



OPINION - 29 mars 2021 -

Enjeux éthiques soulevés par la vaccination contre la Covid-19

Depuis le début de la crise il y a un an, le CCNE s'est prononcé à plusieurs reprises, d'une part sur les EHPAD et, plus récemment, sur les enjeux éthiques posés par la vaccination contre la Covid-19. L'Opinion du CCNE, communiquée le 18 décembre 2020¹, constituait une première réflexion du Comité qui envisageait alors de se prononcer à nouveau, « notamment sur les questionnements éthiques que soulèverait une allocation plus large de vaccins. »

Cela illustre la nécessité, dans cette situation d'incertitude et très évolutive, de reprendre la réflexion régulièrement, car les prises de position ne peuvent pas être définitives.

Le CCNE communique aujourd'hui sur trois sujets d'actualité portant sur la levée des contraintes pour les personnes vaccinées résidentes d'EHPAD, la nécessité de la vaccination des professionnels de santé et l'éventualité de l'instauration d'un « pass sanitaire ».

Le CCNE a souhaité aborder ces interrogations éthiques en collaboration avec la Conférence nationale des espaces de réflexion éthique régionaux (CNERER), dont l'une des missions est de relayer les observations des espaces de réflexion éthique régionaux (ERER) réalisées au plus près des lieux de vie.

Cette communication conjointe constitue un point d'étape dans une réflexion sur le long terme sur les enjeux éthiques d'une politique de santé publique. La réflexion a été conduite au sein d'un groupe de travail CCNE-CNERER² ; le projet de cette Opinion a été discuté lors de deux réunions du comité plénier du CCNE et approuvé le 23 mars 2021.

En mars 2020, envisager l'arrivée d'un vaccin contre la Covid-19 moins d'une année après le début de l'épidémie paraissait hors de portée. Il s'agissait à cette époque de faire face à une diffusion très rapide du virus SARS-CoV-2³, tandis que les équipes internationales de recherche publique et privée, et l'industrie pharmaceutique se mobilisaient pour concevoir et produire un vaccin. L'effort considérable de recherche s'est traduit, à l'automne 2020, par **le développement de nouveaux vaccins** dont l'efficacité sur le virus a abouti à leur homologation par les agences internationales, puis à leur mise sur le marché. Toutefois, malgré un effort de coordination à l'échelle

¹ https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/saisine_vaccins.pdf

² Composition du groupe de travail, coordonné par Laure Coulombel, Claude Delpuech et Pierre-Henri Duée : Gilles Adda, François Ansermet, Régis Aubry, Jean-François Bach, Alexandra Benachi, Marie-Germaine Bousser, Alain Claeys, Sophie Crozier, Marc Delatte, Pierre Delmas-Goyon, Emmanuel Didier, Florence Gruat, Florence Jusot, Claude Kirchner, Caroline Martin, Dominique Quinio, Frédéric Worms, ainsi que Maryse Fiorenza-Gasq, Hélène Gebel et Grégoire Moutel (CNERER). Les contributions des ERER Bourgogne-Franche Comté, Centre-Val de Loire, Grand-Est, Guadeloupe et Îles du Nord, Ile-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie ont également été prises en compte.

³ SARS-CoV-2: Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2.

européenne, **leur disponibilité selon les pays est rapidement apparue hétérogène**⁴, voire insuffisante, traduisant un problème général de production des vaccins, mais aussi l'effet des politiques nationales et internationales, et la prévalence des intérêts économiques et financiers aux dépens de l'intérêt général.

L'accès des populations à la vaccination, à l'échelle mondiale, offre une mesure efficace et l'espoir majeur, de plus en plus partagé par la population, **de contrôle de la pandémie**⁵. Cependant, cet espoir ne masque pas **le contexte inédit d'incertitude qui caractérise cette pandémie** et se manifeste à travers l'évolution du virus avec l'arrivée de variants, la disponibilité des vaccins, la survenue d'effets indésirables dont le lien avec le vaccin questionne encore ⁶, l'incertitude économique et sociale, etc. Ainsi, début 2021, l'apparition de variants⁷ du SARS-CoV-2, qui se propagent rapidement, plus infectieux et possiblement plus virulents, soulignent chaque jour **l'évolutivité des caractéristiques de la pandémie**. Des doutes, des inquiétudes justifiées, des réactions de refus à l'égard de la vaccination, subsistent dans ce contexte.

Face à ces incertitudes, que peuvent accentuer les lacunes d'une communication jugée insuffisante, maladroite, non-transparente, institutions et citoyens sont souvent contredits ou déstabilisés par l'évolution de la crise et obligés de s'adapter sans cesse.

La mise en tension d'intérêts individuels et de ceux de la société s'exprime particulièrement dans les enjeux de santé publique, et confronte chacun à une responsabilité individuelle autant que collective. La vaccination, qui est aussi un enjeu de santé publique, exacerbe ce conflit de valeurs majeur en médecine, particulièrement en situation de pandémie et dans ce contexte d'incertitude. Deux questions donnant lieu à débat aujourd'hui l'illustrent bien : celle de l'obligation vaccinale et celle concernant la mise en place d'un « pass sanitaire » qui, subordonnant l'accès à certains lieux collectifs à l'absence de risque de transmission, est source d'une restriction des libertés. **L'enjeu éthique est celui du juste équilibre entre le principe d'autonomie qui repose sur la liberté de consentir de chacun et la responsabilité collective**, puisque la vaccination confère une protection non seulement pour soi-même, mais aussi pour autrui. Cette articulation dépend également de l'accessibilité du plus grand nombre aux vaccins et des incertitudes qui subsistent quant à leur efficacité contre les variants. Ne souligne-t-elle pas aussi l'ambivalence d'une situation où l'on requiert la confiance alors que le contexte suscite la défiance ?

La réflexion éthique proposée par le CCNE et la CNERER s'appuie sur des repères constitués par les valeurs qui fondent notre société : la garantie et la protection de la dignité humaine, la liberté et l'autonomie, l'égalité et la solidarité, la justice et l'équité, la responsabilité individuelle et à l'échelle du collectif.

⁴ À la date du 21 mars 2021, le nombre de personnes ayant reçu une première dose de vaccin en France est de 6 199 118, soit 9,2 % de la population totale. Ce pourcentage est de 23,3 % aux Etats-Unis, de 45,3 % au Royaume-Uni, de 55,4 % en Israël. On mentionnera aussi le nombre de personnes à risque en France, du fait de leur âge ou de leurs comorbidités, estimé par le Conseil scientifique Covid-19 avec le Comité vaccin et CARE : 23 millions (9 juillet 2020).

⁵ A. Fontanet et al. (2021) SARS-Cov-2 variants and ending the Covid-19 pandemic. The Lancet, 397, 952-954.

⁶ Voir : pharmacovigilance risk assessment committee investigation: <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-vaccine-astrazeneca-prac-investigating-cases-thromboembolic-events-vaccines-benefits>.

⁷ Deux variants principaux circulent en France actuellement : B.1.1.7 ou 20I/501Y.V1 (britannique), B.1.351 ou 20H/501.V2 (Afrique du Sud); citons aussi un variant Brésilien/japonais (P.1, ou 20J/501Y.V3).

Elle aborde d'une part les questions soulevées par la **levée des contraintes pour les personnes résidentes d'EHPAD ayant bénéficié d'une vaccination** et, d'autre part, celles concernant la vaccination **des professionnels de santé et des métiers d'appui à la personne**, alors que le principe même d'une obligation vaccinale n'a pas été envisagé dans la population générale. Enfin, elle porte sur la **possible instauration d'un « pass sanitaire »**, contrainte individuelle pour ouvrir des perspectives de nouvelles libertés. Ces trois thèmes sont examinés séparément, même si, au quotidien, ils interagissent ou interagiront à l'avenir. Ils soulignent non seulement l'évolutivité de la situation, mais s'inscrivent dans des **temporalités différentes**.

1. L'assouplissement des mesures en EHPAD pour les personnes vaccinées et les non vaccinées⁸

Aujourd'hui, la très grande majorité **des résidents en EHPAD ou en USLD⁹ (90,6 % au 21 mars 2021) ont reçu au moins une dose de vaccin**. Cette large couverture vaccinale et l'efficacité démontrée des vaccins vis-à-vis de la protection individuelle dans ce groupe d'âge, mais aussi de la réduction de la transmission virale, justifiaient **l'assouplissement des mesures de confinement**.

A – L'assouplissement des mesures en cours, une nécessité

Les évidences clinique et épidémiologique, en l'absence cependant de publications scientifiques, montrent, de façon répétée, que **les mesures de restrictions sociales temporaires prises pour les résidents ont engendré et engendrent toujours une souffrance psychosociale et affective**, consécutive à l'isolement et à la rupture des liens affectifs et sociaux. L'état psychique de la personne, notamment celle résidant en EHPAD, a un effet majeur sur son état de santé. Le Ministère des Solidarités et de la Santé, s'appuyant sur l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique¹⁰, a ainsi proposé de nouvelles recommandations visant à assouplir les mesures de protection¹¹, prenant en considération l'évolution du contexte.

L'assouplissement, voire la suppression, de mesures de précaution jusqu'alors justifiées par les risques importants et les conséquences dramatiques de la propagation de la Covid-19 auprès des résidents en EHPAD¹², **était nécessaire du point de vue de l'exercice de l'autonomie. Il était aussi souhaité** pour retrouver la convivialité au sein de l'établissement, la visite et les repas avec les proches et pour permettre les sorties en famille.

Cette nouvelle étape post-vaccinale s'inscrit par ailleurs dans l'engagement des établissements vis-à-vis du décret du 15 décembre 2016¹³ promouvant le droit « d'aller et venir ». Cette liberté de circulation ne pourrait être réduite que si l'assouplissement des mesures s'avérait défavorable pour la santé du résident.

⁸ Cette question a fait l'objet d'une saisine du CCNE par l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA).

⁹ Données du ministère de solidarités et de la santé 11/03/2010.

¹⁰ Avis du 2 mars 2021.

¹¹ « Allègement post vaccinal des mesures de protection dans les EHPAD et dans les USLD ». Recommandations à destination des directeurs d'EHPAD et d'USLD (13 mars 2021).

¹² Voir également : P. Calvas (2020). Liberté et autonomie à l'épreuve de la pandémie : quand protéger conduit à confiner (1) et quand libérer conduit à surveiller (2). Éthique et santé, 17, 209-215.

¹³ Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016.

La levée des contraintes, proposée aujourd'hui par l'État¹⁴, doit permettre aux résidents vaccinés, protégés très efficacement¹⁵ eux-mêmes vis-à-vis de la Covid-19 et avec un risque très restreint d'infecter leur entourage, de pouvoir retrouver une vie plus libre¹⁶.

B – Toutefois, les résidents de ces établissements ne sont pas tous vaccinés, ce qui pose la question des conséquences de l'exercice de sa liberté de se faire vacciner ou non.

D'une part, les résidents qui ont fait « le choix »¹⁷ de ne pas se faire vacciner ne doivent pas, par leur décision, limiter les libertés des personnes vaccinées. D'autre part, les personnes vaccinées à qui l'on accorderait plus de possibilités de circulation et de rencontres, ne doivent pas faire courir de risques à celles qui ne sont pas vaccinées. Enfin, il faut rappeler que les sujets non vaccinés, comme ceux vaccinés qui échapperaient à l'immunité vaccinale, devront bénéficier de dépistage, et de traitements appropriés en cas de Covid-19 confirmé.

Dans cette situation, la recherche d'une protection absolue, impossible à atteindre, ne peut justifier une restriction de libertés appliquée à l'ensemble des résidents. **D'un point de vue éthique, le traitement différencié des résidents selon leur statut en matière de vaccination ne doit pas entraîner de discrimination.**

Il est nécessaire de souligner l'importance d'une communication transparente et du dialogue pour expliquer les différentes situations qui seront constatées à l'échelle du territoire, plutôt qu'à imposer une approche normative générale. Toute décision devrait être préparée et discutée en fonction de l'environnement épidémique et des souhaits des résidents eux-mêmes, et ceux de leurs proches, dont les personnes de confiance. Il s'agit en effet d'une éthique de responsabilité, mobilisant notamment les conseils de vie sociale, instances de dialogue au sein des établissements médico-sociaux, pour exposer les réalités (ce que l'on sait) et nommer les incertitudes¹⁸. Avec l'éclairage des soignants et de ces conseils de vie sociale, les responsables de ces établissements pourraient *in fine*, dans un souci de bienveillance et de liberté, prendre localement les mesures d'assouplissement les plus adaptées. L'appui des cellules de soutien éthique mises en place dans les ERER pourra, si nécessaire, être sollicité.

Ce processus discursif et délibératif éviterait de fait une décision qui ferait peser sur les seuls directeurs d'établissement la responsabilité des mesures d'allègement ou de maintien des contraintes. Cette forme d'appropriation responsable et collégiale des choix

¹⁴ Note du ministère des solidarités et de la santé portant sur l'adaptation des mesures de protection dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées et dans les USLD face à la propagation de nouvelles variantes du SARS-CoV-2 (6 mars 2021).

¹⁵ Baisse majeure des cas de « Covid » chez les résidents de plus de 80 ans, voir covidtracker.fr

¹⁶ On notera que l'intervention du Conseil d'État demandant la suspension de l'interdiction de sortie des résidents va dans ce sens (3 mars 2021).

¹⁷ La notion de choix renferme aussi d'autres situations, moins fréquentes que dans la population générale, s'agissant d'accessibilité aux vaccins. Il ne faut pas non plus oublier les cas plus délicats de résidents pour lesquels le consentement à la vaccination n'a pu être obtenu pour des raisons d'atteintes cognitives, ou ceux pour lesquels la vaccination a été différée en raison d'une maladie intercurrente d'une infection « Covid » récente, avérée ou non (cas contact). Par ailleurs, il y a également des résidents pour lesquels la vaccination n'a pu être proposée (résidents récemment arrivés dans l'EHPAD).

¹⁸ On retrouvera aussi cette proposition dans le rapport de F. Gzil (2021) remis à la ministre déléguée en charge de l'autonomie auprès du ministre des solidarités et de la santé :

https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/document_repere_ethique_ehpad.pdf

devrait aussi permettre de **réduire l'hétérogénéité locale des décisions entre établissements au sein d'un même territoire.**

Cela suppose l'adhésion et un soutien clair de la part des directions des entreprises de gestion de maisons de retraite médicalisées à des choix locaux, différenciés et évolutifs.

À la lumière de cette brève analyse, le principe auquel on doit se référer est **un principe de stricte proportionnalité entre les risques et les bénéfices d'une levée des mesures de confinement.** Cet équilibre s'installe aussi dans une relation de confiance à l'échelle du lieu de vie, entre résidents, professionnels de santé des établissements, familles et responsables devant construire collectivement une décision engageant une responsabilité morale individuelle et assumée.

Cette démarche, construite au cas par cas, devrait conduire à plus de liberté pour les résidents et leurs familles. Corrélativement à cet assouplissement attendu, il serait évidemment souhaitable que les gestes barrières soient adaptés et, en cas de nécessité, renforcés pour protéger ceux qui ne sont pas vaccinés, voire prévenir l'apparition d'un foyer épidémique. Il faudrait aussi veiller à ce qu'une information claire et transparente concernant l'évolution de ces mesures soit communiquée aux résidents et à leurs proches, mais aussi aux tuteurs et personnes de confiance accompagnant les patients souffrant de troubles cognitifs.

2. Un enjeu éthique : la vaccination insuffisante des professionnels de santé et d'appui à la personne

Le CCNE et la CNERER ont souhaité se pencher sur les enjeux éthiques que mobilise aujourd'hui la question de la vaccination des professionnels de santé et d'appui à la personne, et proposer quelques éléments de réflexion fondés sur une démarche de questionnement éthique pour faciliter l'adhésion à cette vaccination.

L'immunité, qu'elle soit conférée par le vaccin ou acquise naturellement à la suite de la Covid-19 **est d'abord individuelle** parce qu'elle protège la personne contaminée contre le développement de la Covid-19 ; elle protège également la santé d'autrui. Des données récentes suggèrent une diminution de l'infection et des formes asymptomatiques, et donc possiblement une diminution de **la transmission** du virus (d'environ 60%) chez les personnes vaccinées avec le vaccin ARN messager de Pfizer¹⁹. Mais parler d'**immunité collective** requiert que, dans une population donnée, la proportion de sujets immunisés/protégés soit telle qu'un individu infecté introduit dans cette population²⁰ transmet le pathogène à moins d'une personne en moyenne ($R_0 < 1$), conduisant ainsi à éteindre progressivement l'épidémie. Les données actuelles suggèrent qu'en France, cet objectif d'immunité collective n'est pas atteint²¹.

¹⁹ S. Mallapaty (2021). Can Covid vaccines stop transmission. Scientists race to find answers. Nature, 19 feb. 2021 <https://www.nature.com/articles/d41586-021-00450-z>

Voir aussi : M. Lipsitch, R. Kahn (2021). Interpreting vaccine efficacy trial results for infection and transmission; medRxiv preprint. <https://doi.org/10.1101/2021.02.25.21252415> - V.J. Hall et al (2021). Effectiveness of BNT162b2 mRNA vaccine against infection and Covid-19 vaccine coverage in healthcare workers in England, multicentre prospective cohort study (the SIREN study). The Lancet (*in press*).

²⁰ On trouvera des développements de ces concepts dans l'article de J-F Bach et al. (2021) :

Covid-19 : individual and herd immunity *in* Comptes rendus de l'Académie des sciences - Biologies - <https://doi.org/10.5802/crbio.41>

²¹ Les données mentionnées dans l'avis du Conseil scientifique Covid-19 du 11 mars 2021 indiquent que 17 % de la population française auraient été infectés par le SARS-Cov-2 en métropole, auxquels s'ajoutent le pourcentage de personnes vaccinées (voir note 2).

A – Une large proportion de « soignants » non vaccinés

Le CCNE évoquait dans son Opinion du 18 décembre 2020 la question de l'obligation vaccinale « *En ce qu'elle porte atteinte à la liberté individuelle, l'obligation vaccinale interroge sur les circonstances qui pourraient la justifier.* » Cette question fait aujourd'hui débat pour les professionnels de santé²².

La dynamique de la pandémie a évolué, avec l'émergence et la diffusion de variants du virus, en particulier le variant « britannique », plus contagieux et aux conséquences sur la santé plus graves que la souche « historique » du SARS-CoV-2, y compris chez les personnes de moins de 60 ans.

Il est donc **essentiel de limiter la diffusion de ces virus, par le respect des gestes barrière mais aussi par la vaccination à large échelle de la population**, en insistant *a fortiori* sur les professionnels qui exercent dans des situations et dans des établissements favorisant cette diffusion, mais aussi ceux intervenant au domicile des personnes.

Cela est rendu possible par la disponibilité en France de trois (bientôt quatre) vaccins qui ont été homologués par les autorités sanitaires européennes et françaises²³. Ils confèrent tous une protection très élevée²⁴, dans toutes les tranches d'âge, contre les formes graves de la maladie provoquée par le virus « historique ».

L'immunité conférée semble suffisante pour protéger contre le variant 20I/501Y.V1 (« britannique ») majoritaire en France (70 % des nouveaux cas), mais diminuée avec le vaccin AstraZeneca contre les variants 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 (« sud-africain » et brésilien), qui circulent peu aujourd'hui (5 %) ou très localement sur le territoire.

Le fort pourcentage de vaccination des résidents en EHPAD et la progression de celui des patients de plus de 75 ans à domicile (50 % le 22 mars 2021) ont déjà réduit le risque de formes graves (et probablement de diffusion du virus) dans ces populations. **Le CCNE a rappelé, le 18 décembre 2020, l'importance de pouvoir vacciner les professionnels au contact de ces résidents âgés** et, plus généralement le personnel des établissements de santé comme celui des hôpitaux. Ces établissements sont en effet propices à la diffusion du virus, par le brassage de populations, l'impossibilité de respecter la distanciation lors des soins, la concentration de personnes fragiles et leur immobilisation dans des lieux clos.

Malgré des moyens de protection en nombre aujourd'hui suffisant, le risque est double : celui de la contamination des personnels (7,6 % des professionnels en établissement de santé participant à l'enquête de Santé publique France ont été contaminés entre mars

²² Terme pris au sens large : professions médicales et auxiliaires médicaux exerçant au sein d'un établissement de santé ou travaillant en ambulatoire.

²³ Deux vaccins reposent sur la technique ARN messenger (Comirnaty de Pfizer-BioNTech, et mRNA-1273 de Moderna) et les deux autres (ChAdOx1 d'AstraZeneca-Oxford et Janssen de Johnson & Johnson) sur un vecteur adénoviral recombinant. Voir les avis d'autorisation de l'EMA et de la HAS : https://www.ema.europa.eu/en/search/search/field_ema_web_topics%3Aname_field/Vaccines ; https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178533/fr/vaccination-dans-le-cadre-de-la-covid-19

²⁴ M.D. Knoll et al. (2021). AstraZeneca Covid-19 vaccine efficacy. The Lancet, 397, p 72-74;

N. Dagan et al. (2021). BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine in a nationwide mass vaccination setting. The New England Journal of Medicine, Feb 24, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2101765 ;

J.L. Bernal et al. (2021). Early effectiveness of Covid-19 vaccination with BNT162b2 mRNA vaccine and ChAdOx1 adenovirus vector vaccine on symptomatic disease, hospitalisations and mortality in older adults in England. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.03.01.21252652>.

2020 et mars 2021²⁵) et celui de la contamination des patients et des personnes prises en charge par des professionnels de santé infectés.

De fait, **de nombreuses situations d'infections nosocomiales** par le SRAS-CoV-2 et son variant « britannique » sont rapportées dans les établissements, touchant patients et professionnels, et ayant pour origine patients ou soignants lorsque l'analyse des cas groupés a pu être faite²⁶. On rappellera aussi qu'en raison de la pénurie en ressources humaines qualifiées, certains de ces professionnels ont été incités à travailler alors qu'ils étaient contaminés.

L'inquiétude vient de ce que, selon les données de Santé publique France, **la proportion de professionnels de santé en milieu hospitalier ayant reçu au moins une dose de vaccin atteint seulement 46,3 % le 21 mars 2021**, même si ce pourcentage progresse régulièrement²⁷.

Ce pourcentage est équivalent pour les professionnels travaillant en EHPAD (40 à 60 % selon les régions²⁸). Plusieurs enquêtes ont confirmé l'hésitation vaccinale – déjà observée lors des campagnes de vaccination précédentes pour d'autres pathogènes – soulignant que si elle touchait peu les médecins, elle concernait la moitié des infirmiers et les deux-tiers des aides-soignants²⁹.

B – Les enjeux éthiques

Pour le CCNE et la CNERER, il est impératif de se donner pour objectif que tous les professionnels de santé et tout intervenant médico-social exerçant en établissement et à domicile soient rapidement vaccinés. Ils rappellent qu'il s'agit d'un enjeu éthique et déontologique fondamental, et que si la liberté individuelle doit absolument être respectée, elle s'arrête à la mise en danger d'autrui : un principe éthique essentiel est de ne pas nuire à autrui. De ce fait, tout risque, ici de transmettre le virus dans un contexte professionnel notamment, qui peut être induit par un comportement individuel, nous amène à affirmer que **la vaccination, au-delà de son impact personnel et collectif, relève de la déontologie professionnelle et répond à une exigence éthique.**

Mais il faut aussi s'interroger sur les raisons du décalage chez les personnels de santé entre leur souhait profond de protéger les patients et le dévouement dont ils font preuve depuis le début de l'épidémie, dans des conditions de travail souvent très difficiles, et le pourcentage actuel des personnels vaccinés. Il faut aussi s'interroger sur ce que dit la réticence à la vaccination de la crise profonde dans la confiance accordée au système de santé.

²⁵ 72 832 d'entre eux ont été infectés entre mars 2020 et mars 2021 - dont 45% d'infirmier(e)s et d'aides-soignant(e)s. source Santé publique France, bulletin épidémiologique du 11 mars 2021.

²⁶ Voir dans son bulletin épidémiologique du 11 mars 2021, l'analyse de Santé publique France sur les situations d'infections nosocomiales depuis janvier 2020.

²⁷ Selon les données de Santé publique France (18 mars 2021), il est ainsi estimé que 44,2 % des professionnels de santé ont reçu une première dose de vaccin contre la Covid-19 et 24,9 % en ont reçu deux. Cette proportion représente une augmentation de 12 % en une semaine.

²⁸ Données (du 18 mars 2021) relatives aux personnes vaccinées contre la Covid-19 - VAC-SI.

Site <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-relatives-aux-personnes-vaccinees-contre-la-covid-19-1/>

²⁹ Voir une étude menée auprès de 9 580 personnes par des membres du Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (GERES), de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et de l'université Jean-Monnet de Saint-Étienne, entre le 18 décembre 2020 et le 1^{er} février 2021.

L'acceptation de se faire vacciner – surtout chez les jeunes professionnels de santé – suppose que le risque encouru pour la santé soit connu et négligeable et que l'on ait la certitude que ce geste protège également autrui, en réduisant le risque de transmission en cas d'infection³⁰. Ces deux points semblent désormais avoir été démontrés, quoique les données disponibles concernant les effets secondaires provoqués par ces vaccins, s'ils indiquent pour la plupart d'entre eux qu'ils sont bénins³¹, suggèrent pour certains de mettre en place une vigilance accrue.

Expliquer des données très évolutives, donc difficiles à appréhender, et **créer la confiance par un dialogue incitatif** – d'autant plus efficace qu'il se déroulera **au sein des équipes sur le terrain** – pourrait faire évoluer les réticences.

Deux autres difficultés – qui devraient cependant trouver une réponse rapide – contribuent aux hésitations de certains professionnels de santé à se faire vacciner.

La disponibilité des vaccins – limitée jusqu'à maintenant – constitue un **paramètre majeur** : un effort doit être consenti pour que tous les personnels puissent avoir un accès encore plus facilité à la vaccination. On rappellera aussi que cette population n'était pas prioritaire dans les phases initiales du schéma vaccinal de la Haute Autorité de santé publié le 30 novembre 2020, puis élargi début 2021 aux professionnels des établissements de santé de plus de 50 ans ou présentant des comorbidités les exposant à une forme grave de Covid-19, puis à tous les professionnels de santé.

L'incertitude concernant l'attribution des vaccins : les vaccins à ARNm, les premiers disponibles, ont été administrés en priorité aux personnes âgées, ainsi qu'à des médecins. Le vaccin AstraZeneca, malgré sa très bonne efficacité sur le virus « historique » et le variant « britannique », a suscité une certaine réticence en raison de la fréquence d'effets secondaires bénins qu'il entraîne au décours de la vaccination, source parfois de désorganisation des équipes ; la décision très récente de la Haute Autorité de santé, consécutive à la survenue d'évènements très rares, mais graves, dont la causalité avec le vaccin n'est pas encore établie, de restreindre l'administration du vaccin AstraZeneca aux personnes de plus de 55 ans, a pu encore ajouter de la confusion. Un sentiment de manque de considération à l'égard des professionnels de santé a pu naître d'une différence dans les priorités d'accès à tel ou tel vaccin, même si personne en France ne choisit son vaccin et que l'attribution est définie par les autorités au vu de critères scientifiques et médicaux. Il apparaît à ce titre que l'accès des personnels de santé et des personnels socio-médicaux aux vaccins ayant le spectre de protection le plus large possible vis-à-vis des différents variants qui circulent devrait être privilégié, compte tenu de leur risque d'exposition à des patients porteurs de variants non immédiatement identifiés.

³⁰ La réduction de la transmission du virus après vaccination a été clairement démontrée pour les vaccins à ARNm ; pour le vaccin AstraZeneca, les données sont encore insuffisantes.

³¹ A. Rimmel (2021). Covid vaccines and safety: what the research says. Nature 590, 538-40.
M.C. Castells, E.J. Phillips (2021). Maintaining Safety with SARS-CoV-2 vaccines. N Engl J Med, 384, 643-649. DOI: 10.1056/NEJMra2035343.

Le CCNE et la CNERER rappellent l'**exigence déontologique que représente la vaccination pour tous les professionnels de santé et les professionnels médico-sociaux** et souhaitent que la dynamique positive de vaccination constatée se poursuive, voire s'accélère chez ces professionnels. Ce geste s'appuie sur une éthique de la responsabilité et de la solidarité, ainsi que sur le principe de non-malfaisance.

S'il n'appartient pas au CCNE et à la CNERER de se prononcer sur les moyens de parvenir à ce que tous les personnels de santé soient vaccinés, ils alertent sur le fait qu'une obligation vaccinale - recevable sur un plan juridique ou du droit du travail – ne serait pas adaptée dans une situation de faible approvisionnement en doses de vaccins, ni dans un contexte d'évolutivité et d'incertitudes engendrant des situations d'incohérence et des décisions parfois contradictoires pouvant provoquer de fortes réactions négatives.

Une démarche pédagogique et active au sein des équipes permettant d'appréhender objectivement les informations évolutives, voire contradictoires, sera la plus à même de conduire chacun, **comme soignant et comme citoyen**, à une démarche responsable. Une telle démarche proactive pourrait aussi conduire à renforcer la couverture vaccinale de l'ensemble de la population, afin d'aboutir à une immunité collective suffisante pour sortir de la crise épidémique.

3. Du certificat vaccinal au « pass sanitaire » : une réflexion qui s'engage

Retrouver les fondements du fonctionnement de la société et l'ambition légitime de **recouvrer une certaine liberté** de mouvement est le souhait de tous. Doit-il être assujéti à l'application d'une mesure prouvant que son statut immunitaire protecteur est compatible avec une vie professionnelle et sociale en mettant en place un document *ad hoc* ? Si une telle voie est retenue, les repères éthiques que sont le **respect des libertés individuelles** et le **principe d'équité** devront guider l'élaboration et la mise en œuvre de ce dispositif.

L'Union européenne propose, avec la présentation récente d'un « certificat vert numérique » ou « *Coronavirus Digital Green Pass* » une solution adaptable, déclinable dans chaque pays et homogène sur le territoire européen. Ce certificat, disponible gratuitement, attestera qu'une personne a été vaccinée contre la Covid-19, a reçu un résultat négatif à un test de dépistage à réaliser très régulièrement (toutes les 48 heures) ou dispose d'un titre « suffisant » d'anticorps contre la Covid-19.³² Ce « **certificat vert numérique** » permettrait d'apporter la preuve de l'absence d'une contamination virale, **pour voyager librement à l'étranger**. Il s'agit dans ce cas, de protéger les résidents du pays d'accueil de l'importation d'un virus³³.

Dans cette optique, le « certificat vert numérique » pourrait se justifier. Par ailleurs, il n'y a pas de risque d'assimiler l'obtention de ce certificat à une obligation vaccinale, car les personnes qui ne voudraient pas se faire vacciner pourraient recourir aux autres modes de preuve prévus dans ce dispositif³⁴.

Au regard des modalités opératoires pressenties aujourd'hui, le « *certificat vert numérique* » devrait aussi éviter toute discrimination liée à la fracture numérique et ne

³² https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/IP_21_1181

³³ C'est le cas de la vaccination contre la fièvre jaune qui est demandée pour entrer dans certains pays d'Afrique ou d'Amérique du Sud.

³⁴ Le risque de discrimination subsiste néanmoins dans l'immédiat pour des utilisateurs réguliers, par exemple les travailleurs transfrontaliers qui non vaccinés et n'ayant pas été malades doivent pratiquer tous les deux jours des tests de détection excessivement contraignants. Pour ceux-ci, la vaccination revêt un caractère quasi-obligatoire.

pas donner un sentiment de fausse sécurité si des tests de détection du virus non fiables, voire des contrefaçons, étaient utilisés (autotests par exemple), en particulier à domicile. Une interrogation subsisterait aussi concernant l'application de la mesure pour **la population jeune et les enfants pour laquelle l'accès au vaccin est réduit ou impossible et les tests particulièrement pénibles.**

Une telle obligation peut-elle être mise en œuvre à l'intérieur du pays avec un dispositif de « pass sanitaire » ? Elle pourrait être compatible avec le droit existant, moyennant une étude stricte et approfondie de la nécessité et de la proportionnalité de la mesure³⁵, même s'il faudra nécessairement que ce dispositif soit encadré juridiquement, notamment pour définir les lieux où il pourrait être demandé et les données qui seront collectées. Il devrait aussi être limité dans le temps. La mise en place d'un « pass sanitaire » pour accéder aux lieux d'activités nécessiterait également de surmonter les difficultés techniques, mais aussi une démarche d'information et d'accompagnement considérable auprès des utilisateurs, ainsi que l'établissement de mesures strictes de régulation et de contrôle.

Cependant, même si son application pourrait être justifiée pour des raisons sanitaires, économiques, sociales, culturelles, elle nécessitera de **définir, de façon très rigoureuse, le cadre éthique dans lequel ce dispositif de « pass sanitaire » sera déployé.**

Le CCNE et la CNERER soulignent en effet que de nombreuses questions devront être posées auxquelles les réponses apportées constitueront **un préalable pour que cette mesure soit réellement acceptée** : ce dispositif pourrait-il se justifier pour des raisons économiques, sociales, culturelles, s'il représente une atteinte aux libertés ? Écarte-t-il tout risque de discrimination ? Peut-on y voir une mesure de solidarité et de responsabilité collective ?

Par l'intrusion dans la vie privée qu'il constitue, ce dispositif présente-t-il un risque de mésusage au-delà de son application dans le cadre de la pandémie: traçage, rupture du secret médical, accessibilité de ces données à des personnes privées³⁶ ?

Cette réflexion éthique vient de s'engager au CCNE, en partenariat avec la CNERER.

³⁵ Voir avis du Conseil d'État sur le projet de loi instituant un régime pérenne de gestion des urgences sanitaires présenté par le Gouvernement le 21 décembre 2020.

³⁶ Dans ce cas de figure, qui doit contrôler, c'est-à-dire qui reçoit une délégation d'une opération de police pour effectuer ce type de surveillance et *in fine* limiter le déplacement des individus ?