



Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin  
Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine  
Commissione nazionale d'etica per la medicina  
Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics

## **La vaccination contre le COVID-19**

### **Considérations éthiques sur des questions fondamentales et des domaines spécifiques d'application**

**Prise de position n°37/2021**

**Berne, 11 février 2021**

## Table des matières

1	Introduction .....	4
1.1	Contexte.....	5
1.2	Le vaccin.....	6
1.2.1	Développement et efficacité des vaccins.....	7
1.2.2	Inconnues au plan scientifique .....	8
1.2.3	Les vaccins en Suisse.....	9
1.3	Questions éthiques fondamentales .....	9
1.3.1	Proportionnalité des mesures.....	10
1.3.2	Égalité de traitement .....	12
1.3.3	Solidarité .....	14
1.3.4	Dimension mondiale de la pandémie de COVID-19 .....	15
2	Sur la vaccination obligatoire.....	17
2.1	Cadre juridique.....	17
2.2	Point de vue éthique sur une obligation générale de vaccination.....	18
2.3	Vaccination obligatoire pour certains groupes de la population ou certains groupes professionnels.....	20
2.3.1	La vaccination comme moyen de se protéger soi-même.....	21
2.3.2	La vaccination comme moyen de protéger les autres.....	22
3	Problématiques spécifiques.....	24
3.1	Cadre juridique.....	24
3.2	Certificats de vaccination.....	25
3.2.1	Protection des personnes.....	26
3.2.2	Confidentialité .....	27
3.2.3	Stigmatisation.....	28
3.2.4	Discrimination.....	28
3.2.5	Rôle de l'État et des acteurs privés .....	32
3.3	Convaincre sans obliger .....	33
3.3.1	Devoir d'information .....	34
3.3.2	Respect des points de vue divergents.....	36

3.3.3	Adéquation des incitations.....	37
4	Résumé et recommandations.....	39
5	Bibliographie .....	44
6	Liste des abréviations.....	50

# 1 Introduction

Avec une rapidité sans précédent, plusieurs vaccins ont été développés dans le monde pour lutter contre le nouveau coronavirus (SARS-CoV2). Ces vaccins font naître l'espoir de pouvoir atténuer les dommages sur les plans humain, social et économique considérables provoqués par la pandémie de COVID-19 et de rendre possible une levée rapide et durable des restrictions mises en place pour la contenir. Un tel espoir rend plus actuelle encore, surtout dans une perspective mondiale, la question de la distribution équitable de vaccins dont la disponibilité est actuellement limitée. La Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) s'est prononcée sur cette question le 22 décembre 2020 dans une prise de position succincte et a apporté son soutien à la stratégie de distribution en Suisse (voir CNE 2020a).

Le lancement des campagnes de vaccination à la fin de l'année 2020 et au début de 2021 soulève des questions éthiques supplémentaires en lien avec la lutte contre la pandémie de COVID-19. Il s'agit notamment de discuter des objectifs pratiques que poursuivent ces campagnes de vaccination et des mesures qui peuvent être justifiées pour les atteindre. Le fait que les personnes immunisées contre le virus ne soient plus uniquement celles qui ont déjà été infectées par celui-ci, mais aussi un nombre croissant de personnes ayant eu la possibilité et la volonté d'être vaccinées pose également de nouvelles questions.

Ce sont ces questions qu'aborde la CNE dans la présente prise de position. Elle y examine si l'urgence de la situation et les attentes légitimes liées à la perspective d'une couverture vaccinale de la population aussi large que possible sont de nature à justifier une vaccination obligatoire. La question de savoir si une obligation générale de vaccination pourrait être légitime et celle des conditions à même de justifier une telle obligation pour certains groupes de personnes (groupes à risque et professionnels de la santé) sont examinées séparément (ch. 2). Pour ce qui est des problèmes spécifiques posés par la possibilité de se faire vacciner, la commission aborde d'abord la question très controversée de savoir dans quelle mesure les droits et les obligations des personnes vaccinées peuvent différer de ceux des personnes non vaccinées et dans quelle mesure les certificats de vaccination peuvent être utilisés pour déterminer l'accès tant à certaines tâches et institutions publiques qu'à certains espaces privés (ch. 3.2). La commission se demande ensuite quelles incitations à la vaccination il est légitime de créer et les éléments auxquels il convient de prêter attention si l'on entend convaincre la population des avantages de la vaccination, mais surtout la soutenir dans la libre formation de son opinion et de sa volonté (ch. 3.3). Ces différentes considérations sont précédées par des explications concernant les questions éthiques fondamentales et les distinctions centrales qui doivent guider l'évaluation de la situation actuelle (ch. 1). La CNE s'exprime en ayant conscience du caractère fortement dynamique tant de la situation pandémique elle-même que du

débat sur la vaccination, ce qui conduit inéluctablement certaines de ses déclarations à avoir un caractère provisoire (ch. 1).

## 1.1 Contexte

Le 31 décembre 2019, la commission sanitaire municipale de Wuhan, dans la province chinoise du Hubei, déclarait 27 cas de pneumonie à l'étiologie inconnue. Le 24 janvier 2020, la France annonçait le premier cas en Europe et le 11 mars 2020, le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclarait l'état de pandémie globale (OMS, 2020a)<sup>1</sup>. Une année plus tard, on dénombre, au niveau mondial, plus de 112 millions de cas de contamination par cette nouvelle maladie infectieuse respiratoire et plus de 2,5 millions de décès. Au niveau national, la Suisse a enregistré plus de 553 000 cas et presque 10'000 personnes ont succombé suite à une contamination<sup>2</sup>.

La diffusion extrêmement rapide de la maladie à coronavirus 2019, ou COVID-19 (acronyme anglais de *coronavirus disease 2019*), s'explique par un ensemble de facteurs liés, d'une part, à l'apparition du virus lui-même et, d'autre part, aux circonstances et aux conditions écologiques dans lesquelles le virus se développe (CNECV, 2020). L'espèce humaine n'ayant jamais été confrontée à ce nouveau coronavirus (nommé SARS-CoV-2, acronyme anglais de *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), le système immunitaire humain n'a pas pu opposer d'emblée une réponse efficace et n'a pas pu être aidé par des moyens de lutte préventifs comme des vaccins<sup>3</sup>. Le COVID-19 a en outre montré une virulence et une capacité de transmission inattendues, prenant de court les différents systèmes de santé étatiques, qui se sont trouvés en grande partie débordés. La connexion rapide et globale des communautés humaines et la circulation des biens ont contribué à accélérer la diffusion du COVID-19, enlevant ainsi un temps précieux pour étudier le virus et la maladie et tirer profit des expériences vécues dans d'autres régions du monde.

Malgré les mesures de protection déployées, portant essentiellement sur le traçage numérique (CNE, 2020b) et analogique des contacts, le dépistage de masse, l'auto-confinement, ainsi que l'adoption par chaque individu de « gestes barrière » (à savoir la distanciation physique, la désinfection des mains et le port du masque), le COVID-19 continue à se propager.

---

<sup>1</sup> Pour une présentation détaillée des événements, voir European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2020) : <https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus/event-background-2019>

<sup>2</sup> D'après les données collectées par l'université américaine Johns Hopkins, qui est la référence mondiale en la matière. Voir <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (repris le 28 février 2021). Il faut remarquer que les chiffres pourraient ne pas correspondre au nombre effectif de cas puisque tous les cas de contamination et de décès n'ont pas été confirmés par un test de laboratoire ; à cela s'ajoutent les retards ou les erreurs d'enregistrement.

<sup>3</sup> En effet, des vaccins contre le COVID-19 n'étaient disponibles ni pendant la « première vague », c'est-à-dire la première phase aiguë de la maladie COVID-19 entre février et juin 2020 (le pic au mois de mars), ni pendant la « deuxième vague » entre octobre 2020 et janvier 2021 (le pic au mois de novembre).

Tant la maladie que les moyens mobilisés pour la combattre, tels que les mesures de confinement ou de semi-confinement généralisés (l'interdiction de visite et de sortie dans les établissements de soins de longue durée (CNE 2020c), la fermeture des écoles et des commerces non essentiels), ont eu une incidence énorme sur le bien-être et sur la santé physique et psychique des individus et de la collectivité, ainsi que directement et indirectement sur l'économie nationale (OFSP, 2020 ; Silva, Silva Ono & Souza, 2020). En raison des limitations imposées à des composantes essentielles de la vie humaine – telles que la vie sociale et culturelle, le travail, l'éducation, le commerce – des droits personnels fondamentaux ont été en effet gravement restreints.

De surcroît, récemment, plusieurs variants du SARS-CoV-2 ont été identifiés pour la première fois au Royaume-Uni<sup>4</sup>, en Afrique du Sud et au Japon/Brésil<sup>5</sup>. Si des études suggèrent que la mutation identifiée au Royaume-Uni est plus transmissible (elle se propagerait entre 30 % et 70 % plus rapidement), d'autres caractéristiques, comme la sévérité de la maladie et la résistance aux vaccins actuellement disponibles, restent à déterminer<sup>6</sup>. La situation sanitaire connaît ainsi un nouveau seuil critique, qui génère un état d'urgence supplémentaire et demande un plan d'action concerté au niveau européen (Priesemann et al., 2021).

## 1.2 Le vaccin

Dans ce contexte, le développement de vaccins représente une avancée majeure dans le déploiement de mesures préventives et une raison attendue d'espoir pour la population mondiale. Les vaccins contre le COVID-19 contribuent, avec d'autres mesures, à réduire les formes sévères de la maladie<sup>7</sup> et les décès (Baden et al., 2021 ; Polack et al. 2020 ; Voysey et al., 2021), à éviter une surcharge du système sanitaire (ce qui permet d'assurer conséquemment

---

<sup>4</sup> Voir l'annonce du ECDC du 20 décembre 2020: Rapid increase of a SARS-CoV-2 variant with multiple spike protein mutations observed in the United Kingdom. Repris le 20 janvier 2021 de : <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/SARS-CoV-2-variant-multiple-spike-protein-mutations-United-Kingdom.pdf>.

<sup>5</sup> Il s'agit du VOC (*Variant of concern*) – 202012/01 (également 501Y.V1 ou B.1.1.7) identifié au Royaume-Uni, le variant 501Y.V2 ou B.1.351 (Afrique du Sud) et le variant 501Y de la lignée B.1.1.248 (Japon/Brésil) (Swissnoso. Recommandations provisoires pour les hôpitaux de soins aigus concernant la circulation des nouveaux variants COVID-19. Repris le 20 janvier 2021 de : [https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5\\_Forschung\\_und\\_Entwicklung/6\\_Aktuelle\\_Ereignisse/210119\\_Interim\\_recommendations\\_acute\\_care\\_new\\_COVID-19\\_variants\\_v1.0\\_FR.pdf](https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/210119_Interim_recommendations_acute_care_new_COVID-19_variants_v1.0_FR.pdf)).

<sup>6</sup> Dans une communication du 22 janvier 2021, le Premier ministre britannique Boris Johnson annonçait que des données préliminaires pourraient indiquer que la variante identifiée au Royaume-Uni entraînerait une plus grande mortalité (de l'ordre de 30 %) (BBC. Coronavirus: UK variant 'may be more deadly' by James Gallagher, BBC News du 22 janvier 2021. Repris le 20 janvier 2021 de : <https://www.bbc.com/news/health-55768627>).

<sup>7</sup> En cas d'évolution sévère de la maladie, les personnes présentent par exemple une fièvre persistante, un sentiment d'être malade ou une détresse respiratoire. Une pneumonie peut suivre. Dans ce cas, la personne concernée a besoin d'un traitement hospitalier, et souvent aussi d'un apport en oxygène. En cas d'évolution sévère, la maladie dure en règle générale entre deux et quatre semaines. Certains symptômes (par exemple fatigue, insuffisance respiratoire et faiblesse généralisée) peuvent persister longtemps après le rétablissement. Chez certaines personnes, les symptômes liés aux voies respiratoires s'aggravent tellement qu'elles ont besoin de soins intensifs. Selon les connaissances actuelles, environ 1,5 % (état au 28 décembre 2020) des personnes testées positives décèdent des suites de la maladie (OFSP : Maladie, symptômes, traitement. Repris le 20 janvier 2021 de : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/krankheit-symptome-behandlung-ursprung.html#-89594200>).

l'approvisionnement en soins également pour les personnes souffrant d'autres maladies) et à limiter les effets négatifs de la pandémie sur les plans physique, psychique, social et économique (OFSP, 2021a)<sup>8</sup>.

### 1.2.1 Développement et efficacité des vaccins

Les vaccins contre le COVID-19 ont été développés dans un temps record<sup>9</sup>. Le développement si rapide des vaccins a été possible grâce à une collaboration internationale étroite et l'échange des connaissances sans barrières, ce qui n'a pas existé avant (Kaur & Gupta, 2020). Selon le dernier bilan de l'OMS du 26 février 2021 (OMS, 2021), 182 vaccins seraient au stade d'évaluation préclinique et 74 seraient en phase d'essais cliniques sur l'homme. Certains vaccins sont déjà disponibles :

- le vaccin Comirnaty®, mis au point par les laboratoires Pfizer/BioNTech (d'après les données publiées dans les études scientifiques de phase-III (Polack et al., 2020), la prévention de la maladie serait de 95 % chez les personnes ayant reçu le vaccin), qui a été autorisé depuis décembre par l'Agence européenne des médicaments (*European Medicines Agency*, EMA) et la Commission européenne ;
- le vaccin COVID-19 Vaccine Moderna® du laboratoire Moderna, autorisé par l'Agence américaine du médicament en décembre 2020, par l'EMA le 6 janvier 2021 et par Swissmedic le 12 janvier 2021 (efficacité annoncée à 94 %) ;
- le vaccin COVID-19 Vaccine AstraZeneca (AZD1222), développé par AstraZeneca/Oxford et autorisé par l'agence britannique du médicament (*Medicines and Healthcare products Regulatory Agency*, MHRA) le 30 décembre 2020 (efficacité annoncée de l'ordre de 70 % et jusqu'à 90 %).<sup>10</sup> Le 29 janvier 2021, l'EMA a recommandé l'octroi d'une autorisation de mise sur le marché conditionnelle pour ce vaccin et en préconise l'utilisation auprès de tous les adultes au-delà de 18 ans, tandis que Swissmedic a annoncé le 3 février 2021 qu'elle n'octroyait pas l'autorisation de mise sur le marché pour ce vaccin en raison de

---

<sup>8</sup> Il peut arriver que des personnes vaccinées contractent malgré tout le COVID-19. Cette problématique des « non-répondeurs » concerne aussi d'autres vaccinations.

<sup>9</sup> À titre d'exemple, le vaccin mis au point le plus rapidement jusqu'alors était celui contre les oreillons (en quatre ans). Il a fallu par contre sept ans pour développer un vaccin contre la polio et neuf ans pour un vaccin contre la rougeole, quinze ans pour le vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) (Santé magazine. Vaccins contre le coronavirus : quels vaccins disponibles ? pour qui ? passeport vaccinal ?. Repris le 20 janvier 2021 de : <https://www.santemagazine.fr/traitement/medicaments/vaccins/vaccins-contre-le-coronavirus-quelles-differences-pour-qui-quand-873097>).

<sup>10</sup> On décrit ici les trois vaccins dont il est majoritairement question en Suisse. Il convient toutefois de souligner que l'effort est mondial et qu'il est pertinent d'évaluer tous les vaccins. Plusieurs candidats vaccins sont en cours de développement. Par exemple, en Allemagne le vaccin Curevac à ARNm, aux Etats-Unis le vaccin Novavax à base de protéines et le vaccin de Johnson & Johnson Ad26.COV2.S à vecteur recombinant reposant sur un adénovirus humain. La Chine et la Russie ont développé et commencé à distribuer plusieurs vaccins : par exemple, le vaccin du laboratoire Sinopharm et le candidat-vaccin du laboratoire Sinovac Biotech ou, en Russie, le vaccin Spoutnik V, développé par le National Research Center for epidemiology and Microbiology du ministère de la Santé russe (Centre Gamaleya).

données encore insuffisantes pour conclure à un rapport bénéfices-risques positif (Swiss-medic, 2021)<sup>11</sup>.

Les deux premiers vaccins, qui nécessitent l'injection de deux doses à quelques semaines d'intervalle, reposent sur la technique novatrice de l'ARN messenger<sup>12</sup>, qui comporte l'injection directe d'un fragment du matériel génétique du virus encapsulé dans des nanoparticules composées de divers lipides. Le vaccin mis au point par le laboratoire AstraZeneca en collaboration avec l'Université d'Oxford nécessite lui aussi l'injection de deux doses et repose sur une technique plus classique utilisant un vecteur viral (Kaur & Gupta, 2020). Alors que ce dernier vaccin s'appuie sur une approche qui a déjà fait ses preuves, la technique de l'ARN message correspond à un territoire encore inexploré. Les vaccins faisant appel à cette technique sont, pour cette raison, davantage exposés à la critique.

### 1.2.2 Inconnues au plan scientifique

Les vaccins actuellement disponibles offrent aux personnes vaccinées une protection individuelle élevée contre les conséquences graves d'une infection. Cependant, face à la survenue de nouveaux variants, ces vaccins peuvent présenter une moindre efficacité ou se révéler totalement inefficaces. En outre, la question, centrale pour l'évaluation éthique, de savoir si la vaccination permet d'obtenir une immunité stérile, de sorte que la personne vaccinée ne présente qu'un risque d'infection minime pour les tiers, ne trouve pour l'instant pas de réponse clairement démontrée. De manière générale, la durée de la protection conférée par les vaccins n'est pas non plus encore connue. L'efficacité des vaccins à ARN messenger pourrait rester très élevée pendant des années, diminuer après trois ou quatre mois pour se stabiliser ensuite (Widge et al., 2020), ou encore diminuer de manière continue. Dans ce cas, il faudrait prévoir une vaccination périodique (infovac, 2021). Pour ces raisons, il est primordial de procéder aussi à des études de suivi (phases IV) en continu portant sur la sécurité, l'efficacité et la qualité des différents vaccins autorisés.

---

<sup>11</sup> Le Stiko (Ständige Impfkommission), à savoir le Comité permanent de la vaccination à l'Institut Robert-Koch à Berlin, avait déjà déconseillé ce vaccin pour les plus de 65 ans, évoquant des données insuffisantes. AstraZeneca avait cependant répondu en confirmant l'efficacité du vaccin pour ce groupe de personnes.

<sup>12</sup> Avec un vaccin à ARN messenger (acide ribonucléique messenger), l'information génétique d'un composant d'une protéine virale est transmise aux cellules du corps. Les vaccins contre le Covid-19 basés sur cette technologie utilisent l'information génétique d'une partie de la protéine Spike que le SARS-CoV-2 utilise pour se fixer aux cellules humaines. En utilisant cette information génétique, les cellules humaines produisent un antigène contre la protéine Spike qui est conçue pour stimuler la réponse immunitaire protectrice. Au contact du SARS-CoV-2, le système immunitaire humain reconnaît alors la protéine Spike et peut la combattre en utilisant l'antigène produit à cet effet. Contrairement aux vaccins classiques, qui contiennent généralement l'antigène lui-même, les vaccins à ARNm contiennent donc l'information génétique d'une partie du virus, que l'organisme peut utiliser pour produire l'antigène lui-même (Abbasi, Jennifer (2020). COVID-19 and mRNA Vaccines – First Large Test for a New Approach. JAMA 324(12): 1125-1127, [online] <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2770485?guestAccessKey=fc28caa1-b914-4e1c-af3f-a03bed8a3627> [5.02.2021]).

### 1.2.3 Les vaccins en Suisse

En Suisse, pour le moment, Swissmedic n'a autorisé que les vaccins de Pfizer/BioNTech (depuis le 19 décembre 2020) et de Moderna (depuis le 12 janvier 2021). La Suisse a réservé 3 millions de doses pour le vaccin de Pfizer/BioNTech, 7,5 millions de doses pour le vaccin de Moderna et 5,3 millions de doses pour le vaccin d'AstraZeneca ; ces doses seront livrées de manière échelonnée sur plusieurs mois. Plus récemment, la Suisse a conclu trois nouveaux contrats pour des vaccins, à hauteur de 5 millions de doses avec Curevac (vaccin à ARN messager, actuellement dans sa troisième et dernière phase de test), 6 millions de doses avec Novavax (vaccin à base de protéines, également dans sa dernière phase de test) et 6 millions de doses supplémentaires avec Moderna. Ces 17 millions de doses s'ajoutent ainsi aux 15,8 millions déjà assurées (OFSP, 2021b)<sup>13</sup>. La vaccination a commencé officiellement le 4 janvier 2021, même si la mise en œuvre diffère entre les cantons et que des retards sont constatés dans l'approvisionnement des vaccins. Pendant les premiers mois, il n'est pas possible de disposer de doses en quantité suffisante pour vacciner en même temps toutes les personnes qui en font la demande. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Commission fédérale pour les vaccins (CFV) ont ainsi établi une stratégie de vaccination comportant, notamment, la détermination des groupes-cibles, qui donne lieu à un ordre de priorité décroissant en cas de disponibilité limitée du vaccin. La CNE soutient pleinement cette stratégie de vaccination, qui répond aux principes d'une allocation équitable de ressources limitées (CNE, 2020a ; OFSP, 2021c)<sup>14</sup>.

## 1.3 Questions éthiques fondamentales

Même si les campagnes de vaccination contre le COVID-19 en sont à leurs débuts et qu'à ce stade, on ne sait pas encore dans quelle mesure le vaccin limite la contagion, pendant combien de temps une personne sera protégée par le vaccin ou si le vaccin protégera contre les nouveaux (et futurs) variants de la maladie (voir ch. 1.2.2), la vaccination crée une situation inédite. Pour la première fois depuis le début de la pandémie, deux nouveaux groupes sont présents

---

<sup>13</sup> Voir également: La Suisse a conclu trois nouveaux contrats pour des vaccins. Repris le 4 février 2021 de : <https://www.swissinfo.ch/fre/la-suisse-a-conclu-trois-nouveaux-contrats-pour-des-vaccins/46341550>.

<sup>14</sup> La CNE considère que pour évaluer la situation actuelle, il convient d'opérer une distinction entre les critères de distribution tels qu'ils sont fixés dans la stratégie de vaccination et leur mise en œuvre effective. À l'échelle mondiale, il existe un fort gradient social dans l'infection et le traitement des personnes atteintes du SARS-CoV-2, ainsi que dans la distribution de vaccins et d'autres mesures préventives (cf. Inverse Care Law, Inverse Equity Hypothesis) (Todd & Bambra, 2021). Il est incontestable que certaines difficultés, problématiques sur le plan éthique, sont apparues à certains endroits, par exemple la préparation parfois insuffisante des infrastructures nécessaires, les retards dans la vaccination ou des systèmes d'enregistrement qui pénalisent les personnes (âgées) ne disposant pas de compétences informatiques suffisantes. Force est de constater que les différences observées dans la distribution des vaccins entre les cantons et à l'intérieur des groupes spécifiques ont parfois contribué à faire surgir un sentiment d'injustice auprès d'une frange de la population.

dans la population : les personnes vaccinées contre le COVID-19 et les personnes non vaccinées. Ce deuxième groupe est hétérogène puisqu'il inclut les personnes qui refusent la vaccination, les personnes qui n'ont pas encore été vaccinées ou ne peuvent l'être et les personnes qui, en ayant contracté la maladie, ont développé des anticorps<sup>15</sup>. La situation des personnes infectées par le COVID-19 soulève des questions différentes de celles concernant les personnes vaccinées et non vaccinées, elles ne seront donc pas abordées ici. Cette nouvelle donne bouleverse la pesée éthique et juridique des intérêts en présence au regard notamment de la *justification des restrictions à certains droits*, d'une part, et de la *levée partielle des restrictions pour certaines personnes*, d'autre part.

Lors d'une pandémie, le risque d'être infecté et de développer la maladie dépend non seulement des décisions personnelles et du comportement individuel, mais aussi, dans une large mesure, de facteurs sociétaux. Le fait que la santé d'une personne ne puisse être protégée efficacement de manière individuelle soulève la question des obligations éthiques et/ou juridiques de l'individu envers la communauté. Dans ce contexte, il est possible d'identifier un certain nombre de questions éthiques fondamentales qui forment le cadre de la discussion sur la vaccination contre le COVID-19, sur sa distribution ainsi que sur son impact et ses interactions par rapport aux autres mesures visant à lutter contre la pandémie. Ces questions sont examinées ci-après.

### 1.3.1 Proportionnalité des mesures

Les restrictions imposées à certains droits (tels que la liberté de mouvement, de se rassembler, d'exercer une profession, d'exercer des activités sportives et culturelles) peuvent se justifier<sup>16</sup> au regard de la protection des personnes vulnérables<sup>17</sup>, qui risquent de développer des formes sévères de COVID-19 et de décéder. La protection des personnes vulnérables est en effet l'un des objectifs affichés par l'OFSP, avec ceux d'éviter une surcharge du système sanitaire et de

---

<sup>15</sup> Les personnes qui ont contracté le COVID-19 sont actuellement considérées comme des personnes vaccinées pendant trois mois après l'infection. Toutefois, de même que pour les personnes vaccinées, on ne sait pas encore pendant combien de temps dure l'effet auto-protecteur offert par la réponse immunitaire, ni si la maladie entraîne une immunité stérile. En raison de ces incertitudes, mais aussi parce que les personnes infectées sont traitées comme des personnes vaccinées pendant seulement trois mois, il n'y a qu'un faible intérêt à se faire délibérément infecter pour pouvoir bénéficier d'un éventuel assouplissement des restrictions dont pourraient bénéficier les personnes vaccinées.

<sup>16</sup> Des voix se sont levées pour contester la légitimité des restrictions imposées à la collectivité. Elles font valoir que ces restrictions ont des conséquences désastreuses et durables sur la santé psychique et physique et sur l'économie alors qu'elles ne protègent qu'une frange relativement modeste de la population. Selon cette façon de voir, des mesures de confinement ciblées auraient été plus adéquates.

<sup>17</sup> L'OFSP considère comme vulnérables les personnes suivantes : les personnes âgées, les femmes enceintes, les adultes atteints de maladies préexistantes (telles que l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les maladies chroniques des voies respiratoires) (OFSP. Personnes vulnérables. Repris le 25 janvier 2021 de : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/krankheit-symptome-behandlung-ursprung/besonders-gefaehrdete-menschen.html>).

limiter les effets négatifs de la pandémie sur les plans sanitaire, psychique, social et économique (voir ch. 1.2). Pour le moment, le vaccin n'a pas pu encore être distribué à toutes les personnes vulnérables, mais, quand ce sera le cas, les restrictions imposées à la population générale seront moins ou pas du tout justifiées au regard du *principe de proportionnalité*. La proportionnalité signifie que la mesure poursuit concrètement la protection de biens majeurs (en l'occurrence la vie et la santé des personnes vulnérables) et qu'elle est appropriée, nécessaire et raisonnablement exigible pour y parvenir. Plus elle vise directement à déjouer un danger avéré, grave et imminent, plus elle est justifiée (CNE, 2020b, 14). À partir du moment où les personnes vulnérables pourront être protégées plus efficacement avec le vaccin, les restrictions imposées à des tiers pourraient être levées, parce qu'elles seront moins adéquates, nécessaires et raisonnablement exigibles. Des inconnues au plan scientifique subsistent, mais pour ce qu'il est donné de savoir à l'heure actuelle, le vaccin représente une mesure valable (même si elle implique une atteinte à l'intégrité physique et comporte de possibles effets secondaires). Les vaccins pourraient permettre, à moyen terme, un allègement ou la levée des mesures restreignant certains droits personnels (comme porter le masque dans l'espace public ou maintenir une distanciation physique, réduire les contacts sociaux) et la jouissance de certaines libertés (prendre l'avion, assister à des spectacles, etc.). Ils sont de ce fait conformes au *principe de subsidiarité*, puisqu'on ne dispose pas de mesures moins invasives permettant l'exercice équivalent de droits personnels tout en présentant une efficacité protectrice comparable (voire supérieure).

D'autre part, il faut aussi souligner que certaines personnes n'ont pas accès à la vaccination et ne sont donc pas directement protégées. À savoir celles âgées de moins de 16 ans<sup>18</sup> et les personnes présentant une contre-indication aux vaccinations, en raison par exemple du risque de réactions allergiques ou de leur état de santé. Sur la base des connaissances actuelles, ce groupe comprend un petit nombre de personnes, mais cela ne les rend pas moins dignes de protection. Elles forment un nouveau groupe de personnes vulnérables, car elles ne peuvent pas tirer un bénéfice *direct* de la vaccination, mais seulement un bénéfice *indirect*, éventuellement *par le biais de la vaccination d'autres personnes et de l'immunité collective*. La notion de *vulnérabilité s'élargit* : outre les personnes âgées et très âgées, celles souffrant de comorbidités, de certaines maladies ou de certains handicaps, elle inclut également les personnes qui sont exclues de la vaccination pour des raisons médicales. Du point de vue épidémiologique,

---

<sup>18</sup> Les personnes de moins de 16 ans n'ont pas encore été incluses dans les essais cliniques qui confirment l'innocuité de la vaccination pour ce groupe d'âge et sont une condition préalable pour recommander la vaccination systématique de ce groupe. Le vaccin Comirnaty® ne doit pas être administré aux personnes de moins de 16 ans ; le vaccin Moderna® ne doit pas l'être aux personnes de moins de 18 ans. Voir : Swissmedic : Comirnaty – Information destinée aux patients. Repris le 4 février 2021 de : <https://www.swissmedicinfo.ch/Show-Text.aspx?textType=PI&lang=DE&authNr=68225>, et Swissmedic : Vaccin COVID-19 Moderna – Information destinée aux patients du 22 janvier 2021. Repris le 4 février 2021 de : <https://www.swissmedic.ch/swiss-mediac/fr/home/news/coronavirus-covid-19.html>.

un taux de vaccination d'au moins 60 % de la population est jugé nécessaire. Dans l'hypothèse où cette proportion est suffisante pour atteindre l'immunité collective, jusqu'à 40 % de la population pourrait bénéficier de la vaccination sans avoir à prendre elle-même les risques associés à cette pratique<sup>19</sup>. Par conséquent, l'objectif de développer une immunité collective grâce à la vaccination, qui représente un objectif différent de celui de protéger uniquement les personnes vulnérables, aurait l'avantage de protéger aussi les personnes qui ne peuvent pas se faire vacciner en évitant ainsi de les désavantager, voire de les discriminer (si les restrictions imposées jusque-là venaient à être levées pour les personnes vaccinés).

Pour l'instant, il n'est pas encore possible de se référer à des données scientifiques sur les effets de la vaccination contre le COVID-19, car les campagnes de vaccination ne font que commencer<sup>20</sup>. Les données scientifiques sur les effets des campagnes de vaccination contre la rougeole indiquent cependant que l'inaction, c'est-à-dire la décision de ne pas promouvoir le vaccin, engendrerait un plus grand nombre de décès dus au virus, un engorgement plus durable du système hospitalier et en conséquence une prolongation des mesures de distanciation restreignant la liberté de mouvement, de travail et de commerce (Mak & Saunders, 2006). De manière analogue, on peut conclure, également dans le cas de la vaccination contre le COVID-19, que la pesée des intérêts penche largement en faveur de la promotion de la vaccination du point de vue sanitaire et économique. Si l'apparition de nouveaux variants complique la mise en œuvre de la campagne vaccinale, le bienfondé de la mesure prophylactique assurée par la vaccination (dans la mesure où l'efficacité et la sécurité des vaccins seront confirmées par les études de suivi continu) reste valable et l'objectif de promouvoir la vaccination reste justifié.

### 1.3.2 Égalité de traitement

On peut imaginer que dans la population générale, certaines personnes s'attendent à ce que la vaccination leur offre un avantage, au sens d'un allègement ou de la levée des mesures restreignant des droits fondamentaux. En effet, le fait d'être vacciné (et éventuellement de disposer d'un certificat de vaccination ou passeport vaccinal, voir ch. 3.2) pourrait entraîner la

---

<sup>19</sup> La valeur d'une couverture vaccinale de 60 % est contestée. Selon Chung et al., une couverture de 70 % est nécessaire pour atteindre l'immunité collective (Chung, Jee Young, Melissa N. Thone und Young Jik Kwon (2021). COVID-19 Vaccines: The Status and Perspectives in Delivery Points of View. *Advanced Drug Delivery Reviews* 170: 1-25).

<sup>20</sup> Une étude modélisant les coûts économiques de différents scénarios est en cours d'évaluation : Kirwin, Erin, Ellen Rafferty, Kate Harback, Jeff Round et Christopher McCabe (2020). A Net Benefit Approach for the Optimal Allocation of a COVID-19 Vaccine. medRxiv, Preprint. Repris le 4 février 2021 de : <https://doi.org/10.1101/2020.11.30.20240986>. L'impact sur le système de santé des conséquences potentielles à long terme de la maladie Covid-19 n'est pas non plus clair : en cas d'évolution sévère, la maladie peut perdurer pendant deux à quatre semaines. Certains symptômes (p.ex. fatigue, essoufflement et lassitude généralisée) peuvent persister encore longtemps après la guérison (Datta, S. Deblina, Amish Talwar et James T. Lee (2020) : A Proposed Framework and Timeline of the Spectrum of Disease Due to SARS-CoV-2 Infection. *Maladie au-delà de l'infection aiguë et des conséquences sur la santé publique*. JAMA 2020 324(22) : 2251-2252, [en ligne] <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2773338> [5 février 2021]).

levée ou l'allègement des restrictions pesant sur les personnes qui le détiendraient (le droit de prendre l'avion, de pouvoir passer des vacances à l'étranger, d'assister à des événements sportifs ou culturels, d'aller au restaurant, p. ex.) alors que ces restrictions continueraient à peser sur les personnes non-vaccinés. L'exercice de ces libertés pourrait constituer une source motivationnelle à se faire vacciner (voir ch. 3.3).

Il convient donc de discuter si, pour cette raison, il serait admissible de traiter les personnes vaccinées différemment – en levant ou en allégeant les restrictions qui leur sont imposées – des personnes qui, délibérément, auraient choisi de ne pas se faire vacciner et auraient donc pris le risque, si infime soit-il, de développer une forme sévère de la maladie nécessitant éventuellement une hospitalisation (qui priverait peut-être d'autres personnes d'un respirateur ou d'une place aux soins intensifs). La question à laquelle il faut répondre est donc celle des avantages sociaux, sociétaux et économiques de la vaccination pour les personnes vaccinées. Bien qu'elle fasse appel au sens civique et qu'elle soit souvent défendue au niveau politique, l'idée d'une solidarité des personnes vaccinées à l'égard des personnes non vaccinées en ce qui concerne les restrictions à la liberté personnelle doit être remise en question sur le plan juridique et éthique. Si les personnes vaccinées ne présentent plus qu'un risque très faible de tomber malades et d'infecter les autres, les restrictions qui sont imposées à leur liberté ne peuvent plus se justifier au nom de la protection de la collectivité. Ces personnes ne constituent plus un danger pour la santé publique, de sorte que le maintien des restrictions à leur liberté ne représenterait plus qu'un acte de solidarité symbolique et inefficace à l'égard des personnes non-vaccinées. Certes, une telle exigence semble appropriée tant que les possibilités de vaccination restent fortement limitées et qu'une grande partie de la population n'a pas accès à la vaccination. Le maintien des restrictions peut néanmoins devenir de plus en plus problématique sur le plan juridique et éthique et nécessiter une discussion et une justification détaillées au fur et à mesure que les personnes qui souhaitent se faire vacciner ont effectivement accès à la vaccination. En effet, le fait pour l'État d'imposer des restrictions différenciées ou sélectives à la liberté ne soulève pas un problème de discrimination de manière générale, mais seulement à l'égard des personnes qui sont exclues de la vaccination pour des raisons médicales. Contrairement à celles qui refusent volontairement la vaccination, celles-ci n'ont pas la possibilité d'influencer par leur comportement la portée des libertés qui leur sont accordées par l'État. Dans ce contexte, la discussion sur des certificats de vaccination ouvrant des droits d'accès à certains espaces ou à certaines activités doit être menée avec une grande prudence (voir les développements au ch. 3.2).

### 1.3.3 Solidarité

Pour chaque personne, une protection efficace contre le risque d'infection va au-delà de ce qu'elle-même est capable de maîtriser. En effet, la protection d'un individu dépend aussi indirectement des effets protecteurs des efforts que déploient les autres personnes pour se protéger elles-mêmes. C'est la raison pour laquelle la décision d'une personne au sujet de la vaccination doit être considérée et appréciée non seulement au regard de ses conséquences pour ses *propres* risques et sa *propre* protection, mais aussi au regard de ses conséquences pour les risques et la protection de la *population dans son ensemble*. Du point de vue éthique, il s'agit d'une relation de complémentarité entre la morale individuelle et la morale sociale, entre l'intérêt personnel bien compris et la solidarité envers la collectivité. À ce titre, la pratique sociale de la vaccination représente un « parfait exemple d'action solidaire [...] dans laquelle le bien individuel et le bien commun sont étroitement liés l'un à l'autre » (Deutscher Ethikrat, 2019 : 55 s.).

Par solidarité, on entend l'ensemble des attitudes, des dispositions et des actions prosociales individuelles, d'une part, et des arrangements politiques, institutionnels et contractuels, d'autre part, qui visent à apporter aide et soutien aux autres (Bayertz, 1996). La solidarité est constituée, de façon négative, par la perception de difficultés ou de menaces communes et, de façon positive, par un ensemble de représentations partagées au sujet de la vie bonne (cf. Deutscher Ethikrat, 2017). C'est ainsi que l'action solidaire repose pour l'essentiel « sur la reconnaissance d'éléments pertinents que nous avons en commun avec une ou plusieurs autres personnes » (Prainsack et Buyx, 2016 : 82) et que les communautés solidaires sont fondées sur des attentes réciproques de soutien mutuel entre leurs membres. S'agissant de la pandémie de COVID-19, la solidarité est nécessaire dans la mesure où la protection de la santé de chaque individu ne peut être obtenue que par la protection vaccinale de la collectivité dans son ensemble (immunité collective). Les restrictions qu'il est possible d'apporter à la liberté d'un individu au nom de la solidarité se justifient toutefois « uniquement lorsqu'aucune autre mesure, n'enfreignant pas cette liberté, ne permet d'arriver aux mêmes résultats. Aussi faut-il constamment veiller à l'équilibre entre la nécessité de renforcer la solidarité entre les personnes concernées et l'exigence de respecter leur autonomie. » (CNE, 2018 : 93)

Lorsqu'une personne prend une décision au sujet d'une vaccination, elle doit évaluer, dans son propre intérêt, le risque que représente cette vaccination pour sa propre santé, mais elle doit également tenir compte, dans un esprit de solidarité, des conséquences de sa décision pour la santé des autres personnes et de la société dans son ensemble. La décision de se faire vacciner doit être prise sur la base de considérations éthiques individuelles et sociales *d'abord de manière volontaire, puis de manière mûrement réfléchie, en tant compte des conséquences de cette décision pour les autres*. Les personnes pour lesquelles la vaccination est

médicalement sans danger ont la possibilité d'apporter une contribution solidaire à la protection de celles qui ne peuvent y avoir accès. L'urgence de l'exigence de solidarité se mesure à l'aune de la protection des personnes et des groupes vulnérables contre une menace extérieure. Le principe de solidarité ne s'applique toutefois que sous trois conditions cumulatives : la vaccination doit offrir une protection avérée contre l'infection des tiers ; la dangerosité des conséquences de l'infection doit justifier l'exigence de solidarité ; enfin, les risques de la vaccination doivent être proportionnés et raisonnables sur le plan médical.

La perspective du bien commun s'applique toutefois aussi à la santé de la population d'une manière qui est indépendante de la question de savoir si la protection vaccinale d'un individu influence son risque d'infecter d'autres personnes. En effet, la santé d'une personne qui n'a pas pu être vaccinée pour des raisons médicales dépend du fait que les ressources médicales disponibles ne sont pas mobilisées pour traiter des personnes qui auraient pu se protéger efficacement contre une forme grave de la maladie en se faisant vacciner. La perspective du bien commun et les devoirs moraux à l'égard du « bien-être du plus faible » prennent un poids d'autant plus important que les capacités hospitalières sont fortement sollicitées.

Enfin, les questions de la solidarité et du bien commun se posent également en lien avec les conséquences personnelles, sociales et économiques de la pandémie de COVID-19. L'expérience montre qu'une infection au coronavirus n'affecte pas tout le monde de la même manière. Une corrélation existe entre les conditions de vie, d'une part, et le risque d'infection, la gravité de l'évolution de la maladie et le risque de décès, d'autre part. C'est la reconnaissance de cette interaction complexe qui a conduit Richard Horton, rédacteur en chef de la revue médicale *The Lancet* et professeur à la London School of Hygiene and Tropical Medicine, à parler d'une syndémie de COVID-19 plutôt que d'une pandémie (Horton, 2020 ; voir également ch. 1.2.3, note 14). En effet, il n'existe pas seulement une corrélation étroite entre l'infection virale, l'évolution de la maladie, les comorbidités et la situation sociale et économique des personnes concernées. La pandémie de COVID-19 vient encore renforcer de manière significative des inégalités sociales préexistantes. D'un côté, les personnes qui vivent dans des conditions sociales et professionnelles précaires ont beaucoup moins de possibilités de se protéger contre l'infection. D'un autre côté, l'évolution d'une infection virale est d'autant plus défavorable, et d'autant plus souvent fatale, que les conditions de vie sont précaires.

#### **1.3.4 Dimension mondiale de la pandémie de COVID-19**

En raison de la propagation mondiale du SARS-CoV2, un contrôle efficace de la pandémie requiert des stratégies à l'échelle internationale. Un « nationalisme vaccinal » serait contre-productif, car une pandémie mondiale ne saurait être vaincue à l'échelon national. Un accès universel à la vaccination et une répartition équitable des vaccins sont également dans l'intérêt des pays riches, qui bénéficieraient ainsi d'une réduction des risques (Callaway, 2020). C'est

ce qui conduit l'UE et différents États à considérer, pas seulement pour des raisons éthiques, les vaccins contre le COVID-19 comme des biens publics mondiaux, dont la distribution ne devrait pas être laissée entièrement au libre jeu du marché.

Des gouvernements, des organisations de la santé, des entreprises pharmaceutiques et des donateurs privés ont lancé à cet effet en avril 2020 le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre le COVID-19 (Accélérateur ACT). L'un des quatre axes de travail de ce dispositif porte sur les vaccins et leur distribution. Cette initiative COVAX (COVID-19 Vaccine Global Access Facility) est dirigée par l'OMS, la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI) et l'alliance Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI). Plus de 180 pays ont aujourd'hui rejoint le mécanisme COVAX, qui prévoit l'achat de deux milliards de doses de vaccins en 2021. Une moitié ira aux pays qui achètent eux-mêmes les vaccins, tandis que l'autre moitié sera répartie équitablement entre les autres pays. Selon l'OMS, le nombre de doses devrait suffire pour vacciner le personnel de santé et les personnes âgées de plus de 65 ans dans le monde entier. En outre, COVAX finance les infrastructures nationales de façon à permettre et à améliorer la production et la distribution de vaccins dans les régions les plus pauvres du monde.

La Suisse soutient l'initiative COVAX à hauteur de 20 millions de francs. Comme décrit ci-dessus, 80 % des vaccins pouvant être financés avec ces 20 millions seront distribués aux pays à faible revenu, tandis que 20 % pourront être utilisés pour la population suisse. Parallèlement, la Suisse a consacré 780 millions de francs à des contrats directs avec des fabricants de vaccins afin d'approvisionner sa propre population. Cela signifie qu'un peu plus de 2 % de ses dépenses totales sont destinées à l'achat de vaccins pour les pays les plus pauvres. Pour des raisons de justice et de solidarité, un engagement plus important serait approprié.

Bien sûr, la participation à la lutte mondiale contre la pandémie peut être motivée non seulement par la solidarité, mais aussi par des intérêts politiques et économiques bien compris. Le commerce mondial, les échanges économiques, scientifiques et culturels internationaux et le tourisme dépendent dans une large mesure de la réussite de la lutte contre la pandémie au niveau mondial. Il est donc aussi dans l'intérêt *national* de lutter contre la pandémie de COVID-19 à l'échelle *mondiale*. À la lumière de ce constat, le faible engagement du Conseil fédéral dans la lutte mondiale contre le virus questionne, car il contribue non seulement à une répartition inéquitable, mais risque aussi de prolonger la pandémie. Les montants alloués à l'initiative COVAX sont pour l'heure relativement modestes. En outre, à la différence d'autres pays capables de s'autofinancer, la Confédération n'a pour l'instant pas renoncé, au profit des pays plus pauvres, aux doses de vaccins qu'elle a achetées pour couvrir les besoins de 20 % de la population suisse.

## 2 Sur la vaccination obligatoire

Lors de l'examen des questions concrètes qui se posent dans le contexte du débat actuel sur la vaccination contre le COVID-19, il est important de garder à l'esprit la distinction entre le cadre juridique en vigueur et l'évaluation éthique. Cette distinction est notamment pertinente pour répondre à la question de la vaccination obligatoire, voire du recours à la contrainte pour faire respecter une obligation, une question qui se pose régulièrement en lien avec l'objectif de vacciner le plus grand nombre de personnes le plus rapidement possible. L'absence d'obligation légale à se faire vacciner n'exclut pas qu'il puisse y avoir une obligation morale générale ou un devoir déontologique pour certaines professions. C'est pourquoi les développements qui suivent s'arrêtent d'abord sur la situation juridique actuelle avant d'examiner la question de la vaccination obligatoire du point de vue éthique.

### 2.1 Cadre juridique

La vaccination contre le COVID-19 vise à protéger tant la santé individuelle que la santé publique. Comme elle l'a déjà exprimé, la CNE considère que « la santé publique relève typiquement de l'intérêt public et peut ainsi justifier des restrictions des droits fondamentaux des individus, à condition que celles-ci soient fondées sur une base légale et proportionnées au but visé (art. 36 Cst.). Lors de l'examen d'un tel conflit entre droits fondamentaux, il faut garder à l'esprit que la santé publique protège en définitive aussi d'autres droits fondamentaux, en l'occurrence les droits élémentaires à la vie et à l'intégrité physique (art. 10, al. 1 et 2, Cst.). » (CNE, 2020b : 9) La question à laquelle il faut répondre est donc celle de savoir si de telles restrictions des droits fondamentaux se justifient dans le contexte de la vaccination contre le COVID-19.

Les notions de « contrainte vaccinale » ou d'« obligation vaccinale » occupent une place essentielle dans le débat public et sont parfois utilisées comme des synonymes. La *contrainte vaccinale* signifie le recours à la contrainte pour faire respecter une *obligation vaccinale*. Elle peut consister en une contrainte physique directe, mais aussi en une contrainte administrative visant, par exemple, à sanctionner le refus de la vaccination. On parle donc de contrainte vaccinale chaque fois que des sanctions sont utilisées pour faire respecter une obligation de vaccination.

La loi sur les épidémies n'autorise pas un tel recours à la contrainte dans le contexte de la vaccination<sup>21</sup>. Une vaccination porte atteinte aux droits à la liberté personnelle et à l'intégrité physique, qui sont protégés par le droit constitutionnel (art. 10, al. 2, Cst.), le droit civil (art. 28 CC) et le droit pénal (art. 122 ss CP). Toute vaccination nécessite le consentement libre et

---

<sup>21</sup> Pour des points de vue différents, voir Vokinger, Kerstin Noëlle und Noah Rohner (2020). Impfblogatorium und Impfwang – eine staatsrechtliche Würdigung, Bern, [online] [www.recht.recht.ch](http://www.recht.recht.ch) [5.02.2021].

éclairé de la personne concernée capable de discernement (art. 16 CC). Une vaccination obligatoire appliquée par la contrainte et contre la volonté explicite d'une personne constituerait une atteinte considérable à ses droits fondamentaux. Le contexte de la vaccination contre le COVID-19 ne change rien au fait que toute personne a le droit de prendre des risques pour sa propre santé et de ne pas se voir imposer par des tiers des mesures de protection individuelle qui portent atteinte à son intégrité physique. En outre, nul ne peut être contraint de mettre sa propre santé en danger au profit de tiers ou d'autoriser des atteintes à son intégrité physique. Il n'existe pas en Suisse de base légale pour une obligation générale de vaccination qui s'appliquerait à toutes les catégories de la population. L'art. 22 LEp n'autorise les cantons à déclarer obligatoires des vaccinations que pour *certaines groupes de personnes* et en tant que solution de dernier recours, c'est-à-dire « pour autant qu'un danger sérieux soit établi ». Dans des circonstances particulières ou exceptionnelles, le Conseil fédéral peut décider et exécuter une telle mesure (art. 6 s. LEp). Pareille obligation ne peut toutefois être appliquée que de manière indirecte – par le biais de mesures de substitution – à l'encontre des personnes qui refusent la vaccination. Une mesure de substitution envisageable serait de refuser l'accès aux services publics dont l'utilisation expose les autres à un risque d'infection. On peut penser à l'utilisation des transports publics ou à l'accès à des établissements de formation. Rendre une vaccination obligatoire pour certains groupes professionnels, notamment dans le domaine de la santé, supposerait par exemple de restreindre l'activité des salariés qui la refusent. À ce titre, une vaccination obligatoire ne représente pas une protection directe, mais seulement une protection indirecte pour les personnes et les groupes vulnérables ou pour la société dans son ensemble.

Une vaccination obligatoire constitue également une atteinte grave aux droits fondamentaux, en particulier au droit fondamental à la liberté personnelle. Elle doit donc être justifiée par un intérêt public ou par la protection des droits fondamentaux de tiers. Comme toute mesure restreignant la liberté personnelle, elle doit également respecter le principe de la proportionnalité, c'est-à-dire qu'elle doit protéger des biens de niveau supérieur et être appropriée, nécessaire et raisonnablement exigible pour parvenir à cette fin (voir CNE, 2020b: 14).

## **2.2 Point de vue éthique sur une obligation générale de vaccination**

En Suisse comme dans d'autres pays occidentaux, et contrairement à ce qui a pu se produire pour d'autres vaccinations, peu de voix se sont élevées au cours des travaux préparatoires à la vaccination contre le COVID-19 pour demander une obligation générale de vaccination. Responsables politiques, virologues et éthiciens ont au contraire insisté sur le caractère volontaire de la vaccination. La raison première de ce positionnement est probablement de nature stratégique : étant donné le scepticisme, voire l'opposition à l'égard de la vaccination qui traverse depuis des années une part importante de la population de ces pays, décréter une

obligation générale de vaccination serait extrêmement impopulaire, provoquerait des troubles sociaux et pourrait en fin de compte affecter la confiance de la population dans d'autres mesures politiques de lutte contre la pandémie.

Une autre explication du rejet de cette idée tient au fait que l'obligation de se faire vacciner n'est généralement pas conçue comme une obligation morale, mais comme une obligation juridique, qui devrait être ordonnée par l'État, puis contrôlée et appliquée par la police, au même titre que toute obligation juridique. Dans un État de droit libéral et démocratique, le principe fondamental est que tout ce qui n'est pas expressément interdit est permis. Ce principe découle de la conviction que la dignité de la personne humaine se manifeste avant tout dans sa capacité d'autodétermination libre et personnelle. L'existence d'une obligation juridique pour chaque citoyen de se faire vacciner constituerait une atteinte à ce droit fondamental à la liberté.

Le recours à la contrainte pour faire respecter une obligation vaccinale représente par ailleurs une atteinte à l'intégrité corporelle. Une telle intervention correspond à ce que l'on appelle en médecine un traitement sous contrainte et doit être strictement encadrée et contrôlée, étant donné les droits fondamentaux qui viennent d'être mentionnés. Non seulement, il est nécessaire qu'elle protège le patient avec un degré élevé de certitude contre une atteinte grave à sa santé ou contre un danger de mort imminent, un avantage qui doit clairement l'emporter sur les risques et les inconvénients associés au traitement sous contrainte lui-même. Mais il faut encore qu'aucune mesure moins invasive ne soit disponible et que le patient, en raison d'une incapacité de discernement, ne soit pas en situation de prendre une décision rationnelle et autonome concernant ce traitement. Lorsqu'une personne est *capable de discernement*, un traitement sous contrainte n'est autorisé, de façon strictement limitée, que dans le cadre de l'exécution des peines<sup>22</sup>. Or, le contexte d'une vaccination pour lutter contre une épidémie concerne l'ensemble de la population ou de larges pans de celle-ci, c'est-à-dire des personnes qui sont capables de discernement et qui n'ont pas commis d'infraction pénale. En outre, dans la plupart des épidémies, y compris dans la pandémie actuelle de COVID-19, il existe d'autres mesures efficaces pour se protéger soi-même et pour protéger les autres, notamment les règles de distanciation physique, la limitation des contacts dans le temps, la protection bucco-nasale et l'hygiène des mains. Une contrainte vaccinale resterait une mesure de contrainte, même si la personne n'opposait pas de résistance physique à la vaccination, mais exprimait oralement ou d'une autre façon son souhait de ne pas être vaccinée. On ne saurait par ailleurs exclure que la menace de sanctions liées à une obligation juridique ne pousse des personnes qui consentent pourtant à la vaccination à prendre une décision ne leur laissant guère de marge de manœuvre.

---

<sup>22</sup> Voir également les directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) (2015). Mesures de contrainte en médecine. 5<sup>e</sup> édition, Berne. Disponible à l'adresse : [Mesures de contrainte en médecine \(samw.ch\)](http://samw.ch).

Quand bien même le droit en vigueur et des considérations éthiques et pragmatiques plaident contre l'idée d'une obligation générale de vacciner l'ensemble de la population et excluent une telle mesure dans la situation actuelle, il faut se demander si la menace posée par le COVID-19 (ou une future pandémie comparable) n'implique pas une obligation *morale* de se faire vacciner pour toutes les personnes qui en ont la possibilité. Plusieurs raisons peuvent en effet être avancées en faveur de l'existence d'un tel devoir moral : dans la mesure où elle peut prévenir efficacement et durablement des infections, des formes sévères de la maladie et des décès, la vaccination protège la vie et la santé, avec un risque fortement limité pour les personnes qui s'y soumettent. Dans le cas d'une épidémie plus grave, elle peut également assurer, de manière indirecte, le maintien des fonctions essentielles de la société et protéger ainsi d'autres droits fondamentaux des citoyens. La question de savoir si de telles raisons peuvent effectivement être invoquées en faveur d'une obligation générale de vaccination dépend toutefois beaucoup de la situation épidémique concrète et de l'effet réel de la vaccination. Dans la situation actuelle, compte tenu de l'efficacité de la vaccination, de l'existence d'autres mesures de protection contre l'infection et de la menace pour la paix sociale que ferait peser une obligation générale et juridiquement contraignante de vaccination, la CNE considère qu'une telle obligation serait manifestement disproportionnée et qu'elle doit par conséquent être rejetée. Il n'en demeure pas moins qu'étant donné les dommages sur les plans social, culturel, humain et économique importants causés par les mesures actuellement déployées pour lutter contre la pandémie, la protection contre ces coûts qu'offrirait l'immunité collective revêt une grande importance sur le plan éthique. Pour les individus, il existe donc assurément de bonnes raisons morales d'apporter une contribution solidaire à la maîtrise des risques et des coûts associés à la pandémie en se faisant vacciner (voir aussi ch. 1.3).

### **2.3 Vaccination obligatoire pour certains groupes de la population ou certains groupes professionnels**

Quelle que soit la réponse apportée à la question d'une obligation générale de vaccination, il vaut la peine d'examiner, dans une perspective éthique, si une obligation de vaccination devrait être introduite pour certains groupes de la population, comme l'autoriserait le cadre légal en vigueur. Deux groupes doivent être distingués : d'une part, les personnes qui courent un risque très élevé de développer des formes sévères ou de décéder du COVID-19, c'est-à-dire les personnes souffrant de maladies graves préexistantes ou les personnes très âgées ; d'autre part, les personnes qui présentent un risque élevé de contaminer les membres de groupes vulnérables parce qu'elles sont fréquemment en contact étroit avec un grand nombre d'entre eux, c'est-à-dire en particulier le personnel de soins et d'assistance dans les établissements médico-sociaux. Pour ce qui est des membres du premier groupe, une vaccination leur permettrait surtout de se protéger eux-mêmes ; pour les membres du second groupe, la

vaccination leur servirait principalement à protéger d'autres personnes qu'eux-mêmes, pour autant que la vaccination agisse également sur la transmission du virus. D'un point de vue tant éthique qu'infectiologique, ces deux aspects doivent être évalués de manière distincte.

### **2.3.1 La vaccination comme moyen de se protéger soi-même**

La *vaccination comme moyen de se protéger soi-même* pourrait-elle justifier une obligation vaccinale ? La réponse à cette question suppose de savoir dans quelle mesure la vaccination protège réellement les personnes vaccinées. Imposer à une personne le devoir de se protéger elle-même est une décision qui, même si elle procède d'une authentique sollicitude et si elle s'avérait efficace, doit être qualifiée de paternaliste. Comme elle revient à faire le bien d'une personne capable de discernement contre sa volonté, elle consiste en un paternalisme dit « dur » ou « fort » qui n'est plus justifiable aujourd'hui sur le plan éthique. C'est la raison pour laquelle un médecin, par exemple, ne peut pas décider de lui-même d'un traitement pour un patient sans obtenir au préalable le consentement éclairé de ce dernier. Chaque personne a le droit de prendre des risques pour sa vie ou sa santé, de procéder à sa propre évaluation de ces risques et d'assumer la responsabilité de ses choix. Les individus n'ont pas tous la même tolérance aux risques et n'accordent pas tous la même importance à une vie en bonne santé par rapport à leurs autres objectifs de vie. Certains pratiquent des sports dangereux ou exercent des professions qui les exposent à des risques élevés. Chaque personne a également le droit de nuire intentionnellement à sa propre santé.

Les caractéristiques spécifiques du groupe pour lequel une vaccination contre le COVID-19, conçue comme moyen de se protéger soi-même, pourrait être rendue obligatoire doivent par ailleurs être prises en considération. Comme indiqué précédemment, il s'agit de personnes particulièrement vulnérables, déjà très affaiblies par une maladie chronique ou la vieillesse, qui dépendent de l'aide de tiers, dont la voix n'est pas toujours écoutée dans la sphère politique et dont les besoins et les intérêts sont facilement ignorés. Certes, la vaccination peut leur apporter un avantage inestimable en raison de leur risque élevé de développer des formes graves de la maladie ou de mourir du COVID-19. Il est donc juste que ce groupe soit le premier à se voir proposer la vaccination lors de la détermination de l'ordre de priorité dans un contexte de rareté des doses disponibles (voir ch. 1.2.3). Il n'en demeure pas moins essentiel du point de vue éthique que la vaccination se fasse sur une base volontaire. Tout d'abord, une obligation vaccinale aurait pour effet de réduire encore davantage l'autonomie déjà fortement restreinte de ces personnes. Ensuite, certaines personnes gravement malades et très âgées considèrent que leur vie est terminée ou acceptent la perspective de la mort et ne veulent pas la repousser en raison des souffrances qu'elles endurent. C'est dans ce groupe que l'on trouve le plus grand nombre de directives anticipées excluant des traitements hospitaliers ou des soins intensifs en cas de COVID-19 ou d'autres détériorations graves de l'état de santé. Pour

ces différentes raisons, la CNE considère qu'il n'y a aucune justification éthique à conférer un caractère obligatoire à une vaccination servant principalement à protéger les personnes vaccinées elles-mêmes.

### **2.3.2 La vaccination comme moyen de protéger les autres**

La situation est différente si le but premier de la vaccination est d'empêcher que d'autres personnes soient infectées par le nouveau coronavirus. Cela ne peut être le cas que si une personne vaccinée n'est plus infectieuse (immunité stérile) ou nettement moins infectieuse, ce qui n'a pas été démontré jusqu'à présent. S'il devait se confirmer que la vaccination n'offre pas une protection suffisante contre la transmission du virus à des tiers, mais uniquement une protection pour la personne vaccinée elle-même, alors une obligation vaccinale ne saurait se justifier. En se faisant vacciner, les membres du personnel d'un établissement médico-social, par exemple, se protégeraient eux-mêmes contre le risque de développer le COVID-19, mais ne protégeraient pas les résidents de leur institution. Il est même concevable que l'effet inverse se produise : si les personnes vaccinées supposent à tort qu'elles ne peuvent plus infecter les autres et respectent moins scrupuleusement les règles d'hygiène et de distance, elles pourraient représenter une source d'infection plus importante. La situation serait différente s'il était établi que la vaccination contre le COVID-19 confère une immunité stérile aux personnes vaccinées. Dans ce cas, la vaccination permettrait de réduire encore plus le risque de transmission, déjà atténué par les mesures d'hygiène qui continueront de lui être associées (voir ch. 1.2.2).

Un tel effet de la vaccination augmenterait non seulement les chances d'atteindre l'immunité collective, mais serait aussi particulièrement important pour les personnes en contact avec des membres des groupes à risque. En associant la vaccination aux mesures d'hygiène, les médecins, infirmières ou autres soignants qui travaillent dans des établissements médico-sociaux ou qui s'occupent de personnes gravement malades ou très âgées à domicile pourraient protéger au mieux les personnes qui leur sont confiées. Renoncer à une vaccination disponible, sûre et gratuite serait un comportement irresponsable sur le plan éthique de la part des membres des groupes professionnels concernés, car il mettrait en danger la vie et la santé de personnes à risque, à moins qu'ils sachent, grâce à des examens immunologiques, qu'ils sont déjà immunisés en raison d'une infection antérieure. Ce comportement ne serait pas non plus compatible avec les codes de déontologie des professions de la santé, qui élèvent au rang de priorité absolue la sollicitude pour la santé des personnes dont elles ont la charge. La Déclaration de Genève de l'Association médicale mondiale affirme ainsi : « Je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité. » (AMM, 2017 et AMM, 2020)

Un devoir déontologique ne fonde toutefois pas une obligation légale, et la seconde n'est pas nécessaire si un nombre suffisamment important de professionnels se conforment au premier.

Dans le cas de la vaccination, une information adéquate des professionnels, notamment concernant le lien entre la vaccination et la transmission du virus, serait d'une importance décisive. On pourrait également faire en sorte que la vaccination soit aussi simple d'accès que possible, par exemple en la proposant à des endroits dans lesquels les membres des groupes concernés peuvent se rendre sans effort particulier. Il faut aussi tenir compte du fait que les obligations éthiques opèrent par le biais de discours, d'appels et de modèles de comportement. Même si elles sont moins contraignantes que des obligations juridiques ordonnées par l'État, les obligations éthiques peuvent être soutenues par des sanctions sociales et produire des effets importants. On pourrait par exemple concevoir que les professionnels qui ne souhaitent pas être vaccinés se voient confier par la direction de l'institution pour laquelle ils travaillent des tâches sans contact direct avec les groupes à risque. Une autre possibilité serait d'obliger les personnes non vaccinées à se soumettre régulièrement à des tests rapides antigéniques de dépistage si elles travaillent en contact avec des personnes à risque.

Une obligation légale de vaccination pour un groupe limité de personnes ne serait justifiable sur le plan éthique que si toutes ces mesures s'avéraient inefficaces et qu'une grande partie des professionnels renonçaient à une vaccination volontaire, sûre et produisant de façon démontrée une immunité stérile, tandis que la dynamique de l'épidémie continuerait d'être très importante (nombre élevé de cas, d'hospitalisations et de décès). Concrètement, cela signifierait que les professionnels non vaccinés seraient tenus de prendre un congé sans solde ou de changer de poste. Ces deux mesures auraient néanmoins pour effet d'aggraver la pénurie existante de professionnels de la santé. D'un point de vue pratique, et compte tenu des nombreux postes vacants dans ce secteur, il n'est pas du tout exclu que ces professionnels préféreraient changer de poste, voire de branche, plutôt que de se soumettre à la vaccination obligatoire. Cela signifierait qu'une obligation légale de vaccination, même assortie de sanctions, pourrait n'avoir qu'un effet limité. À long terme, elle pourrait par contre mettre à mal non seulement l'attrait des professions de la santé, mais aussi la confiance dans la gestion par l'État du système de santé.

L'évaluation éthique doit tenir compte de ces conséquences pratiques hautement probables et clairement négatives d'une vaccination obligatoire pour les professionnels de la santé, la probabilité et l'importance de ces conséquences négatives étant prises en considération dans l'appréciation de la proportionnalité. Enfin, l'évaluation éthique doit également tenir compte de la tradition normative d'une culture et déterminer, par exemple, si d'autres obligations vaccinales sont déjà en vigueur et acceptées par la population. En Suisse, l'accent est traditionnellement mis sur l'autonomie et la liberté individuelle. Le nombre de vaccinations obligatoires y est moins élevé que dans les pays voisins. Alors qu'en Italie et en Allemagne, par exemple, les enfants ne sont pris en charge dans des crèches publiques que s'ils ont été vaccinés contre la rougeole, cette pratique a jusqu'à présent été rejetée en Suisse, même si des décisions

récentes du Tribunal fédéral accordent un poids plus important à la disposition à se faire vacciner<sup>23</sup>.

### 3 Problématiques spécifiques

#### 3.1 Cadre juridique

Les propriétaires de commerces alimentaires, de restaurants, d'installations sportives ou d'entreprises de voyage peuvent-ils conditionner l'accès à leurs locaux ou l'utilisation de leurs services à la présentation d'un certificat de vaccination ? L'État peut-il traiter différemment les personnes vaccinées et non vaccinées pour ce qui est de mesures telles que l'obligation de porter un masque, la quarantaine ou le télétravail ? La situation juridique est complexe et la distinction entre les situations selon qu'elles sont régies par le droit privé ou par le droit public s'avère essentielle, même si elle n'est pas toujours aisée.

Les *fournisseurs privés* de biens et de services peuvent invoquer la liberté de contracter. Ils sont libres de décider avec qui ils acceptent ou non de conclure un contrat et libres d'utiliser le statut vaccinal d'une personne comme critère de décision. On peut toutefois se demander comment ils pourraient le faire tout en respectant l'exigence de protection des données, d'autant que le statut vaccinal fait partie des données personnelles liées à la santé, c'est-à-dire des données considérées comme sensibles. Dans certains domaines, il existe une obligation légale de contracter, c'est-à-dire une obligation de conclure un contrat. C'est principalement le cas des prestations relevant du service universel, notamment le transport public de personnes sur route et sur rail ou les soins hospitaliers. Dans le contexte de la pandémie, la liberté de contracter des fournisseurs privés de biens et de services n'a été restreinte que récemment en leur interdisant de traiter différemment les personnes selon qu'elles utilisent ou non l'application SwissCovid<sup>24</sup>.

Une autre question pertinente dans ce contexte est celle de savoir si les employeurs peuvent exiger un certificat de vaccination de leurs employés. S'ils sont habilités à donner des instructions à ces derniers, ils sont aussi tenus de respecter leurs droits de la personnalité. La décision d'imposer une obligation vaccinale suppose, par exemple dans le cas du personnel navigant d'une compagnie aérienne ou des employés d'un cabinet médical, une pesée des intérêts entre l'autodétermination des employés et l'intérêt de l'employeur à pouvoir garantir un environnement sûr à ses clients ou à ses patients. En tout état de cause, exiger un certificat de

---

<sup>23</sup> Arrêts du Tribunal fédéral du 16 juin 2020 (5A\_789/2019) et du 8 juin 2020 (2C\_395/2019).

<sup>24</sup> Art. 60a, al. 3, LEp : « La participation au système TP [système de traçage de proximité pour le coronavirus SARS-CoV-2] est volontaire pour tous. Les autorités, les entreprises et les particuliers ne peuvent pas favoriser ou désavantager une personne en raison de sa participation ou de sa non-participation au système TP ; les conventions contraires sont sans effet. »

vaccination ne saurait se justifier que si aucune autre mesure ne peut garantir la protection adéquate des patients ou des clients, ce qui ne devrait être le cas que dans des circonstances exceptionnelles.

La question de savoir si l'*État* peut associer des conséquences juridiques à un certificat de vaccination doit faire l'objet d'une évaluation différente. Certaines mesures comme la limitation du nombre de contacts pourraient être assouplies pour les personnes vaccinées, et certaines prestations pourraient être à nouveau accessibles à ces dernières. L'État étant lié par le principe de l'égalité devant la loi, toute inégalité de traitement nécessiterait une base légale, devrait être justifiée par des raisons objectives et devrait être appropriée, nécessaire et raisonnablement exigible. En même temps, les atteintes à la liberté personnelle doivent s'interrompre si elles ne sont plus appropriées et nécessaires à la protection de la personne ou à la poursuite d'un intérêt public<sup>25</sup>.

De nombreuses raisons plaident pour que cette question complexe et sensible soit réglée au niveau de la loi : une réglementation légale serait une source de légitimité démocratique ainsi que de clarté ou de sécurité juridique.

### 3.2 Certificats de vaccination

Dès lors qu'une vaccination contre le COVID-19 existe, mais que des mesures sanitaires restent nécessaires pour contrôler la transmission du virus, la question se pose de lever certaines restrictions pour les personnes vaccinées. Les mesures limitant la liberté au nom de la protection de la santé perdent en effet leur justification si elles ne sont plus nécessaires. Or, les personnes vaccinées ne courent plus un risque important de devenir malades si elles sont contaminées avec le SARS-CoV2. Leur propre protection est ainsi garantie. Et si une prévention de la contagiosité par la vaccination était démontrée à l'avenir, l'application des restrictions aux personnes vaccinées ne serait plus non plus justifiée par la protection d'autrui.

Serait-il alors acceptable d'exiger une preuve de vaccination comme condition à certaines activités ? Serait-il acceptable d'exempter les personnes vaccinées de certaines mesures de protection ?<sup>26</sup> Une distinction existe entre exempter une personne vaccinée du port du masque, par exemple, et limiter l'accès à une activité, comme un concert, aux seules personnes vaccinées. Dans le premier cas, on cesse d'exiger une protection, si peu contraignante soit-elle, dès que sa justification n'existe plus. L'accès reste en plus possible pour toutes les

---

<sup>25</sup> Voir à ce sujet: Langer, Lorenz (2021). Immunitätsnachweis, Impfpass und Impfobligatorium. Rechtliche und andere Überlegungen zur Corona-Pandemie in der Schweiz, *Jusletter* vom 1. Februar 2021 (Repris le 8 février 2021 de: [https://jusletter.weblaw.ch/jusliissues/2021/1053/immunitatsnachweis - 7d2c11062a.html\\_ONCE&login=false](https://jusletter.weblaw.ch/jusliissues/2021/1053/immunitatsnachweis - 7d2c11062a.html_ONCE&login=false)) et le jugement du tribunal administratif du Baden-Württemberg (1 S 321/21) du 5 février 2021 concernant la levée du couvre-feu nocturne mis en place pour contenir la circulation du virus dans ce Länder allemand (Repris le 8 février 2021 de: [https://lrw.juris.de/cgi-bin/laender\\_rechtsprechung/list.py?Gericht=bw&Art=en&GerichtAuswahl=VGH+Baden-W%FCrtemberg](https://lrw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung/list.py?Gericht=bw&Art=en&GerichtAuswahl=VGH+Baden-W%FCrtemberg)).

<sup>26</sup> Voir à ce sujet également la récente prise de position *ad hoc* du Deutscher Ethikrat (2021). *Besondere Regeln für Geimpfte?*, Ad-hoc-Empfehlung, Berlin.

personnes. Dans le second cas, on interdit à certaines personnes l'accès à une activité. Le deuxième type d'action soulève des enjeux plus délicats que le premier. Les difficultés éthiques principales soulevées par cette exigence d'une preuve de vaccination touchent à la protection des personnes, que ce soit contre la stigmatisation, ou au niveaux de la confidentialité et de l'égalité de traitement.

### 3.2.1 Protection des personnes

En termes de la protection des personnes, deux effets indésirables d'une introduction de certificats de vaccination sont à prévenir :

- *Premièrement, il faut veiller à éviter les incitations à attraper le COVID-19, mais pas les incitations à la vaccination.* Si les certificats de vaccination étaient délivrés aux personnes ayant développé une immunité après avoir été infectées par le virus et conféraient des avantages sociaux et économiques, les personnes identifiées comme non immunes pourraient délibérément chercher à être infectées afin d'obtenir elles aussi ces avantages, comme la possibilité de retourner au travail. Cela pourrait rester un problème tant que la vaccination n'est pas encore accessible à l'ensemble de la population. Dans de telles circonstances, il existe un danger que même les personnes à risque cherchent à être infectées et mettent leur vie en danger afin d'accéder à des avantages socio-économiques. Toutefois, une fois que la vaccination sera disponible pour toutes les personnes, ce problème sera résolu. Les mêmes avantages pourraient alors être acquis de manière sûre par la vaccination, et l'incitation à se faire vacciner ne poserait pas de problème sous l'angle de la protection des personnes.
- *Deuxièmement, aucune priorité pour les équipements de protection individuelle dans les systèmes de santé ne doit être basée sur le statut immunitaire.* Tant qu'une incertitude persiste concernant la protection acquise par les personnes ayant déjà contracté le COVID-19, le statut d'immunité ne doit pas être utilisé, par exemple, pour donner la priorité aux équipements de protection personnelle par rapport aux professionnels de santé non immunisés. Les personnes qui ont déjà contracté le COVID-19 ne devraient pas non plus être autorisées à offrir des services personnels sans respecter suffisamment les règles d'hygiène et de distance. Toutefois, après le délai approprié, il sera raisonnable de considérer que les personnes qui ont été vaccinées sont immunisées. Tant qu'il n'y aura pas de preuve que la vaccination protège suffisamment contre la transmission de la maladie, des précautions similaires devront néanmoins être mises en place afin de protéger les personnes (non vaccinées) avec lesquelles les personnes vaccinées seront en contact.

### 3.2.2 Confidentialité

Un certificat de vaccination contient des informations à caractère privé, par exemple le nom de la personne, la date de naissance, le statut vaccinal, qui appartiennent aux données personnelles sensibles et doivent être traitées avec attention. Les responsables de la protection des données devraient être associés à tous les projets d'établissement de documents sanitaires spéciaux. Ils devraient également participer à la conception des plans concernant leur utilisation, car toute activité exigeant la vaccination peut donner lieu à la collecte de données par des entités privées.

Il n'est cependant pas possible, d'un point de vue social, de garder des informations privées lorsque ces informations entraînent des tâches ou des droits différents. Il faut donc partir du principe qu'il y a une atteinte à la vie privée, qui peut être justifiée si elle remplit les conditions de nécessité, de subsidiarité et de proportionnalité (voir ch. 1.3.1).

- Le principe de nécessité exige que le fait de conditionner une activité à la vaccination, et donc de révéler potentiellement le statut vaccinal par ce biais, soit efficace pour protéger la personne concernée d'une infection. Ce principe sera souvent rempli, car les personnes vaccinées auront effectivement un très faible risque d'être infectées, ce qui limitera le risque de transmission de la maladie pendant l'activité en question.
- Le principe de subsidiarité exige qu'il n'y ait pas de moyen moins invasif que la limitation d'accès à des activités qui permettrait de mieux protéger la confidentialité des données personnelles sensibles. Lorsque d'autres plans de protection peuvent être mis en œuvre, ce principe ne sera pas rempli.
- Le principe de proportionnalité exige que l'objectif soit suffisamment important pour justifier la violation. Il s'agit d'une question de société à laquelle il n'est pas possible de répondre sur des bases strictement scientifiques ou juridiques. Cependant, comme les différents principes doivent tous être remplis, cette question ne se posera que dans des circonstances qui satisfont à tous les autres principes.

Même si tous ces principes étaient respectés, la violation de la confidentialité concernant le statut vaccinal serait toujours problématique du point de vue éthique, car elle exposerait des informations individuelles sensibles dignes de protection sans le consentement des personnes concernées. Étant donné que toute activité nécessitant une vaccination pourrait révéler des informations sur des personnes en identifiant celles qui y ont participé ou non, cette question ne peut être résolue. Les évaluations de la proportionnalité doivent tenir compte de cet élément.

### 3.2.3 Stigmatisation

Il existe un risque de stigmatisation, et ce risque pourrait ne pas diminuer avec l'accès général à la vaccination dès lors qu'une partie de la population demeurerait non vaccinée. Donner des accès différents aux personnes selon leur statut vaccinal est une manière non seulement de les identifier, mais aussi de leur signifier leur valeur. Fondamentalement, refuser l'accès à une personne non vaccinée signifie que l'on renonce à sécuriser cette activité pour elle, que la possibilité qu'elle accède à cette activité ne justifie pas un tel effort. Cela porte atteinte aux bases sociales du respect de soi : l'image que nous renvoie la société, qui constitue une part importante de notre perception de notre propre valeur. On signifie aussi à la personne non vaccinée à laquelle on refuse l'accès que l'on souhaite se distancier des personnes « à risque ou dangereuses » pour se donner une impression subjective de protection (Douglas, 1985). On peut s'attendre à ce que l'identification de ceux qui sont, ou ne sont pas, vaccinés génère de tels processus. Il pourrait également en résulter une fragilisation de la cohésion sociale.

### 3.2.4 Discrimination

Pour éviter toute discrimination, le traitement différencié des personnes vaccinées et des personnes non vaccinées doit respecter l'égalité des droits de chacun.

Afin d'identifier les abus potentiels, il faut distinguer ce qui peut, ou non, être conditionné à la vaccination. Quelles composantes de la vie devraient être protégées contre le risque de discrimination ? En d'autres termes, dans quelles composantes de la vie la différenciation de l'accès en fonction du statut vaccinal représenterait-elle une discrimination ?

Différentes catégories peuvent être établies ici :

- *Certains droits et besoins sont clairement du type de ceux qui ne devraient pas être conditionnés à la preuve de la vaccination.* La capacité d'exercer des droits et de satisfaire des besoins fondamentaux tels que le vote, l'exercice d'une fonction publique, la liberté de manifester, l'accès à l'éducation et à la culture, à d'autres services publics, à des services quasi publics comme les transports publics ou les soins de santé, ne devrait pas être conditionnée à la vaccination.
- *Dans certains cas, la législation autorise explicitement l'utilisation de certificats de vaccination comme condition,* par exemple, dans le cadre de l'entrée sur un territoire, un pays pourrait exiger des voyageurs qu'ils présentent un certificat de vaccination (de telles exigences existent déjà pour la fièvre jaune).
- *Dans d'autres cas, il existe des protections explicites contre la discrimination pour des raisons de santé.* L'accès à l'assurance de base ne peut être conditionné à la vaccination contre le COVID-19 ni d'ailleurs contre aucune autre maladie. Les employeurs ne peuvent

pas demander une preuve de vaccination aux employés, sauf si aucune autre mesure n'assure adéquatement la protection des clients.

- *Dans d'autres cas, des alternatives à la vaccination existent pour atteindre le même objectif.* Les personnes ne doivent pas être empêchées d'accéder à des espaces où le port d'un masque ou le maintien de la distance physique présentent une efficacité comparable pour prévenir l'infection que la vaccination.
- *Pour d'autres activités de la vie qui sont significatives pour la personne,* les différences de traitement des personnes en fonction de leur statut vaccinal devront être proportionnées pour être justifiées : les charges imposées aux personnes ne devraient pas être excessives au regard des bénéfices de santé publique.

Pour examiner plus systématiquement les éléments de vie qui sont concernés ici, *l'approche des capacités* de Martha Nussbaum et Amartya Sen est intéressante. Selon cette approche, qui met l'accent sur les *libertés substantielles*, il importe que toutes les personnes aient accès à un niveau suffisant des biens suivants : la vie, la santé physique, l'intégrité physique, les sens, l'imagination et la pensée, les émotions, la raison pratique, l'affiliation, y compris l'interaction sociale et les bases sociales du respect de soi, le contact avec d'autres espèces, le jeu et le contrôle de son environnement politique et matériel (Nussbaum 2000). S'il peut être acceptable que certaines activités ne soient accessibles qu'aux personnes vaccinées, il ne serait pas défendable que l'accès à ces capacités elles-mêmes leur soit réservé. En d'autres termes, il importe d'assurer *certaines alternatives* au moins qui permettent à toute personne, qu'elle soit vaccinée ou non, d'accéder à chacune de ces capacités.

Une fois que la vaccination sera largement disponible, le fait de rester non vacciné ne constituera plus une condition indépendante du choix des individus. La subordination de certaines activités à la vaccination et l'assouplissement ou la levée de certaines restrictions pour les personnes vaccinées devient alors plus justifiables, pour autant que les activités nécessitant une vaccination ne soient pas des droits fondamentaux ni des activités qui pourraient être garanties aussi efficacement par d'autres moyens. L'exigence d'un certificat de vaccination devrait toujours être proportionnée : les activités pour lesquelles il pourrait être justifié d'exiger la vaccination une fois qu'elle sera accessible à toutes et à tous seront d'autant plus nombreuses que la prévalence des cas de COVID-19 est élevée et que le risque sanitaire en l'absence de vaccination est important. Toutefois, une considération éthique essentielle des exigences en matière de vaccination consistera toujours à veiller à ce que ces exigences n'empêchent pas les personnes non vaccinées d'avoir accès à un éventail suffisant de possibilités de vie ou à des activités considérées par ces personnes elles-mêmes comme étant hautement significatives. L'absence de protection à cet égard constituerait de facto une obligation de vaccination. La question de savoir si un certificat de vaccination peut être utilisé pour justifier une

inégalité de traitement entre personnes vaccinées et non vaccinées se pose donc, d'une part, en ce qui concerne une suppression ou un éventuel assouplissement des restrictions générales pour les personnes vaccinées et, d'autre part, en ce qui concerne l'exercice des activités de la vie quotidienne. Ci-après, on discute sommairement de différentes situations dans lesquelles les conditions pour un traitement différencié des personnes vaccinées et des personnes non vaccinées pourraient être données.

a) Assouplissement des restrictions générales

S'agissant des restrictions générales, quatre situations différentes au moins doivent être examinées, toujours dans l'hypothèse que la vaccination protège contre la transmission du virus :

- *Suppression de l'obligation de quarantaine pour les personnes vaccinées* : les personnes vaccinées ne représenteraient plus une menace pour la santé publique, et le certificat de vaccination permettrait de vérifier facilement et sans équivoque cet état de fait. Pour cette raison, la CNE considère que la restriction considérable des libertés individuelles qu'implique une obligation de quarantaine – que ce soit après un séjour dans un État ou une zone présentant un risque élevé d'infection ou après un contact étroit avec une personne testée positive – ne peut plus se justifier.
- *Suppression de la limite de la taille des rassemblements* : la CNE considère que les rassemblements de personnes vaccinées dont la taille dépasse la limite supérieure autorisée ne devraient plus être interdits. Cela devrait être le cas, même si le nombre de personnes non vaccinées participant à ce rassemblement correspond à la limite supérieure autorisée pour cette catégorie de personnes. Dans ce cas, la présence supplémentaire de personnes vaccinées ne fait courir aucun risque supplémentaire pour la santé des personnes non vaccinées. Pour toutes les personnes non vaccinées du groupe en question, les autres mesures de protection continueraient à s'appliquer. Le statut vaccinal des personnes présentes pourrait, le cas échéant, être vérifié sans effort déraisonnable. La restriction à la liberté qu'implique la limitation générale de la taille des rassemblements, qui se justifie par la protection des autres personnes présentes et par la rupture des chaînes de transmission, perdrait dans ce cas sa raison d'être. La même considération peut s'appliquer par analogie à l'obligation du télétravail. Une telle règle permettrait par ailleurs aux personnes qui, pour diverses raisons, ne peuvent pas être vaccinées de participer à nouveau à ces rassemblements.
- *Liberté de mouvement et de visite dans les établissements de soins de longue durée* : des restrictions considérables à la liberté de mouvement et de visite continuent d'être appliquées dans certains établissements de soins de longue durée. Ces mesures sont justifiées par la nécessité de protéger contre une infection les membres des groupes à risque

vivant dans ces établissements. En raison de leur exposition à un risque élevé, ces personnes sont à juste titre vaccinées en priorité dans le cadre des campagnes de vaccination en cours. Renoncer à la vaccination va devenir pour la plupart des personnes concernées de plus en plus une décision librement choisie, bien plus tôt que pour la population dans son ensemble. Il n'est plus possible, dans cette situation, de maintenir les restrictions en question, car les personnes vaccinées ne sont plus exposées à un danger pour elles-mêmes et ne représentent plus une menace pour les autres. Leur statut vaccinal est par ailleurs facile à vérifier, surtout dans un contexte institutionnel. Il faudrait néanmoins veiller à ce que les personnes qui ne souhaitent pas se faire vacciner ne représentent pas un risque pour la santé des personnes vaccinées, eu égard aux connaissances actuellement disponibles sur les variants (largement) diffusés en Suisse. Il faut cependant leur donner la possibilité de se protéger contre l'infection par d'autres mesures. En particulier parce qu'il faut toujours supposer qu'elles ont pris leur décision de manière informée, en ayant connaissance des risques et de leur plein gré.

- *Restrictions générales dans l'espace public et les moyens de transport (obligation de porter un masque, limitation de la taille des rassemblements) et mesures d'hygiène* : selon la CNE, les restrictions générales sont des mesures proportionnées pour protéger la population dans son ensemble. Elles sont d'autant plus efficaces que le plus grand nombre de personnes possible s'y conforment. Un assouplissement prématuré des restrictions pour les personnes vaccinées risquerait d'affaiblir le respect général de ces mesures. De plus, contrôler le statut vaccinal de toutes les personnes présentes dans l'espace public ou à bord de moyens de transport constituerait soit une impossibilité pratique soit une atteinte disproportionnée aux libertés individuelles. Pour ces différentes raisons, la commission considère que le maintien de ces restrictions pour l'ensemble de la population, indépendamment du statut vaccinal des individus, se justifie tant que toutes les personnes qui souhaitent se faire vacciner n'en ont pas la possibilité.

La CNE souligne que les éventuels assouplissements proposés ici ne confèreraient aucun privilège aux personnes vaccinées, mais allégeraient simplement certaines des restrictions dont leurs droits font actuellement l'objet. Elle considère par ailleurs qu'un tel traitement différencié en fonction du statut vaccinal pourrait constituer une incitation à se faire vacciner. Tant que la décision en faveur de la vaccination est prise de plein gré et en toute connaissance de cause, la commission estime que l'existence d'une incitation est justifiée (voir également ch. 3.3).

#### b) Activités de la vie quotidienne

Si le principe de la vaccination non obligatoire exige que certaines activités restent possibles pour toutes les personnes, avec ou sans certificat de vaccination, l'obligation de sécuriser les

activités de telle sorte que les personnes non vaccinées puissent y participer sans risque a, elle aussi, des limites. L'obligation de limiter la transmission d'une maladie contagieuse est une obligation à la fois envers une personne à risque de devenir malade et envers la collectivité, car il s'agit d'éviter l'aggravation d'une épidémie. Dès lors que la vaccination relève d'un choix personnel, la prise du risque individuel associé à ce choix en relève également. Le devoir envers la collectivité subsiste, mais il incombe à chacune et chacun. Dans le cas d'une activité qui ne pourrait pas être sécurisée par d'autres moyens, tels une vaccination, comme un voyage en avion, une personne non vaccinée devrait faire valoir une meilleure raison pour demander à y être admise que s'il s'agissait d'une activité pouvant être sécurisée pour toutes les personnes, comme un concert. Les quelques exemples qui suivent peuvent servir d'illustration :

Exigence d'un certificat de vaccination pour :

- *Prendre un avion long-courrier* : la sécurisation dans un environnement clos où l'air, du moins en partie, recircule et où le masque devra être enlevé pour manger et boire n'est pas vraiment envisageable (à remarquer que plus la durée du vol est longue, plus le risque de s'exposer à une contamination est grand). Ne pas être en mesure de prendre l'avion limite dans une certaine mesure la liberté de mouvement, mais ne l'empêche pas puisque des voyages restent possibles.
- *Se rendre au cinéma ou assister à un événement sportif* : il est possible de rendre ces activités accessibles à toutes les personnes, à condition de demander le port du masque et la distanciation physique. Ces exigences semblent proportionnées dans la mesure où leur but est de permettre l'accès à toutes et à tous. L'exigence d'une preuve de vaccination ne paraît donc pas justifiée. Il s'agit ici d'un exemple de *situation sécurisable*.
- *Manger au réfectoire dans un établissement médico-social* : les résidents des EMS dépendent de manière étroite de l'institution pour tous les aspects de leur vie. Pour cette raison, l'attribution de droits différents pour les personnes vaccinées ou non vaccinées sera souvent problématique dans ce contexte. Les résidents des EMS font partie de la population prioritaire pour la vaccination. Dès que toute cette population aura eu accès à la vaccination, les personnes non vaccinées le seront par choix. Dans un tel contexte, limiter les droits des personnes non vaccinées serait surtout motivé par le souci d'assurer leur propre protection, car les personnes vaccinées bénéficieraient déjà d'une très bonne protection vaccinale. La CNE est toutefois d'avis que limiter l'accès au réfectoire aux résidentes et résidents qui ont refusé, de manière libre et informée, la vaccination, ne serait pas justifié.

### **3.2.5 Rôle de l'État et des acteurs privés**

Les principes décrits ici restent valables que ce soit l'État ou une entreprise privée qui exige la vaccination comme condition à une activité. Dans le cas où l'accès à des besoins ou des

droits fondamentaux venait à être menacé pour les personnes non vaccinées, par exemple si les magasins d'alimentation demandaient tous une telle preuve, il est nécessaire de légiférer pour empêcher cette issue. Dès lors que des privilèges étaient attachés à la vaccination, il importerait également de prévenir la production de certificats de vaccination frauduleux. La certification devrait par conséquent émaner d'une instance à la fois autorisée à disposer de données personnelles sensibles et capable de garantir la véracité de la certification et de prévenir la fraude.

Afin d'éviter toute discrimination fondée sur la vaccination, l'ensemble de la population devrait avoir accès à la vaccination et au dépistage dans les plus brefs délais. Cette action devrait inclure les personnes allophones, les personnes sans papiers et toute personne ayant plus de difficultés à accéder aux institutions du système de santé. Pour être justifiée, l'inégalité d'accès aux services et activités sur la base du statut vaccinal devrait en tout état de cause être proportionnée et s'inscrire dans un cadre étroitement défini, de manière à éviter autant que possible les risques susmentionnés en termes de violation de la protection de la personne, de confidentialité, de stigmatisation et de discrimination. En outre, les réglementations fondées sur un certificat vaccinal ne peuvent avoir qu'un caractère temporaire. Car dès lors que le taux de vaccination de la population est suffisamment élevé et que tous ceux qui souhaitent avoir accès à la vaccination y ont accès, il ne reste (que) les risques auxquels s'exposent volontairement les personnes en principe éligibles à la vaccination.

La CNE recommande alors de réguler explicitement les questions soulevées par le certificat de vaccination. Une telle réglementation, de nature temporaire, accroît la légitimité démocratique des mesures et crée une sécurité juridique et la transparence dont on a un besoin urgent, notamment en ce qui concerne les restrictions d'accès aux espaces publics et privés.

### **3.3 Convaincre sans obliger**

Face au défi sanitaire et social significatif représenté par le COVID-19, il importe d'informer soigneusement la population suisse des enjeux liés aux choix tant politiques qu'individuels en matière de vaccination. Cette tâche est délicate au vu de la proportion importante de personnes hésitantes et sceptiques face à la vaccination – hésitation que l'OMS considère comme étant l'une des principales menaces pour la santé au niveau mondial (OMS, 2019). Un sondage commandé par l'OFSP et mené en octobre 2020 indique que sur 1633 personnes interrogées, 49 % désirent se faire vacciner. Cette proportion était de 60 % entre mars et avril 2020 (RTS, 2020). Un autre sondage mené dans le canton de Neuchâtel indique que 40 % des professionnels de la santé accepteraient de recevoir le vaccin (RTS, 2021). Comme dans beaucoup d'autres pays, une part significative de la population suisse est donc plus ou moins

hésitante à se faire vacciner. Les raisons individuelles évoquées pour cette réticence sont variées : crainte des effets secondaires du vaccin, manque de confiance dans son efficacité, conviction que le virus ne cause pas de maladie si grave que ce qui est décrit par les médias, etc. Plus généralement, des facteurs aussi divers que le degré de confiance dans les politiques de la santé ou l'effort individuel exigé pour se faire vacciner peuvent grandement influencer la décision finale de se faire vacciner ou non (McDonald 2015).

Enfin, si les vaccins développés permettaient de réduire les risques de transmission du virus (ce qui n'a pas encore été démontré, voir ch. 1.2.2), il semblerait important d'inciter les personnes en bonne santé qui ont des contacts réguliers avec des personnes vulnérables à se faire vacciner. Les professionnels de la santé en particulier sont concernés et leur adhésion est d'autant plus importante qu'ils jouent un rôle de relais d'information médicale au sein de la société civile.

Sachant que des efforts doivent être faits pour convaincre des personnes peu ou moyennement disposées à la vaccination, quelles mesures peuvent être envisagées ? Il ne s'agit pas ici de faire un choix exclusif, mais de mettre en place un faisceau de mesures qui soient à la fois efficaces et éthiquement adéquates. Il existe de la littérature listant les mesures efficaces et prodiguant des conseils pour leur bonne mise en place (French et al. 2020). Dans la présente prise de position, la CNE ne cherche pas à être exhaustive<sup>27</sup>, mais plutôt à mettre en évidence un certain nombre d'éléments qui lui paraissent particulièrement pertinents du point de vue éthique.

### 3.3.1 Devoir d'information

La communication joue un rôle essentiel dans le contexte de cette pandémie. Elle doit permettre au public de faire la différence entre le savoir, l'information superficielle et l'ignorance, entre l'authenticité scientifique, les lignes directrices fondées sur les preuves et les stratégies politiques (Carigiet, 2020). En plus, le public est en droit de connaître les comportements que l'on attend de lui ainsi que les raisons qui justifient ces attentes. Les politiques de la santé ont donc un *devoir d'information envers l'ensemble de la population*, y compris envers les groupes marginaux. Des efforts particuliers doivent être faits pour informer les groupes de population qui n'ont pas un accès aux canaux de diffusion habituels (personnes âgées, sans-papiers, etc.) (Gamba et al., 2020). Une communication optimale doit être différenciée et adaptée aux types d'audiences propres aux différentes strates de la société. Elle doit être diffusée dans des langages et au moyen des canaux de diffusion auxquels les groupes cibles sont habitués (articles, émissions radio-TV, vidéos, conférences de presse, réseaux sociaux, associations

---

<sup>27</sup> Pour une vue d'ensemble des mesures envisagées pour favoriser l'acceptation et l'adoption des vaccins, voir OMS 2020b.

faïtières, etc.). En certaines occasions, il peut être nécessaire de cibler plus particulièrement certaines communautés et d'impliquer des protagonistes bien intégrés dans ces communautés afin qu'ils puissent relayer l'information (French et al. 2020).

Par ailleurs, une communication adéquate vise non seulement à informer le public des objectifs de santé publique, mais également à expliquer *pourquoi ces objectifs sont justifiés*. Il s'agit non seulement de présenter les résultats scientifiques liés aux vaccins, mais également d'expliquer leur pertinence dans un langage facile à comprendre et adapté au public. Cela suppose d'exposer de manière transparente tous les éléments pertinents (risques, bénéfices, alternatives possibles, etc.) qui sous-tendent les décisions. Cette transparence est également un excellent moyen de convaincre : les personnes qui comprennent les raisons soutenant une mesure de santé publique ont plus de facilité à y adhérer.

Mais la tâche n'est pas aisée. Expliquer les raisons des mesures prises pour lutter contre la pandémie de COVID-19 implique d'aborder des questions scientifiques qui ne sont pas forcément simples à comprendre. Le devoir d'information se double par conséquent d'un devoir d'enseignement, un devoir de rendre la science compréhensible pour tout le monde. Un récent sondage (Baromètre scientifique suisse, 2020) indique qu'une proportion significative de la population (32 %) pense que les scientifiques n'ont pas communiqué de manière intelligible sur le coronavirus. Une partie de la difficulté vient du fait que le public a peu d'information sur la manière dont fonctionne la science et ne comprend pas pourquoi les bonnes solutions prennent tellement de temps à être découvertes. Rendre la science intelligible implique de dépasser la présentation simplificatrice qui se focalise sur le rôle de quelques scientifiques pour les transformer en héros. Il est important d'enseigner au public la manière dont procède l'acquisition progressive du savoir, par le biais de controverses qui permettent de faire le tri et sélectionner les théories et résultats solides (Harris 2017). Dans la situation d'urgence imposée par la pandémie, la communauté scientifique s'est trouvée dans une position très inconfortable, à devoir fournir des solutions immédiates alors que les processus rigoureux habituels prennent du temps. En règle générale, les hypothèses et les premiers résultats scientifiques doivent être confrontés à la critique, à des hypothèses contradictoires et à des tests de réplication. Les controverses entre les scientifiques sont nécessaires et utiles, car elles permettent de sélectionner les résultats pertinents qui ont résisté au choc de la critique organisée entre les experts du domaine. Tout cela prend du temps.

Le public a droit à des explications non partisans, en particulier lorsque les données font encore l'objet de débats au sein de la communauté scientifique : *les politiques de la santé ont un devoir d'informer plutôt que de chercher à convaincre à coup d'arguments d'autorité* (Blastland et al. 2020). Le public est capable de réaliser *comment un résultat a émergé* si on lui explique dans un langage adapté le contexte de la recherche scientifique, les hypothèses, les données obtenues. Il peut comprendre pourquoi ce résultat est pris au sérieux si on lui

explique comment la communauté scientifique a évalué la qualité des données et des analyses faites. Et il arrive à saisir pourquoi un résultat peut être à la fois sérieux et non définitif si on lui explique les étapes qui ont déjà été franchies, les zones d'ombre restantes et les nouvelles pistes de recherche qui s'ouvrent. Mais *toutes ces explications exigent des efforts*. À ce titre, la CNE estime important d'encourager un débat public critique et d'accroître la culture scientifique du public à travers un langage adapté.

### **3.3.2 Respect des points de vue divergents**

Les personnes hésitant à se faire vacciner et les personnes qui ont une toute autre perception des risques et compréhension des mesures à prendre composent une proportion non négligeable de la population, y compris parmi les intellectuels. Même si les politiques de la santé et les instances voire les personnes responsables de l'information ne partagent pas ces points de vue, elles ont un *devoir de respecter ces personnes et le fait qu'elles expriment une divergence d'opinions*.

Respecter une divergence d'opinions n'implique pas d'accepter l'opinion elle-même, mais de reconnaître que la personne qui l'exprime jouit, comme les autres, de la liberté d'opinion et d'expression. Le devoir de respect est particulièrement important dans le cas de la pandémie de COVID-19 en raison du peu de recul scientifique et du fait que toutes les interrogations autour de l'efficacité et des possibles effets secondaires du vaccin ne sont pas encore levées. Il est par conséquent légitime que des doutes puissent être formulés. Parmi les personnes refusant la vaccination, seule une minorité est activement, voire politiquement engagée contre la vaccination en général. La plupart se trouvent sur un spectre de l'hésitation vaccinale, et nombre d'entre elles émettent seulement des doutes sur ce vaccin précis.

Le devoir de respecter les personnes ayant des vues divergentes n'est pas incompatible avec le devoir de les informer de manière fiable et transparente sur les bénéfices apportés par la vaccination. Dans la mesure où aucune forme de manipulation ou de pression induite n'est mise en œuvre, il est tout à fait légitime, du point de vue des politiques de la santé, de chercher à modifier le comportement de la population en soulignant l'utilité de la vaccination. La justification repose sur le nombre de vies que l'on peut sauver en augmentant le taux de vaccination. En ce sens, il est tout à fait recommandable de mettre en garde la population contre la diffusion de théories alternatives manifestement pseudoscientifiques et d'expliquer pourquoi ces théories n'ont pas de fondement scientifique. Une telle stratégie de prévention est intéressante, car l'information préalable de la population permet en quelque sorte de l'immuniser contre les discours pseudoscientifiques (French et al., 2020 ; Blastland et al. 2020). La diffusion d'informations pseudo-scientifiques ou fausses génère d'importantes tensions sociales, augmente la défiance envers les autorités publiques, et peut même mener à des attaques frontales contre

les scientifiques<sup>28</sup>. Si les scientifiques ont peur de s'exprimer, le débat public devient difficile, voire impossible. Il est donc important de prendre la question très au sérieux.

Les déterminants de l'hésitation vaccinale sont nombreux, difficiles à quantifier et très dépendants des contextes (Larson et al., 2014 ; Lane et al. 2018). Les mesures de protection mises en place par les politiques de la santé ont eu des conséquences graves pour une grande partie de la population suisse. Ce genre de situations génère d'importantes tensions sociales, une augmentation des inégalités et des crises de confiance et d'identité (Bodenmann et al., 2020 ; Burton-Jeangros et al., 2020)<sup>29</sup>. Dans ces situations de crise économique et identitaire incluant des rapports sociaux asymétriques, une partie de la population peut se sentir brimée, socialement déclassée, et ressentir le besoin de s'affirmer et de s'affranchir des contraintes qui lui sont imposées (Kaufmann, 2018). *Le rejet de la vaccination pourrait, en partie, être un effet secondaire d'une frustration sociale* ou d'une défiance de la population envers les politiques de la santé. Ce rejet pourrait être une forme d'acte politique ou de demande de reconnaissance de ses droits bafoués, une manière d'affirmer sa dignité et son droit à l'autonomie décisionnelle. Nombre d'études révèlent des corrélations entre la méfiance à l'égard des preuves scientifiques et le rejet des directives émises par le gouvernement (Long, Chen & Rohla, 2020). Si des facteurs sociaux motivent effectivement le rejet de la vaccination, alors il paraît important, d'un point de vue pragmatique et éthique, d'explorer activement les moyens de réduire les tensions sociales identifiées et de mettre en place des mesures pour respecter et revaloriser les groupes de population qui se sentent discriminés par les répercussions de la pandémie.

### 3.3.3 Adéquation des incitations

La complexité de la thématique et le fait que la société entière est touchée par la pandémie nécessitent de mettre en œuvre des stratégies politiques à la fois coordonnées et ciblées (French et al., 2020). Pour élaborer ces stratégies, il importe d'être *à l'écoute de la population* et de chercher à comprendre les intérêts, les valeurs et les craintes des différents groupes de population composant la société. Cette recherche de compréhension exige de consulter les acteurs et représentants des communautés ciblées et de discuter avec eux. Cela permettra d'identifier les moyens d'information, d'encouragement et d'assistances efficaces qui vont dans le sens de la volonté des gens et qui s'adaptent à leur situation, à leurs valeurs et à leur degré de connaissance. Les mesures visant l'adhésion à la vaccination doivent donc être variées et adaptées aux différents groupes de population concernés.

---

<sup>28</sup> Voir par exemple : RTS du 17 janvier 2021. Des spécialistes du COVID-19 sont devenus la cible d'insultes et de menaces. Repris le 21 janvier 2021 de : .

<sup>29</sup> Le Temps du 19 novembre 2020. Fortes inégalités dans les prévisions pour l'économie suisse en 2021. Repris le 8 janvier 2021 de : <https://www.letemps.ch/economie/fortes-inegalites-previsions-leconomie-suisse-2021>.

De plus en plus, les politiques de la santé font usage de techniques d'incitation, plus ou moins douces ou intrusives, pour motiver les citoyens à adopter les comportements recommandés. La vaccination fournit un terrain propice à ce type d'interventions, car les citoyens conservent largement leur droit de refuser de se faire vacciner. Il s'agit donc de trouver des moyens de les convaincre de le faire.

Les techniques d'incitation douces et peu intrusives (parfois appelées *nudges* (Thaler & Sunstein, 2008) visent principalement la frange de la population non polarisée : les personnes en faveur de la vaccination, mais qui ne trouvent pas la motivation et le temps de le faire, ou les personnes qui hésitent, se posent des questions et ne savent pas quelle décision prendre pour bien faire (Larson et al., 2014).

Par exemple, une incitation douce utilisée de longue date pour motiver le personnel soignant à se faire vacciner contre la grippe est le port du masque obligatoire. Ici, le principe consiste à ajouter une petite friction à l'option que l'on cherche à décourager (le refus de se faire vacciner) sans pour autant l'interdire. Grâce à cette mesure, les personnes hésitantes seront tentées d'accepter le vaccin par souci de confort quotidien (pouvoir respirer librement). Notons que dans le contexte particulier de cette pandémie, cette stratégie perd tous ses effets, car même les professionnels vaccinés doivent continuer à porter le masque. Il est possible qu'en conséquence, un nombre important de soignants soit tenté de refuser la vaccination cette année (contre la grippe et contre le COVID-19). Pour maintenir ce type d'incitation dans le contexte actuel, d'autres sortes de frictions sont envisageables : par exemple inscrire les professionnels de santé qui refusent de se faire vacciner à des séances d'information organisées par l'institution ou les astreindre à des tests rapides journaliers. Dans ce cadre-là, il est incontournable de promouvoir l'accès à des informations concernant le COVID-19, les traitements et les vaccinations pour que les personnes puissent développer une attitude informée et finalement être capables de prendre une décision avec un consentement éclairé.

Un autre type d'incitations douces couramment utilisé est la facilitation de la procédure. Ici, le principe consiste à éliminer au maximum toutes les frictions qui viendraient décourager l'option que l'on privilégie (se faire vacciner) sans pour autant l'imposer. Dans le cas de la vaccination contre le COVID-19, la gratuité, la facilité de prise de rendez-vous et l'accessibilité et la familiarité des points de vaccination (pharmacies, médecins traitants, etc.), les propositions de vaccination faites à des moments et dans des lieux opportuns (lieu de travail, service à domicile, etc.), sont autant d'options à considérer.

*Les mesures incitatives peuvent être très variées.* À l'exemple de celles mentionnées ci-dessus, certaines mesures sont transparentes et aisément justifiables. D'autres sont par contre plus intrusives, génèrent des conséquences secondaires problématiques ou tirent parti de mécanismes de décision inconscients laissant entrevoir des formes de manipulation. Par

exemple, la mise en place d'un certificat de vaccination peut générer toutes sortes de difficultés éthiques (voir ch. 2.2). En particulier, il importe de réaliser que plus une incitation devient intrusive, plus elle s'apparente à une forme de contrainte. La liberté de décision individuelle n'est alors plus respectée.

Il n'existe pas de formule simple pour évaluer l'acceptabilité éthique de mesures incitatives (Clavien, 2018). Mais à l'exemple du certificat de vaccination, il devient clair qu'*avant de mettre en place une mesure incitative, les politiques de la santé ont le devoir de procéder à une évaluation éthique sérieuse.*

#### **4 Résumé et recommandations**

La vaccination contre le COVID-19 vise à protéger tant la santé individuelle que la santé publique. Son objectif est à la fois de prévenir les formes sévères de la maladie, les complications ou les conséquences à long terme et les décès qui en résultent, et la propagation du SARS-CoV2. Le but que la vaccination permet effectivement de poursuivre dépend toutefois de son effet réel. Si elle s'avère capable de freiner la transmission du virus ou de réduire l'infectiosité d'une personne – ce qui n'a pas encore été prouvé –, la vaccination contribuera à protéger la population dans son ensemble. Elle présentera alors l'avantage de protéger indirectement les personnes qui ne peuvent pas être vaccinées pour des raisons médicales (personnes de moins de 16 ans, personnes allergiques, etc.). Si la vaccination ne permet pas d'atteindre cet objectif, l'objectif prioritaire reste la protection des groupes à risque, du moins jusqu'à ce que les doses de vaccins soient disponibles en quantité suffisante pour que toutes les personnes qui souhaitent se faire vacciner aient la possibilité de le faire. Même dans ce cas toutefois, la vaccination réduira à moyen terme la pression sur les établissements de soins, car les membres des groupes à risque seront, grâce à elle, moins souvent malades ou développeront des formes moins sévères de la maladie. Avec l'augmentation de la couverture vaccinale de l'ensemble de la population, il deviendra possible d'envisager une levée des restrictions mises en place pour lutter contre la pandémie.

La CNE considère qu'un engagement des pouvoirs publics en faveur d'une couverture vaccinale la plus élevée possible et, le cas échéant, d'une immunité collective se justifie au regard de l'équilibre qui doit être trouvé, également au sujet de la vaccination contre le COVID-19, entre le respect des libertés individuelles et la protection des intérêts de la société dans son ensemble. Elle tient néanmoins à souligner avec force la différence qui existe entre une vaccination qui permet uniquement de protéger les personnes vaccinées et une vaccination qui exerce également un effet sur la transmission du virus. Toute évaluation éthique de la situation actuelle et des mesures qu'elle appelle doit tenir compte de cette différence.

La présente prise de position traite les questions les plus urgentes concernant la justification d'une vaccination obligatoire – qu'il s'agisse d'une obligation générale ou d'une obligation pour certains groupes –, l'introduction d'un certificat de vaccination, avec la distinction qui en découle entre personnes vaccinées et personnes non vaccinées, ainsi que les mesures d'incitation appropriées pour accroître la disposition à se faire vacciner. Selon la CNE, ces questions doivent être examinées sous l'angle des principes éthiques fondamentaux de la proportionnalité, de l'égalité de traitement et de la solidarité. L'aspect de la solidarité revêt ici une importance particulière, car la protection de chaque individu dans le contexte de la vaccination contre le COVID-19 dépend aussi, de façon indirecte, des efforts déployés par les autres personnes pour se protéger elles-mêmes. La décision d'une personne à l'égard de la vaccination ne concerne dès lors pas uniquement ses propres risques et sa propre protection, mais revêt aussi une importance pour la société dans son ensemble et pour la protection de tous les groupes de la population, en particulier ceux qui ne peuvent pas être vaccinés. Cet état de fait doit être pris en compte lorsqu'on discute d'introduire des obligations vaccinales ou un certificat de vaccination, mais aussi lorsqu'on évalue la communication à la population.

La CNE considère qu'une obligation générale de vaccination, au sens d'une obligation légale pour l'ensemble de la population de se faire vacciner, ne saurait être justifiée. Une telle exigence interférerait de manière disproportionnée avec des droits et des libertés fondamentaux. Étant donné le rôle d'une couverture vaccinale élevée pour réduire les dommages sur les plans humain, social et économique causés par les restrictions générales actuellement mises en place pour lutter contre la pandémie de COVID-19, la CNE estime néanmoins qu'un recours à la vaccination constitue une contribution solidaire à la lutte contre cette pandémie et ses conséquences et qu'il repose par conséquent sur des bases morales solides.

À la lumière de ses considérations, la CNE recommande aujourd'hui de ne pas rendre la vaccination obligatoire pour certains groupes de la population. En l'état actuel des connaissances, le seul effet prouvé de la vaccination est qu'elle assure la protection des personnes vaccinées elles-mêmes. Imposer une telle protection individuelle à certains groupes de personnes constituerait une mesure paternaliste et injustifiable. Quand bien même il était prouvé que la vaccination protège aussi contre la transmission du virus, les avantages d'une obligation vaccinale pour certains groupes, en particulier pour les professionnels de la santé, devraient être soigneusement pesés par rapport à ses inconvénients. Des méthodes efficaces et moins contraignantes, telles que le dépistage rapide et régulier des personnes non vaccinées, devraient être privilégiées avant d'envisager une vaccination obligatoire. Le risque de conséquences indésirables d'une telle obligation, notamment l'aggravation de la pénurie de professionnels qualifiés, doit également entrer en ligne de compte dans l'évaluation, d'autant plus que les professionnels de la santé ont déjà été soumis à une forte pression pendant la pandémie et

qu'ils fournissent à la population un service méritant la plus grande considération. Dans ce contexte, la commission rejette l'idée d'une vaccination obligatoire de certains groupes de la population, et en particulier des professionnels de la santé.

Selon la CNE, l'introduction d'un certificat de vaccination, avec la différence de traitement entre personnes vaccinées et personnes non vaccinées qui en résulterait, doit être évaluée sous l'angle de la protection de l'individu, du respect de la confidentialité, de la lutte contre la stigmatisation et, surtout, de la lutte contre le risque de discrimination. La commission considère que pour éviter toute forme de discrimination en lien avec la vaccination contre le COVID-19, la population dans son ensemble devrait avoir accès le plus rapidement possible à la vaccination et à des possibilités de test en nombre suffisant. Les autorités devraient concentrer et renforcer leurs efforts en ce sens, notamment là où une préparation inadéquate et des capacités insuffisantes ont jusqu'à présent empêché une distribution efficace des vaccins.

La CNE souligne que dans ses considérations elle ne se demande pas s'il est nécessaire *d'exiger* un certificat de vaccination pour accéder à certaines activités. Elle discute plutôt les conditions qui doivent être remplies pour qu'il soit *justifié*, notamment dans le domaine privé, de subordonner l'accès à des services au certificat de vaccination. La commission fait également remarquer le caractère temporaire des réglementations fondées sur un certificat de vaccination. Dès que le taux de couverture vaccinale de la population sera suffisamment élevé et que toutes les personnes qui souhaitent se faire vacciner auront accès à la vaccination, ne subsisteront que des risques auxquels on aura sciemment consenti. Par conséquent, dès ce moment il faudra renoncer à un certificat de vaccination.

Si les données devaient néanmoins montrer que la vaccination prévient effectivement la transmission du SARS-CoV2, la CNE est d'avis qu'il serait possible voire nécessaire de lever certaines restrictions pour les personnes vaccinées. Dans cette situation et sous certaines conditions, il serait également justifié que des privés exigent un certificat de vaccination pour l'exercice de certaines activités. Or, cela pourrait se justifier uniquement si

- le respect des droits fondamentaux des personnes non vaccinées reste garanti et qu'elles pourront satisfaire leurs besoins fondamentaux (par exemple, l'exercice des droits politiques, l'accès à l'éducation et à des services de santé ou aux transports publics) ;
- des possibilités suffisantes d'accès à une activité hautement significative restent garanties aux personnes non vaccinées ;
- le danger représenté par l'activité pour les personnes non vaccinées ne peut pas être suffisamment atténué par une mesure moins restrictive que la limitation d'accès, et
- le risque encouru est suffisamment haut pour justifier la restriction ;
- la protection des données et la fiabilité de la certification restent garanties.

Afin de garantir le respect de ces conditions, la CNE recommande donc vivement que les questions soulevées par le certificat de vaccination soient réglées explicitement dans la loi. Cela renforcerait la légitimité démocratique des mesures et créerait la sécurité juridique nécessaire, en particulier pour la question des restrictions d'accès aux espaces publics et privés.

À la lumière de ces considérations sur le certificat de vaccination, la CNE arrive à la position suivante concernant les cas concrets d'application :

- Les groupes à risque vivant dans des *établissements de soins de longue durée* sont, à juste titre, prioritaires pour la vaccination. La CNE recommande de veiller à ce que les restrictions à la liberté de mouvement et de visite, dans la mesure où elles sont encore en vigueur aujourd'hui, soient levées le plus rapidement possible pour les personnes vaccinées vivant dans ces établissements. Parallèlement, l'accès aux espaces communs, par exemple, ne doit pas être limité inutilement pour les personnes qui font le choix de ne pas être vaccinées, car, dans l'état actuel des connaissances sur les variants du virus (largement) répandus en Suisse, ces dernières ne représentent pas un risque pour la santé des résidents vaccinés.
- L'*obligation de quarantaine* ne peut plus être maintenue pour les personnes qui peuvent fournir une preuve adéquate de leur statut vaccinal.
- Les *limites à la taille des rassemblements* doivent être levées pour les personnes qui peuvent prouver qu'elles ont été vaccinées. Ces limites continueraient, bien sûr, de s'appliquer à toutes les personnes non vaccinées faisant partie du rassemblement en question.
- Les *restrictions générales dans l'espace public et les moyens de transport* (obligation de porter un masque, limitation de la taille des rassemblements) peuvent être maintenues comme mesures proportionnées pour protéger la population dans son ensemble jusqu'au moment où elles ne sont plus nécessaires pour atteindre les objectifs poursuivis.
- Étant donné la difficulté de garantir un environnement suffisamment sûr pour tous les passagers, en particulier sur les vols de longue durée, il est justifié pour les *compagnies aériennes* d'exiger un certificat de vaccination.
- Lors d'*événements culturels* (par exemple, représentations théâtrales, cinémas, concerts) et de *manifestations sportives de toute taille*, il est possible de garantir la sécurité de tous les visiteurs au moyen de restrictions moins contraignantes que l'exigence d'un certificat de vaccination (obligation de porter un masque, respect des règles de distanciation). La CNE considère donc que l'obligation de présenter un certificat de vaccination dans de telles situations n'est pas proportionnée.

En ce qui concerne la question sensible de la communication (des autorités) au sujet de la vaccination contre le COVID-19 et les efforts visant à accroître la disposition à se faire vacci-

ner, la CNE rappelle que cette communication devrait présupposer que la population a la capacité d'identifier les informations scientifiques pertinentes, de comprendre les relations de cause à effet et d'accepter une prise de décision dans l'incertitude, avec les limitations qui en découlent. La communication devrait par conséquent accorder une place suffisante aux explications scientifiques et tirer son pouvoir de persuasion de ces explications. La CNE considère par ailleurs qu'il est indispensable de prendre au sérieux le scepticisme de la population à l'égard de la vaccination, sans renoncer pour autant aux efforts visant convaincre les plus sceptiques des avantages associés à cette pratique. Selon la CNE, le recours à des incitations douces (*nudges*) pour influencer le comportement est légitime pour autant qu'elles résistent à un examen éthique et, en particulier, qu'elles tiennent compte de l'autonomie et de la liberté de choix des individus.

Enfin, du point de vue de la solidarité internationale, la CNE juge important de rappeler que la pandémie de COVID-19 doit être comprise comme une syndémie. D'une part, il est établi que la situation sociale et économique des personnes concernées a une influence sur l'évolution de la maladie. D'autre part, la situation pandémique elle-même renforce considérablement les inégalités sociales et sanitaires existantes. Ce phénomène se vérifie également à l'échelle mondiale, et l'accès extrêmement inégal aux vaccins, qui pénalise fortement les populations des régions les plus pauvres, accentue encore cet effet. Selon la CNE, il serait opportun que la Suisse s'implique davantage dans l'initiative COVAX, non seulement pour des raisons de solidarité, mais aussi par intérêt politique et économique légitime. La CNE considère également qu'il serait approprié que la Suisse – comme l'ont fait d'autres pays à revenu élevé – accepte de renoncer, dans le cadre de cette initiative, aux doses de vaccins destinées à 20 % de sa propre population et de couvrir les besoins correspondants par ses propres moyens.

## 5 Bibliographie

Association Médicale Mondiale (AMM) (2020). Déclaration de Genève, [online] <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-geneve/> [5.02.2021].

Baden, Lindsey R., Hana M. El Sahly, Brandon Essinkm, Karen Kotloff et al. (2021). Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *The New England Journal of Medicine* 384(5): 403-416.

Baromètre scientifique suisse (2020). La science doit jouer un rôle moteur pendant la pandémie. Repris le 6 janvier 2021 de : <https://wissenschaftsbarameter.ch/wissenschaftsbarameter-schweiz-covid-19-edition/#fr>.

Bayertz, Kurt (1996). *Staat und Solidarität*. Kurt Bayertz (dir.), Politik und Ethik, Stuttgart : Reclam Verlag, 305-330.

Blastland, Michael, Alexandra L. J. Freeman, Sander van der Linden, Theresa M. Marteau et David Spiegelhalter (2020). Five Rules for Evidence Communication. *Nature* 587(7834) : 362-364.

Bodenmann Patrick, Brigitte Pahud-Vermeulen, Laurence Bouche, Javier Sanchis Zozaya, Murielle Bauermeister et Ahmed Berzig (2020). Left Behind Populations, COVID-19 and Risks of Health Inequities: A Guide of the Local Social-Health Network (Vaud, Switzerland). *Rev Med Suisse* 16(691-2) : 859-862.

Burton-Jeangros, Claudine, David Sander, Eva Maria Belser, Pascal Mahon, Suerie Moon, Dominique De Quervain, Simone Munsch, Francesco Panese, Philip Rieder, Laura Bernardi, Dario Spini et Samia Hurst (2020). The Impact of COVID-19 Lockdown in Spring 2020 on the Mental Health of the Population. Policy Brief LIVES Impact: *Special Issue n3*, COVID-19 crisis, [online] [https://www.centre-lives.ch/sites/default/files/inline-files/Special%20issue%20COVID%20-%203%20EN\\_0.pdf](https://www.centre-lives.ch/sites/default/files/inline-files/Special%20issue%20COVID%20-%203%20EN_0.pdf) [5.2.2021].

Callaway, Ewen (2020). The unequal scramble for coronavirus vaccines – by the numbers. Wealthy countries have already pre-ordered more than two billion doses : <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02450-x>

Carigiet, Erwin (2020). Gesundheits- und Sozialpolitik in Zeiten von Covid-19. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen* 43(3) : 267-281.

Clavien, Christine (2018). Ethics of Nudges. A General Framework with a Focus on Shared Preference Justifications. *Journal of Moral Education* 47(3) : 366-382.

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) (2020a). *Le vaccin contre le COVID-19 : La CNE soutient les modalités de distribution élaborées par l'OFSP et la CFV*. Communiqué de presse du 22 décembre 2020, Berne.

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) (2020b). *Le traçage numérique des contacts, instrument de lutte contre la pandémie. Aspects centraux dans une perspective éthique*. Prise de position n° 33/2020 du 6 avril 2020, Berne.

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) (2020c). *Protection de la personnalité dans les établissements de soins de longue durée. Considérations éthiques dans le contexte de la pandémie de coronavirus*. Prise de position n° 34/2020 du 8 mai 2020, Berne.

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) (2018). *Questions éthiques, OFSP, Plan suisse de pandémie Influenza : stratégies et mesures pour la préparation à une pandémie d'Influenza*, 5<sup>e</sup> édition, Berne : 92-99.

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) (2020). *Public Health Emergency Situation Due to the COVID-19 Pandemic. Relevant Ethical Aspects*. Position of the National Council of Ethics for the Life Sciences.

Deutscher Ethikrat (2019). *Impfen als Pflicht?* Stellungnahme, Berlin.

Deutscher Ethikrat (2017). *Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung*. Stellungnahme, Berlin.

Douglas, Mary (1985). *Risk Acceptability According to the Social Sciences* (Social Research Perspective, Vol. 11), New York : Russell Sage Foundation.

French, Jeff, Sameer Deshpande, William Evans et Rafael Obregon (2020). Key Guidelines in Developing a Pre-Emptive COVID-19 Vaccination Uptake Promotion Strategy. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(16) : 5893.

Gamba, Fiorenza, Marco Nardone, Toni Ricciardi et Sandro Cattacin (dir.) (2020). *COVID-19. Eine sozialwissenschaftliche Perspektive*, Zurich et Genève : Seismo Verlag.

Harris, Richard (2017). *Rigor Mortis: How Sloppy Science Creates Worthless Cures, Crushes Hope, and Wastes Billions*, New York : Basic Books.

Horton, Richard (2020). Offline: COVID-19 is not a Pandemic. *Lancet* 396(10255): 874.

Infovac (2021). Informationen zur Covid-19 Impfung, [online] [https://www.infovac.ch/de/?option=com\\_gd&view=listing&fid=1589&task=ofile](https://www.infovac.ch/de/?option=com_gd&view=listing&fid=1589&task=ofile) [20.01.2021].

Kaufmann, Laurence (2018). Debunking Deference: The Delusions of Unmediated Reality in the Contemporary Public Sphere. *Javnost - The Public* 25(1-2) : 11-19.

Kaur, Simran Preet et Vandana Gupta (2020). COVID-19 Vaccine: A Comprehensive Status Report. *Virus Research* 288 : 198114.

Lane, Sarah, Noni E. MacDonald, Melanie Marti et Laure Dumolard (2018). Vaccine Hesitancy Around the Globe: Analysis of Three Years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data-2015-2017. *Vaccine* 36(26) : 3861-3867.

Larson, Heidi J., Caitlin Jarrett, Elisabeth Eckersberger, Davic M. D. Smith et Pauline Paterson (2014). Understanding Vaccine Hesitancy Around Vaccines and Vaccination from a Global Perspective: A Systematic Review of Published Literature, 2007-2012. *Vaccine* 32(19) : 2150-2159.

Long, Elisa F., M. Keith Chen et Ryne Rohla (2020). Political Storms: Emergent Partisan Skepticism of Hurricane Risks. *Science Advances* 6(37) : eabb7906.

MacDonald, Noni E. et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015). Vaccine Hesitancy: Definition, Scope and Determinants. *Vaccine* 33(34) : 4161-4164.

Mak, Tak W. et Mary E. Saunders (2006). *The Immune Response. Basic and Clinical Principles*, Burlington Mass. : ElsevierAcademic.

Nussbaum, Martha (2000). Women's Capabilities and Social Justice. *Journal of Human Development* 1 : 219-247.

Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2020). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz*. Erster Teilbericht. Büro BASS im Auftrag des BAG, Berne.

Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2021a). Vaccin, [online] <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/impfen.html#-910692389> [20.02.2021].

Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2021b). Coronavirus : Vaccin. Repris le 20 janvier 2021 de : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/impfen.html#-910692389>

Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2021c). Stratégie de vaccination contre le COVID-19 : les personnes vulnérables sont prévues en priorité, [online] <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-81667.html> [25.01.2021].

OMS (2021). Draft Landscape and Tracker of COVID-19 Candidate Vaccines, [online] <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines> [5.2.2021].

OMS (2020a). Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020 [online] <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> [5.2.2021].

OMS (2020b). Behavioural Considerations for Acceptance and Uptake of COVID-19 Vaccines. WHO Technical Advisory Group on Behavioural Insights and Sciences for Health. Meeting Report, [online] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337335/9789240016927-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [5.2.2021].

OMS (2019). Dix ennemis que l'OMS devra affronter cette année, [online] <https://www.who.int/fr/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> [5.2.2021].

Pardi, Norbert, Michael J. Hogan, Frederick W. Porter und Drew Weissman (2018): mRNA Vaccines – A New Era in Vaccinology. *Nature Reviews Drug Discovery* 17: 261-279.

Polack, Fernando P., Stephen J. Thomas, Nicholas Kitchin, Judith Absalon, et al. (2020). Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *The New England Journal of Medicine* 383(27) : 2603-2615.

Prainsack, Barbara et Alena Buyx (2016). *Das Solidaritätsprinzip. Ein Plädoyer für eine Renaissance in Medizin und Bioethik*, Frankfurt/M : Campus Verlag.

Priesemann, Viola, Rudi Balling, Melanie M. Brinkmann, Sandra Ciesek et al. (2021). An Action Plan for Pan-European Defence Against New SARS-CoV-2 Variants. *The Lancet* 397(10273) : 469-470. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00150-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00150-1)

RTS (2021). Quelle adhésion du personnel soignant au vaccin contre le Covid-19? Repris le 6 janvier 2021 de : <https://www.rts.ch/info/suisse/11862666-quelle-adhesion-du-personnel-soignant-au-vaccin-contre-le-covid19.html>.

RTS (2020). Les Suisses se montrent de plus en plus sceptiques à l'égard du vaccin. Repris le 6 janvier 2021 de : <https://www.rts.ch/info/suisse/11812537-les-suissees-se-montrent-de-plus-en-plus-sceptiques-a-legard-du-vaccin.html>.

Silva, Eduardo de Sousa Martins E., Ben Hur Vitor Silva Ono et José Carlos Souza (2020). Sleep and immunity in Times of COVID-19. *Rev Assoc Med Bras* 66(Suppl 2) : 143-147.

Swissmedic (2021). Demande d'autorisation avec soumission des données en continu pour un vaccin contre le Covid-19, [online] <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/news/coronavirus-covid-19/coronavirus-impfstoff-astrazeneca-weitere-daten-verlangt.html> [4.02.2021].

Thaler, Richard H. et Cass R. Sunstein (2008). *Nudge. Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*. New Haven, Conn. : Yale University Press. (Trad. fr. : *Nudge : la méthode douce pour inspirer la bonne décision*. Paris : Vuibert, 2010).

Voysey, Merryn, Sue Ann Costa Clemens, Shabir A. Madhi, Lily Y. Weckx et al. (2021). Safety and Efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 Vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: An interim Analysis of Four Randomised Controlled Trials in Brazil, South Africa, and the UK. *The Lancet* 397 : 99-111.

Widge, Alicia T., Nadine G. Rouphael, Lisa A. Jackson, Evan J. Anderson et al. (2021). Durability of Responses after SARS-CoV-2 mRNA-1273 Vaccination. *New England Journal of Medicine* 384(1) : 80-82.

## 6 Liste des abréviations

ACT-Initiative	Access to COVID-19 Tools Accelerator
CEPI	Coalition for Epidemic Preparedness Innovations
CFV	Commission fédérale pour les vaccinations
COVAX-Initiative	COVID-19 Vaccine Global Access Facility
COVID-19	Coronavirus disease 2019
EMA	European Medicines Agency
MHRA	Medicines and Healthcare products Regulatory Agency
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
RSI	Règlement sanitaire international
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2
OMS	Organisation mondiale de la santé
mRNA	messenger-RNA (ribonucleic acid)

Ce document a été approuvé par la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (avec deux voix contraires) le 11 février 2021.

Membres de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine :

**Présidente**

Prof. Dr. iur. Andrea Büchler

**Vice-président**

Prof. Dr. theol. Markus Zimmermann

**Membres**

Dr. phil. Christine Clavien, Prof. Dr. med. Samia Hurst, Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox; Prof. Dr. iur. Valérie Junod, Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Tanja Kronen, Dr. med. Roberto Malacrida, Prof. Dr. theol. Frank Mathwig, Dr. med. Benno Röthlisberger, Prof. Dr. iur. Bernhard Rüttsche, Prof. Dr. Maya Zumstein-Shaha FAAN, Prof. Dr. iur. Brigitte Tag, PD Dr. med. Dorothea Wunder.

**Bureau**

Nadine Brühwiler, Dr. iur. Tanja Trost, Dr. theol. Jean-Daniel Strub, Dr. phil. Simone Romagnoli

**Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine**

**CH-3003 Berne**

**Tel. +41 (0)79 638 75 62**

**Fax +41 (0)31 322 62 33**

**info@nek-cne.admin.ch**

**www.nek-cne.ch**

Cette prise de position est publiée en français et en allemand.

@ 2021 Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine, Berne.  
Reproduction autorisée avec mention de la source.