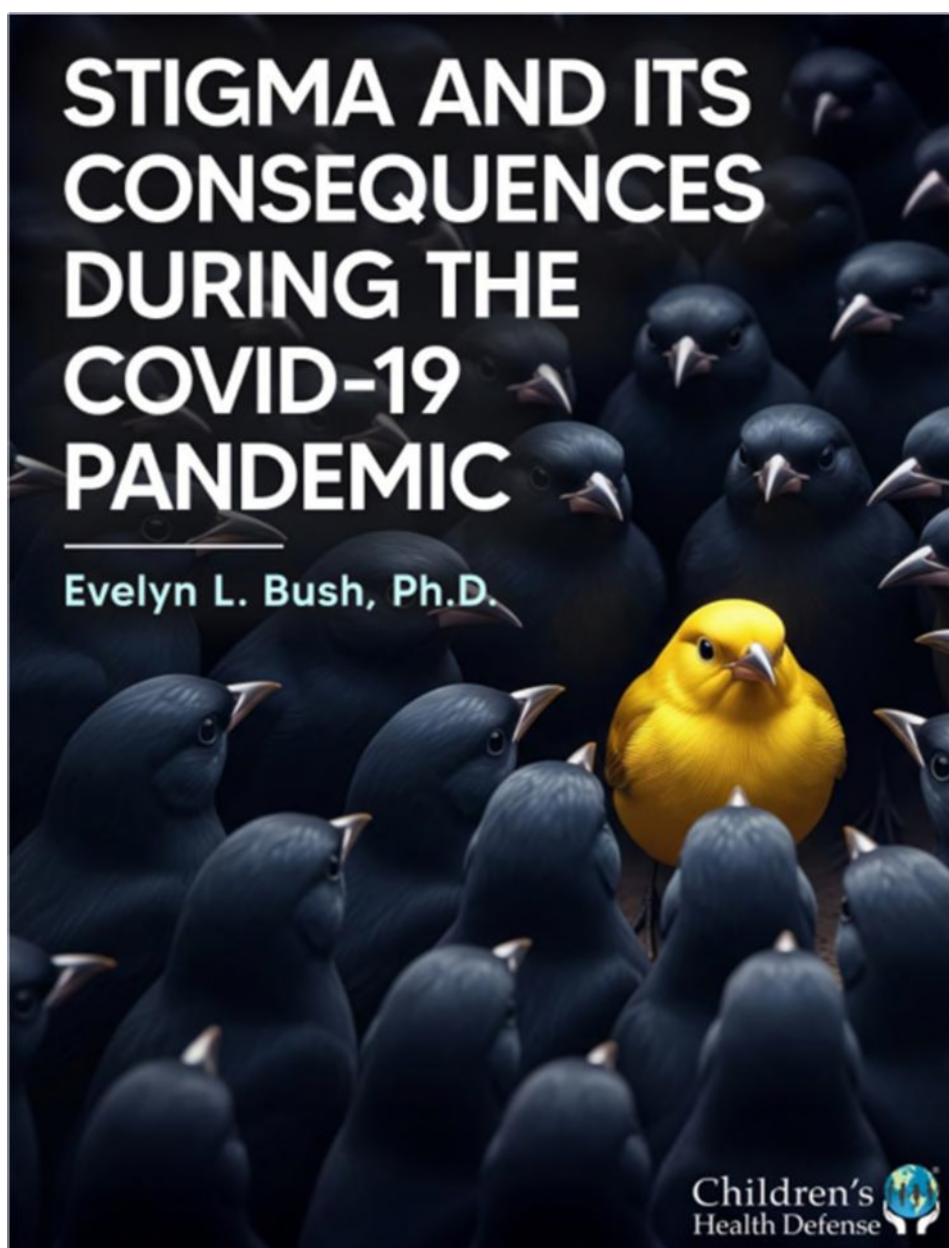


La stigmatisation et ses conséquences pendant la pandémie de COVID-19

Evelyn L. Bush, Ph.D.

Traduction automatique par liege.decroissance.be/covid

Original en anglais : childrenshealthdefense.org/ebook-sign-up/



La stigmatisation et ses conséquences pendant la pandémie de COVID-19

Evelyn L. Bush, Ph.D.

« Les non-vaccinés sont des extrémistes qui ne croient pas en la science, ils sont souvent misogynes et racistes. Il s'agit d'un petit groupe qui s'en mêle. Et nous devons faire un choix... Est-ce que nous tolérons ces personnes ? »

- Justin Trudeau, Premier ministre du Canada, 16 septembre 2021

« Si vous marchez parmi nous sans être vacciné, vous êtes un ennemi.

- Gene Simmons, co-chanteur du groupe de rock KISS, 10 novembre 2021

“Dans un monde de menaces, de tyrans et de terreur, vous savez quel est notre plus grand ennemi en Amérique ? Nos concitoyens américains... Beaucoup trop d'entre eux sont encore dans le camp des anti-vax”.

- Chris Cuomo, ancien journaliste de CNN, 6 octobre 2021

“Parce que franchement, nous savons que nous ne pouvons pas faire confiance à ceux qui ne sont pas vaccinés.

- Leanna Wen, cadre dans le secteur de la santé et éditorialiste au Washington Post, 29 juillet 2021

‘Dans mon Amérique, tous les hôpitaux vous seraient fermés. Vous allez rentrer chez vous et mourir’.

- Howard Stern, personnalité médiatique ‘shock jock’, 19 janvier 2022



Pensée de groupe. Recherche de boucs émissaires. Personnalité autoritaire.

Si vous suivez n'importe quel cours d'introduction à la sociologie, vous serez initié à ces concepts. Vous lirez des articles sur les célèbres expériences de Milgram, dans lesquelles les sujets de recherche étaient facilement influencés par l'autorité scientifique pour administrer des chocs électriques à des étrangers ; l'étude de perception de Solomon Asch, qui a montré comment les individus s'en remettent facilement au jugement des autres plutôt que de croire leurs propres yeux ; et l'expérience de la prison de Stanford, qui a démontré à quel point les figures d'autorité et les institutions peuvent facilement contraindre les gens ordinaires à devenir soumis ou violents sur la base d'une assignation aléatoire dans les rôles de prisonnier ou de gardien.

Ces concepts et études sont importants car ils nous aident à comprendre les périodes et les lieux où les gens ordinaires suspendent leur propre jugement et, ce faisant, se retournent contre leurs amis, leur famille, leurs voisins et leurs collègues. Qu'ils soient actifs ou passifs, ils participent à des violations de leurs droits fondamentaux. Ces études classiques illustrent également le rôle des autorités

et les institutions jouent un rôle dans la formation de ces comportements socialement malveillants. Dans les cas extrêmes, comme en temps de guerre ou de génocide, la manipulation de l'opinion et de la perception par le gouvernement et les médias encourage le tribalisme et permet la cruauté, menaçant ainsi le droit même à la vie. Mais il n'est pas nécessaire de se référer à des événements extraordinaires pour observer ces tendances sociales. Les attitudes, les croyances et les dispositions qui sous-tendent ces moments, ainsi que les efforts des acteurs puissants pour les exacerber et les manipuler par le biais de messages, de lois et de politiques, sont toujours présents et soutiennent les formes quotidiennes de préjugés et de discrimination fondés sur la race, la classe, l'appartenance politique et les capacités, pour n'en citer que quelques-unes.

Mais les événements qui ont suivi la déclaration de pandémie de COVID-19 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en mars 2020 ont été différents. Les grands clivages qui ont marqué (et marquent encore) notre société avant cette date étaient présents depuis longtemps, profondément ancrés dans des héritages historiques dont les origines sont souvent occultées. Ces antagonismes sociaux de longue date

Ces antagonismes sociaux de longue date entre groupes peuvent sembler aller de soi, puisque nous sommes tous nés dans des mondes où les frontières étaient déjà tracées.

En revanche, les réponses institutionnelles au COVID-19 nous ont montré en temps réel comment les gouvernements et leurs alliés des médias pouvaient créer de nouvelles formes de division, apparemment à partir de rien. Jour après jour, tout au long des années 2021 et 2022, les médias d'information et de divertissement nous ont exposés à une répétition monotone et coordonnée d'accusations et d'insultes, décrivant ceux qui remettaient en question les protocoles de lutte contre la pandémie comme des ignorants, des égoïstes, des personnes indignes de confiance et dangereuses ; en bref, des ennemis du peuple. Nous avons pu voir comment, pratiquement du jour au lendemain, un nouveau statut social – non vacciné – qui n'était auparavant qu'une source d'inquiétude ou de curiosité occasionnelle, est devenu la base de la création d'une véritable classe de parias, dans de nombreux endroits exclus de l'emploi, de l'éducation, des transports publics et de la vie de la communauté. Comme pour la création de groupes marginalisés à d'autres périodes de l'histoire, la clé de cette transformation sociale a été la fabrication et l'armement de la stigmatisation.

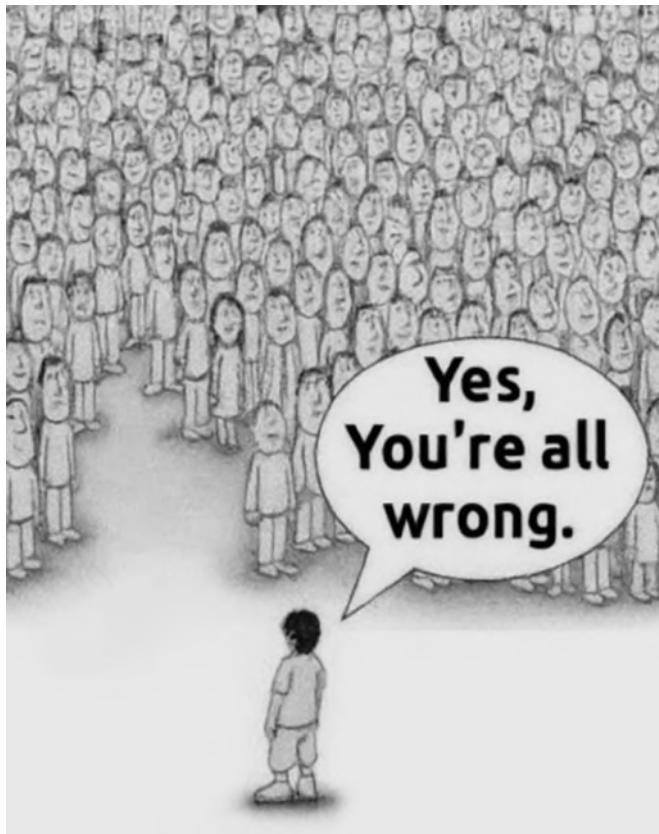
La stigmatisation est aussi depuis longtemps une caractéristique des réactions des sociétés face à la maladie¹, et les chercheurs en santé ont adopté diverses positions sur le rôle que la stigmatisation devrait jouer dans les efforts visant à influencer les comportements en matière de santé. D'une part, certaines campagnes de messages de santé publique ont délibérément stigmatisé, convaincues que la stigmatisation peut décourager les comportements néfastes pour la santé tels que le tabagisme, la consommation d'alcool ou les mauvaises habitudes alimentaires ; ^{2,3} mais d'autre part, la stigmatisation est largement reconnue comme contre-productive pour les réponses de santé publique. ^{4, 5, 6, 7} La stigmatisation est connue pour être particulièrement contre-productive dans le contexte des épidémies de maladies infectieuses, et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, comme le décrivent les CDC à propos de l'épidémie de SRAS de 2003, les personnes qui sont craintes et stigmatisées peuvent retarder le moment de se faire soigner et rester dans la communauté sans être détectées⁸. Deuxièmement, l'isolement et le stress provoqués par la stigmatisation peuvent conduire à la dépression⁹ ou à l'exclusion de toute autre forme de soins.

Troisièmement, l'isolement social associé à la stigmatisation¹³ prive les individus des bienfaits des relations qui protègent leur santé.¹⁴ Les chercheurs en santé ont également établi que la stigmatisation exacerbe les inégalités existantes en matière de santé¹⁵, telles que celles fondées sur la race, le sexe ou la sexualité, et qu'elle stigmatise davantage les groupes déjà marginalisés ^{16,17}. Et pourtant, bien que les chercheurs en santé soient largement conscients des effets néfastes de la stigmatisation sur la santé, ceux qui ont donné le ton de la réponse à la pandémie de COVID-19 l'ont tacitement tolérée ou l'ont activement encouragée.

Tout au long des mois qui ont suivi la déclaration de la pandémie, les gouvernements et leurs alliés des grands médias du monde entier ont lancé des campagnes de communication agressives visant à stigmatiser les personnes qui refusaient ou remettaient simplement en question les aspects coercitifs de la réponse de santé publique, en particulier les vaccins obligatoires. Souvent à la demande des gouvernements, les employeurs ont licencié ou retenu les revenus de leurs employés de longue date, les universités ont refusé l'accès à l'enseignement aux étudiants qui payaient des frais de scolarité, tandis que les professeurs ont été licenciés ou mis en congé sans solde. Des associations professionnelles ont interdit à leurs collègues l'accès à des conférences et à des événements de réseautage, des chefs d'entreprise et des artistes ont banni des clients et des fans de leurs établissements et de leurs spectacles, et des particuliers ont désinvité des membres de leur famille et des amis de réunions de vacances et de mariages, tout cela parce qu'ils avaient refusé un médicament expérimental.

Quels ont été les résultats de ces mesures ? En valaient-elles la peine ? Les vaccins obligatoires ont-ils donné les résultats escomptés ? Et quelles ont été les conséquences pour ceux qui ont choisi de ne pas se faire vacciner ? Ce livre électronique examine les recherches publiées sur la stigmatisation de la santé pendant la pandémie de COVID-19 afin de répondre à ces questions et à d'autres questions connexes.



Qu'est-ce que la stigmatisation ?

Le sociopsychologue Erving Goffman a défini la stigmatisation en termes d'« identité gâchée » (Goffman 1963)¹⁸. Il écrit : « Les Grecs [...] ont créé le terme de stigmate pour désigner des signes corporels destinés à mettre en évidence quelque chose d'inhabituel et de mauvais dans le statut moral du signifiant. Les signes étaient découpés ou brûlés sur le corps et annonçaient que le porteur était un esclave, un criminel ou un traître – une personne souillée, rituellement polluée, à éviter, en particulier dans les lieux publics »¹⁹Aujourd'hui, le terme « stigmate » fait davantage référence à la honte et à la disgrâce attribuées à une caractéristique qu'à une quelconque marque visible²⁰Mais aujourd'hui comme hier, les individus stigmatisés sont perçus par ce que Goffman appelle les « normaux » (ceux qui n'ont pas de stigmate) comme étant moins qu'humains. Cette déshumanisation n'est ni anodine ni éphémère dans ses conséquences. Pour

Au contraire, elle pousse les gens en marge de la société et sert de base à des formes concrètes de discrimination qui réduisent les chances de vie des personnes stigmatisées en termes, par exemple, d'emploi, de logement ou de traitement par les prestataires de soins de santé^{21, 22, 23}.

La maladie peut être à la fois un catalyseur et une conséquence de la stigmatisation. En ce qui concerne les conséquences de la stigmatisation, celle-ci n'est pas seulement un « facteur central de morbidité et de mortalité », mais aussi une cause fondamentale d'inégalité en matière de santé²⁴. En ce qui concerne la stigmatisation en réponse à la maladie, historiquement, la maladie de Hensen (lèpre), la typhoïde et la peste bubonique ont été légendaires pour la peur qu'elles ont provoquée. Et si la peur de la transmission des maladies reste un facteur important dans la perpétuation de la stigmatisation aujourd'hui²⁵, la stigmatisation n'est pas toujours ou uniquement ancrée dans la peur. La stigmatisation de la santé est également motivée par des croyances concernant des comportements ou des traits de caractère sous-jacents (promiscuité sexuelle, simulation, manque de maîtrise de soi, manque de confiance, manque d'intelligence) que les gens attribuent aux personnes atteintes de maladies non contagieuses, telles que les maladies mentales, l'obésité, le handicap ou la toxicomanie. Les personnes souffrant de diagnostics controversés tels que le syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie, le syndrome de la guerre du Golfe et les lésions dues aux vaccins sont également stigmatisées, car les professionnels de la santé et les profanes croient souvent qu'elles imaginent leurs symptômes ou qu'elles en attribuent les causes de manière erronée.

D'où vient la stigmatisation ?

À première vue, puisque les gens ordinaires pratiquent la stigmatisation, nous pourrions supposer qu'elle se produit tout à fait naturellement, dans le cadre des interactions sociales quotidiennes. Emile Durkheim, par exemple, a décrit la stigmatisation comme ayant parfois une fonction de survie du groupe. En isolant socialement les déviants et en traçant des

En isolant socialement les déviants et en traçant des frontières d'exclusion (en créant des exclus), ceux qui se conforment aux normes du groupe créent une cohésion sociale entre eux.²⁶ Les chasses aux sorcières en Europe seraient un exemple historique extrême, certains auteurs ayant émis l'hypothèse qu'elles avaient permis de rétablir l'ordre social pendant des périodes de bouleversements prononcés provoqués, par exemple, par la peste et la guerre.^{27,28}

Bien entendu, une autre façon d'envisager les fonctions sociales des chasses aux sorcières est qu'elles ne profitent pas à la société dans son ensemble. Au contraire, dans le contexte des chasses aux sorcières, de l'esclavage, du génocide ou de la guerre, la stigmatisation qui crée une cohésion sociale pour certains se fait au prix de milliers, voire de millions, de vies d'autres personnes. Plutôt que de profiter à la « société », la stigmatisation sert les intérêts des groupes les plus puissants de la société²⁹. Et une grande partie de la stigmatisation qui semble être organique – ou produite par le bas – est en fait fabriquée par le haut par ceux qui contrôlent les institutions de la société – gouvernement, médias, divertissement, religion – qui ont une portée et une autorité énormes pour façonner les croyances et les comportements de tous les jours.

À cet égard, la stigmatisation est étroitement liée à la désignation d'un bouc émissaire, qui est un outil utilisé par les acteurs puissants pour rejeter la responsabilité de leurs propres échecs et actions destructrices sur des groupes moins puissants, ce qui leur permet de maintenir ou de renforcer leur emprise sur des ressources telles que l'argent, le prestige, les fonctions politiques ou d'autres positions d'autorité.^{30,31} Comme le soulignent Link et Phelan, « pour qu'il y ait stigmatisation, il faut que le pouvoir soit exercé » et il l'est de manière à « ... atteindre les objectifs des stigmatisateurs en ce qui concerne l'exploitation, la gestion, le contrôle ou l'exclusion d'autres personnes »^(32,33).

La stigmatisation en matière de santé est une forme de bouc émissaire que les autorités de santé publique ont utilisée pour se protéger de la responsabilité de leurs propres échecs, inefficacités ou abus. Elles y parviennent grâce à des messages sanitaires qui réduisent de manière simpliste les causes complexes des problèmes de santé publique à des choix individuels et volontaires³⁴. L'expression « pandémie de non-vaccination » est l'un de ces messages simplificateurs

qui a réduit de manière rhétorique les facteurs complexes à l'origine du COVID-19 à un mantra simpliste accusant un groupe particulier – les personnes non vaccinées. Comme le décrit un article paru dans la revue *Frontiers in Public Health*, les personnes non vaccinées ont été « souvent accusées publiquement d'être [...] la principale cause des poussées infectieuses, devenant ainsi le nouveau bouc émissaire politique transnational des inefficacités cumulées en matière de santé publique et des ondes de choc socio-économiques qui en découlent » (35).³⁵ De même, un article paru en 2021 dans le *Journal of the American Medical Association's Health Forum* affirmait que l'accent mis par les médias sur « l'hésitation vaccinale » au sein des communautés minoritaires faisait porter la responsabilité des inégalités de santé fondées sur la race sur la décision des individus de ne pas se faire vacciner. En réalité, les mauvais résultats sanitaires des communautés minoritaires sont dus à une longue histoire de négligence et d'inégalité d'accès aux ressources de santé, qui est devenue plus visible dans le contexte du COVID-19³⁶.

Mais les messages ne sont qu'une partie de l'histoire. Les autorités créent la stigmatisation non seulement par l'écriture et le discours, mais aussi par la *stigmatisation structurelle*, un terme qui fait référence à la *stigmatisation structurelle*.



aux lois, politiques et pratiques qui traitent systématiquement certaines personnes de manière injuste⁽³⁷⁾. La stigmatisation structurelle prend diverses formes, dont certaines sont reconnaissables dans la réponse au COVID-19, comme l'isolement physique et social (restrictions concernant les visiteurs dans les établissements de santé), la ségrégation (obligation pour les personnes non vaccinées de dîner à l'extérieur) et les obstacles à l'emploi, à l'éducation et à l'hébergement public (mandats de vaccination et passeports de vaccination). Parmi les autres formes de stigmatisation structurelle, on peut citer les restrictions du droit de vote, du droit de faire partie d'un jury ou du droit de garde des enfants³⁸. Et, comme pour la stigmatisation structurelle en général, la stigmatisation des personnes non vaccinées n'était pas simplement une réaction naturelle de la part de personnes ordinaires effrayées par la possibilité d'une infection ; au contraire, elle a été orchestrée d'en haut.

Stigmatisation et ingénierie sociale pendant la période pré-vaccinale

La panique du COVID-19

La stigmatisation des personnes non vaccinées n'est pas apparue du jour au lendemain avec l'introduction des vaccins COVID-19 ; c'est plutôt le gouvernement et les médias qui ont créé les conditions de cette stigmatisation pendant la période précédant l'introduction des vaccins, lorsque les responsables gouvernementaux ont démantelé les réseaux de soutien social des sociétés et ont ordonné à tous ceux qu'ils considéraient comme des travailleurs essentiels de rester à la maison. Dès les premiers mois du COVID-19, certains chercheurs en santé ont tiré la sonnette d'alarme sur les actions des gouvernements et ont attiré l'attention sur les dangers de la stigmatisation en matière de santé.

sur les dangers de la stigmatisation sanitaire. Ils s'inquiétaient de la stigmatisation de deux groupes en particulier : d'une part, les personnes perçues comme présentant un risque plus élevé d'infection par le COVID-19 et, d'autre part, les minorités raciales et ethniques.

En ce qui concerne le premier point, les chercheurs en santé ont mis en garde contre le fait de blâmer, d'isoler socialement et d'ostraciser des groupes tels que les travailleurs de première ligne, les migrants, les voyageurs et les personnes ayant guéri ou ayant été proches de personnes ayant contracté le COVID-19³⁹. En fait, lors d'une conférence de presse de l'Organisation mondiale de la santé⁴⁰, même Tedros Ghebreyesus a mis en garde : « La stigmatisation, pour être honnête, est plus dangereuse que le virus lui-même ». Il faut vraiment le souligner. La stigmatisation est l'ennemi le plus dangereux ». Cette mise en garde était en effet justifiée, car dans certaines régions du monde, la stigmatisation associée au COVID-19 était suffisamment grave pour pousser au suicide certaines personnes atteintes du COVID-19 ou simplement soupçonnées de l'être^{41,42}.

En ce qui concerne les minorités raciales et ethniques, les chercheurs ont surtout attiré l'attention sur les minorités asiatiques, qui étaient les principales cibles, comme le montre par exemple l'augmentation des crimes de haine contre les Asiatiques^(43,44) ⁽⁴⁵⁾. Mais d'autres groupes minoritaires ont également été stigmatisés. Lors de la réponse à la pandémie aux États-Unis, les formes de préjugés et de discrimination antérieures à la pandémie ont été exacerbées, de sorte que les groupes raciaux et ethniques marginalisés, en particulier les Hispaniques et les Noirs non hispaniques, ont été les plus soupçonnés et les plus blâmés⁽⁴⁶⁾.

Cependant, alors que les chercheurs mettaient en garde contre la stigmatisation liée au COVID-19, les autorités sanitaires et les médias travaillaient souvent à contre-courant, attisant la peur et la désapprobation sociale. Par exemple, au Royaume-Uni, le groupe indépendant Scientific Pandemic Insights Group on Behaviors (SPI-B), émanation de l'influent Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE), a produit un document donnant des conseils sur la manière de faire respecter les directives en matière de distanciation sociale⁴⁷. Sous la rubrique « coercition », le SPI-B préconise explicitement l'ingénierie de la « désapprobation sociale » afin de « décourager l'incapacité à adopter des comportements prosociaux ».

Ce même document préconise l'inculcation de la peur, en déclarant : « Un nombre important de personnes ne se sentent toujours pas suffisamment menacées personnellement... Le niveau perçu de menace personnelle doit être augmenté parmi ceux qui sont complaisants, en utilisant des messages émotionnels percutants » (voir également Dodsworth 2021)^{49, 50}.

La distanciation sociale qui a tant occupé l'IPS-B n'est qu'un des nombreux rituels du COVID-19 qui rappellent aux populations qu'il faut avoir peur. Parmi les autres, citons les règles arbitraires entourant l'utilisation du masque (le porter debout, l'enlever assis), les rituels corporels tels que le lavage et la désinfection compulsifs des mains, les actes de soumission, y compris les tests de prélèvement nasal dégradants et, pour certains, douloureux, et la reconfiguration des relations « autorisées » et « interdites » au sein de la famille, des amis et des collègues. Ces manifestations d'une « nouvelle normalité » ont servi à rappeler constamment que tout le monde devait être considéré comme contaminé et dangereux.

Ces interventions ont sans doute non seulement traumatisé la société, mais aussi affaibli les liens sociaux. Le masquage et l'éloignement social et physique à l'échelle de la société, combinés à la fermeture forcée des salles de restaurant, des salons, des barbiers, des écoles, des terrains de sport et de jeux, des lieux de travail, des institutions religieuses, des parcs, bref, de tout, ont mis hors d'état de nuire les ressources communautaires qui nourrissent habituellement les relations humaines. En leur absence, les gens se sont retrouvés seuls et isolés devant des écrans lumineux, soumis aux messages incessants et monotones des médias de masse. Le message ? Qu'une « nouvelle normalité » était arrivée et que chacun devait accepter que la vie collective soit radicalement transformée. Cette nouvelle vie collective n'est pas ancrée dans l'amitié, la famille ou les liens traditionnels qui unissent les individus, mais tourne autour de la conformité collective aux instructions des gouvernements, qui ne sont pas seulement la seule source de « vérité »⁵¹, mais aussi le seul arbitre du « plus grand bien ».

Pour délimiter les frontières entre les initiés et les étrangers dans ce nouveau monde, les complaisants ont eu droit à des doses quotidiennes de caresses de l'égo de la part d'Andrew Cuomo, Justin Trudeau, Joe Biden, et d'une multitude de producteurs d'opinions politiques et d'animateurs de talk-shows,

et d'une multitude de producteurs d'opinions politiques et d'animateurs de talk-shows, assurant à ceux qui se conformaient aux protocoles du COVID-19 qu'ils étaient des gens bons, forts (« New York tough »), courageux, attentionnés et aimants, simplement en vertu de leur obéissance inébranlable. Le sous-texte, bien sûr, était que ceux qui ne se conformaient pas aux ordres du gouvernement n'avaient pas ces vertus. C'est au cours de cette période pré-vaccinale que les médias, à la demande des autorités sanitaires, ont préparé les gens à accepter une société civile reconstruite basée sur des formes de ségrégation et d'exclusion nouvellement établies, dont les distinctions entre le bien et le mal seraient définies strictement en termes d'obéissance aux mandats du gouvernement.

Les injections d'ARNm font leur apparition.



Stigmatiser les non-vaccinés : Une stratégie de santé publique

Avec l'arrivée de l'autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) pour les injections d'ARNm, les médias gouvernementaux et corporatistes ont remplacé le principe d'organisation central du « nouvel ordre normal » – la croyance que tout le monde est dangereux – par la création de deux classes – les vaccinés et les non-vaccinés. Cette distinction est rapidement devenue la source d'une polarisation prononcée, les personnalités médiatiques et politiques formant un chœur unifié, répétant monotone le refrain selon lequel le COVID-19 était une « pandémie de non-vaccinés ».

À l'instar de l'ingénierie sociale à l'origine de la réponse à la pandémie pré-vaccinale, l'assaut de stigmatisation des personnes non vaccinées était également le résultat d'un plan coordonné visant à façonner les cœurs, les esprits et les comportements des populations dans l'ensemble du monde occidental.

Aux États-Unis, au début de 2021, le CDC et le HHS ont financé une vaste campagne médiatique⁵², sollicitant des célébrités, des ligues sportives professionnelles, des médias d'information et des animateurs de talk-shows, des membres du clergé et d'autres personnes pour encourager l'adoption des injections d'ARNm. Les documents⁵³ obtenus par Judicial Watch dans le cadre d'une demande de liberté d'information suggèrent que leur stratégie explicite s'articule principalement autour de messages positifs destinés à accroître la confiance du public dans les vaccins, en mettant fortement l'accent sur les communautés minoritaires.⁵⁴ Mais malgré leurs prétentions à promouvoir des messages positifs, dans la pratique, bon nombre des célébrités et des producteurs d'opinion qui ont été vraisemblablement recrutés pour faire de la propagande vaccinale

a fait cela en faisant honte et en ridiculisant les personnes qui ont choisi de ne pas recevoir les injections. Aujourd'hui, les compilations des messages agressifs et stigmatisants qui ont saturé les ondes après le lancement des injections expérimentales ne manquent pas, y compris les sites web consacrés à la ridiculisation des personnes non vaccinées qui sont décédées à cause du COVID-19.

S'écarter radicalement de ce qui avait été, au moins nominalement, le consensus normatif en matière de santé publique, le programme de manipulation psychologique en faveur de la vaccination s'est rapidement transformé en un torrent de boucs émissaires, de déshumanisation et de menaces à l'encontre de ceux qui remettaient en question ou choisissaient de ne pas se conformer à ces obligations. En fait, même certains chercheurs en santé ont stigmatisé les personnes non vaccinées, en particulier dans le domaine de la santé mentale. Plutôt que d'appliquer des décennies de connaissances accumulées sur les effets stigmatisants des étiquettes psychiatriques pour recommander de ne pas les appliquer imprudemment aux choix de santé liés au COVID-19, certains professionnels de la santé mentale, comme nous le verrons, ont utilisé les étiquettes de santé mentale comme des armes pour attaquer ceux qui remettaient en question des aspects clés de la réponse institutionnelle au COVID-19. Le résultat logique a été une double stigmatisation, puisque le refus des mesures coercitives de COVID a été stigmatisé non seulement en tant que tel, mais aussi en tant que signe de troubles mentaux.

La combinaison de la stigmatisation « anti-vax » et de la stigmatisation psychiatrique est loin d'avoir des conséquences négligeables. L'étiquetage psychiatrique exacerbe la vulnérabilité de aux violations des droits de l'homme, car il place le non-respect des mesures de « santé » sur un terrain juridique qui permet l'internement civil involontaire et le « traitement » forcé. Il suffit d'examiner les utilisations historiques de la psychiatrie politique dans des pays comme l'Allemagne nazie, l'Union soviétique, la Chine et les États-Unis, en particulier à l'époque de McCarthy, pour se rendre compte des risques d'abus^{56, 57, 58}.

L'un des exemples les plus connus de cette militarisation de la psychiatrie est le cas de la Suisse, de l'Allemagne, de l'Union soviétique, de la Chine et des États-Unis.

le cardiologue [Thomas Binder](#). Dans des entretiens séparés avec [The Last American Vagabond](#)⁵⁹ et [Dr. Drew](#)⁽⁶⁰⁾, le Dr Binder, titulaire d'un doctorat en immunologie et en virologie, a expliqué comment, après s'être élevé contre les restrictions, les mandats et les tests PCR, il a reçu la visite de 60 officiers de police armés et d'une unité antiterroriste suisse. Bien que les forces de l'ordre aient par la suite estimé que Binder ne constituait pas une menace pour lui-même ou pour autrui, un psychiatre a diagnostiqué peu après l'événement une « folie coronale » (pour laquelle il n'existe pas de code CIM) et a interné Binder dans un service psychiatrique. Pour pouvoir reprendre le travail, le Dr Binder a dû choisir entre six semaines d'incarcération dans un hôpital psychiatrique et la prise de médicaments psychiatriques pour ce que le psychiatre « traitant » a qualifié de « manie ».

Étiquetage psychiatrique et choix de la vaccination

Le cas de Binder s'inscrit dans une tendance plus large de la recherche sur la santé mentale, car du jour au lendemain, une véritable industrie artisanale de la recherche s'est accumulée pour tenter d'établir un lien entre le refus des vaccins et d'autres formes de non-conformité à la directive COVID-19 et la maladie mentale. D'une manière générale, les auteurs de ce corpus de recherche ont massivement présenté le refus de la vaccination COVID-19 comme un problème et n'ont pas remis en question (en fait, ils ont généralement répété) les récits et les mantras hégémoniques sur les vaccins « sûrs et efficaces ». Notamment, ils ont agi de la sorte sans se demander si, en tant que chercheurs en santé mentale, ils étaient habilités à prendre de telles décisions. Les auteurs de ces études

ont souvent attribué – sans données ni preuves – les croyances des personnes qui refusent de se faire vacciner à des théories du complot (qu'ils n'ont généralement pas réussi à définir ou à réfuter par des preuves) et ont généralement présenté leur travail comme étant motivé par le désir de « réduire l'hésitation face aux vaccins ». Mais certains documents sont allés au-delà de la régurgitation des récits des médias et se sont révélés tout simplement menaçants.

Prenons par exemple le [commentaire](#) de Raballo, Poleti et Preti⁶¹, qui soutiennent le traitement forcé des « négateurs du COVID-19 non vaccinés » dont les tests PCR pour le COVID-19 sont positifs. Leur stratégie rhétorique visant à rejeter le manque de preuves à l'appui des diagnostics psychiatriques pour les personnes ayant refusé le traitement est particulièrement remarquable : Les auteurs ont admis que « ce comportement potentiellement mortel et menaçant pour l'individu [le refus de traitement] est apparemment exprimé *sans signes manifestes* d'intention suicidaire ou de psychopathologie documentée (c'est nous qui soulignons) ». Mais au lieu de simplement ne pas utiliser d'étiquettes psychiatriques, les auteurs ont pivoté vers l'affirmation selon laquelle le simple fait de refuser un traitement constitue néanmoins une cause d'intervention coercitive. Ils ont ensuite procédé à une comparaison polémique sensationnelle avec les sectes suicidaires, déclarant que « de tels *comportements para-suicidaires* chez les négateurs du COVID-19 évoquent certaines caractéristiques des cultes (par exemple, le Temple du Peuple en Guyane, l'Ordre du Christ, etc, Peoples Temple en Guyane, Order of the Solar Temple en Suisse, en France et au Canada, Heaven's Gate à Santa Fe, USA)⁶² et des suicides idéologiques (par exemple, le *terrorisme suicidaire*),⁶³ puisqu'ils sont mis en œuvre sur la base de visions du monde spécifiques et partagées (c'est nous qui soulignons) »⁽⁶⁴⁾.

Les auteurs ont ensuite attribué le « refus thérapeutique menaçant » de ces « négateurs du COVID-19 » à des schémas de pensée « *para-délirants* », « *schizotypiques* » et « *psychotiques* ». ⁶⁵ Comme les auteurs n'ont pas pu prouver l'existence d'un délire ou d'une psychose réels (en fait, ils ont affirmé n'avoir ni rencontré ni évalué ces patients hypothétiques), ils se sont rabattus sur des croyances *para-délirantes* et psychotiques pour justifier le traitement forcé : « Le traitement forcé n'est pas un traitement de substitution ».

ces patients hypothétiques), ils se sont rabattus sur des allégations de para-délire et de croyances de type *psychotique* pour justifier le traitement forcé :

« Le traitement obligatoire pourrait être légitimement appliqué parce que la capacité de l'individu à prendre des décisions concernant le traitement médical est significativement altérée.... traitement obligatoire des négateurs de COVID-19 serait bien sûr considéré comme une condition d'exemption du principe jurisprudentiel central de la liberté de choix dans la question bioéthique du traitement médical⁶⁶ dont le concept moteur (le consentement éclairé du patient) est remis en question par le déni de la maladie.⁶⁷ En d'autres termes, dans le cas de COVID-19, il ne devrait pas y avoir de consentement éclairé.

Compte tenu de la teneur et du ton menaçants de ces experts de la santé, peut-on vraiment reprocher à une personne atteinte de COVID-19 d'avoir refusé de se rendre aux urgences ?

D'après l'analyse de la littérature réalisée pour cet eBook, les résultats de la recherche sur un lien hypothétique entre le refus de la vaccination et la maladie mentale sont mitigés, mais penchent fortement en faveur de l'hypothèse nulle. En d'autres termes, il n'y a guère de preuves convaincantes montrant que le refus de la vaccination est dû à une maladie mentale. Au contraire, dans plusieurs études, ce sont les personnes vaccinées qui étaient les plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé mentale. Par exemple, en ce qui concerne la vaccination en général (au-delà de la vaccination COVID-19), un article paru dans 2 Minute Medicine⁶⁸ résume une revue systématique⁶⁹ qui n'a trouvé « aucune relation cohérente entre les problèmes de santé mentale et l'acceptation des vaccins », mais « chez les adultes âgés de 50 à 65 ans, il a été constaté que les personnes ayant des problèmes de santé mentale avaient systématiquement plus de chances de se faire vacciner que celles n'ayant pas de problèmes de santé mentale ». Garretsen et ses collègues ont constaté que les rapports faisant état d'effets négatifs *moindres* de la pandémie sur la santé mentale étaient positivement liés à l'« hésitation

vaccinale »⁷⁰. Bendau et al. ont constaté que « l'anxiété liée au COVID-19 et les craintes liées à la santé étaient associées à une plus grande acceptation du vaccin, tandis que la crainte des conséquences sociales et économiques allait dans le sens contraire [refus de la vaccination] »⁽⁷¹⁾.

Un article paru dans *Frontiers in Psychiatry* fait état des résultats d'une enquête menée auprès d'un millier de personnes avant le lancement des vaccins COVID-19. Les chercheurs ont constaté que les personnes ayant exprimé leur volonté de se faire vacciner contre le COVID-19 lorsque les vaccins seraient disponibles ont obtenu des résultats plus élevés au questionnaire général sur la santé (GHQ-28), qui mesure le niveau de détresse psychologique d'un répondant au moment de l'enquête. Plus précisément, les personnes qui avaient l'intention de se faire

vacciner plus susceptibles de souffrir d'anxiété, d'insomnie, de dysfonctionnement social et de dysfonctionnement somatique que les personnes qui refusaient de se faire vacciner. Il est intéressant de noter que l'étude a également révélé que l'exactitude des connaissances sur le COVID-19 figurait parmi les facteurs associés à la *réticence* à se faire vacciner. Les auteurs ont conclu que « la réticence à la vaccination peut résulter d'une plus grande prise de conscience de la complexité de la maladie, et donc d'une moindre confiance dans l'efficacité des vaccins »⁽⁷²⁾.

Nishimi et ses collègues ont émis l'hypothèse d'un lien entre les traumatismes passés et le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) d'une part, et l'« hésitation vaccinale » six mois plus tard d'autre part. Ils ont constaté que le traumatisme et le syndrome de stress post-traumatique n'étaient pas associés au choix ultérieur de se faire vacciner ou non contre le COVID-19.⁷³ Un article de recherche publié dans les *Annals of Medicine* et intitulé « Pre-pandemic mental and physical health as predictors of COVID-19 vaccine hesitancy : evidence from a UK-wide cohort study » (Santé mentale et physique pré-pandémique en tant que facteurs prédictifs de l'hésitation à se faire vacciner contre le COVID-19 : résultats d'une étude de cohorte à l'échelle du Royaume-Uni) n'a pas non plus signalé de lien entre les symptômes de détresse pré-pandémique ou les diagnostics d'anxiété ou de dépression d'une part et la réticence à se faire vacciner contre le COVID-19 d'autre part.⁷⁴

En revanche, une poignée d'études ont établi un lien entre les problèmes de santé mentale et la préférence pour la vaccination contre le COVID-19. Par exemple, une étude publiée dans la revue *Health* a montré que les personnes interrogées qui ont déclaré avoir « déjà été diagnostiquées avec un trouble mental » étaient plus opposées à la vaccination que les personnes qui n'ont pas déclaré d'antécédents de diagnostic de santé mentale.⁷⁵ De même, une étude de Kim et Kim a montré que les symptômes de dépression autodéclarés étaient associés au fait de ne pas être vacciné et à l'intention de ne pas se faire vacciner.

dépression étaient associés à la non-vaccination et à l'intention de ne pas se faire vacciner⁽⁷⁶⁾.

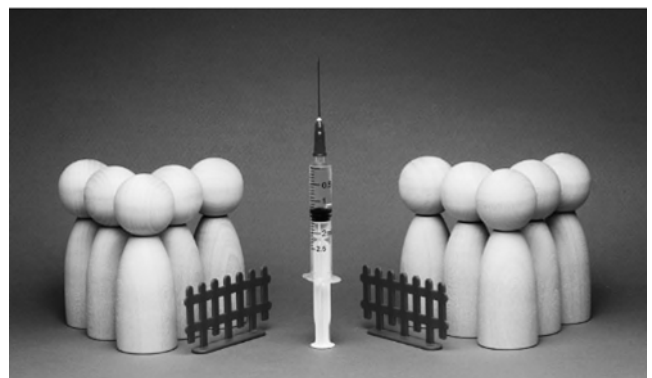
Une limitation importante commune à de nombreuses études examinant un lien hypothétique entre la santé mentale et les décisions de vaccination est l'utilisation de données transversales (données collectées à un seul moment dans le temps), ce qui rend difficile l'inférence de relations causales. Un autre problème est l'absence de données qualitatives plus approfondies, nécessaires pour interpréter comment ou pourquoi le statut vaccinal et la santé mentale pourraient être liés. Par exemple, l'étude de Kim et Kim qui a établi un lien entre les symptômes dépressifs et la décision de ne pas se faire vacciner a également révélé que « les raisons liées à la santé et les préoccupations concernant les effets secondaires ou l'expérience passée des effets secondaires représentaient 89 % des raisons pour lesquelles les personnes souffrant de dépression évitaient de se faire vacciner » (77). »⁷⁷ En d'autres termes, si l'hypothèse de l'étude concernant la santé mentale implique que la maladie mentale pourrait être à l'origine du refus de se faire vacciner contre le COVID-19, il est plus probable qu'un mauvais état de santé ou des lésions vaccinales antérieures soient des facteurs sous-jacents à l'origine à la fois des symptômes dépressifs et du refus de se faire vacciner.

Un autre facteur que ces études ne prennent pas en compte est le rôle de la stigmatisation des personnes non vaccinées. D'une part, la stigmatisation est corrélée à la fois à la dépression et, comme nous le verrons, au refus de vaccination. Il se pourrait donc que le fait de ne pas être vacciné entraîne des symptômes dépressifs en raison de la stigmatisation qui en découle. D'autre part, les facteurs de stress social liés à la non-vaccination (par exemple, la perte d'emploi, l'ostracisme, le fardeau des tests COVID-19 hebdomadaires, les restrictions de voyage) pourraient pousser les gens à se faire vacciner pour soulager leur détresse, créant ainsi une relation statistique positive entre les indicateurs de détresse mentale et la décision de ne pas se faire vacciner contre le COVID-19. Par exemple, dans une étude sur les conflits liés à la vaccination parmi les travailleurs de la santé, plusieurs travailleurs de la santé non vaccinés ont fait état de « problèmes de santé mentale liés au climat d'interaction difficile concernant les vaccins »⁷⁸. Pour certains, cela pourrait entraîner une décision de se faire vacciner afin d'alléger le fardeau psychologique ; pour d'autres, cela pourrait expliquer toute relation entre la dépression/l'anxiété et la décision de se faire vacciner.

d'une part, et le rejet du vaccin d'autre part. En l'absence d'études plus soigneusement conçues incluant les effets de la stigmatisation liée aux vaccins, les relations statistiques trouvées entre le statut vaccinal et la santé mentale sont difficiles à interpréter.

Étant donné les preuves insuffisantes d'un lien entre le refus de la vaccination et les troubles mentaux, les chercheurs en santé mentale devraient peut-être plutôt se pencher sur les préoccupations légitimes des personnes qui refusent la vaccination (aujourd'hui majoritaires) au sujet des vaccins COVID-19 et d'autres interventions, telles que l'absence de consentement éclairé, le manque de fiabilité des tests PCR (qui sont eux-mêmes encore sous EUA), les preuves d'effets indésirables issues de la recherche ou le fait qu'il n'a pas été prouvé que les vaccins COVID-19 empêchent leurs destinataires d'attraper ou de transmettre le COVID-19.

En résumé, contrairement à des décennies de recherche en santé publique indiquant que la stigmatisation exacerbe les crises de santé publique, dans le contexte du COVID-19, les autorités gouvernementales, les porte-parole, les artistes et les experts ont établi de manière proactive des frontières entre le bien et le mal, le propre et l'impur, le sain d'esprit et le fou, uniquement sur la base du statut vaccinal, simplifiant dangereusement ce qui aurait dû être traité comme un problème médical et social complexe. Quels ont été les résultats de ces efforts ? En faisant honte aux personnes non vaccinées, les organismes de santé publique, les sociétés pharmaceutiques et les philanthropistes ont-ils atteint leur objectif, à savoir « une piqûre dans chaque bras » ? D'autre part, les messages stigmatisants ont-ils effectivement entraîné la stigmatisation des personnes non vaccinées par les citoyens ordinaires ? Et si c'est le cas, quel en est l'effet ? Les sections suivantes abordent ces questions.



Soutien aux mandats de vaccination

Les mandats et l'adoption des vaccins

La question de savoir si les efforts déployés pour accroître l'utilisation des vaccins ont réussi à modifier les attitudes et les comportements du public est discutable et varie selon les secteurs d'une population donnée. Aux États-Unis, une enquête menée dans 50 États par le COVID States Project et financée par la National Science Foundation a examiné l'évolution du soutien aux mandats « exigeant que tout le monde reçoive un vaccin COVID-19 » au cours du printemps et de l'été 2021⁷⁹. Si l'on considère tous les groupes combinés, l'étude a montré une augmentation de 2 points entre avril/mai 2021 (62 % de soutien) et juin/juillet 2021 (64 % de soutien). L'étude a révélé un soutien majoritaire à l'obligation vaccinale dans tous les sous-groupes examinés, à l'exception des républicains⁸⁰. En ce qui concerne le revenu, par exemple, 77 % des personnes gagnant un revenu de 1,5 million d'euros ont soutenu l'obligation de vaccination.

Les personnes gagnant 100 000 dollars ou plus étaient favorables à l'obligation vaccinale en juin/juillet 2021, soit une augmentation de 5 points par rapport à avril/mai 2021. En revanche, les personnes gagnant 25 000 dollars ou moins ont affiché le soutien le plus faible (60 %) en juin/juillet 2021, soit une augmentation de seulement 2 points par rapport à avril/mai 2021. D'autres écarts notables dans le soutien aux mandats (en juin/juillet 2021) concernent les démocrates (84 % d'approbation) et les républicains (45 % d'approbation) ; les résidents urbains (73 % d'approbation) et les résidents ruraux (53 % d'approbation) ; les hommes (69 % d'approbation) et les femmes (60 % d'approbation) ; et le niveau d'éducation (lycée 58 %, études supérieures partielles 61 %, licence 72 %, diplôme d'études supérieures 80 % d'approbation) ⁸¹.

En ce qui concerne les effets des mandats sur l'acceptation des vaccins, une étude publiée dans les *Proceedings of the National Academy of Sciences*, utilisant les données du CDC au niveau de l'État, a conclu que les mandats du gouvernement aux États-Unis étaient plus efficaces que les mandats de l'État,

a conclu que les mandats gouvernementaux aux États-Unis n'ont pas fonctionné comme prévu et que, d'une certaine manière, ils se sont retournés contre eux. Comme le résume le résumé de l'étude :

« L'adoption du vaccin COVID-19 n'a pas changé de manière significative dans les semaines précédant et suivant la mise en œuvre des obligations vaccinales par les États, ce qui suggère que ces obligations n'ont pas eu d'impact direct sur la vaccination contre le COVID-19. Cependant, par rapport aux États qui ont interdit les restrictions vaccinales, les États qui ont imposé des obligations ont enregistré des niveaux inférieurs d'adoption du vaccin de rappel COVID-19 ainsi que de vaccination contre la grippe des adultes et des enfants, en particulier lorsque les résidents étaient initialement moins enclins à se faire vacciner contre le COVID-19. Cette recherche soutient l'idée que les restrictions gouvernementales sous la forme de mandats de vaccination peuvent avoir des conséquences négatives involontaires, pas nécessairement en réduisant l'adoption du vaccin obligatoire, mais en réduisant l'adoption d'autres vaccins volontaires » ⁽⁸²⁾.

De même, Sprengholz et al. ont constaté qu'en ce qui concerne les mandats de vaccination, « ... la réaction due à un mandat était positivement associée à l'intention d'éviter la vaccination COVID-19 et une vaccination contre la varicelle sans rapport ; elle était négativement associée à l'intention de montrer des comportements protecteurs limitant la propagation du coronavirus » ⁽⁸³⁾.

Ces résultats concernant les effets pervers des obligations vaccinales sont corroborés par des recherches suggérant que la stigmatisation attachée à la non-vaccination joue un rôle important dans le refus des vaccins. Rosenfeld et Tomiyama ont constaté qu'« un reproche moral perçu comme plus important prédisait indépendamment un plus grand refus de se faire vacciner contre le COVID-19, en plus des autres variables pertinentes » ⁸⁴. Sur les 18 prédicteurs testés, le reproche moral perçu était le cinquième prédicteur le plus important – plus important que le risque perçu du COVID-19, l'état de santé sous-jacent et la confiance dans les scientifiques ⁽⁸⁵⁾.

De même, Henkel et al. ont réalisé une étude sur la manière dont l'« identification du statut vaccinal » (ISV) était liée à une série de résultats, y compris les attitudes à l'égard des réglementations relatives au COVID-19. Ils ont constaté qu'une ISV plus forte, qui

mesurée par une échelle comprenant, entre autres, l'affirmation suivante : « Lorsque les gens sont critiqués parce qu'ils ne sont pas vaccinés contre le COVID-19, je le ressens comme une insulte personnelle », était significativement liée à la décision des personnes non vaccinées de s'opposer à la vaccination et à d'autres réglementations relatives au COVID-19⁸⁶.

Il semble donc que la honte ait été contre-productive par rapport à l'objectif de vaccination de l'ensemble de la population ; en fait, la coercition structurelle et émotionnelle s'est retournée contre les personnes concernées. Qu'ont donc accompli la stigmatisation et la désignation de boucs émissaires ? La section suivante décrit comment la campagne de stigmatisation, tout en échouant en tant que stratégie de vaccination, a néanmoins réussi à créer une nouvelle source de polarisation sociale et une nouvelle classe de parias.

Les conséquences sociales de la stigmatisation et de la désignation de boucs émissaires

En tant que stratégie visant à façonner les croyances et les attitudes du public à l'égard des personnes non vaccinées, les campagnes de « messages normatifs » semblent avoir réussi à créer une nouvelle classe sociale marginalisée. Dès 2022, [un article](#) paru dans *Nature*, rapportant les résultats de trois études menées dans 21 pays au total, révélait que les personnes non vaccinées étaient devenues une classe sociale marginalisée.

que les personnes non vaccinées étaient devenues l'objet d'attitudes discriminatoires rivalisant avec les préjugés à l'égard d'autres groupes marginalisés, et que le public était largement favorable à la restriction des droits des personnes non vaccinées⁸⁷.

La première étude, qui a porté sur 10 740 personnes dans 21 pays, a examiné les attitudes (le degré de mécontentement) à l'égard d'un membre de la famille qui épouserait hypothétiquement une personne non vaccinée. L'étude a montré que les personnes vaccinées étaient nettement plus susceptibles d'être malheureuses si le membre de leur famille épousait une personne non vaccinée.

plus susceptibles d'être malheureuses si la personne que leur proche devait épouser n'était pas vaccinée. En outre, leurs attitudes d'exclusion à l'égard des personnes non vaccinées n'étaient pas seulement fondées sur la peur de l'infection, mais aussi sur des stéréotypes, en particulier la croyance que les personnes non vaccinées ne sont pas dignes de confiance et sont incompetentes⁸⁸.

La seconde étude a porté sur 3 045 personnes dans six pays et a révélé que, dans les six pays, « les personnes interrogées qui ont été vaccinées n'aiment pas plus les cibles non vaccinées que les cibles vaccinées », alors que l'inverse n'est pas vrai. L'ampleur des préjugés est illustrée par la constatation supplémentaire que les personnes non vaccinées sont « autant détestées que les personnes qui luttent contre la toxicomanie... et nettement plus que les personnes qui ont été en prison... qui sont athées ou qui souffrent d'une maladie mentale »⁽⁸⁹⁾.

Plus importante encore en termes de protection des libertés et des droits fondamentaux, la troisième étude, qui s'est concentrée exclusivement sur les États-Unis, a montré que les personnes vaccinées interrogées étaient beaucoup plus susceptibles d'approuver les violations des droits civils et humains si les individus en question n'étaient pas vaccinés. Plus précisément, les répondants vaccinés étaient plus enclins à dire que les personnes non vaccinées ne devraient pas être autorisées à s'asseoir à côté d'eux dans les transports publics, à s'installer dans leur quartier, à obtenir la citoyenneté, à s'exprimer librement sans censure ou à bénéficier de l'aide sociale⁽⁹⁰⁾. Les répondants vaccinés ont exprimé des attitudes d'exclusion significativement plus élevées à l'égard des personnes non vaccinées qu'à l'égard des athées pour les six résultats, à l'égard des malades mentaux pour cinq résultats, et à l'égard des personnes qui ont été en prison ou qui luttent contre la toxicomanie pour trois résultats »⁽⁹¹⁾.

De même, une autre [enquête](#) menée auprès de résidents allemands vaccinés a révélé un soutien en faveur de mesures punitives à l'encontre des personnes non vaccinées, notamment la limitation des droits fondamentaux (46 % de soutien), l'exclusion du bénéfice des aides COVID (50,2 % de soutien), des restrictions aux voyages internationaux (53,7 % de soutien) et de fortes amendes (49,5 % de soutien). La même enquête a révélé que non seulement la peur liée à la pandémie, mais aussi les

les stéréotypes négatifs de la personnalité des personnes non vaccinées étaient significativement liés aux attitudes punitives à leur égard⁹².

Une étude expérimentale par vignettes a également révélé des attitudes défavorables à l'égard des personnes non vaccinées, qui se traduiraient probablement par des conséquences sociales négatives. L'étude, qui a été menée auprès de 1 200 participants, a révélé que les sujets de recherche étaient nettement moins enclins à déclarer qu'ils étaient prêts à contribuer à un site web de financement participatif pour une personne non vaccinée (par rapport à une personne vaccinée) atteinte de COVID-19. Ils étaient également beaucoup plus susceptibles de communiquer leur désir de punir, par la responsabilité juridique ou la condamnation sociale, une personne non vaccinée (par rapport à une personne vaccinée) qui aurait involontairement infecté d'autres personnes avec le COVID-19. Dans les deux cas (refus d'aider et punition), le statut vaccinal des participants à la recherche a modéré la relation, les sujets vaccinés (vs. non vaccinés) étant significativement moins disposés à aider et plus enclins à vouloir punir les personnes non vaccinées⁹³.

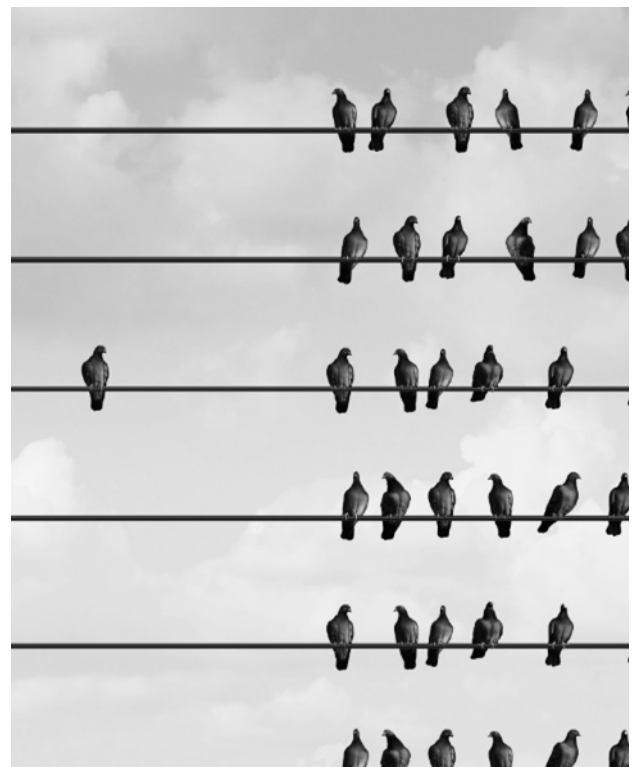
L'étude de Henkel et al. a également montré que les personnes non vaccinées étaient nettement plus susceptibles de déclarer avoir subi des formes quotidiennes de discrimination et d'ostracisme social⁹⁴. Pour vérifier la véracité de ces perceptions, les auteurs ont mené une expérience contrôlée appelée « jeu du dictateur ». Ce type d'étude permet aux chercheurs d'observer les schémas de partage afin de comprendre l'équité, l'altruisme ou la discrimination. Dans leur étude, les sujets vaccinés ont donné moins d'argent aux personnes non vaccinées que les personnes non vaccinées n'en ont donné aux personnes vaccinées. Les auteurs de l'étude décrivent comment ces différences ont été exacerbées par l'identification des personnes vaccinées à leur propre statut vaccinal :

« Ainsi, plus les personnes vaccinées s'identifiaient à leur statut vaccinal, plus elles discriminaient les joueurs non vaccinés. Les joueurs non vaccinés ont également agi de la sorte, mais dans une moindre mesure. Le comportement discriminatoire plus marqué des personnes vaccinées... suggère que les rapports de discrimination ne relèvent pas de la fiction mais de la réalité »⁹⁵.

Henkel et al. ont conclu de leurs résultats que l'identification au statut vaccinal (VSI) était devenue une source de polarisation sociétale.

Une autre expérience d'allocation de ressources a également montré comment « le statut vaccinal déclenche une discrimination entre les groupes »⁹⁶. L'étude a montré que les participants vaccinés étaient plus susceptibles d'allouer des ressources au détriment des cibles non vaccinées, par opposition

aux cibles vaccinées. En revanche, les participants non vaccinés étaient moins susceptibles de faire de la discrimination sur la base du statut vaccinal. Compte tenu de ces observations et d'autres résultats de l'étude, l'auteur a conclu que « le fait d'être vacciné fonctionne comme un déclencheur qui amplifie les différences perçues entre les groupes »⁹⁷.



La stigmatisation dans le contexte des soins de santé

La stigmatisation fondée sur le statut vaccinal s'est également manifestée dans les relations des professionnels de la santé avec leurs patients et entre eux. Une étude menée par Heyerdahl et al. auprès de 74 travailleurs de la santé belges a révélé une polarisation importante sur le lieu de travail autour de la question de la vaccination, publiée dans la revue *Vaccine*, a révélé une polarisation importante du lieu de travail autour de la question de la vaccination, ce qui a tendu les relations professionnelles et érodé la confiance des travailleurs de la santé dans le système de santé⁹⁸. Par exemple, les travailleurs de la santé ont rapporté des plaintes, des moqueries et des commentaires dénigrants (par exemple, « méritait de mourir ») sur les patients COVID-19 non vaccinés et les travailleurs de la santé non vaccinés⁽⁹⁹⁾. ⁽⁹⁹⁾ Les travailleurs de la santé vaccinés considéraient les patients non vaccinés atteints de COVID-19 comme responsables de leur maladie, et « d'accabler le personnel et de le contraindre à être témoin de maladies graves et de décès ». ¹⁰⁰ Les travailleurs de la santé ont décrit des collègues qui marquaient inutilement les dossiers des patients non vaccinés comme « non vaccinés » (les stigmatisant littéralement) et qui, par la suite, ne leur donnaient que les soins minimaux requis. ¹⁰¹

En même temps, les travailleurs de la santé sceptiques à l'égard des vaccins ont critiqué les patients vaccinés contre le COVID-19 pour leurs comportements imprudents en matière de santé qui résultaient d'une confiance injustifiée dans les vaccins contre le COVID-19⁽¹⁰²⁾, comme par exemple les personnes vaccinées qui attrapent le COVID-19 après avoir participé à des réunions sociales, pensant que leurs vaccins les protégeraient. Les travailleurs de la santé non vaccinés ont également fait part de leur crainte de représailles de la part des patients qui pourraient apprendre leur statut vaccinal¹⁰³. Les auteurs ont fait état de graves dissensions entre les travailleurs de la santé vaccinés et non vaccinés, y compris des attaques personnelles, des menaces de vandalisme et des relations rompues. Les auteurs ont résumé l'étude en déclarant que « la perte de confiance entre les travailleurs sanitaires et leurs pairs ou les patients, ainsi que les soins sous-optimaux prodigués aux patients en fonction de leur statut vaccinal, menacent d'affaiblir les systèmes de santé de la Belgique et, par voie de conséquence, d'autres pays, et de catalyser des épidémies qui auraient pu être évitées » ¹⁰⁴.



Les divisions documentées par Heyerdahl et ses collègues étaient également omniprésentes aux États-Unis. En 2022, un article ⁽¹⁰⁵⁾ a été publié dans *BMC Medical Ethics* sous le titre « Needs to address clinicians' moral distress in treating unvaccinated COVID-19 patients » (Besoins d'aborder la détresse morale des cliniciens dans le traitement des patients non vaccinés contre le COVID-19). L'auteur, Robert Klitzman, a détaillé les deux côtés des « controverses passionnées » parmi les travailleurs de la santé sur la question de savoir s'il faut ou non traiter les patients non vaccinés. Il décrit la « détresse morale des cliniciens de première ligne » qui pensent qu'il est immoral de traiter les patients non vaccinés qui, selon l'auteur, sont à l'origine de l'engorgement des hôpitaux. Alors que Klitzman lui-même semble favorable au traitement des patients non vaccinés, il détaille les arguments qui s'y opposent et qui peuvent être résumés comme suit : mise en danger des médecins (présumés vaccinés)¹⁰⁶, du personnel médical et des autres patients, exclusion des soins en raison de l'échec de la vaccination.

de suivre les conseils des professionnels de la santé (ce qui, nous dit-on, fait partie d'un « contrat social »), et l'obligation pour les travailleurs de la santé de ne pas tomber malades ou de ne pas mourir et, par conséquent, de ne pas être disponibles pour s'occuper de futurs patients.

Ces arguments présentent de nombreuses lacunes. Tout d'abord, comme l'a souligné Klitzman, les travailleurs de la santé n'obligent pas les patients à respecter le « contrat social » lorsqu'ils sont confrontés à d'autres maladies évitables, comme « l'emphysème dû au tabagisme, le diabète dû à la suralimentation, la cirrhose due à l'abus d'alcool et les accidents dus au non-port de la ceinture de sécurité ou à d'autres comportements à risque qui mettent en danger l'individu et parfois d'autres personnes et qui sont donc coûteux pour le système de santé et la société » (107).¹⁰⁷ Les travailleurs de la santé qui pensent qu'il est contraire à l'éthique d'administrer un traitement à des personnes non vaccinées semblent également ignorer le rôle que les personnes vaccinées ont joué dans la propagation du COVID-19, en particulier dans le contexte de grands rassemblements de personnes vaccinées ; ils semblent également ignorer, ou ont choisi d'ignorer, les similitudes documentées entre les personnes infectées-vaccinées et les personnes infectées-non-vaccinées en termes de charge virale.¹⁰⁸

Klitzman a également attiré l'attention sur le fait que l'absence de traitement des personnes non vaccinées aurait pu exacerber les inégalités de santé fondées sur la race, étant donné les taux de vaccination disproportionnellement bas chez les Afro-Américains¹⁰⁹, malgré les efforts du ministère de la santé et des services sociaux pour se concentrer sur l'utilisation des vaccins dans les communautés minoritaires. Sarah Ganty a exprimé une préoccupation similaire concernant les obligations vaccinales, en avertissant qu'elles « risquent d'affecter particulièrement les pauvres, qui appartiennent généralement aussi à d'autres groupes vulnérables tels que les minorités ethniques ou les parents isolés... »¹¹⁰ En d'autres termes, si les minorités étaient plus susceptibles que d'autres de refuser la vaccination COVID-19, non seulement elles ressentiraient de manière disproportionnée les effets de la discrimination en matière de soins de santé liée aux vaccins, mais elles seraient aussi plus susceptibles de perdre leur emploi, leur revenu, leur éducation et d'autres droits qui leur sont retirés en raison des obligations vaccinales.

COVID-19

Stigmatisation associée en dehors du statut vaccinal

Mais les personnes non vaccinées n'étaient pas les seules à être stigmatisées. Un autre corpus de recherche se concentre plus généralement sur la « stigmatisation liée au COVID » (CRS), c'est-à-dire la stigmatisation subie par les personnes chez qui le COVID-19 a été diagnostiqué, qui sont perçues comme atteintes ou qui sont perçues comme présentant un risque plus élevé de contracter le COVID-19¹¹¹. Bien que ce ne soit pas la même chose que la stigmatisation basée sur le statut vaccinal, on peut raisonnablement s'attendre à ce que la stigmatisation du non-respect des mesures d'atténuation du COVID-19 contribue à la stigmatisation des personnes qui contractent le COVID-19, quel que soit leur statut vaccinal. Lorsque le HHS, le CDC, la FDA et les médias présentent le COVID-19 comme évitable par le respect des conseils et des ordres du gouvernement, et que le fait de « s'autoriser » à le contracter en raison de sa propre désobéissance est dépeint par les médias comme un profond manquement moral digne de mépris, il serait logique que les personnes qui sont infectées, malgré le respect des mesures, se blâment elles-mêmes (stigmatisation intériorisée), ou soient blâmées par d'autres personnes.

De nombreuses recherches, menées avant et après l'introduction du vaccin, le confirment. Par exemple, un article faisant état de recherches menées au Bangladesh décrit la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes présentant les symptômes du COVID-19 sous des formes telles que l'abandon par des membres de la famille, le refus de rites funéraires et d'enterrement, l'expulsion forcée et même la destruction d'un projet d'hôpital pour les patients atteints du COVID-19¹¹².

Dans les recherches menées aux États-Unis, le SRC est fortement associé à la race. [Un article de Le et al.](#) a examiné l'intersection entre la race et le SRC dans cinq villes du sud des États-Unis en 2020, avant le lancement du vaccin¹¹³. Ils ont constaté que les groupes minoritaires étaient beaucoup plus susceptibles que les répondants blancs de subir des formes majeures et quotidiennes de SRC, et qu'ils étaient plus susceptibles de faire preuve d'une vigilance accrue en raison d'une discrimination anticipée. Ils ont également constaté que, pour tous les groupes raciaux, la discrimination liée au COVID était, à son tour, associée positivement à la détresse psychologique et à de moins bons résultats en matière de santé mentale.

Une [analyse mondiale des médias sociaux](#) portant sur les « rumeurs, la stigmatisation et les théories du complot » dans 87 pays a révélé que les travailleurs de la santé et les personnes d'origine chinoise étaient fréquemment la cible d'attaques verbales et, dans certains cas, physiques¹¹⁴. [Gutierrez et al. \(2022\)](#) ont également constaté que la race et l'appartenance ethnique (en particulier asiatique) étaient associées à la probabilité la plus élevée de subir une stigmatisation liée au COVID-19, suivie par le fait d'être testé positif au COVID-19 et de travailler dans le secteur de la santé ou en tant que premier intervenant¹¹⁵.

En résumé, la stigmatisation au cours de l'épidémie COVID-19 n'a pas seulement porté préjudice aux personnes non vaccinées ; de nombreux vaccinés ont également souffert de la stigmatisation, en particulier ceux qui étaient parmi les plus vulnérables de la société.



Pourquoi la stigmatisation liée à la pandémie est-elle encore importante ?

À l'heure où nous écrivons ces lignes, les mandats liés à COVID sont terminés et, à en juger par la rareté des commentaires réfléchis des politiciens et des médias d'entreprise, les responsables des dommages préféreraient que le public passe à autre chose et regarde les événements à travers le reflet limité d'un rétroviseur. Aux États-Unis, par exemple, à l'approche de l'élection présidentielle de 2024, il a été difficile de trouver un sondage demandant aux personnes interrogées d'évaluer les candidats en fonction de leur réponse à COVID-19 ou de leurs intentions politiques dans le cas hypothétique d'une future déclaration de pandémie. Il est tout à fait possible qu'une grande partie du public partage ce manque d'intérêt et soit effectivement prête à passer à autre chose. Quel est donc l'intérêt de revenir sur la polarisation sociétale qui s'est créée autour des vaccins COVID-19 ?

Tout d'abord, il est possible qu'une autre pandémie soit déclarée dans un avenir proche ou lointain. Si cette éventualité était lointaine, les agences nationales et internationales n'investiraient pas des ressources massives dans la préparation à la pandémie. Le [traité de l'Organisation mondiale de la santé sur les pandémies](#)¹¹⁶, que les États membres ont adopté en [mai 2025](#)⁽¹¹⁷⁾, «est l'exemple le plus évident. Entre-temps, [une déclaration d'urgence](#) pour la « grippe aviaire » a été émise en juillet 2024¹¹⁸, et le ministère de la santé a [annoncé](#) son intention de payer Moderna pour développer une contre-mesure à base d'ARNm¹¹⁹. En prévision, les autorités sanitaires fédérales américaines ont stocké des millions de flacons d'un vaccin sans ARNm par mesure de précaution. Ne serait-ce que pour ces raisons, il est important de maintenir le débat public sur les mandats médicaux, les mesures de confinement et d'autres aspects de la lutte contre les maladies infectieuses.

de la réponse au COVID-19 qui a porté préjudice aux individus et aux sociétés, dans l'espoir que les citoyens engagés et les décideurs politiques qui soutiennent les droits de l'homme et le consentement éclairé puissent empêcher que les abus du COVID-19 ne se répètent.

Mais il y a aussi des raisons plus générales de revoir les événements qui ont entouré COVID-19. Si les réactions officielles ont été loin de se transformer en véritables cauchemars totalitaires du XXe siècle, nous avons néanmoins été témoins des dynamiques sociales qui rendent possibles de telles sociétés dystopiques. La facilité avec laquelle des individus ordinaires sont entrés dans le rang et ont perpétué la désignation de boucs émissaires et la diabolisation que des personnalités du gouvernement et des médias leur avaient inspirées est un avertissement brutal que de telles atrocités peuvent se reproduire. Tragiquement, les leçons de l'expérience des chocs électriques de Milgrim, de l'étude de Asch sur le conformisme et de la démonstration en prison de Zimbardo ont peut-être été étudiées et apprises par ceux qui les utiliseraient dans leur propre exercice de l'autorité, mais pas par la plupart des hommes et des femmes de tous les jours qui n'occupent pas de postes de pouvoir. Dans de bonnes circonstances, le régime totalitaire, et la tolérance du public à l'égard de la brutalité gouvernementale qui l'accompagne souvent, pourraient en effet refaire surface. Il suffit que les médias inculquent la peur pour la sécurité personnelle et la haine à l'égard d'un bouc émissaire. Heureusement, au cours du COVID-19, malgré les efforts agressifs de nos gouvernements pour étouffer le débat et la dissidence, il y avait juste assez de fissures dans la chaussée de nos environnements médiatiques pour que ceux qui étaient prêts à résister ouvertement puissent s'y faufiler. Toutefois, étant donné les efforts constants pour censurer ces voix, nous continuons à nous rappeler que nos droits fondamentaux – à la parole, à l'autonomie corporelle, à la vie privée – ne peuvent pas être considérés comme acquis. Si nous ne sommes pas vigilants, il suffira d'une situation d'urgence déclarée pour que nous perdions à nouveau nos libertés.

L'objectif de ce livre électronique est de mettre en lumière les conséquences de l'un des mécanismes les plus amorphes – la stigmatisation – qui permet d'établir un contrôle social généralisé, ainsi que le rôle qu'il joue en permettant des abus de pouvoir institutionnel. En effet,

Il est difficile de trouver un moment dans l'histoire où la stigmatisation et la peur ne figuraient pas parmi les armes les plus puissantes utilisées au service de la discrimination, des violations des droits civils et humains et de l'autoritarisme. Il n'est pas exagéré de dire que la stigmatisation est la servante du contrôle totalitaire. Il est à espérer qu'en explicitant le rôle joué par la stigmatisation dans la réponse au COVID-19 et en examinant la recherche sur ses effets, nous serons mieux à même de mettre en œuvre des stratégies contre la stigmatisation dans les luttes post-COVID-19 contre les menaces qui pèsent sur nos droits humains et notre dignité.

Notes de fin d'ouvrage

¹Partha Bhattacharya et al, "The 'Untold' Side of COVID-19 : Social Stigma and Its Consequences in India", *Indian Journal of Psychological Medicine* 42, no. 4 (juillet 2020) : 382-86, doi.org.

²Kathryn E. Riley et al, « Decreasing Smoking but Increasing Stigma ? Anti-tobacco Campaigns, Public Health, and Cancer Care », *AMA Journal of Ethics* 19, no. 5 (mai 2017) : 475-85, doi : 10.1001/journalofethics.2017.19.5.msoc1-1705.

³Xiaoquan Zhu, Rachel A. Smith et Elizabeth Buteau, « A Meta-Analysis of Weight Stigma and Health Behaviors », *Stigma and Health* 7, no. 1 (2022) : 1-13, <https://doi.org/10.1037/sah0000352>.

⁴Alexandra Brewis et Amber Wutich, « Why We Should Never Do It : Stigma as a Behaviour Change Tool in Global Health », *BMJ Global Health* 4, no. 5 (octobre 2019) : e001911, doi:10.1136/bmjgh-2019-001911.

⁵Mark L. Hatzenbuehler, Jo C. Phelan, et Bruce G. Link, "Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities," *American Journal of Public Health* 103, no. 5 (mai 2013) : 813-21, doi : 10.2105/AJPH.2012.301069.

⁶Riley et al, « Decreasing Smoking », 478.

⁷Zhu, Smith et Buteau, « Meta-Analysis of Weight Stigma », 5.

⁸Bobbie Person et al, "Fear and Stigma : The Epidemic within the SARS Outbreak", *Emerging Infectious Diseases* 10, no 2 (février 2004) : 358-63, <https://doi.org/10.3201/eid1002.030750>.

⁹Kristin D. Mickelson, "Perceived Stigma, Social Support, and Depression", *Personality and Social Psychology Bulletin* 27, no 8 (août 2001) : 1046- 56, <https://doi.org/10.1177/0146167201278011>.

¹⁰Taylor M. Dattilo et al, "Illness Stigma, Health Anxiety, Illness Intrusiveness, and Depressive Symptoms in Adolescents and Young Adults : A Path Model", *Stigma and Health* 7, no. 3 (2022) : 311-17, <https://doi.org/10.1037/sah0000390>.

¹¹Renée El-Gabalawy et al, "Comorbid Physical Health Conditions and Anxiety Disorders : A Population-Based Exploration of Prevalence and Health Outcomes Among Older Adults," *General Hospital Psychiatry* 33, no. 6 (2011) : 556-64.

¹²Faith Matcham et al, " Symptoms of Depression and Anxiety Predict Treatment Response and Long-Term Physical Health Outcomes in Rheumatoid Arthritis ", *Rheumatology* 55, no 2 (février 2016) : 268-78, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kev306>.

¹³Hatzenbuehler, Phelan et Link, "Stigma as a Fundamental Cause", 815.

¹⁴Sheldon Cohen et Thomas A. Wills, "Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis", *Psychological Bulletin* 98, no. 2 (1985) : 310-57.

¹⁵Hatzenbuehler, Phelan et Link, "Stigma as a Fundamental Cause", 816.

¹⁶Human Rights Watch, "COVID-19 Fueling Anti-Asian Racism and Xenophobia Worldwide", 12 mai 2020, <https://www.hrw.org/news/2020/05/12/covid-19-fueling-anti-asian-racism-and-xenophobia-worldwide>.

¹⁷Venkat Pulla, Rituparna Bhattacharyya et Rachel Lafain, "Race and Ethnicity in the Pandemic", *Space and Culture, India* 10, no. 3 (novembre 2022), <https://ssrn.com/abstract=4311328>

¹⁸Erving Goffman, *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity* (New York : Simon & Schuster, 1963).

¹⁹Goffman, *Stigma*, 1.

²⁰Goffman, *Stigma*, 1-2.

²¹Goffman, *Stigma*, 5.

²²Hatzenbuehler, Phelan et Link, "Stigma as a Fundamental Cause", 814.

- ²³ Bruce G. Link et Jo Phelan, « Stigma Power », *Social Science & Medicine* 103 (février 2014) : 24-32, doi : 10.1016/j.socscimed.2013.07.035.
- ²⁴ Hatzenbuehler, Phelan et Link, " Stigma as a Fundamental Cause ", 818.
- ²⁵ Person et al, "Fear and Stigma", 360.
- ²⁶ Emile Durkheim, *La division du travail dans la société*, ed. S. Lukes, trad. W. D. Halls (New York : Free Press, 1984 [1893]).
- ²⁷ Gary Jensen, *The Path of the Devil : Early Modern Witch Hunts* (Lanham, MD : Rowman & Littlefield, 2006).
- ²⁸ Nachman Ben-Yehuda, "The European Witch Craze of the 14th to 17th Centuries : A Sociologist's Perspective", *American Journal of Sociology* 86, no. 1 (juillet 1980) : 1-31.
- ²⁹ Jensen, *Path of the Devil*, 45.
- ³⁰ Samuel R. Friedman et al, "The Stigma System : How Sociopolitical Domination, Scapegoating, and Stigma Shape Public Health," *Journal of Community Psychology* 50, no. 1 (2022) : 385-408, <https://doi.org/10.1002/jcop.22581>.
- ³¹ Jensen, *Path of the Devil*, 50.
- ³² Bruce G. Link et Jo C. Phelan, "Conceptualizing Stigma", *Annual Review of Sociology* 27 (2001) : 363-85.
- ³³ Link et Phelan, "Stigma Power", 24.
- ³⁴ Rachel A. Smith et al, "Longitudinal Study of an Emerging COVID-19 Stigma : Media Exposure, Danger Appraisal, and Stress", *Stigma and Health* 8, no. 1 (2023) : 12–20, <https://doi.org/10.1037/sah0000359.p.13>.
- ³⁵ Andrea Raballo, Michele Poletti et Antonio Preti, "Vaccine Hesitancy, Anti-Vax, COVID-Conspirationism : From Subcultural Convergence to Public Health and Bioethical Problems," *Frontiers in Public Health* 10 (2022) : 1-3.
- ³⁶ Giselle Corbie-Smith, " Vaccine Hesitancy Is a Scapegoat for Structural Racism ", *JAMA Health Forum* 2, no. 3 (2021) : e210434, doi : 10.1001/jamahealthforum.2021.0434.
- ³⁷ Link et Phelan, "Conceptualizing Stigma", 365.
- ³⁸ Patrick W. Corrigan et al, "Structural Stigma in State Legislation", *Psychiatric Services* 56, no. 5 (mai 2005) : 515-625.
- ³⁹ Bhattacharya et al, "The 'Untold' Side", 383.
- ⁴⁰ Organisation mondiale de la santé, Conférence de presse sur le COVID-19, transcription, 2 mars 2020, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-final-02mar2020.pdf?sfvrsn=cf76053d_2.
- ⁴¹ Deena Dimple Dsouza et al, « Aggregated COVID-19 Suicide Incidences in India : Fear of COVID-19 Infection Is the Prominent Causative Factor, » *Psychiatry Research* 290 (August 2020) : 113145, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113145>.
- ⁴² Md. Rizvi Islam, "The COVID-19 Pandemic and Suicidal Behavior in Bangladesh : Social Stigma and Discrimination Are Key Areas to Focus On," *Alpha Psychiatry* 22, no. 5 (2021) : 275-76.
- ⁴³ Angela R. Gover, Shannon B. Harper et Lynn Langton, "Anti-Asian Hate Crime During the COVID-19 Pandemic : Exploring the Reproduction of Inequality", *American Journal of Criminal Justice* 45 (2020) : 647-67, <https://doi.org/10.1007/s12103-020-09545-1>.
- ⁴⁴ Clive Gray et Kasper Hansen, "Did Covid-19 Lead to an Increase in Hate Crimes Toward Chinese People in London ?" *Journal of Contemporary Criminal Justice* 37, no. 4 (2021) : 569–88, <https://doi.org/10.1177/10439862211027994>.
- ⁴⁵ Human Rights Watch, "COVID-19 Fueling Anti-Asian Racism".
- ⁴⁶ PhuongThao D. Le et al, « Coronavirus Disease (COVID-19) Related Discrimination and Mental Health in Five U.S. Southern Cities », *Stigma and Health* 8, no. 1 (février 2023) : 133-37.

⁴⁷Scientific Pandemic Insights Group on Behaviours (SPI-B), « Options for Increasing Adherence to Social Distancing Measures », gouvernement britannique, 22 mars 2020.

⁴⁸SPI-B, « Options for Increasing Adherence », 2.

⁴⁹SPI-B, « Options for Increasing Adherence », 1.

⁵⁰ Laura Dodsworth, *A State of Fear : How the UK Government Weaponised Fear During the COVID-19 Pandemic* (Londres : Pinter & Martin, 2021).

⁵¹ Jordan Liles, « Did New Zealand PM Jacinda Ardern Once Say, 'Unless You Hear It from Us, It Is Not the Truth' » ? *Snopes*, 26 juillet 2022, <https://www.snopes.com/fact-check/jacinda-ardern-truth/>.

⁵²Judicial Watch, "Judicial Watch Uncovered Biden Administration Propaganda Plan to Push COVID Vaccine", Judicial Watch, 4 octobre 2022, <https://www.judicialwatch.org/covid-19-vaccine-campaign/>.

⁵³COVID-19 Community Corps, « Become a Founding Member Today, » document obtenu via une requête FOIA par Judicial Watch, septembre 2021, <https://www.judicialwatch.org/wp-content/uploads/2022/09/JW-v-HHS-COVID-Community-Corps-September-2021-02315.pdf>.

⁵⁴Judicial Watch, "Biden Administration Invests \$66.5 Mil to 'Strengthen Vaccine Confidence' Among Minorities," Judicial Watch Corruption Chronicles, 16 novembre 2021, <https://www.judicialwatch.org/biden-administration-invests-66-5-mil-to-strengthen-vaccine-confidence-among-minorities/>.

⁵⁵Forum économique mondial, « Science Over Stigma : Collaborating for Impact in Addressing Mental Health and Wellbeing », Johnson & Johnson, consulté le 18 décembre 2025, <https://www.jnj.com/global-mental-health/science-over-stigma-report>.

⁵⁶ Jason Luty, "Psychiatry and the Dark Side : Eugenics, Nazi and Soviet Psychiatry", *Advances in Psychiatric Treatment* 12, no. 5 (2006) : 351-60.

⁵⁷Peter R. Breggin, "Psychiatry's Role in the Holocaust", *International Journal of Risk and Safety in Medicine* 4, no. 2 (1993) : 133-48.

⁵⁸ Thomas Szasz, *The Manufacture of Madness : A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* (Syracuse, NY : Syracuse University Press, 1970).

⁵⁹Taylor Hudak, « Dr. Thomas Binder Interview - How Psychology Was Weaponized To Suppress Truth In The Age Of COVID », *The Last American Vagabond*, 11 septembre 2022, www.thelastamericanvagabond.com.

⁶⁰Dr. Drew, « Dr. Thomas Binder FORCED Into Hospital After Speaking Against COVID Narrative - Ask Dr. Drew », YouTube, 11 avril 2023, vidéo, 10:14, www.youtube.com.

⁶¹Andrea Raballo, Francesca Poletti et Antonio Preti, "Vaccine Hesitancy".

(62) S. Dein et R. Littlewood, "Apocalyptic Suicide : From a Pathological to an Eschatological Interpretation", *International Journal of Social Psychiatry* 51, no. 3 (2005) : 198-210, cité dans Raballo, Poletti et Preti, « Vaccine Hesitancy », 2.

⁶³Robert A. Pape, "The Strategic Logic of Suicide Terrorism", *American Political Science Review* 97, no. 3 (2003) : 343-61, cité dans Raballo, Poletti et Preti, « Vaccine Hesitancy », 2.

⁶⁴Raballo, Poletti et Preti, "Vaccine Hesitancy", 2.

⁶⁵Raballo, Poletti et Preti, "Vaccine Hesitancy", 2.

⁶⁶Tom L. Beauchamp et James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 7th ed. (New York : Oxford University Press, 2013), cité dans Raballo, Poletti et Preti, « Vaccine Hesitancy », 2.

⁶⁷Raballo, Poletti et Preti, "Vaccine Hesitancy", 2.

- ⁶⁸Nicholas Ng Fat Hing et Ashley Jackson, « Mental Health May Not Play a Role in Vaccination in High Income Settings », *2 Minute Medicine*, 21 février 2023, www.2minutemedicine.com.
- (69) A. M. Suffel et al, "Exploring the Impact of Mental Health Conditions on Vaccine Uptake in High-Income Countries : A Systematic Review," *BMC Psychiatry* 23, no. 15 (janvier 2023), <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04512-y>.
- ⁷⁰Peter Gerretsen et al, "Individual Determinants of COVID-19 Vaccine Hesitancy," *PLOS ONE* 16, no. 11 (2021) : e0258462, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258462>.
- ⁷¹ Antonia Bendau et al, "COVID-19 Vaccine Hesitancy and Related Fears and Anxiety", *International Immunopharmacology* 97 (2021) : 107724, <https://doi.org/10.1016/j.intimp.2021.107724>.
- (72) J. Maciaszek et al, "Does Mental Health Affect the Decision to Vaccinate Against SARS-CoV-2 ? A Cross-Sectional Nationwide Study Before the Vaccine Campaign," *Frontiers in Psychiatry* 13 (2022) : 810529, doi:10.3389/fpsy.2022.810529
- ⁷³Kim Nishimi et al, "Prior Trauma Exposure, Posttraumatic Stress Symptoms, and COVID-19 Vaccine Hesitancy," *Journal of Psychiatric Research* 151 (July 2022) : 399-404, doi:10.1016/j.jpsychires.2022.05.003.
- (74) G. D. Batty, I. J. Deary, et D. Altschul, "Pre-pandemic Mental and Physical Health as Predictors of COVID-19 Vaccine Hesitancy : Evidence from a UK-wide Cohort Study," *Annals of Medicine* 54, no. 1 (2022) : 274-82, <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2027007>.
- ⁷⁵Furnham, Adrian. "Personal Correlates of Covid-19 Vaccine Hesitancy " (Corrélatés personnels de l'hésitation à l'égard du vaccin Covid-19). *Health* 14 (2022) : 3845. <https://doi.org/10.4236/health.2022.141003> (doi.org en Bing).
- ⁷⁶Kim, Nan Young, et Hae Ran Kim. "The Relationship between Depression and COVID-19 Vaccine Uptake and Intention among Korean Adults : The 2021 Community Health Survey." *Healthcare* 11, no. 21 (2023) : 2809. <https://doi.org/10.3390/healthcare11212809>.
- ⁷⁷Kim, Nan Young, et Hae Ran Kim. « Depression and Vaccine Uptake », résumé.
- ⁷⁸Leonardo W. Heyerdahl et al, "Strategic Silences, Eroded Trust : The Impact of Divergent COVID-19 Vaccine Sentiments on Healthcare Workers' Relations with Peers and Patients," *Vaccine* 41, no. 4 (2023) : 886, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.10.048>.
- ⁷⁹Matthew Baum et al, « The COVID States Project #58 : High Public Support for Mandating Vaccines », *OSF Preprints*, 30 juillet 2021, doi:10.31219/osf.io/6wcn9.
- ⁸⁰Baum et al, " COVID States Project ", 5-6.
- ⁸¹Baum et al, "COVID States Project", 7.
- ⁸²Rains, Stephen A., et Ashley S. Richards. "US State Vaccine Mandates Did Not Influence COVID-19 Vaccination Rates but Reduced Uptake of COVID-19 Boosters and Flu Vaccines Compared to Bans on Vaccine Restrictions". *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 121, no. 8 (20 février 2024) : e2313610121. <https://doi.org/10.1073/pnas.2313610121>
- ⁸³Philipp Sprengholz, Comelia Betsch et Robert Böhm, "Reactance Revisited : Consequences of Mandatory and Scarce Vaccination in the Case of COVID-19," *Applied Psychology : Health and Well-Being* 13, no. 4 (2021) : 986-95, <https://doi.org/10.1111/aphw.12285>.
- ⁸⁴David L. Rosenfeld et A. Janet Tomiyama, « Jab My Arm, Not My Morality : Perceived Moral Reproach as a Barrier to COVID-19 Vaccine Uptake, » *Social Science & Medicine* 294 (February 2022) : 114699, doi : 10.1016/j.socscimed.2022.114699.
- ⁸⁵Rosenfeld et Tomiyama, « Jab My Arm », résumé.
- (86) L. Henkel et al, "The Association Between Vaccination Status Identification and Societal Polarization," *Nature Human Behaviour* 7 (2023) : 231– 39, <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01469-6>.

- ⁸⁷ Alexander Bor, Frederik Jørgensen et Michael Bang Petersen, « Discriminatory Attitudes Against Unvaccinated People During the Pandemic », *Nature* 613 (2023) : 704–11, <https://doi.org/10.1038/s41586-022-05607-y>.
- ⁸⁸Bor, Jørgensen et Petersen, « Discriminatory Attitudes », 706-7.
- ⁸⁹Bor, Jørgensen et Petersen, "Discriminatory Attitudes", 708. ⁹⁰Bor, Jørgensen et Petersen, "Discriminatory Attitudes", 709. ⁹¹Bor, Jørgensen et Petersen, "Discriminatory Attitudes", 709.
- (92) K. Wüstner, "Facing the Unvaccinated : Emotions, Stereotypes, and the Desire for Punishment During the COVID-19 Pandemic in Germany," *Romanian Journal of Applied Psychology* 24, no. 1-2 (2022) : 25-32.
- ⁹³ Marius C. Claudy, Suhas Vijayakumar et Norah Campbell, « Reckless Spreader or Blameless Victim ? How Vaccination Status Affects Responses to COVID-19 Patients, » *Social Science & Medicine* 305 (2022) : 115089, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115089>.
- ⁹⁴Henkel et al, « Vaccination Status Identification ».
- ⁹⁵Henkel et al, "Vaccination Status Identification", 234.
- ⁹⁶Balázs Jagodics et Éva Szabó, « Is Intergroup Discrimination Triggered by Vaccination Status ? Exploring Some Social Aspects of Vaccinations During the COVID-19 Pandemic," *Journal of Social Psychology* 163, no. 6 (2023) : 826-40, doi : 10.1080/00224545.2022.2085074.
- ⁹⁷Jagodics et Szabó, « Intergroup Discrimination », 836.
- ⁹⁸Leonardo W Heyerdahl, Stef Dielen, Héléne Dodion, Carla Van Riet, ToTran Nguyen, Clarissa Simas, Lise Boey, Tarun Kattumana, Nico Vandaele, Heidi J. Larson, Koen Peeters Grietens, Tamara Giles-Vernick, Charlotte Gryseels, "Strategic silences, eroded trust : The impact of divergent COVID-19 vaccine sentiments on healthcare workers' relations with peers and patients," *Vaccine* 41, no. 4 (2023) : 883-891, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.10.048>.
- ⁹⁹Heyerdahl et al, « Strategic Silences », 885-86.
- ¹⁰⁰Heyerdahl et al, " Strategic Silences ", 886.
- ¹⁰¹Heyerdahl et al, " Strategic Silences ", 887.
- ¹⁰²Heyerdahl et al, " Strategic Silences ", 886.
- ¹⁰³Heyerdahl et al, " Strategic Silences ", 887.
- ¹⁰⁴Heyerdahl et al, " Strategic Silences ", 883.
- ¹⁰⁵Robert Klitzman, " Needs to Address Clinicians' Moral Distress in Treating Unvaccinated COVID-19 Patients ", *BMC Medical Ethics* 23, no 110 (2022), doi.org.
- ¹⁰⁶ Les lacunes logiques de l'argument selon lequel les personnes non vaccinées doivent être vaccinées pour protéger les personnes vaccinées dont les vaccins ne les protègent pas des personnes non vaccinées sont bien connues des lecteurs de CHD et ne seront donc pas développées ici.
- ¹⁰⁷Klitzman, « Clinicians' Moral Distress », 3.
- ¹⁰⁸ Catherine M. Brown et al, " Outbreak of SARS-CoV-2 Infections, Including COVID-19 Vaccine Breakthrough Infections, Associated with Large Public Gatherings - Barnstable County, Massachusetts, July 2021 ", *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 70, no. 31 (6 août 2021) : 1059-62, doi : 10.15585/mmwr.mm7031e2.
- ¹⁰⁹Klitzman, « Clinicians' Moral Distress », 4.
- ¹¹⁰Sarah Ganty, "The Veil of the COVID-19 Vaccination Certificates : Ignorance of Poverty, Injustice towards the Poor," *European Journal of Risk Regulation* 12, no. 2 (2021) : 343–54, doi:10.1017/err.2021.23
- ¹¹¹Le et al, 2023.

¹¹²Tamanna Rashid et al, "Stigma and Discrimination Against COVID-19 Positive Patients in Bangladesh : A Comparative Qualitative Study of Non-Vaccinated and Vaccinated Patients," *Research Square*, preprint, January 17, 2024, 3, <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3851663/v1>

¹¹³Le et al, 2023.

¹¹⁴Md Saiful Islam et al, "COVID-19-Related Infodemic and Its Impact on Public Health : A Global Social Media Analysis", *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 103, no. 4 (2020) : 1621-29, <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0812>.

(115) A. M. Gutierrez et al, "Experiences of Stigma in the United States during the COVID-19 Pandemic", *Stigma and Health* 9, no. 2 (2024) : 103–11, <https://doi.org/10.1037/sah0000354>.

¹¹⁶Dumais, John-Michael. « 22 avocats généraux s'opposent au traité de l'OMS sur les pandémies, invoquant des menaces pour la souveraineté et les libertés civiles ». *The Defender*, 9 mai 2024. <https://childrenshealthdefense.org/defender/22-attorneys-general-who-pandemic-agreement-uk-opposes/>.

¹¹⁷Organisation mondiale de la santé. « Accord sur la prévention, la préparation et l'intervention en cas de pandémie. 27 juin 2025. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/pandemic-prevention--preparedness-and-response-agreement>.

¹¹⁸Département américain de la santé et des services sociaux. "Declaration of Emergency Pursuant to the Federal Food, Drug and Cosmetic Act (Déclaration d'urgence en vertu de la loi fédérale sur les aliments, les médicaments et les produits cosmétiques). *Federal Register*, 24 juillet 2024. <https://www.federalregister.gov/documents/2024/07/24/2024-16247/declaration-of-emergency-pursuant-to-the-federal-food-drug-and-cosmetic-act>.

¹¹⁹Frellick, Marcia. "US Invests in Avian Flu Vaccine Candidates" (Les États-Unis investissent dans les candidats vaccins contre la grippe aviaire). *Medscape*, 19 juillet 2024. <https://www.medscape.com/viewarticle/us-boosts-investment-avian-flu-vaccine-candidates-2024a1000dc5>.