Compte rendu de la conférence du lundi 14 décembre 2020
« sur la géopolitique de la course au vaccin»

Organisation : conférence organisée par **l'Institut des Relations Internationales et Stratégiques (IRIS) (Merci à Pascal REMOND pour cette belle initiative).**

Crise sanitaire et confinement obligent, nous avons réalisé ***une conférence numérique.***

Lieu - Horaire : - lundi 14 décembre 2020 - De 18h30 à 20h00

Nous pouvions suivre en direct cette conférence sur Internet via le WEBINAIRE.

Participation : pas d'indication sur le nombre d'internautes connectés au WEBINAIRE

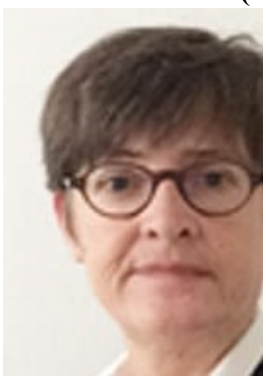
Thème et Intervenants : « **Géopolitique de la course au vaccin : au-delà des annonces** »

Cette conférence a été animée par :

Anne SENIQUIER (IRIS)

Médecin et chercheuse à l'IRIS

Nathalie ERNOULT (IRIS)



Responsable des bureaux régionaux pour la campagne d'accès aux médicaments essentiels à Médecins sans frontières, chercheuse associée à l'IRIS

Antoine BRISTELLE (Sciences Po Grenoble)

Professeur agrégé en sciences sociales, chercheur au PACTE (Sciences Po Grenoble), expert associé à la Fondation Jean-Jaurès

Jean-François CORTY (IRIS)

Médecin et ancien directeur des opérations de Médecins du monde

Cette conférence a été organisée par l'IRIS dans le cadre de l'Observatoire (Dés)information et géopolitique au temps du Covid-19.

Site internet : https://www.iris-france.org/chercheurs/nathalie-ernoult/

Compte-rendu non relu par les conférenciers et n'engageant que son rédacteur.

Déroulement de la soirée :

Anne SENIQUIER : commence la conférence en parlant du **contexte du vaccin** : **ce virus Covid-19 a émergé en Chine et, un an plus tard, après 2 à 3 vagues, les alliances se font au niveau mondial** pour accéder au vaccin.
Après **1,5 millions de décès répertoriés dans le monde**, il y a **214 candidats à la préparation du vaccin** avec des solutions différentes :

- Vaccins injectables
- Vaccins oraux
- Vaccins par nanoparticules
- Vaccins à ADN ou ARN etc.

La recherche d'un vaccin est dite « longue » et on a **déjà deux candidats annonçant le vaccin (Pfizer et Moderna)** mais **beaucoup de personnes n'ont pas confiance**.
Anne revient sur les 20 ans passés : on a vécu le **problème des adjuvants**, nécessaires **pour augmenter la réponse immunitaire**. Le **doute a grandi dans la population**, un **complot a associé le vaccin de la rougeole au risque d'autisme**, ce qui est, bien sûr, une **affabulation**. Les **discours du monde médical ont été pollués dans les réseaux sociaux. Aujourd'hui, avec la Covid-19, on a une pandémie dont la seule vraie option est la vaccination**. On a un **vrai challenge pour donner la confiance à la population**.

Antoine BRISTELLE : confirme le **problème de confiance actuel qui ne s'arrange pas et** qui perdure depuis septembre 2020 : **le nombre de personnes acceptant le vaccin en France est en dessous de 50%.**
Il existe un **lien réel entre la défiance envers les politiques et les scientifiques et le refus de se faire vacciner. Plus la confiance est importante, mieux on se comporte (respect des gestes-barrières etc.).** La **confiance envers les scientifiques a baissé de 90% à 70%.** La **mise en scène des controverses entre les scientifiques** a généré des **brouhahas médiatiques**. Ce qui **inquiète la population est qu'on est sur des délais courts** (contrairement aux vaccins du passé). **Il y a donc nécessité de transparence :** ne cachons points les **effets secondaires** et expliquons-les. **La transparence doit également se faire sous l'aspect économique** : quels investissements réels, quels coûts. Il faut aussi **rassurer sur la dite collusion entre laboratoires et gouvernants**.

Nathalie ERNOULT: complète le propose d'Antoine : dans son expérience de Médecin Sans Frontières, **il doit y avoir transparence entre les essais cliniques et les résultats obtenus.** Or, il y a aujourd'hui une **opacité totale sur ces résultats**, ce qui **amène le doute**. On commence seulement à avoir plus de données.

Jean-François CORTY: dit qu'il existe des négociations en cours. La confiance se pose depuis le début de la crise sanitaire. Il existe **3 niveaux nécessaires** :

- **Lever l'incertitude scientifique** (temps d'immunité après vaccination, effets secondaires, **ce vaccin va-t-il réellement casser l'épidémie ?)**
- **Lever l'incertitude sur les prises de position de certains médecins et des politiques :** on a vu des scientifiques s'écharper devant les caméras. Cela doit nous rappeler que **la médecine n'est pas une science exacte** avec des données définitivement « coulées dans le bronze ». On a vu aussi une **logique des politiques contestable**.
- **Pouvoir réguler les abus de certains laboratoires :** il y a un enjeu très fort de confiance par **la tension suscitée** par **certains laboratoires « qui se gavent »** et des **autorités politiques incapables de juguler ces comportements abusifs.**

Ce passif avec l'épisode COVID fait que **l'on s'interroge sur nos relations entre l'état et les laboratoires pharmaceutiques**. **Comment négocie-t-on l'achat de médicaments** ? **Quels sont les investissements publics** nécessaires ? **On demande des principes de stratégie sanitaire qui donnent confiance**.

Nathalie ERNOULT: indique que **la notion des prix doit se traiter au niveau international.** On a vu assez **une volonté des états de rassembler leurs forces pour stimuler la recherche d'outils contre la COVID**. **Ce mécanisme de solidarité** finançait quelques institutions **avec l'idée que ces produits seraient accessibles à tous**. Mais **cette logique de solidarité s'est transformée avec la crainte de ne pas avoir assez de vaccins** : les accords passés ne donnent aucune visibilité sur leur nature, **le prix des vaccins est annoncé entre 3$ et 50$ la dose.** Tous ces accords nous donnent **peu d'informations sur les coûts de recherche en fonction du prix du vaccin**. Ces prix sont une donnée importante pour les pays en voie de développement. Une grosse partie de la recherche se fait avec des fonds publics.

La majeure partie des doses de vaccins sont achetés par les pays riches. Finalement, on n'a **pas de visibilité sur ces négociations.**
Un autre point concerne les brevets : tout cela est **dans les mains de l'industrie et n'est pas partagé** entre les pays. **L'OMC a demandé la levée de tous les brevets pour tous les produits de santé.**
Une **fracture Nord – Sud est apparue**. Une **géopolitique de la fabrication du vaccin et de la diplomatie vaccinale est en train de se faire**. Cela **va transformer l'échiquier des acteurs de la vaccination.**

Jean-François CORTY: donne des **raisons de la défiance envers les laboratoires pharmaceutiques** : on est aussi sur **l'intégration des lois du marché**. La **défiance se fait aussi sur la solvabilité des états pour stimuler les recherches**. **En un an on a pu développer un vaccin dans toutes ses phases alors qu'il faut normalement 10 ans.**

Question d'un(e) participant(e) : la **« Federal Drug Administration » (FDA) aux USA va-t-elle donner son accord et vérifier l'efficacité et l'innocuité du vaccin ?**

Nathalie ERNOULT répond : il est exact que la phase 3 n'est pas complètement terminée et que certains effets secondaires ne sont pas encore connus. L'avis de la FDA sur le vaccin Pfizer est attendu pour le 29 décembre 2020. L'avis de la FDA sur le vaccin Moderna est attendu pour le 6 janvier 2021. Un moment de solidarité a permis de financer la recherche. Le **second volet attendu est l'accès aux doses de vaccins**. Le **prix est un enjeu** et ce n'est pas le seul. **Il faut multiplier les appareils de production**. Malheureusement **des pays riches (USA, GB et Europe) passent des accords directement avec des laboratoires. Les pays riches qui devaient rejoindre le programme COVAX, ne l'ont pas fait**. **COVAX est une coalition internationale codirigée par l'alliance GAVI pour les vaccins, l'OMS et la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI en anglais »).** Elle est conçue **pour garantir un accès équitable au niveau mondial des vaccins, une fois qu'ils sont développés et autorisés à être utilisés**. Elle couvre actuellement au moins 9 vaccins candidats anti-Covid-19 et son objectif est de **sécuriser l'approvisionnement et de fournir 2 milliards de doses dans les pays qui s'engagent d'ici la fin 2021**. **Les pays riches ont déjà acheté 80% de la production mondiale des vaccins**. **Ce n'est donc pas la raison de santé publique qui prime mais la capacité à payer.** Ainsi **le Canada a acheté 5 fois le besoin de sa population**. **180 pays ont rejoint la COVAX pour avoir accès à ces vaccins. Les pays africains risquent donc de ne pas avoir de vaccins avant juillet 2021**.

Question d'un(e) participant(e) : On est donc sur du commerce plus que de la diplomatie sanitaire. **Quid de la Chine ? A-t-on des partenariats avec eux pour accéder aux vaccins ?**

Nathalie ERNOULT répond : oui il y a des accords entre les pays et les opérateurs chinois. Par exemple, aux **Emirats Arabes,** des vaccinations ont déjà commencé **avec des vaccins chinois** (c'est également vrai avec des **vaccins russes**).

Question d'un(e) participant(e) : pourquoi les actions contre la COVID sont-elles toutes tournées vers les vaccins et pas vers des médicaments qui pourraient tuer le virus ?

Nathalie ERNOULT répond : on a bien essayé différents produits comme médicaments contre la COVID mais aucune efficacité majeure n'a été observée.

Anne SENIQUIER demande : quel est **l'impact du comportement des français par rapport à ce vaccin ?**

Antoine BRISTELLE répond : ce comportement **renforce le manque de confiance des français par rapport à la vaccination.** La **pire des solutions pour les gouvernements serait de cacher les effets secondaires** du vaccin. **Il vaut mieux une stratégie complètement transparente.**

Anne SENIQUIER demande : quelle est la stratégie vaccinale ?

Jean-François CORTY répond : on a su prévenir des mortalités brutales en utilisant certains médicaments. **Avec l'ARN Messager, la vaccination a démarré avant un traitement.** En **fonction des pays, les stratégies sur le vaccin se sont développées. Ainsi, en France, on va vacciner en priorité les EHPAD et le personnel de santé lié à la COVID (mais pas tous les personnels de santé).**
Baisse de la mortalité : ce sont **les populations les plus précaires qui vont subir de fortes mortalités** et **qui devraient être dans les premières vaccinées**. Il est nécessaire de faire en sorte **qu'on vive une démocratie sanitaire**

incluant les médecins traitants, les mairies, les associations des malades, les sciences sociales pour mieux comprendre les comportements

Question d'un(e) participant(e) : concernant l'accès au vaccin des populations utiles, ceux qui ont acheté du surplus (Canada) vont-ils redistribuer ce surplus ?

Nathalie ERNOULT répond : Médecins Sans Frontières discute au niveau européen. Ils se sont **associés pour acheter 6 produits**. Ils **demandent qu'un certain pourcentage acheté puisse être utilisé pour les pays pauvres**. Des **discussions sont en cours, y-compris avec le Canada.** La représentation de tous les pays n'est pas encore suffisante.

Antoine BRISTELLE répond : la **démocratie sanitaire est la clef du problème.** En qui a-t-on confiance ? **En Allemagne on a confiance envers les institutions scientifiques**. **En France, c'est différent, on a plus confiance envers le médecin traitant**. C'est un devoir effectivement de les associer car **ce rapport de proximité est important.**

Question d'un(e) participant(e) : ne faut-il pas attendre la fin de la phase trois pour se prononcer sur le vaccin ?

Anne SENIQUIER répond : c'est **fin décembre 2020**. En attendant, il y a un **risque de crise économique et d'éducation** qui aura **des impacts sur les décennies** à venir, sans compter **l'impact psychologique**. **La pauvreté resurgit ainsi que l'insécurité alimentaire. Mais le rapport risque – sécurité est toujours en faveur de la vaccination.**
Sur les 214 candidats au vaccin, 6 sont déjà opérationnels et **toutes les personnes vaccinées seront suivies dans les deux ans qui suivent** leur vaccination.

Question d'un(e) participant(e) : la vaccination n'étant pas obligatoire en France, que faire si on n'a pas assez de vaccinés pour éradiquer le virus ?

Antoine BRISTELLE répond : globalement la question de **rendre la vaccination obligatoire avec des amendes pour les contrevenants ne fonctionne pas**. Si les personnes ont la conviction que le vaccin est dangereux, elles n'iront pas malgré l'incitation. **La conviction est le seul moyen pour gérer la vaccination.**

Nathalie ERNOULT répond : élargissons ce débat aux **autres vaccinations** : **l'impact sur les systèmes de santé pour les autres maladies est fort**. Le fait de **prioritiser la COVID a un impact sur l'accès à la vaccination et sur le prix** que devront payer les pays sur les vaccins dont ils ont un besoin relatif. **OMS demande que 60% de la population africaine soit vaccinée,** cela entraîne que **d'autres maladies vont faire mourir les personnes.**

Jean-François CORTY répond : la **stratégie vaccinale doit tenir compte de l'acceptabilité du vaccin p**ar les personnes. Il existe une **sur-focalisation sur la COVID** qui **aboutit à la mise de côté des autres maladies (et à des retards sur la cancérologie).** Tous les mécanismes vont être impactés**. L'immunothérapie est attendue en cancérologie**, avec un **coût énorme**. **La vaccination de la rougeole a donné une immunité collective qui n'est pas bonne à cause des mauvais choix des personnes**. Il y a donc une **exigence de pédagogie au quoti**dien : **des efforts de transparence et de communication sont nécessaires**. On a **trop de manque d'information pour pouvoir légitimer l'obligation de la vaccination.**

Question d'un(e) participant(e) : que pensez-vous des deux vaccins actuels les plus en avance ? Pensez-vous aussi que la COVID pourrait muter à un autre virus ?

Anne SENIQUIER répond : les deux vaccins actuels les plus avancés sont le **vaccin Pfizer** et le **vaccin Moderna**. **Plus tard, il y aura un vaccin spécifique à chaque population.** Car **Pfizer nécessite une chimie du froid à -71°C et ne convient pas pour une vaccination de masse et dans les pays pauvres**. Quant à **la mutation du virus, il n'en est pas question pour le moment.** On **a su sortir le code génétique de la COVID et on a su fabriquer de l'ARN très vite**. Des documentaires tels que **« hold-up » ont favorisé et démocratisé les canulars (« fake news ») sur le s**ujet.

Antoine BRISTELLE ajoute : les théories complotistes et conspirationnistes foisonnent sur le sujet, comme **« l'épidémie n'existe pas ».** Il **est légitime qu'il y ait une défiance**. Toutes **ces théories du complot existent là où il y a une peur et où les gouvernements n'apportent pas les réponses nécessaires**. Il y a donc **nécessité de transparence** et de **donner des faits réels**. Mais **le nombre d'indécis est grand : 60% des personnes se demandent si**

elles vont se faire vacciner. **L'enjeu de la transparence est donc fort** pour que la balance penche du bon côté pour ces personnes qui n'ont encore pas décidé.

Nathalie ERNOULT poursuit : la **chaîne du froid et la logistique ne font pas partie du coût du vaccin**. **Le vaccin à -71°C n'est pas l'idéal à ce sujet. Moderna, de son côté, se conserve à -20°C pour lequel la chaîne de froid est plus classique. Il y aura un panel de beaucoup plus de vaccins disponibles.** Ce qui est **le plus important** est de **pouvoir toucher les gens très éloignés des villes.**
A suivre, donc et rendez-vous sur le site IRIS pour en savoir plus et se tenir au courant de l'actualité dans ce domaine.

Rédacteur : Jean-Pierre BULLIARD
Vice-Président d'IESF Franche-Comté
Vice - Président des Ingénieurs INSA de Franche-Comté