

# Contre le passeport vaccinal

Version du 16 mai 2021

Le titre des sections ajoutées depuis la dernière version est en « rouge foncé ». Les renvois aux nouvelles sections et aux sections à venir sont en vert, ainsi que les paragraphes de transition qui sont parfois ajoutés entre la dernière des sections déjà présentes et les nouvelles sections.

## Introduction

Dans ce texte, j'essaierai de mettre en évidence les supposés – qui sont souvent mêlés les uns aux autres de manière confuse – sans lesquels le passeport vaccinal est un dispositif inutile et arbitraire, et de montrer pourquoi ils sont douteux. Il est vrai que je ne suis pas microbiologiste, virologue, épidémiologiste ou médecin infectiologue. C'est pourquoi je n'entends pas décréter ce qui doit être considéré comme vrai ou comme faux. Je montrerai plutôt qu'il existe des avis divergents plausibles, qu'on tend à ignorer et qui sont incompatibles avec les soi-disant vérités établies scientifiquement et par conséquent indiscutables. Puis j'essaierai de bien raisonner – je veux dire par là tirer des conséquences de manière cohérente – à partir des positions divergentes, mais aussi à partir des positions dominantes, du moins au gouvernement et parmi les journalistes et les experts autorisés, qui eux aussi doivent bien raisonner à partir de ce qui passe, à tort ou raison, pour vrai. Il n'y a donc pas lieu de s'indigner que j'en fasse autant, d'autant plus que – pour ma part – je reconnais ouvertement que c'est ce que je fais : je ne cherche pas à faire croire que mes raisonnements sont des vérités établies scientifiquement et indubitables. Plusieurs ne peuvent pas en dire autant.

Comme on verra, j'essaierai d'envisager la situation dans sa complexité, en traitant successivement de plusieurs possibilités qui, bien que distinctes, entretiennent des rapports les unes avec les autres. Il se peut que cela rende ce texte plus difficile à lire et à comprendre, notamment à cause des renvois et aussi des sections qui s'ajouteront au cours des prochaines semaines. Car il ne s'agit pas ici d'une version définitive de ce texte.

## 1. Les vaccins contribueraient à réduire la contagiosité des personnes porteuses du virus

En étant vaccinés, nous serions moins susceptibles de transmettre le virus aux autres et de les rendre malades. Nous devrions nous faire vacciner non seulement pour nous protéger nous-mêmes contre le virus, mais aussi pour protéger les autres. C'est pour cette raison qu'on qualifie parfois les personnes qui n'ont pas l'intention de se faire vacciner d'égoïstes.

Pourtant on a commencé à parler du passeport vaccinal, au Québec, ailleurs au Canada et dans d'autres pays, à un moment où les fabricants des vaccins déclaraient qu'ils ne rendaient pas moins contagieux, ou du moins que la preuve n'en avait pas été faite. Ce n'est que plus tard que des affirmations contraires, qui s'appuieraient sur études, ont commencé à circuler dans les journaux. Que ces études soient rigoureuses ou non, il est douteux que nos dirigeants, les experts autorisés et les journalistes aient pu trouver que le passeport vaccinal est une idée intéressante parce qu'il permettrait d'endiguer la propagation du virus, alors que rien ne permettait de supposer que les vaccins rendent les personnes vaccinées beaucoup moins susceptibles de transmettre le virus aux autres. Cela ne fait pas sens. On peut alors douter que cette raison soit à l'origine de l'idée du passeport vaccinal. Ou si c'était le cas, elle ne s'appuyait pas alors sur des études probantes ; et il est possible qu'elle ne le fasse pas davantage maintenant.

En effet, même si le ministre de la Santé et des Services sociaux parle ouvertement en faveur de l'adoption d'un passeport vaccinal depuis plusieurs semaines, et assurent la population québécoise que des travaux sont faits pour rendre possible son implantation, on déclare (en date du 30 avril 2021) dans la [section du site de gouvernement consacrée à la vaccination](#), qu'on ne sait toujours pas si les vaccins réduisent la contagion et si l'on peut assouplir certaines mesures, comme la distanciation sociale et le port du masque : « *Les études sont en cours pour savoir si les personnes vaccinées ne transmettent plus l'infection et si les mesures de protection habituelles (distanciation physique, port du masque et lavage des mains) peuvent être assouplies.* »

L'Agence de santé publique du Canada abonde dans le même sens : bien qu'elle annonce un possible assouplissement estival des restrictions sanitaires si les cibles vaccinales sont atteintes, elle insiste sur le fait que la distanciation sociale et le port du masque seront maintenus.

De deux choses, l'une : ou bien les vaccins ne contribuent pas de manière importante à diminuer la contagiosité du virus chez les personnes vaccinées qui seraient malgré tout infectées, et donc on pourrait vouloir maintenir les mesures sanitaires visant à atténuer la propagation du virus même pour les personnes vaccinées, alors qu'il ne ferait pas sens d'interdire aux personnes non vaccinées l'accès à certains lieux ou la participation à certaines activités *sous prétexte de les empêcher de contaminer les autres* ; ou bien les vaccins contribuent de manière importante à diminuer la contagiosité du virus chez les personnes vaccinées, et donc

on pourrait vouloir assouplir certaines mesures sanitaires pour ces personnes, comme on pourrait vouloir interdire aux personnes non vaccinées l'accès à certains lieux ou la participation à certaines activités *pour les empêcher de contaminer les autres*.

Dans le premier cas, on pourrait néanmoins vouloir soumettre à certaines interdictions les personnes non vaccinées pour d'autres raisons, par exemple pour protéger leur santé ou pour éviter qu'elles tombent malades, qu'elles engorgent le système de santé et qu'elles deviennent un fardeau pour la société. *(Ces nouvelles raisons seront traitées dans la section 3. Ce n'est pas ce qui nous intéresse dans la présente section.)*

Dans le deuxième cas, il faudrait éclaircir quelques points avant d'envisager sérieusement l'entrée en vigueur d'un passeport vaccinal pour réserver l'accès à certains lieux et la participation à certaines activités aux seules personnes vaccinées. S'il s'agit bien d'empêcher que les personnes non vaccinées, qu'on considère comme des vecteurs de contamination en puissance, ne contaminent d'autres personnes, il faut se demander quelles pourraient être ces personnes.

S'il s'agit des personnes vaccinées, et plus particulièrement les personnes âgées vulnérables et vaccinées qui pourraient malgré tout tomber gravement malades, cette supposition revient à remettre en question la protection que les vaccins procureraient contre la COVID-19. *Mais c'est là une autre question, qui sera traitée plus tard dans la section 4 de ce texte.* Pour l'instant je signale seulement que cette supposition implique qu'on se retrouverait dans une situation fort étrange et invraisemblable à propos des fameux vaccins : ils ne serviraient pas tant à procurer une protection aux personnes vaccinées, qu'à procurer une protection aux autres personnes, en diminuant de manière considérable la contagiosité du virus chez les personnes vaccinées. (On nous a déjà servi un argument semblable l'année dernière, pour rendre obligatoire le port du masque dans les lieux publics fermés.) Alors le problème ne serait pas tant l'attitude morale des personnes qui ne se font pas vacciner, que le choix des vaccins pour sortir de la crise sanitaire, alors qu'ils ne protégeraient pas efficacement les personnes les plus à risque de tomber gravement malades et de décéder, malgré les affirmations et les promesses prétendant le contraire. Il serait donc important d'envisager d'autres manières de protéger les personnes les plus susceptibles d'avoir des complications et de mourir à cause du virus, au lieu de contraindre des millions de personnes peu vulnérables à se faire injecter des vaccins qui ne suffisent pas à protéger efficacement les personnes plus vulnérables

Si ce qu'on craint surtout, c'est plutôt la contamination des personnes non vaccinées entre elles, il faut reconnaître qu'il ne s'agit plus de protéger d'innocentes victimes qui pourraient être contaminées par les personnes non vaccinées. Il s'agit au contraire de protéger les personnes non vaccinées, soit qu'on se soucie de leur santé, soit qu'on veuille éviter un débordement du système de santé ou des frais médicaux évitables en cas de complications, ce qui pourrait constituer un fardeau pour la société. *(Voir la section 3.)*

Quoi qu'il en soit à propos des personnes qui pourraient être infectées par les personnes non vaccinées, et qui ne le seraient pas si ces dernières étaient vaccinées, il importe de nous demander ce qu'on veut dire exactement quand on affirme que les

vaccins rendraient le virus moins contagieux chez les personnes vaccinées, par opposition aux personnes non vaccinées.

Veut-on dire que les personnes non vaccinées auraient moins de chances d'avoir des symptômes si elles étaient vaccinées et qu'elles seraient par conséquent moins contagieuses ? Dans ce cas, on peut se demander s'il ne suffirait pas de demander aux personnes non vaccinées de s'isoler quand elles ont des symptômes, ce qu'on leur demanderait de faire de toute façon, que le passeport vaccinal soit en vigueur ou non. Le passeport vaccinal n'apporterait rien de plus ou presque : les personnes non vaccinées, quand elles auraient des symptômes et seraient contagieuses, ne pourraient pas avoir accès aux lieux auxquels le passeport pourrait leur donner accès. Il serait donc abusif d'interdire, à toutes les personnes non vaccinées qui n'ont pas de symptômes, l'accès à des lieux sous prétexte qu'elles *pourraient* avoir des symptômes et qu'elles *pourraient* être contagieuses. Avec des si, on pourrait mettre Paris en bouteille.

Ou veut-on plutôt dire qu'une personne non vaccinée est plus contagieuse, quand elle est infectée et asymptomatique, qu'une autre personne vaccinée qui serait elle aussi infectée et asymptomatique ? Alors qu'est-ce qui ferait qu'une personne vaccinée et asymptomatique serait moins contagieuse qu'une personne non vaccinée et asymptomatique ? Qu'y a-t-il de différent entre une réaction immunitaire qui suit l'injection d'un vaccin et une réaction immunitaire naturelle ? La contagiosité des personnes asymptomatiques est d'ailleurs remise en question par des études scientifiques, notamment une [étude chinoise](#). Une [experte de l'Organisation mondiale de la santé](#) a d'ailleurs déclaré qu'il est très rare qu'une personne asymptomatique infecte d'autres personnes, ce qu'elle a dû rétracter très maladroitement après le scandale que cela a provoqué. Ainsi cela ne fait pas l'unanimité. Il faudrait que les experts en santé publique et nos dirigeants pèsent le pour et le contre, au lieu de faire comme s'il y avait un consensus scientifique sur la question.

À moins qu'il ne s'agisse d'affirmer que les personnes vaccinées seraient moins susceptibles d'être contagieuses que les personnes non vaccinées parce qu'elles auraient moins de chances d'être infectées par le virus qu'elles. Mais cette affirmation est incompatible avec les accusations des autorités sanitaires contre le personnel des CHSLD selon lesquelles des éclosions importantes seraient dues au faible taux de vaccination du personnel, et ce, même dans des établissements où les résidents ont été vaccinés dans une très forte proportion (plus de 90 %), ce qui a été utilisé pour rendre la vaccination obligatoire pour ce personnel. Ce qui aurait valu pour le personnel s'il avait été en grande partie vacciné ne devrait-il pas s'appliquer aux résidents vaccinés dans une forte proportion, et vice versa ? Autrement dit, s'il est vrai que le personnel n'aurait pas été infecté et contagieux s'il avait été suffisamment vacciné, comment expliquer le fait que les résidents, presque tous vaccinés, ont pu être infectés par le personnel ? Pourquoi exclure d'emblée que les résidents infectés par le personnel infecté ont pu infecter d'autres résidents ? N'est-ce pas un argument ou plutôt une accusation à géométrie variable ? Et on peut prendre les choses en sens inverse, ce qui fait sans doute davantage sens : les résidents vaccinés dans une forte proportion ayant pu être infectés par le personnel non vacciné, on ne saurait prétendre que les

membres du personnel, s'ils avaient été vaccinés dans une forte proportion, seraient moins contagieux *parce qu'ils n'auraient pas été infectés*.

Aussi longtemps que la question n'aura pas été examinée librement et ouvertement, et qu'on n'aura pas clarifié ce que l'on veut dire quand on affirme que les personnes non vaccinées sont plus susceptibles de transmettre le virus à d'autres, il est difficilement justifiable d'interdire l'accès à certains lieux et la participation à certaines activités à toutes les personnes non vaccinées, *sous prétexte qu'elles pourraient être infectées et contagieuses sans le savoir*.

Faisons toutefois comme si la contagiosité plus grande des personnes non vaccinées, même asymptomatiques, avait pu être observée dans le cadre d'études scientifiques avec lesquelles ne pourraient pas rivaliser les études qui prétendent le contraire. Il ne s'ensuivrait pas que la mise à l'écart (partielle ou même presque totale) de toutes les personnes non vaccinées – pour éviter qu'elles ne contaminent les autres personnes non vaccinées et qu'elles ne soient contaminées par elles – constituerait une mesure efficace pour réduire la propagation du virus et la fréquence des hospitalisations et des décès, **comme on le verra dans la section 2**.

## **2. Les mesures sanitaires très restrictives sont des moyens de réduire la propagation du virus et le nombre des hospitalisations et des décès**

Le fait de tenir les personnes non vaccinées à l'écart de certains lieux et de certaines activités jugés non essentiels s'apparentent à un confinement ciblé. Si on a mis sur pause toute la province à trois reprises (pour l'instant), c'est – nous dit-on – pour éviter que toutes les personnes non immunisées et peut-être contagieuses à leur insu contribuent à la propagation de la COVID-19 et soient ainsi responsables d'une augmentation du nombre d'hospitalisations et de décès. L'exigence du passeport vaccinal pour accéder à certains de ces lieux et participer à certaines de ces activités, ou pour accéder à tous ces lieux et participer à toutes ces activités, et l'exclusion des personnes non vaccinées qui en résulterait, ne pourrait-elle pas avoir le même objectif ?

Le problème est que l'efficacité de ces mesures très restrictives est loin de faire l'unanimité dans la communauté scientifique, malgré ce que prétendent notre gouvernement, les experts autorisés et les journalistes. De telles mesures ne sont plus considérées, depuis quelques siècles, comme une bonne manière de lutter contre une pandémie : elles ne faisaient pas partie des plans préparés par les gouvernements, avant 2020, pour lutter contre les pandémies. Il a fallu ce nouveau coronavirus pour revenir à ces antiques manières de faire. Il a aussi fallu des modèles mathématiques catastrophistes qui prétendent se substituer à la réalité et qui ont pour principale origine un certain Neil Ferguson (c'est peu de temps après l'annonce de ses [prédictions catastrophistes](#), unanimement prises au sérieux par les gouvernements et les principaux médias, que presque tous les pays occidentaux se sont retrouvés confinés), de l'Imperial College, qui a une forte propension à l'exagération, comme en témoignent ses prédictions sur les épidémies antérieures (par exemple la fameuse grippe H1N1), et la surestimation du nombre de décès dans la présente épidémie même dans le cas où des mesures très restrictives ont été adoptées.

À l'inverse, des études scientifiques concluent que ces mesures très restrictives n'ont pas ou presque pas d'effets sur l'évolution de la situation, et que les dommages économiques et sociaux causés par elles dépassent largement leurs bénéfices réels. La plus célèbre d'entre elles est celle faite par le professeur Ioannidis (Stanford University), une sommité dans le domaine de l'épidémiologie, et d'autres chercheurs de renommée internationale. Après une analyse comparative de la situation dans de nombreux pays, la conclusion de l'article publié est la suivante :

*« En résumé, nous n'arrivons pas à trouver des preuves fortes du rôle joué par les interventions non pharmaceutiques plus restrictives dans le contrôle de la COVID au début de l'année 2020. Nous ne remettons pas en question toutes les interventions de santé publique ou les communications coordonnées à propos de l'épidémie, mais nous ne réussissons pas à trouver des bénéfices au confinement à domicile et à la fermeture des commerces qui ont été décrétés. Les données ne permettent pas d'exclure entièrement la possibilité de certains bénéfices. Cependant, même s'ils existaient, ces bénéfices seraient largement surpassés par les nombreux maux causés par ces mesures agressives. Des interventions de santé publique plus ciblées, qui*

*réduiraient plus efficacement la transmission, seraient importantes pour un contrôle épidémique dépourvu des maux causés par les mesures très restrictives. »*

*« In summary, we fail to find strong evidence supporting a role for more restrictive NPIs in the control of COVID in early 2020. We do not question the role of all public health interventions, or of coordinated communications about the epidemic, but we fail to find an additional benefit of stay-at-home orders and business closures. The data cannot fully exclude the possibility of some benefits. However, even if they exist, these benefits may not match the numerous harms of these aggressive measures. More targeted public health interventions that more effectively reduce transmissions may be important for future epidemic control without the harms of highly restrictive measures. »*

(Eran Bendavid, Christopher Oh, Jay Bhattacharya, John P. A. Ioannidis, « [Assessing mandatory stay-at-home and business closure effects on the spread of COVID-19](#) », European Journal on Clinical Investigation, 05 January 2021.)

Si le confinement n'a pas produit des effets significatifs pour toute la population quand celle-ci n'était pas « vaccinée », comment croire que les effets de mesures restrictives semblables, imposées de manière ciblée grâce au passeport vaccinal, seraient importants pour une minorité de la population, alors que le reste – disons 60 %, 70 % ou même 80 % – serait vacciné ? Ce à quoi doivent penser ces chercheurs, ce n'est pas de rendre plus ciblées ces mesures très restrictives, mais plutôt d'adopter d'autres mesures qui seraient *à la fois plus ciblées et plus efficaces* pour ralentir la transmission de la maladie.

Dans l'hypothèse où les vaccins procureraient une forte immunité au reste de la population, et plus particulièrement aux personnes âgées plus susceptibles d'avoir des complications, dans l'hypothèse où les vaccins rendraient moins contagieuses les personnes vaccinées qui seraient malgré tout porteuses du virus, je ne vois pas ce qu'on gagnerait à imposer des restrictions très contraignantes qui cibleraient exclusivement les personnes non vaccinées, qui ne sont certainement pas devenues plus susceptibles d'être infectées et plus contagieuses du fait que le reste de la population a été vacciné et serait immunisé. Le fait de remettre ceci en question reviendrait à remettre aussi en question l'efficacité de la solution vaccinale, sans laquelle le passeport vaccinal ne saurait avoir de sens. (Nous y reviendrons dans la section 4.)

Mais il y a plus. Non seulement il est douteux que des mesures très restrictives ciblées rendues possibles par le passeport vaccinal aient pour effet une amélioration significative de la situation sanitaire et, à l'inverse, que leur absence entraîne une dégradation notable de celle-ci, mais il se peut que ces mesures restrictives, si elles dégradent les conditions de vie des personnes non vaccinées, aient pour effet la détérioration de la situation sanitaire, en ce qui concerne la COVID-19 ou de manière plus générale. On pourrait par exemple interdire aux personnes non vaccinées l'accès aux gyms, la pratique des sports d'équipe et l'accès à certains emplois mieux rémunérés et permettant d'avoir des conditions de vie décentes dans un contexte économique qui s'annonce difficile, sans parler de la possibilité que certains soins de santé pourraient plus être plus difficiles d'accès pour elles. De telles restrictions seraient contre-productives en matière santé car les personnes qui en seraient l'objet

seraient plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé qui pourraient dégénérer en maladies plus ou moins graves et qui pourraient être des facteurs de risque en ce qui concerne la COVID-19, par exemple l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires.

Si on persistait à vouloir imposer, grâce au passeport vaccinal, de telles mesures alors que l'amélioration de la situation sanitaire qui en découlerait serait douteuse, et que la dégradation de celle-ci serait vraisemblable, nous pourrions alors nous demander s'il ne s'agit pas surtout de punir les personnes non vaccinées et de récompenser les personnes vaccinées, les unes parce qu'elles ne suivent pas les consignes du gouvernement, les autres parce qu'elles les suivent. Un tel désir, quand il motive des politiques, a rarement de bons effets. Les politiques sanitaires ne font pas exception.

Et on peut aussi se demander si une telle attitude du gouvernement – qui comporte une bonne dose de paternalisme, surtout si on prétend agir ainsi pour le bien des principaux concernés – à l'égard des citoyens a sa place dans une société démocratique, où ils ne sont pas censés être traités comme des enfants, mais être considérés par les dirigeants élus démocratiquement comme des adultes autonomes capables de prendre les décisions qui les concernent personnellement et de participer activement aux délibérations politiques.



### **3. Le passeport vaccinal sert à protéger la santé des personnes non vaccinées et à éviter l'engorgement des hôpitaux en leur interdisant la participation à activités plus à risque et l'accès à des lieux plus à risque**

Faisons l'hypothèse dans la présente section que la participation à ces activités et l'accès à ces lieux ne constituent pas un danger pour les personnes vaccinées, mais qu'ils augmentent de manière significative les risques d'infection et de complications pour les personnes non vaccinées, ce qui pourrait infliger une charge supplémentaire à notre système de santé, déjà mal en point. Faisons aussi l'hypothèse que les mesures restrictives imposées aux personnes non vaccinées ne contribueraient pas en fait à dégrader leur santé et à exercer une charge supplémentaire sur le système de santé.

Alors nous devons nous poser ces deux questions :

- a) Est-il justifié d'imposer des restrictions à des adultes afin de protéger leur santé contre leur gré ?
- b) Est-il justifié d'imposer des restrictions à des adultes afin de protéger le système de santé contre un surplus de malades à traiter et des dépenses supplémentaires et évitables ?

Pour répondre à la première question, il faut nous demander si le fait, pour un gouvernement, d'imposer des traitements préventifs ou curatifs à des adultes est compatible avec la liberté individuelle qu'exigent les institutions démocratiques. Comme on l'a dit plus haut, on tombe alors dans le paternalisme. Cela revient à traiter des adultes comme des enfants, à décider ce qui est bon pour eux et à le leur imposer contre leur gré. C'est là une attitude très invasive du gouvernement, laquelle n'a pas commencé avec l'arrivée de la COVID-19 et pourrait bien s'étendre encore davantage à de nombreux aspects de la vie des individus. Car une fois que ça commence, une fois qu'on établit un tel précédent avec la COVID-19, pourquoi le gouvernement n'en ferait pas autant pour une série de petites choses quant à nos habitudes de vie, ce qu'il faisait déjà avant, avec moins de zèle que pour nous protéger du virus, il est vrai ? Pourquoi la population n'y consentirait-elle pas ? Si cela se produit, comment s'attendre à ce que des individus auxquels le gouvernement impose cette minorité quand il s'agit essentiellement de leur propre personne et non des autres et de la société dans son ensemble, soient des citoyens capables de faire preuve d'autonomie quand il s'agit de participer aux délibérations qui déterminent les orientations prises par la société ? Pourquoi le gouvernement, surprotecteur et bien intentionné, ne jugerait-il pas que les personnes inaptes à décider ce qui est bon pour elles, ne sont pas tout aussi inaptes à s'occuper de politique, raison pour laquelle il faudrait autant que possible les tenir à l'écart de la prise de décision, ce qui se produit d'ailleurs déjà depuis la déclaration de l'état d'urgence sanitaire, qui permet au gouvernement de nous traiter comme de grands enfants ?

Même si cela semble téméraire dans le contexte actuel, il vaudrait mieux laisser une grande liberté aux personnes non vaccinées, puisque dans ce cas les conséquences de leurs actes les concernent seulement ou principalement. Dans

l'hypothèse où la participation à des activités à risque et l'accès à des lieux à risque auraient des conséquences dramatiques pour la santé des personnes non vaccinées, ce serait là une bien meilleure manière de les convaincre de se faire vacciner que l'utilisation du passeport vaccinal. Ça entraînerait beaucoup moins de tensions et heurts à l'intérieur de la société que la contrainte indirecte qu'implique ce dispositif, ce qui est à mettre dans la balance à côté des cas de contamination, des complications, des hospitalisations et même des décès, si on prend en considération les aspects politiques de la crise actuelle, en plus des aspects plus strictement sanitaires. Bref, cela pourrait protéger le corps social d'une maladie qui est vraisemblablement plus dangereuse que la COVID-19, si l'opposition entre les personnes vaccinées et les personnes non vaccinées devenait très polarisée en raison des pressions gouvernementales et médiatiques, d'un côté, et des mouvements de résistance qui pourraient se former, de l'autre.

Mais on dira peut-être que les conséquences des actes des personnes non vaccinées, qui participeraient à ces activités à risque et qui accéderaient à ces lieux à risque, ne concernent pas seulement elles, mais sont en fait l'affaire de toute la collectivité. Si elles sont infectées, si elles tombent malades, si elles ont de graves complications et si elles sont hospitalisées, c'est le système de santé et les travailleurs de la santé qui en feront les frais, en plus des contribuables qui auront à payer de leur poche ces hospitalisations très coûteuses et évitables, et qui seront parfois même privés de soins de santé si les hôpitaux, débordés, doivent faire du délestage pour soigner toutes les personnes non vaccinées qui tomberaient malades de la COVID-19.

À la rigueur, penseront peut-être certains, on pourrait laisser les personnes non vaccinées n'en faire qu'à leur tête, participer inconsidérément à des activités à risque et accéder à des lieux à risque, pour autant qu'elles assument les conséquences de leurs actes. C'est-à-dire que, si elles tombaient malades, il ne faudrait pas les soigner. Ou du moins il faudrait les soigner à leurs frais, pour ne pas faire assumer les coûts de leur entêtement à la collectivité. Ce qui reviendrait à ne pas imposer l'utilisation du passeport vaccinal pour les activités et les lieux à risque, mais à exiger une preuve de vaccination pour recevoir certains soins de santé.

C'est à peu près ce que doivent se dire les personnes qui répondraient positivement à la deuxième question que nous avons posée au début de cette section.

À ces personnes nous devons répondre qu'une fois qu'on s'est engagé sur cette voie, il est difficile de savoir où l'on s'arrêtera. C'est pourquoi il faut essayer, autant que possible, de soigner les personnes qui pourraient être malades à cause de mauvaises décisions ou de mauvaises habitudes de vie, quelles que soient ces décisions et ces habitudes. Quand on pense le contraire, c'est parce qu'on fait sienne la position de ceux qui jugent des comportements des autres pour décider s'ils doivent être soignés ou non, et non la position de ceux qui sont jugés par les autres et par le gouvernement ou le personnel médical. Disons-nous que nous avons tous des habitudes de vie et que nous faisons tous des choix de vie qui pourraient fournir aux autres des prétextes pour ne pas nous soigner quand nous tombons malades. Un premier s'alimente mal, un deuxième consomme de l'alcool régulièrement, un troisième fume comme une cheminée, un quatrième boit trop de café alors qu'il fait de l'hypertension artérielle, un cinquième ne fait pas assez d'activité physique, un

sixième fait des excès de vitesse, un septième pratique des sports où les risques de blessures et d'usure prématurée sont élevés, etc. Sans compter qu'en l'espace de quelques années, il pourrait se produire de drôles de retournements. Ceux qui exigeraient qu'on ne soigne pas les personnes non vaccinées quand elles tombent malades de la COVID-19, pourraient se retrouver dans une situation analogue dans quelques années, en raison des effets secondaires des vaccins à moyen et à long terme, que les courtes études cliniques menées par les marchands de vaccins, en vue d'obtenir l'autorisation d'utilisation d'urgence, n'ont certainement pas permis de connaître. Les personnes non vaccinées auraient alors beau jeu de réclamer qu'on ne soigne pas les personnes vaccinées, puisqu'elles devraient supporter les conséquences de la décision de s'être fait injecter imprudemment un vaccin dont on ignorait justement les effets secondaires à moyen et à long terme.

S'il n'est pas possible de bien soigner tout le monde, de guérir tout le monde et de sauver tout le monde, s'il faut décider quelle est la meilleure manière d'utiliser les ressources dont dispose notre système de santé, il serait préférable de ne pas opter pour un tri des malades en fonction d'un jugement moral souvent mal informé et moralisateur de leurs comportements, avec la forte dose d'arbitraire que cela implique. Le tri devrait plutôt être fait d'après d'autres critères, ou encore on pourrait faire intervenir le sort.

Il est aussi important de nous demander pourquoi notre système de santé serait constamment menacé d'être débordé à cause de ce virus, ou même à cause de la grippe saisonnière. En effet, il ne ferait pas sens d'imposer un dispositif qui restreindrait considérablement la liberté des personnes non vaccinées, de vouloir les priver de soins de santé s'ils attrapaient la COVID en participant à des activités à risque ou en accédant à des lieux à risque, ou de leur faire assumer les coûts de ces soins de santé, sous prétexte de protéger le système de santé de la saturation et d'assurer l'accès aux soins de santé au reste de la population, si la vulnérabilité du système de santé et la menace qui pèse sur l'accessibilité aux soins s'expliquaient au moins en partie par des problèmes de sous-financement ou plus probablement d'utilisation du financement, dont certains sont antérieurs à l'actuelle crise sanitaire ? Je pense par exemple au mode de rémunération des médecins, à la pénurie de médecins qui serait entretenue par les corporations professionnelles pour profiter de la demande, aux mauvaises conditions de travail du personnel infirmier, aux dépenses faramineuses certainement générées par l'administration hospitalière (très vorace comme toutes les administrations), aux [coûts du dépistage massif](#) qui dure depuis un an et que nos autorités sanitaires recommandent de poursuivre même après la vaccination massive de la population sous prétexte de suivre de près l'évolution de la situation épidémiologique après l'assouplissement des mesures sanitaires, etc.

#### **4. Il est prouvé scientifiquement que les bénéfices des vaccins surpassent les risques**

On a commencé à nous assurer que les vaccins, alors qu'ils étaient en cours d'élaboration et que les essais cliniques n'avaient pas encore débuté, allaient certainement être efficaces et sûrs même si on allait les mettre sur le marché beaucoup plus rapidement que tout ce qui a été vu jusqu'à maintenant, même si les technologies utilisées allaient l'être pour la première fois sur des êtres humains, à grande échelle. Les premières phases des études cliniques, menées à fond de train par les sociétés pharmaceutiques en vue d'obtenir les autorisations d'utilisation d'urgence, serviraient seulement à confirmer ce que l'on savait déjà. Bref, une simple formalité...

Mais pourquoi nous fier aux résultats des recherches menées par les sociétés pharmaceutiques sur leurs propres produits, lesquels leur permettent d'engranger des dizaines ou des centaines de milliards de dollars, voire davantage ? Est-il raisonnable d'espérer de ces entreprises – qui cherchent avant tout à faire de l'argent comme toutes les entreprises, et qui ne sont certainement pas des organisations philanthropiques – qu'elles écartent un produit dans lequel elles ont investi d'importantes sommes d'argent et dont elles espèrent de grandes rentrées d'argent, simplement parce que son efficacité et son innocuité sont douteuses ? Allons donc ! Et ajoutez à ça qu'il était déjà convenu avec les pays acheteurs qu'en cas de problèmes, les sociétés pharmaceutiques ne sauraient être poursuivies en justice...

Il est vrai que les résultats des études cliniques sont examinés par les agences nationales de santé chargées d'approuver ou non l'utilisation d'urgence de vaccins. Mais il ne faut pas exclure que les experts de ces agences soient en position de conflit d'intérêts, car la corruption systémique pourrait bien sévir autant dans le domaine de la santé que dans d'autres secteurs de l'activité économique, comme l'industrie de la construction, l'expertise en génie-conseil, les services professionnels en informatique, dans l'industrie militaire, etc. Si ceux qui détiennent l'expertise en matière de travaux publics et d'ingénierie accordent des contrats pour des dizaines ou des centaines de millions de dollars à des compagnies qui s'en mettent plein les poches grâce à des pratiques frauduleuses de toutes sortes, si ceux qui sont chargés de réaliser le virage numérique des organismes publics font affaire avec des firmes spécialisées dans l'art de faire durer les travaux et d'obtenir des avenants et des extensions à leurs contrats, si ceux qui détiennent l'expertise en matière militaire sont prêts à cautionner l'achat d'avions de chasse à peu près inutilisables et démesurément dispendieux, pourquoi serait-il inenvisageable que les experts au sein des agences de santé étatique soient corrompus ? Faut-il croire le milieu de la santé exempt de corruption systémique, alors que tant d'autres milieux sociaux et économiques sont infectés par cette autre sorte de virus, qui fait pour ainsi dire partie de leur organisme ? Il est notoire, pour les spécialistes des sciences sociales (des sociologues et des anthropologues qui sont tout à fait dans leur domaine d'expertise) qui ont étudié le milieu de la santé, que la corruption systémique y est massive, et que l'intérêt pour la santé des malades et de la population en général n'est certainement le seul ou même le principal facteur qui détermine les politiques en matière de santé, ainsi que les traitements autorisés ou interdits. Mais ce n'est pas sur ce point que je veux faire

porter mon argument, et je renvoie les lecteurs qui seraient intéressés par cette question à cet [article](#) de Jean-Dominique Michel, anthropologue de la santé.

Supposons que les experts de nos agences de santé québécoises et canadiennes sont tout à fait intègres. Il n'en demeure pas moins vrai que ce ne sont pas eux qui ont fait les essais cliniques ou qui les ont organisés. Ils n'ont pas eu leur mot à dire à ce sujet. Ils ont dû se faire une idée à partir des résultats fournis par les sociétés de recherche qui ont réalisé les études cliniques et qui sont évidemment intéressées dans cette affaire. Sans compter que ces experts – toujours dans l'hypothèse où ils sont intègres – auraient pu être l'objet de fortes pressions politiques et médiatiques s'ils s'étaient opposés à l'utilisation d'urgence des vaccins que nos autorités et nos journalistes considèrent comme le chemin de la rédemption, ce qui a certainement un effet dissuasif.

Voilà qui devrait nous empêcher de conclure que les vaccins sont efficaces et sûrs simplement parce que les essais cliniques réalisés par les sociétés pharmaceutiques elles-mêmes semblent le montrer, et que nos agences de santé ont approuvé l'utilisation d'urgence des vaccins à partir des résultats de ces études cliniques.

Pendant cela ne suffit pas. Il faut nous demander si les études cliniques prouvent bien ce qu'on prétend qu'elles prouvent à propos de l'efficacité et l'innocuité des vaccins. Puisque je ne suis pas un spécialiste de ce domaine – tout comme nos chefs politiques, nos journalistes et même certains de nos « experts » –, je m'appuierai sur ce qu'ont dit ou écrit des experts et des médecins sur cette question, afin de montrer qu'il n'y a pas de consensus parmi les scientifiques et les médecins selon lequel les vaccins seraient efficaces et sûrs, contrairement à ce que prétendent certains journalistes, qui s'imaginent qu'il n'y a que des demeurés ou de dangereux charlatans pour prétendre le contraire. Ceci dit, il se peut que nous tombions sur des anomalies ou des aberrations tout à fait intelligibles pour les profanes que nous sommes, pour autant que nous sachions toujours faire preuve d'esprit critique.

#### ***4a. Interrogations sur l'efficacité des vaccins d'après les données à partir desquelles l'utilisation d'urgence des vaccins a été autorisée***

L'automne dernier, alors que l'on était sur le point d'approuver l'utilisation d'urgence des vaccins au Canada et ailleurs en Occident, des critiques ont été faites des protocoles de recherche utilisés et des données rendues publiques. Peter Doshi, rédacteur en chef adjoint du *British Medical Journal*, professeur associé à l'Université du Maryland et spécialiste de l'évaluation de la sécurité et de l'efficacité des médicaments, est un de ces scientifiques qui a remis en question la validité des essais cliniques et des conclusions qu'on prétend en tirer, alors que les autorités politiques et sanitaires, elles, s'enthousiasmaient des communiqués de presse des sociétés pharmaceutiques, qui annonçaient des taux d'efficacité dépassant parfois 90 %, y compris pour les personnes âgées plus vulnérables et visées en premier lieu par la campagne de vaccination encore à venir à ce moment.

Je me réfère ici à la [synthèse et à la traduction](#) faites par le collectif Reinfocovid de trois articles de Peter Doshi.

Je tiens à signaler que ces articles ont été écrits alors qu'assez peu de données étaient disponibles sur les essais cliniques réalisées par les sociétés pharmaceutiques, et qu'aucun article scientifique n'avait encore été publié pour en soumettre les résultats à la communauté scientifique. Ainsi plusieurs des remarques portent sur protocoles de recherche rendus disponibles par les sociétés pharmaceutiques. Même si l'auteur reconnaît lui-même, à la fin du troisième article, qu'il faudra soumettre à un examen rigoureux les données quand elles seront rendues publiques, il ne faut pas présumer que les problèmes soulevés par Peter Doshi ont été en partie ou en totalité résolus par la publication de ces données. Au contraire, c'est justement en raison de ces problèmes quant aux protocoles de recherche qu'il faut examiner avec rigueur les données qui ont été rendues publiques plus tard.

Mais venons-en aux remarques de ce scientifique sur les protocoles de recherche et les résultats préliminaires des essais cliniques, que j'accompagne de commentaires qui sont entre parenthèses :

- Les essais cliniques à la suite desquels on a approuvé l'utilisation d'urgence des différents vaccins ne visent pas à évaluer la réduction des formes graves de la maladie. Ils portent sur les cas confirmés par un test positif et sur les symptômes légers comme la toux, la fièvre et les douleurs musculaires. Comme si nous avons besoin d'être vaccinés pour si peu ! (Les vaccins auraient beau être efficaces à 100 % pour ces symptômes, nous pourrions assurément nous passer d'eux.)
- Les personnes âgées seraient sous-représentées parmi les participants aux essais cliniques. Pourtant c'est elles, en tant que personnes plus à risque d'avoir des complications, qui devaient et qui ont été effectivement vaccinées en priorité. (Car à quoi servirait-il de montrer scientifiquement que les vaccins sont efficaces pour protéger contre les symptômes légers les groupes d'âge les moins enclins à avoir des complications ? Encore une fois on pourrait se passer de ces vaccins.)
- Les hospitalisations et les décès dus à la COVID-19 sont tellement rares dans la population étudiée qu'il est impossible de démontrer des différences statistiquement significatives dans une étude à laquelle 30 000 ou 40 000 personnes ont participé.
- Le calcul de l'efficacité des vaccins repose seulement sur 170 personnes infectées pour Pfizer et 95 pour Moderna, le tout sur un délai très court (moins de 3 mois), ce qui ne permet pas de comparer leur efficacité à celles des autres vaccins, par exemple antigrippaux, qui est calculée sur une saison.
- Toutes les personnes qui ont eu des symptômes n'ont vraisemblablement pas été soumises à des tests de dépistage sous prétexte qu'ils recourent les effets secondaires des vaccins. Dans le protocole de recherche de Moderna, on indique que pendant les 7 jours qui suivent la vaccination, « les enquêteurs doivent utiliser leur jugement clinique pour décider si un écouvillon nasopharyngé doit être prélevé ». Ce qui revient à essayer de deviner à quel groupe appartient chaque participant, puisque cela est censé ne pas être connu par les enquêteurs, pour éviter les biais susceptibles de fausser les résultats des

essais. Ce qui revient à essayer de juger de la cause des symptômes sans faire de test.

- Une forte proportion du groupe placebo n'a pas été infectée (99,7 % chez Pfizer et 99,3% chez Moderna).
- Les essais cliniques n'avaient pas pour but de démontrer la réduction de la transmission. Pour ce faire, il aurait fallu prélever des échantillons deux fois par semaine chez les participants, ce que le médecin en chef de Moderna a déclaré trop compliqué sur le plan opérationnel.

Pour aller dans le même sens que Peter Doshi à propos de l'impossibilité de démontrer par des différences statistiques significatives l'efficacité des vaccins pour réduire les formes graves de COVID-19, alors que ces formes sont rares dans la population étudiée et que le nombre de participants n'est pas assez élevé, j'attire l'attention du lecteur sur le tableau 18 du « [Briefing Document](#) » (p. 67) publié par Pfizer. Je reproduis ici une version simplifiée et traduite du tableau en question.

<b>Tableau 18 : efficacité vaccinale – première occurrence d'une forme grave de COVID-19 après la première dose (ensemble des participants)</b>			
	Groupe vacciné (21 669)	Groupe placebo (21 686)	Efficacité vaccinale (%)
De la dose 1 à la dose 2	0	4	100,0 %
De la dose 2 à 7 jours après la dose 2	0	1	100,0 %
Plus de 7 jours après la dose 2	1	4	75,0 %
<b>Total</b>	<b>1 (21 314)</b>	<b>9 (21 259)</b>	<b>88,9 %</b>

Le nombre de participants est inscrit entre parenthèses. N'ayant pas lu tout le document de 92 pages, l'écart entre le nombre total inscrit dans l'en-tête de la colonne et celui inscrit au bas de la colonne doit y être expliqué quelque part, j'espère. Ce n'est pas ce qui m'intéresse ici et je laisse la question de côté.

Ce qui m'intéresse, ce sont les conclusions qu'on pourrait tirer de l'efficacité vaccinale selon le moment où se sont produites les formes graves de COVID-19. L'efficacité vaccinale est calculée de la façon suivante :

$$EV = \{1 - (nb^v / nb^p)\} * 100$$

EV : efficacité vaccinale

nb<sup>v</sup> : nombre de personnes du groupe vacciné ayant développé une forme grave de COVID-19

nb<sup>p</sup> : nombre de personnes du groupe vacciné ayant développé une forme grave de COVID-19

On constate que l'efficacité vaccinale observée est donc moindre après l'injection de la deuxième dose censée pourtant accroître l'immunité. De deux choses, l'une : ou bien ces données sont fiables et il faut en conclure que l'injection de la deuxième dose diminue l'immunité ; ou bien on ne peut pas en conclure que l'injection de la deuxième dose diminue l'immunité, et il faut bien reconnaître que ces données ne sont pas fiables, pour chaque intervalle de temps et dans l'ensemble. En fait, ce que cela montre, c'est que le nombre de personnes qui ont développé une forme grave de COVID-19 n'est simplement pas assez élevé pour qu'on puisse en tirer des conclusions rigoureuses. 10 personnes sur plus de 42 000 personnes, c'est presque rien. Plus exactement 0,02 %. Il suffit d'un seul cas, dans le groupe vacciné ou le groupe placebo, pour produire des écarts de 25 % quant à l'efficacité vaccinale présumée. Et ce cas peut s'expliquer par bien d'autres facteurs que le fait d'avoir reçu ou non un vaccin.

Un mathématicien ou un statisticien pourrait sans doute dire des choses bien intéressantes sur ces données et les conclusions que nous pouvons et ne pouvons pas en tirer. Et cela n'est pas donné seulement à ces spécialistes, tant le bidouillage des résultats est parfois grossier. Il suffit d'être capable d'analyser des données et d'être capable de calculer. (À titre d'exemple, voir l'[article de Jean-Dominique Michel](#) sur les analyses faites dans un papier publié où l'on reprend des données du rapport de Pfizer.)

Poursuivons, encore à partir d'un [article de Peter Doshi](#), traduit et résumé par Réinforcovid. Cet article a été publié au début de mois de janvier 2021, peu après que Pfizer et Moderna ont rendus disponibles davantage de données liées aux essais cliniques, notamment par la publication du document auquel je viens de me référer.

Voici ce que remarque ce scientifique à propos de la manière de calculer l'efficacité du vaccin de Pfizer :

- Dans le rapport de la Food and Drug Administration (FDA) sur le vaccin de Pfizer, on apprend l'existence de « 3410 cas de COVID-19 suspectés mais non confirmés par test PCR, dont 1594 sont survenus dans le groupe vacciné contre 1816 dans le groupe placebo. » Pfizer a calculé l'efficacité de son vaccin à partir des cas confirmés seulement (8 dans le groupe vacciné et 162 dans le groupe placebo). Compte tenu qu'il y a 20 fois plus de cas suspectés



que de cas confirmés, compte tenu aussi que les cas suspectés et les cas confirmés ne sont pas réparties de la même manière dans les deux groupes de participants aux essais cliniques, le fait de tenir compte ou non de ces cas change du tout au tout le calcul de l'efficacité vaccinale. Tout en reconnaissant la possibilité que les symptômes des cas suspectés non confirmés s'expliquent en partie par d'autres maladies, Doshi craint l'existence de résultats faussement négatifs qui auraient pour effet une surestimation de l'efficacité du vaccin de Pfizer. Raison pour laquelle il propose deux autres manières de calculer l'efficacité de ce dernier. (Je ne cache pas au lecteur que j'ai des doutes sur ce point. Mais comme je suis loin d'être un spécialiste en la matière, mais comme il se peut que Doshi ait des raisons de soupçonner l'existence de faux positifs en assez grand nombre pour affecter l'efficacité du vaccin (il en faudrait moins de 1 % dans le groupe vacciné pour que ça change du tout au tout), mais comme je ne veux pas présenter seulement ce à quoi j'adhère, je présente ces autres méthodes de calcul pour les soumettre à la discussion. Doshi s'explique à ce sujet dans une [note](#) publiée un peu plus tard.)

- Pfizer estime à 95 % l'efficacité de son vaccin selon le calcul suivant, à partir de la même formule que plus haut, mais appliquée au nombre de cas confirmés dans les deux groupes :

$$95 \% = \{1 - (8/162)\} * 100$$

- Si on tient compte des cas suspectés et ignorés, on obtient plutôt une efficacité de 19 % (bien en deçà du seuil d'efficacité de 50 % fixé pour obtenir l'autorisation d'utilisation), selon le calcul suivant :

$$19 \% = [1 - \{(8+1594)/(162+1816)\}] * 100$$

- Si en plus on élimine les cas suspectés qui sont survenus dans les 7 jours qui ont suivi l'injection, pour tenir compte de possibles effets secondaires du vaccin (409) et du placebo (287), on obtient plutôt une efficacité de 29 %, selon le calcul suivant :

$$29 \% = [1 - \{(8 + 1594 - 409)/(162 + 1816 - 287)\}] * 100$$

- Doshi conclut sur ce point en faisant remarquer que les 3410 cas suspectés de COVID-19 ne sont pas signalés dans le [rapport de Pfizer](#) auquel nous nous sommes déjà référés, pas plus que dans l'article publié dans le New England Journal of Medicine. On mentionne leur existence seulement dans un [rapport du FDA](#) (p. 42). Ce qui fait dire à Doshi qu'on a besoin de plus de données pour tirer cette question au clair. (Voilà qui explique peut-être ses soupçons sur des résultats faussement négatifs aux tests de dépistage et les autres méthodes de calcul proposées, qui ont le mérite de nous faire comprendre qu'il y a des choix à faire quand on analyse des données pour évaluer l'efficacité d'un vaccin, dont certains sont plus rigoureux que les autres.)
- 371 personnes ont été exclues de l'analyse de l'efficacité du vaccin de Pfizer « en raison d'écarts importants par rapport au protocole au plus tard 7 jours après la deuxième dose », dont 311 dans le groupe vacciné contre 60 dans le

groupe placebo. Il n'y a pas d'informations sur la nature de ces écarts, ni d'explications sur le déséquilibre qui existe entre les deux groupes de participants aux essais cliniques. Compte tenu que le calcul de l'efficacité du vaccin de Pfizer a été fait à partir de 8 cas de COVID-19 confirmés par test dans le groupe de vacciné et de 162 cas confirmés dans le groupe placebo, la prise en compte de ces participants exclus pour des raisons inconnues pourrait changer du tout au tout le calcul de l'efficacité du vaccin.

Et Doshi continue en se questionnant :

- sur la levée possible de l'insu (le fait de ne pas savoir, pour les chercheurs et les participants, qui appartient au groupe vacciné ou au groupe placebo) qui serait due au taux plus élevé d'utilisation de médicaments dans le groupe vacciné pour atténuer les effets secondaires, et ses effets sur les résultats déclarés ;
- sur les processus, la pertinence et la composition des comités de jugement des événements primaires (symptômes de la COVID-19 et résultat positif à la suite d'un test PCR) ;
- sur le fait que les personnes ayant déjà été infectées avant le début des essais cliniques ont été exclues par Moderna et Pfizer, alors que le Centre for Disease Control (CDC) recommande de proposer le vaccin « indépendamment des antécédents d'infection symptomatique ou asymptomatique ».

On conviendra qu'après toutes ces questions et tous ces problèmes, on peut légitimement avoir des doutes sur l'efficacité des vaccins (en particulier celui de Pfizer) qu'on injecte à toute la population. Et pour qui se donne la peine de chercher sur internet – au lieu de s'en remettre aux déclarations unanimes d'efficacité des vaccins faites par les sociétés pharmaceutiques, les autorités politiques et sanitaires, ainsi que les journalistes, il est possible de prendre connaissance d'autres critiques des résultats des essais cliniques.

Rappelons, pour conclure cette sous-section, qu'on ne saurait raisonnablement nous imposer un dispositif tel que le passeport vaccinal – qui pourrait réduire considérablement la liberté des personnes non vaccinées – si l'efficacité des vaccins pour arrêter ou contrôler l'épidémie était douteuse. La décision de décréter l'utilisation du passeport vaccinal malgré tout, sans même discuter toutes ces questions, serait assurément un acte d'autoritarisme arbitraire de la part de notre gouvernement.

Mais beaucoup d'eau a coulé sous les ponts depuis le début de la campagne de vaccination massive qui a lieu presque partout en Occident. Beaucoup de nouvelles données sont disponibles sur l'efficacité prétendue des vaccins, lesquelles ont bien entendu fait l'objet de critiques par des scientifiques et des médecins.

#### **4b. Interrogations sur l'efficacité des vaccins d'après les données rendues disponibles depuis le début de la campagne de vaccination planétaire**

On peut lire régulièrement dans les journaux que des études confirmeraient l'efficacité des vaccins. C'est par exemple le cas de cet [article](#) diffusé récemment par l'Agence France-Presse (AFP). Selon l'auteur, cette étude – rédigée par des scientifiques de Pfizer et du gouvernement israélien et revue par des scientifiques qu'on dit indépendants – mettraient en évidence les bénéfices pour la santé publique d'un programme national de vaccination. On affirme ceci, en rappelant toutefois que cela s'applique à la situation israélienne et pas nécessairement à celle des autres pays :

- La vaccination a été le moteur principal de la diminution des infections à la COVID-19 en Israël, déclaré pays champion de la vaccination .
- L'étude a porté essentiellement sur le variant dit anglais (B.1.1.7), fortement présent en Israël.
- L'efficacité du vaccin serait de 95,3 % contre les infections, de 97,2 % contre les hospitalisations et 96,7 % contre les décès pour les personnes qui ont reçu deux doses de vaccin.
- L'efficacité du vaccin serait similaire pour les personnes âgées de plus de 85 ans.

Ce à quoi je réponds par ces remarques :

- L'AFP précise seulement que l'étude a été publiée dans la revue médicale *The Lancet*, sans donner son titre et sans fournir un lien qui mènerait à elle. Nous pouvons nous demander si les journalistes de l'AFP ont même consulté cette étude, et s'ils n'ont pas simplement repris ce que d'autres agences de presse ont écrit à ce sujet. (Après quelques recherches, je suppose qu'il s'agit de cette étude : « [Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalisations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data](#) »).
- L'AFP ignore ou omet de dire que le gouvernement israélien a signé un accord avec Pfizer en vertu duquel on lui fournirait une énorme quantité de doses de vaccins, en échange de quoi les autorités devaient fournir à la société pharmaceutique les informations médicales confidentielles et personnelles des résidents, à leur insu ou sans leur consentement préalable. Ce qui lui vaut, entre autres raisons, une [plainte devant la Cour pénale internationale](#). Outre le fait qu'il peut être éthiquement questionnable de reconnaître la validité d'une étude s'appuyant sur des données obtenues de cette manière, cela montre aussi les liens étroits que doivent entretenir les scientifiques du ministère de la Santé israélien avec Pfizer. Il est donc vraisemblable que ces scientifiques soient en situation de conflit d'intérêts : tout comme pour les scientifiques employés par Pfizer, il serait alors dans leur intérêt de prouver l'efficacité du vaccin de Pfizer.

- Nous ignorons qui sont les scientifiques qui ont revu l'étude et, ce faisant, nous ne pouvons pas savoir s'ils sont vraiment indépendants. Car il ne suffit pas de montrer que l'on n'est pas un employé de Pfizer ou que l'on n'est pas financé directement par Pfizer pour ne pas être en situation de conflit d'intérêts. Comme on peut le voir dans cet [article du Dr James M. Torado](#) (traduction de Jean-Dominique Michel), l'influence de l'industrie pharmaceutique est massive, notamment sur les revues de médecine.
- Mettons que les pairs qui ont évalué l'étude en vue de sa publication sont effectivement indépendants. Il n'en est pas moins vrai qu'ils disposaient alors seulement des données fournies par les auteurs de l'article pour évaluer ce dernier. Car il est fort douteux que ces évaluateurs aient eu accès aux données de brutes de Pfizer et du gouvernement israélien, surtout dans leur totalité.

Bref, on ne saurait conclure que cette étude, ou n'importe quelle autre étude, prouve ce qu'elle est censée prouvée tout simplement parce qu'elle a été publiée dans *The Lancet*, ou dans une autre revue médicale prestigieuse. S'il n'appartient certainement pas à un quelconque journaliste de l'AFP de faire la critique de cette étude, il devrait ne cependant pas se montrer aussi catégorique dans l'annonce de cette étude au grand public. Il pourrait par exemple dire qu'on dit montrer dans cette étude telle chose, que des réactions par d'autres experts devraient être publiées bientôt, qu'il faudra tenir compte d'elles dans le jugement qu'on portera sur la validité de l'étude, etc. Autrement il entretient une conception dogmatique de la science chez ses lecteurs et leur fait croire que cette étude, simplement parce qu'elle a été publiée dans une revue prestigieuse, ne saurait être soumise à la critique.

Ceci dit, dans le cas qui nous intéresse, des critiques ne sont probablement pas encore disponibles, puisque l'étude a été publiée il y a seulement quelques jours. Je signale seulement un problème, que je n'entends pas creuser à fond moi-même (cela est très éloigné de mon domaine de formation) et qui a seulement pour fonction de montrer qu'il y a matière à douter.

Je prends pour point de départ l'[article du Dr Gérard Delépine](#), où celui-ci affirme que la campagne de vaccination massive en Israël et en Angleterre n'a pas affecté l'évolution de la situation épidémiologie, qui a été à peu près la même que dans d'autres pays où l'on a beaucoup moins vacciné ; et où il dit aussi que le début de la campagne de vaccination en décembre a été suivi d'une forte augmentation des cas de contamination et des décès par jour. Si l'on ne peut certainement pas en conclure que cette augmentation est due à la vaccination, on peut néanmoins se questionner sur la capacité des vaccins à diminuer la contamination et les décès. À supposer que les observations du Dr Delépine soient justes (lesquelles on devrait essayer d'étayer davantage à partir des données disponibles, pour voir si ça marche vraiment), on peut se demander comment les conclusions de l'étude qui vient d'être publiée dans *The Lancet* sont compatibles avec cette hausse des cas de contamination et des décès après la vaccination. Comment le début de la vaccination massive de la population israélienne (70 % du 20 décembre 2020 et 20 février 2021), censée réduire la mortalité de 96,7 %, peut-elle être suivie d'une augmentation de 100 % des décès après 60 jours, pour 30 % de la mortalité globale en janvier souvent, en date du 20 février 2021 ? Il y a de quoi se poser des questions :

- Cela est-il en partie attribuable au fait que de nombreuses personnes vaccinées avaient seulement reçue une dose à ce moment et disposaient donc seulement d'une immunité partielle ? Ou est-ce plutôt dû au fait qu'une proportion insuffisante de la population avait été vaccinée, avec une dose ou deux doses ?
- Dans quelle mesure l'amélioration de la situation épidémiologique est due, d'un côté, à l'immunisation progressive de la population et, de l'autre, à la régression de l'épidémie qui a été observée en même temps à l'échelle mondiale ?

Après avoir lu l'étude en question, je hasarde quelques questions plus précises auxquelles des spécialistes du domaine, ou encore des mathématiciens ou des statisticiens, pourraient essayer de répondre, soit en allant dans mon sens, soit en montrant que je pose ces questions parce qu'il y a quelque chose que je ne comprends pas dans la manière dont les analyses statistiques ont été réalisées, ce qui aurait l'avantage de montrer que ce n'est pas tout simple et qu'il ne s'agit pas simplement de croire que le vaccin de Pfizer est efficace à 95 % ou non, sans comprendre la manière dont cette efficacité est calculée.

L'étude dont il s'agit portant sur la vaccination massive de la population israélienne, il n'est pas possible de comparer l'incidence des cas d'infection asymptomatiques, des cas symptomatiques de COVID-19, des cas d'hospitalisation (normaux, graves ou critiques) et des décès dans un groupe vacciné et dans un groupe non vacciné qui resteraient stables toute la durée des observations. Au fur et à mesure que la campagne de vaccination avance, de plus en plus de personnes passent du groupe non vacciné dans le groupe vacciné (qui a reçu deux doses de vaccin, en comptant au moins 7 jours après l'injection de la deuxième dose), à des moments différents selon l'ordre de priorité des différents groupes d'âge. C'est pourquoi le taux d'incidence de ces cas n'a pas été calculé pour 100 000 personnes, mais pour 100 000 personnes-jours (person-days en anglais). Le nombre de personnes-jours correspond à la somme des personnes qui ont appartenu à chaque groupe pour chaque jour de la période d'observation. Il en résulte qu'au fur et à mesure que la campagne de vaccination avance, un nombre de plus en plus grand de personnes-jours est enregistré dans le groupe vacciné pour un jour donné, alors qu'un nombre de plus en plus petit est enregistré dans le groupe non vacciné pour un jour donné. Ce passage d'un groupe à l'autre se produit en même temps qu'une amélioration progressive de la situation épidémiologique, qui implique la diminution du taux d'incidence des différents types d'événements. Je rappelle que cette régression de l'épidémie a aussi été observée dans d'autres pays où l'on a peu vacciné comparativement à Israël et où l'on a imposé un reconfinement de degré très variable. Si bien qu'on ne saurait présumer que la régression de l'épidémie en Israël est simplement due à la campagne de vaccination de la population, et faire de cette régression la preuve de l'efficacité de cette campagne de vaccination. Si on le faisait, cela reviendrait à supposer ce qui doit justement être démontré.

Ce qui implique :

- que les personnes-jours enregistrées dans un même groupe (vacciné ou non vacciné) renvoient à une situation épidémiologique très différente selon le moment de la période d'observation ;

- que la proportion des personnes-jours correspondant à un moment donné de la période d'observation – durant lequel la situation épidémiologique peut être plus ou moins bonne ou mauvaise – peut différer considérablement dans le groupe vacciné et le groupe non vacciné, pour l'ensemble de la population observée et pour certains groupes d'âge, en fonction de l'ordre de priorité de la vaccination ;
- que le groupe vacciné, pris dans son ensemble et pour certains groupes d'âge, comptera une proportion de personnes-jours où la situation épidémiologique est bonne plus grande que le groupe non vacciné ;
- que cela contribuera à réduire le taux global d'incidence des événements observés dans le groupe vacciné, comparativement au groupe non vacciné ;
- que l'efficacité du vaccin – qui est calculée à partir du rapport des taux d'incidence des différents événements dans le groupe vacciné et le groupe non vacciné – pourrait être surestimée pour l'ensemble de la population observée et pour certains groupes d'âge.

Il n'est pas certain que, dans cette étude, on réussisse à distinguer ce qui est attribuable à l'efficacité du vaccin et ce qui est attribuable à la régression naturelle de l'épidémie, observée ailleurs dans le monde à peu près au même moment, comme j'ai dit. S'il n'est pas à exclure qu'on ait pu tenir compte de ce problème en adoptant des méthodes de collecte des données et d'analyse statistique, l'accès à des données globales seulement et les remarques rapides sur la méthode d'analyse statistique utilisée ne permettent de le savoir ou de le vérifier, surtout pour les personnes qui ne sont pas épidémiologistes ou statisticiens. Si jamais des experts pouvaient répondre publiquement aux questions posées ci-dessus, en allant dans le même sens que moi ou en montrant que finalement les auteurs de l'étude ont tenu compte de ces problèmes, ou même que ceux-ci, finalement, sont de faux problèmes, ce serait bien. Mon point, c'est qu'on accorde créance aux résultats de cette étude sans les examiner et sans les expliquer. Et les journalistes qui reprennent la nouvelle de cette étude y sont certainement pour quelque chose. Quant à nos autorités politiques, et peut-être même sanitaires, il est plausible qu'elles ne se donneront pas la peine de lire attentivement cette étude et de l'examiner. Pourtant l'imposition d'un passeport vaccinal suppose que l'efficacité des vaccins soit prouvée scientifiquement, et qu'on comprenne pourquoi cette preuve est bonne. Autrement l'on est dans l'arbitraire, du point de vue de ceux à qui l'on pourrait imposer l'utilisation du passeport vaccinal, mais aussi du point de vue de qui pourrait l'imposer.

Enfin j'attire l'attention du lecteur sur quelques points précis :

- La politique de dépistage en Israël est différente pour les personnes complètement vaccinées et les personnes non vaccinées (p. 8-9). Par exemple, les premières n'ont pas à passer un test de dépistage quand elles reviennent de l'étranger ou quand elles ont été en contact avec un cas d'infection confirmé par test de dépistage. Cela peut avoir un effet sur le calcul de l'efficacité du vaccin, même si les auteurs s'efforcent d'atténuer cette faiblesse en invoquant toutes sortes de raisons qu'on pourra trouver convaincantes ou non.

- On dit qu'une chute des taux d'incidence des cas de contamination a pu être observée dans les différents groupes d'âge en fonction de l'avancement de la campagne de vaccination selon les différents groupes d'âge (p. 6). Pourtant les tableaux de l'évolution du taux d'incidence des cas de contamination comparativement à l'avancement de la campagne de vaccination pour trois des quatre groupes d'âge (figure 2, p. 8) pourraient aussi bien montrer que les taux d'incidence a commencé à diminuer pour trois de ces groupes d'âge à peu près en même temps, malgré un pourcentage de vaccination très différent. Du moins cela est douteux, faute de données supplémentaires.
- Le groupe d'âge 16-44 ans, utilisé dans tous les autres tableaux, a été séparé en deux groupes d'âge (16-24 ans et 25-44 ans) dans la figure 2. On peut se questionner sur les raisons de ce choix, d'autant plus que le taux d'incidence des cas d'infection est présent dans ces tableaux comme dans la figure 2. À mon sens, il aurait fallu faire l'un ou l'autre, et s'y tenir dans les deux cas. Faute d'explications sur cette irrégularité, on peut avoir l'impression que les groupes d'âge ont été manipulés pour obtenir les résultats désirés par les auteurs.
- La question de l'innocuité des vaccins et des effets secondaires est complètement absente de l'étude (la question sera abordée à la sous-section 4d).
- Il n'est jamais question de la réduction de la contagiosité du virus chez les personnes vaccinées dans cette étude.

Je conclus en disant que je devrai peut-être rectifier ou étayer cette section selon les analyses que des experts pourraient bientôt faire de cette étude.

#### **4c. Incertitudes quant à l'efficacité des vaccins**

Les incertitudes que j'aborderai ici nous sont bien connues et jouent parfois un rôle important dans l'opinion dominante sur les vaccins. Elles n'exigent donc pas de longues explications :

- Nous ignorons combien de temps dure l'efficacité des vaccins et à quelle vitesse elle décroît, selon si l'on a reçu une dose ou deux doses. Et la durée est-elle la même pour tous les vaccins ? On nous dit que l'immunité pourrait durer au moins six mois, peut-être un an, voire deux ans. Mais on ne le sait pas : les essais cliniques antérieurs à la campagne de vaccination massive n'ont pas duré assez longtemps pour qu'il soit possible d'évaluer à moyen et à long terme l'immunité qui serait procurée par les vaccins. Et les observations faites depuis le début de la vaccination massive, il y a de cela environ cinq mois, ne permettent pas de connaître la durée de cette immunité et la manière dont elle se détériore chez les personnes vaccinées, ce qui pourrait d'ailleurs varier selon l'âge et l'état de santé des personnes.
- Après l'annonce de chaque nouveau variant, on s'inquiète de l'efficacité des vaccins actuellement utilisés. C'est arrivé avec les variants dits britannique, brésilien et sud-africain, et cela se produit présentement avec le variant dit indien. Même quand on nous dit que les vaccins demeurent efficaces contre les variants, on prépare de nouveaux vaccins spécialement contre eux. Et on nous dit que la prochaine fois, il se pourrait que les vaccins ne soient pas efficaces contre ce nouveau variant, ce qui pourrait provoquer une nouvelle vague et l'adoption de nouvelles mesures sanitaires pour endiguer la contagion, jusqu'à ce que les sociétés pharmaceutiques rendent disponibles des nouveaux vaccins spécialement élaborés pour venir à bout de ce nouveau variant.
- Certains experts autorisés remettent en question l'immunité que procuraient les vaccins aux personnes plus vulnérables, généralement pour inciter les personnes moins vulnérables à aller se faire vacciner pour protéger les personnes plus vulnérables. (Sauf erreur, il n'a toujours pas été prouvé que les vaccins diminuent la contagiosité du virus, malgré les rumeurs qui circulent à ce sujet dans les médias depuis quelques mois.) En effet, la réponse immunitaire provoquée par les vaccins dépendrait de la force du système immunitaire, si bien que les personnes qui auraient le plus besoin des vaccins seraient celles auxquelles ils procureraient une immunité partielle, alors que les personnes qui auraient moins besoin d'eux seraient celles auxquelles ils procureraient une immunité plus complète. (Drôle de vaccin qu'il faudrait se faire injecter pour protéger les autres personnes, même si elles l'ont reçue elles aussi !)
- Quand le gouvernement du Québec a décidé de reporter l'injection de la deuxième dose de vaccin aux personnes plus âgées et plus vulnérables pour permettre au reste de la population, des experts, des médecins et les sociétés pharmaceutiques elles-mêmes ont exprimé des doutes ou même des critiques à propos de cette stratégie de vaccination. Compte tenu du délai d'injection de



la deuxième dose plus long que recommandé, l'injection tardive de la deuxième dose procurera-t-elle une immunité réduite aux personnes les plus susceptibles de tomber gravement malades ?

Compte tenu de tous ces doutes quant à l'efficacité des vaccins, il est légitime de nous poser les questions suivantes :

- Alors que les experts nous disent que le virus est là pour rester, la solution vaccinale est-elle une aussi bonne solution qu'on nous le dit si la durée de l'efficacité des vaccins n'est pas connue avec quelque précision, ce qui est aggravé par l'arrivée possible de variants contre lesquels les vaccins seraient moins efficaces ou même inefficaces ?
- Sommes-nous prêts, en tant qu'individus et en tant que société, à nous soumettre à de futures campagnes de vaccination qui pourraient devenir saisonnières et dont l'objectif serait de maintenir notre immunité contre le virus ou de ne nous procurer une immunité contre les nouveaux variants ?
- Le passeport vaccinal, sans lequel l'accès à plusieurs lieux et la pratique de plusieurs activités nous seraient interdits, est-il une bonne idée puisque nous risquons de nous voir retirer les privilèges qu'il procure si nous ne consentons pas à renouveler ou à maintenir notre immunité contre le virus tous les ans (par exemple), ou à acquérir une immunité contre les nouveaux variants, et ce, peut-être pour le reste de notre vie, en fonction des directives que la Santé publique pourrait formuler et que nous ne connaissons pas encore – ce qui s'avérerait une forme d'obsolescence vaccinale fort lucrative pour les sociétés pharmaceutiques ?
- Puisque les vaccins seraient moins efficaces pour les personnes plus âgées et plus vulnérables, puisque le principe même du passeport vaccinal nous obligerait à vacciner toute la population quand apparaîtrait un nouveau variant contre lequel il faudrait de nouveaux vaccins, trouvons-nous qu'il serait souhaitable d'imposer de nouvelles mesures sanitaires et de les maintenir aussi longtemps que la nouvelle immunité collective contre le nouveau variant ne serait pas acquise, en commençant la vaccination par les personnes plus âgées et plus vulnérables qu'il s'agit de protéger en priorité, mais pour lesquelles les vaccins seraient moins efficaces, et en reportant l'injection de la deuxième dose pour elles, pour permettre au reste de la population de se faire vacciner, de les protéger et de reprendre ses activités, ce qui pourrait réduire l'efficacité du vaccin pour les personnes qui en ont le plus besoin ?

Ce qu'il faut comprendre dans cette section, c'est que même en raisonnant seulement à partir des réserves ou des doutes communs à propos de l'efficacité des vaccins, l'utilisation du passeport vaccinal, qui pourrait se pérenniser, pose une série de problèmes. Bien loin d'être une manière de mettre fin à la « crise sanitaire », l'implantation de ce dispositif serait une manière de faire d'elle une partie intégrante de la nouvelle normalité.

Malheureusement ces problèmes sont généralement occultés parce que beaucoup d'entre nous ont simplement envie d'obtenir les assouplissements aux mesures sanitaires que le gouvernement leur a annoncés comme conséquences de l'atteinte des objectifs vaccinaux. Et ceux qui se posent ces problèmes n'y voient pas toujours autant de raisons de remettre en question la solution vaccinale et le passeport vaccinal, puisqu'il n'y aurait pas d'autres voies possibles (pas de traitements efficaces contre la COVID-19, nous dit-on), puisque ces problèmes feraient partie de la nouvelle normalité qu'il nous faudra bien accepter. Mais on verra qu'il n'en est pas ainsi, mais seulement après nous être intéressés à l'innocuité et aux effets secondaires des vaccins, et à la balance des bénéfices et des risques de la vaccination massive de toute la population.