



Effets indésirables des vaccins anti-Covid : la construction d'un tabou politico-médiatique

Laurent Mucchielli

► To cite this version:

Laurent Mucchielli. Effets indésirables des vaccins anti-Covid : la construction d'un tabou politico-médiatique. Dogma, 2025, 31, pp.71-97. halshs-05171357

HAL Id: halshs-05171357

<https://shs.hal.science/halshs-05171357v1>

Submitted on 19 Jul 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Effets indésirables des vaccins anti-Covid : la construction d'un tabou politico-médiatique

Laurent MUCCHIELLI, directeur de recherche au CNRS
(Centre Méditerranéen de sociologie, de science politique et d'histoire,
UMR 7064, Aix-Marseille Université, CNRS et Sciences-Po Aix)

Résumé : La question des effets indésirables des vaccins anti-Covid fait l'objet d'un déni politico-médiatique au point d'apparaître comme un véritable tabou. La chronologie indique qu'eut lieu d'abord une phase d'incertitudes (première partie de l'année 2021) durant laquelle il s'agissait surtout pour le gouvernement d'étouffer « l'affaire AstraZeneca » et de préparer le terrain aux vaccins à ARNm. Ensuite, à l'approche de l'été 2021, le gouvernement souhaitant vacciner la totalité de la population et faisant voter une obligation vaccinale sous peine d'exclusion sociale, le débat et les questionnements disparurent au profit d'un discours unique vantant une efficacité et une sûreté des vaccins ARNm « prouvées par la science » et diabolisant toute critique à travers la figure infamante de l'« anti-vax ». L'article raconte et analyse cette construction politico-médiatique, en soulignant au passage les complicités trouvées par le pouvoir politique dans le corps médical ainsi que le manque d'indépendance de la Haute Autorité de Santé (HAS). Il constate également que les médecins promus comme les meilleurs « experts » par le gouvernement, et qui étaient omniprésents dans les médias, ne maîtrisaient pas l'information scientifique disponible. Il questionne enfin l'idéologie vaccinale construite en France depuis les débuts de la III^{ème} République, qui divise le monde en deux camps ennemis (pro et anti-vax), moralise et politise la vaccination, amalgame des produits pharmaceutiques très différents dans un même mot magique, interdit d'évaluer sereinement la balance bénéfice-risque et considère la question des effets indésirables comme fondamentalement négligeable.

Mots-clés : Covid-19 – Vaccins – Effets indésirables – Santé Publique – Anti-vax – Politisation de la santé.

« TABOU. Nom masculin et adjetif. *Sens 1* : (didactique) Système d'interdictions religieuses appliquées à ce qui est considéré comme sacré ou impur. *Sens 2* : Ce sur quoi on fait silence, par crainte, pudeur. Exemple : les tabous sexuels ». Dictionnaire *Le Robert*, France.

« TABOU. Etymologie. De l'anglais *taboo*, issu du polynésien *tapu* (« interdit, sacré »). (Anthropologie) Relatif à un interdit de caractère religieux. (Par extension) Se dit d'une chose ou d'un être qu'il n'est pas permis de toucher, ou d'un sujet qu'il n'est pas permis ou très délicat d'aborder sans choquer ou provoquer de fortes réactions de susceptibilité ». [wiktionary.org](https://www.wiktionary.org)

La campagne de vaccination contre la Covid-19 a commencé officiellement en France le 27 décembre 2020, au beau milieu des fêtes de Noël. Quelques jours après la rentrée, le 7 janvier, lors d'une des innombrables conférences de presse organisées par le gouvernement durant la crise du Covid, le Premier ministre Jean Castex annonçait : « *Nous voulons à la fois permettre l'exercice d'un véritable droit à la vaccination, certes organisé en fonction des priorités sanitaires, et convaincre le maximum d'entre vous, précisément parce que nous avons pris toutes les garanties éthiques et médicales, de se faire vacciner. Se faire vacciner, c'est se protéger soi-même mais c'est aussi protéger les autres. Montrons que nous sommes une nation solidaire, une nation généreuse. J'en appelle, une nouvelle fois, à notre sens des responsabilités, individuelles et collective* »¹.

Quelques minutes plus tard, le ministre de la Santé, Olivier Véran, soutenait à son tour le lancement de la campagne en déclarant ceci à propos des effets indésirables (désormais EI) : « *Le vaccin est sûr. Les effets indésirables graves sont extrêmement rares. On nous dit, d'après les premières remontées, mais qui sont consolidées jour après jour, de l'ordre d'environ 1 patient pour 100 000 vaccinés. Ce sont des événements de nature essentiellement allergique, et qui interviennent chez des personnes qui sont par ailleurs connues pour être très allergiques, même sans contexte de vaccination, au point que, le plus souvent, elles ne sortent pas de chez elles sans avoir un kit d'adrénaline sur elles* ».

Outre le fait qu'on se demande alors pourquoi des personnes connues pour souffrir de telles allergies et risquant donc de faire des EI graves (potentiellement mortels) ont quand même été vaccinées (on y reviendra), cette déclaration visait à rassurer la population générale. Hormis le cas spécifique des grands allergiques, il n'y aurait aucun risque. C'était un mensonge, sauf à penser que les conseillers directs du ministre (de formation médicale comme le ministre lui-même) ne lisent pas les revues de sciences biomédicales et sont par conséquent incomptétents. En effet, dans l'essai clinique de Pfizer publié le 10 décembre 2020, malgré les stratégies employées par les industriels pour minimiser autant que possible les EI (Mead et al., 2024) et malgré l'exclusion arbitraire des personnes ayant déjà été infectées par le SARS-CoV-2 (Doshi, 2021), chacun peut constater que le groupe des vaccinés connaît de très nombreux EI locaux (surtout chez les jeunes) et systémiques (surtout après la deuxième dose), dans des proportions beaucoup plus importantes que le groupe placebo (Polack et al., 2020,

¹ « Conférence de presse sur les mesures de lutte contre la Covid-19 », Paris, Jeudi 7 janvier 2021 [[en ligne](#)].

Figure 2)². Dans le corps de l'article, il est du reste écrit en toutes lettres que « *la fréquence de tout événement systémique sévère après la première dose était de 0,9%* » et que « *des événements systémiques sévères ont été rapportés chez moins de 2 % des sujets vaccinés après l'une ou l'autre dose* » (Polack et al., 2020, 210). En passant de 2 pour 100 à 1 pour 100 000, le ministre a donc divisé la réalité connue à l'époque par deux mille...

Neuf jours après cette conférence de presse, le 12 janvier, le « Conseil scientifique Covid-19 » (constitué *ad hoc* en mars 2020) rendait un avis important. Son président était Jean-François Delfraissy, professeur de médecine à l'université Paris-Saclay, coordinateur du Plan Recherche sur la grippe H1N1 en 2009 à la demande du Ministère de la Recherche et du Ministère de la Santé, directeur de l'Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les Hépatites Virales (ANRS) depuis 2005 et de l'Institut des Maladies Infectieuses à l'INSERM depuis 2008, président du Comité consultatif national d'éthique depuis 2016 et déjà conseiller du gouvernement à l'époque de l'épidémie d'Ebola (2014-2015). Il sera fait Commandeur de la Légion d'honneur en 2021. Le 12 janvier 2021 donc, le Conseil scientifique écrivait que « *l'enjeu majeur des semaines qui viennent est de vacciner le maximum de personnes à risque en raison de leur âge, de leur état de santé ou de l'exercice d'une profession de santé pour réduire la survenue de formes graves et sauver des vies en particulier chez les personnes déjà très touchées par les deux premières vagues. In fine, cela permettrait également de protéger le système de santé* » (Conseil scientifique, 2021, 13). Il ajoutait attendre avec impatience les vaccins d'AstraZeneca et de Johnson & Johnson (Janssen) afin de pouvoir aller vacciner chez elles les personnes très âgées et très malades (ce qui n'était guère possible avec le vaccin de Pfizer compte tenu du fait qu'il devait être théoriquement conservé à une température de -70°). L'objectif annoncé, en parfait accord avec le gouvernement, « *doit être de vacciner d'ici le printemps 70% (12 millions de personnes) au moins de cette population* », poursuit le Conseil scientifique. Et d'estimer, sur la base de modélisations et de données issues des essais cliniques des industriels, que « *si lors de la deuxième vague, 50% de ces personnes avaient été vaccinées 14 000 décès hospitaliers auraient été observés au lieu des 25 000* » (*ibid.*, p. 20). Dans cet avis important, l'expression « effet indésirable » est tout simplement absente. Comme si, à nouveau, la chose n'existant pas ou bien était un résidu négligeable, pour ne pas dire méprisable.

Première alerte négligée : Pfizer et les personnes « fragiles »

Ce tableau idyllique s'est pourtant rapidement assombri. Le 15 janvier 2021, une première alerte était publiée dans le *British Medical Journal*. En Norvège, où environ 20 000 personnes avaient déjà été vaccinées avec le vaccin ARNm de Pfizer, des médecins s'interrogeaient sur 23 cas suspects de décès rapide après vaccination chez des personnes âgées déjà malades

² Suivant la classification de l'OMS, les chercheurs distinguent généralement trois niveaux de gravité : les EI locaux (essentiellement des réactions au site d'injection), des EI systémiques (tels que les symptômes grippaux – grande fatigue, maux de tête, fièvre –, les nausées et les vomissements) et enfin les EI graves (ceux qui provoquent des hospitalisations, des handicaps voire des décès).

(celles-là même que beaucoup de gouvernements occidentaux considéraient comme « prioritaires », avec les professionnels de santé). Ils se demandaient notamment si « les effets indésirables fréquents des vaccins à ARNm, tels que la fièvre, les nausées et la diarrhée » n’avaient pas précipité ces personnes déjà très fragiles vers la mort (Torjesen, 2021)³. La veille (14 janvier), en Allemagne où quelques 800 000 personnes avaient déjà reçu une injection, la presse avait également fait état d’une enquête menée par l’Institut Paul Ehrlich (chargé de la pharmacovigilance) sur 51 EI graves dont 10 cas de mort survenue très rapidement après vaccination⁴. Sources officielles de commentaires pour les médias, le président de l’Institut Robert Koch, Lothar Wieler (vétérinaire, professeur de microbiologie et d’épidémiologie animale au département de médecine vétérinaire de l’université libre de Berlin, il sera fait Officier de l’ordre du mérite en 2024) confirmait que cela concernait des personnes âgées et déjà malades, tandis que le président de l’Institut Paul Erlich, Klaus Cichutek (professeur de biochimie à l’université Goethe de Francfort, il sera également fait Officier de l’ordre du mérite en 2024) ajoutait même que « *il n'y a pas non plus de contre-indication aux personnes allergiques* », le contraire donc de ce que M. Véran affirmait en France au même moment. On pressent ici que tous ces commentaires sur les vaccins émanant de médecins occupant des positions institutionnelles importantes et conseillant les gouvernements, sont de nature plus politique que médicale. C’est du reste ce que révéleront à la fin du mois de juillet 2024 les *RKI Files*, quelques 4 000 pages de rapports, des milliers de lettres et de courriels échangés par les médecins et scientifiques de l’Institut Robert Koch (formant l’équivalent du Conseil scientifique Covid-19 français) avec le gouvernement fédéral allemand depuis 2020, mis en ligne par un lanceur d’alerte (ancien employé du RKI). Ces documents montrent globalement que, loin de « suivre la science » comme il le prétendait, le gouvernement fédéral allemand n’a cessé de faire pression sur les médecins et les scientifiques afin qu’ils lui fournissent des arguments afin de justifier les décisions déjà projetées (Simonelli, 2024).

De telles « fuites » de documents témoignant de la teneur exacte des relations entre le gouvernement et le « Conseil scientifique » n’existent malheureusement pas en France. Ces informations font également défaut concernant le deuxième aréopage politico-scientifique installé par le gouvernement français, le « Conseil d’orientation de la stratégie vaccinale » créé le 3 décembre 2020 et placé auprès du ministère des Solidarités et de la Santé, avec à sa tête un autre médecin habitué des cercles politiques : Alain Fischer, rapidement surnommé le « *monsieur vaccin français* » par les médias. L’homme est effectivement d’abord un médecin (pédiatre) et un chercheur (en immunologie, s’étant spécialisé sur les vaccins pédiatriques et les nouvelles thérapies géniques) au parcours institutionnel remarquable, terminant notamment sa carrière comme professeur au Collège de France, membre de l’Académie des

³ En France, l’alerte sortira dans la presse locale quelques jours plus tard. Au 19 janvier, on recensait déjà 5 morts déclarés aux centres régionaux de pharmacovigilance en lien présumé avec le vaccin de Pfizer, toutes des personnes âgées de plus de 75 ans présentant des comorbidités (M. Ciavatti, « Un mort en Languedoc-Roussillon, peut-être des effets indésirables du vaccin anti-Covid de Pfizer BioNTech », *France Bleu. Montpellier*, 19 janvier 2021 [[en ligne](#)]).

⁴ Par exemple : « Zusammenhang unwahrscheinlich. Institut prüft zehn Todesfälle nach Impfung », *NVT*, 14 janvier 2021.

sciences, membre de l'Académie de médecine, membre de l'académie américaine des sciences et de l'académie belge de médecine, titulaire d'une quinzaine de prix de la recherche dans plusieurs pays, membre du Conseil de la Fondation de la Recherche Médicale... Mais l'homme est également un entrepreneur de la science au sens de la recherche de financements pour la faire avancer. Il est notamment membre du conseil scientifique de la Fondation Jeantet, membre du Conseil d'administration de la Fondation Bettencourt Schueller et président du conseil d'administration de la Fondation Edmond de Rothschild. Alain Fischer est enfin un administrateur et de promoteur de la recherche en liaison directe avec les gouvernements. Cette seconde carrière auprès du politique a commencé à la fin des années 1990. Elle est marquée par un engagement partisan de centre-gauche. Il fut en effet conseiller pour la recherche médicale au cabinet du Ministère de la Recherche de 1999 à 2001, auprès des ministres Claude Allègre et Léon Schwartzberg. Avec le retour de la droite politique au pouvoir (2002-2012), il s'éloigne provisoirement du paysage politique mais y revient sitôt le vent tourné. Au printemps 2011, Alain Fischer intègre l'équipe de campagne de Martine Aubry (Parti Socialiste) pour l'élection présidentielle de 2012, comme conseiller sur les questions de santé⁵. Quatre ans plus tard, en 2016, il est nommé par la ministre de la Santé Marisol Touraine à la tête d'un Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination dont le but affiché était de « répondre à la "défiance" croissante d'une partie de la population » vis-à-vis de la vaccination⁶. Et c'est à la suite de son rapport, qu'il tournera dans un sens favorable *contre l'avis majoritaire des membres de ladite concertation*, que le gouvernement rendra obligatoires huit nouveaux vaccins, venant s'ajouter aux trois déjà existants⁷. C'est donc sans surprise qu'il assumera une nouvelle fonction politique durant la crise du Covid.

Seconde alerte à tenter d'écartier : l'affaire AstraZeneca

Le vaccin d'AstraZeneca est officiellement disponible en France depuis le 2 février 2021. Le 18 février, dans une nouvelle conférence de presse, le ministre de la Santé O. Véran évoquait cette fois-ci les EI provoqués par ce nouveau vaccin. Il affirmait alors : « *ce vaccin peut entraîner quelques effets indésirables tels que fièvre passagère, maux de tête, fatigue transitoire. Ces symptômes peuvent être gênants mais ils sont bénins et ils sont temporaires* ». Toujours rien de grave donc, du point de vue politique. Or sur le terrain médical, la réalité était très différente.

Le 11 février, on apprenait dans la presse locale qu'après seulement une semaine de vaccination à l'AstraZeneca, dans les hôpitaux bretons de Brest, Quimper et Morlaix, 20 à 25% des personnels vaccinés s'étaient mis en arrêt de travail, à tel point que la direction de l'hôpital

⁵ E. Lepage, B. Rocfort-Giovanni, « 10 choses à savoir sur Alain Fischer, le "Monsieur Vaccin" du gouvernement », *Le Nouvel Obs*, 10 décembre 2020.

⁶ M. Gingault, « Qui est Alain Fischer, nommé "Monsieur Vaccin" du gouvernement ? », *RTL.fr*, 4 décembre 2020.

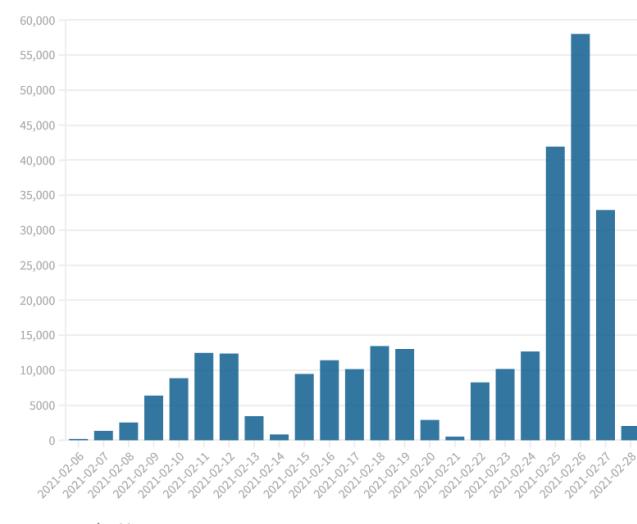
⁷ E. Lepage, B. Rocfort-Giovanni, « 10 choses à savoir sur Alain Fischer, le "Monsieur Vaccin" du gouvernement », Op.cit.

de Morlaix avait décidé de suspendre la vaccination de ses personnels⁸. Le 24 février, une antenne locale de la radio *France Bleu* faisait également état des réticences de certains médecins généralistes à injecter le vaccin d'AstraZeneca. Ces derniers arguaient d'abord de l'arrivée de nouveaux variants anglais et sud-africains différents de la souche initiale à partir de laquelle ont été fabriqués les vaccins. Ils s'interrogeaient ensuite sur la durée de son approvisionnement pour les rappels d'injection, le gouvernement ayant annoncé à cette date l'arrivée imminente des produits de Pfizer et Moderna, et ces médecins se demandant comment il serait possible de mélanger une première dose d'un produit (le « vecteur viral non réplicatif » utilisé par AstraZeneca) avec une deuxième puis une troisième dose de produits relevant d'une autre technologie (l'ARN messager utilisé par Pfizer et Moderna)⁹. Le propos, émanant de simples médecins généralistes s'exprimant dans une modeste radio locale, était des plus modérés et raisonnables. Mais il osait mettre en doute le grand récit politique installé par avance et promettant la disparition de l'épidémie grâce à une vaccination de masse aussi efficace qu'inoffensive (Mucchielli, 2022a).

Par ailleurs, une partie des professionnels de santé, premiers destinataires des livraisons du produit d'AstraZeneca, semblaient bel et bien le bouder durant les premières semaines, comme le montre la Figure 1.

Figure 1 :

Nombre quotidien de doses d'AstraZeneca injectées



Source: [santé publique France](#)

Le gouvernement était alors focalisé sur cette hésitation, les médias insistant également sur ce point et faisant monter la pression : « *Il y a un problème en France avec AstraZeneca. Seules 25% des doses livrées par le laboratoire britannique ont été utilisées dans l'Hexagone à la date du dimanche 28 février. (...) il est tout de même étonnant que le stock dédié aux soignants, soit environ 600.000 doses, ait si peu diminué. Si le ministère de la Santé précise ne pas avoir “quantifié les réticences”, celles-ci sont prises au sérieux par le gouvernement. “On fait tout*

⁸ « Les hôpitaux de Brest et Morlaix suspendent la vaccination AstraZeneca des soignants », *Le Télégramme*, 11 février 2021 ; « Covid-19 : des soignants bretons victimes de nombreux effets secondaires après le vaccin AstraZeneca », *La Dépêche*, 12 février 2021.

⁹ <https://x.com/iciazur/status/1364528031444983808>

pour que cette réticence recule”, affirme-t-on Avenue de Ségur. Et de rappeler qu’Alain Fischer, le “Monsieur vaccin” du gouvernement, fait le tour des communautés de soignants pour promouvoir AstraZeneca. Olivier Véran a lui-même récemment organisé une visioconférence avec les dirigeants d’établissements de santé pour améliorer la couverture vaccinale des soignants »¹⁰.

La chronologie qui se dégage de la Figure 1 indique une stagnation des injections d’AstraZeneca jusqu’au 24 février, puis une brutale envolée à partir du 25. Est-ce l’impact du discours de M. Fischer, et de la note de la DGS qui suivit ? Pour le gouvernement, qui scrutait quotidiennement les médias et les réseaux sociaux et suscitait régulièrement des sondages d’opinion pour surveiller le niveau de « l’hésitation vaccinale », il était indispensable d’éteindre rapidement le risque d’incendie provoqué par les réticences des médecins de terrain. « Monsieur vaccin » entra donc en scène.

Dès le lendemain du reportage de *France Bleu*, Alain Fischer publie sur *Twitter* (futur X) une courte vidéo dans laquelle il fait la leçon aux modestes médecins généralistes. Il affirme d’abord qu’un tout récent article prouverait que le vaccin d’AstraZeneca « *a montré un degré d’efficacité équivalent à celui des vaccins à ARNm* ». Il affirme en outre que des données écossaises qui « *vienennent d’être divulguées* », et qui concerneraient « *l’ensemble des sujets vaccinés en Ecosse, donc plus de 400 000 personnes* », montreraient une protection contre l’hospitalisation « *de l’ordre de 90 % après un mois* », ce qui « *confirme pour l’essentiel les données acquises dans les essais cliniques* ». M. Fischer en conclut que « *ce vaccin est de bonne qualité et peut être largement utilisé et doit être utilisé, en particulier pour l’instant pour les professionnels de santé et pour les personnes âgées de 50 à 65 ans avec des comorbidités* », que « *ces personnes ont absolument besoin de vaccins* » et que « *chez les personnes de plus de 50 ans, ce vaccin est parfaitement bien toléré* »¹¹. M. Fischer terminait la leçon de science qu’il prétendait donner aux petits médecins de terrain : « *Je vous suggère de réfléchir à votre attitude et de reprendre plutôt une position qui soit favorable à cette vaccination pour des raisons d’efficacité et de sécurité d’emploi de ce vaccin* ».

Ces propos appellent trois séries de commentaires sur le plan scientifique.

« Monsieur vaccin » ne connaît pas la bibliographie scientifique sur les vaccins

Premièrement, M. Fischer n’a pas répondu aux deux objections légitimement soulevées par les médecins généralistes : l’arrivée de variants différents de la souche initiale à partir de laquelle les vaccins ont été mis au point et le mélange de deux produits relevant de technologies et de compositions différentes comme s’ils étaient équivalents. Sur ce dernier point, dans ses premiers avis de décembre 2020 et janvier 2021 (que ces médecins de terrain avaient manifestement consultés), la Haute Autorité de Santé (HAS) indiquait à propos des produits à ARNm de Pfizer et Moderna que, « *en l’absence de données disponibles à ce jour, la co-administration avec d’autres vaccins n’est pas recommandée* » (HAS, 2020 et 2021a).

¹⁰ G. Rozières, « Vaccin AstraZeneca : comment la France s'est pris les pieds dans le tapis », *HuffingtonPost.fr*, 2 mars 2021 ([en ligne](#)).

¹¹ <https://x.com/pralainfischer/status/1364912787655454720> Le mot souligné dans la citation correspond à une accentuation orale volontaire et parfaitement audible, équivalent de la mise en italiques, en gras ou en souligné dans un document écrit.

Quant au premier argument, il était factuel et, le 16 mars, soit à peine trois semaines après cette petite polémique, un article de recherche paru dans le *New England Journal of Medicine* viendra confirmer que le produit d’AstraZeneca n’est effectivement presque pas efficace sur le variant sud-africain (Madhi et al., 2021), un second paru en mai réévaluant un peu à la hausse la mesure de l’efficacité, très loin d’atteindre cependant les proportions évoquées par Alain Fischer (Shinde et al., 2021), aucun de ces deux articles ne disposant par ailleurs de suffisamment de données pour se prononcer sur la sécurité.

Deuxièmement M. Fischer invoque des « *données qui viennent d’être divulguées* », qui confirmeraient l’essai clinique d’AstraZeneca et qui constituerait la preuve de « *l’efficacité et de la sûreté à 90%* » de son produit. Or, là encore, M. Fischer, qui se pique de maîtriser la bibliographie en temps réel, ne pouvait donc pas ignorer trois publications. La première est un article de recherche paru dans le *Lancet* dès le 7 janvier 2021, comparant les résultats des premières études randomisées effectuées en Angleterre, en Afrique du Sud et au Brésil (Voysey et al., 2021). Cet article indiquait que, compte tenu du protocole des essais et de leurs premiers résultats, 1) l’efficacité de la protection variait de 60 à 70 % (et non 90 % comme l’affirmait M. Fischer), 2) elle se limitait à la prévention des Covid symptomatiques après tests positifs mais ne pouvait rien dire sur les formes graves et le critère d’hospitalisation, 3) faute de données, on ne pouvait rien dire de l’efficacité sur les personnes âgées de plus de 55 ans (celles-là même pour lesquelles M. Fischer jugeait au contraire « *absolument* » prioritaires), ni par ailleurs sur la sécurité du produit (là encore faute de données suffisantes). La deuxième publication est l’avis de la Haute Autorité de Santé publié le 2 février 2021. Celui-ci reprend à son tour la totalité des essais cliniques disponibles, constate une efficacité (toujours dans la limite du seul critère du Covid symptomatique après test positif) située entre 37 et 74 % selon les essais, les critères et les modes de calcul (HAS, 2021c, 31), rappelle qu’elle « *n’a pas été étudiée chez l’enfant, chez la femme au cours de la grossesse et chez les personnes immunodéprimées* » (*ibid.*, 33), conclut que l’efficacité ne peut pas être établie concernant « *les personnes atteintes de comorbidités, les personnes âgées de 65 ans et plus, les formes asymptomatiques, le portage et la transmission du virus et les formes sévères de la Covid-19* » (*ibid.*, 49)¹². En outre, la HAS rappelait que la durée de protection à long terme après 1 ou 2 doses était également inconnue, de même que la compatibilité de ce produit avec les produits à ARNm. On constate ici que l’avis exprimé par les médecins généralistes de terrain était conforme à l’état des connaissances, contrairement aux déclarations d’Alain Fischer.

¹² Insistons au passage sur cette question de la transmission qui, on y reviendra, n’a en réalité été étudiée par aucun des industriels ayant proposé des « vaccins anti-Covid », lors même qu’elle constituait le cœur de l’argumentation politique mobilisée par les pouvoirs publics et leurs « experts » médicaux (Mucchielli, 2022a, 94sqq). On reconnaît ici l’omniprésent slogan politique : « Ne soyez pas égoïste, vaccinez-vous pour protéger les autres ». La réalité est donc qu’aucun de ces vaccins n’a jamais été conçu pour empêcher la contamination virale inter-individuelle. Ces slogans n’étaient donc en aucun cas « fondés sur la Science », contrairement à ce que le gouvernement, les journalistes, les « experts » et les « influenceurs » invités à commenter la campagne vaccinale ont affirmé sans relâche. L’avis de la HAS du 2 février 2021 (*Op. cit.*) l’avait déjà signalé. Pour mémoire, le président du « Conseil scientifique Covid-19 », J.-F. Delfraissy, ne le découvrira pourtant qu’à la fin de l’année 2021 : « *on s'est aperçu que ces vaccins protégeaient finalement assez peu ou mal contre l'infection et la transmission. Je sais que c'est difficile à comprendre pour le public, et c'est difficile à comprendre pour les médecins* » (France Inter, « Le 7-9 », 17 novembre 2021). A nouveau, cela en dit long sur la maîtrise réelle de l’information scientifique parmi les plus grands « experts » du gouvernement.

Enfin, M. Fischer méconnaissait également (troisième publication) l'article publié le 29 janvier par la revue *Prescrire* (connue pour son indépendance vis-à-vis des industries pharmaceutiques) sur l'essai clinique d'AstraZeneca. On y lit que les données de cet essai sont particulièrement « *fragiles* » et « *incomplètes* » du fait notamment du non-respect des règles d'or de l'essai randomisé en double aveugle (*Prescrire*, 2021). En effet, le produit n'a pas été testé initialement contre un placebo mais contre un autre médicament (un vaccin méningococcique), ce qui a pour effet (en probablement pour objectif) de « *diminuer les différences de fréquence des effets indésirables communs aux vaccins* ». Par la suite, l'industriel a changé le protocole de l'essai lorsqu'il s'est avéré qu'une dose n'était pas suffisante et qu'il en fallait une deuxième (qui, elle, sera en revanche testée contre un placebo !). Par ailleurs, l'essai n'a pas été effectué en double mais en simple aveugle, les investigateurs ayant connaissance des produits injectés aux deux groupes de patients comparés. De plus, les multiples changements opérés dans le dispositif de l'étude ont conduit à l'exclusion de près de la moitié des 21 000 participants initiaux. Pire encore : « *Certains patients des groupes vaccin ChAdOx1 nCoV-19 ont reçu lors de la première injection une demi-dose, par erreur. Une plus grande efficacité du vaccin a été évoquée chez ces participants. Mais des facteurs de confusion invalident cette analyse. Ainsi, les patients qui ont reçu la demi-dose étaient plus jeunes que ceux qui ont reçu la dose entière* » (*ibid.*). Enfin, en ce qui concerne les formes graves de Covid, la revue indique que les effectifs comparés sont trop faibles pour pouvoir démontrer une protection. Elle précise même que « *ces essais n'ont pas été conçus pour évaluer l'efficacité du vaccin ChAdOx1 nCoV-19 chez les personnes âgées de plus de 65 ans ou plus* ». Enfin, quant à la réalité des effets indésirables, la revue *Prescrire* faisait le point sur cet essai ainsi que sur l'ensemble des données produites par AstraZeneca sur son produit, indiquant 1) que les EI locaux étaient beaucoup plus nombreux dans les groupes vaccinés, 2) que les EI systémiques (fièvres, douleurs, céphalées, fatigue, malaises, nausées, vomissements, etc.) étaient également plus fréquents dans les groupes vaccinés et 3) que les effets indésirables graves (comme des myélites – inflammations de la moelle épinière – et des paralysies faciales) étaient tout aussi nombreux dans les groupes vaccinés que dans les groupes de contrôle. *Prescrire* concluait que « *le niveau de preuves des données [des essais cliniques d'AstraZeneca] est globalement faible* » et que, en fin de compte, « *les incertitudes autour du vaccin ChAdOx1 nCoV-19 sont plus grandes qu'autour des deux vaccins à ARNm déjà disponibles dans l'Union européenne* ».

Quand « la science » est en réalité un argument d'autorité à finalité politique

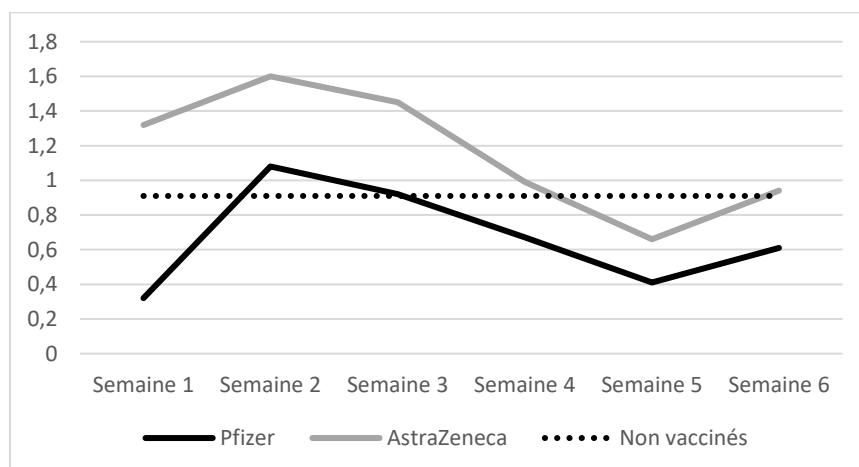
La troisième série de remarques qui s'imposent procède de l'argument central d'Alain Fischer dans sa vidéo de réponse aux médecins généralistes. Il fait donc état de « *données récemment divulguées* » qui montreraient une « *efficacité à 94%* » du produit d'AstraZeneca. Or de quoi s'agit-il ? Le 23 avril 2021, le *Lancet* a effectivement mis en ligne une étude réalisée par les chercheurs travaillant pour le compte du gouvernement britannique dans les groupes de pilotage mis en place pendant l'épidémie (ce qui constitue un conflit d'intérêts) et qui annonce fièrement des taux de protection contre l'hospitalisation de 91 et 88 % pour les produits de Pfizer et AstraZeneca (Eleftheria et al., 2021). Or cette annonce figurant dans le résumé de l'article est loin de refléter l'ensemble des résultats de cette « étude de cohorte prospective »

qui s'appuie sur les deux et demi premiers mois de la campagne de vaccination en Ecosse (du 8 décembre 2020 au 22 février 2021), sans que l'on puisse hélas vérifier ses données¹³.

Remarquons d'abord que, comme dans le cas de l'essai clinique de phase III de Pfizer, l'étude exclut arbitrairement toutes les personnes qui avaient déjà fait un Covid avant le début de la campagne vaccinale. On compare ici deux groupes de personnes (vaccinées ou non) n'ayant jamais été officiellement infectées auparavant et ayant toutes fait un test PCR positif au Covid au début de la période d'observation. Ensuite, comme c'est hélas devenu la règle dans les présentations de résultats concernant la vaccination, pour estimer l'efficacité de la protection vaccinale, les auteurs ne calculent systématiquement que les valeurs relatives et non absolues. Ceci fausse totalement la réalité (Cotton, 2023, 44sqq). Il faut donc recalculer des taux d'hospitalisation pour comparer les vaccinés et les non-vaccinés dans un raisonnement statistique qui demeure ancré dans la réalité (les valeurs absolues). Enfin et surtout, en se bornant à comparer leurs données statistiques et les commentaires qu'ils en tirent, l'on est frappé par l'occultation de deux faits qui, bien évidemment, ne « collent » pas avec le message que l'on cherche à faire passer. Le premier est que la « protection vaccinale » annoncée n'apparaît en réalité qu'un mois après l'injection, les semaines précédentes étant marquées *au contraire* par des taux d'hospitalisation supérieurs chez les vaccinés. Le « 94 % » mis en avant par M. Fischer est donc doublement trompeur. D'une part il s'agit d'un intervalle de confiance de 75 à 94 %. D'autre part et surtout, ces taux varient en réalité fortement selon la date à laquelle on les observe, les maximums n'étant donc atteints qu'au bout d'un mois après l'injection. Or quid de ce qui se passe avant et après ?

Observons les données publiées par les auteurs de l'article dans leur tableau 2. Dans le groupe témoin (831 226 personnes non vaccinées), on enregistre 7 698 hospitalisations catégorisées Covid à titre unique ou principal. Cela donne un taux d'hospitalisation de 0,91 % chez les non vaccinés. Or voici ces mêmes taux pour les vaccinés Pfizer et AstraZeneca au cours des 6 semaines d'observations (Figure 2).

Figure 2 : les taux d'hospitalisation des vaccinés Pfizer et AstraZeneca et des non-vaccinés dans l'étude Eleftheria et al. (2021)



¹³ La précision, très inhabituelle, se situe à la fin de l'article : « Les données utilisées dans cette étude sont sensibles et ne seront pas rendues publiques ».

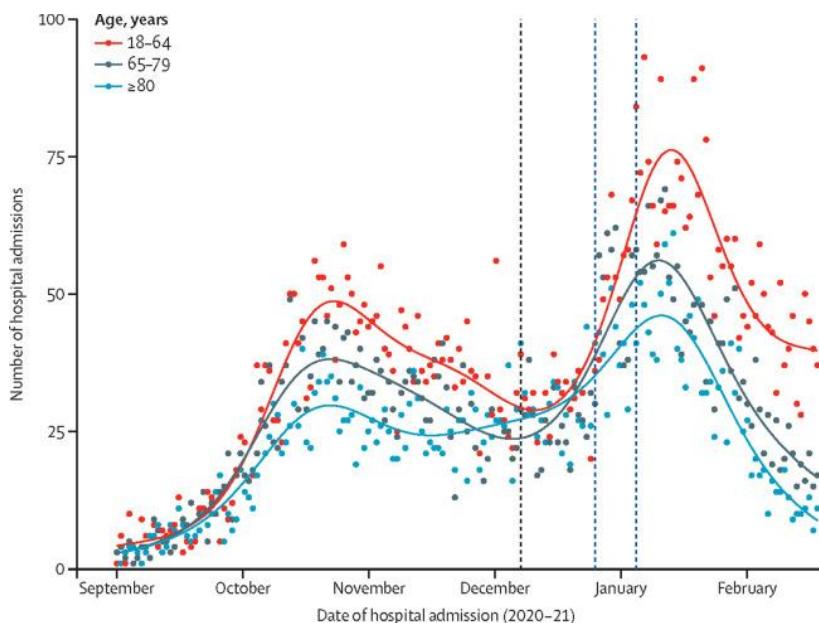
On constate d'abord que le produit d'Astrazeneca ne réduit le risque d'hospitalisation par rapport aux non-vaccinés que de façon unique lors de la cinquième semaine, et encore s'agit-il d'un calcul extrêmement fragile compte tenu de la faiblesse des effectifs (le calcul du taux se fait ici avec 11 hospitalisations sur 1 666 personnes vaccinées). Dès la sixième semaine, le taux repasse au-dessus de celui des non-vaccinés, et durant les trois premières semaines il était déjà au-dessus. On mesure ici à quel point les calculs de protection en « valeur relative » sont trompeurs. Dans certains cas, ils parviennent même à faire dire à la réalité le contraire de ce qui est observé. Quant au produit de Pfizer, il ne devient réellement efficace pour réduire l'hospitalisation qu'à partir de la quatrième semaine, atteint son maximum la cinquième et commence déjà à perdre son effet protecteur dès la sixième. Au demeurant, cette deuxième caractéristique (la chute rapide de la protection vaccinale) n'a jamais pas été dissimulée par les industriels, ce qui ne surprend pas puisqu'elle justifie en retour la nécessité d'injecter des « doses de rappel » sans durée ni quantité limitée.

Ainsi, un compte rendu honnête des données disponibles à l'époque aurait consisté à dire que les deux vaccins étudiés ici ne réduisent que partiellement et très provisoirement le risque d'hospitalisation, et par ailleurs *l'augmentent* au contraire durant les deux à trois premières semaines avec l'AstraZeneca. La boucle commence à se boucler car, *de fait*, toute la littérature scientifique disponible sur le sujet indique que la plupart des effets indésirables, graves ou non, se produisent précisément durant les deux premières semaines suivant les injections.

Où l'on entrevoit que rien, durant cette crise, n'a été géré en fonction d'un quelconque « consensus scientifique »

Un dernier commentaire s'impose. Dans la mesure où certains de ces effets indésirables sont graves et même mortels, on devrait logiquement s'attendre non pas à une réduction mais au contraire à une augmentation de la mortalité au début des campagnes vaccinales. Au demeurant, les auteurs de l'article britannique discuté à l'instant publient une figure donnant la courbe des hospitalisations entre septembre 2020 et février 2021, que nous reproduisons ci-contre (Figure 3). On y constate que la campagne de vaccination démarre à un moment où les hospitalisations baissent (sauf pour les plus de 80 ans) et qu'elles augmentent au contraire à partir du lancement de la vaccination de masse. Au passage, on y constate aussi que le deuxième confinement anglais qui commence à Londres le 4 décembre 2020, et s'élargit à tout le Royaume-Uni le 4 janvier 2021, n'a aucun impact sur la courbe des hospitalisations, ce qui correspond également à un résultat majeur de la recherche indépendante (Toussaint, 2022). En clair, il n'a jamais été démontré scientifiquement que « les confinements ont sauvé des [dizaines de milliers, centaines de milliers, millions, dizaines de millions...] de vies ». Mais c'est une autre histoire.

Figure 3 : hospitalisations pour Covid-19 par groupe d'âge de septembre 2020 à février 2021 en Ecosse (source : Eleftheria et al., 2021, fig. 3)



Note de lecture : le premier trait vertical en pointillé correspond au début de la campagne de vaccination anti-covid, les deux suivants aux dates du deuxième confinement anglais.

Ainsi donc, celui que le gouvernement et les médias avaient intronisé premier vaccinologue de France ne maîtrisait en réalité pas la bibliographie scientifique, ou du moins n'en retenait-il que ce qui pouvait permettre d'inciter à la vaccination de masse, passant sous silence tout ce qui aurait dû au contraire inciter à la plus grande prudence. Même la remarque d'Olivier Véran sur les personnes allergiques ne revint plus jamais sur la table. Pourtant, dès le mois de février 2021, une équipe internationale de spécialistes du sujet alertait sur le sujet compte tenu d'une part de la composition des nouveaux vaccins à ARNm ou adénovirus (présence de polysorbate ou de polyéthylène glycol qui sont des excipients entrant dans la composition des nanoparticules lipidiques qui encapsulent l'ARNm et sont destinés à faciliter sa pénétration dans les cellules), d'autre part du fait que des cas de chocs anaphylactiques ont été signalés dès les tout premiers jours de la vaccination anti-Covid (décembre 2020). Les chercheurs déclaraient dès lors s'attendre à une incidence plus élevée qu'à l'accoutumée, les vaccins traditionnels ne provoquant un tel choc que dans moins d'un cas sur un million de vaccinations (Turner et al., 2021). La paralysie de Bell est un autre EI grave bien connu en vaccinologie¹⁴. Et des cas sont apparus là aussi dès les premiers jours de la vaccination anti-Covid (Repajic et al., 2021), conduisant les chercheurs à déconseiller la vaccination ARNm aux personnes ayant un fort terrain allergique. Notons que cet article avait été publié dès le mois de février 2021. Et il sera rapidement confirmé en avril (El-Shitany et al., 2021). Enfin, l'on savait également dès le mois d'avril 2021 que les deux vaccins à adénovirus (AstraZeneca et Janssen) provoquaient des thromboses là aussi potentiellement mortelles (Greinacher et al., 2021 ;

¹⁴ La paralysie de Bell est un dérèglement du système immunitaire provoquant un gonflement du nerf facial et la paralysie partielle ou totale du visage.

Schultz et al., 2021 ; Mahase, 2021, 2021b) ¹⁵. En réalité, au 5 mai 2021, dans la grande base de recherche bibliographique en sciences biomédicales PubMed, on comptait déjà 50 études de tout type abordant le sujet des thromboses engendrées par les vaccins anti-Covid (Bilotta et al., 2021). Mais, à l'époque, de tout cela, jamais M. Fischer n'aura dit un mot ¹⁶. Un garde-fou aurait pu être la Haute Autorité de Santé (HAS), autorité administrative théoriquement « indépendante » (du gouvernement). De la théorie à la pratique il y a toutefois loin.

Fin du feuilleton AstraZeneca : à quoi et à qui servent les avis de la HAS ?

A la suite des interventions médiatiques de MM. Fischer et Véran en février 2021, fort de ces « nouvelles données écossaises », le Directeur Général de la Santé (DGS) demandera à la Haute Autorité de Santé de revoir sa position. Et celle-ci s'exécutera dans un nouvel avis rendu le 2 mars 2021 : « *la HAS considère que la place dans la stratégie vaccinale du vaccin AstraZeneca peut être élargie dès maintenant aux personnes âgées de plus de 65 ans. En effet, malgré leurs limites (faible recul notamment), ces données écossaises sont très encourageantes, notamment sur l'efficacité de ce vaccin chez les personnes de 65 ans et plus* » (HAS, 2021c). On mesure probablement ici le degré d'indépendance de la HAS dont les avis procèdent de la saisine du gouvernement et semblent en réalité venir le cautionner. Le même jour (2 mars 2021), la HAS rendait par exemple un autre avis, toujours suite à une saisine de la Direction Générale de la Santé, validant la demande du gouvernement de pouvoir élargir la liste des personnes habilités à vacciner aux infirmiers, aux sage-femmes et aux pharmaciens afin d'« augmenter la couverture vaccinale » (HAS, 2021d). Dès ce moment, on constate en outre que la HAS a entériné comme une chose raisonnable la perspective de vacciner les

¹⁵ La thrombose veineuse consiste en la formation de caillots sanguins bloquant partiellement ou totalement la circulation sanguine. Ceci peut notamment provoquer des phlébites et des embolies pulmonaires potentiellement mortelles.

¹⁶ La même chose se constate pour tous les « experts médecins » omniprésents dans les médias durant la crise. Par exemple, l'infectiologue Karine Lacombe (cheffe de service à l'Hôpital Saint-Antoine, Paris), affirmait le 19 mars 2021, sur la grande radio nationale *France Inter*, que les effets indésirables du vaccin d'AstraZeneca étaient « *absolument mineurs dans plus de 98% des cas* » et que l'on constatait chez les personnes vaccinées « *un nombre de thromboses pas plus élevé que dans la population non-vaccinée* ». Le 6 mai, sur la chaîne de télévision BFM-TV, elle adaptait son propos en reconnaissant cette fois-ci que « *quelques cas de thromboses ont été rapportés* », mais que cela constituait « *un événement qui est extrêmement, extrêmement, rare, et comme tout médicament il peut y avoir des effets secondaires, il faut savoir prendre ce risque-là quand l'intérêt de santé publique est supérieur* ». Elle recommandait donc de continuer à vacciner avec l'AstraZeneca et même de le faire dès l'âge de 18 ans. La veille, le journal *Le Monde* venait pourtant de rendre compte du cas d'un étudiant en médecine âgé de 24 ans, Anthony Rio, décédé d'une thrombose le 18 mars, dix jours après avoir été vacciné avec l'AstraZeneca, le lien de causalité ayant été confirmé par une autopsie (Y. Gauchard, « *Mort d'un étudiant nantais : l'autopsie renforce l'hypothèse d'un lien de causalité entre l'injection d'AstraZeneca et le décès* », *Le Monde*, 5 mai 2021). Un autre de ces « grands experts » omniprésents dans les médias, Mathieu Molimard, professeur de pharmacologie clinique à l'université de Bordeaux, déclarera de son côté le 23 mars que « *le risque d'effets indésirables liés aux vaccins est extrêmement faible. Le risque d'allergie sévère est de 1/100 000 ; le risque thrombotique, s'il existe, est encore bien plus faible. Le bénéfice individuel pour les moins de 40 ans est, certes, plus faible que chez les sujets âgés, mais bien supérieur au risque d'effet indésirable grave. De plus, s'ajoute le bénéfice collectif de l'arrêt de la circulation du virus par l'immunité collective qu'apporte la vaccination, alors qu'elle est difficile à atteindre par l'infection spontanée* » (« *Le faible nombre de cas de troubles graves ne remet pas en cause globalement le rapport bénéfice/risque du vaccin d'AstraZeneca* », *Le Monde*, 23 mars 2021 [[en ligne](#)]). Toujours cette transmission virale inter-individuelle qui serait prétendument bloquée par le vaccin et ces risques d'EI qui seraient tellement négligeables qu'il serait inutile d'en parler.

femmes enceintes. De même encore, tandis que dans ses premiers avis nous avons vu qu'elle recommandait de ne pas mélanger les doses de vaccins à ARNm et à adénovirus (HAS, 2020 et 2021a), elle se conformera aux souhaits du gouvernement dans un nouvel avis du 9 avril 2021 qui « *recommande d'utiliser les vaccins à ARNm actuellement disponibles pour l'administration, avec leur accord, de la deuxième dose chez les personnes de moins de 55 ans ayant reçu une première dose du vaccin VAXZEVRIA [AstraZeneca] avec un intervalle de 12 semaines entre les doses* » (HAS, 2021e). Se contentant d'ajouter qu'elle recommande également de « *mettre en place en place très rapidement une étude de cohorte de personnes vaccinées par le vaccin VAXZEVRIA puis par un vaccin à ARNm pour évaluer la réponse immunitaire conférée par le schéma de vaccination mixte recommandé ainsi qu'un suivi spécifique de pharmacovigilance* » (*ibid.*). Injectons d'abord, on verra bien ce qui se passe ensuite... La politique d'abord, la médecine et la science suivront.

Las, la propagande du gouvernement français n'y fera rien. Au mois de mars 2021, la plupart des pays annonçaient le retrait du produit d'AstraZeneca devant la fréquence des cas de thromboses parfois mortels rapportés un peu partout : « *Depuis une semaine, il se passe rarement une journée sans qu'un pays ne suspende tout ou partie du vaccin d'AstraZeneca en circulation. L'Autriche a lancé le mouvement le 8 mars, en interrompant l'utilisation d'un lot de vaccins, après la mort d'une infirmière. Depuis, d'autres pays ont suivi. Le Danemark, la Norvège, l'Islande ou encore les Pays-Bas sont allés plus loin en gelant tous les lots du vaccin d'AstraZeneca, suivis par l'Allemagne, l'Italie, l'Espagne et le Portugal. Hors d'Europe, la République démocratique du Congo, l'Indonésie et la Thaïlande ont reporté leur campagne de vaccination* », annonçait le journal *Le Monde* le 15 mars¹⁷. Le président de la République E. Macron disant alors « *espérer* » que la campagne d'injections avec le produit d'AstraZeneca puisse reprendre après l'avis attendu de l'Agence européenne du médicament (EMA)¹⁸. Cette dernière était embarrassée, la Commission européenne conduite par sa présidente Ursula Von der Leyen s'était précipitée pour conclure des contrats d'achats anticipés de vaccins et ayant signé le premier de ces contrats avec AstraZeneca dès le mois d'août 2020 (donc avant même les premiers résultats des essais cliniques de phase III), contrat prévoyant que « *tous les États membres pourront acheter 300 millions de doses du vaccin d'AstraZeneca, avec une option de 100 millions de doses supplémentaires, qui seront distribuées au prorata de la population* »¹⁹. La charrue avant les bœufs, avec des motivations n'étant probablement pas de simples bons sentiments²⁰.

¹⁷ « AstraZeneca : la France suspend l'utilisation du vaccin contre le Covid-19 et le validera 'si l'autorité européenne le permet' », *Le Monde*, 15 mars 2021.

¹⁸ En attendant, c'est un article de la presse régionale qui nous apprendra que le gouvernement français, loin de faire montre d'une quelconque prudence, ira au contraire jusqu'à récupérer des lots de doses retirées par l'Autriche pour les administrer à des citoyens français (B. Bossard, « Covid-19 : des vaccins du lot AstraZeneca retiré en Autriche ont été injectés à Blois », *La Nouvelle République*, 12 mars 2021 [[en ligne](#)]).

¹⁹ Commission européenne, « Coronavirus : la Commission signe un premier contrat avec AstraZeneca », Communiqué de presse, 27 août 2020 ([en ligne](#)).

²⁰ La suite de l'histoire des achats publics de vaccins anti-Covid doit être mentionnée. La société américaine Pfizer et la Commission européenne avaient déjà négocié deux contrats d'achat de 300 millions de doses de « vaccin anti-covid » chacun, en novembre 2020 et en février 2021, pour un total de 9,3 milliards d'euros (à 15,5 euros la dose). Mais en mai 2021, U. Von der Leyen allait négocier en direct et par SMS privés avec Albert Bourla (PDG de Pfizer) un troisième contrat de 1,8 milliards de doses pour un montant de 35,1 milliards d'euros (à 19,5 euros la dose, soit une augmentation de 26%), Pfizer raflant au final 62% de ce marché et empochant 44,4 milliards

L'EMA finira par suspendre puis ré-autoriser l'usage du vaccin d'AstraZeneca, tout en allongeant progressivement la liste de ses effets indésirables graves (à commencer par le Syndrome de Guillain-Barré²¹). Selon les pays européens, de grandes différences et de grandes incohérences apparaîtront cependant. Par ailleurs, la médiatisation de « affaire AstraZeneca » au début de l'année 2021, alliée au poids de la concurrence entre industriels et au protectionnisme américain, sera fatale au produit. L'entreprise révisera ses plans d'investissement dans la fabrication et entrera en conflit avec la Commission européenne pendant plusieurs mois au sujet de la livraison des doses²². Entre temps, AstraZeneca avait également changé le nom de son produit (devenu le « Vaxzevria ») en espérant ainsi contourner le stigmate²³. Ce fut insuffisant. AstraZeneca retirera définitivement son produit de la vente au début du mois de mai 2024²⁴. Entre temps, plusieurs pays européens, à l'instar de la France, s'étaient débarrassé de leurs stocks au profit du dispositif de solidarité internationale COVAX destiné à alimenter les pays pauvres²⁵ !

A la fin de l'été 2021, ce produit ne faisait plus partie de la stratégie vaccinale. Du coup, Alain Fischer changea tranquillement son fusil d'épaule : « *Je garde la porte entrouverte pour Janssen, mais pas pour AstraZeneca* »²⁶. Hélas pour lui et pour nous tous, le produit de Janssen n'était pas davantage recommandable. Les recherches scientifiques montreront notamment par la suite que le risque d'hospitalisation liée au COVID-19 après la vaccination apparaît environ cinq fois plus élevé avec le vaccin Janssen qu'avec celui de Pfizer (Botton et al. 2022), qu'il provoque (comme l'AstraZeneca) une augmentation des cas de syndromes de Guillain-Barré dès la première dose (Le Vu et al., 2023), qu'il est celui qui provoque le plus souvent un malaise vagal, 164 fois plus souvent (8,2/0,1 cas pour 100 000 injections) que les vaccins contre la grippe (Chrétien et al., 2022), qu'il est beaucoup plus impliqué que les trois autres vaccins ARNm et adénovirus dans la survenue de graves thrombopénies et thromboembolies (Who, Dimova, 2022) et qu'il est particulièrement responsable de graves paralysies de Bell (Van der Boom et al., 2023). En fin de compte, il s'agit manifestement du vaccin provoquant le plus d'EI graves parmi les quatre proposés en France.

Passage à la vaccination de masse contrainte et apogée de propagande vaccinale

Ainsi donc, du début de l'année 2021 jusqu'à l'été, des alertes n'ont cessé de surgir quant à la sécurité des nouveaux vaccins anti-Covid. En France, le gouvernement et ses médecins affiliés ont fait tout leur possible pour minimiser ces alertes, leurs stratégies de communication étant

d'euros (Baldan, 2024). En tout, la Commission européenne aura engagé 71 milliards d'euros pour l'achat de 4,6 milliards de doses de vaccins, soit plus de 10 doses par habitant de l'UE...

²¹ Une maladie auto-immune inflammatoire aiguë du système nerveux provoquant la paralysie.

²² Commission européenne, « Coronavirus: L'UE et AstraZeneca trouvent un accord sur la fourniture de vaccins contre la COVID-19 et pour mettre un terme au litige », Communiqué de presse, 3 septembre 2021 ([en ligne](#)).

²³ M. Brunet, « Un nouveau nom pour le vaccin AstraZeneca : "On ne change pas ce qu'on vend en repeignant la façade du magasin" », *Marianne*, 31 mars 2021.

²⁴ « AstraZeneca retire de la vente son vaccin contre le Covid-19 pour 'raisons commerciales' », *Le Monde*, 8 mai 2024.

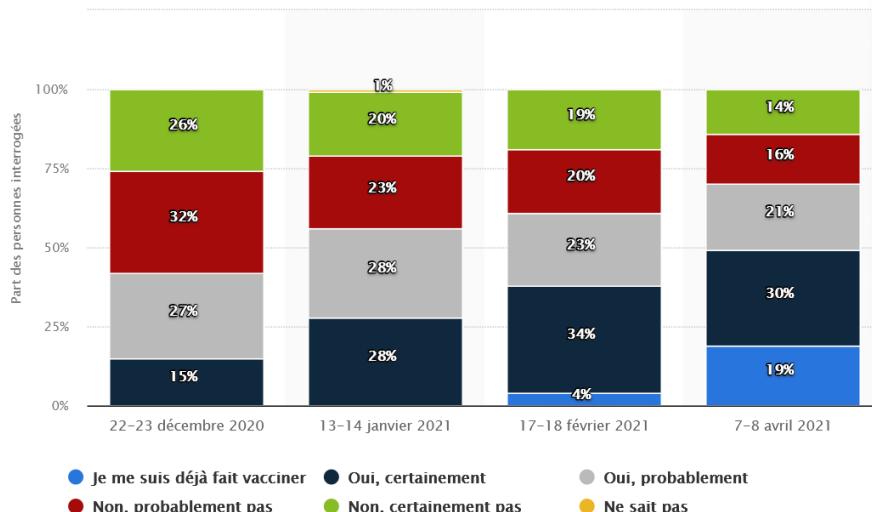
²⁵ « Covid-19 : des États se débarrassent de leurs doses du vaccin AstraZeneca », *FranceInfo.fr*, 27 avril 2021 ; L. Barnéoud, « Covid-19 : le grand gaspillage des vaccins périmés », *Le Monde*, 20 mars 2022.

²⁶ Cité par « En France, le vaccin d'AstraZeneca sert désormais exclusivement à alimenter Covax », *Le Monde*, 9 septembre 2021.

bien rodées et la plupart des journalistes relayant leurs propos sans aucune distance critique (Mucchielli, 2022b, 2022c). Adrian Staii l'a bien montré dans une très récente recherche. L'auteur a étudié un corpus de 816 articles publiés dans les éditions en ligne de quatre médias majeurs (*Le Figaro*, *France Info*, *Ouest France* et *Le Monde*) sur une période de 8 mois (du 20 décembre 2020, au 31 août 2021). Il montre que les sources de ces articles sont fondamentalement la communication du gouvernement (source principale des journalistes dans 42% des articles) et des « acteurs du ‘savoir’ » (conseil scientifique, établissements de santé, professionnels de santé, institutions de recherche, experts scientifiques, sources principales dans 37% des articles). A l'inverse, « les formes de légitimité fondées sur le vécu » comme les témoignages de citoyens ne sont présents que dans 5% des articles. Enfin, il met en évidence le fait que « les arguments s'accompagnent d'une valence très majoritairement favorable à la vaccination dans plus de 96% du corpus » (Staii, 2025, 120). Le discours est donc unique, et il puise toujours aux mêmes sources (gouvernement et « experts médicaux »). Le chercheur conclut que « ces données confortent l'idée que les discours médiatisés véhiculent une vision ‘verticale’ de la campagne de vaccination où la société se voit assigner la place d'objet de l'action sanitaire et non le rôle de partie prenante » (*ibid.*, 123).

Politiciens et journalistes sont ainsi parvenus progressivement à rassurer la population, cible finale de la campagne vaccinale. Entre le lancement officiel de cette campagne en décembre 2020 et le mois d'avril 2021, les sondages d'opinion ont vu la part des interrogés indiquant qu'ils ne souhaitaient pas se faire vacciner baisser de moitié (de 58 à 30%) et devenir minoritaire (figure 4).

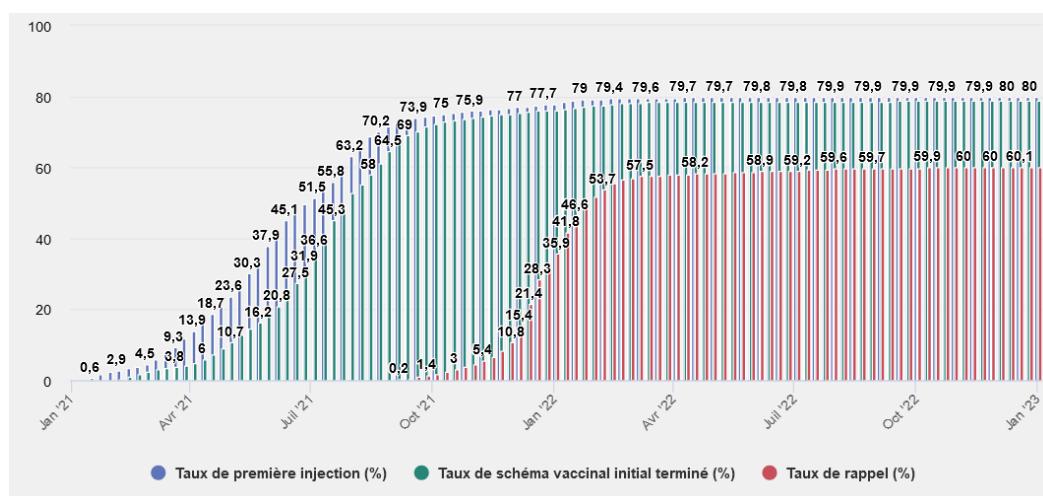
Figure 4 : réponses à la question « Avez-vous l'intention de vous faire vacciner contre la Covid-19 ?



Source : [statista.com](https://www.statista.com) (2025).

A l'été 2021, le gouvernement français avait donc réussi à rendre invisible les arguments qui risquaient d'encourager « l'hésitation vaccinale »²⁷. L'observation de l'évolution des taux de vaccination en France (Figure 5) montre une très forte et continue courbe ascendante à partir du mois d'avril. Au 1^{er} août 2021, 63% des Français avaient déjà fait une première injection et 53% avaient déjà un schéma vaccinal complet (deux doses). Le 1^{er} janvier 2022, ils seront respectivement 78 et 76%, tout proche donc de l'objectif de 80% fixé (arbitrairement d'ailleurs) par le gouvernement pour « atteindre l'immunité collective ». Mais plutôt que d'attendre patiemment, le gouvernement était pressé. Il fallait vacciner tout le monde, et tout de suite.

Figure 5 : évolution des taux de vaccination en France de janvier 2021 à juin 2023



Source : Assurance Maladie, « Les données de la vaccination contre la Covid-19 » ([en ligne](#)).

Un dispositif de « passe sanitaire » (prouvant la vaccination) fut d'abord instauré par la loi du 31 mai 2021, pour les voyageurs en provenance ou à destination de la France et pour l'accès à de grands rassemblements (de plus de 50 personnes) occasionnés par des activités de loisirs (salles de cinémas, théâtres, musées...) ou des foires et salons. Puis le gouvernement prépara une nouvelle loi pour contraindre à la vaccination la totalité de la population. Le président de la République l'annonça dans un discours le 12 juillet, le « Conseil scientifique Covid-19 » l'approuva (bien entendu) quatre jours plus tard et la loi sera votée le 5 août 2021. Au terme de cette loi, le « passe sanitaire » fut étendu aux bars et restaurants, aux cinémas, aux grands

²⁷ A ce propos, il est important de rappeler que l'hésitation vaccinale en question fait également l'objet d'une littérature scientifique ignorée par tous les « experts » intervenant dans les médias. Et le résultat majeur de ces recherches n'a rien à voir avec la figure de l'« anti-vax », sorte d'être irrationnel, extravagant, anti-social et aux croyances magiques les plus absurdes, qu'on construite tous ces commentateurs médiatiques. Les recherches indiquent, et dans tous les pays où elles sont menées, que la première motivation des citoyens (y compris les professionnels de santé) hésitant à se faire injecter un vaccin anti-Covid est la crainte des effets indésirables et donc d'une balance bénéfice/risque qui ne leur soit pas favorable (voir par exemple : Aw et al., 2021 ; Griffith et al., 2021 ; Robertson et al., 2021 ; Solís Arce et al., 2021 ; Okezie, 2022 ; Steinert et al., 2022 ; Najjar et al., 2023 ; Luyt et al., 2025), ce qui n'a rien de farfelu. Ajoutons que, selon les pays, la proportion de personnes hésitant à se faire injecter un vaccin anti-Covid varie considérablement, mais dans un pays de la taille de la France il s'agit de millions de personnes.

magasins et centres commerciaux, aux transports publics (trains, bus, avions) pour les trajets longs, à l'ensemble des activités de loisirs, foires et salons, et enfin aux hôpitaux, EHPAD et autres maisons de retraite pour les malades mais aussi les accompagnants et les visiteurs. Enfin, la vaccination était rendue obligatoire pour les personnes travaillant dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux, le non-respect de cette obligation entraînant la suspension sans salaire et sans indemnités²⁸.

Cette pression politique maximale allait à nouveau mettre la société française en très grande tension, provoquant – outre la suspension progressive de plusieurs dizaines de milliers de soignants, de pompiers et de travailleurs médico-sociaux – de grandes manifestations de rue contre cette nouvelle obligation vaccinale à la fois contraire aux droits fondamentaux de la personne et créant une nouvelle et énorme discrimination entre citoyens (Schouler, 2022). Provoquant aussi des fractures et des conflits dans toutes les sphères de la société, y compris la sphère familiale. Une telle violence d'Etat était pourtant largement inutile au vu de l'évolution des taux de vaccination, et potentiellement très dangereuse au vu des effets indésirables s'accumulant depuis le début de l'année 2021 dans les déclarations reçues par les services de pharmacovigilance (Banoun et al., 2021). Pour faire taire ou rendre invisible ces oppositions, la propagande politico-médiatique atteint alors son paroxysme (Mucchielli, 2022a). Le spectre de « l'hésitation vaccinale » (qui pouvait s'entendre comme une prudence légitime appelant un dialogue) fut alors remplacé par la diabolisation de la figure de « l'anti-vax » (qui désignait un ennemi à éliminer sans discussion).

Une caricature des « anti-vax » dévoilant les structures politico-morales de l'idéologie vaccinale

A partir du milieu de l'année 2021, des centaines de politiciens, de journalistes, d'intellectuels ou encore d'artistes vinrent s'exprimer dans les médias et sur les réseaux sociaux pour dénoncer ces dangereux ennemis de la société et appeler à la vaccination sans discussion, c'est-à-dire sans réflexion. Au chapitre des intellectuels devenus des militants politiques de la vaccination obligatoire, citons par exemple l'historien de l'hygiénisme sous la IIIème République Patrick Zylberman. Dans son livre *La guerre des vaccins*, il caricature en effet cette

²⁸ Rappelons que, le 29 octobre 2021, quinze présidents de conseils départementaux ont écrit au Premier ministre pour lui dire que si l'Etat ne souhaitait plus rémunérer ces personnels, ils ne leur verseraient pas non plus le RSA (« Quinze présidents de département refusent de payer le RSA aux non-vaccinés privés d'emploi », *Francetvinfo*, 31 octobre 2021). Il s'agissait donc d'affamer les gens et non simplement de « les emmerder », comme le président E. Macron se permettra de le dire le 4 janvier 2022 dans *Le Parisien/AUjourd'hui en France*. Le propos complet du président était : « *les non-vaccinés, j'ai très envie de les emmerder. Et donc, on va continuer à le faire, jusqu'au bout. C'est ça, la stratégie. (...) Et donc, il faut leur dire : à partir du 15 janvier, vous ne pourrez plus aller au restau, vous ne pourrez plus prendre un canon, vous ne pourrez plus aller boire un café, vous ne pourrez plus aller au théâtre, vous ne pourrez plus aller au ciné... L'immense faute morale des antivax : ils viennent saper ce qu'est la solidité d'une nation. Quand ma liberté vient menacer celle des autres, je deviens un irresponsable. Un irresponsable n'est plus un citoyen* » (O. Beaumont, « Emmanuel Macron déterminé à 'emmerder' les non-vaccinés », *Le Parisien*, 4 janvier 2022 [[en ligne](#)], nous soulignons). Il s'agit ainsi de déchoir les non-vaccinés de la citoyenneté, donc de tous les droits fondamentaux qui y sont attachés. Tout ceci a constitué un déni de démocratie majeur, vertigineux même à bien des égards (Schouler, Mucchielli, 2022).

posture dénonciatrice et moralisatrice, fantasmant la figure d'un « anti-vax » « ennemi de la science » et dénigreur de « l'accumulation des travaux de l'humanité », dont la pensée se caractériserait par « l'irresponsabilité morale », « l'indifférence au monde » et « la fermeture à tout esprit civique », se moquant de « l'hyper-démocratie » encouragée par la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et déplorant en retour le recul de « l'autorité de l'Etat », présentant les associations de victimes comme un ramassis d'huluberlus aveuglés par « un vif sentiment de persécution causé par un malheur personnel », portés par « l'imagination du malheur » elle-même « nourrie par tous les complots de la terre », enfermés dans un « misérable servage de la peur », dans « un compassionnel frelaté » et « un individualisme forcené » (Zylberman, 2020, 17, 19, 31, 42, 44, 133, 144). Des propos de type militant qui ne sont pas sans rappeler le scientisme et l'hygiénisme radicaux des débuts de la IIIème République, l'historien n'étant manifestement jamais parvenu à prendre un minimum de recul réflexif par rapport à son sujet d'étude.

Le livre d'un autre historien, associé à une biologiste, souffre du même manque criant d'objectivité et des mêmes anachronismes, la figure de « l'anti-vaccinateur » inventée au tout début du 19^{ème} siècle pour disqualifier les critique de la variolisation étant prise pour une sorte d'invariant historique, le mythe des « vaccins sûrs et efficaces » étant également pris pour une vérité intemporelle renvoyant nécessairement ses critiques vers l'irrationnalité et « l'anti-science », se moquant de « l'écologisme » des « anti-vax » contemporains qui « mange[nt] des graines comme les oiseaux pour réaffirmer notre proximité avec une nature idéalisée et redemptrice », quand ils ne sont pas des adeptes de l'anthroposophie de Rudolf Steiner, des adorateurs de l'homéopathie considérée bien entendu comme de la pseudo-médecine, ou encore de méchants « complotistes » fantasmant « Big Brother » et « Big Pharma » (Salvadori, Vignaud, 2019, p. 209 pour les « mangeurs de graines »).

Ajoutons enfin à ce tableau les arguments politiques au sens strict, encore plus faibles et fallacieux mais omniprésents dans le débat public, consistant à diaboliser la figure de « l'anti-vax » en l'assimilant à un militant d'extrême droite. L'argument sera très régulièrement mobilisé par les politiques, les journalistes et une partie des médecins pour déconsidérer les grandes manifestations de rue qui suivirent le vote de l'obligation vaccinale en août 2021. On le retrouve hélas aussi dans des ouvrages à prétention scientifique (par exemple Chappey, 2025). Même dans un travail pourtant bien documenté sur les résistances à la vaccination et au style beaucoup plus apaisé, lorsqu'il s'agit d'examiner « Leurs arguments » (Jourdain, 2021, 117-135), l'auteur dénonce en fin de compte des faussaires et ne dit pas un mot de la question des effets indésirables qui est pourtant centrale dans les discours en question. En bref, il ne saurait *par principe* exister quoi que ce soit d'objectif et d'incontestable dans les critiques des politiques de vaccination de masse. Il faudrait *par principe* rejeter hors de l'espace légitime de discussion toute critique du Vaccin. On reconnaît ici le *tabou*.

Les historiens de la médecine sont pourtant souvent plus circonspects. Ils connaissent et tiennent à distance la mythification rétrospective de Pasteur et du geste vaccinal (Cadeddu, 1991 ; Geison, 1995). Ils savent que si le vaccin est un produit pharmaceutique, la vaccination est souvent une opération politique (pour paraphraser l'historienne Anne-Marie Moulin),

comme ils savent que « *la vaccination a enregistré, au bilan des immunisations collectives, des succès inégaux en fonction de chaque maladie, et des revers parfois sanglants* » (Moulin, 1996, 16 ; voir aussi Fressoz, 2012, chap. 2 ; Bourdineaud, 2023, 199-213). En réalité, une des leçons de l'histoire est le fait que la vaccination est une technique particulièrement difficile à maîtriser et que les effets indésirables sont consubstantiels à l'acte vaccinal. Le premier de ces effets (que l'on appelle l'« échec vaccinal ») a toujours été le fait d'inoculer involontairement le pathogène responsable de la maladie que l'on voulait prévenir. L'historien de la médecine Jean-Noël Biraben (1979), par exemple, l'avait bien montré en analysant les premières campagnes de vaccination en France, au tournant du 18^{ème} et du 19^{ème} siècles, contre ce que l'on appelait à l'époque la « petite vérole » (aujourd'hui la variole). Le cas (qui devrait être) le plus connu étant – ô sacrilège – celui de Pasteur lui-même et de son vaccin contre la rage (Decourt, 1988 ; Geison, 1995). Enfin, il faut également rappeler que l'idéologie vaccinale a fait jadis de nombreux ravages dans les colonies où la France prétendait apporter aux « primitifs » sa « civilisation » bienfaisante et où les expériences pharmacologiques de masse ont parfois tourné à la catastrophe sanitaire (Monnaïs-Rousselot, 1999 ; Lachenal, 2014 ; Le Cour Grandmaison, 2014 ; Peiretti-Courtis, 2021).

Tenir à distance les idéologies pro et anti-vax construites en miroir

En réalité – et cela nous semble fondamental à comprendre –, pro-vaxisme comme anti-vaxisme renvoient à deux configurations idéologiques qui se sont construites en miroir et qui rendent singulièrement difficile la tenue d'une position a-idéologique (*i.e.* une position scientifique). Dans ces deux configurations idéologiques, *Le Vaccin* s'écrit au singulier et avec une majuscule, comme *La Science* et *Le Progrès*. Dans la configuration « pro-vaxiste », remettre en cause la balance bénéfice/risque d'un quelconque vaccin, notamment en s'intéressant d'un peu trop près aux effets indésirables, équivaut à trahir le principe même de la vaccination. Symétriquement, il n'est pas concevable dans la configuration « anti-vaxiste » de dire que tel vaccin particulier est bel et bien recommandable à la population générale. Répétons-le : ces deux idéologies interdisent le libre exercice de l'esprit scientifique.

Et si les travaux abondent sur les opposants/résistants/hésitants à la vaccination, le respect du principe de symétrie impose de questionner tout autant l'idéologie vaccinale qui s'est constituée tout au long du 19^{ème} siècle et s'est fixée en France sous la III^e République.

C'est l'histoire d'un long « *conditionnement idéologique* » de la population au principe de la vaccination impérative, que la sociologue Claudine Marenco (1982, 1984) avait eu le courage d'étudier. « *Tout au long du 19^{ème} siècle, la bataille pour la vaccination s'apparente à une croisade* », écrit-elle (1984, 136). Et cette croisade ne date pas de la fin du siècle et des travaux de Pasteur, le Comité central de la vaccination étant créé en 1803. En l'étudiant, Marenco montre comment « *le système de vaccination des enfants en France s'est progressivement imposé à la population au point de prendre le caractère d'une institution inquestionnable* ». Au-delà des objectifs sanitaires, il s'agit en effet « *d'imposer aux populations rétives un modèle de civilisation, auquel participe la vaccination, au même titre que l'instruction publique, laïque,*

obligatoire » (*ibid.*, 143). Enfin, sous la Troisième République, la politisation du vaccin prend une dimension suprême lorsqu'elle est définie comme « *un acte patriotique* » et qu'elle s'appuie sur l'Education nationale pour s'assurer de son succès. La vaccination vient ainsi « *s'inscrire dans le cadre idéologique de l'Ecole de la Troisième République en tant que symbole de la Science* » (*ibid.*, 157), et les manuels d'histoire contribuent fortement à ériger Pasteur en « *génie* » et en « *saint laïc* », un « *nouveau héros se substituant aux modèles traditionnels du soldat et du saint* » (*ibid.*, 158-159). Le discours qui l'accompagne est fondamentalement moralisateur : « *l'hygiène représente ‘le bien’ terrassant ‘le mal’* » (*ibid.*, 156). Enfin, la vaccination se présente comme un impératif moral de solidarité : « *la vaccination n'est pas seulement un devoir pour soi, c'est un devoir pour les autres. (...) La négligence d'un seul menace la collectivité. L'idée est si forte qu'elle a raison de l'absurde, et fonde le raisonnement abondamment développé pour justifier l'obligation vaccinale, et encore présente de nos jours, selon laquelle un seul ‘non-vacciné’ est susceptible de mettre en péril tout un ensemble de vaccinés* » (*ibid.*, 156-157). Au final, en étudiant les manuels scolaires, Claudine Marenco a montré la primauté de la dimension idéologique du principe de la vaccination devenue obligatoire en 1902 : « *si les livres d'école mentionnent tous la vaccination, ce n'est pas pour informer, pour expliquer : nulle part elle n'est présentée comme le moyen de se protéger contre une maladie redoutable, nulle part ne sont mentionnés l'histoire de sa découverte, les principes sur lesquelles elle se fonde, les techniques de mise en œuvre, ses effets sur la morbidité et la mortalité. La vaccination, systématiquement associée à Pasteur, s'inscrit dans un discours manichéen opposant le Progrès, la Science, la Civilisation, les mérites de la République (c'est-à-dire le Bien), au Mal que représentent l'obscurantisme, l'ignorance, la barbarie, l'esclavage, les ‘malheureux régimes’ antérieurs. (...) Vaccination et instruction obligatoires constituent en quelque sorte les passeports pour accéder au statut de bon citoyen républicain* » (*ibid.*, 161). Sous la Troisième République, la vaccination se constitue ainsi en « *mission civilisatrice* » et en « *conditionnement idéologique* ». Il ne s'agit aucunement d'une éducation aux sciences. Le contenu n'est jamais discuté, l'acte médical lui-même est réduit à « *une piqûre* ». « *Acte de foi* », la vaccination devient ainsi « *une pratique magique, conjuratoire de menaces obscures omniprésentes* » (*ibid.*, 162). Telles sont les structures politico-morales de l'idéologie vaccinale, qui ont été pleinement réactivées au moment de la crise du Covid.

Des « experts » qui confondent la conviction philosophique et/ou politique avec la démonstration scientifique

L'analyse de la construction politique de l'idéologie vaccinale sous la III^{ème} République proposée par Marenco est cruciale. Elle permet de comprendre pourquoi et comment la politique s'est emparée d'un sujet lui permettant de mettre en scène son action bienfaisante et de renforcer ainsi sa propre légitimité, et comment une partie des médecins se prêtent au jeu en y construisant une représentation du pouvoir de la Science en général, et du leur en particulier. Le grand historien de la médecine Jacques Léonard (1981) nous en avait prévenu il y a plus de quarante ans : « *Les responsabilités géopolitiques de l'Etat donnent aux médecins*

des arguments pour structurer leur monopole légal. Leur discours hygiéniste sur le bien-être matériel et psychique, à la fois utilitaire et moralisant, envahit les sciences humaines, retentit dans les antichambres ministérielles, fournit aux élites une idéologie de rechange. L'ascendant intellectuel de la science positive se transmute en un biopouvoir et permet au corps médical de parler de plus en plus fort sur le théâtre de la politique. A chaque phase de cette évolution, les médecins (...) s'installent dans une position stratégique entre des pouvoirs, multiples et complexes, auxquels il leur arrive de participer, et des savoirs, fragiles et inachevés, dont les implications les concernent directement et touchent, au-delà de leur profession, à la gestion de la santé publique ».

L'histoire semble au moins en partie se répéter. La crise du Covid a comme donné une seconde jeunesse au vieux mythe scientiste de l'humanité délivrée de ses souffrances par la Science, incarnation du Progrès tant intellectuel que moral. La connaissance de l'humain et la précision des outils technologiques dont on dispose en médecine des vaccins n'ont certes plus grand-chose à voir en ce début de 21^{ème} siècle avec ce qu'elles étaient au milieu du 19^{ème} siècle. Mais la structure idéologique, elle, a logiquement conservé son simplisme d'autan. Autre exemple, les interventions publiques (très suivies pendant la crise du Covid) et l'ouvrage récent de Philippe Sansonetti (2017), professeur au Collège de France et à l'Institut Pasteur, aux incontestables grandes compétences techniques en vaccinologie, relèvent bien toujours de cette rhétorique manichéenne opposant l'avenir radieux d'un monde sans maladie grâce aux vaccins et le passé apocalyptique menaçant de resurgir dans un monde qui n'aurait plus de vaccins. D'un côté la science, le progrès et le bonheur, de l'autre l'obscurantisme et la souffrance. L'enfer et le paradis en somme. Dans un tel système de pensée, il n'y a pas de place pour la réflexion sur le partenaire industriel indispensable à la mise en œuvre des politiques vaccinales (donc sur les enjeux techniques et financiers de la production des vaccins), il n'y a pas de maîtrise réelle de l'information scientifique (l'on est tellement sûr de soi que l'on n'a pas réellement besoin de se confronter à la bibliographie), et il ne saurait y avoir de véritable prise en compte de tout ce qui, dans le réel empirique, contredit cette représentation de la toute-puissance de la Science et du caractère fondamentalement bienfaisant de son association avec le politique. Dès lors, la question des effets indésirables des vaccins constitue logiquement un point aveugle, une dissonance cognitive aurait probablement dit Léon Festinger (1957).

Concernant les vaccins anti-Covid, il faut y insister une dernière fois tant la chose est importante : les grands « experts » choisis par le politique, dont la parole a été omniprésente dans le débat public durant la crise du Covid, n'y ont pas diffusé un compte rendu honnête et impartial des connaissances scientifiques. Nous avons abondamment commenté le cas d'Alain Fischer, promu expert en chef de la vaccination anti-Covid, et un peu celui de Jean-François Delfraissy, président du « Conseil scientifique Covid-19 »²⁹. Evoquons pour terminer celui de l'infectiologue Karine Lacombe, figure féminine dominante dans les médias tout au long de la crise du Covid (et qui sera faite Chevalier de la Légion d'honneur en décembre 2020). Nous avons déjà évoqué (*supra*, note 16) ses prises de parole durant l'affaire AstraZeneca, visant à

²⁹ Dont le rôle fut secondaire sur la question des vaccins, tandis qu'il était prépondérant sur la plupart des autres.

minimiser autant que possible la question des effets indésirables. Revenons à présent sur l'« altruisme » supposé de la vaccination anti-Covid, qui est donc au cœur de l'idéologie vaccinale. Du point de vue scientifique, nous savons au moins depuis octobre 2020 que les vaccins anti-Covid à ARNm et à adénovirus n'ont pas été conçus pour empêcher la transmission et que les essais cliniques n'ont pas été conçus pour le tester (Doschi, 2020). En France, la HAS l'avait également dit dans ses premiers avis de février 2021. Et la représentante de Pfizer (Janine Small, « présidente des marchés internationaux développés ») le reconnaîtra du reste sans difficulté l'année suivante lors d'un débat organisé au Parlement européen³⁰. Cela n'empêchait pourtant pas Karine Lacombe de déclarer le contraire le 6 mai 2021 sur BFM-TV, pour justifier l'extension de la vaccination à toute la population : « *On sait maintenant que les vaccins préviennent la transmission du virus. (...) donc ça va vraiment permettre de couper la chaîne de transmission du virus. Donc dans ce cadre-là, il faut qu'on change de paradigme. C'est-à-dire qu'on ne va pas simplement protéger les plus faibles, mais on va protéger même ceux qui sont les plus vecteurs de la transmission, et en particulier les adolescents* ». Pour donner encore plus de poids à son appel, elle ajoutait : « *On attendait les résultats des essais thérapeutiques qui ont été publiés et qui montrent une efficacité et une très bonne tolérance. Et donc bien sûr il fallait ouvrir dès 12 ans la vaccination. (...) si possible dès cet été* ». L'infectiologue faisait vraisemblablement référence ici à la publication du CDC américain (Wallace et al., 2021) relatant les résultats d'« un essai clinique de phase II/III randomisé, en double aveugle, contrôlé versus placebo, qui a été étendu pour inscrire environ 2 200 participants âgés de 12 à 15 ans ». Cet article renvoyait lui-même aux données contenues dans le rapport publié par la FDA à l'appui de son autorisation d'urgence le 10 mai, que Mme Lacombe n'a manifestement pas lu. Dans ce rapport sur l'essai clinique de Pfizer sur les adolescents, outre donc le fait qu'il n'est pas question de mesurer la transmission, on constate en effet que les EI légers survenant dans les 7 jours après la première dose sont présents chez 86,6% des vaccinés contre 24% des non-vaccinés, que les EI systémiques survenant dans les 7 jours après la deuxième dose sont présents chez 82,4% versus 40,7% chez les non-vaccinés, que 4 EI graves nécessitant une hospitalisation (soit 0,2% des 2 200 participants) sont survenus dans le groupe des vaccinés contre aucun (une appendicite difficilement attribuable au vaccin et résolue très rapidement) dans le groupe placebo (FDA, 2021, p. 24-30). En toute rigueur, ceci ne permet pas d'affirmer que ce vaccin présentait « *une très bonne tolérance* » et qu'il devait donc être administré d'urgence à la totalité des adolescents.

Un mois plus tard, les premiers cas de myocardites suite à l'injection du vaccin de Pfizer seront décrits dans la littérature médicale (Tano et al., 2021 ; Singh et al., 2021), prélude à une longue série de publications scientifiques. Le 19 juillet, l'Agence européenne des médicaments (EMA) ajoutera un nouveau « signal de sécurité » reconnaissant les myocardites et péricardites

³⁰ Ceci provoqua de nombreux commentaires dont, en France, une large partie de la presse s'efforça de minimiser la portée. Les opinions des uns et des autres nous importent peu ici. Seul nous intéresse le constat empirique : « *le fait que les essais cliniques n'évaluent pas l'effet du vaccin sur transmission n'a jamais été un secret et était explicité dans les communications des autorités sanitaires et les articles de presse* » (« Covid : Pfizer a-t-il ‘révélé’ que l’effet du vaccin sur la transmission n’avait pas été évalué avant sa mise sur le marché ? », *Libération*, 13 octobre 2022 [[en ligne](#)]).

comme effets indésirables potentiels des vaccins à ARNm, tout particulièrement chez les jeunes hommes de moins de 30 ans après la deuxième dose (EMA, 2021). De retour dans les grands médias après l'été, Karine Lacombe répétait pourtant : « *Je recommande la vaccination à partir de 12 ans* » (RMC, 14 septembre 2021). Elle affirmait de surcroît que « *les adolescents ont un risque de faire des formes graves de Covid* », ce qui est également démenti par toutes les recherches disponibles depuis 2020. De toutes les variables statistiques standards permettant de mesurer les formes graves de Covid-19, la plus déterminante est précisément l'âge, mais le vieil âge... En réalité, le risque d'hospitalisation est nul avant l'âge de 16 ans et quasiment nul en-deçà de l'âge de 20 ans (voir par exemple DREES, 2022, p. 14). Décidément...

Conclusion

Durant la seconde moitié de l'année 2021, à l'issue d'une active propagande imposant la vaccination anti-Covid en la présentant comme « *une prouesse scientifique* » en même temps qu'un acte fondamentalement « *altruiste* », et diabolisant en retour les « *anti-vax* », la question des effets indésirables est donc devenue un tabou. La journaliste Christine Kelly (Europe 1, CNews) le reconnaîtra sans détour dans une interview du 22 septembre 2024. En réponse à la question « Vous pouvez aborder tous les sujets que vous voulez ? », elle répondit : « *Presque, les vaccins non. Ce n'est pas une question de CNews, c'est un sujet délicat, particulièrement sensible. Je vous dis la vérité, ce sujet-là il est très très difficile de l'aborder* »³¹. Le contrôle de l'information, ou encore le confinement de la pensée, est devenu presque parfait (Mucchielli 2022c). Résultat : le 3 octobre 2023, le récemment nommé ministre de la Santé, Aurélien Rousseau, était interviewé sur la radio publique nationale *France Inter* au sujet d'une « nouvelle vague de Covid ». Il y énonça d'abord la prémissse fondamentale de l'idéologie vaccinale que traduit l'emploi du singulier : « *La vaccination c'est la prévention et c'est le progrès tout de suite* ». Puis il ajouta à propos des vaccins anti-Covid (dont une nouvelle campagne de distribution commençait à l'approche de l'hiver), et sans que cela n'émeuve le moins du monde les journalistes l'interviewant : « *on a un vaccin, dont maintenant on a 3 ans de recul, on sait qu'on n'a pas d'effets secondaires, et donc il faut y aller* ». La messe était dite (au propre comme au figuré), le sujet n'existerait tout simplement pas.

Dans un prochain article, nous mettrons de nouveau ces croyances et ces discours d'autorité à l'épreuve en proposant un bilan raisonné des connaissances scientifiques et des données statistiques disponibles sur la quantité, sur la nature et sur la gravité des effets indésirables des vaccins anti-Covid.

³¹ Chaîne YouTube « Les incorrectibles », 22 septembre 2024 ([en ligne](#)).

Références

- Aw J. et al. (2021), « COVID-19 Vaccine Hesitancy-A Scoping Review of Literature in High-Income Countries », *Vaccines*, 9 (8), 900.
- Banoun H. et al. (2021), « La vaccination à l'épreuve des faits. 2ème partie : une mortalité inédite », in Mucchielli L., dir., *La Doxa du Covid. Tome 2 : Enquête sur la gestion politico-sanitaire de la crise*, Bastia, Eoliennes, p. 345-356.
- Bae S. et al. (2021), « Adverse Reactions Following the First Dose of ChAdOx1 nCoV-19 Vaccine and BNT162b2 Vaccine for Healthcare Workers in South Korea », *Journal of Korean Medical Science*, 36 (17), e115.
- Baldan F. (2024), *UrsulaGates. La compromission par les lobbys*, Bruxelles, Droits & Libertés.
- Barda N. et al. (2021), « Safety of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Setting », *New England Journal of Medicine*, 385 (12), p. 1078-1090.
- Bilotta C. et al. (2021), « COVID-19 Vaccine-Related Thrombosis: A Systematic Review and Exploratory Analysis », *Frontiers in Immunology*, 12, 729251.
- Biraben J.-N. (1979), « La diffusion de la vaccination en France au XIX^e siècle », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, 86 (2), p. 265-276.
- Botton C. et al. (2022), « Effectiveness of Ad26.COV2.S Vaccine vs BNT162b2 Vaccine for COVID-19 Hospitalizations », *JAMA Netw Open*, 5 (3), e220868.
- Bourdineaud J.-P. (2023), *La science outragée*, Ferrières, Marco Pietteur éditions.
- Cadeddu A. (1991), *Dal mito alla storia. Biologia e medicina in Pasteur*, Milano, Franco Angeli.
- Chappey J.-L. (2025), *Pasteur et les antivax*, Marseille, Agone.
- Chrétien B. et al. (2022), « COVID-19 vaccines associated with vasovagal malaise: A retrospective study in two mass vaccination centers and analysis of the WHO pharmacovigilance database », *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 18 (6), 2135918.
- Conseil scientifique (2021), « Avis du Conseil scientifique COVID-19. Entre vaccins et variants : une course contre la montre », Paris, 12 janvier [[en ligne](#)].
- Cotton C. (2023), *Tous vaccinés, tous protégés ?*, Paris, Trédaniel.
- Decourt P. (1988), « Précisions sur les premiers essais d'application à l'homme du vaccin de Roux-Pasteur contre la rage », *Histoire des Sciences médicales*, 22 (1), p. 29-36.
- Doshi P. (2020), « Will covid-19 vaccines save lives? Current trials aren't designed to tell us », *British Medical Journal*, 371, m4037.
- Doshi P. (2021), « Pfizer and Moderna's "95% effective" vaccines—we need more details and the raw data », *British Medical Journal – Opinion*, 4 janvier [[en ligne](#)].
- DREES [Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques] (2022), « Caractéristiques socio-économiques des individus aux formes sévères de Covid-19 au fil des vagues épidémiques », *Les Dossiers de la DREES*, n°95.
- Eleftheria V. et al. (2021), « Interim findings from first-dose mass COVID-19 vaccination roll-out and COVID-19 hospital admissions in Scotland: a national prospective cohort study », *The Lancet*, 397 (10285), p. 1646-1657.
- El-Shitany N. et al. (2021), « Minor to Moderate Side Effects of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine Among Saudi Residents: A Retrospective Cross-Sectional Study », *International Journal of General Medicine*, 14, p. 1389-1401.

- EMA [European Medicines Agency] (2021), « Direct healthcare professional communication (DHPC): COVID-19 mRNA Vaccines Comirnaty and Spikevax: risk of myocarditis and pericarditis », Amsterdam, juillet [[en ligne](#)].
- FDA (Food and Drug Administration) (2021), « Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine EUA Amendment Review Memorandum », Silver Spring, US Department of Health and Human Services, avril [[en ligne](#)].
- Festinger L. (1957), *A Theory of Cognitive Dissonance*, Redwood City, Stanford University Press.
- Fressoz J.-B. (2012), *L'apocalypse joyeuse. Une histoire du risque technologique*, Paris, Seuil.
- Geison G. (1995), *The private science of Louis Pasteur*, Princeton, Princeton University Press.
- Greinacher A. et al. (2021), « Thrombotic Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCov-19 Vaccination », *New England Journal of Medicine*, 384 (22), p. 2092-2101.
- Griffith J. et al. (2021), « COVID-19 Vaccine Hesitancy in Canada: Content Analysis of Tweets Using the Theoretical Domains Framework », *Journal of Medical Internet Research*, 23 (4), e26874.
- HAS (2020), « Stratégie de vaccination contre le SARS-CoV-2 – Place du vaccin à ARNm COMIRNATY (BNT162b2) », 24 décembre.
- HAS (2021a), « Stratégie de vaccination contre la Covid-19 – Place du Vaccin Moderna Covid-19 mRNA (nucleoside modified) », 8 janvier.
- HAS (2021b), « Stratégie de vaccination contre la Covid-19 – Place du Covid-19 Vaccine AstraZeneca », 2 février.
- HAS (2021c), « Avis n° 2021.0008/AC/SEESP du 1er mars 2021 du collège de la Haute Autorité de santé sur l'efficacité du vaccin AstraZeneca chez les personnes âgées au vu des données préliminaires soumises au BMJ sur l'impact de la vaccination en Ecosse sur les hospitalisations », 2 mars.
- HAS (2021d), « Stratégie de vaccination contre le SARS-CoV-2 - Extension des compétences vaccinales des professionnels de santé », 2 mars.
- HAS (2021e), « Avis n° 2021.0027/AC/SEESP du 8 avril 2021 du collège de la Haute Autorité de santé concernant le type de vaccin à utiliser pour la seconde dose chez les personnes de moins de 55 ans ayant reçu une première dose du vaccin AstraZeneca (nouvellement appelé VAXZEVRIA) contre la covid-19 », 9 avril.
- HAS (2021f), « Recommandation relative à la vaccination contre la COVID 19 de l'entourage de certaines populations vulnérables. Et synthèse des données relatives à l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 sur la transmission du SARS-COV-2 au 1er avril 2021 », 29 avril.
- Jourdain O. (2021), *Enquête au pays des Antivax*, Paris, Plon.
- Lachenal G. (2014), *Le médicament qui devait sauver l'Afrique. Un scandale pharmaceutique aux colonies*, Paris, La Découverte.
- Le Vu S. et al. (2023), « Risk of Guillain-Barré Syndrome Following COVID-19 Vaccines. A Nationwide Self-Controlled Case Series Study », *Neurology*, 101 (21) p. e2094-e2102.
- Le Cour Grandmaison O. (2014), *L'Empire des hygiénistes. Vivre aux colonies*, Paris, Fayard.
- Léonard J. (1981), *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier.
- Luyt D. et al. (2025), « Hésitation vaccinale des étudiants en santé : une revue de littérature », *Santé Publique*, 37 (2), p. 57-71.
- Madhi S. et al. (2021), « Efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 Covid-19 Vaccine against the B.1.351 Variant », *New England Journal of Medicine*, 384, p. 1885-1898.

- Mahase E. (2021), « Covid-19: Unusual blood clots are “very rare side effect” of Janssen vaccine, says EMA », *British Medical Journal*, 373, n1046.
- Marenco C. (1982), « La vaccination : une institution inquestionnable », *Informations sociales*, 3, p. 58-61.
- Marenco C. (1984), « "Majeur et vacciné" : idéologie et prévention », *Sciences sociales et Santé*, 3-4, p. 135-165.
- Mead N. et al. (2024), « COVID-19 Modified mRNA Vaccines: Lessons Learned from Clinical Trials, Mass Vaccination, and the Bio-Pharmaceutical Complex », *International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research*, 3 (2), p. 1112-1178.
- Monnais-Rousselot L. (1999), *Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise. 1860-1939*, Paris, CNRS éditions.
- Moulin A.-M., dir., (1996), *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard.
- Mucchielli L. (2022a), *La Doxa du Covid. Peur, santé, corruption et démocratie*, Bastia, éditions Eoliennes.
- Mucchielli L. (2022b), « La crise sanitaire a révélé l'inquiétant déclin du journalisme », in Mucchielli L., dir., *La Doxa du Covid. Tome 2 : Enquête sur la gestion politico-sanitaire de la crise*, Bastia, Eoliennes, p. 239-272.
- Mucchielli L. (2022c), « La pensée confinée. Une analyse de la fabrique de l'information légitime durant la crise sanitaire », in Chapon N. (ed.), *Le confinement. Genèse, impacts et controverses*, Aix-en-Provence, Presses Universitaires de Provence, p. 79-102.
- Najjar M. et al. (2023), « Covid-19 vaccination reported side effects and hesitancy among the Syrian population: a cross-sectional study », *Annals of Medicine*, 55 (2), 2241351.
- Okezie K. (2022), « Knowledge, Awareness and Incidence of Adverse Events Following Immunization with AstraZeneca Covid-19 Vaccine among Healthcare Professionals in North Central Zone of Nigeria », *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 14, 001-5.
- Peiretti-Courtis D. (2021), *Corps noirs et médecins blancs. La fabrique du préjugé racial*, Paris, La Découverte.
- Polack F. et al. (2020), « Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine », *New England Journal of Medicine*, 383 (27), p. 2603-2615.
- Prescrire (2021), « Vaccin covid-19 ChAdOx1 nCoV-19 (firme AstraZeneca) : beaucoup d'incertitudes autour de l'ampleur de son efficacité », revue *Prescrire*, 29 janvier.
- Repajic M. et al. (2021), « Bell's Palsy after second dose of Pfizer COVID-19 vaccination in a patient with history of recurrent Bell's palsy », *Brain, Behavior, & Immunity - Health*, 13, 100217.
- Robertson E. et al. (2021), « Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in the UK household longitudinal study », *Brain, Behavior and Immunity*, 94, p. 41-50.
- Salvadori F. Vignaud L.-H. (2019), *Antivax. La résistance aux vaccins du xviii^e siècle à nos jours*, Paris, Vendémiaire.
- Sansonetti P. (2017), *Vaccins. Pourquoi ils sont indispensables*, Paris, Odile Jacob.

- Schouler C. (2022), « Le laisser-passer sanitaire, un dispositif discriminatoire au sens de la loi », in Mucchielli L., dir., *La doxa du Covid. Tome 2 : Enquête sur la gestion politico-sanitaire de la crise*, Bastia, Eoliennes, p. 471-478.
- Schouler C., Mucchielli L. (2022), « Les libertés qui fondent la démocratie sont-elles solubles dans la lutte contre une épidémie ? », *Futuribles*, 4, p. 73-85.
- Schultz N. et al. (2021), « Thrombosis and Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCoV-19 Vaccination », *New England Journal of Medicine*, 384 (22), p. 2124-2130.
- Shinde V. et al. (2021), « Efficacy of NVX-CoV2373 Covid-19 Vaccine against the B.1.351 Variant », *New England Journal of Medicine*, 384 (22), p. 1899-1909.
- Simonelli T. (2024), « La politique du virus: ce que révèlent les documents fuités de l'État allemand (RKI Files) », *Quartier Général. Le média libre*, 20 août [[en ligne](#)].
- Singh B. et al. (2021), « COVID-19 mRNA Vaccine and Myocarditis », *European Journal of Case Reports in Internal Medicine*, 8 (7), 002681.
- Solís Arce J. et al. (2021), « COVID-19 vaccine acceptance and hesitancy in low- and middle-income countries », *Nature Medicine*, 27, p. 1385-1394.
- Staii A. (2025), « 'Pourquoi devrais-je me faire vacciner ?' Les ingrédients du consensus en faveur de la vaccination contre la COVID-19 dans quatre médias français », *Approches Théoriques en Information-Communication (ATIC)*, 10 (1), p. 105-125.
- Steinert J. et al. (2022), « COVID-19 vaccine hesitancy in eight European countries: Prevalence, determinants, and heterogeneity », *Science Advances*, 8 (17), eabm9825.
- Tano E. et al. (2021), « Perimyocarditis in Adolescents After Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine », *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*, 10 (10), p. 962-966.
- Torjesen I. (2021), « Covid-19: Norway investigates 23 deaths in frail elderly patients after vaccination », *British Medical Journal*, 372, n149.
- Toussaint J.-F. (2022), « Les mesures de confinement sont-elles efficaces pour gérer une épidémie? », in Chapon N., dir., *Le confinement. Genèse, impacts et controverses*, Aix-en-Provence, Presses Universitaires de Provence, p. 41-58.
- Turner P. et al. (2021), « COVID-19 vaccine-associated anaphylaxis: A statement of the World Allergy Organization Anaphylaxis Committee », *World Allergy Organization Journal*, 14 (2), 100517.
- Van der Boom M. et al. (2023), « Observed-over-Expected analysis as additional method for pharmacovigilance signal detection in large-scaled spontaneous adverse event reporting », *Pharmacoepidemiology & Drug Safety*, 32 (7), p. 783-794.
- Voysey M. et al. (2021), « Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK », *The Lancet*, 397 (10269), p. 99 -111.
- Wallace M. et al. (2021), « The Advisory Committee on Immunization Practices' Interim Recommendation for Use of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine in Adolescents Aged 12-15 Years - United States, May 2021 », *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 70 (20), p. 749-752.

Woo E., Dimova R. (2022), « Thrombocytopenia after Ad.26.COV2.S COVID-19 vaccine: Reports to the vaccine adverse event reporting system », *Vaccine*, 40 (31), p. 4116-4120.
Zylberman P. (2020), *La guerre des vaccins*, Paris, Odile Jacob.