



Augmenter le taux de vaccination par le biais de la vaccination obligatoire et/ou de la conversion de l'actuel instrument Covid Safe Ticket (3G) en un Certificat corona 2G ou 1G : opportunité, conditions préalables et points d'attention

11/01/2022

Note au Comité de concertation

1. Contexte

Le Comité de concertation du 17 novembre 2021 a demandé au Commissariat Corona de "considérer de quelles manières augmenter au maximum la couverture vaccinale, en prenant au moins en compte dans ce cadre les aspects juridiques, éthiques et motivationnels." Cette question s'inscrivait dans le cadre d'un débat au sein du Comité de concertation sur l'opportunité, la faisabilité, les avantages et les inconvénients, etc. de pistes possibles telles que le passage d'un Certificat corona basé 3G (basé sur trois groupes : vacciné, testé ou guéri) à 2G (basé sur deux groupes : vacciné ou guéri) ou à 1G (groupe 1 vacciné), ou à la vaccination obligatoire. Le Comité de concertation n'a pas encore pris d'orientation en la matière. En outre, d'autres options pour augmenter la couverture vaccinale peuvent également être envisagées, en plus des actions d'information et de communication déjà existantes entreprises par les autorités, coordonnées au sein de la Task Force Vaccination du Commissariat, dans le cadre de la campagne de vaccination.

Le Commissariat Corona, après avoir consulté ses ministres de tutelle sur l'approche et le contenu de la mission, a identifié les questions suivantes, pour lesquelles il a souhaité valoriser l'expertise et les organes consultatifs disponibles.

- Impact épidémiologique : pour ces questions, il a été fait appel au Conseil Supérieur de la Santé qui, par l'intermédiaire du NITAG, rend des avis dans le cadre de la campagne de vaccination :
 - Compte tenu des connaissances actuelles sur le virus et l'épidémie, quel est le niveau de vaccination nécessaire pour assurer une protection efficace des citoyens et de la population ?
 - Dans quelle mesure et sous quelles conditions les instruments possibles pour augmenter la couverture vaccinale contribuent-ils à une meilleure maîtrise de l'épidémie, d'une part en termes de circulation du virus, et d'autre part en termes de limitation du fardeau de la maladie, des hospitalisations et des décès ?
 - Quel est le potentiel de ces instruments en termes d'assouplissement éventuel des interventions non pharmaceutiques ?
 - Pour répondre aux questions ci-dessus, il faut également tenir compte des données scientifiques les plus récentes sur l'efficacité du vaccin, la nécessité de doses répétées, la mesure dans laquelle le rétablissement entraîne une protection, l'évolution épidémiologique possible de pandémie à endémie, les nouveaux variants possibles, etc.
- Considérations éthiques, juridiques et sociales : le Comité de bioéthique, qui a déjà émis précédemment des avis sur la vaccination obligatoire et le Certificat corona, ainsi que la Commission fédérale Droits du patient ont été consultés pour ces questions.
 - Quelles sont les considérations éthiques, juridiques et sociales concernant les instruments possibles ?



- Quels sont les aspects motivationnels qui doivent être pris en compte ?
- Comparaison internationale : pour cette analyse, il a été fait appel au SPF Santé publique.
 - Quelles sont les décisions et les intentions politiques au sein de l'OMS Europe (et peut-être au-delà) concernant les instruments possibles, et quels sont les arguments avancés dans ce cadre ? Comment cette politique sera-t-elle mise en œuvre aux niveaux juridique, technique et de l'application ?
- Opérationnalisation : pour cette analyse, nous souhaitons faire appel au SPF Santé publique, qui peut se coordonner avec le SPF Intérieur et le SPF Justice pour certains aspects (application).
 - Sous réserve de toute décision éventuelle, quelles sont les considérations juridiques, techniques, de communication et d'application à prendre en compte ? Quels sont les facteurs de réussite et d'échec en la matière ? Et quelle est la faisabilité pour y apporter une réponse efficace ?
 - Quelle expérience avons-nous en la matière avec la vaccination obligatoire contre la polio et quels enseignements pouvons-nous en tirer ?

Le Commissariat Corona a dès lors adressé un courrier aux organes consultatifs concernés et au SPF Santé publique le 26 novembre 2021. Ils ont été invités à rendre un avis au plus tard le 20 décembre 2021.

Le Comité consultatif de bioéthique a demandé au ministre fédéral de la Santé de confirmer officiellement la demande d'avis formulée par le Commissariat Corona, ce qui a été fait le 7 décembre.

Le Commissariat Corona a reçu les avis suivants :

- Le 7/12 : un avis d'initiative de l'Institut Fédéral pour la protection et la promotion des Droits Humains ;
- Le 20/12 : un avis de la Commission Droits du patient ;
- Le 20/12 : un avis du Comité consultatif de bioéthique ;
- Le 23/12 : un avis d'initiative d'UNIA.

Le 10/12/21, le Conseil Supérieur de la Santé a répondu par e-mail de manière succincte à plusieurs des questions qui lui ont été posées. Un avis n'a pas encore été reçu. Le 10/01/22, le Commissariat a été informé par le biais de la réunion préparatoire de la CIM Santé publique que le Conseil Supérieur de la Santé travaille encore à la rédaction d'un avis.

Le SPF Santé publique a fourni la contribution demandée sur la base des informations dont il disposait.

Le Commissariat Corona tient à remercier les organes consultatifs concernés et le SPF Santé publique pour leur contribution.

2. La vaccination comme ligne de défense importante dans la gestion du COVID-19

2.1. Stratégie de gestion, gestion des risques et lignes de défense

La stratégie de gestion de la politique belge en matière de COVID-19 consiste à gérer et à atténuer les risques en se basant sur les lignes de défense suivantes :

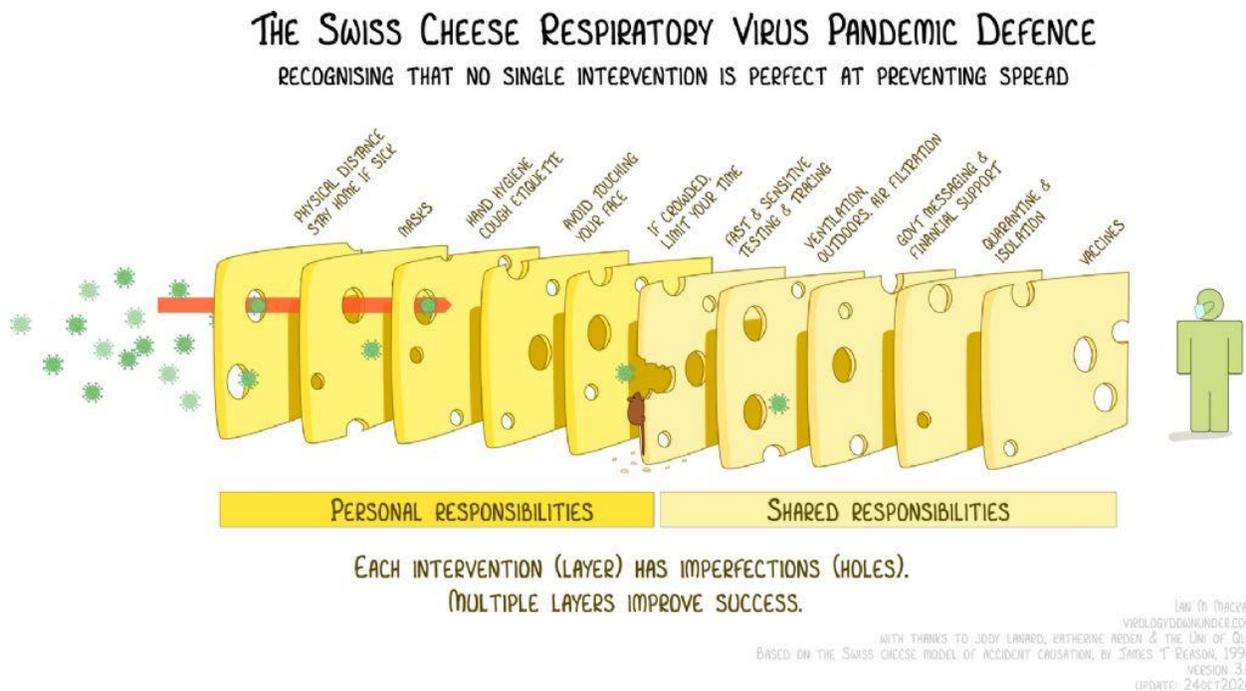
1. Surveillance et évaluation des risques ;
2. Interventions pharmaceutiques : vaccination et moyens thérapeutiques ;



3. Mesures préventives non pharmaceutiques : hygiène des mains et précautions à prendre lorsque l'on tousse, distance sociale et évitement des foules, port du masque, Certificat corona, autotest ;
4. Amélioration de la qualité de l'air en tenant compte du fait que la transmission est en grande mesure aérogène et pas seulement par gouttelettes comme on le pensait au début de la crise. De plus, il y a peu de preuves d'une transmission par contamination de surface comme on le pensait au début de la crise ;
5. Testing des personnes symptomatiques, des contacts à haut risque et des voyageurs de retour ;
6. Suivi des contacts via des centres d'appels et des travailleurs de terrain ;
7. Isolement des personnes contaminées et mise en quarantaine des contacts à haut risque ;
8. Gestion efficace des foyers ;
9. Communication : communication générale et communication des risques ;
10. Application des mesures.

Ces lignes de défense seront complétées, en fonction du niveau de risque épidémiologique et des décisions du Comité de concertation, par des mesures de sécurisation et de limitation de secteurs et/ou d'activités.

En tant que telle, cette stratégie de gestion s'inscrit dans le cadre du modèle suisse du « fromage à trous », qui reconnaît qu'il n'existe pas de mesures parfaites et efficaces à 100 % contre le virus, mais que c'est la combinaison de plusieurs lignes de défense qui peut offrir une protection optimale.



2.2. Efficacité de la vaccination

La vaccination a été mise en œuvre en tant que pilier central de la stratégie COVID-19 dès le début de l'année 2021.

La vaccination s'est avérée être une solide défense contre le COVID-19. En même temps, l'évolution du virus (avec les variants Alpha, Delta et plus récemment Omicron) et les évolutions des données et des connaissances scientifiques sur l'efficacité du vaccin en termes d'infection, de formes graves de la maladie



ou d'hospitalisation, ont permis de réaliser que 1. le vaccin protège principalement contre les formes graves de la maladie ou l'hospitalisation, mais moins contre la contamination, 2. que la protection, surtout en cas de contamination, diminue fortement et relativement rapidement après l'administration du vaccin, 3. qu'une vaccination de rappel est donc nécessaire, bien qu'à l'heure actuelle, on ne sache toujours pas quels groupes cibles devront recevoir ces vaccins de rappel, à quelle fréquence et de quelle manière, en raison du manque de clarté concernant l'évolution de l'efficacité des vaccins, mais aussi de l'incertitude concernant les futurs variants et leurs caractéristiques.

L'interaction entre contamination, maladie symptomatique, hospitalisation, admission en soins intensifs et décès évolue en fonction d'une combinaison de nouveaux variants et de leur degré de contagiosité et de gravité, de la couverture vaccinale de la population et de ses sous-populations, et de la nature et du volume des comportements des citoyens et de leurs contacts. Cette interaction ne s'est pas encore stabilisée dans la phase actuelle de l'épidémie et continuera à évoluer.

Nous présentons ci-après quelques données récentes importantes qui documentent les éléments ci-dessus.

1) Données scientifiques récentes sur l'efficacité du vaccin (voir dossier du Commissariat au Comité de concertation du 6/01/22)

- Efficacité du vaccin contre la contamination avec Omicron
 - Primary AZ + boost = 60% 2-4w after boost, waning
 - Primary PF + boost = 70% 2-4w after boost, waning
 - Primary = 60% after 2-4w, very fast waning

- Efficacité du vaccin contre l'hospitalisation avec Omicron

Table 6: Vaccine effectiveness against hospitalisation for Omicron (all vaccine brands combined). OR = odds ratio, HR = hazard ratio, VE = vaccine effectiveness (CI=Confidence interval)

Dose	Interval after dose	OR against symptomatic disease (95% CI)	HR against hospitalisation (95% CI)	VE against hospitalisation (95% CI)
1	4+ weeks	0.74 (0.70-0.77)	0.65 (0.30-1.42)	52% (-5-78)
2	2-24 weeks	0.82 (0.80-0.84)	0.33 (0.21-0.55)	72% (55-83)
2	25+ weeks	0.98 (0.95-1.00)	0.49 (0.30-0.81)	52% (21-71)
3	2+ weeks	0.37 (0.36-0.38)	0.32 (0.18-0.58)	88% (78-93)

Lors de l'analyse de ces chiffres, il faut toutefois tenir compte du fait que la durée ou la diminution éventuelle de l'efficacité du vaccin contre l'hospitalisation après la vaccination de rappel ne peuvent pas encore être déterminées, mais qu'elle devrait rester élevée pendant une période plus longue, tout comme lors de la série de vaccination primaire. C'est moins vrai pour Omicron que pour le variant Delta.

2) Données basées sur les tableaux d'incidence pour la contamination, l'hospitalisation et l'admission en soins intensifs en fonction du statut vaccinal contenus dans le rapport épidémiologique du RAG (tel que traité par le Commissariat)



Le tableau ci-dessous montre que l'incidence pour l'hospitalisation et, plus encore, pour l'admission en soins intensifs est significativement plus faible chez les personnes vaccinées que chez les personnes non vaccinées. Dans une bien moindre mesure, nous constatons également une incidence plus faible pour les contaminations chez les personnes non vaccinées. Il convient de noter que ce tableau ne constitue pas une preuve de l'efficacité du vaccin, car l'incidence est également influencée par le volume et la nature des comportements de contact, qui peuvent différer entre la population des personnes vaccinées et celle des personnes non vaccinées en raison d'une perception différente du risque ou de la motivation à suivre les mesures de protection. Plus important encore, les populations de vaccinés et de non-vaccinés ne sont pas parfaitement égales. La population des personnes vaccinées comprend davantage de personnes âgées et vulnérables, comme le montrent les données de la campagne de vaccination.

Il est également clair que les différences entre les personnes vaccinées et non vaccinées évoluent dans le temps. Cela peut être dû à l'évolution des niveaux de circulation du virus, aux changements de comportement dus à l'évolution de la perception du risque et de la motivation, à la diminution de l'efficacité du vaccin (« waning »), etc. Il convient également de noter que les données hebdomadaires ci-dessous incluent parfois des « small cells », ce qui peut entraîner des fluctuations arbitraires dans les données.

		Aantal maal lagere incidentie voor gevaccineerden en voor booster dan niet-gevaccineerden											
		04/10-17/10	18/10-31/10	25/10-07/11	1/11-14/11	08/11-21/11	15/11-28/11	22/11-05/12	29/11-12/12	06/12-19/12	13/12-26/12	20/12-02/01	27/12-09/01
3 4 1,3	Besmettingen	12-17	7,6 - 10	6,2	5,3	3,6	2,9	2,5	2,4	N/A	3,1	2,8	1,1
			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
		18-64	2,3 - 3,2	2,1	1,9	1,5	1,3	1,1	1,1	N/A	1,4	1,6	1,2
			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3,1
		65-84	N/A	-1,2	-1,2	-1,2	0,9	0,8	0,8	N/A	1,6	2,7	1,3
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	2,8		
	85+	N/A	-1,2	-1,2	-1,2	1,7	1,7	1,6	N/A	2,1	2,7	1,7	
		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1,7	
	Nieuwe hospitalisaties	12-17	All	All	All	10,0	N/A	3,0	6,0	30,0	100,0	86,0	45,0
			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
		18-64	3,5 - 11	8,7	7,3	5,6	5,1	4,8	4,8	5,7	6,8	6,7	5,4
			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	9,4	9,5
		65-84	2,7 - 3,5	3,2	2,7	3,3	3,4	2,7	2,6	4,1	5,3	2,0	1,6
	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	14,4	12,9		
	85+	1,5	1,8	2,2	2,4	2,6	2,7	3,8	4,8	1,6	2,0		
		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	6,9	7,3	
	Nieuwe ICU-opnames	12-17		N/A	N/A	All	N/A	N/A	N/A	N/A	13,3	10,0	N/A
				N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
		18-64		14,5	10,2	8,3	6,5	7,5	8,0	10,0	9,5	16,0	12,0
				N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	16,0	12,0
		65-84		4,4	4,7	5,5	5,0	4,4	4,5	4,7	6,7	4,7	2,5
			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	19,3	18,3		
	85+		2,3	1,6	2,3	7,3	11,0	4,5	3,2	3,2	2,2	1,3	
			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	27,5	N/A	

3) Une étude de Sciensano (automne 2020) a montré que, grâce à la vaccination, 30.000 hospitalisations ont pu être évitées. La vaccination protège notre système de soins de santé de l'implosion, tant au niveau de la première ligne que des hôpitaux. 88 % des adultes en Belgique (et 77 % de tous les habitants) ont reçu une primo-vaccination contre le COVID-19. Avec ce taux de vaccination, notre pays se situe en tête du peloton européen, et notre taux de vaccination dépasse largement la moyenne



européenne de 68 %¹. Actuellement, la vaccination de rappel bat son plein dans notre pays : 58 % des adultes ont déjà reçu une troisième dose (ou deuxième, dans le cas du vaccin Janssen).

2.3. Déroulement de la campagne de vaccination, points à risque et débat sur l'immunité collective

La campagne de vaccination a bénéficié d'un fort soutien populaire, appuyé par une stratégie, une organisation et un soutien solides de la part des autorités. La campagne des doses de rappel se déroule également sans problème, la Belgique étant en tête du peloton au niveau européen.

Les principaux risques en termes de couverture vaccinale concernent les domaines suivants :

- Certaines zones et/ou populations à faible couverture vaccinale ;
- Une éventuelle diminution de la volonté de certaines populations de participer à la campagne de rappel.

Tant au niveau fédéral qu'au niveau des entités fédérées, de nombreuses mesures ont été prises pour convaincre la population générale, et en particulier les groupes cibles vulnérables ou plus difficiles à atteindre, de se faire vacciner (par ex. campagnes médiatiques au niveau fédéral et menées par les entités fédérées, points de vaccination mobiles, implication des responsables population, médecins généralistes, pharmaciens et autres personnes de confiance, webinaires pour les prestataires de soins de santé et les vaccinateurs, communication multilingue, lignes d'information, instauration du CST, etc.) Ces mesures ont déjà été prises pendant une longue période et de manière intensive, et sont maintenant déployées pour la campagne de rappel destinée à la population générale.

Pourtant, la campagne de vaccination semble marquer le pas dans le domaine de la primo-vaccination, alors que le variant Omicron se propage à toute vitesse. Aujourd'hui, il représente plus de la moitié des contaminations, le ratio actuel est de 1,14 (+ 17 %), et en moyenne 16.000 personnes sont actuellement contaminées chaque jour (+ 104 %).

La couverture vaccinale de 70 % de la population totale qui était envisagée au début de la campagne de vaccination - sur la base d'avis du Conseil Supérieur de la Santé - pour obtenir l'immunité collective s'avère insuffisante plus d'un an et trois variants plus tard en raison de la contagiosité et de la gravité beaucoup plus élevées des variants par rapport au coronavirus original. Les données ci-dessus montrent également que les personnes qui ont été vaccinées peuvent encore transmettre le virus, et que l'immunité après la vaccination semble diminuer avec le temps. En outre, il est toujours possible que de nouveaux variants apparaissent. Il s'agit donc d'atteindre le niveau de vaccination le plus élevé possible.

Afin d'augmenter encore la couverture vaccinale, il a donc été demandé au Commissariat Corona s'il était opportun de modifier le Certificat corona actuel basé 3G (vacciné, testé, guéri) en 2G (vacciné ou guéri) ou 1G (vacciné), et/ou d'instaurer une vaccination générale obligatoire. Le Commissariat a utilisé pour ce faire les avis mentionnés plus haut et autres informations disponibles. Il a également examiné la manière dont la vaccination obligatoire contre la polio est gérée dans notre pays. Le présent document donne un bref aperçu de ces conseils et informations.

2.4. Vaccination versus infection récente

¹ <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>



Dans le débat scientifique et public, à travers les variants et les vagues, on discute de la protection d'une infection récente et donc d'une immunité acquise par opposition à une immunité basée sur la vaccination. Le débat n'est pas clos : un certain nombre d'études scientifiques suggèrent que l'immunité après une infection avec Omicron est nettement plus faible.

- Étude de l'Imperial College à la mi-décembre 2021 : Omicron was associated with a 5.41 (95% CI: 4.87-6.00) fold higher risk of reinfection compared with Delta. This suggests relatively low remaining levels of immunity from prior infection. <https://www.imperial.ac.uk/news/232698/omicron-largely-evades-immunity-from-past/> en <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-49-Omicron/>
- Étude d'Afrique du Sud début décembre 2021 (preprint) : Population-level evidence suggests that the Omicron variant is associated with substantial ability to evade immunity from prior infection. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.11.21266068v2>
- Dernière mise à jour de l'UKHSA (31 décembre 2021) : The population rate of people becoming infected with Omicron after having previously contracted COVID-19 has increased sharply. Of those with Omicron, 9.5% have had COVID-19 before, which is likely to be a substantial underestimate of the proportion of reinfections. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1044481/Technical-Briefing-31-Dec-2021-Omicron_severity_update.pdf

Il convient toutefois de noter qu'aujourd'hui, le RAG et le RMG acceptent, dans le cadre de la politique de quarantaine, qu'un test positif enregistré au cours des 150 derniers jours, faisant en sorte que l'on dispose d'un certificat de rétablissement, soit suffisant pour ne pas avoir à respecter l'obligation de quarantaine.

3. Arguments clés dans le débat sur la vaccination obligatoire ou l'utilisation d'un Certificat corona

3.1. Restriction de la liberté individuelle possible pour l'intérêt général...

La liberté individuelle est l'une de nos valeurs fondamentales. Elle ne peut être restreinte que si cela est nécessaire pour l'intérêt général (par exemple pour préserver le fonctionnement des services de santé) et pour protéger la santé des citoyens, y compris les personnes à risque et les patients en attente de soins pour d'autres pathologies.

Cela est également confirmé sur le plan juridique : la loi relative aux droits du patient (art. 8) stipule qu'un patient a le droit de consentir librement à toute intervention médicale. Toutefois, une obligation de vaccination ou des mesures de lutte contre la pandémie peuvent être imposées si cela est dans l'intérêt de la santé publique.

3.2. ...Mais les mesures doivent être proportionnées/nécessaires !

Si les campagnes d'information et de sensibilisation et la vaccination volontaire ne suffisent pas à atteindre un taux de vaccination suffisamment élevé, des mesures supplémentaires peuvent être prises. La condition est qu'elles soient nécessaires/proportionnées : sont-elles pertinentes pour atteindre



l'objectif visé ? N'y a-t-il pas d'autres mesures qui constituent une moindre atteinte à la liberté individuelle ? En outre, il doit être question d'urgence sociétale.

Selon la Cour européenne des droits de l'homme, les États membres disposent d'une large marge d'appréciation à cet égard. Il existe un consensus général parmi les États membres, soutenus par des organismes internationaux spécialisés comme l'OMS, selon lequel la vaccination est l'une des interventions sanitaires les plus efficaces et les plus rentables et que chaque État devrait s'efforcer d'atteindre la couverture vaccinale la plus élevée possible au sein de sa population. Les États membres eux-mêmes ont le choix de la meilleure façon d'y parvenir.

Les mesures supplémentaires possibles peuvent être divisées en trois catégories de niveaux différents :

- Un Certificat corona pour les activités non « essentielles » ;
- Un Certificat corona pour les activités « essentielles » ;
- L'instauration d'une obligation générale de vaccination (voir point 4).

4. Certificat corona

Note : le Certificat corona 3G actuel est appelé Covid Safe Ticket dans la réglementation. Au vu des résultats scientifiques sur la protection contre la contamination, la désignation doit certainement être adaptée. Le Commissariat Corona recommande le nom de « Certificat corona ».

4.1. Un Certificat corona pour les activités non essentielles (3G, 2G ou 1G)

Avec la politique actuelle du CST 3G pour certaines activités non essentielles (par exemple, l'accès à l'horeca et aux centres de fitness, et la participation à des événements), les droits fondamentaux des personnes non vaccinées dans notre pays sont peu restreints, car il existe toujours des alternatives à l'obtention d'un CST valide (après rétablissement ou test négatif). Les tests sont l'un des piliers de la politique actuelle 3G. Cependant, avec l'émergence de variants plus contagieux et/ou virulents, la valeur du testing par rapport à la vaccination diminue et ne peut plus être considérée comme équivalente. En effet, il ne s'agit que d'un instantané, à un moment précis.

Plusieurs études scientifiques récentes, voir plus haut, montrent également que l'immunité contre Omicron est nettement plus faible après une infection. Par conséquent, le rétablissement, un autre pilier important d'une politique 3G ou 2G, perd également de sa valeur.

Si le Certificat corona devait être limité à une politique 2G (après rétablissement ou vaccination) ou 1G (uniquement après vaccination, ce qui signifie que l'on parle en fait d'un passeport vaccinal), les droits fondamentaux seraient davantage restreints.

La proportionnalité du Certificat corona doit être dès lors évaluée régulièrement. En outre, elle ne doit pas provoquer de faux sentiment de sécurité (voir plus haut) et doit toujours être combinée à d'autres mesures de protection (par exemple, masques, distanciation sociale, télétravail, ventilation, etc.)

Selon le Comité de bioéthique, un Certificat corona ne devrait jamais être utilisé comme une condition d'accès aux soins. En outre, le Comité et l'Institut Fédéral pour la protection et la promotion des Droits



Humains estiment qu'un Certificat corona avec 1G est en réalité une forme déguisée de vaccination obligatoire, et que le gouvernement devrait alors procéder en toute transparence à l'instauration d'une vaccination générale obligatoire.

Ces points de vue diffèrent de ceux de l'OMS et de la Commission fédérale Droits du patient. En effet, selon le principe juridique de proportionnalité mentionné plus haut, l'obligation générale de vaccination ne peut être introduite qu'en dernier recours pour augmenter le taux de vaccination, lorsque toutes les autres mesures visant à encourager la vaccination (y compris le Certificat corona) ont été épuisées (voir également plus loin).

4.2. Un Certificat corona pour les activités essentielles

Un Certificat corona (1G) pour l'accomplissement d'activités essentielles (par exemple, l'accès à l'enseignement, aux soins de santé, à l'exercice d'une profession/l'accès au lieu de travail) constitue une restriction beaucoup plus importante des droits de l'individu et touche également aux droits fondamentaux.

Un Certificat corona de ce genre doit avant tout servir un autre objectif : par exemple, la mise en place d'un environnement de soins sûr (voir le récent projet de loi sur la vaccination obligatoire du personnel soignant), la protection des travailleurs (la vaccination contre l'hépatite B pour les prestataires de soins – Code du bien-être au travail) ou la qualité de l'accueil des enfants (la vaccination des enfants dans les crèches agréées par l'ONE, imposée par la Communauté française).

Une telle mesure pour la population générale dans le seul but d'augmenter la couverture vaccinale serait disproportionnée.

4.3. L'utilisation du Certificat corona dans d'autres pays européens

Le SPF Santé publique a recueilli des informations sur l'utilisation du Certificat corona dans des pays européens. Dans de nombreux pays, il y a des évolutions concernant l'utilisation du Certificat corona. On constate que presque tous les pays utilisent plus ou moins un Certificat corona et qu'il y a une tendance à évoluer de 3G (avec des variations dans la nature et la validité du certificat de test) vers 2G, voire 1G. Plusieurs pays sont également en train de transformer leur Certificat corona de sorte que, dans certains cas (secteurs, niveaux épidémiologiques), il devra être combiné avec un certificat de test. En même temps, dans presque tous les pays, le Certificat corona fait l'objet de nombreux débats publics, de protestations, de procédures judiciaires et de décisions de justice, ce qui témoigne de son caractère sensible.

Un coup d'œil rapide sur les pays voisins (sous réserve de modifications) :

En Allemagne, la règle 2G est en vigueur depuis pas mal de temps déjà, et elle a été étendue à 2G+ : seules les personnes ayant reçu une dose de rappel sont autorisées à entrer dans les établissements horeca sans test. Les personnes qui ont été vaccinées mais n'ont pas reçu de dose de rappel doivent pouvoir présenter un test PCR récent, même si elles ont été récemment contaminées par le Covid. Avant, il suffisait d'être vacciné ou rétabli. Les personnes non vaccinées ne sont autorisées à se rendre au travail ou à prendre le train qu'avec un test négatif. L'Allemagne n'introduit pas d'obligation générale de vaccination parce que cela est trop difficile d'un point de vue juridique.

En France, les tests négatifs ne sont plus suffisants pour avoir accès à un événement ou à un établissement horeca. Une preuve de vaccination (c'est-à-dire la règle 1G) est nécessaire pour ce faire.



Les Pays-Bas utilisent également une carte d'accès corona (3G) dans le cadre de l'horeca, des événements, des vestiaires (lorsqu'on accompagne un enfant), etc.

5. Obligation de vaccination

5.1. Seulement en dernier recours

Une vaccination obligatoire généralisée des adultes dans notre pays serait la forme la plus poussée de restriction du droit à l'intégrité physique. Selon l'OMS et la Commission fédérale Droits du patient, la vaccination obligatoire ne devrait donc être utilisée qu'en dernier recours, lorsque toutes les autres mesures possibles sont insuffisantes pour lutter contre la pandémie et augmenter la couverture vaccinale. Et ce, donc, conformément au principe de proportionnalité.

5.2. Pas de violation de la Convention européenne des droits de l'homme, sous réserve du respect de certaines conditions

L'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après CEDH) garantit le droit au respect de la vie privée et familiale et, par extension, le droit à l'intégrité physique. La question de savoir si une obligation générale de vaccination est une atteinte à la CEDH a récemment reçu une réponse de la Cour européenne des droits de l'homme dans un arrêt² sur les « vaccinations de routine », telles que celles contre la polio, l'hépatite B, le tétanos, la rougeole, les oreillons ou la rubéole.

La Cour a confirmé que l'article 8 de la CEDH n'est pas un droit absolu et que les restrictions imposées par les autorités sont autorisées dans les conditions suivantes :

- a. La restriction est prévue par la loi (voir plus loin sous « cadre juridique ») ;
- b. La restriction sert des objectifs légitimes ;

La Cour admet un double objectif légitime : la protection de la santé de tous ceux qui sont vaccinés, mais aussi le droit à la santé de ceux qui ne peuvent se faire vacciner.

- c. le principe selon lequel la restriction doit être nécessaire/proportionnée s'applique également en l'occurrence.

Selon la Cour, l'obligation légale de vaccination peut constituer une restriction proportionnée du droit privé dans l'intérêt de la santé publique et des droits des autres personnes, notamment de celles qui ne peuvent se faire vacciner. La Cour considère que le fait de courir un risque minimal pour la santé par la vaccination est un acte de solidarité sociale.

Cependant, la proportionnalité de chaque mesure doit être régulièrement réévaluée pour voir si les circonstances épidémiologiques actuelles et les preuves scientifiques justifient le maintien des mesures.

² arrêt du 8 avril 2021



Les mesures visant à atteindre une couverture vaccinale suffisamment élevée devraient également toujours faire partie d'une stratégie globale de lutte contre le COVID-19.

5.3. Éthiquement justifiée sous certaines conditions

La vaccination obligatoire de tous les adultes (18 ans et plus) pour la protection de l'intérêt public et de la santé des citoyens, notamment des plus vulnérables, est éthiquement justifiée, selon le Comité de bioéthique, dans les conditions suivantes :

- Pour le moment, il existe des incertitudes scientifiques et pratiques quant à l'efficacité et à la durée de protection des vaccins contre les variants actuels et futurs éventuels, et à leur place dans l'approche préventive et curative du COVID-19. Ces incertitudes doivent d'abord être levées ;
- l'obligation de vaccination doit être générale et non limitée à certains groupes cibles (par exemple, les personnes âgées) ;
- la relation positive actuelle entre les risques et les avantages de la vaccination, sur la base de laquelle les vaccins ont été approuvés, doit continuer à être surveillée.

5.4. Mesures nécessaires lors de l'instauration de l'obligation générale de vaccination

Selon le Comité de bioéthique, si le gouvernement décide d'instaurer une vaccination générale obligatoire contre le COVID-19, il devrait prendre les mesures suivantes :

- Évaluer la **faisabilité** (quand peut-elle être instaurée ? quelles sont les moyens nécessaires pour l'opérationnalisation et l'application ?)
- prévoir un **cadre juridique** approprié, qui ait fait l'objet d'un débat public. Ce débat peut avoir lieu lors d'auditions interparlementaires avec les présidents des conseils ou dans le cadre d'un projet de participation citoyenne (par le biais de la Fondation Roi Baudouin, par exemple). Ce cadre juridique devrait déterminer :
 - comment et par qui le certificat de vaccination est délivré, quand et par qui il peut être demandé et contrôlé.
 - La façon dont les personnes qui ne peuvent se faire vacciner pour des raisons médicales seront prises en compte.
 - Quelles seront les sanctions en cas de refus de vaccination, et comment et par qui elles seront appliquées.

Sont légalement et éthiquement inacceptables :

- toute coercition physique pour soumettre une personne à la vaccination ;
 - toute mesure qui empêche une personne non vaccinée d'avoir accès aux soins de santé au seul motif de son statut vaccinal.
-
- Dans des cas exceptionnels, les vaccins peuvent provoquer des effets secondaires graves peu de temps après leur administration (moins de 8 semaines). Par conséquent, il convient de prévoir un **fonds qui puisse indemniser les dommages de santé résultant de l'administration d'un vaccin COVID-19**, si un lien médical entre le dommage et le vaccin COVID-19 est prouvé.
 - le gouvernement devrait **informer largement** la population sur l'obligation de vaccination. Ces informations concernent non seulement la mesure elle-même, mais aussi son impact social, par



exemple les conséquences de la non-vaccination sur l'organisation des soins, au niveau des soins de première ligne et des hôpitaux. Cette communication doit être menée de manière claire, compréhensible et non polarisante.

- L'obligation générale de vacciner doit être une **mesure à long terme**. Imposer cette obligation à court terme, uniquement pour augmenter la couverture vaccinale, semble juridiquement disproportionné. Elle ne peut se justifier que si une nouvelle évolution épidémiologique crée un besoin social et aigu d'éviter une implosion des soins de santé, et s'il est scientifiquement prouvé que la vaccination fonctionne efficacement à cet égard (ce qui a été clairement démontré entre-temps).

5.5. Exemple d'une vaccination déjà obligatoire : la vaccination contre la polio

La vaccination des enfants contre la polio est actuellement la seule vaccination générale obligatoire en Belgique, depuis 1966.

- Suivi administratif de cette obligation

Lors de la dernière administration du vaccin, les parents reçoivent un certificat de vaccination. Ils doivent fournir cette preuve à la commune au plus tard lorsque leur enfant atteint l'âge de 18 mois.

Les communes doivent en assurer le suivi et signaler toute omission à l'inspecteur sanitaire. L'inspecteur sanitaire envoie ensuite trois mises en demeure. S'il n'y est pas donné suite, un rapport est soumis au parquet compétent. Celui-ci décide de poursuivre ou non les parents.

- Sanction en cas de non-vaccination : amende et peine d'emprisonnement

Les sanctions possibles sont une amende comprise entre 150 et 800 euros (à multiplier par un coefficient actuellement de 8) et une peine d'emprisonnement comprise entre huit jours et un mois.

- Chiffres pour 2020 et 2021

Pour la Flandre et Bruxelles NL :

Pour la Wallonie et Bruxelles FR :

	2020	2021 (1ère et 2ème trim.)		2020	2021 (3 premiers trim.)
1e mise en demeure	3062	1836	1 ^e mise en demeure	5608	5111
2e mise en demeure	128	610	2 ^e mise en demeure	2005	1543
3e mise en demeure	55	90	3e mise en demeure	925	733
PV	64	13	PV	462	637
Annulation PV	6		Annulation PV	100	123

Note : ces chiffres n'indiquent pas le nombre d'enfants non vaccinés, mais le nombre d'enfants pour lesquels les communes n'ont pas reçu de certificat de vaccination.

Pour environ 0,69 % des enfants francophones et 0,09 % des enfants néerlandophones, un dossier a été transmis au Ministère public en 2020. Nous ne disposons pas de chiffres sur le nombre de condamnations définitives. Après l'envoi des mises en demeure et du PV, le nombre de dossiers semble diminuer de manière significative. La majorité des cas ont donc été causés par une négligence plutôt que par un véritable refus de faire vacciner l'enfant.



Les procédures pénales demandent beaucoup de temps et de moyens. Celles-ci pourraient être remplacées ou complétées par des amendes administratives. Un projet en la matière est actuellement en cours dans le cadre de la mise en place de la Commission de contrôle fédérale. Cette procédure peut facilement être étendue à la vaccination obligatoire contre le COVID-19.

5.6. L'obligation générale de vaccination dans d'autres pays européens

Depuis le milieu de l'année 2021, un vif débat politique et social s'est engagé dans plusieurs pays sur l'opportunité, la portée et les modalités d'une obligation de vaccination pour la population générale (nous faisons abstraction dans cette note de l'obligation de vaccination pour certains groupes, en particulier les prestataires de soins de santé). Plusieurs pays, notamment la Grèce et l'Autriche, ont déjà pris des décisions politiques ; l'Allemagne envisage elle aussi l'introduction de l'obligation de vaccination. D'autres pays ont lancé des discussions politiques.

Il convient de noter que l'obligation de vaccination soulève partout d'importantes questions éthiques, épidémiologiques, juridiques et pratiques dans le débat politique et social. En Autriche, où il a été décidé d'introduire l'obligation de vaccination, des doutes sont apparus récemment, tant pour des raisons épidémiologiques (évolution de l'efficacité du vaccin à la lumière des variants) que pour des raisons pratiques. En Allemagne, le débat politique est ralenti par des difficultés d'ordre légistique. Dans tous ces pays, cela s'accompagne également d'importantes discussions politiques.

L'Autriche est actuellement le seul pays européen qui prévoit d'introduire une obligation générale de vaccination à partir de l'âge de 14 ans. Le projet de loi a été présenté au début du mois de décembre, et l'intention est maintenant d'instaurer cette obligation à partir d'avril. Cette date a déjà été repoussée plusieurs fois en raison de problèmes juridiques et techniques. Ceux qui ne seraient pas en règle seront sanctionnés chaque trimestre par une amende pouvant atteindre 3.600 euros en cas de récidive. Le produit des amendes serait transféré aux hôpitaux, aux transports médicaux ou à l'aide sociale.

Certains États membres ont introduit une obligation pour une partie de la population :

- Grèce : obligation de vaccination pour les personnes âgées de plus de 60 ans, sous peine d'amende. Ceux qui n'auront pas reçu au moins une dose après le 16 janvier se verront infliger une amende de 100 euros par mois. Elle est perçue automatiquement. L'argent est reversé dans un fonds de santé pour maintenir en activité les hôpitaux grecs, qui souffrent aujourd'hui de la pression résultant du Covid. Entretemps, cette mesure a permis d'augmenter la couverture vaccinale dans cette tranche d'âge.
- Italie : obligation de vaccination pour les personnes de plus de 50 ans, les enseignants, le personnel dans le secteur des soins de santé, les militaires et les forces de l'ordre. Depuis octobre, les travailleurs du secteur privé italien doivent être vaccinés ou présenter un test PCR négatif s'ils veulent aller travailler.
- République tchèque : vaccination obligatoire à partir du 1er mars 2022 pour les personnes âgées de 60 ans et plus ; certaines professions plus exposées au Covid-19 : par exemple, les prestataires de soins de santé et de services sociaux, les pompiers, les militaires, la police, etc.
- Hongrie : vaccination obligatoire pour les prestataires de soins de santé. Les employeurs publics et privés ne relevant pas du secteur de la santé peuvent également exiger la vaccination de leurs travailleurs.



- France : obligation de vaccination pour les prestataires de soins de santé sous peine de licenciement.
- Lettonie : obligation de vaccination dans le secteur public (enseignement, services sociaux, administration, conseils, etc.) Les membres du Parlement sont également soumis à cette règle, sous peine de voir leur salaire suspendu.

Dans d'autres pays, le débat est en cours, par exemple au Royaume-Uni : jusqu'à récemment, il n'était pas question d'obligation générale de vacciner l'ensemble de la population au Royaume-Uni. L'apparition du variant Omicron hautement contagieux a ramené ce sujet sur le devant de la scène.

Dans certains pays européens, le sujet est très sensible et/ou le débat reste pour l'instant très limité. C'est le cas des pays scandinaves, de l'Estonie, des Pays-Bas, de l'Espagne, du Portugal, de la Suisse et de la Roumanie.

6. Remarques finales et suggestions du Commissariat Corona

Le Commissariat Corona a été chargé par le Comité de concertation de rassembler des arguments sur les instruments possibles pour augmenter la couverture vaccinale, avec une attention particulière pour les instruments politiques que sont l'obligation de vaccination et le Certificat corona. En guise de conclusion de cette note, le Commissariat Corona souhaite porter les remarques et suggestions suivantes à l'attention du Comité de concertation et du débat politique et social.

- La pandémie bat toujours son plein, avec un virus qui continue d'évoluer et qui présente de nouvelles caractéristiques en termes de contagiosité et de gravité, ce qui place la gestion de la pandémie de tous les pays devant l'incertitude scientifique quant à l'évolution des connaissances et des données scientifiques, les précautions à prendre en matière de politique de santé publique et autres considérations politiques. Une évolution vers une situation endémique est prévue et attendue, mais la voie qui y mènera, le timing et les modalités de cette situation endémique ne sont pas clairs.
- L'efficacité de la gestion d'une pandémie repose sur la combinaison d'instruments politiques, cf. le modèle suisse du « fromage à trous » mentionné plus haut. Il n'existe pas d'outils parfaits, ou totalement efficaces et sûrs. En particulier concernant la vaccination et les Certificat corona, les instruments examinés dans cette note, il convient de préciser aux décideurs politiques et à la population qu'aucun instrument ne conduit aujourd'hui à une situation totalement sûre pour les individus et les populations. Les instruments doivent donc être combinés et positionnés en conséquence. Une gestion appropriée des attentes et une communication adaptée des autorités sont nécessaires.
- Alors qu'au début de la crise, des mesures et des restrictions très drastiques étaient considérées comme plus acceptables par la population, les politiciens et le pouvoir judiciaire, tout au long de la crise, la demande de proportionnalité et de politiques fondées sur des données et des preuves s'est accrue. Des décisions judiciaires récentes le confirment. Il ne s'agit pas d'une situation unique à la Belgique, au contraire. Les décisions relatives aux instruments politiques dans le contexte de la gestion de la pandémie devraient donc faire l'objet d'une attention accrue.



- L'évolution vers une plus grande attention portée aux preuves et à la proportionnalité est renforcée par une impatience croissante au sein de la société et une certaine polarisation à l'égard de la politique COVID-19, comme le montre également, par exemple, le baromètre de motivation, qui révèle que, d'une part, il existe toujours un soutien important pour la politique, mais aussi un groupe significatif de la population qui ne comprend pas et/ou ne soutient pas la politique, ainsi que de grandes différences entre les personnes vaccinées et non vaccinées en ce qui concerne leur opinion sur la politique.
- Pour augmenter la couverture vaccinale, l'OMS Europe³ met l'accent sur le dialogue et la lutte contre la désinformation. Par ailleurs, tout doit être fait pour que le seuil de vaccination soit le plus bas possible : accessibilité des centres de vaccination, approche adaptée aux groupes vulnérables, etc. La Task Force interfédérale Vaccination et les autorités compétentes déploient déjà des instruments très larges en la matière. Ces efforts se poursuivent, mais se heurtent aussi à des limites.
- L'OMS Europe considère la vaccination obligatoire comme le « dernier recours ». Même si une obligation générale de vaccination peut être éthiquement, socialement et juridiquement acceptable et proportionnée, voire souhaitable, comme en témoignent les avis reçus, les incertitudes sur l'évolution épidémiologique, la poursuite de la campagne de vaccination en termes de nécessité et de portée des doses répétées en vue de l'immunité collective, etc. rendent aujourd'hui difficile une décision sur l'opportunité, la portée et les modalités d'une obligation de vaccination. Plusieurs scénarios sur l'évolution épidémiologique et l'utilisation des vaccins pour protéger les individus et les populations sont envisageables.
- Néanmoins, il est recommandé d'avoir un débat politique et social sur l'opportunité, la portée et les modalités d'une obligation de vaccination, par exemple sur la base des scénarios possibles, où il est important d'étayer le débat avec les données scientifiques les plus récentes, fournies par exemple par les organes consultatifs qui ont été sollicités par le Commissariat Corona aux fins de cette note et/ou d'autres experts.

Un tel débat peut avoir lieu au niveau politique, notamment au niveau du pouvoir législatif, comme l'a également suggéré précédemment le Comité de concertation. La vaccination obligatoire, en tant qu'instrument de prophylaxie nationale, est une compétence fédérale, mais elle touche évidemment aussi aux compétences et aux préoccupations des entités, de sorte qu'il faut s'attendre à ce que le débat se poursuive dans plusieurs parlements. Le Commissariat Corona estime qu'une initiative interparlementaire peut contribuer à un débat politique coordonné.

En plus d'un débat politique, un débat social ou même une consultation sur cette question pourraient également être envisagés. Des organisations telles que par ex. la Fondation Roi Baudouin ont une grande expérience de ces processus de consultation sociale.

Dans ce débat, le Commissariat estime que, compte tenu des données épidémiologiques (par exemple, la vulnérabilité de certaines sous-populations au sein de la population), on pourrait

³ <https://unric.org/en/who-mandatory-vaccinations-are-a-last-resort/>



également répondre à l'avis du Comité de bioéthique de ne pas limiter l'obligation de vaccination à certaines tranches d'âge, comme c'est le cas dans plusieurs autres pays.

- Le débat sur le Certificat corona suscite, tout comme dans d'autres pays, un vif débat social et politique. Cela tient à la nature de l'instrument, qui est considéré comme une intrusion dans la liberté de l'individu. C'est également lié à sa genèse, puisque l'instrument, qui était très limité dans son champ d'application et dans le temps, a été progressivement élargi et étendu. Là encore, ce n'est pas propre à la Belgique, qui, dans une perspective comparative, ne va pas aussi loin ou n'est pas aussi pionnière que plusieurs autres pays européens. En outre, le caractère sensible est également lié au positionnement initial de l'instrument comme garantie d'activités sûres (« covid safe »), de sorte que certaines autres lignes de défense, comme le port du masque ou la qualité de l'air, ont été reléguées au second plan. Entre-temps, nous savons qu'un Certificat corona ne garantit pas l'absence de toute contamination, et que l'instrument devra être repositionné en cas d'utilisation ultérieure.

Le Commissariat Corona estime qu'au lieu d'être un outil pour limiter le risque de contamination dans les activités de certains milieux (le Covid Safe Ticket initial), le Certificat corona pourrait avoir pour objectif principal de contribuer à un taux de vaccination plus élevé en raison de l'importance de la vaccination pour éviter la saturation du système de soins de santé et en particulier du système hospitalier. Dans ce cas, le Certificat corona doit bien entendu être conçu comme un certificat de vaccination (1G). Dans ce contexte, l'attestation de rétablissement sera abandonnée, ce qui peut également être étayé par les connaissances mentionnées plus haut sur la protection plus faible contre Omicron basée sur l'immunité fournie par une infection précédente. En outre, dans certains cas, par exemple en cas de forte circulation du virus, le certificat de vaccination peut être combiné avec un certificat de test, alors que ces certificats sont aujourd'hui interchangeables, ce qui est scientifiquement dépassé. Cette position du Commissariat Corona est également conforme à l'avis récent du GEMS.

L'utilisation du Certificat corona peut être limitée et conditionnée par le gouvernement dans plusieurs domaines, dans le contexte d'un cadre juridique modifié. Premièrement, son utilisation peut être limitée en fonction de la situation épidémique, par exemple liée à certains niveaux de risque (voir également la discussion sur le baromètre) ou uniquement dans une situation d'urgence épidémique définie par la loi pandémie. Deuxièmement, l'utilisation peut être limitée à certains contextes, comme c'est déjà le cas aujourd'hui ; il est clair pour le Commissariat que, contrairement à ce qui se passe dans certains autres pays européens, un Certificat corona ne peut être utilisé dans le cadre d'activités essentielles.

Dans la mesure où le gouvernement communique de manière transparente à ce sujet, cet instrument est, de l'avis du Commissariat, un instrument qui, s'il est correctement positionné dans un ensemble de politiques plus large, avec une évaluation et une communication correctes de l'efficacité et des limites des différents instruments politiques - où, par exemple, le port du masque et la qualité de l'air devraient être plus importants que le certificat - peut être proportionné et, dans l'état actuel des preuves et de la science, plus proportionné que l'obligation de vaccination. Par ailleurs, l'OMS Europe ne considère pas le Certificat corona comme une restriction de la liberté, mais comme une protection générale des libertés, afin que la vie sociale puisse être maintenue autant que possible.

Bien entendu, l'instrument doit être adapté si de nouvelles preuves remettent en cause son efficacité.



Compte tenu des préoccupations politiques, sociales et juridiques que suscite l'outil qu'est le Certificat corona, un débat politique et social sur l'opportunité, le champ d'application et les modalités est évidemment souhaitable, cf. plus haut.

- Enfin, il convient de suivre de près les débats politiques, sociaux et juridiques dans d'autres pays afin d'éclairer le débat belge.
-