr

SOCIÉTÉ DE PHILOSOPHIE DES SCIENCES (SPS)

École normale supérieure
45, rue d'Ulm
75005 Paris

