

# Rentrée scolaire sous haute tension : obligation vaccinale, pass sanitaire et vaccination systématique des enfants et des adolescents.

## Le point sur les derniers développements

Covidrationnel

[covidrationnel.be/...](http://covidrationnel.be/...) – 9 septembre 2021

### Avertissement / Préambule

Le collectif CovidRationnel est une équipe interdisciplinaire principalement composée de professeurs et chercheurs d'universités belges<sup>1</sup>, ayant pour unique but d'apporter des éclairages, réflexions, questionnements ou solutions transversales et complémentaires sur la crise du Covid-19 en Belgique. CovidRationnel n'est ni "antivax", ni "ultravax" mais privilégie au contraire une approche scientifique la plus complète possible compte tenu des données disponibles et des enjeux en présence.

Sous réserve de récentes observations devant encore être analysées et confirmées<sup>2</sup>, les vaccins paraissent à même de protéger du Covid, au moins temporairement, les populations à risque des formes les plus graves de la maladie, et de réduire ainsi la mortalité et la surcharge des hôpitaux. En ce sens, ils jouent donc un rôle certain dans la gestion de la crise Covid. *Leur généralisation sans distinction à l'ensemble de la population semble toutefois prématurée étant donné les inconnues qui subsistent quant aux balances risque/bénéfice individuelle et collective.*

A la suite de notre analyse sur l'offre de vaccins actuelle, nous concluons que *« Expliquer à la population que se faire vacciner systématiquement va nous permettre d'éradiquer le virus constitue une fausse promesse qui risque d'avoir des effets pervers dans une logique globale de santé publique qui devrait s'appuyer sur de nombreux ressorts complémentaires aux vaccins (tests, prévention, traitements précoces en première ligne, ...). La décision de se faire vacciner doit relever d'un consentement libre et éclairé, c'est-à-dire procéder d'une évaluation bénéfice-risque spécifique, expliquée au patient, le médecin de famille étant le mieux à même de réaliser cette analyse. La problématique des vaccins est beaucoup plus complexe et nuancée que la façon dont elle nous est présentée aujourd'hui et mériterait un débat à la hauteur des implications individuelles et collectives »*<sup>3</sup>.

## I. Introduction

Au niveau de la stratégie de vaccination belge, nous questionnons l'adéquation d'une riposte à la menace du SARS-CoV-2 combinant uniquement des interventions dites non pharmaceutiques (confinements, fermetures d'établissements ou d'activités, restrictions des déplacements, conditionnements d'accès à certains lieux ou événements, etc.) mises en œuvre sous la menace de répression d'une part, et la vaccination généralisée d'autre part. Nous questionnons également l'abandon du principe de précaution, pourtant mobilisé à de nombreuses reprises au cours de cette crise, lorsqu'il s'agit de la stratégie de vaccination<sup>4</sup>.

De même, nous nous opposons aux instruments de contrôle et de discrimination ne reposant pas sur des bases scientifiques suffisantes, comme le certificat vert européen<sup>5</sup>, ainsi que les obligations vaccinales déguisées, induites notamment par la pression sociale ou l'extension du Covid Safe Ticket<sup>6</sup>.

Enfin, dans notre note sur les stratégies à privilégier pendant la période estivale 2021 pour gérer le risque<sup>7</sup>, nous avons expressément appelé à **« concentrer la campagne de vaccination estivale sur les populations à risques non encore vaccinées en promouvant l'approche par les prestataires de soins de proximité (médecins généralistes, maisons médicales, permanences santé dans diverses infrastructures associatives, etc.) afin de permettre aux personnes concernées de bénéficier d'une évaluation individualisée bénéfico-risques basée sur leur propre historique médical et de déterminer de manière éclairée et sereine les avantages escomptés pour elles de la vaccination »**. De telles démarches n'ont manifestement pas été entreprises de manière adéquate, ce qui mène désormais, à Bruxelles en particulier, aux problèmes actuellement mis en avant pour justifier de nouvelles "mesures" qui s'apparentent à des punitions<sup>8</sup>.

En revanche, nous maintenons qu'il existe une balance à prendre en compte pour chaque individu dans le contexte de la vaccination anti-covid. Comme pour tout vaccin, en effet, des risques existent et les bénéfices doivent être supérieurs pour envisager de se faire vacciner.

Or, en ce qui concerne les enfants et adolescents en particulier<sup>9</sup>, nous concluons déjà, le 26 juin dernier, que la vaccination systématique de cette partie de la population ne pouvait pas se justifier au regard des connaissances actuelles et constituait un pari sur l'avenir que nous ne devrions jamais faire prendre à des enfants qui échappent très majoritairement aux bénéfices directs de la campagne vaccinale contre le Covid. Au jour de la rentrée scolaire 2021-2022, l'accumulation des données scientifiques confortant cette exhortation à la prudence nous a menés à établir cette nouvelle note, visant à réagir à la « course vaccinale » qui semble s'être emballée au fil des conférences et comités interministériels de cet été.

## II. Développements en matière de campagne de vaccination depuis le 26 juin 2021

Le 7 juillet 2021, la conférence interministérielle santé donnait le feu vert pour la vaccination des 12-15 ans en Belgique<sup>10</sup>.

La vaccination des jeunes n'ayant pas eu le succès escompté, on a d'abord fait appel à des influenceurs sur les réseaux sociaux, dont la légitimité et l'autorité pour recommander un acte médical soulèvent de nombreuses questions<sup>11</sup>.

À l'occasion de la rentrée des classes, on a annoncé avec une grande assurance l'envoi de vaccins dans les écoles bruxelloises<sup>12</sup> afin de « rattraper le retard de vaccination » de Bruxelles<sup>13</sup>. Ce 29 août 2021, la Ministre de l'enseignement obligatoire en Communauté française, Caroline Désir, a même annoncé l'organisation, dès le 6 septembre, d'une "campagne de sensibilisation" dans les écoles, visant à convaincre *les élèves* de l'utilité de la vaccination afin d'obtenir l'autorisation de leurs parents de se faire vacciner. Il sera à nouveau fait appel à des "influenceurs choisis pour leur popularité dans les différentes communautés de la capitale" avant d'organiser la prise en charge de la vaccination directement par la médecine scolaire<sup>14</sup>. Cette campagne a été effectivement lancée cette semaine.<sup>15</sup>

Dans le même temps, on évoque par ailleurs la possibilité d'une obligation vaccinale ciblée, chez les soignants, voire chez les enseignants, et l'extension de la vaccination à tous les enfants en âge scolaire – alors même qu'aucune autorisation même conditionnelle en ce sens n'a encore été délivrée par les agences compétentes de contrôle des médicaments en Europe -. Ces « pistes » reposent, selon celles et ceux qui les prônent, sur l'évocation de « précédents » en termes d'obligation vaccinale générale en Belgique (variole, poliomyélite) ou d'obligations ciblées pour certaines professions (hépatite B, tuberculose, tétanos chez certains professionnels de la santé et/ou dans le cadre de la surveillance de la santé des travailleurs actifs dans des secteurs présentant un risque accru d'exposition à de tels agents biologiques) et la prétendue « validation » d'une obligation vaccinale envers les enfants que certains voudraient lire dans un récent arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme. Cette comparaison avec d'autres virus est tout-à-fait inadéquate, chaque virose présentant des caractéristiques différentes (mode de transmission, organes affectés, processus pathologique, espèce-hôte unique ou zoonose, existence majoritaire ou non d'asymptomatiques) qui ne permettent nullement d'extrapoler les succès. Ajoutons que les obligations vaccinales existant à ce jour visent essentiellement à protéger les bénéficiaires et en aucun cas, à protéger les autres.

Enfin, ce 7 septembre 2021 a été marqué par la formation d'un accord politique sur l'extension du "Covid Safe Ticket", à la discrétion de chaque Région, aux bars, restaurants, discothèques, lieux de sports, de culture et de loisirs, à partir de 16 ans, et aux hôpitaux, maisons de repos et événements de masse dès 12 ans<sup>16</sup>.

Face à ces divers éléments particulièrement interpellants, il semble nécessaire, tout d'abord, d'examiner les analogies, comparaisons et extrapolations qui dominent le débat actuel en la matière et, ensuite, de faire le point sur l'état des connaissances et de l'éthique concernant la vaccination des jeunes en particulier.

Dans la suite de cette note, vous apprendrez que :

– **On ne peut pas comparer le SARS-CoV-2** avec la variole ou la poliomyélite pour tenter de justifier une vaccination obligatoire (point III, A et B).

– Hormis ces deux hypothèses, la vaccination obligatoire n'est organisée en Belgique qu'en vue de **protéger les travailleurs** de certains secteurs à risques, et **non pas dans le but de protéger** les tiers avec lesquels ils entrent en contact dans le cadre de leur travail (point III, C).

– La Cour européenne des droits de l'homme reconnaît la nécessité et la proportionnalité d'une vaccination obligatoire **contre des maladies usuelles et bien connues de la médecine** et pourvu que cette obligation soit accompagnée de nombreux garde-fous, dont **l'absence de vaccination forcée, l'absence d'exclusion de l'accès à l'enseignement obligatoire et l'organisation d'un reporting et d'un suivi permanents et très rigoureux des effets secondaires, même très rares** (point IV).

Nous rappellerons, par ailleurs, qu'en l'état des connaissances scientifiques et des données disponibles (point V) :

– **Les enfants et les jeunes présentent un tableau généralement bénin ou asymptomatique lorsqu'ils sont infectés par le SARS-CoV-2**, et la circulation du variant delta ne paraît pas avoir significativement modifié cette constatation (V.1).

– **Le taux d'effets indésirables et de décès signalés après l'administration du vaccin COVID-19 est anormalement élevé par rapport aux autres vaccins, en particulier chez les jeunes** (V.2).

– **Les effets indésirables à moyen et long termes ne sont, par définition, pas encore connus**, et différentes données scientifiques interdisent d'exclure leur survenance, même plusieurs années après la vaccination (V.3).

– **Les politiques de vaccination doivent reposer sur le fait que**

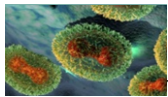
**les bénéfices attendus l'emportent clairement sur le risque d'effets indésirables de la vaccination**, de sorte qu'il n'est pas justifié, actuellement, de promouvoir la vaccination systématique des enfants et adolescents en bonne santé (V.4).

- **La transmission du SARS-CoV-2 des enfants aux adultes est minime**, notamment eu égard au caractère le plus souvent asymptomatique de l'infection chez les enfants (V.5).
- **Il est contraire à l'éthique de mettre en danger des enfants et des jeunes pour protéger des adultes**, ce à quoi reviendrait la vaccination systématique des enfants et adolescents ne présentant pas de risque de développer une forme grave de la maladie (V.6).
- **Les vaccins COVID-19 sont disponibles pour les personnes à haut risque afin qu'elles puissent se protéger**, sans que la vaccination des jeunes qui les côtoient soit de nature à améliorer leur protection, au contraire (V.7).
- **L'immunité naturelle contre l'infection par le SARS-CoV-2 est large et robuste et plus efficace que l'immunité vaccinale, notamment pour combattre les variants**, et les jeunes bénéficient en outre d'une immunité innée également plus performante que les adultes (V.8).
- **La vaccination des enfants et des jeunes n'est pas nécessaire pour l'immunité de groupe** (V.9).
- **Le risque de Covid long chez les jeunes ne suffit pas à inverser la balance bénéfico-risques** (V.10).

### III. Comparaison n'est pas raison – variole, poliomyélite, tuberculose, hépatite B et tétanos

L'objet de la présente note n'est pas de faire une présentation scientifique exhaustive des caractéristiques du SARS-CoV-2 qui le différencient, notamment, des virus évoqués dans le titre ci-dessus. Il sera spécifié, ci-après, dans chaque cas, l'élément principal de comparaison entre ces autres virus – et les dispositifs de vaccination associés – et le SARS-CoV-2. Il est renvoyé, pour une information générale sur le virus et la maladie qu'il provoque, à nos publications de vulgarisation à ce sujet : <https://covidrationnel.be/one-pagers/>, Visuel didactique #4 et FAQ #1.

#### A. Variole : la seule éradication réussie par la médecine moderne et un « précédent » légal et judiciaire transposé sans contextualisation



Virus de la variole

Les débats actuels sur la vaccination systématique – voire l'obligation vaccinale – n'épargnent jamais un détour par le « précédent » de la vaccination mondiale antivariolique, ayant favorisé – en conjonction avec d'autres mesures mises en oeuvre pendant des décennies – l'éradication de la maladie.

1. Pour rappel, en Belgique, la vaccination obligatoire contre la variole a été instaurée par un arrêté (du Régent) du 6 février 1946 pris en exécution de la loi sanitaire du 1er septembre 1945<sup>17</sup>.

La loi sanitaire du 1er septembre 1945 trouve son origine dans le projet de loi déposé sur le bureau de la Chambre des représentants par le Ministre de l'Intérieur, P. Berryer, le 5 décembre 1911<sup>18</sup> avec pour objectif principal, l'instauration de la vaccination obligatoire antivariolique, déjà imposée dans de nombreux pays voisins parfois une quarantaine d'années et faisant l'objet de mesures communales ou provinciales disparates à travers le pays.

Les recherches sur la vaccination contre la variole, à l'origine d'ailleurs de toute la recherche médicale en matière de vaccination, ont, en effet, commencé dès la fin du 18<sup>ème</sup> siècle, avec Edward Jenner<sup>19</sup>.

La technique de vaccination contre cette maladie était très spécifique – inoculation d'un virus « cousin » bénin pour l'homme, la vaccine, permettant une immunité croisée contre la variole, mortelle – et surtout, donc, étudiée depuis plus de 150 ans lorsque l'obligation vaccinale a été instaurée dans notre pays.

Dès 1911 d'ailleurs, le projet de loi Berryer mettait en perspective des recherches longues et anciennes pour justifier la vaccination<sup>20</sup> :

*« L'efficacité de la vaccination est établie par une expérience séculaire. Il n'est pas, croyons-nous, dans le domaine de la science de l'hygiène, de problème qui soit résolu avec plus de certitude. La lymphé vaccinale est produite actuellement avec toutes les garanties désirables. Elle est mise gratuitement à la disposition du corps médical et, de tous côtés, se tiennent périodiquement des séances gratuites de vaccination ».*

Il invoquait également les avis récurrents en ce sens des académies de médecine depuis les années 1880, indiquant notamment que « 1<sup>o</sup> le corps médical est unanime à proclamer et à répandre les bienfaits de l'inoculation vaccinale », à tel point que, dans un tel contexte, et au vu des épidémies

récentes, la liberté vaccinale devait être considérée comme contre-productive.

L'objectif de la contrainte légale était expressément conçue comme une *protection des mineurs d'âge* « contre l'indifférence et les préjugés de certains parents » ; le projet de loi relevait également le principe de *dispense* de vaccination pour les personnes ayant déjà eu la maladie.

Par ailleurs, la revaccination à l'âge adulte n'était pas retenue, au motif d'une balance différente, en ce qui concerne les majeurs, entre liberté individuelle et protection.

Le projet de loi de 1911 poursuivait : « *A la vérité, on pourrait objecter qu'il faudrait logiquement imposer la revaccination périodique aux majeurs. Le Gouvernement ne croit pas devoir aller jusque là. Il estime avoir concilié les intérêts de la santé publique et le respect de la liberté individuelle en mettant les mineurs à l'abri de la contagion. S'il impose la vaccination à ces derniers, c'est, nous l'avons déjà dit, une mesure de protection en leur faveur. La variole frappe, du reste, davantage les individus qui n'ont pas atteint l'âge de 25 ans.*

*Au surplus, les majeurs peuvent aisément se garantir en se soumettant spontanément à la vaccination. Quant à ceux qui persistent dans leur indifférence, lorsque l'un d'eux est atteint, il constitue sans doute une source de contamination pour autrui, mais il n'y a de réel danger que pour ceux qui ont fait preuve de la même insouciance. (...)* ».

Tant de bon sens et de preuves scientifiques accumulées depuis plus d'un siècle sur l'efficacité du produit et ses effets néfastes très rares justifiait certainement l'adoption d'une telle obligation, qui ne fut retardée que par la survenance des deux guerres mondiales.

En 1945, pressé d'enfin se doter d'un dispositif sanitaire permettant également de faire disparaître les séquelles causées par la guerre, le législateur adopta finalement un texte beaucoup plus synthétique que celui du Ministre Berryer, confiant au Gouvernement, sur avis du Conseil supérieur d'hygiène, l'identification des maladies infectieuses à endiguer et des mesures prophylactiques pertinentes.

L'arrêté lui-même<sup>21</sup> se contente d'ailleurs de constater que « l'inoculation jennérienne<sup>22</sup> des enfants du premier âge est trop souvent négligée », la démonstration de son utilité n'étant plus à faire depuis longtemps.

À leur tour, les Nations Unies ont ensuite décidé d'organiser une campagne d'éradication mondiale. L'éradication de la maladie ayant été proclamée en 1980, l'obligation vaccinale est désormais suspendue<sup>23</sup>. Il faut toutefois noter que dès 1967, l'OMS a fait le constat que 50 pays n'avaient toujours pas réussi à éradiquer la variole suite à l'impossibilité d'atteindre une couverture vaccinale suffisante de 80%, et a dès lors changé de stratégie, passant de la vaccination de masse à une vaccination ciblée dans les seuls foyers épidémiques<sup>24</sup>.

Cette éradication était possible car la variole était un virus dont le génome est stable, non sujet à des mutations et dont l'hôte obligatoire est exclusivement humain. Par ailleurs, contracter le virus signifie pratiquement toujours en être effectivement malade (pas de porteurs asymptomatiques) et dans un très grand nombre de cas, en mourir. Avant son éradication en 1980, le taux de létalité de la variole pouvait atteindre 20% de la population infectée<sup>25</sup> (pour rappel, ce taux est, pour le Covid-19, de l'ordre de 0,2%<sup>26</sup>).

Pour toutes ces raisons, déjà, toute analogie entre les vaccinations anti-variole et anti-Covid-19 est inadéquate, tant eu égard aux caractéristiques du virus et de la maladie qu'en considération du manque de recul sur l'efficacité et les conséquences éventuelles à long terme des vaccins actuellement utilisés.

2. C'est aussi dans le contexte de la vaccination obligatoire antivariolique que la Cour de cassation a eu l'occasion de se prononcer en 1963 sur la légitimité du procédé même de l'obligation vaccinale<sup>27</sup>.

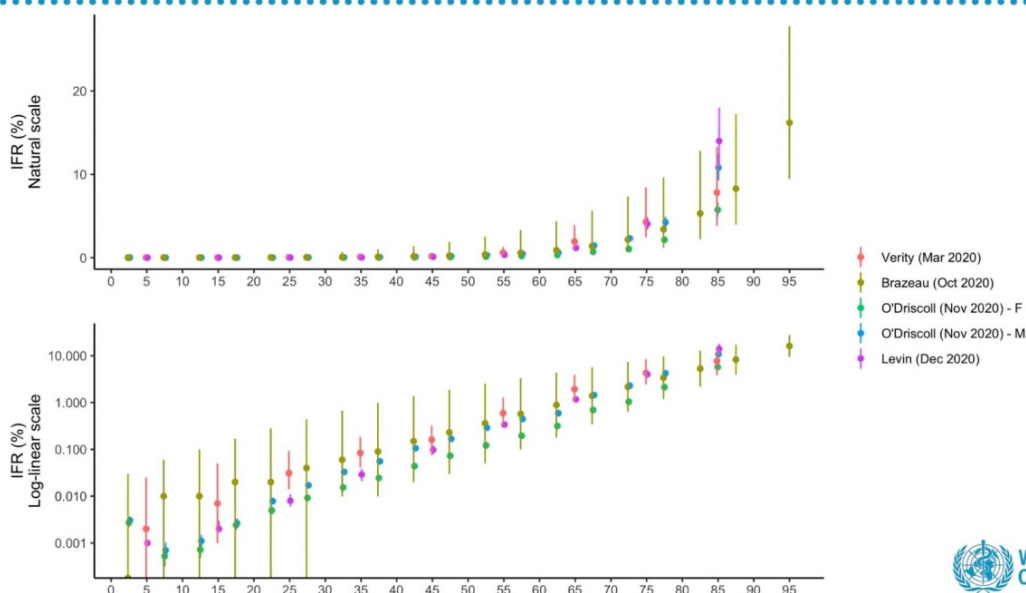
Suite aux effets secondaires graves subis par une enfant vaccinée, la Cour d'appel de Liège avait considéré que « l'État avait commis une imprudence en exposant « sciemment » ses ressortissants à un risque potentiel « grave » de dommage et ce, alors que ce risque avait été dénoncé dans l'opinion publique et certains milieux médicaux et qu'il s'agissait, en l'espèce, d'une obligation de vaccination destinée à se prémunir contre une maladie – la variole – qui avait pratiquement disparu en Belgique ». Interrogée sur recours quant à la possibilité pour les juges de s'immiscer dans l'appréciation de la nécessité de mesures de santé publique, la Cour de cassation a censuré l'arrêt de la cour d'appel de Liège pour cette immixtion, dont elle a jugé qu'elle ne se basait pas sur des éléments suffisamment probants pour conclure à la commission d'une faute par les pouvoirs publics. La Cour de cassation reproche très concrètement, en réalité, à la cour d'appel de Liège de n'avoir pas vérifié l'exactitude des objections scientifiques émises contre la vaccination obligatoire, ni l'influence de la vaccination sur la quasi-disparition de la maladie à l'époque.

Toutefois, la Cour de cassation rappelle expressément dans cet arrêt que :

- Même si elles disposent d'un pouvoir d'appréciation en matière de politique sanitaire, les autorités publiques sont tenues à une obligation de prudence, dont la violation peut entraîner leur responsabilité ;
- Néanmoins, la seule circonstance que la mesure ordonnée puisse, dans

quelques cas qui ne sauraient, en l'état actuel de la science médicale, être décelés avant la vaccination, entraîner des conséquences gravement dommageables n'oblige pas nécessairement le Roi à s'abstenir d'imposer cette mesure, si l'intérêt général demande qu'elle soit prescrite.

## AGE-SPECIFIC INFECTION FATALITY RATE

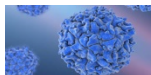


Le graphique ci-dessus indique le taux de létalité du SARS-Cov-2 (IFR) estimé par diverses études (points de couleur) et leur intervalle de confiance (lignes verticales) par âge. On constate des taux de létalité très faibles en-dessous de 50 ans, mais qui augmentent de façon exponentielle avec l'âge.

Comme nous l'avons déjà exposé dans notre précédente note du 26 juin 2021, et comme cela sera encore rappelé et étayé ci-après, une telle nécessité n'est, en ce qui concerne le SARS-CoV-2, aucunement démontrée.

Ce « précédent » judiciaire vient donc, en réalité et contrairement à certaines déclarations politiques et/ou publiques, appuyer tant le souci de rigueur scientifique de notre propos que les conclusions de celui-ci (voir infra).

### B. Poliomyélite : une maladie qui n'est pas encore éradiquée et qui n'est en rien comparable au Covid-19



Virus de la poliomyélite

À la veille de la rentrée, le président du Parti Socialiste Paul Magnette s'est prononcé en faveur de la vaccination obligatoire généralisée contre le Sars-CoV-2<sup>28</sup>, au motif que « Quand l'OMS a décidé d'éradiquer la polio, on l'a fait à travers un vaccin obligatoire, et heureusement car la maladie a été éradiquée ».

En Belgique, la vaccination obligatoire contre la poliomyélite est établie par un arrêté royal du 26 octobre 1966<sup>29</sup>.

Contrairement à ce que Monsieur Magnette a suggéré, cette obligation vaccinale est, à l'inverse de la vaccination antivariolique, toujours en vigueur, précisément parce que la polio n'a, elle, pas encore été éradiquée.

Elle est, en revanche, contrôlée actuellement et d'occurrence très rare dans certains pays suivant le programme d'éradication lancé par l'OMS<sup>30</sup>.

Comme pour la variole, cependant – et contrairement au Covid-19 –, cette éradication est possible, car le poliovirus est un virus qui infecte exclusivement les humains et que le vaccin a, à nouveau, fait preuve de son efficacité depuis des décennies<sup>31</sup>.

Notons toutefois que le vaccin contre la poliomyélite distribué en injection n'est pas immunisant, et que chez un sujet vacciné, le virus peut continuer à causer des troubles digestifs sans toutefois passer de la barrière intestinale vers le système nerveux, ce passage provoquant les paralysies tant redoutées. Il empêche donc les formes graves mais pas la transmission. Le vaccin distribué oralement est immunisant, mais a été abandonné car il causait des résistances vaccinales<sup>32</sup>.

De telles constatations ne sont en rien transposables au Covid-19, qui est en outre une zoonose aux réservoirs animaux quasi illimités<sup>33</sup>.

Il ne peut donc être tiré à nouveau aucun argument scientifique ou juridique valable d'une comparaison avec la vaccination anti-poliomyélique.

### C. Obligations vaccinales « sectorielles »

On ne reviendra pas ici sur les vaccinations fortement recommandées en Belgique contre une série de maladies infantiles, dont il a déjà été question

dans notre note du 26 juin dernier<sup>34</sup>. Dans toutes ces hypothèses, en effet, la recommandation – et la gratuité du vaccin – vise la protection de l'enfant lui-même, première cible et victime de telles maladies.

C'est sur le même fondement que reposent les obligations vaccinales existant



en Belgique à l'égard de certaines professions.

Ainsi, en effet, les vaccinations antitétanique, antituberculeuse et anti-hépatite B ne sont imposées qu'au profit de certains (futurs) professionnels de la santé et/ou travailleurs dans d'autres secteurs d'activités exposés à ces infections, à l'origine en vertu des articles 56 à 60 (vaccinations antitétanique), 61 et 62 (vaccination antituberculeuse) et 63 à 66 (vaccination anti-hépatite B) de l'arrêté royal du 4 août 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail<sup>35</sup>. Voy. aussi l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la



surveillance de la santé des travailleurs,<sup>36</sup> et, aujourd'hui, en vertu du livre VII « Agents biologiques » du code du bien-être au travail<sup>37</sup>.

Comme le titre de ces arrêtés permet déjà de le comprendre, il s'agit donc bien ici, comme pour la vaccination des enfants contre les maladies infantiles, de protéger les travailleurs exposés, et non de protéger ceux avec qui ils enteraient en contact.

L'article VII.1-51 du Code pour le bien-être au travail traduit bien cette philosophie quand il énonce que « Si l'analyse des risques révèle que des travailleurs sont exposés ou susceptibles d'être exposés à des agents biologiques pour lesquels un vaccin efficace est disponible, l'employeur doit donner la possibilité à ces travailleurs de se faire vacciner lorsque ceux-ci ne sont pas encore immunisés ». Il s'agit donc de responsabiliser l'employeur dans la protection de ses travailleurs, ni plus, ni moins.

De même, le chapitre sur l'hépatite B précise (art. VII.1-74) que « lorsqu'un travailleur entre accidentellement en contact avec du sang considéré comme contaminé par le virus de l'hépatite B, le conseiller en prévention-médecin du travail contrôle le plus rapidement possible son immunité contre l'hépatite B. En cas d'immunité insuffisante, ce travailleur est soumis à un rappel de la vaccination ».

Les obligations vaccinales belges en la matière reposent d'ailleurs notamment sur la Directive 2000/54/CE de l'Union Européenne, dont l'Annexe VII comporte un « code de conduite recommandé pour la vaccination » qui rappelle que « Les travailleurs devraient être informés des avantages et des inconvénients tant de la vaccination que de l'absence de vaccination »<sup>38</sup>.

Il n'est, dans ce contexte, nullement question de l'avantage de la vaccination pour des tiers.

Les discours actuels suggérant que le personnel soignant « doit savoir » que sa profession « l'expose à se soumettre » à des vaccinations obligatoires pour le bien d'autrui ne peuvent donc se fonder sur ces obligations vaccinales, qui n'ont absolument pas été conçues dans cet objectif.

### IV. Arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme du 8 avril 2021 – Vavřička

Avant d'enfin faire le point sur la vaccination anti-Covid des enfants et adolescents, il convient encore de se pencher sur les extrapolations que certains tentent de faire de l'arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme du 8 avril 2021, souvent présenté comme une « validation » de l'obligation vaccinale comme étant nécessaire dans une société démocratique quelle que soit la maladie en cause<sup>39</sup>.

Cette affaire concerne, selon les propres termes de la Cour, l'obligation faite en République Tchèque de soumettre les enfants à « un ensemble de vaccinations de routine » (point 11 de l'arrêt) et, plus spécifiquement, la vaccination anti-polio, tétanos et hépatite B (point 23), contre la tuberculose (point 56) ou encore la vaccination ROR (points 33 et 56), toutes concernant des maladies infectieuses dont nous avons déjà parlé et pour lesquelles la vaccination est éprouvée de longue date.

Il ressort de l'arrêt que les arguments des citoyens opposés à la vaccination de leurs enfants mêlaient des considérations religieuses et convictionnelles (par

ailleurs peu précisées par les intéressés, ce qui amènera la Cour à ne pas y avoir égard) à des considérations « médicales », portant essentiellement, comme devant la Cour de cassation belge en 1963, sur la constatation de la quasi-disparition de la polio, ainsi que sur l'affirmation que l'hépatite B ne touchait que des catégories à haut risque et que le tétanos n'était pas transmissible entre les humains, de sorte qu'aucun risque pour la santé publique ne serait en jeu (point 24). D'autres citoyens impliqués dans cette affaire avaient vraisemblablement fait falsifier le certificat de vaccination de leurs enfants (points 33 et 42) et se retranchaient vaguement derrière l'absence de limite d'âge claire pour l'accomplissement de la vaccination obligatoire, une suspicion de risque pour la santé présentée par le vaccin, sans autre précision (point 34) et derrière la violation de la vie privée du patient en vérifiant sa situation vaccinale suite à la découverte de la falsification (point 45). D'autres enfin, biologistes, revendiquaient encore le droit d'établir eux-mêmes un plan de vaccination individualisé pour leurs enfants concernant ces maladies infantiles (points 60 et s.).

Après avoir examiné la législation et la pratique internes à la République Tchèque, réalisé une analyse de jurisprudence comparée avec d'autres pays européens et un relevé minutieux des textes internationaux applicables en la matière, la Cour prend également note des avis spécialisés invoqués par le Gouvernement tchèque pour justifier de la nécessité et de l'efficacité de la vaccination obligatoire contre ces maladies infantiles, ainsi que les bienfaits au niveau de l'immunité de groupe – le groupe étant ici identifié comme la communauté *des enfants*, comme on le verra ci-après – d'une couverture vaccinale maximale. On relèvera à cet égard que, sous réserve du tétanos, la vaccination contre les maladies précitées réalise effectivement un obstacle à la transmission entre individus, contrairement à ce qui est actuellement établi concernant le Covid-19. En effet, l'efficacité initiale des vaccins anticovid actuellement disponibles est bien moindre dans la vie réelle que ce que laissaient espérer les essais cliniques ; ils ne protègent pas entièrement contre l'infection ni contre la transmission du virus, et leur efficacité se réduit au cours du temps et avec l'apparition de nouveaux variants.<sup>40</sup>

Avant de se prononcer, la Cour rappelle une nouvelle fois « *que la présente espèce porte sur la vaccination usuelle et de routine des enfants contre des maladies qui sont bien connues de la médecine* » (point 158). **Seule**, l'intervention volontaire du gouvernement français (points 210 et s.) tente de faire une analogie dans cette affaire, au niveau de la politique de vaccination, avec la crise du Covid-19, tentative à laquelle la Cour ne répond même pas.

Après avoir rappelé qu'elle estime que « *la vaccination obligatoire, en tant qu'intervention médicale non volontaire, constitue une ingérence dans l'exercice du droit au respect de la vie privée* » (point 263), la Cour constate qu'en l'occurrence, l'obligation vaccinale établie en République Tchèque :

1° est prévue par la loi – condition sine qua non pour toute atteinte à un droit fondamental (point 266) –,

2° poursuit un *but légitime*, dès lors qu'elle vise la *protection contre des maladies susceptibles de faire peser un risque grave sur la santé*, tant pour les personnes vaccinées que pour les personnes ne pouvant pas se faire vacciner et se trouvant de ce fait dans une situation de vulnérabilité (point 272),

3° et peut être considérée comme « *nécessaire dans une société démocratique* », autrement dit comme répondant à un « *besoin social impérieux* » et *proportionnée au but poursuivi* (point 273), dès lors qu'il existe **en l'espèce** « *un consensus général, fermement soutenu par les organismes internationaux spécialisés, revenant à considérer que la vaccination est l'une des interventions médicales qui présentent le plus d'efficacité et le rapport coût-efficacité le plus favorable et que chaque État doit s'employer à atteindre le taux de vaccination le plus élevé possible parmi sa population* » (points 277 et 135) et que la vaccination obligatoire repose sur des motifs pertinents et suffisants, « *notamment au regard de l'efficacité et de l'innocuité de la vaccination infantile* » (point 285).

Concernant la question de **l'intérêt supérieur des enfants**, la Cour rappelle que celui-ci « *doit primer dans toutes les décisions qui les concernent* » (point 287) et qu'en matière de vaccination, « *l'objectif doit être de veiller à ce que tout enfant soit protégé contre les maladies graves* » (point 288).

C'est dans cette mesure, et dans cette mesure seulement, que la Cour valide le concept d'immunité de groupe, dans les termes suivants (point 288) :

« *Dans la grande majorité des cas, cet objectif est atteint par l'administration aux enfants, dès leur plus jeune âge, de tous les vaccins prévus dans le programme vaccinal. Ceux qui ne peuvent pas recevoir ce traitement sont protégés indirectement contre les maladies contagieuses tant que, au sein de leur communauté, la couverture vaccinale est maintenue au niveau requis ; autrement dit, leur protection réside dans l'immunité de groupe. Ainsi, lorsqu'il apparaît qu'une politique de vaccination volontaire est insuffisante pour l'obtention et la préservation de l'immunité de groupe, ou que l'immunité de groupe n'est pas pertinente compte tenu de la nature de la maladie (s'il s'agit par exemple du tétanos), les autorités nationales peuvent raisonnablement mettre en place une politique de vaccination obligatoire afin d'atteindre un niveau approprié de protection contre les maladies graves.* »<sup>41</sup>

La Cour indique enfin que l'obligation vaccinale lui paraît **proportionnée**, sur la base des considérations suivantes (points 291 et s.) :

- L'obligation vaccinale concerne au total neuf maladies contre lesquelles la vaccination est estimée sûre et efficace par la communauté scientifique ;
- Le modèle tchèque a certes adopté l'obligation vaccinale, mais il ne s'agit pas d'une obligation absolue. Une dispense est accordée notamment aux enfants qui présentent une contre-indication permanente à la vaccination ;
- Une dispense peut aussi être accordée sur le fondement de la jurisprudence de la Cour constitutionnelle (tchèque), qui reconnaît un droit à l'« objection de conscience séculière » (point 292) ;
- Si dans l'État défendeur la vaccination est une obligation légale, il n'est toutefois pas possible d'en imposer directement l'observation, aucune disposition ne permettant d'administrer un vaccin par la force ;
- L'application de sanctions est employée comme méthode indirecte pour faire respecter cette obligation et la sanction peut être tenue pour relativement modérée puisqu'elle consiste en une amende administrative qui ne peut être infligée qu'une seule fois ;
- L'ingérence consistant à refuser l'accès à l'école maternelle des enfants non vaccinés s'inscrit dans l'objectif de préserver **la santé des jeunes enfants** (point 294) ;
- En matière d'innocuité des vaccins, le régime national laisse une certaine latitude dans le choix du vaccin, bien que seuls les vaccins usuels soient gratuits, le coût des autres produits étant à la charge des parents. Une certaine latitude est également ménagée en ce qui concerne le calendrier vaccinal, tant que l'enfant a reçu tous les vaccins à l'âge défini (point 299) ;
- En termes d'innocuité encore (point 301), le Gouvernement a indiqué que, sur environ 100 000 enfants vaccinés chaque année en République tchèque (soit 300 000 vaccinations), on dénombre cinq ou six cas de dommages graves et potentiellement permanents pour la santé, ce qui requiert un contrôle sérieux qui est effectivement assuré par le régime national, puisque les professionnels de santé ne réalisent une vaccination qu'en l'absence de contre-indication, ce point étant vérifié en amont dans le cadre d'un protocole de routine. Les vaccins doivent être homologués par l'Agence nationale (tchèque) de contrôle des médicaments et tous les professionnels de santé concernés sont tenus à une obligation spécifique de signaler tout effet secondaire grave ou non prévisible suspecté.

À noter qu'au passage, la Cour a donc également relevé par deux fois que si l'obligation vaccinale peut être considérée comme étant liée à la jouissance effective par l'individu de ses droits d'ordre intime, dans la présente affaire, cette considération se trouvait atténuée par « *le fait qu'aucune vaccination n'a été ni n'aurait pu être administrée contre la volonté des requérants, car le droit interne pertinent ne permet pas de faire respecter par la force l'obligation en cause* » (point 276). Cette observation appelle dès lors à la plus grande vigilance quant aux modalités éventuelles d'installation effective de *vaccibus* dans les écoles ou d'intégration de la vaccination au programme de la visite médicale, comme certains parents le redoutent, ou encore aux pressions exercées en faveur de la vaccination par la menace d'exclusion de certaines activités scolaires ou parascolaires.<sup>42</sup>

Enfin, concernant une éventuelle sanction d'exclusion du milieu scolaire de l'enfant non vacciné, la Cour admet que l'exclusion des requérants de l'école maternelle a impliqué pour ces jeunes enfants **la perte d'une occasion cruciale de développer leur personnalité et de débiter l'acquisition d'importantes aptitudes relationnelles et facultés d'apprentissage dans un environnement formateur et pédagogique**, mais elle constate qu'en l'espèce, cette perte résulte du choix des parents, en dehors des exemptions prévues, de refuser de se conformer à une obligation légale visant à protéger la santé, « **en particulier celle des enfants de cette tranche d'âge** » et alors qu'il résulte d'abondants éléments scientifiques que la petite enfance est la **période optimale** pour la vaccination (point 306). La Cour a aussi souligné que la perte de chance éducative n'était pas excessive **dès lors que le statut vaccinal des enfants n'avait pas d'incidence, une fois atteint l'âge de la scolarité obligatoire, sur l'admission à l'école élémentaire** (point 307). Autrement dit, le respect de l'obligation vaccinale est sans impact sur l'accès des enfants au cycle d'enseignement primaire, et ne peut entraîner une exclusion que pour la durée du cycle d'enseignement maternel.

On est donc très loin de la validation abstraite de toute et n'importe quelle obligation vaccinale, au nom d'un objectif d'immunité collective – à l'échelle de la population entière, et non de la communauté des personnes à risque – qui ne peut, en ce qui concerne le Covid-19, être scientifiquement étayé.

Sur la base de ces enseignements très précieux et modérés de la jurisprudence de la Cour, il est donc temps d'aborder **l'absence de démonstration**, en ce qui concerne la vaccination contre le Sars-CoV-2, de la **nécessité** et de la **proportionnalité** de la vaccination des enfants et adolescents.

## V. Le point sur la vaccination des enfants et adolescents contre le Covid-19 <sup>43</sup>

### 1. Les enfants et les jeunes présentent un tableau généralement bénin ou asymptomatique <sup>44</sup> lorsqu'ils sont infectés par le SARS-CoV-2.

Même au plus fort des pics épidémiques, le volume d'hospitalisations de personnes âgées de moins de 18 ans testées positives au Covid-19 demeure particulièrement réduit <sup>45</sup>.

Seule une pré-condition particulièrement négative peut le cas échéant induire une réaction immunitaire moins favorable à l'infection <sup>46</sup>.

À cet égard, il a été observé qu'un manque de vitamine D – *notamment induit par les confinements et quarantaines prolongés ou à répétition* <sup>47</sup> – pouvait être lié à des symptômes plus sévères <sup>48</sup>. Les mêmes mesures sont également à l'origine d'un surpoids certain chez beaucoup de jeunes, avec tout l'impact néfaste de celui-ci sur leur santé et en termes de facteur de risque pour le COVID-19 notamment. <sup>49</sup>

Même dans une telle situation, toutefois, le risque de décès lié au COVID-19 est quasi nul pour les enfants <sup>50</sup> ; et la létalité potentiellement dix fois moindre du variant delta ne peut que conforter encore cette constatation <sup>51</sup>.

Ainsi, en ce qui concerne les enfants et les jeunes, le taux de létalité du SARS-CoV-2 se mesure à 0,002% à l'âge de 10 ans et 0,01% à l'âge de 25 ans <sup>52</sup>.

Aucune tendance déterminante ne permet par ailleurs de considérer que le variant delta – contre lequel les vaccins actuellement disponibles paraissent, au demeurant, bien moins performants – serait plus dangereux pour les enfants <sup>53</sup>.

En toute hypothèse, il s'avère qu'une détection précoce des infections silencieuses chez les enfants est aussi efficace – et moins risquée, au vu de ce qui suit – que la vaccination <sup>54</sup> pour la préservation de leur état de santé.

### 2. Le taux d'effets indésirables et de décès signalés après l'administration du vaccin COVID-19 est anormalement élevé par rapport aux autres vaccins <sup>55</sup> en particulier chez les jeunes.

En Belgique <sup>56</sup>, 6 à 7% des effets indésirables rapportés, tous âges confondus, concernent des impacts médicaux significatifs, hospitalisations, mises en cause du pronostic vital, voire décès. Ceci implique donc une occurrence d'hospitalisation due au vaccin d'environ 19 pour 100.000 personnes vaccinées, chiffre supérieur à l'occurrence d'hospitalisation en cas d'infection chez les moins de cinquante ans. Des chiffres comparables peuvent être observés en France également <sup>57</sup>.

Certains effets indésirables <sup>58</sup> sont plus fréquents chez les jeunes, notamment les thromboses <sup>59</sup>, crises cardiaques, ou encore les myocardites <sup>60</sup>, bien qu'ils aient été longuement sous-rapportés ou minimisés par certaines instances officielles <sup>61</sup>.

En juillet dernier <sup>62</sup>, nous alertions déjà sur le constat que « *les bases probantes commencent à émerger supportant l'hypothèse que pour les jeunes, les risques d'effets secondaires significatifs <sup>63</sup> ou de décéder des suites du vaccin sont supérieurs à ceux du Covid-19* <sup>64</sup>.

Le risque de myocardite suite à l'injection du vaccin anti-covid, en particulier, demeure, dans les reportings les plus récents, largement supérieur – de 3 à 40 fois – à ce qui était “prévisible” pour les tranches d'âge inférieures, jusqu'à 29 ans chez les femmes et 49 ans chez les hommes <sup>65</sup>.

Les myocardites sont des atteintes inflammatoires du muscle cardiaque dont la sévérité et le pronostic sont très variables, allant d'atteintes bénignes se limitant à des douleurs thoraciques rapidement résolutive jusqu'à des complications sévères de type décompensation cardiaque parfois irréversibles, et arythmies cardiaques pouvant engager le pronostic vital des patients <sup>66</sup>.

Selon les études et constatations cliniques, le risque de myocardite est également présent en cas d'infection au Covid-19, celui-ci semblant induit par la protéine S (“spike”) <sup>67</sup>. Si l'on peut considérer que cet élément doit être mis en balance avec le risque induit par la vaccination, il ne nous semble pas justifié d'exposer délibérément à ce risque, par la vaccination – dont des indications récentes montrent qu'elle est susceptible de permettre la circulation de la protéine spike dans le sang <sup>68</sup> – des sujets sains et sans comorbidités qui pourraient ne jamais y être exposés naturellement (par le développement de la maladie même), eu égard en particulier à l'immunité innée très favorable chez les jeunes (voir ci-après). C'est également la conclusion des études s'étant penchées sur la prévalence bien plus importante de tels effets secondaires chez les jeunes sans comorbidités, par comparaison au risque d'hospitalisation de ceux-ci due au Covid lui-même <sup>69</sup>.

### 3. On manque toujours (par définition) de données sur la sécurité à moyen et long terme des vaccins COVID-19. <sup>70</sup>

Les vaccins actuellement autorisés ont été commercialisés, dans l'urgence, avant d'avoir pu venir au terme du cycle normal d'épreuves et essais préalables à une utilisation inconditionnelle. <sup>71</sup> Ce processus d'autorisation d'urgence est, en principe, utilisé pour répondre à un besoin thérapeutique

lui-même urgent auprès d'une population effectivement exposée aux conséquences graves de la maladie, à savoir les groupes à risque. Dans un tel contexte, les données disponibles en termes d'effets de la vaccination sont nécessairement limitées, notamment dans le temps.

Suivant les constatations établies par certains auteurs, la densité de récepteurs ACE-2 (récepteurs cellulaires auxquels la protéine “Spike”, ou S, du virus s'arrime) est la plus élevée dans les micro-vaisseaux du cerveau et de la graisse sous-cutanée, et à un degré moindre dans le foie, les reins et le cœur <sup>72</sup>. Ces mêmes auteurs ont également démontré que le SARS-CoV-2 se réplique presque exclusivement dans les cellules endothéliales des capillaires des poumons et du nasopharynx, et que la destruction immunitaire du virus par les anticorps assistés par le “complément” ainsi que des cellules infectées par les lymphocytes T « tueurs » libèrent des protéines virales qui voyagent dans la circulation sanguine et se lient aux récepteurs ACE2 dans ces autres parties du corps. Ceci entraîne l'activation de mécanismes moléculaires qui non seulement endommagent l'endothélium micro-vasculaire et sont générateurs de microthromboses, voire de thromboses, comme le virus entier <sup>73</sup> mais induisent également la production de nombreuses cytokines pro-inflammatoires (orage cytokinique).

D'autres chercheurs <sup>74</sup> montrent que la protéine S, qui peut atteindre les cellules endothéliales du cerveau suite à une infection au SARS-CoV-2, est associée à la formation de micro-thromboses (caillots). Eux non plus ne trouvent pas d'ARN viral dans l'endothélium cérébral. En d'autres termes, les protéines virales semblent causer des dommages aux tissus par elles-mêmes et en l'absence d'une répllication active du virus.

On ne peut donc éliminer l'hypothèse de conséquences similaires lors de la circulation libre de la protéine S produite suite à l'injection de vaccins à ADN ou à ARN messenger, seuls actuellement disponibles en Belgique <sup>75</sup>. Ces informations précieuses doivent être gardées en mémoire lors du suivi à moyen et long terme des effets non-désirés des vaccins « génétiques » c'est-à-dire à ADN et à ARN qui commandent à nos cellules de fabriquer la protéine S, sans possibilité de contrôle après l'injection, ni de leur nombre ni de leur biodistribution dans le corps humain <sup>76</sup>.

La protéine S virale, qui est la cible des différents vaccins contre le SARS-CoV-2, est l'un des principaux agents responsables des dommages causés aux organes distants, notamment le cerveau, le cœur, les poumons et les reins, même en l'absence du virus <sup>77</sup>.

Les enfants et les jeunes ont une espérance de vie restante de 55 à 80 ans. La méconnaissance des potentiels effets nocifs à long terme de la vaccination est donc bien plus inquiétante pour les jeunes que pour les personnes âgées. Les exemples récents de la vaccination contre la dengue (dont les effets graves, ayant finalement suscité son retrait du marché, ne sont apparus que trois ans après les premières vaccinations <sup>78</sup>) ou, tout simplement, de l'émergence progressive d'un reporting plus alarmant d'effets secondaires pour les jeunes dans le cadre de la vaccination anti-Covid suffisent à disqualifier les discours prétendant que tous les effets secondaires d'un vaccin sont habituellement décelés dans les deux mois qui suivent sa mise sur le marché. Ceci d'autant plus que les preuves s'accroissent pour montrer la diminution rapide de l'immunité acquise par vaccination et que dès lors, le besoin de rappels réguliers se fera sentir, ces rappels risquant d'être associés à une augmentation plus que proportionnelle des effets secondaires.

### 4. Les politiques de vaccination doivent reposer sur le fait que les bénéfices attendus l'emportent clairement sur le risque d'effets indésirables de la vaccination. <sup>79</sup>

L'analyse risque-bénéfice des vaccins COVID-19 <sup>80</sup> fait apparaître un risque potentiel élevé par rapport à un bénéfice très faible pour les enfants et les jeunes <sup>81</sup>.

Lorsqu'il existe un risque potentiel lié à une innovation et que l'on sait peu de choses à son sujet, le principe de précaution veut que l'on commence par ne pas nuire.

Mieux vaut prévenir que guérir, comme le rappelle la récente position du Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) anglais du lundi 19 juillet 2021 <sup>82</sup>, qui ne recommande la vaccination des jeunes qu'à supposer que leur propre condition médicale rende cette vaccination nécessaire.

Dans sa dernière révision <sup>83</sup>, l'avis du même Comité rappelle qu'il demeure fondé principalement sur le bénéfice pour les enfants et les jeunes eux-mêmes, mis en balance avec les inconvénients potentiels de la vaccination pour les enfants et les jeunes. Sur cette base, il conclut que pour les personnes âgées de moins de 18 ans qui ne présentent pas de problèmes de santé sous-jacents les exposant à un risque plus élevé de COVID-19 grave, la précision de l'équilibre entre les avantages et les inconvénients de la vaccination demeure incertaine.

Sa recommandation principale – et sous réserve du point de vue, que nous ne partageons pas (voyez également infra à ce propos), que la vaccination des jeunes vivant avec des personnes immunodéficientes pourrait atténuer le stress et l'anxiété des enfants et des jeunes se trouvant dans cette situation, par l'hypothèse d'une protection indirecte des personnes en question – est de cibler la vaccination des jeunes âgés de 12 à 15 ans présentant des conditions de santé sous-jacentes spécifiques qui les exposent à un risque de COVID-19 sévère, à savoir essentiellement les enfants souffrant de handicaps

neurologiques graves, du syndrome de Down, d'affections sous-jacentes entraînant une immunosuppression. La vaccination massive et systématique n'est donc pas recommandée.

C'est également ce que prônait initialement la Société Française de Pédiatrie <sup>84</sup>, avant d'aménager sa position cet été <sup>85</sup> tout en relevant, tout récemment, que les "chiffres" du Covid pour les enfants et adolescents demeuraient très rassurants <sup>86</sup>.

L'Allemagne <sup>87</sup>, la Suède <sup>88</sup>, la Norvège <sup>89</sup> ne recommandent pas non plus la vaccination des jeunes ne présentant pas de facteurs de risque par rapport au Covid-19. De son côté, l'OMS demeure également réservée à ce sujet <sup>90</sup>.

Les dernières études montrant une libre circulation de la protéine S dans l'organisme, susceptible de se produire également à la suite d'une vaccination par procédé ADN ou ARNm, viennent quant à elles renforcer la nécessité d'une application stricte du principe de précaution face à une vaccination de masse de parties de la population n'en présentant pas un réel besoin.

La position à ce sujet pourrait éventuellement évoluer lors de la commercialisation des vaccins encore à l'étude, utilisant des technologies de vaccination plus "classiques" et éprouvées, par l'utilisation de virus inactivés (Valneva) ou de protéines recombinantes (Novavax ; Sanofi). Le bénéfice individuel pour les jeunes demeurera, *a priori*, faible, mais le risque pourrait, lui, être significativement réduit par comparaison aux produits actuellement proposés. Le résultat des essais en cours concernant ces nouveaux vaccins devra bien évidemment être analysé très attentivement dans cette perspective.

## 5. La transmission du SARS-CoV-2 des enfants aux adultes est minime <sup>91</sup>, notamment eu égard au caractère le plus souvent asymptomatique de l'infection chez les enfants <sup>92</sup>.

Les adultes en contact avec des enfants n'ont pas une mortalité plus élevée due au COVID-19. <sup>93</sup>

Certaines analyses vont même jusqu'à conclure que le fait de vivre avec de jeunes enfants serait associé à un risque atténué de développer le COVID-19, ou une forme de COVID-19 nécessitant une hospitalisation, chez les adultes vivant dans des ménages de travailleurs de la santé. Il n'y aurait aucune preuve que le fait de vivre avec de jeunes enfants augmentait le risque de COVID-19 chez les adultes, y compris pendant la période suivant la réouverture des écoles <sup>94</sup>. On peut également lire qu'en comparaison à d'autres catégories de travailleurs d'âge et de situation comparables, les enseignants et les membres de leur foyer ne présentent pas un risque accru d'admission à l'hôpital pour cause de covid-19 et présentent un risque moindre de covid-19 grave. <sup>95</sup>

Enfin et surtout, il est désormais communément admis que la vaccination disponible actuellement (septembre 2021) n'empêche pas le virus de circuler <sup>96</sup>, voire même que cette circulation ne serait pas nécessairement atténuée par la vaccination, la charge virale des personnes vaccinées et non-vaccinées étant, en cas d'infection par le variant delta en particulier, équivalente <sup>97</sup>. Le "bénéfice" incertain d'une réduction de la transmission – déjà faible – par les enfants grâce au vaccin ne peut donc, à nouveau, justifier la vaccination systématique de ceux-ci, ni l'exclusion du milieu scolaire des enfants non vaccinés, sous quelque forme que ce soit (quarantaine, fermeture d'établissement, accès conditionnel) <sup>98</sup>.

## 6. Il est contraire à l'éthique de mettre en danger des enfants et des jeunes pour protéger des adultes. <sup>99</sup>

À ce sujet, le Comité Consultatif National d'Éthique en France a estimé dans un avis du 8 juin 2021 que la vaccination **des enfants de moins de 12 ans ne semblait pas éthiquement et scientifiquement acceptable**. Chez les adolescents, entre 12 et 16 ans, le bénéfice individuel en lien avec l'infection est très faible en l'absence de comorbidité et ne semble pas suffisant pour justifier, à lui seul, la vaccination. Selon le CCNE, il convient d'accepter cependant de vacciner les adolescents qui le demandent après avoir reçu une information sur les incertitudes liées à la maladie, au vaccin lui-même, ainsi que sur les alternatives de prévention de la maladie <sup>100</sup>. La communication résultant actuellement des "invitations" à la vaccination adressée aux jeunes de 16-17 ans et aux parents des 12-15 ans ne répond manifestement pas à ces exigences.

Par ailleurs, le concept de vaccination "altruiste" ne peut, en l'occurrence, être utilisé pour faire pression sur la vaccination des jeunes, dès lors que ceux-ci ne sont pas des vecteurs plus importants du virus que le reste de la population (voir *supra*), que ces derniers présentent des effets secondaires plus importants comparés aux autres catégories d'âge, que la vaccination, dans sa forme actuelle, ne supprime pas la transmission du virus (*idem*) et que la recommandation de vaccination des jeunes au contact de personnes immunodéprimées peut précisément avoir un effet contre-productif *directement préjudiciable* aux personnes qu'on prétend protéger. En effet, cette recommandation crée une illusion trompeuse de sécurité des interactions entre le jeune vacciné et la personne immunodéprimée, tout en n'encourageant pas le jeune en question à demeurer vigilant quant à sa propre exposition potentielle au virus. Les relâchements de comportement induits par une telle recommandation sont donc de nature à *augmenter* le risque de la personne immunodéprimée et non l'inverse.

## 7. Les vaccins COVID-19 sont disponibles pour les personnes à haut risque afin qu'elles puissent se protéger.

La vaccination peut prémunir, au moins pendant une certaine période, les personnes à risques des formes les plus graves de la maladie et des complications que ces formes peuvent induire <sup>101</sup>.

Eu égard à tout ce qui a été déjà énoncé, la vaccination des jeunes ne comporterait aucune "plus-value" à cet égard, dès lors que la réponse physiologique à l'attaque virale est personnelle et propre au "terrain" de chaque individu.

Par ailleurs, la vaccination des jeunes ne protégerait pas non plus les personnes ne pouvant pas se faire vacciner ou chez qui l'efficacité de la vaccination ne serait pas confirmée, pour toutes les raisons déjà évoquées plus haut.

Une politique de vaccination ciblée et une information et un suivi spécifiques des personnes immunodéficientes sont donc bien plus pertinents que la généralisation de la vaccination des plus jeunes.

## 8. L'immunité naturelle <sup>102</sup> contre l'infection par le SARS-CoV-2 est large et robuste et plus efficace que l'immunité vaccinale <sup>103</sup>, notamment pour combattre les variants.

Ceci d'autant plus qu'à l'heure actuelle, tous les vaccins utilisés en Belgique sont basés sur l'immunisation par rapport à une seule des protéines composant le virus, la protéine spike (S). Or, le SARS-CoV-2 est également caractérisé par 3 autres protéines de membrane (M), d'enveloppe (E) et de noyau (N). Ainsi, l'immunité produite par les vaccins actuels porte sur un seul antigène alors que l'immunité naturelle reconnaît plusieurs protéines (porte sur plusieurs antigènes). Dans le cas d'une mutation, il suffit d'une variation sur la seule protéine S pour que le vaccin soit moins efficace, alors que la probabilité d'avoir des mutations sur les 4 protéines S, M, E et N simultanément est extrêmement faible et rend donc l'immunité naturelle plus résistante face aux variants. Il faut toutefois noter qu'aucune de ces immunités ne peut empêcher la réinfection, mais celle-ci sera en principe de plus en plus bénigne avec le temps.

Concrètement en outre, l'infection naturelle produit des anticorps de type IgM puis IgG dans le sang et la lymphe, et de type IgA dans les sécrétions. Les IgA anti-SARS-CoV-2 sont produites dans les muqueuses respiratoires, à la porte d'entrée du virus. L'immunisation vaccinale par injection intramusculaire dans le bras conduit à la synthèse de la protéine S du virus qui va générer une réponse essentiellement composée d'IgM puis d'IgG et d'IgA sanguines <sup>104</sup> mais beaucoup moins, voire pas d'IgA dans les muqueuses respiratoires.

Les enfants et les jeunes sont également plus en sécurité grâce à l'immunité innée <sup>105</sup>. Cette immunité ne dépend pas d'une rencontre avec un agent infectieux déterminé (virus par exemple) mais, par certains mécanismes physiologiques, rend notre corps apte à donner une toute première réponse qui permet de ralentir l'infection d'emblée et donner le temps à l'immunité spécifique de construire une réponse primaire, humorale et cellulaire.

Les enfants présentent des taux d'infection réduits par le SARS-CoV-2 et un risque pratiquement nul de développer un Covid grave par rapport aux adultes (voir *supra*). Toutefois, les mécanismes moléculaires qui expliquent la protection dans les groupes d'âge plus jeunes sont inconnus. Il semble que cette différence pourrait être attribuée à la présence nettement plus élevée chez les enfants, dans leurs voies aériennes supérieures, leurs macrophages et leurs cellules dendritiques, de récepteurs membranaires produisant des réponses antivirales innées plus fortes lors de l'infection par le SARS-CoV-2 que chez les adultes <sup>106</sup>. Les mêmes chercheurs ont montré que les enfants disposent de cellules immunitaires distinctes mieux à même de détecter le virus, ce qui entraîne également une réponse antivirale innée précoce à l'infection par le SARS-CoV-2 plus forte que chez les adultes.

## 9. La vaccination des enfants et des jeunes n'est pas nécessaire pour l'immunité de groupe.

Après un an et demi de pandémie, la plupart des gens ont soit une immunité préexistante contre d'autres coronavirus <sup>107</sup>, soit se sont rétablis du COVID-19, soit ont été vaccinés <sup>108</sup>.

C'est évidemment particulièrement le cas en Belgique, où le taux de personnes adultes vaccinées atteint 83,7 % <sup>109</sup>.

En outre, comme déjà expliqué plus haut, le SARS-CoV-2 n'est pas susceptible d'éradication, et les immunités ne "s'additionnent pas" <sup>110</sup>.

Une immunité de groupe n'a de sens, comme l'a également retenu la Cour européenne des droits de l'homme (voir *supra*), qu'en considération de la partie de la population regroupant les personnes à risque de développer une forme grave de la maladie, en raison de leur âge ou de leurs comorbidités <sup>111</sup>.

## 10. Le risque de Covid long chez les jeunes ne suffit pas à inverser la balance bénéfico-risques.

Le phénomène du "Covid long" est encore mal défini (notamment en termes de symptômes) et sa véritable incidence demeure en cours d'évaluation <sup>112</sup>, mais la prévalence paraît très faible <sup>113</sup>.



