

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

COUR SUPÉRIEURE
(Chambre civile)

N°: 500-17-118565-210

MICHEL LACHANCE, paramédic

et al.

Parties demanderesses

c.

**PROCUREUR GÉNÉRAL DU
QUÉBEC**

Défendeur

**RÉPONSES À L'INTERROGATOIRE ÉCRIT D'UN MEMBRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE
DE SANTÉ PUBLIQUE
(ART. 223 C.P.C.)**

1) Votre nom ;

R : Michel Désy.

2) Votre position au sein du Comité d'éthique de santé publique (CESP) ;

R : Secrétaire.

3) Êtes-vous membre du CESP ?

R : Non.

4) Depuis quand êtes-vous membre du CESP ?

R : Je ne suis pas membre du CESP.

5) Quelle est votre expérience professionnelle ?

R : Je suis conseiller en éthique à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) depuis 2010. Je joins au présent interrogatoire écrit une copie de mon curriculum vitae.

6) Quelle est votre éducation ?

R : PhD en philosophie de l'Université de Montréal, 2007. Je joins au présent interrogatoire écrit une copie de mon curriculum vitae.

7) Qui rédige les avis donnés par le CESP au MSSS ? Veuillez décrire le processus de prise de décision au sein du CESP ;

R : La permanence du CESP rédige les avis, mais les membres du comité en sont les auteurs. Le processus d'examen du CESP s'articule autour de quatre grandes phases. Il s'amorce par un travail de description du projet sous examen, sa mise en situation. Suit un travail d'explicitation des enjeux et préoccupations éthiques propres au projet. Dans un

troisième temps s'effectue un travail d'analyse critique des enjeux et des préoccupations conduisant à l'ordonnement des valeurs en présence. La dernière étape est celle de la formulation des orientations ou des pistes d'action et de la justification de ces choix sur le plan éthique. Pour plus de détails ici, au besoin :

<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/cesp/outil-pratique-analyse-ethique.pdf>

8) Comment se fait la sélection des membres du CESP ?

R : Les membres sont nommés par le Conseil d'administration de l'INSPQ, sous recommandation d'un comité de sélection.

9) Est-ce que le CESP est indépendant par rapport au MSSS ?

R : Oui.

10) Avez-vous été impliqué dans la rédaction des avis du CESP de janvier 2021 et septembre 2021 au sujet de la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé ?

R : Oui.

11) Dans son avis sur la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé (TdS) contre la Covid-19 du 13 janvier 2021 (avis initial), le CESP explique de façon très détaillée les valeurs qui ont été prises en considération et mises en balance pour en arriver à la conclusion suivante :

Le CESP considère que la vaccination obligatoire des TdS n'est pas justifiable car il n'est pas établi :

- Que les vaccins autorisés préviennent la transmission du virus vers les usagers ;
- Que les TdS vaccinés, qui seraient ultérieurement testés positifs à la COVID-19, pourraient demeurer en poste pour soutenir les services ;

Q : À la lecture de cette conclusion, est-il exact de considérer que la capacité des vaccins à prévenir la transmission du virus des personnes vaccinées aux personnes non vaccinées doit être démontrée et qu'elle est une condition indispensable à la justification d'une obligation vaccinale imposée aux TdS comme moyen de protection des usagers ?

R : Non. Le CESP n'a pas considéré la capacité des vaccins à prévenir la transmission comme « condition indispensable à la justification d'une vaccination obligatoire » des travailleurs de la santé (TdS).

12) Dans son avis du 7 septembre 2021, le Comité d'éthique précise que, selon les nouvelles données disponibles sur les vaccins et plus particulièrement l'étude non validée effectuée en Israël, l'efficacité du vaccin Pfizer-BioNTech à protéger contre l'infection et contre la transmission par les vaccinés dans le cadre des contacts familiaux était à 88,5 %.

Q : Pouvez-vous confirmer que cette étude s'est déroulée sur une période allant du 15 juin 2020 au 24 mars 2021, et que c'est pour cette raison que le CESP a indiqué dans son avis révisé que cette étude ne tenait pas compte du variant Delta et que la capacité des vaccins à prévenir la transmission du variant Delta par les personnes vaccinées devait encore faire l'objet d'études supplémentaires ?

R : L'étude en question s'est bien déroulée du 15 juin 2020 au 24 mars 2021. Cette étude ne tenait pas compte du variant Delta. L'idée que le vaccin de Pfizer-BioNtech devait faire l'objet d'études supplémentaires quant à la protection contre la transmission venait à ce moment de GEAGEA, H., PADET, L. & LÉON, G. (2021) « Revue de la littérature scientifique sur le variant Delta : transmission, virulence et efficacité vaccinale » *INSPQ, Québec*, qui tenait compte d'autres études à part celle citée ici.

- 13) Concernant l'évolution de la campagne de vaccination dans les milieux de soins, le CESP fait référence aux travaux réalisés par l'INSPQ dans son analyse de l'impact de la première dose de vaccin contre la COVID-19 dans les CHSLD et les RPA.

Ces analyses ont mis en évidence que, dans les milieux de soins plus à risques, une couverture vaccinale optimale du personnel et des usagers est garante d'une meilleure protection pour les patients les plus vulnérables et ce, même si ces derniers sont eux-mêmes vaccinés.

Les observations suggèrent qu'il y aurait une forme d'immunité de groupe qui peut s'installer grâce à la vaccination des travailleurs et des résidents.

Q A) : Pouvez-vous confirmer que cette analyse s'est déroulée sur une période allant du 23 juin 2020 au 10 avril 2021, et que c'est pour cette raison que le CESP a indiqué qu'au moment de la rédaction de son avis révisé, on ne savait pas si les constats qui y sont dressés seraient encore valables avec le variant Delta ?

R : Non, la période d'observation pour les CHSLD était du 23 août 2020 au 6 mars 2021. Pour les RPA, elle était du 23 août 2020 au 10 avril 2021.

Q B) : Compte tenu des observations précédentes, pouvez-vous confirmer que, pour formuler son avis révisé, le CESP s'est appuyé, concernant l'efficacité des vaccins à prévenir la transmission du virus, sur des données et des études dont aucune ne portait ni directement ni indirectement sur le variant Delta ?

R : Pour une réponse précise à cette question, il faut consulter les auteurs du document cité à la question 12 (GEAGEA, H., PADET, L. & LÉON, G).

Q C) : Est-il exact d'affirmer, dans ces conditions, que la position du Comité d'éthique sur l'obligation vaccinale imposée aux travailleurs de la santé au nom du principe de précaution en août 2021 ne reposait pas sur des études scientifiques spécifiques au variant Delta ?

R : Non, ce n'est pas exact.

- 14) Dans son avis initial de janvier 2021, le CESP avait indiqué qu'il se réservait le droit de réviser cet avis en fonction de l'évolution de la situation et notamment de l'actualisation de la valeur de bienfaisance, valeur centrale de l'obligation vaccinale imposée aux TdS ;

Le 29 octobre 2021, avant la mise en œuvre de l'obligation vaccinale pour les TdS, une étude britannique menée par les scientifiques de l'Imperial College of London entre septembre 2020 et septembre 2021, publiée dans la revue *The Lancet Infectious Diseases* révélait que l'efficacité des vaccins autorisés à protéger contre l'infection par le variant Delta et contre la transmission par les vaccinés était inférieure à 40 %. (SINGANAYAGAM, A., « Community transmission and viral load

kinetics of the SARS-CoV-2 delta [B.1.617.2] variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study » (29 octobre 2021) *The Lancet Infectious Diseases*)

Q A) : Avez-vous eu connaissance de cette étude et, si oui, à quelle date avez-vous eu connaissance de l'étude ?

R : Non. L'article est paru après les deux avis du CESP sur la question.

Q B) : Si non, ne considérez-vous pas qu'il était de votre responsabilité, compte tenu des enjeux, de vous préoccuper de l'évolution des données scientifiques ?

R : Ce n'est pas le rôle du CESP de surveiller l'évolution des données scientifiques, mais d'en tenir compte au moment d'émettre un avis éthique. Voir la réponse à la question suivante, 14) C.

Q C) : Pourquoi vous n'avez pas révisé votre avis en fonction de l'évolution des données scientifiques ?

R : Il n'a pas été question de réviser la position du CESP une troisième fois à la lumière de la décision du gouvernement, le 3 novembre 2021, de renoncer à la vaccination obligatoire des TdS. L'article en question est paru le 29 octobre 2021.

- 15) Dans son avis révisé du 7 septembre 2021, le CESP avait alerté sur la probable efficacité moindre de la vaccination à contrer l'infection au variant Delta et sa transmission aux usagers par les personnes vaccinées.

Q : Puisqu'un taux de 88,5 % a été qualifié de protection imparfaite par le CESP, mais acceptable pour justifier une atteinte à l'intégrité physique des TdS, quelle serait la qualification qu'attribuerait le CESP à un taux de protection de 40 %, et est-ce qu'un tel taux, légitimise sur le plan éthique, une atteinte à l'intégrité physique des TdS ?

R : Le CESP n'a pas pris position sur cette question.

- 16) Dans son avis révisé du 7 septembre 2021, le CESP indiquait que le principe de précaution pouvait servir d'assise à la vaccination obligatoire des TdS, mais que, si les autorités visaient une meilleure protection des usagers, il devrait y avoir une meilleure démonstration de l'efficacité de cette mesure comparativement aux autres qui visent le même objectif.

Q : Compte tenu de la capacité qu'ont les TdS vaccinés de transmettre le virus et puisque ces TdS vaccinés ne sont pas testés s'ils sont asymptomatiques, est-il légitime de conclure que les tests de dépistages imposés aux TdS non vaccinés sont un moyen plus efficace que la vaccination pour prévenir la transmission et les éclosions dans les milieux de soins ?

R : Le CESP n'a pas pris position sur cette question.

- 17) Dans son avis initial de janvier 2021, le CESP avait indiqué que l'obligation vaccinale soulevait un enjeu particulier de non-malfaisance en ce qu'elle ne devrait pas imposer des sanctions injustifiables ou contre-productives aux individus qui refusent le vaccin.

Q A) : Est-ce que des dispositions ayant pour effet d'empêcher la promotion ou la mobilité professionnelle, ou d'exclure ou de priver des primes et autres bénéfices

les TdS pour le seul motif qu'ils ont choisi de ne pas se faire vacciner est, sur le plan éthique, conforme à la valeur de non-malfaisance de l'obligation vaccinale ?

R : L'analyse effectuée par le CESP ne repose pas que sur la seule valeur de non-malfaisance.

Q B) : Est-il éthique d'inciter les travailleurs de la santé à la vaccination par la privation de primes et de mobilité professionnelle et par l'exigence de se faire tester régulièrement ?

R : Le CESP n'a pas pris position sur cette question.

Q C) : Trouvez-vous acceptable, sur le plan éthique et moral, l'extorsion du consentement à la vaccination des travailleurs de la santé ?

R : Le CESP n'a pas pris position sur cette question.

- 18) Veuillez me transmettre copie de tous les rapports d'expertise, analyses, études, mémoires, avis, documents et correspondance transmis par le Comité d'éthique au MSSS concernant la vaccination obligatoire des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux depuis le 15 mars 2020 ;

R : Voir les deux documents joints au présent interrogatoire écrit.

- 19) Veuillez me transmettre copie de tous les rapports d'expertise, analyses, études, mémoires, avis, documents et correspondance reçus par le Comité d'éthique de MSSS concernant la vaccination obligatoire des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux depuis le 15 mars 2020 ;

R : Aucun.

- 20) Veuillez me transmettre copie de tous les rapports d'expertise, analyses, études, mémoires, avis, documents et correspondance envoyés par le Comité d'éthique au MSSS concernant la vaccination obligatoire contre la COVID-19 d'une portion de la population et/ou d'un corps de métier ou de toute la population québécoise ;

R : Aucun.

- 21) Veuillez me transmettre copie de tous les rapports d'expertise, analyses, études, mémoires, avis, documents et correspondance envoyés par le Comité d'éthique au MSSS concernant la vaccination contre la COVID-19 d'une portion de la population et/ou corps de métier, ou de toute la population québécoise ;

R : Aucun.

- 22) Veuillez me transmettre copie de tous les rapports d'expertise, analyses, études, mémoires, avis, documents et correspondance reçus par le Comité d'éthique de la part des tiers ou contractants concernant la vaccination contre la COVID-19 d'une portion de la population et/ou d'un corps de métier, ou de toute la population québécoise ;

Une objection est formulée à cette question. La question telle que libellée est insuffisamment précise et représente un travail considérable de recherche et de repérage de documents exigeant la libération de ressources dédiées à d'autres mandats d'importance. Afin de répondre à cette question, le représentant du CESP devrait consacrer un nombre d'heures considérables, ce qui l'empêcherait de réaliser ses responsabilités et ce qui aurait un impact important sur les activités du CESP. Il est impossible de répondre à cette

question dans l'échéancier imposé et cette question est davantage de la nature d'une partie de pêche.

- 23) Veuillez me transmettre copie de tous les rapports d'expertise, analyses, études, mémoires, avis, documents et correspondance échangés à l'interne par le Comité d'éthique concernant la vaccination contre la COVID-19 d'une portion de la population et/ou d'un corps de métier, ou de toute la population québécoise ;

Une objection est formulée à cette question. La question telle que libellée est insuffisamment précise et représente un travail considérable de recherche et de repérage de documents exigeant la libération de ressources dédiées à d'autres mandats d'importance. Afin de répondre à cette question, le représentant du CESP devrait consacrer un nombre d'heures considérables, ce qui l'empêcherait de réaliser ses responsabilités et ce qui aurait un impact important sur les activités du CESP. Il est impossible de répondre à cette question dans l'échéancier imposé et cette question est davantage de la nature d'une partie de pêche.

- 24) Veuillez me transmettre copie de tous les rapports d'expertise, analyses, études, mémoires, avis, documents et correspondance échangés entre le Comité d'éthique et le Collège des médecins du Québec concernant la vaccination contre la COVID-19 d'une portion de la population et/ou d'un corps de métier, ou de toute la population québécoise ;

R : Il n'y a aucun document répondant à cette question.

- 25) Veuillez me transmettre copie de tous les rapports d'expertise, analyses, études, mémoires, avis, documents et correspondance échangés entre le Comité d'éthique et la Fédération des médecins spécialistes du Québec concernant la vaccination contre la COVID-19 d'une portion de la population et/ou d'un corps de métier, ou de toute la population québécoise ;

R : Il n'y a aucun document répondant à cette question.

- 26) Veuillez me transmettre copie de tous les rapports d'expertise, analyses, études, mémoires, avis, documents et correspondance échangés entre le Comité d'éthique et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la vaccination contre la COVID-19 d'une portion de la population et/ou d'un corps de métier, ou de toute la population québécoise ;

R : Il n'y a aucun document répondant à cette question.

- 27) Veuillez me transmettre copie de tous les rapports d'expertise, analyses, études, mémoires, avis, documents et correspondance échangés entre le Comité d'éthique et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec concernant la vaccination contre la COVID-19 d'une portion de la population et/ou d'un corps de métier, ou de toute la population québécoise ;

R : Aucun.

- 28) Veuillez me transmettre copie de tous les rapports d'expertise, analyses, études, mémoires, avis, documents et correspondance échangés entre le Comité d'éthique et l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec concernant la vaccination contre la COVID-19 d'une portion de la population et/ou d'un corps de métier, ou de toute la population québécoise ;

R : Aucun.

- 29) Veuillez me transmettre copie de tous les rapports d'expertise, analyses, études, mémoires, avis, documents, données et correspondance échangés entre le Comité d'éthique et tout autre organisme, autorité ou institution gouvernementale ou ministère, provincial ou fédéral, concernant la vaccination contre la COVID-19 d'une portion de la population et/ou d'un corps de métier, ou de toute la population québécoise.

R : Aucun.

ET J'AI SIGNÉ à Québec, le 20 juin
2022

Michel Désy

Signé avec ConsignO Cloud (20/06/2022)
Vérifiez avec verifio.com ou Adobe Reader.



MICHEL DÉSY

Déclaré sous serment par voie
électronique, à Québec, le 20 juin 2022

Maitre Longchamps #160 010

**Commissaire à l'assermentation
pour le Québec**

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

COUR SUPÉRIEURE
(Chambre civile)

N° : 500-17-118565-210

MICHEL LACHANCE, paramédic

et al.

Parties demanderesses

c.

**PROCUREUR GÉNÉRAL DU
QUÉBEC**

Défendeur

ANNEXE 1

CURRICULIM VITAE DE M. MICHEL DÉSY

RÉPONSES 5 ET 6

Curriculum Vitæ

Michel Désy
Institut national de santé publique du Québec
190 Crémazie E.
Montréal, QC H2P 1E2
514-864-1600, poste 3320
Courriel : michel.desy@inspq.qc.ca

FORMATION ET DIPLÔMES

- 2008** **Stage postdoctoral**, Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé
- 2007** **Doctorat en philosophie**, Université de Montréal. Titre de la thèse : *L'accommodement raisonnable comme outil de santé publique*
- 1995** **Maîtrise en philosophie**, UQAM.
- 1993** **Baccalauréat en sciences politiques**, UQAM.

TRAVAIL

- 2010 à 2022** Conseiller spécialisé en éthique, Institut national de santé publique du Québec, Comité d'éthique de santé publique, Secrétaire du CESP depuis 2018
- 2016 à 2022** Chargé d'enseignement clinique, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal
- 2010** Associé de recherche, Département d'anthropologie, Université Laval
- 2005-2009** Agent de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique de Montréal, Secteur École et milieux en santé
- 2002-2005** Agent de recherche, Direction de santé publique de Montréal, Secteur Écologie humaine et sociale, Équipe Culture et migration

EXPÉRIENCE PERTINENTE

- 2021 à 2022** Membre, Comité d'éthique et de déontologie, Santé Publique France
- 2017 à 2022** Membre, Commission de l'éthique en science et technologie
- 2009-2015** Membre, Comité consultatif sur le renouvellement de l'Énoncé de politique des trois Conseils – axe santé des populations (Secrétariat sur la conduite responsable de la recherche, Ottawa)

ENSEIGNEMENT (depuis 2017)

- MMD4511** Externat en médecine. Conférencier, responsable du volet « Éthique et santé publique ». Université de Montréal. Faculté de médecine. Depuis 2018.
- MSN6021** Gestion des risques. Conférencier, responsable des cours « Principe de précaution » et

« Éthique et gestion du risque » Université de Montréal, Département de santé environnementale et santé au travail. Depuis 2012.

MSO6038 Pratiques de santé publique. Conférencier, responsable du volet « Éthique et santé publique » Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive. Depuis 2016.

DIRECTION D'ÉTUDIANTS AUX ÉTUDES SUPÉRIEURES (depuis 2017)

- 21/05 à 21/08 Direction de stage, Myriam Ben Moussa, 2e cycle. Analyse de deux enjeux éthiques liés à la réduction des méfaits
- 18/09 à 18/12 Direction de stage, Gabriel Bordeleau-Gervais, 2e cycle. L'acceptabilité sociale
- 18/09 à 18/12 Direction de stage, Jézabel Dumas, 2e cycle. Les dimensions éthiques de l'accès aux SIPPES
- 18/09 à 18/12 Direction de stage, Ariane Néron-Lapointe, 2e cycle. Les dimensions éthiques du cannabis comestible
- 17/09 à 17/12 Direction de stage, Emmanuelle Jost, 2e cycle. Les dimensions éthiques de la participation publique en santé publique
- 17/09 à 17/12 Direction de stage, Marie-Ève Lemoine, 3e cycle. Les dimensions éthiques du dépistage prénatal
- 17/05 à 17/09 Direction de stage, Simone Santerre, 2e cycle. Les dimensions éthiques de la taxation des boissons sucrées
- 16/09 à 17/02 Direction de stage, Virginie Manus, 2e cycle. L'intégration de l'éthique dans la planification et la gestion de projets en santé publique
- 16/09 à 17/02 Direction de stage, Jules Blanc, 2e cycle. Élaboration d'un outil permettant de considérer les dimensions éthiques liées à un processus de priorisation en biosurveillance au Québec

PUBLICATIONS en tant qu'auteur (depuis 2017)

Bédard, et coll. *Réflexion éthique sur la question de limiter l'accès aux soins pour les personnes non-vaccinées*. MSSS, Québec, 2022.

Désy, M., St-Pierre, J. « La réflexion éthique, un outil pour justifier les actions de santé publique au Québec ». *La Santé en action*. 453, 2020.

Désy, M., St-Pierre, J., Leclerc, B. et coll. *Enjeux éthiques de la pandémie de COVID 19 : précaution et déconfinement*. INSPQ, Québec, 2020.

Désy, M., St-Pierre, J., Leclerc, B. et coll. *Cadre de réflexion sur les enjeux éthiques liés à la pandémie de COVID-19*. INSPQ, Québec, 2020.

Bouthillier, M.-A. et coll. *Pénurie d'équipements de protection individuelle pendant la pandémie de COVID-19 : Entre le devoir professionnel de soigner et celui de se protéger : que choisir ?* CMQ, OIIQ, OIIAQ & OPIQ, Montréal. 2020.

Leclerc, B. et coll. *Réflexion sur le plan de reprise du dépistage du cancer du sein dans le contexte de la pandémie COVID-19*. MSSS, Québec. 2020.

Talbot, A. et coll. *Refus du test de dépistage de la COVID-19 : Repères pour une prise de décision en situation complexe*. Non publié. 2020.

Hamelin, A. M., Caux, C., Désy, M. et coll. « Developing the culture of ethics in population health intervention research in Canada ». *Global Health Promotion*, May, 2020.

Désy, M. *Ethical Dimension of Stigmatization in Public Health*. INSPQ, Québec, 2019.

Hamelin, A. M., Caux, C., Désy, M., Guichard, A., Ouédraogo, S., Tremblay, M. C. & Godard, B. « Développer une culture de l'éthique en recherche interventionnelle en santé des populations ». *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 20(2), 2018.

Désy, M. *Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique : outil d'aide à la réflexion : mise à jour 2018*. INSPQ, Québec, 2018.

Désy, M., Filiatrault, F., Leclerc, B. *La compétence du Comité d'éthique de santé publique dans le domaine de la surveillance : réflexion et propositions*. INSPQ, Québec, 2018.

Filiatrault, F., Désy, M., Leclerc, B. *Le processus d'examen éthique du Comité d'éthique de santé publique et son cadre de référence*. INSPQ, Québec, 2017.

Désy, M. *Analyse de quatre enjeux éthiques découlant de la légalisation du cannabis*. INSPQ, Québec, 2017.

Filiatrault, F., Désy, M., Leclerc, B. *Framework of Values to Support Ethical Analysis of Public Health Actions*. INSPQ, Québec, 2017.

PUBLICATIONS en tant que rédacteur (depuis 2017)

CESP. Avis sur le Plan de surveillance thématique sur la maltraitance envers les personnes âgées. INSPQ, Québec, 2021.

CESP. Mise à jour de l'Avis sur la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé. INSPQ, Québec, 2021.

CESP. Avis sur les passeports immunitaires. INSPQ, Québec, 2021.

CESP. Avis sur la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé. INSPQ, Québec, 2021.

CESP. Avis sur l'Enquête montréalaise sur les conditions sociales et la participation des personnes de 55 ans et plus. INSPQ, Québec, 2020.

CESP. Avis sur le Plan régional de surveillance de la Montérégie. INSPQ, Québec, 2019.

CESP. Avis sur le Plan de surveillance des anomalies congénitales au Québec. INSPQ, Québec, 2019.

CESP. Avis sur le Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants – Volet : Activité physique. INSPQ, Québec, 2019.

CESP. Avis sur le consentement au dépistage de la trisomie 21. INSPQ, Québec, 2018.

CESP. Avis sur le Plan de surveillance en cancérologie. INSPQ, Québec, 2018.

CESP. Avis sur le Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2017-2027. INSPQ, Québec, 2018.

CESP. Avis sur le projet de portrait des troubles musculosquelettiques non traumatiques liés au travail. INSPQ, Québec, 2017.

CESP. Avis sur la mise à jour du Plan régional de surveillance du Saguenay–Lac-Saint-Jean. INSPQ, Québec, 2017.

CESP. Avis sur une étude de biosurveillance dans le quartier Notre-Dame de Rouyn-Noranda. INSPQ, Québec, 2017.

C A N A D A
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

COUR SUPÉRIEURE
(Chambre civile)

N° : 500-17-118565-210

MICHEL LACHANCE, paramédic

et al.

Parties demanderesses

c.

**PROCUREUR GÉNÉRAL DU
QUÉBEC**

Défendeur

ANNEXE 2

**COURRIEL DE MICHEL DÉSY À HORACIO ARRUDA ET AUTRES DU 6 JANVIER
2021 INTITULÉ : « AVIS DE DIFFUSION, AVIS SUR LA VACCINATION
OBLIGATOIRE DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE
SANTÉ PUBLIQUE »**

VOIR ANNEXE 2.1 PIÈCE JOINTE

RÉPONSE 18

Marjorie Daigle

De: Michel Désy de la part de 03 INSPQ - CESP
Envoyé: 6 janvier 2021 16:30
À: Horacio Arruda; Richard Massé
Cc: Jonathan Valois; Marjaurie Côté-Boileau; Mylène Dalaire; Dominique Savoie; Yovan Fillion; johanne.pelletier.mce@msss.gouv.qc.ca; msss_bsm_demands.bca@msss.gouv.qc.ca; Sara-Maude Boyer-Gendron; bruno_leclerc@uqar.ca; Nicole Damestoy; Jocelyne Sauvé; François Desbiens; Julie Dostaler; Christine Métayer
Objet: Avis de diffusion, avis sur la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé du Comité d'éthique de santé publique
Pièces jointes: 3091_avis_vaccination_obligatoire_travailleurs_sante_covid_19.pdf

Bonjour,

Voici une nouvelle publication que nous allons mettre en ligne prochainement. Il s'agit de l'avis sur la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé du Comité d'éthique de santé publique (CESP). Il est prévu que l'avis sera publié le 4 février 2021 sur la page web du CESP <https://www.inspq.qc.ca/cesp>. Nous sommes à votre disposition pour toute question, commentaire ou discussion.

En mon nom et en celui du Comité, je vous prie d'agréer l'expression de nos sentiments distingués.

Pour le président du Comité d'éthique de santé publique, Bruno Leclerc,



Michel Désy
Secrétaire du Comité d'éthique de santé publique
190, boulevard Crémazie Est, RC.09
Montréal (Québec) H2P 1E2
Tél. : 514 864-1600 poste 3320
Téléc. : 514 864-1616

C A N A D A
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

COUR SUPÉRIEURE
(Chambre civile)

N° : 500-17-118565-210

MICHEL LACHANCE, paramédic

et al.

Parties demanderesses

c.

**PROCUREUR GÉNÉRAL DU
QUÉBEC**

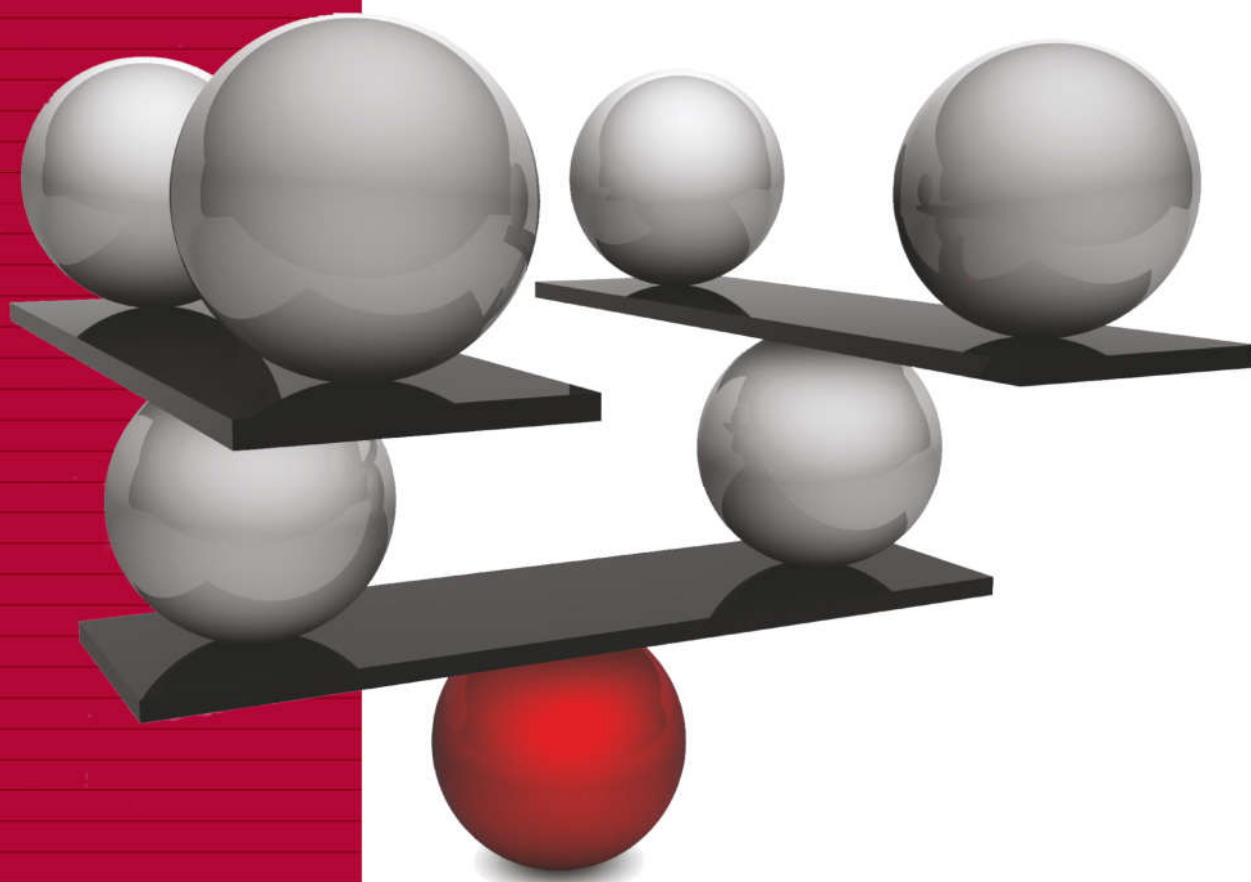
Défendeur

ANNEXE 2.1

**PIÈCE JOINTE AU COURRIEL ANNEXE 2 DE MICHEL DÉSY À HORACIO ARRUDA
ET AUTRES DU 6 JANVIER 2021 INTITULÉ « AVIS DE DIFFUSION, AVIS SUR LA
VACCINATION OBLIGATOIRE DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ DU COMITÉ
D'ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE »**

« PJ_3091_avis_vaccination_obligatoire_travailleurs_sante_covid_19 »

RÉPONSE 18



COMITÉ
D'ÉTHIQUE
DE SANTÉ PUBLIQUE

**Avis sur la vaccination
obligatoire des travailleurs
de la santé contre la COVID-19**

AUTEUR

Comité d'éthique de santé publique

RÉDACTEURS

Julie St-Pierre
Michel Désy
Secrétariat général

MISE EN PAGES

Secrétariat général

COLLABORATEURS

Ève Dubé
Philippe de Wals
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca> et du Comité d'éthique de santé publique au : <http://cesp.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2021
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-88321-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2021)

Avant-propos

Le Comité d'éthique de santé publique (CESP) est formé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et rattaché à son conseil d'administration. Il exerce une fonction conseil auprès des instances de santé publique. Ses avis ne sont pas prescriptifs. Le CESP est un comité autonome. Tel qu'il lui est possible, c'est à sa propre initiative qu'il a choisi de se pencher sur le thème de cet avis en décembre 2020.

Table des matières

Faits saillants	1
Introduction	2
Mise en situation	2
Délibération du Comité	5
Valeurs en présence.....	5
Analyse éthique.....	7
Conclusion et recommandations	8
Références	10

Faits saillants

Même si la découverte d'un ou de plusieurs vaccins ne mettra pas immédiatement fin à la pandémie ni aux mesures sanitaires de protection contre la maladie, cette étape représente une avancée majeure.

La stratégie vaccinale mise en place reposera sur plusieurs facteurs, notamment la disponibilité des vaccins, leur sécurité et leur efficacité.

Plusieurs choix devront être faits en ce qui a trait aux stratégies d'administration des vaccins contre la COVID-19. C'est un pouvoir conféré au gouvernement en contexte d'état d'urgence sanitaire.

Par leur rôle crucial en temps de pandémie, leurs contacts potentiels avec des personnes vulnérables et le fait qu'ils ont été particulièrement touchés par la maladie, les travailleurs de la santé sont considérés comme un des groupes prioritaires pour d'éventuels vaccins contre la COVID-19.

Devant cette situation, le Comité d'éthique en santé publique a décidé de se pencher sur la pertinence de rendre obligatoire la vaccination aux travailleurs de la santé.

Après avoir consulté des études à ce sujet, il a fondé son analyse sur les bénéfices et les inconvénients d'un tel choix à travers le prisme des valeurs en présence, principalement la bienfaisance, la liberté, le respect et la non-malfaisance, sans qu'elles soient exclusives dans cette analyse.

À la lumière de son examen éthique, le CESP conclut que, dans le contexte actuel, la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé n'est pas justifiable.

Pour le CESP :

Il n'est pas encore établi si les vaccins autorisés préviennent la transmission du virus vers les usagers et si les travailleurs de la santé vaccinés qui pourraient être subséquemment testés positifs à la COVID-19 pourraient toujours soutenir les services en demeurant en poste (valeur de bienfaisance).

Le CESP considère que les valeurs de liberté, de non-malfaisance et de respect ont plus de poids que la valeur de bienfaisance, dans la mesure où cette dernière n'est pas pleinement réalisée.

Le Comité recommande une campagne de vaccination non obligatoire qui repose sur les valeurs de réciprocité et de solidarité si importantes pour favoriser la vaccination, surtout en temps de pandémie.

Introduction

La pandémie de COVID-19 a propulsé la recherche dans une course contre la montre pour mettre au point des vaccins efficaces contre la maladie. Même si la découverte d'un ou de plusieurs vaccins ne mettra pas automatiquement fin à la pandémie, ni aux mesures sanitaires de protection contre la maladie, cette étape représente une avancée majeure. La stratégie vaccinale mise en place reposera sur plusieurs facteurs, notamment la disponibilité des vaccins, leur sécurité et leur efficacité. Un scénario probable fera peut-être appel à l'utilisation, de façon simultanée, de plusieurs vaccins ayant des profils d'efficacité et de sécurité possiblement différents. Ainsi, les quantités de vaccins qu'il sera possible de produire et distribuer, les effets secondaires qui pourront survenir chez ceux qui les auront reçus de même que l'efficacité des vaccins à prévenir les décès et les cas de maladies graves et, éventuellement, la transmission, sont des éléments à prendre en considération dans la réflexion. L'efficacité des stratégies de vaccination devra aussi être évaluée, en soupesant la protection offerte et la diminution du risque de transmission par rapport aux ressources investies. Enfin, l'acceptabilité sociale des modalités de vaccination sera également un enjeu majeur. Plusieurs choix dont la responsabilité incombe aux autorités politiques et de santé publique de même qu'à la population seront donc à faire, comme ce fut le cas pour toutes les autres mesures sanitaires.

Parmi ces choix se trouve celui d'ordonner la vaccination obligatoire de toute ou d'une partie de la population, un pouvoir conféré au gouvernement en contexte d'état d'urgence sanitaire (Loi sur la santé publique (LSP), RLRQ, c. S-2-2, art. 123 (1^o)). Le gouvernement peut, dans ce cas, dresser une liste de personnes ou de groupes devant être vaccinés en priorité, par exemple, les travailleurs de la santé (TdeS). En effet, de par leur rôle crucial en temps de pandémie, leurs contacts potentiels avec des personnes vulnérables et le fait qu'ils ont été particulièrement touchés par la maladie, les TdeS sont considérés comme un des groupes prioritaires pour d'éventuels vaccins contre la COVID-19, tel que le stipule l'avis préliminaire du Comité d'immunisation du Québec qui les place au deuxième rang dans la séquence de vaccination (CIQ, 2020). C'est donc la question qui fera l'objet du présent avis : est-il justifiable d'imposer la vaccination aux TdeS? Dans cet avis, le Comité

d'éthique de santé publique (CESP) considère les TdeS comme englobant tout le personnel œuvrant dans le milieu de la santé auprès des usagers (médecins, infirmières, thérapeutes, préposés, etc.), mais également le personnel de soutien qui travaille dans les milieux d'hébergement (CHSLD, RPA, ressources intermédiaires).

L'analyse éthique de la question soulevée nous conduit d'abord à examiner les politiques d'obligation vaccinale, leur fonctionnement et leur efficacité pour augmenter la couverture vaccinale, à la fois de manière large mais aussi plus spécifiquement chez les TdeS. Elle nous oblige également à réfléchir à un facteur important, celui de l'hésitation vaccinale. Dans le cas des TdeS, l'incidence de l'hésitation, les raisons qui la motivent et les répercussions qu'elle peut avoir méritent d'être explorées pour mieux saisir les enjeux éthiques qu'elle fait émerger parallèlement à la question centrale. Après avoir ainsi tracé les contours du problème, les valeurs en présence seront par la suite identifiées et définies une à une. Cela nous mènera à considérer la vaccination obligatoire des TdeS en soi. Les justifications et recommandations du comité concernant les valeurs à prioriser dans le contexte actuel seront présentées par la suite.

Mise en situation

L'examen des politiques de vaccination obligatoire existant ailleurs dans le monde peut nous aider à mieux comprendre les enjeux éthiques que soulève ce type de mesure. Les études s'étant intéressées à cette question ont pour la plupart porté sur la vaccination chez les enfants. Une étude récente de Gavagna *et al.* (2020) a montré que, des 193 pays membres des Nations Unies, 105 pays (54 %) avaient adopté une politique de vaccination obligatoire au niveau national. Dans 62 de ces pays, au moins une sanction accompagnait l'obligation vaccinale, variant d'un pays à l'autre. Les auteurs de l'étude ont divisé les sanctions selon quatre catégories : les sanctions financières, celles qui touchent l'éducation, celles qui entravent la liberté et celles qui affectent les droits parentaux (en Italie, le refus de vacciner son enfant peut aller jusqu'à la déchéance de l'autorité parentale). Les plus courantes sont les sanctions financières et celles qui limitent le droit à l'éducation (notamment par le refus de l'admission de l'enfant à l'école ou son exclusion). Elles peuvent être plus ou moins sévères, situationnelles

(ex. : absence forcée de l'école lors d'une écloison seulement), uniques ou répétitives (ex. : amende récurrente). La contrainte associée à l'obligation se comprend donc sur un continuum.

Certaines données indiquent que la menace et l'imposition de sanctions augmente le taux de vaccination chez les enfants en contexte de vaccination obligatoire. Des études réalisées aux États-Unis ont par exemple démontré que l'obligation de fournir la preuve qu'un enfant a été vacciné pour l'admission à l'école ou à la garderie permet d'accroître le taux de vaccination (Omer *et al.*, 2019). D'autres études en Europe ont constaté que le fait de sévir, notamment en augmentant l'amende imposée pour le non-respect de l'obligation vaccinale, est aussi associé à une augmentation du taux de vaccination (Vaz *et al.*, 2019). Au Canada, la vaccination obligatoire a notamment été utilisée contre la variole à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècles. En ce moment, seulement l'Ontario et le Nouveau-Brunswick exigent une preuve de vaccination pour les enfants et les adolescents qui fréquentent l'école. Dans ces deux provinces, seules les exceptions pour des raisons médicales (une note d'un dispensateur de soins de santé peut être exigée) ou idéologiques (croyances ou valeurs) sont acceptées.

Il importe de préciser que si son influence sur le taux de vaccination dans certains contextes est démontrée, la vaccination obligatoire comporte toutefois des limites importantes. Des études suggèrent notamment qu'il n'existe pas de relation linéaire simple entre la coercition associée à une politique et son impact sur le taux de vaccination. De plus, le fait de l'obliger pourrait même s'avérer contre-productif en favorisant un climat de méfiance propice à la polarisation du discours sur la vaccination, encourageant ainsi l'hésitation vaccinale. D'autre part, comme des exemptions non-médicales pour motifs religieux ou philosophiques sont permises dans la plupart des cas où la vaccination est obligatoire, les récalcitrants peuvent y trouver une manière de s'en dispenser, quitte à se tourner vers des exemptions médicales lorsqu'aucune autre option n'est possible. En 2016, après être devenu le premier État américain à interdire les exemptions non-médicales à la vaccination obligatoire, la Californie a ainsi vu les exemptions pour motifs religieux ou philosophiques être remplacées par des exemptions médicales, soulevant des problèmes d'intégrité de la part des personnes qui les autorisent. L'impact de la loi s'est donc avéré relativement faible

puisque les parents n'ont eu qu'à faire appel à un autre moyen afin de soustraire leurs enfants à l'obligation d'être vaccinés (Delamater *et al.*, 2019). Ces constats démontrent en quelque sorte qu'une certaine partie de la population se montrera réfractaire peu importe la politique vaccinale mise en place.

En milieu hospitalier, les organismes pathogènes peuvent se transmettre entre les patients et les soignants. Une solution pour prévenir cette chaîne de transmission est de procéder à la vaccination de l'ensemble du personnel. L'immunisation du personnel soignant, en plus de les protéger de la maladie, pourrait notamment permettre de prévenir les écloisons en milieux de soins et de mieux maintenir la capacité des services. Cependant, comme c'est le cas dans la population générale, certains professionnels de la santé hésitent face à la vaccination, pour toutes sortes de raisons qui seront abordées plus loin.

De manière générale, les politiques de vaccination obligatoire visant spécifiquement les TdeS ont démontré des résultats positifs lorsque le taux de vaccination est faible, comme dans le cas du vaccin contre l'influenza. Après l'adoption de telles politiques, les taux de vaccination dans certains États américains sont passés à près de 98 % (Galanakis *et al.*, 2013; Maltezou *et al.*, 2018). Dans ces États, les TdeS refusant la vaccination peuvent être mis à l'amende, transférés vers d'autres postes, ou même renvoyés. Dans les États qui ne l'obligent pas, moins de la moitié des TdeS reçoivent le vaccin (Black *et al.*, 2018; Field, 2009). Nous retrouvons sensiblement le même pourcentage au Canada (Dubé *et al.*, 2019). Or, malgré le succès rencontré par les politiques de vaccination obligatoire des TdeS contre l'influenza aux États-Unis, l'existence de telles politiques ne garantit pas l'atteinte d'une couverture optimale dans tous les cas (Maltezou *et al.*, 2018). Par ailleurs, bien que des sanctions soient prévues, elles ne sont pas nécessairement appliquées (Galanakis *et al.*, 2013). On peut penser que le contexte de pratique peut jouer un rôle important à ce niveau. Par exemple, dans une situation de pénurie de main-d'œuvre en santé, le renvoi ou l'absence temporaire d'une partie du personnel peut difficilement être applicable sans déstabiliser un système que l'on sait déjà fragile. Enfin, tel que mentionné plus tôt, si l'obligation vaccinale peut permettre de hausser la couverture, son effet protecteur sur la transmission aux usagers en milieu de soins peut s'avérer indémontrable,

comme dans le cas de la vaccination obligatoire des TdeS contre l'influenza en Colombie-Britannique et en Ontario (CIQ, 2016).

Au Québec, bien que les codes de déontologie auxquels certains TdeS sont soumis affirment qu'ils ont le devoir de protéger la santé de leurs patients, aucun ne stipule que les professionnels assujettis sont dans l'obligation de se faire vacciner. L'exercice d'une profession dans le milieu de la santé comporte cependant certaines obligations. Ainsi, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux et au Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, l'employeur doit s'assurer que les membres de son personnel suivent les recommandations de vaccination (MSSS, 2013). Selon ce même règlement, les établissements de soins peuvent exiger comme condition d'embauche ou pour l'accès à certains postes spécifiques que l'employé se fasse vacciner ou fournisse une preuve de sa vaccination. À défaut d'être vacciné, l'employé occupant déjà un poste peut être retiré de certains services ou départements. Des employeurs pourraient implanter une politique relative à la vaccination à condition de prouver qu'il s'agit d'une exigence professionnelle¹.

Tel que mentionné plus haut, sous l'état d'urgence sanitaire, le gouvernement (ou le ministre de la Santé et des Services sociaux, si ce pouvoir lui est délégué) peut ordonner la vaccination obligatoire de toute la population ou d'une certaine partie de celle-ci contre une maladie contagieuse qui s'avère être une menace grave à la santé. Le cas échéant, si une personne refuse de se faire vacciner, elle peut faire l'objet d'une ordonnance de la cour lui enjoignant de le faire et même être conduite à un endroit précis pour être vaccinée (LSP, art. 126).

Aborder la vaccination obligatoire soulève d'entrée de jeu la question des efforts que devront déployer les autorités de santé publique afin d'amener la population

soit à accepter la vaccination obligatoire, soit à se faire vacciner volontairement contre la COVID-19. La même question se transpose aux TdeS. Ce n'est pas parce qu'un vaccin serait obligatoire que l'hésitation vaccinale disparaîtrait. Comme nous venons de le voir, l'obligation de se faire vacciner peut contribuer à augmenter les taux de vaccination, mais elle ne convaincra pas par le fait même l'ensemble des personnes visées par l'obligation de son bien-fondé. Aussi, les TdeS seront appelés à jouer un rôle central pour contrer l'hésitation vaccinale dans la population. Dans ce contexte, les enjeux liés à l'hésitation vaccinale font partie intégrante du débat.

Une étude récente sur les intentions de vaccination montre que, dans le monde, environ 71 % des personnes seraient disposées à se faire vacciner contre la COVID-19, avec des variations importantes entre les pays (Lazarus *et al.*, 2020). En outre, les attitudes concernant la vaccination diffèrent en fonction du contexte : situation épidémique ou non, maladie grave ou non, et ainsi de suite. Les opinions sont également labiles et peuvent rapidement évoluer, en fonction d'un événement médiatisé par exemple. D'après un sondage réalisé en novembre 2020 par la firme Léger, une forte majorité de Québécois sont ouverts à l'idée de se faire vacciner contre la COVID-19, dès qu'un vaccin approuvé par les autorités sera disponible. Ils sont 73 % à affirmer qu'ils ont l'intention de se faire vacciner, contre 69 % des Canadiens en général (Léger, 2020).

Le contexte d'urgence sanitaire semble donc favorable à l'adhésion à la vaccination, mais les mois à venir pourraient être cruciaux quant à l'évolution des perceptions face aux vaccins. Avant la pandémie, l'hésitation vaccinale était en croissance dans la plupart des pays occidentaux. Comme le mentionnent McAteer, Yildirim et Charoudi, la vaccination a, d'une certaine façon, été victime de son succès. Plus précisément, la vaccination ayant éradiqué des maladies autrefois courantes, la perception des risques découlant des vaccins est devenue, chez certains, plus

¹ Une sentence arbitrale datant de 2008 illustre bien l'exercice de pondération qu'exige la Charte des droits et libertés. Dans cette affaire, des salariés du Centre de santé et de services sociaux Rimouski-Neigette ont contesté la suspension sans solde de trois jours qui leur a été imposée à la suite de leur refus de recevoir un vaccin. Ce vaccin était requis dans le cadre d'un protocole d'intervention mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux découlant d'une épidémie d'influenza dans l'établissement. Dans ses motifs, l'arbitre réitère d'entrée de jeu le droit de l'employé de refuser d'être vacciné. Or, après la mise en balance du droit à l'intégrité physique des employés, de même que la pondération des critères de proportionnalité et de l'objectif visé, il en est venu à la conclusion que l'employé concerné se devait de « vivre avec la conséquence de son refus ». En d'autres mots, l'employé a le droit de refuser la vaccination, mais en raison des circonstances particulières justifiant le déploiement de mesures de prévention, cet employé peut faire face à des mesures de nature administrative, telle une suspension sans solde (Syndicat des professionnelles en soins infirmiers et cardio-respiratoires de Rimouski (FIQ) c. CSSS Rimouski-Neigette, 2008 CanLII 19577 (QC SAT) (Requête en révision judiciaire rejetée : 2009 QCCS 2833).

importante que la perception des risques associés à ces maladies. C'est ainsi que les taux d'infection à des maladies autrefois mieux contrôlées comme la rougeole sont maintenant en croissance (McAteer, Yildirim & Charoudi, 2020).

Cela dit, la rapidité de développement des vaccins contre la COVID-19, les nouvelles techniques utilisées, la nécessité de recevoir plus d'une dose pour obtenir une efficacité maximale et leurs probables effets secondaires sont des facteurs qui pourraient diminuer la confiance et l'adhésion de la population à leur égard (Dubé & MacDonald, 2020). Dans un contexte de méfiance croissante face à l'autorité en général et de dissémination de théories du complot face à la COVID-19, théories qui peuvent contribuer à l'hésitation vaccinale, les acteurs de santé publique devraient adapter leurs actions afin de favoriser l'adhésion de la population à la vaccination (Bertin, Nera & Delouée, 2020). Enfin, rappelons que la confiance de la population envers la vaccination dépend aussi des actions des institutions publiques en général. (Harrison & Wu, 2020).

En plus de la confiance, la compréhension des informations sur la vaccination ainsi que l'aisance d'obtenir le vaccin sont des facteurs qui viennent affecter l'adhésion à la vaccination (Biasio, 2016). Autant pour les TdeS que pour le reste de la population, la communication des informations concernant les vaccins est cruciale. Chez les TdeS, les différences entre les corps de métiers quant à l'accès et à la maîtrise des informations devront être gardées à l'esprit si l'on souhaite profiter de l'influence positive qu'ils peuvent avoir sur l'éventuelle vaccination des patients. Une étude réalisée en Finlande auprès des TdeS (Karlsson *et al.*, 2019) démontre en effet que leurs perceptions des avantages et de la sécurité des vaccins, ainsi que leur confiance envers les autorités de santé, influencent leur décision d'accepter la vaccination pour eux-mêmes et leurs enfants ainsi que leur volonté de recommander des vaccins à leurs patients. Plus encore, d'autres études montrent que les TdeS seraient non seulement préoccupés par l'efficacité et l'innocuité des vaccins, mais aussi par les inconvénients qu'ils comportent, par la possibilité d'une sous-estimation de la sensibilité des personnes à l'infection visée, par la possibilité de propager davantage la maladie ou par la conviction qu'elle peut être acquise via le vaccin; d'autres encore la perçoivent comme peu invalidante (Galanakis, 2013).

Ces faits sont préoccupants dans le contexte actuel où les TdeS sont au cœur de l'action et où leur adhésion à la vaccination contre la COVID-19 peut faire une différence significative. Ce large éventail de préoccupations en lien avec l'hésitation à se faire vacciner souligne le besoin de l'inclure dans toute réflexion éthique qui porte sur la vaccination.

Délibération du Comité

Quelques angles d'analyse se dégagent de la mise en situation. Pour soutenir que l'obligation vaccinale des TdeS constitue une stratégie justifiable dans le présent contexte, il faut en établir les bénéfices en considérant d'abord l'efficacité des vaccins à prévenir la maladie ou à en mitiger les conséquences. Il faut aussi prendre en compte dans quelle mesure la vaccination peut contrer la transmission du virus, entre autres du TdeS vers l'utilisateur, et prévenir les possibles bris de services découlant d'un trop grand nombre de TdeS malades. Il faut enfin considérer dans quelle mesure l'obligation est plus efficace qu'une campagne de sensibilisation pour convaincre les TdeS de se faire vacciner en grand nombre. En contrepartie, il faut prendre en compte les torts directement associés à une telle mesure coercitive, notamment son impact potentiel sur la rétention du personnel et sur le rôle crucial des TdeS pour contrer l'hésitation vaccinale dans le cadre d'une éventuelle campagne auprès de la population générale.

Valeurs en présence

Le comité a retenu les valeurs suivantes pour fin d'analyse. Essentiellement, la question de la vaccination obligatoire des TdeS contre la COVID-19 mobilise quatre valeurs en tension. La principale valeur qui milite en faveur de l'obligation vaccinale est la bienfaisance; celles qui militent contre l'obligation sont la liberté, le respect et la non-malfaisance.

Tout d'abord, la **bienfaisance** réfère à l'idée que la vaccination obligatoire pourrait permettre d'obtenir une meilleure couverture vaccinale et ainsi réduire les risques associés à l'infection et à ses conséquences négatives potentielles pour les personnes vaccinées, au-delà du port des équipements de protection individuels. Comme mentionné plus haut, l'obligation de vaccination chez les TdeS est effectivement associée à une meilleure couverture vaccinale chez ceux-ci. Par contre, dans la mesure où il n'est pas pleinement démontré à ce

stade que l'obligation vaccinale des TdeS protège de façon significative les usagers, la bienfaisance attendue ne semble pas complètement assurée. Le comité présume que pour être suffisamment bienfaisante, la vaccination obligatoire devrait avoir un impact significatif confirmé sur la transmission de la maladie à des tiers.

Puisqu'elle donne préséance à la protection collective recherchée, la bienfaisance liée à l'obligation vaccinale entre manifestement en tension avec la **liberté** individuelle. Cette valeur se définit comme la possibilité d'agir sans contraintes conformément à ses choix. La liberté réfère plus spécifiquement à la possibilité pour les personnes de ne pas se faire vacciner si tel est leur choix, indépendamment de leurs raisons de ne pas le faire. D'autres mesures que l'obligation vaccinale peuvent également être attentatoires à la liberté : des stratégies plus ou moins contraignantes de persuasion ou de "*nudging*"² peuvent exercer une telle pression normative sur les personnes visées qu'il serait difficile d'affirmer que leur choix de se faire vacciner est bel et bien libre. La liberté présuppose l'autonomie, qui implique de posséder les capacités cognitives requises (excluant ainsi par exemple les enfants), mais aussi une information adéquate afin de pouvoir correctement exercer son choix.

Le **respect** des personnes est ici étroitement associé à la valeur de liberté et entre en tension avec la bienfaisance visée par l'obligation vaccinale. Le respect renvoie à l'idée que toute personne possède une valeur intrinsèque et qu'elle est digne d'une égale considération. Cela implique que l'on valorise son libre arbitre, la possibilité pour elle d'exercer un choix éclairé en matière de vaccination. Ainsi une stratégie de vaccination respectueuse des TdeS passerait par la reconnaissance de leur contribution volontaire essentielle à l'effort collectif pour contrer la pandémie.

La **non-malfaisance** est la dernière valeur en tension dans le problème. En règle générale, toute campagne de vaccination devrait, dans la meilleure mesure possible, éviter de causer des problèmes de santé ou de porter atteinte au bien-être des personnes visées. L'obligation vaccinale soulève un enjeu particulier de non-malfaisance en ce qu'elle ne devrait pas imposer de sanctions

injustifiables ou contre-productives aux individus qui refusent le vaccin. Elle ne devrait pas non plus entraîner des conséquences négatives sur l'organisation des services. En ce sens, la non-malfaisance va de pair avec la valeur de respect des TdeS et celle de réciprocité, dont il est question plus loin.

Aux yeux du comité, l'examen éthique ne se résume pas à la tension entre les valeurs définies plus haut. D'autres valeurs sont également en jeu, au sens où elles modulent la décision de recourir ou non à l'obligation vaccinale. Ainsi, l'actualisation des quatre valeurs suivantes contribuera à la justifiabilité et à l'acceptabilité éthique de la stratégie vaccinale retenue.

La **responsabilité** constitue une valeur éthique première. Elle se définit comme la volonté de répondre devant autrui des conséquences des actes qui découlent de son libre choix. Ainsi, comme elle est directement associée à l'autodétermination, la responsabilité paraît difficilement compatible avec une justification éthique de l'obligation vaccinale. Elle vient par contre rappeler aux personnes qui refusent la vaccination qu'elles ne peuvent se dégager moralement des conséquences de leur choix sur la santé d'autrui et qu'elles assument d'éventuelles sanctions. Cela dit, on peut aussi faire intervenir la responsabilité liée au choix d'exercer une profession de la santé et l'engagement de respecter des devoirs envers la clientèle. La responsabilité professionnelle peut donc être invoquée pour soutenir une campagne de vaccination volontaire auprès des TdeS ou encore pour justifier la décision d'obliger la vaccination. Elle peut aussi référer à l'engagement des TdeS les uns envers les autres, au sens où la vaccination permet aussi de protéger les TdeS entre eux, et de maintenir un niveau de services adéquat.

La **transparence** est une valeur phare à toute mesure de vaccination, obligatoire ou non. Elle renvoie à la qualité et à la diffusion de l'information sur les vaccins et sur les stratégies visant à encourager la vaccination. La transparence requiert que l'information soit disponible et compréhensible, pertinente et utile aux personnes concernées; dans le cas de l'obligation vaccinale, elle exigerait que les autorités expliquent la nécessité de la mesure choisie, mais aussi, l'efficacité et la sécurité du ou des vaccins retenus. Rappelons

² Le *nudging* consiste à inciter des individus ou un groupe à changer leurs comportements ou à faire des choix sans être sous l'effet d'une contrainte directe ou d'une obligation et sans prévoir de sanction. Un bon exemple de *nudging* dans le contexte de la pandémie est le passeport immunitaire.

que c'est ce type d'information qui tend à convaincre les TdeS des bienfaits de la vaccination. Le fait d'obliger la vaccination comporte un risque d'escamoter la sensibilisation et l'éducation des personnes visées par la mesure. Si la vaccination obligatoire était retenue, on devrait mettre l'accent sur la réalisation de la transparence pour s'assurer que l'adhésion à la vaccination n'est pas seulement tributaire de l'obligation. Dans le cas contraire, la transparence jouerait un rôle-clé dans les stratégies de promotion, de sensibilisation et d'éducation visant à convaincre les groupes visés de se faire vacciner. Ces stratégies sont particulièrement aptes à combattre l'hésitation vaccinale, en visant à ce que le refus de se faire vacciner repose le moins possible sur des croyances infondées ou des informations erronées.

La **confiance**, qui signifie dans la présente situation, la disposition des personnes à prendre au sérieux les positions et les mesures proposées par les autorités de santé, est étroitement liée à la transparence. La confiance constitue le socle sur lequel reposent les relations entre la population, ses sous-groupes, et les autorités, mais aussi les relations entre les personnes elles-mêmes. Pour que la population soit confiante, il faut que les autorités en place s'en montrent dignes en posant les actions requises par la situation. Une faible actualisation de cette valeur peut expliquer en partie l'existence de l'hésitation vaccinale, que la vaccination soit volontaire ou obligatoire.

Enfin, la **proportionnalité** réfère à la volonté de poser des actions qui, au final, présentent plus d'avantages que de désavantages du point de vue des valeurs. En particulier, la proportionnalité exige que les stratégies de vaccination soient le moins attentatoires possible aux libertés des personnes, considérant leur efficacité et leurs conséquences négatives.

Enfin, le comité estime nécessaire de considérer deux autres valeurs qui sont présentes dans le discours public sur les enjeux éthiques de la vaccination, mais dont la réalisation ne va pas dans le sens de l'obligation vaccinale.

La **réciprocité** réfère à un geste posé qui appelle une contrepartie, un retour. En ce sens, le rôle des travailleurs de la santé est essentiel. À cet égard, il leur est demandé de se placer en situation de risque pour le bénéfice d'autrui. La réciprocité appelle donc à leur

offrir une protection supplémentaire, en l'occurrence en matière d'accès prioritaire au vaccin. Par contre, il est difficile de concevoir l'obligation vaccinale comme incarnant la réciprocité, au sens où son caractère coercitif est au premier abord incompatible avec l'idée d'une pleine reconnaissance et d'une appréciation positive et respectueuse du travail et des risques encourus par ces derniers.

La **solidarité** réfère à la volonté d'agir pour le bien-être de tous en y contribuant concrètement, et parfois à travers des sacrifices individuels. La solidarité est une valeur de base de la vaccination, au sens où les personnes qui se font vacciner peuvent s'exposer à des risques de complication au nom de la protection de la santé d'autrui. Comme pour la réciprocité, il semble difficile de soutenir que la solidarité peut être invoquée à l'appui d'une mesure coercitive.

Analyse éthique

Le Comité a cherché à déterminer quel ordonnancement établir entre les valeurs en tension, c'est-à-dire, la bienfaisance, d'une part, et la liberté, le respect ainsi que la non-malfaisance, d'autre part. Après délibération, le CESP a déterminé que le bloc de valeurs militant contre la vaccination obligatoire des TdeS est prépondérant. Une des principales raisons qui justifie cette position est que la bienfaisance attendue de la vaccination obligatoire contre la COVID-19 définie en termes de protection des usagers n'est pas pleinement avérée pour le moment. Si la protection contre cette maladie peut être démontrée, il existe toujours des incertitudes quant aux effets des vaccins actuellement disponibles pour en contrer la transmission à des tiers. Compte tenu de cette incertitude, l'avantage conféré par la vaccination obligatoire des TdeS contre la COVID-19 n'implique pas nécessairement un meilleur maintien des services. En effet, il n'est pas certain que le personnel vacciné, mais testé positif à la COVID-19, puisse demeurer en poste s'il est toujours possible qu'il transmette le virus. De cette façon, la principale valeur qui, aux yeux du CESP, militerait pour l'obligation vaccinale des TdeS ne peut être pleinement réalisée.

De fait, le respect des TdeS s'actualise mieux à travers une campagne de vaccination volontaire, qui protège leur liberté de choix et permet de mieux reconnaître leur travail et les risques qu'ils encourent au quotidien. Le

comité juge également important de rappeler que d'obliger la vaccination n'éliminera pas l'hésitation vaccinale. S'il est possible pour certaines personnes visées par l'obligation d'être en quelque sorte rassurées par une telle mesure, par exemple en rendant superfétatoires la délibération individuelle sur le bien-fondé de la vaccination, il demeure que certains TdeS pourraient en être dispensés selon les modalités établies³. À la limite, des TdeS pourraient se prévaloir de congés prolongés ou même quitter leur emploi. Dans cette perspective, il est important de bien estimer comment la non-malfaisance se réalisera si l'on oblige la vaccination.

Dans le cadre d'une campagne de vaccination traditionnelle auprès des TdeS, des valeurs importantes qui n'étaient pas déterminées comme étant en tension dans la situation, à savoir la responsabilité, la réciprocité et la solidarité seraient mieux servies. De plus, l'interpellation des TdeS au nom de ces valeurs pourrait permettre de les motiver positivement envers la vaccination et de les sensibiliser de manière plus immédiate et durable aux mesures qui visent les hésitants. Ce faisant, on évite d'escamoter l'enjeu de l'hésitation vaccinale dans une obligation dont il reste possible de se dispenser.

Comme certaines incertitudes demeurent autour des vaccins contre la COVID-19, la valeur de transparence serait aussi mieux servie par la mise en place de mesures de sensibilisation et d'éducation sur les vaccins en vue d'offrir les informations les plus pertinentes, à jour et utiles à la décision, tout en évitant de verser dans le paternalisme. À cet égard, il est clair aux yeux du comité qu'une campagne traditionnelle visant à encourager la vaccination chez les TdeS permettrait aussi de mieux réaliser la valeur de confiance, centrale à l'appréciation du problème de l'hésitation vaccinale. Rappelons que les TdeS auront un rôle important à jouer dans une campagne visant à encourager la population à se faire vacciner et que la réalisation de ces valeurs y sera centrale. Au final, une telle campagne rencontre mieux la valeur de proportionnalité, telle que définie plus haut.

Le présent avis du CESP dépend en partie de l'absence de démonstration claire que la vaccination des TdeS par le ou les vaccins retenus protège indirectement les usagers. En présence d'une démonstration convaincante d'une telle protection, et advenant un faible niveau persistant de couverture vaccinale chez les TdeS au moment de cette démonstration, le CESP pourrait être amené à réviser sa position. Autrement dit, la position du CESP dépend de l'actualisation de la valeur de bienfaisance, toujours centrale ici.

Il est aussi à noter que la vaccination obligatoire irait à l'encontre de la position traditionnelle du Québec en matière de vaccination. Même si l'obligation pourrait avoir une fonction symbolique forte, au sens où elle enverrait à la population le message que la vaccination est très importante et qu'elle pourrait permettre un retour à la normale plus rapide, cet argument n'est pas suffisant, aux yeux du CESP, pour convaincre du bien-fondé de cette position.

Enfin, rappelons que l'arrivée des vaccins contre la COVID-19 ne signifie pas la disparition des autres mesures de protection mises en place pour s'en protéger telles que le port du masque obligatoire dans les lieux publics et la distanciation. Les campagnes de vaccination devront continuer d'insister sur l'importance du maintien des autres mesures sanitaires. Puisque, dans la situation actuelle, la vaccination vient compléter plutôt que remplacer les mesures en vigueur, l'appréciation de la bienfaisance du CESP dépend donc de leur maintien. Il faut en effet garder à l'esprit que la vaccination du personnel pourrait avoir comme effet d'induire un sentiment de sécurité encourageant certains TdeS à réduire leur adhésion aux mesures barrière (ex. port du masque, lavage de mains).

³ Les articles 123 à 126 de la LSP n'ayant jamais été appliqués, il est difficile d'anticiper les modalités précises de leur mise en œuvre, le cas échéant.

Conclusion et recommandations

Dans le présent avis, le CESP se pose la question de savoir si la vaccination obligatoire des TdeS est justifiable. Le Comité considère qu'elle ne l'est pas, dans la mesure où il n'est toujours pas clair si les vaccins autorisés préviennent la transmission du virus vers les usagers et si les TdeS vaccinés qui pourraient être subséquentement testés positifs à la COVID-19 pourront toujours soutenir les services en demeurant en poste. Le CESP considère que les valeurs de liberté, de non-malfaisance et de respect ont plus de poids que la valeur de bienfaisance, dans la mesure où celle-ci n'est pas pleinement réalisée. Le CESP pourrait donc réviser sa position advenant une démonstration claire de la prévention de la transmission vers autrui ou advenant la soumission d'un plan de vaccination obligatoire des TdeS par les autorités en place. Par contre, il faut noter que cette révision perdrait en partie son bien-fondé si les personnes les plus vulnérables à la COVID-19 étaient entretemps vaccinées elles-mêmes.

Le Comité recommande donc que les autorités procèdent à la mise en œuvre d'une campagne de vaccination non-obligatoire des TdeS, en se fiant aux bonnes pratiques en la matière. Ces bonnes pratiques pourront permettre de pleinement réaliser les valeurs de réciprocité et de solidarité, si importantes pour favoriser la vaccination, surtout en temps de pandémie.

Références

- Bertin P, Nera K et Delouvé S 2020 Conspiracy Beliefs, Rejection of Vaccination, and Support for hydroxychloroquine: A Conceptual Replication-Extension in the COVID-19 Pandemic Context. *Front. Psychol.* 11:565128.
- Biasio, LR. 2017. Vaccine hesitancy and health literacy, *Human accines & immunotherapeutics*, 13 (3) : 701–702.
- Black CL, Yue X, Ball SW, Fink RV, de Perio MA, Laney AS, Williams WW, Graitcer SB, Fiebelkorn AP, Lu PJ et Devlin R. 2018. Influenza Vaccination Coverage Among Health Care Personnel in United States, 2017–18 Influenza Season, *MMWR* 67 (38): 1050-1054.
- CIQ. 2016. Évaluation d'une politique obligatoire de vaccination contre l'influenza ou de port d'un masque pour les travailleurs de la santé. Institut national de santé publique du Québec, Québec.
- CIQ, 2020. Avis préliminaire sur les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec, Institut national de santé publique du Québec, Québec.
- Delamater PL, Pingali SC, Buttenheim AM, Salmon DA, Klein NP et Omer SB. 2019. Elimination of nonmedical immunization exemptions in California and school entry vaccine status. *Pediatrics* 143 (6).
- Dubé, E. et MacDonald, N. E. 2020. How can a global pandemic affect vaccine hesitancy? *Expert Review of Vaccines*, 19 (10): 899-901.
- Dubé, E., Kiely, M. et Ouakki, M. 2019. Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière, le pneumocoque, le zona et sur les déterminants de la vaccination: 2018, Institut national de santé publique du Québec. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2564>
- Field, R. I. 2009. Mandatory Vaccination of Health Care Workers Whose Rights Should Come First? *Health Care and Law*, 34 (11): 615-618.
- Galanakis E, Jansen A, Lopalco PL et Giesecke J. 2013. Ethics of mandatory vaccination for healthcare workers. *Euro Surveill*, 18(45).
- Gravagna K, Becker A, Valeris-Chacin R, Mohamed I, Tambe S, Awan FA, Toomey TL et Basta N. 2020. Global assessment of national mandatory vaccination policies and consequences of non-compliance. *Vaccine* 38 (49): 7865-7873.
- Karlsson LC, Lewandowsky S, Antfolk J, Salo P, Lindfelt M, Oksanen T, Kivima M, et A Soveri. 2019. The association between vaccination confidence, vaccination behavior, and willingness to recommend vaccines among Finnish healthcare workers, *PLoS ONE* 14(10).
- Harrison, E. A. et Wu, J. W. (2020). Vaccine confidence in the time of COVID-19. *European journal of epidemiology*, 35(4): 325-330.
- Lazarus, J. V., Ratzan, S., Palayew, A., Gostin, L. O., Larson, H. J., Rabin, K. et El-Mohandes, A. 2020. Hesitant or not? A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *medRxiv*.
- Léger 2020. Sondage hebdomadaire de Léger – 17 novembre 2020. <https://leger360.com/fr/sondages/sondage-hebdomadaire-de-leger-17-novembre-2020/>
- Maltezou, H.C., Theodoridou, K., Ledda, C., Rapisarda, V. et Theodoridou, M. 2019. Vaccination of healthcare workers: is mandatory vaccination needed?. *Expert Review of Vaccines*, 18 (1): 5-13.
- McAteer J, Yildirim, I. et Chahroudi, A. 2020. *Clin Infect Dis*, 71(15): 703–705.
- MSSS. 2013. Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs, Gouvernement du Québec. En ligne: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2281403>
- Omer SB, Betsch C et Leask J. 2019. Mandate vaccination with care. *Nature* 571: 469–472.
- Vaz OM, Ellingson MK, Weiss P, Jenness SM, Bardají A, Bednarczyk RA et Omer SB. 2020. Mandatory vaccination in Europe. *Pediatrics* 145 (2).

À propos du Comité

Le Comité d'éthique de santé publique (CESP) est un comité formé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), conformément à sa loi constitutive (L.R.Q., chapitre I-13.1.1) qui en précise notamment le mandat et la composition. Le Comité relève du conseil d'administration qui nomme les membres et détermine les modalités de fonctionnement. Il est le seul responsable du processus d'examen éthique qu'il utilise et le seul auteur de ses avis et des recommandations qui s'y inscrivent. Cela procure au Comité l'indépendance nécessaire pour assurer l'intégrité de son travail.

Le Comité d'éthique de santé publique joue un rôle conseil auprès des instances de santé publique et son mandat comporte deux grands volets. Le volet général consiste à répondre aux demandes au regard de toute question éthique qui peut être soulevée par l'application de la Loi sur la santé publique, notamment les activités ou actions prévues par le programme national et les plans d'action régionaux et locaux de santé publique. Le volet particulier consiste en l'examen systématique des projets de surveillance ou d'enquête sociosanitaire que doivent lui soumettre le ministre et les directeurs de santé publique.

Membres du Comité d'éthique de santé publique

- Éthicien : Bruno Leclerc, président
- Représentants de la population : Geneviève Bédard, Manon Bédard, Natalie Kishchuk et Richard Touchette
- Directrice de santé publique : D^{re} Marie-Josée Godi
- Professionnels œuvrant en santé publique : Renée Dufour, Annie Gauthier et Mathieu Valcke
- Avocate : Marie-Ève Couture-Ménard, vice-présidente

cesp.inspq.qc.ca

C A N A D A
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

COUR SUPÉRIEURE
(Chambre civile)

N° : 500-17-118565-210

MICHEL LACHANCE, paramédic

et al.

Parties demanderesses

c.

**PROCUREUR GÉNÉRAL DU
QUÉBEC**

Défendeur

ANNEXE 3

**COURRIEL DE MICHEL DÉSY À HORACIO ARRUDA ET AUTRES DU 1^{ER}
SEPTEMBRE 2021 INTITULÉ « MISE À JOUR DE L'AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE
DE SANTÉ PUBLIQUE SUR LA VACCINATION OBLIGATOIRE DES
TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ »**

VOIR ANNEXE 3.1 PIÈCE JOINTE

RÉPONSE 18

Marjorie Daigle

De: Michel Désy de la part de 03 INSPQ - CESP
Envoyé: 1 septembre 2021 15:04
À: Horacio Arruda; Richard Massé; Éric Litvak; Marie-Ève Bédard
Cc: Nicole Damestoy; François Desbiens; Jocelyne Sauvé; Yolaine Rioux; Patricia Hudson; Marie-Josée Archetto; Julie Dostaler DVSQ; Benoît Houle; Geneviève Trudel; Sandra Tremblay; johanne.pelletier.mce@msss.gouv.qc.ca; Jonathan Valois; Marjaurie Côté-Boileau; Mylène Dalaire; Dominique Savoie; Yovan Fillion; MSSS - BSM - Demandes; Sara-Maude Boyer-Gendron; bruno_leclerc@uqar.ca
Objet: Mise à jour de l'avis du Comité d'éthique de santé publique sur la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé
Pièces jointes: Màj avis sur la vacc obl des TdeS_v8.docx

Bonjour,

Voici une nouvelle publication que nous allons mettre en ligne prochainement. Il s'agit de la mise à jour de l'avis sur la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé du Comité d'éthique de santé publique (CESP). Il est prévu que l'avis sera publié le 7 septembre prochain sur la page web du CESP <https://www.inspq.qc.ca/cesp>. Nous sommes à votre disposition pour toute question, commentaire ou discussion.

En mon nom et en celui du Comité, je vous prie d'agréer l'expression de nos sentiments distingués.

Pour le président du Comité d'éthique de santé publique, Bruno Leclerc,



Michel Désy
Secrétaire du Comité d'éthique de santé publique
190, boulevard Crémazie Est, RC.09
Montréal (Québec) H2P 1E2
Tél. : 514 864-1600 poste 3320
Télec. : 514 864-1616

C A N A D A
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

COUR SUPÉRIEURE
(Chambre civile)

N° : 500-17-118565-210

MICHEL LACHANCE, paramédic

et al.

Parties demanderesses

c.

**PROCUREUR GÉNÉRAL DU
QUÉBEC**

Défendeur

ANNEXE 3.1

**PIÈCE JOINTE AU COURRIEL ANNEXE 3 DE MICHEL DÉSY À HORACIO ARRUDA
ET AUTRES DU 1^{ER} SEPTEMBRE 2021 INTITULÉ « MISE À JOUR DE L'AVIS DU
COMITÉ D'ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE SUR LA VACCINATION OBLIGATOIRE
DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ »**

« Màj avis sur la vacc obl des TdeS_v8 »

RÉPONSE 18

Faits saillants

- Dans le contexte où le gouvernement a annoncé son intention d'imposer la vaccination obligatoire à certains travailleurs de la santé (TdeS), le Comité d'éthique en santé publique (CESP) a décidé de procéder à une mise à jour de son avis émis sur la question en janvier 2021.
- La question de la justification éthique d'une telle mesure est importante compte tenu de l'évolution des connaissances et du contexte social entourant la vaccination, mais aussi de l'évolution de la situation épidémiologique marquée par le variant Delta.
- Le CESP considère que la vaccination obligatoire des TdeS peut se justifier au nom de l'application du principe de précaution, dans la mesure où la prépondérance des bénéfices sur les inconvénients a fait l'objet d'une évaluation rigoureuse.
- Néanmoins, au regard des inconvénients qu'elle comporte, la mise en application de la mesure pourrait être modulée ou retardée au besoin, notamment à la lumière de l'évolution prochaine des taux de vaccination des TdeS, ou encore du potentiel d'efficacité des autres mesures des autres mesures qui seront ou pourraient être déployées soit auprès des TdeS visés, soit de manière générale dans la population.
- Les mesures d'exception telles que la vaccination obligatoire des TdeS et le passeport vaccinal peuvent être justifiables de par leur caractère temporaire, d'où l'importance pour les autorités de partager leur vision de ce que serait une vie normale où la COVID-19 resterait présente et où l'urgence sanitaire prendrait fin.

En janvier 2021, le Comité d'éthique de santé publique (CESP) a examiné la question de savoir si la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé (TdeS) contre la COVID-19 était justifiable. Au moment de produire l'avis, la protection offerte par les vaccins contre la COVID-19 était relativement bien démontrée. Par contre, il n'existait pas encore d'étude démontrant l'efficacité des vaccins à prévenir la transmission du virus des personnes vaccinées aux personnes non vaccinées. La vaccination des TdeS comme un moyen de protection des usagers est l'un des principaux arguments présentés par les autorités en faveur de son caractère obligatoire. L'absence de démonstration de cette protection était l'une des principales raisons qui ont poussé le CESP à se positionner provisoirement contre la vaccination obligatoire des TdeS, considérant l'importance de leur liberté de choix et du respect de leur autonomie.

Le 17 août 2021, le gouvernement du Québec a annoncé qu'il allait rendre la vaccination obligatoire pour tous les TdeS qui sont en contact avec des patients pour plus de 15 minutes, sous peine de réaffectation ou, dans l'impossibilité de le faire, d'une suspension sans solde. Cette mesure s'étend aux TdeS du réseau de la santé et des services sociaux au sens large, y compris ceux et celles œuvrant au sein d'organismes communautaires et d'établissements privés. Cette annonce est faite dans le contexte où une recrudescence des cas est crainte, entre autres à cause du variant Delta et de sa circulation en croissance dans la population québécoise. Selon les projections effectuées dans la semaine du 7 au 13 août par l'INESSS, les taux d'hospitalisation anticipés sont en hausse de 69%. Le nombre de cas qui pourraient nécessiter des soins intensifs a aussi doublé (INESSS, 2021). Étant donné l'annonce de cette mesure, la disponibilité de nouvelles données scientifiques sur les vaccins, ainsi que l'évolution de la campagne de vaccination et de son contexte social, le CESP a pris la décision de réviser sa position, comme il l'avait d'ailleurs laissé entendre dans son avis publié en janvier dernier.

Nouvelles données scientifiques sur les vaccins

De façon générale, après 2 doses, les vaccins à ARNm sont très efficaces¹ pour prévenir l'infection par le SRAS-CoV-2, ainsi que les symptômes de la maladie et ses complications, avec une gradation dans l'efficacité contre ces différentes issues. La protection conférée par les vaccins contre la transmission de la COVID-19 fait encore l'objet d'études. Néanmoins, une étude récente non-révisée par les pairs, effectuée en Israël (Prunas et coll., 2021), a démontré une efficacité du vaccin Pfizer-BioNTech de 88,5% contre la

¹ On comprend l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 comme leur capacité à prévenir la maladie chez les personnes vaccinées dans le monde réel.

transmission du virus, c'est-à-dire ici l'efficacité du vaccin à protéger contre l'infection et contre la transmission par les vaccinés. Par contre, ces études ne tiennent pas compte des variants, en particulier du variant Delta. Ce dernier est considéré comme deux fois plus contagieux que les variants précédents (CDC, 2021). Cependant, toujours en ce qui a trait au variant Delta, on ne connaît pas encore le degré de contagiosité des personnes vaccinées qui deviennent infectées. La capacité des vaccins à prévenir la transmission du variant Delta par les personnes vaccinées doit encore faire l'objet d'études supplémentaires (Geagea & Padet, 2021).

Plus particulièrement, le variant Delta est associé à environ 1,5 à 2,2 fois plus de risque d'hospitalisation ou d'admission aux soins intensifs et à environ 1,5 fois plus de risque de décès chez les individus majoritairement non vaccinés (Geagea & Padet, 2021). Les données préliminaires à propos de ce variant démontrent une efficacité vaccinale moindre que celle attribuable aux autres variants (pour deux doses, 42-79 % (Pfizer-BioNTech), 76-86 % (Moderna) 60 % (AstraZeneca), (voir Geagea & Padet, 2021). Selon les mêmes auteurs, deux doses des vaccins démontrent un taux d'efficacité contre les hospitalisations de 75-97 % (Pfizer-BioNTech), 81-100 % (Moderna), et 92 % (AstraZeneca) chez les cas infectés par ce variant. Chez les personnes qui ont reçu deux doses qui deviennent quand même infectées, la période de contagiosité est moindre que chez les personnes qui ne sont pas adéquatement vaccinées. Aussi, il est important de rappeler que la campagne de vaccination en Israël s'est déroulée en janvier et février dernier et que la deuxième dose a été administrée selon le délai prévu par le fabricant. Au Québec, le délai plus long entre l'administration des deux doses a été plus grand et pourrait contribuer à une meilleure protection dans le temps chez les personnes vaccinées (Amirthalingam et coll., 2021).

Évolution de la campagne de vaccination

De façon générale, les taux d'immunisation qui ont été atteints au Québec sont parmi les plus élevés au monde². La population âgée de moins de 12 ans n'est pas vaccinée, mais sera bientôt éligible au vaccin une fois qu'il sera homologué par Santé Canada. En effet, les premières autorisations pour l'utilisation des vaccins à ARNm dans ce groupe d'âge devraient être accordées à la fin de l'automne 2021 ou au début de l'hiver 2022.

Il persiste par ailleurs dans la population générale certains milieux au sein desquels des individus ou des groupes non vaccinés sont plus nombreux, ce qui peut favoriser la

² En date du 31 août, 80,6% de la population éligible au vaccin avait reçu 2 doses du vaccin et 87% avait reçu au moins une dose (voir : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/vaccination>)

survenue d'éclotions, surtout avec un variant plus transmissible. De plus, certaines personnes peuvent typiquement faire face à des obstacles liés à la défavorisation qui représentent un frein à la vaccination: barrière linguistique, coûts de transport et perte d'heures de travail à assumer (Guay, Dubé et Lepage, 2019). Afin de minimiser ce type d'obstacles, la présente campagne de vaccination déploie des stratégies alternatives, notamment dans la région de Montréal et certains de ses quartiers, pour rejoindre ces personnes (ex. cliniques mobiles). Dans l'ensemble de la population du Québec, les chiffres les plus récents démontrent qu'à la suite de la campagne, le taux de personnes n'ayant pas l'intention de se faire vacciner ou ne sachant pas si elles allaient le faire est passé de 24% en février à environ 7% en août 2021 (INSPQa, 2021).

En ce qui a trait au portrait de la vaccination des TdeS, selon le bulletin de vigie du 16 août de l'INSPQ, la proportion qui est adéquatement vaccinée est de 83,9% et atteint 90,6 % pour une dose (INSPQb, 2021). D'après les annonces du gouvernement, à peu près 30 000 TdeS qui œuvrent dans le réseau public ne sont pas adéquatement vaccinés et ce nombre est similaire dans le réseau privé. En outre, d'importantes disparités sont à souligner entre les médecins (95,7% du personnel adéquatement vacciné) et le personnel para-technique, services auxiliaires et métiers (78,2 % du personnel adéquatement vacciné). Les proportions plus élevées de personnes non vaccinées dans des emplois plus précaires pourraient possiblement être le reflet des obstacles à la vaccination présentés plus haut. Dans les CHSLD, le pourcentage de personnel adéquatement vacciné est de 79,2% et 77.5% dans les milieux privés conventionnés. Les données ne sont pas disponibles pour les résidences pour personnes âgées (RPA) privées non conventionnées.

Il est admis que dans les milieux de soins plus à risque, une couverture vaccinale optimale du personnel et des usagers est garante d'une meilleure protection pour les patients les plus vulnérables, et ce, même si ces derniers sont eux-mêmes vaccinés. Dans les milieux tels les CHSLD, la couverture vaccinale a eu un impact important pour éviter les éclotions. Dans une étude effectuée par l'INSPQ avant la circulation du variant Delta, (Fortin et coll., à paraître), il est indiqué que la probabilité que la COVID-19 se propage dans un CHSLD (au moins 5 cas par 100 usagers dans une semaine donnée) était beaucoup plus faible après la vaccination des résidents et des TdeS, indépendamment de la circulation du virus dans la communauté. Toujours selon Fortin et coll., ces observations suggèrent qu'il y a une forme d'immunité de groupe qui peut s'installer grâce à la vaccination des travailleurs et des résidents. Comme ils travaillent dans un milieu où ils sont à risque d'être contaminés, les TdeS seraient aussi plus susceptibles de ramener le virus dans leurs familles. Ces éléments qui confirment qu'il existe une protection indirecte de leur entourage conférée par la vaccination des TdeS n'étaient pas présents lors de l'examen

du comité en janvier 2021. Néanmoins, à ce stade, on ne sait pas à quel point ce sera le cas avec le variant Delta.

De manière générale, les milieux de soins ont été très éprouvés par l'impact de la pandémie. Non seulement, ils ont dû absorber l'afflux des personnes atteintes de la COVID-19 lors des trois vagues successives, mais la gestion des éclosions, les isolements successifs et les départs temporaires ou définitifs du personnel pour toutes sortes de raisons ont contribué à l'essoufflement d'un système déjà fragile. Au plus fort de la pandémie, quelque 12 000 travailleurs étaient absents du réseau. À la fin du mois d'août 2021, ce nombre est d'environ 2 000 personnes, selon le ministre de la Santé et des Services, Christian Dubé.

Depuis janvier dernier, le contexte social a lui aussi beaucoup évolué. Les enquêtes démontrent désormais que si les Québécois n'étaient pas favorables à l'obligation vaccinale des TdeS il y a quelques mois, celle-ci paraît de plus en plus justifiable aux yeux de la majorité. Au Québec, selon un sondage IPSOS-Global News, le soutien à la vaccination obligatoire des TdeS est de 78%³. L'opinion publique semble désormais en faveur d'une approche plus contraignante pour les TdeS. Il est à noter que le Collège des médecins du Québec s'est récemment prononcé en faveur de la mesure⁴. Certains pays comme l'Australie, la France et la Grande-Bretagne ont adopté des mesures similaires⁵. Au Canada, la Colombie-Britannique a récemment adopté une mesure similaire visant les TdeS œuvrant dans l'équivalent des CHSLD et les RPA⁶.

Compte tenu des divers éléments de contexte mentionnés ci-dessus, la question de la justification éthique d'une telle mesure prend toute son importance.

Délibération

La mise à jour de la position du CESP sur la vaccination obligatoire a été effectuée essentiellement à l'aide du principe de précaution, en considérant aussi les possibles conséquences de son application et à la lumière des changements survenus depuis le début de l'année. Le Comité invite le lectorat à consulter son avis précédent pour bénéficier d'une analyse plus détaillée de la problématique, incluant une définition des valeurs en jeu.

³ <https://www.ipsos.com/en-ca/news-polls/majority-of-canadians-support-vaccination-mandates>

⁴ https://twitter.com/CMQ_org/status/1427722836903448576?s=20

⁵ <https://www.reuters.com/world/countries-make-covid-19-vaccines-mandatory-2021-07-13/>

⁶ <https://globalnews.ca/news/8107102/bc-mandatory-covid-vaccine-health-care-workers-unvaccinated/>

Compréhension du comité

Le CESP a d'abord noté le contexte dans lequel la mesure serait déployée. La prévalence croissante du variant Delta fait craindre une augmentation de l'absentéisme des TdeS non-vaccinés en raison d'une infection à la COVID-19 ainsi que des retraits préventifs suite à un contact, faisant ainsi craindre un risque de bris de services. Le variant Delta fait aussi craindre une transmission du virus à des usagers à risque de développer des complications ou encore à risque de décès due à un contact avec des TdeS infectés.

Par contre, le CESP a aussi noté le fait que, parmi les TdeS visés par la mesure, ceux qui ne sont toujours pas vaccinés peuvent œuvrer dans des emplois aux conditions de travail plus difficiles, ou faire partie de groupes généralement moins favorisés. Chez ceux qui ont fait le choix de refuser le vaccin, la mise en place de la mesure pourrait aussi elle-même causer des bris de service, étant donné que certains TdeS pourraient choisir de quitter temporairement ou définitivement leur emploi plutôt que de se faire vacciner. Aussi, de façon plus générale, la vaccination obligatoire des TdeS pourrait, aux yeux du CESP, contribuer à polariser le débat sociétal et fragiliser l'adhésion à la vaccination, dans un contexte où des doses de rappel sont possibles.

La question se pose alors : comment s'insère la mesure de vaccination obligatoire des TdeS dans la stratégie vaccinale du gouvernement, dans une perspective où l'on devra vraisemblablement apprendre à vivre en présence de la COVID-19 ? Si des taux plus élevés de vaccination sont clairement souhaitables, il est important pour le CESP que l'adoption d'une telle mesure puisse être envisagée à plus long terme, dans ce qui pourrait constituer une nouvelle normalité qui ne serait plus marquée par l'urgence sanitaire. Par exemple, la finalité de la mesure est-elle la suppression du virus ou bien la réduction de nombre des formes graves, des hospitalisations ou des décès qui y sont liés ? Enfin, quel impact pourraient avoir les autres mesures retenues par les autorités, comme le passeport vaccinal et l'éventuelle vaccination des moins de 12 ans sur une protection plus élevée de la population en général ? Par exemple, selon le CESP, l'application du passeport vaccinal le 1^{er} septembre mènerait vraisemblablement à ce qu'une proportion, non définie, de TdeS non-vaccinés en viennent à faire le choix personnel de se faire vacciner, sans que cela soit imposé par la nature de leur travail.

Application du principe de précaution à la mesure proposée

Selon le CESP, l'incertitude face au variant Delta et à une possible perte d'efficacité des vaccins suggère que la **précaution** peut s'appliquer à la situation actuelle et servir d'assise à la mesure retenue par les autorités. La précaution réfère à l'idée que l'incertitude ne devrait pas justifier à elle seule l'absence d'action face à un risque dont l'ampleur est encore mal connue mais possiblement importante. Le risque dont il est question ici est la menace à la santé des personnes vulnérables que représente le variant Delta. Il existe aussi des risques encore mal connus de transmission du variant Delta par les personnes vaccinées. De plus, l'impact de la vaccination obligatoire des TdeS mesurée en termes de réduction des formes graves de la maladie, des hospitalisations et des décès des usagers fait aussi l'objet d'incertitude. L'application de la précaution va aussi de pair avec la **responsabilité** professionnelle des TdeS de ne pas nuire à la santé des usagers auxquels ils prodiguent des soins. Comme le signalait le Comité, la responsabilité "vient rappeler aux personnes qui refusent la vaccination qu'elles ne peuvent se dégager moralement des conséquences de leur choix sur la santé d'autrui et qu'elles assument d'éventuelles sanctions" (CESP, 2021).

La précaution, telle que la comprend le CESP, peut soutenir l'adoption de la vaccination obligatoire des TdeS, étant donné que la vaccination demeure l'une des mesures les plus efficaces pour contrer l'infection à la COVID-19. En effet, compte tenu des problèmes qui persistent dans le réseau des soins et services, les moyens reconnus comme étant les plus efficaces pour contrer la transmission devraient être considérés. La vaccination se trouvant au plus haut dans la hiérarchie des mesures sanitaires, l'application du principe de précaution milite pour la vaccination obligatoire des TdeS qui n'ont toujours pas reçu le vaccin. Les gains dans les taux de vaccination pourraient contribuer à assurer une meilleure protection des personnes vulnérables dans les milieux de soins. Dans l'optique de la précaution, attendre que de meilleures données probantes soient disponibles n'est pas toujours la meilleure option, si le fait d'agir dès maintenant peut contribuer à éviter des effets délétères.

Évaluation des conséquences de la mesure

L'application du principe de précaution doit aussi se faire en considérant ses conséquences sur d'autres éléments à considérer dans le cadre d'une analyse éthique. Pour être argumentée sur la base du principe de précaution, la mesure retenue doit être non seulement proportionnelle aux risques qu'elle vise à prévenir, mais elle doit aussi tenir compte des inconvénients qui en découlent. Ainsi, aux yeux du CESP, il serait souhaitable de déterminer quelle est l'efficacité attendue de la mesure, définie en termes de prévention des formes graves de la maladie, des hospitalisations et des décès chez les

usagers, en comparaison avec l'ensemble des mesures de prévention en vigueur en ce moment, incluant les trois tests par semaine. Le CESP souligne aussi la probable efficacité moindre de la vaccination à contrer l'infection au variant Delta et sa transmission aux usagers par les personnes vaccinées.

De plus, la vaccination obligatoire des TdeS comporte des désavantages, notamment en termes de limitation de la **liberté de choix** des TdeS face à la vaccination, et en termes de possibles bris de service causés par la mesure et de surcharge conséquente pour les TdeS vaccinés. La mesure soulève également des enjeux d'**équité** pour les catégories de travailleurs où les taux de vaccination sont les plus faibles. Les postes occupés par ces travailleurs sont souvent marqués par des conditions de travail plus difficiles, notamment en termes de salaire, et ils sont plus souvent occupés par des personnes issues de groupes moins favorisés comme le sont certains préposés aux bénéficiaires des RPA. Dans un souci d'équité, notons qu'il faudrait s'assurer que ces catégories de travailleurs ont eu une opportunité égale aux autres TdeS de se faire vacciner volontairement et qu'elles ne soient pas disproportionnellement désavantagées par les sanctions liées à la mesure.

Dans cette perspective, le CESP se questionne sur l'insertion de la vaccination obligatoire des TdeS dans la séquence des mesures actuelles ou à venir favorisant la vaccination. Considérant que le passeport vaccinal est entré en vigueur à compter du 1er septembre, et que ce dernier pourrait avoir des effets positifs sur les taux de vaccination dans l'ensemble de la population, incluant chez les TdeS, la mesure sous examen dans le présent avis pourrait être retardée afin de voir si le passeport contribue effectivement à une meilleure couverture vaccinale. L'éventuelle vaccination des enfants contribuera aussi à une meilleure immunité de groupe dans l'ensemble de la population québécoise.

De façon plus générale, le Comité est conscient que le système de santé québécois se relève à peine de la dernière année de pandémie où il a été fortement éprouvé par l'épuisement du personnel, les départs, les absences dues à l'isolement obligatoire et le report d'interventions dû à la surcharge. Par conséquent, la pénurie de personnel, déjà présente, s'est accentuée. Le CESP considère que les difficultés qui ont marqué les soins et services de santé dans la dernière année et qui le marquent toujours n'en sont pas une caractéristique immuable, mais il estime qu'il est possible que la vaccination obligatoire induise elle-même une pénurie de personnel et des bris de services. À ce titre elle doit faire l'objet d'une évaluation soigneuse.

Aussi, la possible justification par le principe de précaution de la vaccination obligatoire des TdeS concernés par la mesure repose sur un argument central : ces travailleurs seront

plus aptes à protéger des personnes plus à risque de complication ou de décès face à la COVID-19. En portant un regard plus large, il est loin d'être clair que l'argumentaire fondé sur la précaution développé ici puisse s'appliquer, sans un examen contextuel approfondi, aux TdeS n'offrant pas de soins directs aux usagers, ou à d'autres catégories de travailleurs hors du réseau de la santé et des services sociaux. La **bienfaisance** attendue de la mesure gouvernementale proposée tient en grande partie à la protection, même imparfaite, offerte par la vaccination contre la transmission du virus à des personnes vulnérables au sens où nous l'entendons ici.

Selon le CESP, aucune valeur n'est invariablement prépondérante par rapport à une autre. Autrement dit, la liberté qu'ont les TdeS de ne pas se faire vacciner n'est pas un principe absolu. Selon l'analyse qu'en fait le CESP, la précaution peut servir d'assise à la vaccination obligatoire des TdeS visés par la présente mesure, mais certaines des conditions qui doivent faire partie de sa justification méritent plus d'attention. Si les autorités visent une meilleure protection des usagers vulnérables, il devrait y avoir une meilleure démonstration de l'efficacité de cette mesure comparativement aux autres qui visent le même objectif, considérant ses conséquences négatives surtout en termes de perte de liberté, d'équité, de la possible polarisation du débat sur la vaccination qui pourrait en découler et de ses autres effets pervers possibles. Il convient de rappeler sur ce dernier point que le bilan du Québec en matière de vaccination fait très bonne figure comparativement à d'autres pays et que l'adhésion de la population à la vaccination pourrait se fragiliser. À cet égard, des données pourraient devenir bientôt disponibles dans d'autres pays ou régions qui ont adopté des mesures similaires. Si la mesure a pour finalité ultime d'augmenter les taux de vaccination dans la population et de diminuer les hospitalisations et les décès dus à la maladie, il faut prendre en compte que la mise en application du passeport vaccinal et la vaccination des moins de 12 ans y contribueront aussi.

Enfin, la question de savoir à quoi pourrait ressembler un éventuel retour à la normale est cruciale ici, puisque des mesures justifiables en raison de leur caractère temporaire et exceptionnel pourraient en venir à perdurer dans le temps. À ce chapitre, quels facteurs épidémiologiques et sociaux constitueraient un seuil au-delà duquel la vaccination obligatoire ne serait plus requise et les TdeS en congé sans solde seraient autorisés à revenir ? Comment devrait-on vivre avec la COVID-19 à moyen et à long terme?

Conclusion

En tenant compte de l'ensemble des éléments examinés, le CESP considère que la précaution peut justifier la vaccination obligatoire des TdeS, mais que sa mise en application doit résulter d'une évaluation attentive des conséquences de la mesure concluant à la prépondérance des bénéfices sur les inconvénients. Le déploiement de la mesure pourrait être modulé à la lumière des taux de vaccination des TdeS au moment de sa mise en œuvre ou retardé au besoin, considérant d'autres mesures qui seront ou pourraient être déployées soit auprès des TdeS visés, soit dans la population générale.

Les mesures d'exception telles que la vaccination obligatoire des TdeS et le passeport vaccinal peuvent être justifiables de par leur caractère temporaire. Ce faisant, le CESP invite les autorités à partager leur vision de ce que serait une vie normale où la COVID-19 resterait présente et où l'urgence sanitaire prendrait fin.

Document de travail - Ne pas diffuser