

Note éthique et scientifique concernant l'obligation vaccinale des soignants et de l'ensemble de la population

A partir de considérations éthiques et de constats scientifiques actuels, nous plaidons pour le respect du consentement libre et éclairé de chaque personne, sur la base d'une balance risques - bénéfices bien établie, et contre toute obligation vaccinale

Résumé

Un collectif pluridisciplinaire de scientifiques, juristes et éthiciens issus de plusieurs universités adresse une note éthique et scientifique aux différentes instances concernées du pays, en particulier le Comité Consultatif de bioéthique (CCB), pour qu'elles réévaluent leurs positions à propos de l'obligation vaccinale portant sur les vaccins anti-covid actuels. Selon les auteurs de la présente note, solidement étayée aux plans scientifique et éthique, les valeurs et principes en présence, combinés aux données de terrain et informations scientifiques les plus récentes, ainsi qu'aux enjeux d'une balance bénéfices/risques réactualisée et différenciée selon les situations, ne permettent pas d'envisager une telle obligation pour les soignants et, plus largement, pour la population en général. Car une obligation vaccinale avec les vaccins anti-covid actuels ne serait en rien inoffensive, proportionnée, nécessaire ni suffisante.

Les auteurs soulignent que les formes graves de la maladie touchent essentiellement des patients à risques (âge ou comorbidités) à présent bien connus et identifiables, et qu'un protocole de prise en charge ambulatoire précoce est reconnu et peut être appliqué en Belgique dès aujourd'hui. En s'appuyant sur les données de pharmacovigilance actuelle, ils soulignent que l'innocuité des vaccins anti-covid actuels est trop faible pour envisager qu'ils puissent être imposés à tous sans exposer un nombre significatif d'individus sains à des effets secondaires graves. Enfin, ils soutiennent que le meilleur moyen d'exercer une solidarité efficace et de protéger les patients les plus vulnérables à l'hôpital, n'est pas de vacciner tous les soignants ni toute la population, puisque les vaccins réduisent temporairement les contaminations et les transmissions mais ne les empêchent pas. Il convient plutôt d'organiser, quand cela apparaît nécessaire, un testing régulier et gratuit des personnes vaccinées et non vaccinées qui travaillent ou demeurent au chevet des patients.

Le 3 novembre 2021, le Conseil supérieur de la santé (CSS) s'est positionné en faveur d'une obligation vaccinale du personnel soignant en s'appuyant sur un avis du Comité consultatif de bioéthique émis en décembre 2020. Or cet avis, antérieur aux premières campagnes de vaccination, est inévitablement inactuel au regard du questionnement sociétal et des données présentes. Les universitaires et scientifiques signataires de la présente note éthique appellent le CCB et le CSS à réactualiser leurs positions et à constater que les conditions sont loin d'être réunies pour toucher aux principes supérieurs du consentement libre et éclairé de la personne humaine et de son intégrité physique.

Introduction

L'argumentation en faveur de l'obligation vaccinale se reproduit de façons similaires, d'avis en avis émanant d'institutions publiques diverses, qu'il s'agisse des avis du Comité consultatif de bioéthique belge de décembre 2020¹ ou du Comité d'éthique de santé publique du Québec d'août dernier², tous deux aujourd'hui anachroniques au regard de la situation et des connaissances actuelles, ou encore du tout récent avis de l'Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains rendu public ce 8 décembre 2021³. Or, l'argumentation développée par ces trois institutions repose sur un certain nombre de présupposés, explicites ou non, qui rendent ces avis problématiques au regard des données factuelles et scientifiques, éthiques et juridiques actuelles.

Ces présupposés sont les suivants:

- 1) Les vaccins anti-covid autorisés actuellement sont des vaccins comme les autres. Il suit de ce premier présupposé que:
- 2) L'innocuité de ces vaccins doit être sûrement excellente; il n'est pas nécessaire de considérer d'un point de vue éthique, ni même de l'évoquer, la question des dégâts collatéraux (effets secondaires légers et graves) qu'ils pourraient causer à des sujets en bonne santé (enfants, jeunes adultes, personnes de moins de 65 ans ou plus âgées).
- 3) Ces vaccins sont efficaces pour briser les chaînes de transmission du virus (ou au-moins les ralentir de façon non négligeable), protéger les personnes à risque de la contamination, et éviter les formes graves de la maladie.
- 4) Nous vivons une pandémie d'une gravité majeure: la situation présente peut justifier que le principe de solidarité prévale sur les principes d'autonomie, de précaution, d'inviolabilité du corps humain, ainsi que sur le droit au consentement libre et éclairé de la personne humaine.
- 5) Il n'y a pas de stratégies de protection et de soin des personnes, pas de moyen de maîtrise possible de la pandémie, qui permettrait d'éviter une vaccination massive et, *in fine*, obligatoire sinon de l'ensemble de la population, du moins de certaines catégories professionnelles.

Sur la base de ces cinq présupposés, non démontrés excepté la protection temporaire qu'offrent les vaccins actuels contre les formes graves de covid, les différents avis éthiques et juridiques susmentionnés soutiennent que l'obligation vaccinale est *juste* (elle n'affecte pas négativement l'égalité entre les sujets, ni les droits humains), *proportionnée* (la mesure correspond à la gravité de la situation) et *nécessaire* (on ne peut lui envisager d'alternative possible). S'il convient de faire preuve de pédagogie et de progressivité, l'obligation vaccinale généralisée (à commencer par celle des soignants) serait donc, selon ces avis, éthiquement et juridiquement justifiée, et devrait constituer *in fine* la norme qui prévaut (mis à part de très rares exceptions pour raison médicale). Enfin, l'opposition à cette norme devrait exposer à des sanctions diverses (amendes, suspension de contrat de travail, licenciement...).

L'argumentation des avis éthiques précédents, relevés en introduction à cette note, apparaît théoriquement élégante et cohérente, mais excepté la protection temporaire que les vaccins anti-covid actuels peuvent offrir aux individus contre les formes graves de la maladie, leurs conclusions et propositions normatives nous apparaissent erronées, dès lors que les présupposés qui les fondent le sont. On ne peut en effet que s'étonner de l'écart entre la

construction argumentative de ces avis, cohérente par rapport aux présupposés qui les animent, et la réalité actuelle des données de terrain au sujet de la pandémie, des stratégies alternatives possibles à l'obligation vaccinale, et des limites des vaccins au niveau de la protection sanitaire des individus et du blocage des chaînes de transmission. Cet écart est à ce point important qu'il rend le raisonnement juridique et éthique des avis impropre à la réalité qu'il entend encadrer par des normes justes et proportionnées. Les présupposés qu'implique le raisonnement étant erronés par rapport aux données factuelles et scientifiques, la justesse, la prétendue nécessité, le caractère inoffensif (en termes d'effets secondaires) et la proportionnalité de la mesure soutenue, à savoir la vaccination obligatoire, le sont aussi.

Nous proposons, dans les lignes qui suivent, des pistes de réflexion qui étayent notre évaluation, et qui nous semblent devoir être impérativement prises en compte dans le cadre de tout avis ultérieur sur les modalités de la campagne de vaccination en cours.

1. La vaccination contre la covid-19 n'est pas un acte aussi inoffensif qu'une vaccination classique

Si la question des effets secondaires des vaccins anti-covid actuels a été jusqu'ici peu abordée dans les débats, il nous apparaît aujourd'hui nécessaire d'en tenir compte dans la réflexion éthique et juridique.

Les quatre vaccins contre les formes de la covid actuellement sur le marché belge (deux à ARNm et deux à vecteur viral à ADN) témoignent d'une avancée biotechnologique impressionnante. Toutefois, bien que les vaccins à vecteur viral aient déjà été utilisés lors d'études sur les maladies d'Ebola et de Zika et ceux à ARNm pour certaines formes de cancer, aucune de ces deux technologies n'avait été déployée auparavant dans une large population. Il reste par ailleurs certaines questions scientifiques qui ne trouvent pas réponse dans la littérature actuelle⁴, notamment la quantité de protéine S produite par un corps humain après vaccination (c'est-à-dire la quantité de produit actif - donnée pourtant fondamentale pour tout médicament) ou la biodistribution de cette protéine S dans le corps vu qu'elle peut circuler dans le plasma après vaccination⁵. Ceci est important car il a été démontré que la protéine Spike, même en l'absence de virus, a des capacités inflammatoires en elle-même⁶. Ces interrogations doivent donc être résolues par les scientifiques compétents afin de pouvoir garantir une vue globale de l'action de ce nouveau type de vaccin, et ce d'autant plus que les effets secondaires des vaccins en général affectent des personnes saines. A cette fin, une injection sur un très grand nombre d'individus ne peut en aucun cas se substituer à une étude sur une longue durée, dans les règles de l'art de la pharmacovigilance active.

Les risques d'effets secondaires graves des médicaments actuellement sur le marché sont en général bien acceptés car, d'une part, leur survenue est extrêmement rare (innocuité excellente) et, d'autre part, les personnes qui recourent aux médicaments souffrent d'une maladie qu'elles souhaitent traiter. Elles acceptent le risque, très faible, d'un effet secondaire lorsque celui-ci est mis en balance avec la probabilité, extrêmement élevée, que le traitement consenti améliore effectivement leur état de santé. Dans le cas des vaccins, en ce inclus les vaccins anti-covid, la situation de départ est toute autre: la personne qui le reçoit est en bonne

santé, et la démonstration de l'innocuité des vaccins anti-covid actuels est loin d'équivaloir celle des vaccins traditionnels.

De quels chiffres dispose-t-on au sujet des effets secondaires des vaccins anti-covid actuels ?

En Belgique, 1031 réactions indésirables ont été rapportées à l'Agence fédérale des médicaments et produits de santé (AFMPS) pour les millions de doses de vaccins traditionnels administrées entre 2008 et mi-2012⁷. Pour les vaccins anti-covid actuels, au 18/11/21, l'AFMPS indique qu'un tiers des 31000 effets secondaires rapportés sont graves (ceci signifie qu'ils impliquent *a minima* une incapacité de 24 heures). Plus précisément, 8% des rapports concernent des effets médicaux significatifs, des hospitalisations, des mises en jeu du pronostic vital ou des décès, soit près de 2500 cas pour 8,7 millions de personnes vaccinées (au moins partiellement), c'est-à-dire un effet très sérieux dans un ratio de 1 par 3500 personnes⁸.

Ces données rejoignent les proportions ES légers / ES graves dans d'autres pays, comme la France, bien que cette dernière comme la Belgique rapportent à ce jour des chiffres d'ES bien inférieurs à d'autres pays (les Néerlandais, par exemple, ont déclaré autant d'effets secondaires que les Français, pour une population de 17 millions d'habitants contre 68 millions). On sait par ailleurs en pharmacovigilance passive que seuls 5 à 10% des effets indésirables étaient déclarés dans le passé⁹. En France à nouveau, 40 à 60% des ES remontés à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sur les 110.000 reçus à ce jour, l'ont été par des patients informés et capables de mener eux-mêmes la procédure administrative, les médecins n'effectuant pas systématiquement leur mission de remontée de l'information¹⁰. En Belgique, selon l'AFMPS, 71% des effets secondaires sont remontés par des patients, 29% par des médecins.

Si l'on applique la moyenne française de 25% d'ES graves à tous les pays confondus, sur 2.681.000 ES, nous obtenons 670.000 cas graves. C'est du jamais vu dans l'histoire de la pharmacovigilance pour un vaccin.

On peut encore aborder la question des ES des vaccins anti-covid en se référant, de façon approximative mais toutefois parlante, aux données OMS mondiales disponibles sur Vigiaccess¹¹ concernant les effets secondaires (ES) des vaccins traditionnels les plus administrés, en regard des ES des vaccins anti-covid :

- Vaccins contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, 50 ans : 201.600 déclarations d'ES
- Vaccins contre le tétanos, 50 ans : 430.360 ES (considérant qu'en 2015, environ 6.3 milliards d'êtres humains étaient vaccinés contre le tétanos avec au minimum 3 doses par personne, donc au minimum 18 milliards de doses distribuées);
- Vaccins contre la polio, 50 ans : 192.700 déclarations d'ES (10 milliards de doses distribuées entre 2005 et 2015¹²);

- Vaccins contre la grippe, depuis son existence : 278.000 ES (création en 1945, ~9 milliards de doses distribuées dans le monde depuis 1980¹³; 500 millions de doses administrées dans le monde en 2019);
- Vaccins anti-covid, depuis moins de 2 ans: 2.681.000 déclarations d'ES¹⁴ pour 8,3 milliards de doses injectées¹⁵.

Il convient enfin de rappeler, concernant d'éventuels effets secondaires à moyen ou long termes, qu'en raison de leur autorisation de mise sur le marché conditionnelle, avant homologation, aucune étude de cancérogénicité n'a pu être conduite à ce jour pour le vaccin Moderna¹⁶. De même, aucune étude de génotoxicité ou de cancérogénicité n'a été menée pour les vaccins AstraZeneca, Pfizer et Johnson & Johnson¹⁷. Les données sur les effets à long terme, l'interaction avec d'autres vaccins, l'utilisation pendant la grossesse/l'allaitement, l'utilisation chez les sujets immunodéprimés et chez les sujets présentant des comorbidités, des troubles auto-immuns ou inflammatoires manquent encore pour ces vaccins¹⁸.

En raison de la pharmacovigilance en cours des vaccins anti-covid, il est indispensable de pondérer pour chaque patient, dans sa catégorie d'âge et compte tenu de son bilan de santé, sa balance bénéfique/risque qui dépend des risques respectivement causés par le Covid-19 d'une part, et par le vaccin d'autre part, après réflexion et prise d'information. Cette évaluation doit être personnalisée, et doit s'établir dans un rapport de confiance entre le patient et son médecin, aidés si nécessaire par les services de conseil et de spécialisation médicale appropriés.

Il est bien connu en effet que le taux de létalité du Covid-19 varie dans des proportions gigantesques selon l'âge et les comorbidités, avec un taux de mortalité par infection variant de 0,002% à 10 ans jusqu'à 15% à 85 ans¹⁹. Il est moins connu que les enfants et les adolescents, notamment, sont très largement épargnés par les séquelles du Covid aussi appelé covid long (risque inférieur à 0,002%)²⁰. A titre comparatif, la grippe a un taux de mortalité par infection de 0,16% en moyenne et peut varier selon les années²¹.

Taux de mortalité par groupes d'âge et infections

Groupe d'âge (ans)	Risque: taux de mortalité par infections (%)	Par 100 000	Croissance du risque comparé à 10 ans
10	0,002	2	-
11-34	0,004	4	2X
35-44	0,068	68	34X
45-54	0,23	230	115X

55-64	0,75	750	350X
65-74	2,5	2500	1250X
75-84	8,5	8500	4250X
+85	28,3	28300	14150X

Source: <http://urlr.me/KSRGm>. L'étude de référence datant de décembre 2020, elle ne prend pas en compte les données issues des vagues des variants anglais et indien (variant delta). A l'intérieur de chaque groupe d'âge, ce sont essentiellement, dans la toute grande majorité des cas, les personnes avec comorbidités (obésité, diabète, insuffisance respiratoire, hypertension artérielle, etc.) qui sont exposées à des formes graves de covid-19 pouvant provoquer un décès. Cette observation concerne aussi les formes graves de covid-19 dues au variant delta.

Ces données montrent que la vaccination n'est pas une nécessité pour diverses catégories d'âge de la population, sous condition d'un bilan de santé personnalisé qui objective l'absence de risques majeurs (comorbidité) en cas de maladie. Elle ne devrait pas être obligatoire, mais rester possible sur une base volontaire. La faible innocuité²² des vaccins anti-covid actuels plaide par ailleurs en ce sens: pour des personnes en bonne santé, les risques d'effets post-vaccin anti-covid, graves, spécifiques, bien identifiés, sont bien supérieurs à 1 pour 10.000 (comme nous l'avons vu dans notre précédente section). Il s'agit par exemple d'accidents cardiaques pour les hommes jeunes, thrombotiques pour les femmes, dont les taux sont de 10 à 40 fois supérieurs à ceux observés avant 2020, selon les âges et sexes²³. Inversement, le risque d'hospitalisation des personnes jeunes pour une forme sévère de Covid est, lui, bien inférieur à 1 pour 15.000²⁴, voire 1 pour 30.000 pour les enfants les plus jeunes sans comorbidités²⁵. A la lumière de cette balance de risques, plusieurs vaccins anti-covid actuels se sont déjà vus déconseillés ou suspendus dans plusieurs pays, dont initialement les vaccins à adénovirus pour les femmes de moins de 40 ans, plus récemment le Moderna pour les moins de 30 ans²⁶, y compris en Belgique²⁷, ou même le Pfizer pour les 12-17 ans²⁸. Depuis le 11 décembre, en Belgique, la Taskforce vaccination permet que les personnes touchées par une réaction grave à la vaccination anti-covid lors leur première injection (ayant conduit à une hospitalisation), puissent obtenir auprès d'un médecin de référence une attestation leur permettant le remboursement sans limite des tests PCR. La pharmacovigilance des vaccins anti-covid étant toujours en cours, on ne peut exclure *a priori* que d'autres aménagements réglementaires, restrictions et limitations d'usage des vaccins anti-covid actuels ne devront pas être appliqués pour protéger la population. Autant de faits et modifications des réglementations et recommandations, qui appellent en soi à la prudence.

Au regard de ces données, **une obligation vaccinale précipitée, pour une partie de la population qui n'en a pas besoin, constituerait une infraction grave aux principes éthiques de précaution et de non-malfaisance, dans un régime démocratique qui confère à l'Etat une obligation de protection de l'ensemble de ses sujets quel que soit leur état de santé.** Il s'agit d'ailleurs, historiquement, d'une des missions fondatrices de l'Etat de droit dans la tradition contractualiste libérale.

2. L'obligation vaccinale pour tous n'est ni proportionnée, ni nécessaire, ni suffisante

L'articulation entre la communication gouvernementale, son relais par les institutions publiques et la caisse de résonance médiatique, entretiennent l'espoir du personnel soignant et de la population en général d'une possible sortie de crise grâce au déploiement d'une stratégie de vaccination généralisée à l'échelle de la population. Mais cet espoir élude une problématique clinique et épidémiologique que le vaccin ne saurait à lui seul résoudre, liée aux facteurs et modes de contagiosité et d'infectiosité du Sars-CoV-2. Une réflexion éthique sur la stratégie vaccinale doit en effet considérer aujourd'hui la diversité des circonstances et des profils cliniques des personnes, des possibilités mais aussi des risques et des limites des vaccins anti-covid actuels selon les situations. Elle doit aussi prendre en compte la variété des moyens divers de prise en charge (ambulatoire, précoce) des patients covid qui se sont développés, depuis le début de la crise pandémique, et qui démontrent aujourd'hui une réelle efficacité thérapeutique²⁹.

Le parcours d'un patient Covid, depuis la contamination jusqu'à l'hospitalisation éventuelle, est complexe:

- Chaque personne peut avoir été contaminée dans des situations de vie très diverses, à des niveaux de charge virale très variables selon le taux de contamination (élevé ou pas) du contact qui transmet (cas index). La vaccination ne garantit pas de façon suffisante une protection contre ces transmissions.

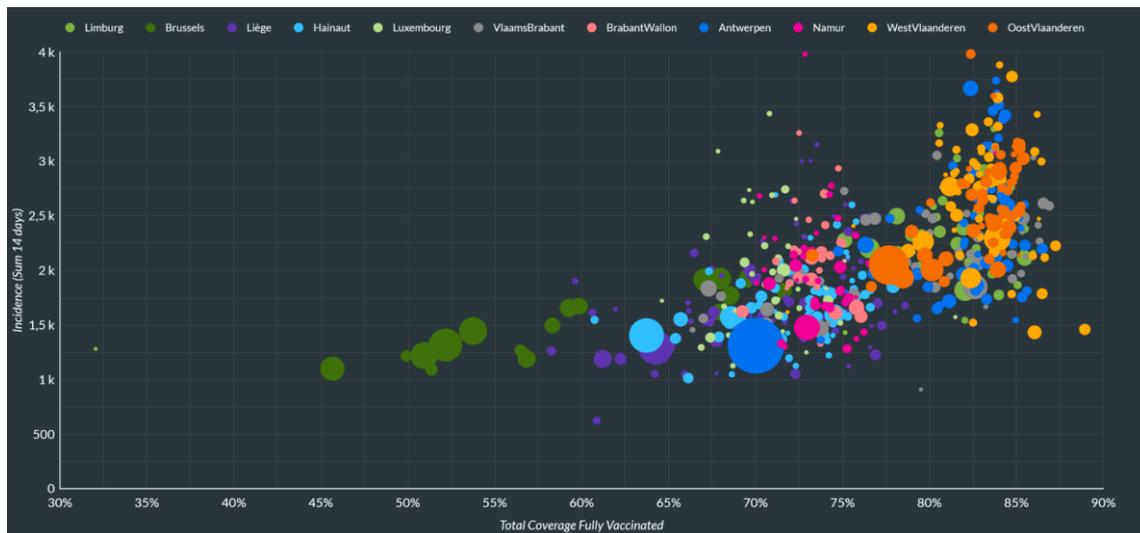
Les vaccins anti-covid actuels réduisent temporairement et variablement les contaminations et les transmissions mais ils ne les empêchent pas

L'OMS considère qu'avant l'arrivée du variant Delta, les vaccins réduisaient la transmission d'environ 60%. Avec le variant Delta, ce taux serait tombé à environ 40 %³⁰.

Dans une étude récente (toujours en preprint), D.W. Eyre et al. trouvent que pour les vaccins AstraZeneca et Pfizer, la réduction initiale moyenne des transmissions ne serait respectivement que de 25 et 50%, que l'effet ne serait plus significatif trois mois après la 2ème dose de vaccin pour l'AstraZeneca, et ne dépasserait plus 20% pour le vaccin Pfizer³¹.

L'étude de Eyre et al. détaille également une efficacité contre les contaminations de 60 et 80% pour Astra et Pfizer après vaccination, mais réduite à 35 et 55% après trois mois. La réduction globale du risque est alors de 35% et 65%, mais continue à diminuer encore après. Il n'y aurait quasiment plus d'effet après 6 mois. Ceci fait également l'objet d'une étude israélienne pour le vaccin Pfizer³². Une étude suédoise concernant les infections symptomatiques conclut à une efficacité non détectable après 211 jours pour le vaccin Pfizer et 121 jours pour l'Astra Zeneca³³. En Belgique, un graphe du dashboard Sciensano montre, au 13/12/2021, que les communes les plus vaccinées ont aussi le plus haut taux de contaminations:

Incidence vs Couverture vaccinale/commune



Source: <http://urlr.me/dbPVg>

Ces chiffres varient donc largement selon les études et leur temporalité, et sont donc à considérer avec prudence. Mais le fait est qu'un nombre significatif d'études attestent aujourd'hui qu'aucun vaccin anti-covid actuel ne prémunit de façon satisfaisante et durable des mécanismes de transmission virale³⁴, *a fortiori* compte tenu des mutations successives du virus.

Par ailleurs, l'effet du vaccin sur les infections mucosales semble également médiocre, les charges virales chez les personnes infectées vaccinées et non-vaccinées devenant avec le temps identiques pour le variant Delta³⁵.

- En cas de contamination, l'infection se développe d'abord au niveau des muqueuses respiratoires que les vaccins anti-covid actuels, administrés par voie intramusculaire, n'immunisent que très peu³⁶. La progression de l'infection dépendra donc principalement de l'immunité mucoale naturelle très variable d'une personne à l'autre³⁷.
- Les formes sévères surviennent ensuite quand l'infection passe la barrière épithéliale (dont la résistance dépend de chaque personne) et atteint un ou des organes internes du corps. A ce moment, l'immunité vaccinale joue un rôle en plus des défenses naturelles, respectivement plus ou moins importantes chez chaque personne. Notons qu'en Belgique, 97% des personnes infectées ne sont pas hospitalisées, 70% à 80% des 3% qui le sont présentent au moins un facteur de risque (âge ou comorbidité)³⁸ qui contribue à une faible immunité (même vaccinale) ou une grande sensibilité à l'attaque virale (voire bactérienne dans les cas de surinfection bactérienne contre laquelle le vaccin est inefficace³⁹). Si pour les décès dus au COVID-19, nous n'avons pas de chiffres en Belgique concernant les facteurs de risque associés, 97 à 99% de ces décès sont, d'après les études internationales, liés à l'âge ou à des facteurs de comorbidité⁴⁰.

- Alors que les directives gouvernementales actuelles recommandent, en premier lieu, de ne pas contacter son médecin en cas de doute, contact à haut risque ou test positif rapide à la maison, mais de se référer à un site web⁴¹, et ne conseillent même pas de contacter son médecin ensuite, en cas de test PCR positif⁴², c'est au contraire la prise en charge médicale précoce de proximité, ou son absence, qui marque une différence quant à l'évolution favorable, ou critique, du COVID-19⁴³. Peu importe ici que la personne malade soit vaccinée ou qu'elle ne le soit pas, car si la vaccination protège temporairement les personnes à risques (les seules aujourd'hui exposées à) des formes graves de la maladie, elle n'en prémunit pas complètement les personnes vaccinées⁴⁴. Il demeure donc une incertitude sur l'efficacité exacte des vaccins anti-covid actuels, qui varie dans le temps, selon les variants viraux successifs et les profils des personnes infectées.
- Notons enfin que les preuves s'accumulent de jour en jour pour montrer que les personnes ayant déjà été infectées par le SARS-CoV-2 acquièrent une immunité robuste et durable⁴⁵ qui, selon leur situation personnelle de santé, n'appelle pas de complément vaccinal. Ces personnes forment, par leur immunité naturelle, un obstacle aux chaînes de transmission et contribuent ainsi au développement d'une immunité collective.

A chacune des étapes qui viennent d'être énumérées, des actions peuvent être entreprises pour minimiser les risques d'hospitalisation ultérieure, face auxquels le vaccin offre **une solution partielle au sein d'un continuum d'actions efficaces de santé publique**. Les principes de proportionnalité et de nécessité ne sont pas sérieusement justifiés dès lors que le vaccin ne réduit que partiellement et temporairement la contagion, que tous les individus ne sont absolument pas exposés aux mêmes risques de développer une forme grave de la maladie et que la prise en charge précoce des malades à domicile est bien établie pour diminuer les hospitalisations⁴⁶.

3. La vaccination obligatoire des "plus forts" n'est pas une garantie de protection des "plus faibles"

Il nous reste à aborder l'argument compassionnel de la protection des plus faibles par la vaccination générale, véritable pierre de fondation du raisonnement moral des différents avis éthiques mentionnés en introduction à cette note. Selon cet argument, l'obligation vaccinale des soignants doit s'imposer au nom de l'obligation morale de préserver les personnes plus vulnérables (patients hospitalisés, immunodéprimés,...) de tout risque de contamination évitable. Mais s'il est incontestable que toutes les parties du débat éthique se rencontrent sur la nécessité de protéger les plus faibles, il est nécessaire de discuter des moyens envisagés pour atteindre cette fin. Nous pouvons et nous devons nous donner le temps de le faire.

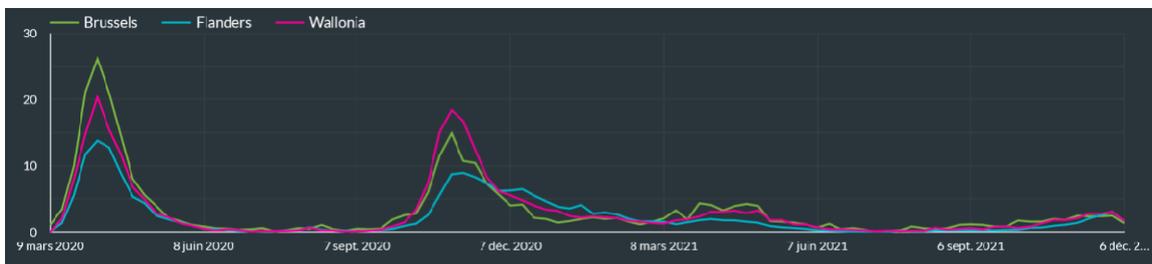
Sommes-nous dans une situation d'extrême urgence qui nous empêche de respecter le temps de la démocratie et de la réflexion éthique?

L'être humain est un animal dit symbolique, en ce sens qu'il ne peut se rapporter à la

réalité sans l'interpréter, sans s'appuyer sur certaines théories et représentations. Or, toutes ne s'équivalent pas et n'offrent pas les mêmes possibles.

Si l'on adhère à l'idée que la crise actuelle, d'aujourd'hui, nous maintient en situation de guerre, confrontés à un ennemi mortel pour toute une société, alors sans doute est-on enclin à faire peu de cas d'un vrai débat éthique sur l'obligation vaccinale (tout au plus fera-t-on *semblant* de le mener, pour gagner quelques adhérents de plus à la cause). A la guerre, quoi qu'on en dise, tous les moyens sont bons, tous les dégâts collatéraux sont à supporter et sont justifiés en vue du but ultime (vaincre l'ennemi). Tous les codes en vigueur dans un régime de normalité éclatent, pour laisser place à des décisions exceptionnelles et transgressives des règles de droit commun et d'éthique en temps de paix. L'imaginaire de la guerre correspond-il à la réalité de la crise actuelle ? Même si la situation est bien sûr loin d'être simple, les données factuelles ne plaident pas en ce sens, avec par exemple les hospitalisations pour Covid qui n'ont représenté que 2% de l'ensemble des hospitalisations en France en 2020. Pourtant, c'est un imaginaire de ce type qui continue, encore dans la présentation des courbes épidémiques actuelles, de menacer la population d'une mise en quarantaine extrême si des mesures intermédiaires ne sont pas supportées (vaccination obligatoire, port du masque pour les enfants dès l'âge de 6 ans, Covid "Safe" Ticket, etc.), alors qu'aucun plan pandémie avant 2020 n'avait jamais envisagé la mise en quarantaine de personnes saines par précaution.

Nombre de décès par régions et semaines par 100 000 habitants (09/03/20-12/12/2021)



Source: Sciensano - Epistat, Interactive Dashboard: <http://urlr.me/5Hyt3>

Si l'on pense que la situation *actuelle*, aussi préoccupante et douloureuse puisse-t-elle être, n'est pas une guerre, que cet imaginaire très puissant impose à la réalité de la crise présente une métaphore et un sentiment d'urgence absolue inadéquats, que la syndémie⁴⁷ de covid-19, devenue endémique, doit être resituée dans de plus justes proportions, alors la fin ne justifie pas tous les moyens. C'est d'ailleurs même plutôt le choix des moyens qui va produire le type de fin que l'on va faire venir au monde. Tous les dégâts collatéraux ne sont pas inévitables et justifiés. Diverses stratégies et options sont possibles, combinables, et méritent d'être sérieusement considérées. Il n'est pas nécessaire de sacrifier nos principes et valeurs démocratiques, nos exigences en matière de sécurité et de précaution, nos héritages humanistes et des lumières. L'éthique de la guerre n'est pas notre seule option possible.

Ainsi, la perception d'un phénomène et son traitement ne dépendent pas toujours

exclusivement de ce phénomène lui-même. Ils dépendent aussi des mesures adoptées et d'un imaginaire politique qui les anime, lequel n'est pas toujours adéquat à la réalité vécue sur le terrain. Si des classes ferment, si l'on impose le masque aux enfants à partir de 6 ans, si l'on ferme des magasins à cause du virus, si l'on envisage une vaccination obligatoire générale de la population, voire des reconfinements généralisés, c'est en raison de prises de décisions politiques, mais aussi des imaginaires de la crise dont nos autorités et nos institutions publiques sont habitées pour penser leur stratégie de santé publique. Le défi d'une politique de santé pertinente et agile face à toute crise, repose par conséquent sur la capacité de ses dirigeants à évaluer continûment la pertinence des représentations, des croyances et des théories qu'ils mobilisent pour la conduire, et de pouvoir changer d'imaginaires à chaque fois que l'appréciation informée de la réalité l'exige pour le bien d'une population.

L'argument compassionnel de la protection des plus faibles justifie-t-il l'obligation vaccinale? La réponse à cette question est négative dans le cas des vaccins anti-covid actuels, pour les motifs suivants:

Premièrement, au regard du dépassement des seuils usuellement tolérés en matière d'innocuité vaccinale⁴⁸, il est urgent de se demander quel serait le seuil d'acceptabilité éthique des taux d'effets secondaires pour les vaccins contre le Covid-19. Même s'il existe des vaccins obligatoires, par exemple pour le personnel soignant (hépatite B), il s'est écoulé 10 ans entre la mise sur le marché du vaccin, et l'obligation vaccinale (cette temporalité permet à l'Etat de garantir sa mission de protection et de sécurité envers ses sujets, en vérifiant que le taux d'effets secondaires graves rapportés dans la population vaccinée est extrêmement faible). Notons également que pour l'hépatite B, il ne s'agit pas d'une obligation vaccinale au sens strict, mais bien d'une obligation d'immunisation par le contrôle de la présence d'anticorps, car il a été considéré qu'il ne servait à rien de vacciner quelqu'un contre une maladie alors que cette personne présente encore des anticorps de cette maladie.

Deuxièmement, dans le cas du personnel soignant, les rapports Sciensano ne recensent sur le terrain qu'un nombre limité de clusters et infections nosocomiales dans les établissements médicaux, comparativement aux autres activités de la population⁴⁹. Inversement, des observations de contaminations de SARS-CoV-2 au sein de populations vaccinées en milieu hospitalier sont rapportées dans la presse⁵⁰ et dans la littérature scientifique⁵¹.

Nous savons en effet aujourd'hui que **la vaccination n'apporte qu'une solution très partielle aux problématiques de contamination et d'infection**. A vrai dire, si l'enjeu est réellement de protéger de façon efficace les plus faibles, on devrait rendre obligatoire la généralisation des testings systématiques (régulier, via autotests et/ou test antigénique rapide sur le lieu de travail) du personnel soignant *vacciné et non-vacciné* : cette mesure serait bien plus efficace, proportionnée et nécessaire pour protéger les patients les plus vulnérables dans la structure hospitalière, qu'une vaccination générale qui ne répond à aucun de ces principes médicaux, éthiques et juridiques de base. **On le sait aujourd'hui, le statut de vacciné comme de non-vacciné laisse chacun aveugle et incertain au chevet du patient quant à son statut viral et son niveau de risque de transmission possible. Seul un testing**

régulier des deux populations soignantes serait en mesure d'atteindre la finalité recherchée : protéger les plus faibles d'une transmission virale involontaire.

Troisièmement, enfin, rappelons qu'il convient d'éviter toute mesure qui serait susceptible de produire un effet contraire à la fin recherchée. Nous avons déjà souligné qu'imposer une norme d'obligation vaccinale dans l'objectif de protéger les plus faibles ne permet pas en soi d'atteindre l'objectif recherché. Mais lorsqu'est prise en compte la limitation factuelle du vaccin à empêcher toute contamination (limitation proportionnellement croissante dans le temps, quelque temps après l'injection, et selon divers paramètres encore trop méconnus à ce jour), les partisans de l'obligation vaccinale développent une version faible de leur premier argument. Cette version modérée de l'argument en faveur de l'obligation vaccinale consiste à soutenir que si le vaccin diminue les risques de transmission, fût-ce seulement de 5 à 30%, il contribue de ce fait à accroître la protection des personnes et participe, parmi d'autres stratégies, à affaiblir les chaînes de transmission (dans le secteur des soins de santé et ailleurs). Or, tout ce qui contribue à cette réduction du risque épidémique devrait être mis en œuvre et imposé aux personnes pour leur bien et le bien de l'ensemble de la communauté. Cet argument dans sa version *soft*, nous semble toutefois tout aussi faible que sa version *hard* pour plusieurs motifs :

1) Qu'en est-il, sous cet horizon d'obligation vaccinale générale, des personnes naturellement immunisées et de leur exposition, en cas de vaccination, à divers risques (effets secondaires graves⁵², réactions ADE⁵³ ou auto-immunes⁵⁴, etc.)? Aujourd'hui, la littérature suggère que l'immunité naturelle offre une protection contre les transmissions et les formes graves plus robuste et durable que l'immunité vaccinale prodiguée par les vaccins⁵⁵.

2) Ne risque-t-on pas avec une vaccination générale de produire artificiellement une pression de sélection sur les variants, qui forcera l'émergence de formes résistantes du virus aux vaccins actuels⁵⁶? La véritable action solidaire et compassionnelle ne consisterait-elle donc pas plutôt de se retenir d'imposer la vaccination aux populations les plus fortes, pour réserver l'efficacité des vaccins anti-covid aux populations les plus faibles ?

3) Quid des nombreux effets pervers liés à des vaccins n'offrant qu'une faible protection contre la transmission ? Citons entre-autres:

- Le faux sentiment de protéger autrui.
- L'exposition d'autrui à des niveaux de risques variables (selon les situations et la durée de protection du vaccin) et inconnus en situation réelle (selon les individus, le lieu, le niveau d'aération des espaces, la composition de l'air, les types d'interactions humaines, le nombre de personnes en présence, l'état au temps « t » de protection offerte par le vaccin, la nature des variants en présence, etc.).
- Une baisse de garde par rapport aux autres stratégies de protection existantes à mettre en œuvre.
- Une moindre vigilance sur son propre état viral (je suis vacciné, pourquoi ferais-je des tests PCR ou antigéniques réguliers?) et, parfois, une moindre attention aux risques que l'on fait encourir aux personnes autour de soi.
- L'inquiétude et la peur du patient qui ne sait pas dans quelle mesure son interlocuteur, bien que vacciné, peut lui transmettre le virus;
- etc.

4) Enfin, soulignons qu'une des considérations les plus problématiques de la crise traversée est de penser l'être humain comme un individu isolé et séparable de ses semblables. Au contraire de cette vision individualiste et atomiste de la personne humaine, notre expérience humaine commune nous enseigne que tout être humain est un sujet porté dans des liens d'interdépendances sociales nécessaires à sa santé et son épanouissement en tant que personne humaine. Ainsi la subjectivité d'un patient n'est-elle jamais limitée à son enveloppe corporelle. Elle dépend radicalement d'un réseau de soins et de soignants qui participent de l'identité de la personne du patient dans sa situation de vie présente, et dont tout patient a vitalement besoin tant pour sa guérison que pour son bien-être. En conséquence, fragiliser la communauté des soignants plus qu'elle ne l'est déjà en lui imposant une mesure disproportionnée, non-nécessaire, et blessante car injuste et inefficace au regard de l'objectif recherché, c'est inévitablement la diviser, contribuer à son affaiblissement, et atteindre aussi directement et négativement les patients qui en dépendent. On en vient ainsi, au nom d'un idéal compassionnel de protection des plus faibles, à imposer des normes, qui nuisent *in fine* au sujet dont on affirme souhaiter prendre soin. Comme le dit la sagesse populaire, l'enfer est pavé de bonnes intentions.

Conclusion

Au regard des présentes analyses et réflexions d'ordres médical, scientifique, juridique et éthique, nous estimons que les positions prises par les comités d'éthique et les institutions juridiques cités en exergue de notre prise de position exigent d'être révisées. **Nous appelons en particulier, en Belgique, le Comité consultatif de bioéthique et l'Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains, à réévaluer leurs positions respectives (jusqu'ici, plutôt en faveur d'une obligation vaccinale de la population en général et des soignants en particulier) en tenant compte des données de terrain actuelles, des savoirs scientifiques à jour, de la pharmacovigilance, des variations (importantes!) des risques liés aux vaccins ou aux formes graves de Covid-19, par groupes d'âge et de comorbidités, et de la spécificité des vaccins anti-covid.** En effet, les deux institutions belges n'ont pas pris en compte ces informations dans leurs évaluations respectives (en faveur de l'obligation vaccinale).

Si l'avis de l'Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains date du 8 décembre dernier, l'avis du Comité consultatif de bioéthique fut émis, pour sa part, en décembre 2020, soit antérieurement aux premières campagnes de vaccination. Il est donc compréhensible qu'à cette époque, de nombreuses données factuelles et scientifiques sur les effets de la vaccination manquaient à l'analyse éthique. Tel n'est plus le cas aujourd'hui. Il est d'autant plus nécessaire que le Comité consultatif de bioéthique réévalue sérieusement sa position à la lumière des informations disponibles, que c'est en se légitimant de l'autorité de son avis, pourtant aujourd'hui sous-informé et anachronique, que le Conseil Supérieur de la Santé s'est récemment positionné (le 3 novembre 2021) à la demande du ministre de la santé publique, Monsieur Franck Vandenbroucke, en faveur de l'obligation vaccinale du personnel soignant⁵⁷.

Une fois considérés comme il se doit, les données factuelles les plus récentes et les éléments d'analyse scientifique et empirique que nous avons souhaité mettre en lumière dans cette

note, posent des questions fondamentales d'ordre médical, éthique et juridique, qui n'ont pas encore été publiquement débattues. Peut-on renoncer au regard des informations de terrain et de l'existence de protocoles de prise en charge précoce de la maladie, à prendre en compte, par rapport à l'acte vaccinal, la balance bénéfice/risque qui varie pour chacun selon l'âge et le bilan de santé? Peut-on transgresser le respect du droit à l'intégrité physique et au consentement libre et éclairé de la personne humaine au nom d'une solidarité vaccinale obligatoire dont le caractère réellement solidaire n'est pas avéré, et dont les effets espérés à moyen et long termes sur la syndémie⁵⁸ de Covid-19 restent extrêmement hypothétiques? Ils le restent en raison non seulement des limitations et des incertitudes propres aux vaccins anti-covid actuels, mais aussi à cause de la variabilité importante du virus susceptible d'échapper à tout moment à la protection offerte par l'immunité vaccinale.

Il est largement démontré aujourd'hui que les vaccins anti-covid actuels protègent peu des transmissions pour en bloquer les chaînes de propagation, et qu'ils n'empêchent ainsi pas les infections même s'ils en limitent un certain temps les formes graves. Leur efficacité demeure à durée variable et imprévisible, et dépend radicalement de la stabilité temporelle de variants temporaires sur lesquels l'action des vaccins peut être effective. L'innocuité des vaccins anti-covid actuels reste par ailleurs faible en comparaison d'autres vaccins sur le marché et sujette à étude. Cette méconnaissance exige l'application du principe de précaution, le respect du principe d'inviolabilité du corps humain et du droit des patients à un consentement libre et informé de façon claire et loyale. Si les vaccins anti-covid constituent néanmoins un moyen important parmi d'autres de lutte contre la covid-19, ils doivent être cependant employés, en contexte de syndémie, avec bonne intelligence. Nous devons les réserver en priorité pour les groupes de populations vulnérables bien connus aujourd'hui et les plus exposés aux formes graves de la maladie. Si les "plus forts" choisissent librement de s'en abstenir au profit d'une pratique de testing régulière et, en cas de maladie, de thérapies reconnues aujourd'hui pour leur efficacité, les vaccins verront leur durabilité et leur efficacité prolongée en limitant la pression vaccinale sur les mutations, et continueront de constituer un outil précieux de protection des plus faibles. La vaccination doit être particulièrement encouragée auprès de ces groupes, et rester accessible à tous sur une base volontaire.

En conclusion, à la question actuelle de la légitimité médicale, scientifique, juridique et éthique d'une vaccination obligatoire de l'ensemble du personnel soignant, mais également, ultérieurement, de la population générale, la réponse nous apparaît de toute évidence négative⁵⁹. Il ne serait en rien proportionné, dans les conditions épidémiologiques et de pharmacovigilance actuelles, de cheminer vers l'obligation vaccinale au risque de blesser la concorde sociale, le respect des valeurs et principes démocratiques, et l'égalité des personnes en dignité et en droits. Notre positionnement en appelle à la nécessité d'un débat réunissant toutes les parties prenantes de la société civile, et garantissant les conditions d'un apport d'information médical, scientifique, éthique et juridique complet sur la situation actuelle.

Signataires

David Doat (UC Lille)
Benoit Bourguine (UCLouvain)
Malik Bozzo-Rey (UC Lille)
Vinciane Debaille (ULB)
Catherine Fallon (ULiège)
Denis Flandre (UCLouvain)
Marc-Antoine Gavray (ULiège)
Raphaël Gély (USL-B)
Michel Hubert (USL-B et ULB)
Boris Jidovtseff (ULiège)
Marie-Aurore Labonte (avocate)
Dr Olivier Lhoest (CHC Liège)
Jean-Michel Longneaux (UNamur)
Sarah O'Neill (ULB)
Florence Parent (ULB)
Elisabeth Paul (ULB)
Yves Pouillet (UNamur)
Bernard Rentier (ULiège)
Olivier Servais (UCLouvain)
Jean-Marc Sparenberg (ULB)
Erik Van den Haute (ULB)
Clément Vidal (VUB)

¹https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/210212_avis_75_reperes_ethiques_vaccination_anti-covid-19.pdf

²<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3166-avis-cesp-vaccination-obligatoire-travailleurs-sante-covid-19.pdf>

³<https://www.institutfederaldroitshumains.be/publications/vaccination-obligatoire-covid-safe-ticket-et-droits-humains>

⁴<https://www.nature.com/articles/s41541-021-00369-6>

⁵<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab465/6279075>

⁶<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESAHA.121.318902>;
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33360731/https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.12.21.423721v2>

⁷https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/188B_surveillance_securite_vaccinale_en_Belgique_Synthese.pdf

⁸https://www.afmps.be/fr/news/coronavirus_aperçu_mensuel_des_effets_indésirables_des_vaccins_contre_la_covid_19_du_18

⁹<https://www.leem.org/sites/default/files/pharmacovigilance.PDF>

¹⁰Source : rapport de la directrice de l'ANSM au Sénat début décembre, voir <https://youtu.be/WNGCXfekKn0>

¹¹Source OMS, <http://www.vigiaccess.org/>

¹²https://www.who.int/immunization/diseases/poliomyelitis/endgame_objective2/oral_polio_vaccine/VA_PPandcVDPVFactSheet-Feb2015.pdf

¹³Recalculé depuis <https://www.cdc.gov/flu/prevent/vaccine-supply-historical.htm>

¹⁴Source OMS au 7/12/2021, <http://www.vigiaccess.org/>

¹⁵<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

¹⁶https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-product-information_fr.pdf

¹⁷https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/covid-19-vaccine-janssen-epar-public-assessment-report_en.pdf; https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_fr.pdf; https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vaxzevria-previously-covid-19-vaccine-astrazeneca-epar-product-information_fr.pdf; http://www.revuedlf.com/droit-administratif/sur-la-liceite-dune-obligation-vaccinale-anti-covid/#_ftn1

¹⁸<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8055532>

¹⁹[Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications | SpringerLink ; Underlying Medical Conditions and Severe Illness Among 540,667 Adults Hospitalized With COVID-19, March 2020–March 2021 \(cdc.gov\)](#)

²⁰[Long-term Symptoms After SARS-CoV-2 Infection in Children and Adolescents | Adolescent Medicine | JAMA | JAMA Network](#)

²¹<https://www.cdc.gov/flu/about/burden/index.html>

²²L'innocuité désigne la qualité de ce qui n'est pas nuisible, ne cause aucun dommage. Voir <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/innocuite>. La "faible innocuité" d'un produit renvoie à l'idée que ce produit n'est pas (suffisamment) inoffensif (au regard d'une norme standard), qu'il peut entraîner des dommages (dans des taux et proportions qui doivent être précisés au cours de son étude : tel est par exemple l'objectif de la pharmacovigilance dans le domaine pharmaceutique)

²³<https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-08-30/03-COVID-Su-508.pdf>, p. 7; <https://www.fda.gov/media/151733/download>, p. 24; https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2785610?guestAccessKey=f68b26ca-f376-4461-b368-3fedc46215a4&utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jamainternalmedicine&utm_content=olf&utm_term=110121; https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circ.144.suppl_1.10712 ; <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.30.21262866v1.full-text>

²⁴<https://datastudio.google.com/embed/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab/page/uTSKB>

²⁵<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.30.21267048v1>

²⁶<https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/oktober/anvandningen-av-modernas-vaccin-mot-covid-19-pausas-for-alla-som-ar-fodda-1991-och-senare/>; <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/denmark-pauses-use-moderna-covid-vaccine-people-under-18-years-2021-10-06/>; <https://amp.tdg.ch/la-finlande-suspend-le-vaccin-moderna-pour-les-moins-de-30-ans-775006162090>; https://www.rtf.be/info/societe/detail_la-suede-suspend-par-precaution-le-vaccin-moderna-pour-les-moins-de-30-ans?id=10855363; https://www.lemonde.fr/planete/article/2021/11/08/le-vaccin-de-moderna-deconseille-pour-les-moins-de-30-ans-par-la-haute-autorite-de-sante_6101431_3244.html; <https://paperjam.lu/article/vaccin-moderna-suspendu-moins->

²⁷https://fdn01.fed.be/documents/7a0245e7bcacb375393373bb5b4d017/Note%20sur%20l%27administration%20d%27une%20dose%20de%20rappel_final_FR%20%281%29.pdf, p. 7.

²⁸<https://www.taiwannews.com.tw/en/news/4340862>

²⁹https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Decision-aid-Worrisome%20patient-FR_01062021.pdf

- ³⁰<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--24-november-2021>
- ³¹<https://doi.org/10.1101/2021.09.28.21264260>
- ³²<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2114228>
- ³³https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3949410
- ³⁴[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00648-4/fulltext?fbclid=IwAR3liVLINQSKxcXPrPoMp9_pilP_ElroTBcD_0n_GXAIvZkooZ3EhorSadl;](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00648-4/fulltext?fbclid=IwAR3liVLINQSKxcXPrPoMp9_pilP_ElroTBcD_0n_GXAIvZkooZ3EhorSadl;)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666776221002581?fbclid=IwAR1ELBEuyDJ6kBo>
https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.10.14.21264959v1?fbclid=IwAR2SnV_oQcFcz6q8HO
[c2BCDzJQ1nuFRgagqxeuQUipaxYUf3lVVAiCzZuaw;https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2114228;](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2114228)
[https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2114114;](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2114114)
https://fr.scribd.com/document/545827611/Increases-in-COVID-19-are-unrelated-to-levels-of-vaccination-across-68-countries-and-2947-counties-in-the-United-States#download&from_embed
- ³⁵[https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.12.21265796v1;](https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.12.21265796v1)
[https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7044e1.htm?s_cid=mm7044e1_w#contribAff;](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7044e1.htm?s_cid=mm7044e1_w#contribAff)
[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00648-4/fulltext?fbclid=IwAR05HQzRgnJKvHapLnM5yH-vSZVq_vYTVrpOrmXjQqea4gFcXerYsOJRJT](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00648-4/fulltext?fbclid=IwAR05HQzRgnJKvHapLnM5yH-vSZVq_vYTVrpOrmXjQqea4gFcXerYsOJRJT);
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2102507>
- ³⁶[https://www.nature.com/articles/s41590-021-01028-7;](https://www.nature.com/articles/s41590-021-01028-7)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8358136/>
- ³⁷ <https://www.nature.com/articles/s41590-021-01028-7>
- ³⁸ https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Hospital_epidemiology_Part_1.pdf
- ³⁹<https://covidrationnel.be/2021/11/29/covid-19-et-reduction-du-risque-dhospitalisation-pour-une-strategie-ciblee-sur-la-base-des-profils-cliniques-des-malades/>
- ⁴⁰[https://www.cdc.gov/pcd/issues/2021/21_0123.htm;](https://www.cdc.gov/pcd/issues/2021/21_0123.htm)
https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_5_october_2021.pdf
- ⁴¹<https://www.info-coronavirus.be/fr/autotest/>
- ⁴²<https://www.info-coronavirus.be/fr/suividescontacts/>
- ⁴³<https://kce.fgov.be/fr/soins-ambulatoires-aux-patients-covid-19-dans-le-contexte-d%E2%80%99une-saturation-des-h%C3%B4pitaux-belges>
- ⁴⁴<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.24.21266735v1> La vaccination pourrait même, dans certains cas rares (antibody-dependent-enhancement, ADE, ou facilitation par les anticorps), permettre à des nouveaux variants d’infecter plus facilement leur hôte (cette hypothèse, démontrée pour d’autres virus comme celui de la fièvre dengue, reste néanmoins largement débattue au plan scientifique pour le SARS-CoV-2). Voir <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2538-8> ; <https://www.nature.com/articles/s41564-020-00789-5> ; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8438590/> ; <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20587384211050199> ; <https://dailyexpose.uk/2021/11/06/uk-gov-lying-and-hiding-the-fact-covid-19-vaccinated-are-developing-ade/>
- ⁴⁵[SARS-CoV-2 infection rates of antibody-positive compared with antibody-negative health-care workers in England: a large, multicentre, prospective cohort study \(SIREN\) - The Lancet : SARS-CoV-2 elicits robust adaptive immune responses regardless of disease severity - EBioMedicine \(thelancet.com\); Asymptomatic and symptomatic SARS-CoV-2 infections elicit polyfunctional antibodies.: Cell Reports Medicine ; How do people resist COVID infections? Hospital workers offer a hint \(nature.com\) ; Frontiers | Mucosal Immunity in COVID-19: A Neglected but Critical Aspect of SARS-CoV-2 Infection | Immunology \(frontiersin.org\)](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00648-4/fulltext?fbclid=IwAR3liVLINQSKxcXPrPoMp9_pilP_ElroTBcD_0n_GXAIvZkooZ3EhorSadl;)
- ⁴⁶https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Decision-aid-Worrisome%20patient-FR_01062021.pdf
- ⁴⁷Une syndémie caractérise un entrelacement de maladies, de facteurs biologiques et de conditions environnementales qui aggravent, par leur synergie, les effets de ces maladies sur une population.

Voir [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32822-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32822-8/fulltext);
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)

⁴⁸https://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tech_support/Part-1.pdf;
<https://academic.oup.com/fampra/article-abstract/9/1/36/537952?redirectedFrom=fulltext>

⁴⁹https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly_report_FR.pdf, p. 52;
https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Hospital_epidemiology_Part_1.pdf, p.22.

⁵⁰<https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/un-cluster-de-covid-19-detecte-dans-un-hopital-de-bordeaux-15-soignants-d-une-unite-testes-positifs-0247aee8-3e02-11ec-b567-f76c2a8a2>

⁵¹<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34245907/> ;
https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.39.2100822?fbclid=IwAR0AYoFXmVcPRU9Wck8_WSuqUU0ecSMD3IS7R3d3xr6X2-jkMAP1fXWEpcw

⁵²<https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/covid-vaccine-side-effects>

⁵³<https://www.nature.com/articles/s41564-020-00789-5>

⁵⁴<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0008382>

⁵⁵<https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4>;
<https://www.science.org/doi/10.1126/science.abd7728>;
<https://rupress.org/jem/article/218/5/e20202617/211835/Highly-functional-virus-specific-cellular-immune>; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eji.202149535>;
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1>;
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.04.21267114v1>

⁵⁶<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34873910/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26214839/>;
<https://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.1002198>

⁵⁷https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20211202_css-9671_obligation_vaccination_hcw_vweb_0.pdf. Ce rapport ne mentionne pas par ailleurs d'études de pharmacovigilance, ni n'intègre de données et références récentes concernant l'évolution de la situation après juillet 2021.

⁵⁸[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext);
<https://covidrationnel.be/2021/03/23/discussion-de-reponses-a-la-crise-sanitaire-du-sars-cov-2-covid-19/>

⁵⁹C'est aussi la position que vient de réaffirmer tout récemment, le 10 décembre 2021, la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine, voir <https://www.letemps.ch/opinions/lobligation-generale-vaccination-une-mesure-remet-question-dacquis>. Nous ne nous reconnaissons toutefois absolument pas dans la validation éthique, par cette même commission, de la règle dite des 2G (personnes vaccinées ou guéries uniquement). Les CST, corona pass, etc., n'apportent en effet aucune garantie de réduction des transmissions par les personnes vaccinées vu les arguments scientifiques concernant la faible immunisation mucoale. De plus, en cas d'application, la règle des 2G ne permettrait plus aux personnes non vaccinées et non guéries du covid d'obtenir un pass sanitaire moyennant la preuve d'un test négatif (pour accéder aux espaces de cultures, de loisir et de sport dont elles ont besoin pour des raisons de santé et de socialité, au même titre que toute personne humaine), alors que ces personnes testées négatives sont les seules à même de démontrer qu'elles ne sont pas contagieuses. Il s'agit donc bien d'une aberration scientifique. Au contraire, si le bien commun est la principale préoccupation, il faudrait demander à tous, vaccinés comme non-vaccinés, de se faire tester avant tout événement sensible.