



CHAMBRE DES DÉPUTÉS  
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Session ordinaire 2021-2022

PP,CL/PG

P.V. J 16  
P.V. SASP 17

**Commission de la Santé et des Sports**

**Commission de la Justice**

**Procès-verbal de la réunion du 18 janvier 2022**

Ordre du jour :

1. Préparation du débat de consultation relatif à l'analyse de l'opportunité d'introduire une obligation vaccinale sectorielle ou universelle  
  
- Échange de vues avec les membres du groupe consultatif d'experts chargés par le Gouvernement de rassembler les éléments scientifiques quant à la pertinence sanitaire d'une obligation vaccinale sectorielle ou universelle
2. Divers

\*

Présents : Mme Nancy Arendt épouse Kemp, M. Gilles Baum, M. Sven Clement, Mme Francine Closener, M. Mars Di Bartolomeo, M. Jeff Engelen, Mme Chantal Gary, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Marc Hansen, Mme Martine Hansen, Mme Carole Hartmann, Mme Cécile Hemmen, M. Max Hengel, Mme Josée Lorsché, M. Georges Mischo, Mme Nathalie Oberweis, M. Marc Spautz, M. Claude Wiseler, membres de la Commission de la Santé et des Sports

Mme Diane Adehm, M. Guy Arendt, M. André Bauler, remplaçant Mme Carole Hartmann, M. François Benoy, Mme Stéphanie Empain, M. Marc Goergen, Mme Cécile Hemmen, M. Fernand Kartheiser, remplaçant M. Roy Reding, M. Pim Knaff, M. Charles Margue, Mme Octavie Modert, M. Laurent Mosar, Mme Viviane Reding, M. Gilles Roth, membres de la Commission de la Justice

M. Fernand Etgen, Président de la Chambre des Députés

Mme Semiray Ahmedova, observateur

Mme Paule Flies, M. Laurent Jomé, Mme Nadia Rangan, M. Ian Tewes, du Ministère de la Santé

Dr. Jean-Claude Schmit, Directeur de la santé

Dr. Vic Arendt, du Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)

Prof. Dr. Claude P. Muller, du Luxembourg Institute of Health (LIH)

Dr. Gérard Schockmel, des Hôpitaux Robert Schuman (HRS)

Dr. Thérèse Staub, du Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)

Prof. Dr. Paul Wilmes, de l'Université du Luxembourg

M. Nicolas Anen, du groupe parlementaire LSAP

Mme Patricia Pommerell, M. Christophe Li, M. Noah Louis, de l'Administration parlementaire

Excusés : M. Claude Lamberty, membre de la Commission de la Santé et des Sports

M. Dan Biancalana, M. Léon Gloden, M. Roy Reding, membres de la Commission de la Justice

Mme Paulette Lenert, Ministre de la Santé

Mme Sam Tanson, Ministre de la Justice

\*

Présidence : M. Mars Di Bartolomeo, Président de la Commission de la Santé et des Sports

M. Charles Margue, Président de la Commission de la Justice

\*

## **1. Préparation du débat de consultation relatif à l'analyse de l'opportunité d'introduire une obligation vaccinale sectorielle ou universelle**

**- Échange de vues avec les membres du groupe consultatif d'experts chargés par le Gouvernement de rassembler les éléments scientifiques quant à la pertinence sanitaire d'une obligation vaccinale sectorielle ou universelle**

Monsieur Mars Di Bartolomeo (LSAP), Président de la Commission de la Santé et des Sports, introduit le présent point à l'ordre du jour en signalant que celui-ci sert à fournir la possibilité aux membres de la Commission de la Santé et des Sports et de la Commission de la Justice d'échanger en toute sérénité leurs points de vue avec les experts conviés à cette fin. Cela constitue également la raison pour laquelle les représentants des ministères présents n'assistent qu'en tant qu'observateurs.

L'orateur rappelle à ce sujet que les experts susmentionnés ont été chargés par le Gouvernement d'élaborer un avis quant à l'instauration d'une obligation vaccinale dans le cadre de la lutte contre la Covid-19.

Monsieur Charles Margue (déi gréng), Président de la Commission de la Justice, salue que l'on a recouru à un groupe d'experts en vue de l'élaboration d'une position unitaire en ce que cela permet de distiller un avis reposant sur un consensus nourri par l'état actuel des connaissances scientifiques, tout en mettant en exergue que cet état des connaissances est susceptible de se voir modifier quotidiennement de manière qu'il devienne nécessaire d'adapter les mesures prévues à la même cadence.

L'orateur souligne que cet avis et les recommandations y incluses s'inscrivent dans une perspective de long terme, précisant que l'implémentation éventuelle d'une obligation vaccinale sous quelque forme que ce soit ne pourra probablement pas être réalisée dans un délai suffisamment rapproché de manière à contribuer à la lutte contre la vague virale actuelle caractérisée par le variant Omicron.

En guise de mise en contexte, l'orateur évoque une étude française qui fait ressortir que le refus d'introduire le « pass sanitaire » en France aurait mené à 13% moins de vaccinations et à 4 000 décès supplémentaires, tandis que l'absence totale de mesures aurait engendré un dédoublement du nombre de décès total passant de 120 000 à 240 000 personnes.

Les membres du groupe d'experts ad hoc appelés à élaborer un avis sur l'instauration d'une obligation de vaccination contre la Covid-19 (ci-après « experts ») indiquent d'emblée qu'ils ne procéderont qu'à une présentation synthétique de l'avis sous rubrique et renvoient pour le détail à la version écrite de ce dernier ainsi qu'au diaporama repris en annexe.

L'avis en question se base sur plusieurs prémisses ; la première prémisse consiste dans le constat que les mesures actuelles ne permettent pas de sortir de la situation pandémique à laquelle le Luxembourg est confronté. L'introduction d'une obligation vaccinale telle que conçue par le groupe d'experts en question mènerait en contrepartie à ce que certaines mesures actuellement en vigueur puissent être assouplies, voire abrogées.

La seconde prémisse réside dans le constat que la crise sanitaire actuelle est caractérisée par deux attributs fondamentaux : premièrement, elle est d'envergure globale et, deuxièmement, elle touche majoritairement les personnes qui ne disposent pas d'une immunité suffisante, les rendant ainsi susceptibles de devoir subir un parcours pathologique sévère.

À partir des prémisses susvisées, les experts concluent qu'afin de rendre possible un retour vers une vie dite normale, il s'avère indispensable de protéger les personnes vulnérables dont les personnes âgées de plus de 50 ans constituent la grande partie. En guise d'illustration, il est évoqué que parmi les personnes âgées de 50 ans et plus, 70 000 personnes n'ont pas encore reçu leur vaccination de rappel (« booster ») et 25 000 personnes ne sont pas vaccinées du tout.

Les orateurs se réfèrent aux figures 3 à 5 contenues dans l'avis sous rubrique afin de montrer que les tranches d'âge supérieures à 50 ans sont les plus affectées par la Covid-19. La vaccination des catégories de personnes précitées comporte non seulement des bénéfices dans le chef des personnes nouvellement vaccinées sous forme d'une immunité partielle, mais contribue également à désengorger les hôpitaux de façon que la société globale puisse en tirer des bénéfices.

L'obligation vaccinale telle que proposée comporte deux volets, dont le premier constitue l'obligation dans le chef des personnes âgées de plus de 50 ans de se faire vacciner et le deuxième se présente sous forme d'une obligation vaccinale dite « sectorielle » pour les personnes travaillant dans des structures de soins, y compris les cabinets de ville ; le premier volet est décrit comme protection directe, tandis que le deuxième représente la protection indirecte que l'on désigne également par l'expression « cordon sanitaire ».

Se référant à un arrêt récent de la Cour européenne des droits de l'Homme<sup>1</sup>, les experts notent qu'afin de justifier une obligation vaccinale, elle doit être à même d'accomplir l'objectif dans le cadre duquel elle est conçue et disposer du fondement juridique nécessaire.

---

<sup>1</sup> CEDH, décision n° 47621/13 du 8 avril 2021, « Vavricka et autres c. République tchèque ».

Les orateurs souhaitent en outre attirer l'attention sur le fait que l'on se trouve toujours au tournant entre les variants Delta et Omicron, ce qui mène à ce que certaines inconnues embrouillent encore l'état actuel des connaissances.

En guise de conclusion préliminaire, les experts recommandent de recourir à une obligation vaccinale pour les personnes âgées de 50 ans et plus parallèlement à une obligation vaccinale sectorielle pour les personnes travaillant dans des structures de soins. Ces obligations devraient être de vigueur jusqu'au 30 juin 2024 et les exceptions prévues en cas de contre-indications médicales, telles que détaillées par l'article 3bis, paragraphe 5, de la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie Covid-19, devront être prises en compte. Il est de même recommandé que cette obligation vaccinale aille de pair avec un allègement des mesures sanitaires et une sensibilisation continue de la population générale.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports souhaite s'enquérir au sujet de la recommandation concernant l'allègement des mesures sanitaires en ce qu'il semblerait, selon lui, que l'obligation vaccinale apparaîtrait plutôt comme une mesure parmi d'autres dans la lutte contre la Covid-19, et non comme une mesure alternative.

Les experts indiquent que les mesures actuelles ne sont guère propices à contribuer à un aboutissement de la pandémie dans son état actuel en ce qu'elles ne permettent que d'endiguer la circulation du virus parmi la population. Or, une obligation vaccinale pourra, aux yeux des orateurs, contribuer à éradiquer de manière considérable les effets néfastes de la pandémie de sorte que l'on pourra alléger les mesures sanitaires en vigueur en ce qu'une caractéristique principale de la pandémie actuelle réside dans le fait qu'elle touche de façon disproportionnée une population limitée que l'on désigne comme vulnérable. L'obligation vaccinale avec ses deux composantes permettra de protéger cette catégorie de personnes de manière que l'on puisse admettre une certaine circulation du virus sans que l'on en ressente les effets.

Parmi les mesures conservatrices qui permettent d'obstruer la propagation du virus figurent les gestes barrières et les régimes dits « 2G+ » et « 3G », tandis qu'il appert que l'immunité tant individuelle que collective induite par la vaccination constitue la clé de voûte pour une stratégie de sortie de la pandémie qui s'étend sur le long terme. À ce stade, l'accent est mis sur la différence entre une immunité suite à une vaccination et une immunité due à une infection, soulignant que la première est à préconiser en ce que la deuxième demeure entachée de risques non négligeables, même si le virus SARS-CoV-2 a, dans sa dernière version, perdu en virulence.

Les orateurs ajoutent que l'on se doit de considérer les mesures prises dans le cadre de la lutte contre la Covid-19 de façon différenciée ; certaines d'entre elles subsisteront probablement en dépit d'un éventuel succès de l'obligation vaccinale, telles que le port du masque dans les transports en commun et les lieux publics fermés ainsi que les mesures d'isolement, tandis que d'autres pourront être allégées, telles que les mesures de quarantaine et les restrictions concernant le secteur HORECA et le secteur culturel.

Il est en outre fait allusion au fait qu'une obligation vaccinale est une mesure qui sortira ses effets à long terme de manière à permettre effectivement et durablement de réduire les restrictions en place et ne constitue dès lors pas une mesure défensive à l'instar des régimes « 2G+ » et « 3G » vouées à maîtriser la circulation du virus à court terme. Les mesures dites défensives présentent, selon les orateurs, une certaine myopie en ce qu'elles n'offrent guère de perspectives de sortie de la pandémie, tandis qu'une obligation vaccinale pourrait y mener.

Accessoirement, il est indiqué que même une première vaccination confère une certaine protection contre le variant Omicron, surtout en matière de prévention d'une symptomatologie

lourde, mais que le laps de temps nécessaire à faire entrer en vigueur une obligation telle qu'évoquée ci-dessus ne permettra pas de contrecarrer sa propagation en temps utile.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports s'interroge ensuite au sujet des travailleurs frontaliers qui constituent une partie non négligeable des effectifs des structures de soins visées par l'obligation vaccinale sectorielle.

Les experts notent que l'obligation vaccinale pour les personnes âgées de 50 ans ou plus ne saura guère toucher les travailleurs frontaliers. Or, ceux-ci constituent une partie non négligeable du personnel des structures de soins et entrent dès lors en contact direct avec les personnes vulnérables. Il en découle ainsi qu'il est indispensable de soumettre cette population à une obligation vaccinale afin d'ériger un dit « cordon sanitaire » protégeant les catégories de personnes considérées comme vulnérables.

Monsieur Marc Hansen (déli gréng) abonde dans le sens des experts lorsque ceux-ci proclament qu'une obligation vaccinale doit aller de pair avec un allègement des mesures sanitaires, tout en soulignant que cela pourra uniquement être réalisé à condition que les indicateurs statistiques le permettent ; se fier aveuglément à l'effectivité prétendue de l'obligation vaccinale sans prendre en considération le taux d'hospitalisation, voire le taux d'occupation des lits en soins intensifs, pourrait avoir des conséquences néfastes. L'objectif primaire à poursuivre en cas d'introduction d'une obligation vaccinale serait dès lors de faire en sorte que les indicateurs communément observés tendent vers un minimum relatif.

Se référant à l'avis de la Commission nationale d'éthique (ci-après « CNE »), l'orateur s'interroge sur l'opportunité d'introduire une obligation vaccinale générale, c'est-à-dire pour tous les citoyens âgés de 18 ans ou plus, souhaitant savoir si le groupe d'experts aurait des projections quant à ce scénario et des précisions concernant une éventuelle différence par rapport au modèle proposé par ce dernier. De plus, l'orateur soulève la question de savoir pourquoi les experts fixent le seuil d'âge à 50 ans et non à 55, voire à 60 ans.

Les experts indiquent que les personnes appartenant aux catégories d'âge en dessous de 50 ans ne constituent que 2% des décès, 20% des patients atteints par la Covid-19 en soins intensifs et 25% des patients atteints par la Covid-19 en soins normaux. Par conséquent, il s'avère peu opportun de viser ces créneaux d'âge en raison de l'impact moindre qu'une infection est susceptible d'engendrer auprès de ceux-ci.

Ainsi, il s'impose d'axer l'obligation vaccinale sur les tranches d'âge qui constituent 98% des décès, 80% des patients en soins intensifs et 75% des patients en soins normaux afin de récolter un effet maximisé.

Accessoirement, il est évoqué que les personnes âgées de moins de 50 ans et qui sont gravement atteintes par la Covid-19 présentent dans la large majorité des cas des comorbidités de manière que les experts concluent que celles-ci se trouvent d'ores et déjà en traitement médical, ce qui donne au médecin traitant l'obligation d'informer le patient de l'importance de la vaccination dans son cas précis. Il est de même fait allusion aux conséquences non négligeables qu'un séjour en soins intensifs peut engendrer en ce que ces patients subissent souvent des séquelles, même si les décès de patients en dessous de 50 ans se produisent rarement.

Une obligation vaccinale générale à partir de 18 ans permettrait certainement de mieux protéger les personnes vulnérables âgées de moins de 50 ans. Cela nécessiterait cependant une mobilisation disproportionnée de la population générale, tandis qu'il est présumé que ces personnes sont d'ores et déjà mises en connaissance des risques qu'elles encourent en cas de refus de vaccination.

Les experts renvoient plus généralement à la sixième recommandation émise qui vise la sensibilisation continue de la population en matière d'importance de la vaccination nonobstant le degré moindre de risque endossé par la population générale âgée de moins de 50 ans.

L'effectivité du vaccin repose sur trois facteurs : la protection contre une infection, voire une transmission, la capacité de prévenir une hospitalisation et la réduction du taux de mortalité. Le variant Omicron réduit la protection contre une infection de manière que seule la dose dite « *booster* » en confère une au vacciné. Or, aux dires des experts, les autres critères d'effectivité demeurent encore considérablement élevés ; ceci combiné au ciblage des personnes vulnérables, c'est-à-dire des personnes âgées de plus de 50 ans, permet d'optimiser l'effectivité des vaccins.

Pour ce qui est des considérations plus pragmatiques, l'obligation vaccinale telle que proposée par le groupe d'experts repose sur les prescriptions actuelles en matière de schéma vaccinal. Il s'ensuit que la vaccination obligatoire viserait à présent trois doses de vaccin. Or, les recommandations en matière de schéma vaccinal complet sont soumises à l'état actuel des connaissances qui dépend des caractéristiques virales du variant dominant. Ainsi, il se peut que, dans le futur, les recommandations visent une quatrième dose de vaccin, ce qui mène les experts à la conclusion que des personnes qui ne tirent guère bénéfice de la vaccination en raison de leur âge peu avancé seront moins enclines à se faire vacciner une quatrième fois de manière obligatoire après une troisième dose déjà imposée.

Les statistiques quant aux taux de vaccination parmi les catégories plus jeunes montrent d'ores et déjà une réticence face aux doses dites « *booster* » de façon à soutenir la conclusion des experts à ce sujet. Ainsi, en vue d'une possible quatrième dose qui deviendrait obligatoire en raison de l'obligation vaccinale, il serait préférable de cibler les personnes qui bénéficient le plus de la protection directe impartie par le vaccin, c'est-à-dire les personnes âgées de plus de 50 ans, afin d'éviter une certaine réticence accrue parmi le demeurant de la population en cas d'obligation vaccinale générale et de garantir la proportionnalité des mesures envisagées.

En ce qui concerne la fixation du seuil d'âge à 50 ans, les orateurs expliquent que cela relève d'un raisonnement purement mathématique se référant aux chiffres exposés ci-dessus et qu'il relève d'une décision politique de fixer le seuil d'âge à 50, 55 ou 60 ans tout en tenant compte du fait que l'on toucherait, avec une limite d'âge de 60 ans par exemple, moins de personnes parmi les catégories d'âge généralement considérées comme plus vulnérables.

Madame Nathalie Oberweis (déi Lénk) se demande en premier lieu quels critères ont été retenus pour en arriver à la date butoir du 30 juin 2024.

Les experts indiquent qu'ils estiment que les personnes qui ne sont pas vaccinées et qui ne songent pas à se faire vacciner d'ici là auront probablement acquis une immunité à partir d'une possible infection à cette date. Il serait également envisageable de faire courir l'obligation vaccinale pendant un délai initial d'un an et de proroger ce délai le cas échéant ; cela relève d'une appréciation purement politique.

Il s'y ajoute que les vagues d'infection qui caractérisent la situation épidémiologique actuellement semblent se produire principalement entre les mois d'octobre et d'avril de façon qu'une date butoir s'inspirant du calendrier ne semble guère opportune. Ainsi, les experts retiennent une date qui se trouve au milieu du calendrier. Vu qu'il apparaît que le 30 juin 2023 est trop rapproché pour que l'obligation vaccinale sorte ses effets tel que prévu, le 30 juin 2024 a été officiellement déterminé comme étant la date la plus propice.

Ensuite, Madame Nathalie Oberweis (déi Lénk) s'intéresse aux données sur lesquelles se basent les recommandations émises par le groupe d'experts ; est-ce que les données recueillies sur base de la vague récente dominée par le variant Delta demeurent pertinentes

pour la vague dite Omicron ? Subsidièrement, l'oratrice soulève la question de savoir si ces données permettent véritablement de conclure à la nécessité de l'introduction d'une obligation vaccinale en ce que ce constat relève à ses yeux encore du domaine de l'abstrait.

Les experts soulignent qu'il est vrai que les données historiques qui sous-tendent l'avis sous rubrique se basent sur le variant Delta. Or, les patients que l'on retrouve actuellement en hospitalisation sont exclusivement atteints par le variant Omicron, laissant entendre que même si ce dernier est moins virulent en termes relatifs, sa transmissibilité accrue mène à ce que les chiffres absolus des hospitalisations demeurent assez élevés.

Or, l'objectif primaire de l'obligation vaccinale étant de livrer le moyen de sortir de la crise sanitaire actuelle, l'on se doit d'arrêter de douter en raison d'inconnues qui persistent en ce que la lourdeur qui découle d'une telle façon de procéder ne mène nulle part. Même s'il est indéniable que l'on ne connaît guère l'évolution future du virus SARS-CoV-2, une obligation vaccinale est un moyen propice de se prémunir contre des variants futurs.

En troisième lieu, Madame Nathalie Oberweis (déi Lénk) s'interroge au sujet de l'évolution de la situation épidémiologique en relation avec l'avènement du variant Omicron et souhaite avoir des réactions face à l'hypothèse soutenue par certains scientifiques que le variant Omicron permettrait de par sa virulence réduite et sa transmissibilité accrue de sceller le sort du virus SARS-CoV-2 de manière que les mesures sanitaires deviendraient obsolètes. Cela impliquerait, selon l'oratrice, qu'il vaudrait mieux attendre quelques mois afin de mieux cerner la véracité de cette hypothèse.

Les experts indiquent que des projections quant à l'évolution épidémiologique relative au variant Omicron n'existent pas encore, mais il est constaté que le taux d'occupation des lits hospitaliers est demeuré stable ces dernières semaines. Il s'ensuit que même si le variant Omicron est moins virulent, il sera toujours nécessaire de prévoir que des cas sévères nécessitant un traitement hospitalier pourront apparaître ; les orateurs estiment que 40 à 60 lits hospitaliers devront être réservés au traitement de patients atteints par la Covid-19.

Les expériences faites aux États-Unis et au Canada montrent que l'impact de la circulation du virus SARS-CoV-2 dépend principalement de l'état de santé général de la population et du taux de vaccination.

L'hypothèse selon laquelle il faudrait tirer bénéfice de la virulence moindre du variant Omicron afin de le faire circuler en vue d'une immunité collective à partir d'une infection renferme des périls non négligeables en ce que cela viendrait à mettre en balance les libertés des uns avec la survie des autres. D'après les chiffres exposés ci-dessus, il découle que le constat de la virulence réduite du variant Omicron n'est aucunement équivalent à une neutralisation des impacts néfastes qu'engendre le virus SARS-CoV-2 en général ; les personnes vulnérables seront toujours affectées par le virus dans sa mouture actuelle de manière que le fait de lui conférer la libre circulation en abrogeant les mesures sanitaires actuelles entraîne un nombre considérable de décès.

En dernier lieu, Madame Nathalie Oberweis (déi Lénk) met en question l'opportunité d'une obligation vaccinale sectorielle face au constat qu'il demeure possible de transmettre le virus en dépit d'un schéma vaccinal complet.

Les experts notent qu'il est vrai que les personnes vaccinées restent des vecteurs possibles du virus. Or, il s'impose de se fier aux statistiques dans ce cas de figure et de considérer les raisonnements purement mathématiques qui sous-tendent la recommandation visée. Ainsi, selon une étude effectuée en Allemagne, si l'on considère 100 transmissions, seulement 10 seront des infections d'une personne vaccinée à une autre ; le demeurant des transmissions implique au moins une personne qui n'est pas vaccinée. Ceci pour dire que la vaccination de

tous les intervenants dans le secteur des soins, c'est-à-dire des patients et du personnel, est pourvue d'une logique incontestable d'un point de vue scientifique.

Si l'on compare maintenant la situation à la grippe, qui ne se transmet pas aussi aisément que le coronavirus, l'on constate que les structures dans lesquelles les effectifs sont vaccinés contre la grippe, l'impact d'une vague d'infections est nettement moindre. S'y ajoute le fait que les vaccins contre la grippe sont moins performants que les vaccins dont on dispose dans la lutte contre la pandémie actuelle et que le coronavirus est plus virulent que la grippe de manière qu'une obligation vaccinale s'avère pertinente en dépit du risque subsistant d'une transmission entre vaccinés.

Madame Josée Lorsché (déi gréng) faisant référence à une publication circulant sur les réseaux sociaux fait part de quelques interrogations. Ainsi, l'oratrice se demande si l'introduction d'une obligation vaccinale n'engendrerait pas un effet pervers en ce que cela signifierait à la population moins âgée que le virus ne les affecterait plus.

Ensuite, est soulevée la question sur l'opportunité d'une obligation vaccinale générale en ce que les personnes âgées de moins de 50 ans affichent toujours des parcours pathologiques sévères et subissent les suites d'une infection ; allusion est faite au phénomène désigné par l'anglicisme « *long covid* ». Il s'y ajoute la problématique des personnes immunodéprimées de manière qu'il paraisse, selon l'oratrice, opportun de vacciner l'entièreté de la population afin de protéger cette catégorie de personnes.

Les experts soulignent qu'il est d'emblée primordial de garantir la survie des personnes vulnérables, ce qui peut être achevé par l'obligation de vaccination telle que préconisée par l'avis sous rubrique. L'effet psychologique découlant d'une obligation vaccinale des personnes âgées de plus de 50 ans n'occupe qu'un rang inférieur selon les orateurs, tout en soulignant que ledit effet pervers peut à leurs yeux être déjoué par une sensibilisation populaire d'envergure et incessante.

En ce qui concerne le phénomène du « *long covid* », l'état des connaissances actuel n'est pas sans équivoque. Ainsi, les délais durant lesquels ce phénomène est étudié varient largement. Or, les orateurs estiment que la vaccination protège dans une certaine mesure contre le « *long covid* », même si cette protection n'est certainement pas absolue.

Selon les orateurs, il serait fallacieux de déduire à partir de l'argument de la protection des personnes immunodéprimées qu'une obligation vaccinale se présenterait comme indispensable en ce que celles-ci se trouvent généralement en traitement auprès d'un médecin auquel incombera l'obligation d'inciter son patient subissant une immunodépression à se faire vacciner.

Accessoirement, il est fait référence au paradoxe vaccinal qui énonce que s'il y a plus de personnes vaccinées, il y aura nécessairement plus de personnes vaccinées qui se retrouvent à l'hôpital sans que cela mette en cause l'effectivité de la vaccination. En effet, il s'agit de faire la différence entre chiffres relatifs et absolus ; en termes absolus, il y a certes plus de personnes vaccinées en soins normaux, voire intensifs. Or, par rapport au nombre total des personnes vaccinées, c'est-à-dire en termes relatifs, il y a moins de personnes vaccinées qui se voient hospitalisées.

Il s'y ajoute que les personnes vaccinées qui sont hospitalisées présentent dans la large majorité des cas des comorbidités, ce qui mène les orateurs à réitérer leur appel aux personnes vulnérables de se faire vacciner nonobstant leur prétendue jeunesse.

Madame Josée Lorsché (déi gréng) s'interroge en outre sur l'opportunité d'une obligation vaccinale dans le secteur de l'éducation en ce que 15% des enseignants seraient à présent

contaminés, ce qui met en péril la pérennité du système éducatif luxembourgeois et ainsi l'éducation des enfants et des adolescents. L'oratrice souligne que cette obligation vaccinale ne concernerait que le personnel et non les étudiants.

Les experts signalent que l'obligation vaccinale pour les personnes âgées de 50 ans et plus affectera également le personnel enseignant et qu'il s'impose accessoirement de considérer que l'argument primaire pour une vaccination des enfants et des adolescents est de protéger leurs aîeuls. Or, cet argument n'est, aux yeux des orateurs, pas suffisamment convaincant pour justifier une vaccination obligatoire.

En fait, l'obligation vaccinale pour le secteur de l'éducation faisait l'objet de discussions au sein du groupe d'experts, mais le taux de vaccination élevé tant parmi le personnel que parmi les étudiants admissibles à la vaccination a entraîné que celle-ci ne figure pas parmi les recommandations du groupe d'experts. Les personnes concernées par une obligation vaccinale pour le secteur de l'éducation, qui ne sont pas touchées par les vaccinations obligatoires que proposent les experts, n'encourent en effet guère de risques personnels.

Dans une perspective de long terme, les orateurs donnent à réfléchir qu'à partir d'un certain moment l'immunité collective sera acquise de manière que l'on puisse considérer la Covid-19 comme une maladie infectieuse quelque peu anodine dont on pourra admettre la circulation sans restrictions majeures. Dans une telle situation, la vaccination ne sera recommandée que dans des cas exceptionnels à l'instar de la vaccination contre la grippe et la notion de « *booster* » tombera en désuétude en ce que la libre circulation du virus permettra qu'une part significative de la population entre régulièrement en contact avec le virus tout en disposant des défenses acquises auparavant, ce qui implique que chaque nouveau contact n'engendrera plus les effets que l'on connaît à présent et servira de mise à jour des défenses immunitaires. Une telle situation serait l'objectif ultime recherché par les recommandations ressortant de l'avis du groupe d'experts.

Accessoirement, il est indiqué que l'on désigne dans le contexte actuel la troisième dose comme « *booster* », tandis que si l'on faisait usage d'une terminologie scientifiquement exacte, ce ne serait que la quatrième dose que l'on considérerait comme « *booster* » en ce qu'un schéma vaccinal implique d'ordinaire l'administration de trois doses de vaccin et non de deux doses.

Madame Martine Hansen (CSV) souhaite savoir dans quel délai l'on pourrait abroger les restrictions actuelles après l'introduction d'une obligation vaccinale. L'oratrice estime que l'on devra dans un premier temps appliquer de manière parallèle tant l'obligation vaccinale que les autres mesures ; or, la raison d'être des régimes « 2G+ » et « 3G », par exemple, est d'augmenter la pression sur les personnes refusant de se faire vacciner, ce qui s'avérera obsolète dès l'instauration d'une obligation vaccinale. Existe-t-il un seuil, voire un délai, à considérer à cet effet ?

De concert avec Madame Nathalie Oberweis (déi Lénk), Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports désire émettre une mise en garde à ce sujet en ce que la communication occupe un rôle crucial dans la gestion de la crise sanitaire. Ainsi, il serait à éviter d'inciter de fausses attentes au sujet de l'assouplissement des restrictions actuelles en raison de l'introduction d'une obligation vaccinale ; il est primordial de demeurer précis dans la communication avec la population générale.

L'orateur suit l'argumentaire avancé par le groupe d'experts en ce qui concerne l'obligation vaccinale pour les personnes âgées de plus de 50 ans ainsi que son équivalent sectoriel, mais il lui semble qu'il n'existe pas de recommandations concernant la situation potentiellement précaire dans d'autres secteurs qui pourraient être impactés par des arrêts médicaux.

Les experts se privent d'indiquer une date précise pour l'assouplissement, voire l'abrogation, des mesures en vigueur et préfèrent se référer à des critères objectifs permettant de conclure à l'effectivité de l'obligation vaccinale ; il est notamment fait allusion aux indicateurs communément considérés dans le contexte actuel, c'est-à-dire le taux d'occupation des lits hospitaliers tant en soins normaux qu'en soins intensifs, ainsi que le nombre de décès.

Les mesures actuelles, telles que les régimes « 2G+ » et « 3G », servent à restreindre la circulation du virus parmi la population, dès lors que l'obligation vaccinale confère une protection suffisamment élevée aux personnes vulnérables. Il s'ensuit que l'on peut admettre une certaine circulation du virus qui n'aura ainsi plus les effets fatals que l'on observe à présent.

En ce qui concerne l'absentéisme provoqué par la circulation accrue du variant Omicron, les orateurs ne sont pas encore en mesure d'établir des projections en ce que l'on n'est pas encore parvenu au paroxysme de la vague actuelle. Il est indiqué à ce sujet de demeurer vigilant et de continuer à observer de près les secteurs critiques.

Les orateurs souhaitent dans ce contexte souligner qu'une obligation vaccinale devrait en réalité être précédée d'une obligation d'information du statut vaccinal des personnes concernées afin que l'on puisse valablement déduire les conséquences à réserver par rapport à une obligation vaccinale. Ceci est particulièrement pertinent dans les secteurs où le contact avec des personnes vulnérables est à l'ordre du jour.

Le taux d'absentéisme dû aux mesures de quarantaine et d'isolement a de grandes chances, aux yeux des orateurs, de ne guère poser problème en ce que le but recherché par les mesures qu'ils proposent est de permettre une vie avec le virus dans la mesure où une infection ou un cas contact n'entraîne plus les réactions que l'on impose actuellement. En effet, les personnes vulnérables seront protégées par la vaccination obligatoire et le demeurant de la population acquerra une immunité soit par une infection, soit par une vaccination, soit par les deux.

Il échet par conséquent de conclure que si l'on admet une circulation du virus parmi la population, les mesures de quarantaine et d'isolement ne seront pourvues de sens que dans des cas plus exceptionnels qu'à présent. Les recommandations du groupe d'experts permettent ainsi de réduire les risques encourus par la population à un niveau auquel une vie dite normale pourrait reprendre.

Une certaine mise en garde est toutefois nécessaire en ce que les propos qui précèdent se fondent sur l'état actuel des connaissances susceptible de se voir altéré en fonction de l'arrivée de nouveaux variants, ce qui implique qu'il demeure indispensable de continuer à surveiller continuellement la situation épidémiologique. Une communication transparente et concise conserve également toute sa pertinence.

En second lieu, Madame Martine Hansen (CSV) s'enquiert au sujet de l'effectivité d'une obligation vaccinale générale en ce que d'un côté il semble qu'une immunité collective la plus large serait un objectif à poursuivre. Bien que celle-ci soit réalisable avec une obligation vaccinale générale, les experts n'y concluent pas.

Les experts notent d'emblée qu'une immunité dite collective ne restreint guère la circulation du virus dans un contexte global, mais protège les personnes qui entrent en contact avec ledit virus. Ainsi, dans un petit pays comme le Luxembourg, le virus sera constamment importé et dans un pays de taille moins modeste, il deviendra endémique. Or, cela s'avère tout à fait ordinaire dans le monde de l'épidémiologie et les virus répertoriés font l'objet d'un système de surveillance géré par l'Organisation mondiale de la Santé (ci-après « OMS »).

Les orateurs signalent ensuite qu'une immunité collective est susceptible de ne conférer qu'une moindre protection aux personnes qui refusent de se faire vacciner en ce que la communication entre celles-ci est plus prononcée de manière que celles-ci forment des réseaux. Cela entraîne que dès qu'une personne faisant partie d'un tel réseau est infectée, il est fort probable que les autres membres du réseau le soient également.

Madame Nancy Arendt épouse Kemp (CSV) puise dans son expérience en tant que présidente de la Commission des Pétitions pour affirmer que la population générale semble inquiète face aux informations disponibles sur la Covid-19 et les vaccins y afférents en ce qu'il paraît par moments que certains renseignements se trouvent en contradiction avec d'autres, soulignant l'importance d'une communication transparente et efficace. Il est surtout question des effets secondaires provoqués par la vaccination.

L'oratrice fait ensuite référence aux vaccinations dites « *booster* » qui ont été considérées comme le moyen permettant de combattre effectivement la crise sanitaire actuelle. Or, l'on se retrouve maintenant pour désigner l'obligation vaccinale comme la solution ultime, ce qui montre, aux yeux de l'oratrice, que les préoccupations et les sentiments d'insécurité régnant parmi certaines parties de la population générale sont légitimes. Cela soulève en aval la question de comment justifier de nouvelles restrictions que l'on peut être amené à prendre en cas de survenance d'un nouveau variant présentant une virulence accrue.

L'oratrice souhaite souligner qu'elle salue la recommandation visant à instaurer une obligation vaccinale sectorielle telle que conçue par le groupe d'experts.

Madame Viviane Reding (CSV) se rallie aux propos de Madame Nancy Arendt épouse Kemp en ce qui concerne les effets secondaires qui font désormais l'objet de témoignages incessants parmi la population générale de manière que des personnes initialement favorables à la vaccination expriment dorénavant des doutes. L'oratrice abonde en outre dans le sens de Madame Nancy Arendt épouse Kemp pour ce qui est de l'obligation vaccinale sectorielle.

Les experts relèvent qu'il y a lieu de nuancer les propos concernant les effets secondaires en ce qu'il existe des effets secondaires que l'on retrouve auprès de chaque vaccin indépendamment de la pathologie visée et que l'on désigne par le terme « réaction ». Ces réactions ne sont pas à proprement parler des effets secondaires, parce qu'elles ne constituent que la réaction du corps, comme le nom l'indique, par rapport à l'intrusion de la substance utilisée pour la vaccination dans le corps. Comptent parmi ces réactions les maux de tête, les fièvres, *etc.* qui ne perdurent en règle générale pas plus de trois jours suivant l'inoculation.

Les véritables effets secondaires, également désignés par le terme « complications », apparaissent en vérité fort rarement nonobstant les témoignages que l'on entend à leur sujet. Parmi les complications les plus citées se trouvent les myocardites que subissent certaines personnes suite à la vaccination. Or, cette condition est transitoire, ce qui veut dire qu'elle disparaît au terme de quelques jours, et apparaît nettement plus souvent auprès des personnes infectées par le virus SARS-CoV-2 qui ne sont pas vaccinées, de manière qu'il soit nécessaire de mettre ces témoignages en perspective. Les orateurs concluent que les avantages apportés par la vaccination dépassent largement les inconvénients qui sont rares en nombre et nettement moins néfastes quant à leurs effets comparés à une infection.

En guise de conclusion, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports offre un bref récapitulatif des points soulevés au cours de la présente réunion soulignant l'importance d'une communication efficace, tout en indiquant que lorsqu'on se résout à une obligation vaccinale telle que proposée, une certaine circonspection s'impose quant à l'assouplissement des mesures.

## **2. Divers**

Aucun point divers n'est abordé.

**Procès-verbal approuvé et certifié exact**

Annexes : Avis du groupe d'experts *ad hoc* sur l'instauration d'une obligation de vaccination contre la COVID-19, 14 janvier 2022 ; Diaporama sur l'instauration d'une obligation de vaccination contre la Covid-19.

**AVIS DU GROUPE AD HOC D'EXPERTS SUR L'INSTAURATION D'UNE OBLIGATION DE  
VACCINATION CONTRE LA COVID-19**

Le groupe *ad hoc* d'experts sur l'instauration d'une obligation de vaccination contre la COVID-19 a été mis en place suite à une décision du Gouvernement et sur invitation de Monsieur le Premier Ministre, Ministre d'Etat et de Madame la Ministre de la Santé.

Le groupe *ad hoc* d'experts, composé des membres suivants :

- **Dr. Vic ARENDT, Médecin infectiologue, Service national des maladies infectieuses, Centre hospitalier de Luxembourg ;**
- **Prof. Dr. Claude P. MULLER, Professeur, Universität des Saarlandes, Universität Trier ; expert en virologie et immunologie, Luxembourg Institute of Health ;**
- **Dr. Gérard SCHOCKMEL, Médecin spécialiste en maladies infectieuses, Hôpitaux Robert Schuman ; expert auprès de l'EMA ;**
- **Dr. Thérèse STAUB, Médecin chef du Service national des maladies infectieuses, Centre hospitalier de Luxembourg ; Présidente du Conseil Supérieur des Maladies Infectieuses ;**
- **Prof. Dr. Paul WILMES, Professor of Systems Ecology, Luxembourg Centre for Systems Biomedicine, et Department of Life Sciences and Medicine, Faculty of Science, Technology and Medicine, Université du Luxembourg ;**

a été chargé par le Gouvernement d'élaborer un avis, d'un point de vue médical et scientifique, sur l'utilité de l'instauration d'une obligation de vaccination contre la COVID-19 dans le contexte actuel d'évolution de la situation pandémique sur arrière-fond de propagation du variant Omicron du virus et en tenant compte du manque de progression de la campagne vaccinale. Dans l'hypothèse d'une réponse positive à cette question, le Gouvernement voudrait également obtenir un avis sur

- la population-cible ;
- le moment de l'instauration de cette obligation vaccinale ;
- sa durée ;
- les finalités attendues (impact sur les morbidités, mortalités, le système hospitalier, la pandémie ; impact sur le bien-être de la population ; impact sur l'économie ; ...).

## Préambule

Les experts sont d'accord que juguler la pandémie passe nécessairement par la vaccination de la plus grande partie possible de la population éligible selon les recommandations en vigueur actuellement, à savoir par un cycle vaccinal complet et un ou plusieurs rappels vaccinaux.

## Effectivité extraordinaire des vaccins

Sur base de l'état actuel des connaissances médicales et scientifiques et sur base des données disponibles pour le Luxembourg, le groupe d'experts souligne tout d'abord l'effectivité du vaccin contre la COVID-19.

Le tableau suivant montre l'effectivité vaccinale contre l'hospitalisation et le décès, par groupes d'âge, au moins 28 jours après la deuxième dose du vaccin, au 16 novembre 2021<sup>1</sup>.

Groupe d'âge	Hospitalisation	Décès
	EV %* IC 95%** (inf-sup)	EV %* IC 95%** (inf-sup)
25 à 49 ans	94,8 (73,0 ; 99,0)	-
50 à 69 ans	90,2 (81,7 ; 94,8)	-
70 et plus	92,8 (88,9 ; 95,3)	94,2 (89,2 ; 96,8)

**Tableau 1.** Extraction des données le 18/11/2021. Les données sur la vaccination avec le vaccin Janssen® sont exclues de cette analyse. \* EV % effectivité vaccinale exprimée en pourcentage. \*\* IC 95% (inf-sup) : limite inférieure et supérieure de l'intervalle de confiance à 95%.

Le tableau montre que l'effectivité vaccinale contre les hospitalisations, mesurée au moins 28 jours après la deuxième dose, est supérieure à 90% : 94,8% chez les 25 à 49 ans, 90,2% chez les 50 à 69 ans, 92,8% chez les 70 ans et plus. Aucun décès n'a été constaté chez les moins de 70 ans avec un schéma vaccinal complet à deux doses. L'effectivité vaccinale contre les décès chez les 70 ans et plus est de 94,2%.

D'après les observations des médecins hospitaliers, au 8 janvier 2022 :

- Quasiment aucun patient ayant reçu un rappel vaccinal (*booster*) et sans comorbidités sévères n'a nécessité une hospitalisation en soins intensifs.
- Très peu de patients ayant reçu deux doses vaccinales et sans comorbidités ont dû séjourner en soins intensifs. Ceci revient à une protection extraordinaire contre les formes sévères de la maladie pour les personnes vaccinées préalablement en bonne santé.
- Il convient de déduire des patients vaccinés testés positifs au COVID-19 ceux qui se trouvent en soins intensifs pour d'autres raisons.

---

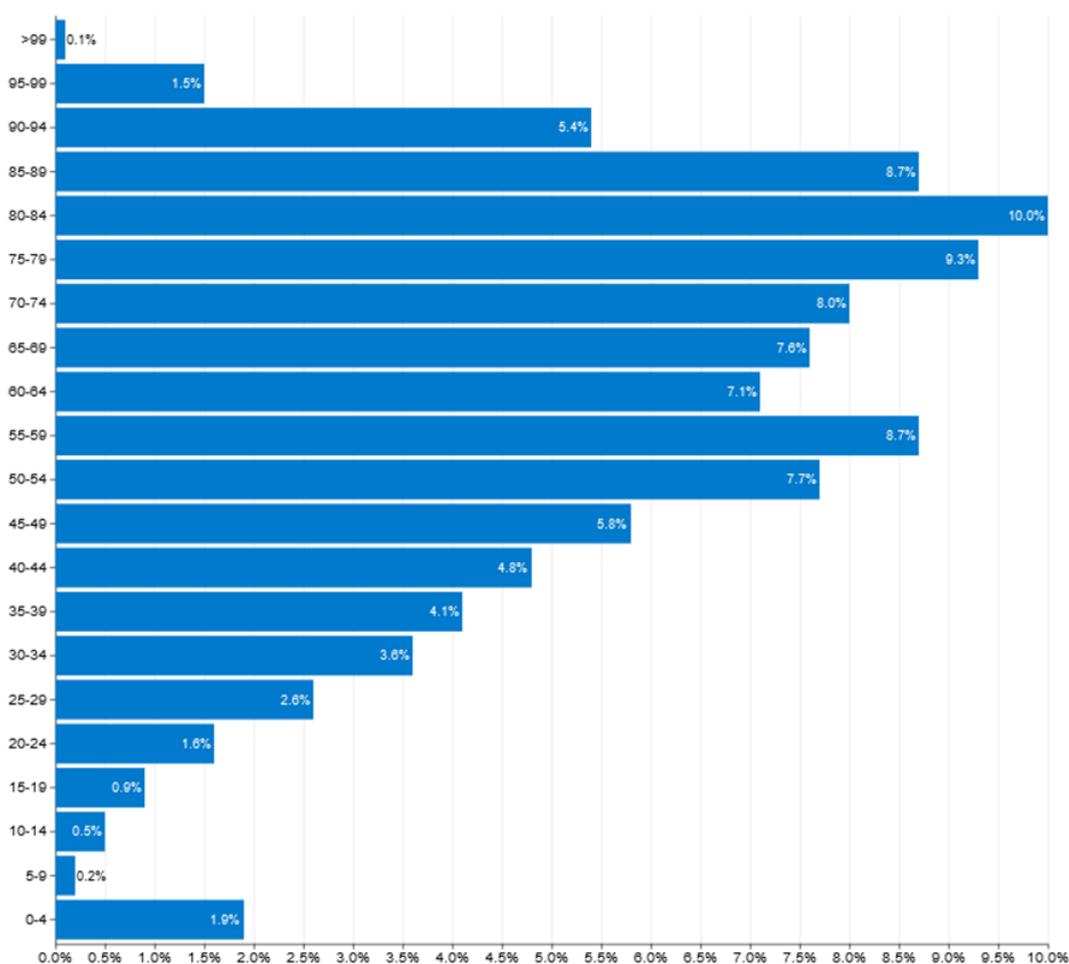
<sup>1</sup> Service épidémiologique et statistique du Ministère de la Santé, Rapport national d'évaluation de l'effectivité vaccinale contre la COVID-19, Mise à jour du 16 décembre 2021.

Il convient d'ajouter à ce constat que même une vaccination incomplète contribue déjà à réduire le risque d'un déroulement sévère de la maladie. Par exemple, quatorze jours après une seule dose, l'effectivité vaccinale chez les personnes de 70 ans et plus est de 79,0% contre l'infection, de 92,8% contre l'hospitalisation et de 94,2% contre le décès. Cependant il faut s'attendre à ce que cette protection soit de relativement courte durée.

### Age du patient et sévérité de la maladie COVID-19

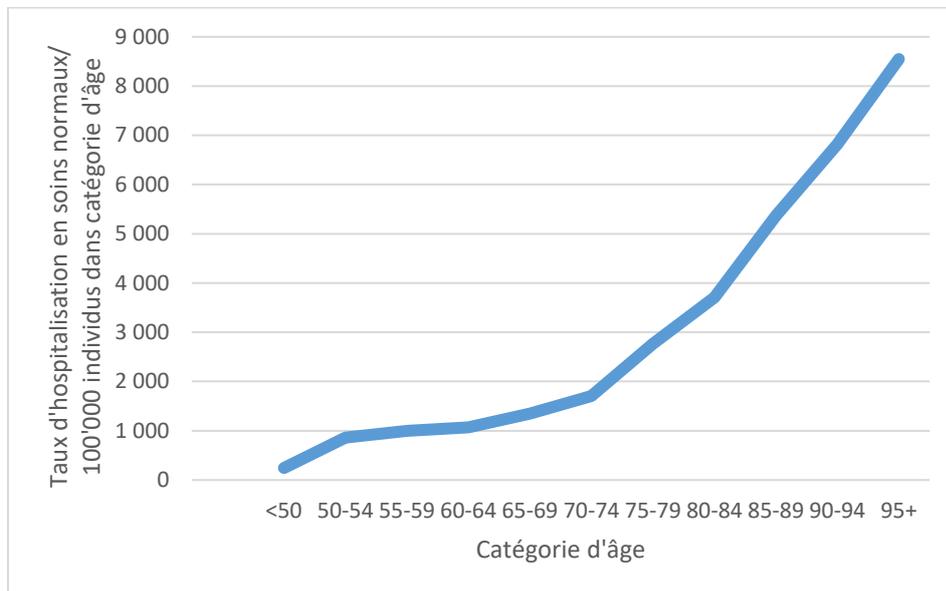
Une très forte association entre l'âge du patient et la sévérité de la maladie peut être constatée. Les données démontrent clairement que le risque d'hospitalisation, en soins normaux et en soins intensifs, et de décès dû au COVID-19 augmente graduellement à partir de l'âge de 50 ans. Dans les tranches d'âge inférieures ce risque est nettement inférieur, sauf pour les patients avec comorbidités importantes.

Répartition des âges des patients COVID-19 en soins normaux jusqu'à présent



**Fig. 1.** Répartition des âges des personnes hospitalisées en soins normaux depuis le début de la pandémie (N=4857) (Ministère de la Santé : situation au 11 janvier 2022, publiée le 12 janvier 2022).

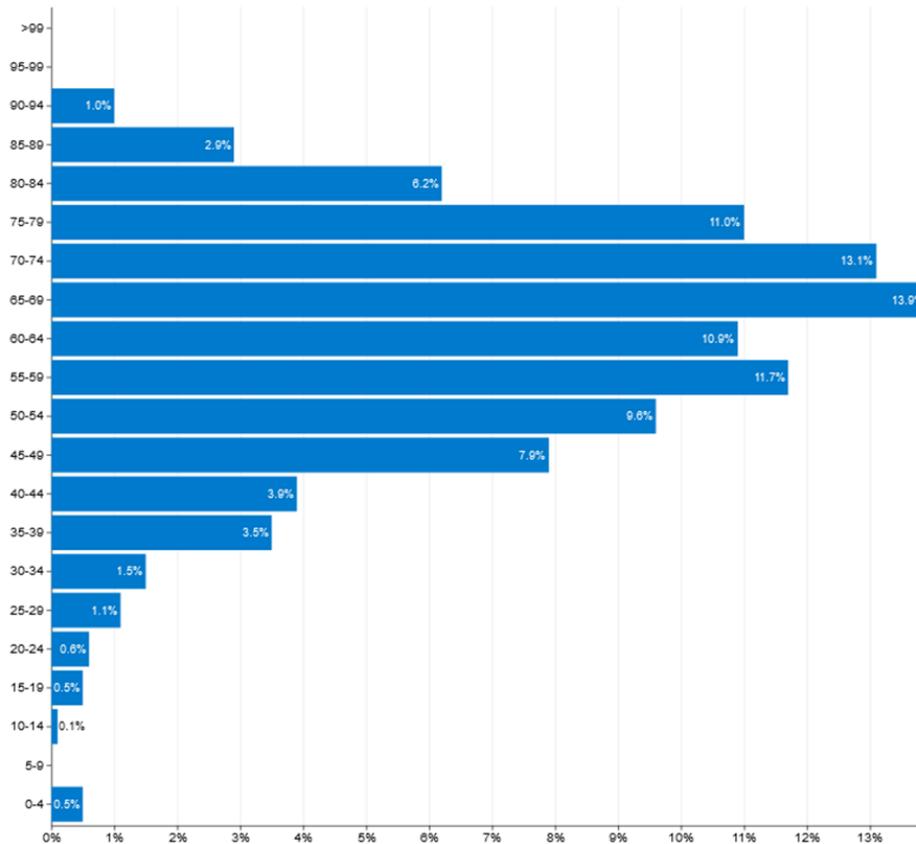
Selon la **Figure 1**, 74,1% des hospitalisations en soins normaux concernent des patients âgés de plus de 50 ans et un quart seulement concerne des patients âgés de moins de 50 ans.



**Fig. 2.** Taux d'hospitalisation en soins normaux par catégorie d'âge depuis le début de la pandémie. Total de 4.979 hospitalisations au 17 novembre 2021 (Ministère de la Santé).

La **Figure 2** montre que le risque d'une maladie COVID-19 nécessitant une hospitalisation en soins normaux monte énormément au-delà de l'âge de 50 ans, donc pour les tranches d'âge visées par l'obligation vaccinale.

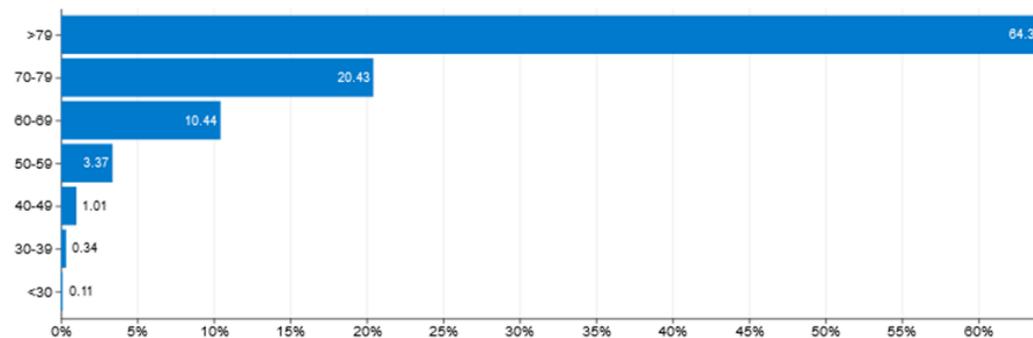
### Répartition des âges des patients COVID-19 en soins intensifs jusqu'à présent



**Fig. 3.** Répartition des âges des personnes hospitalisées en soins intensifs depuis le début de la pandémie (N=852) (Ministère de la Santé : situation au 11 janvier 2022, publiée le 12 janvier 2022).

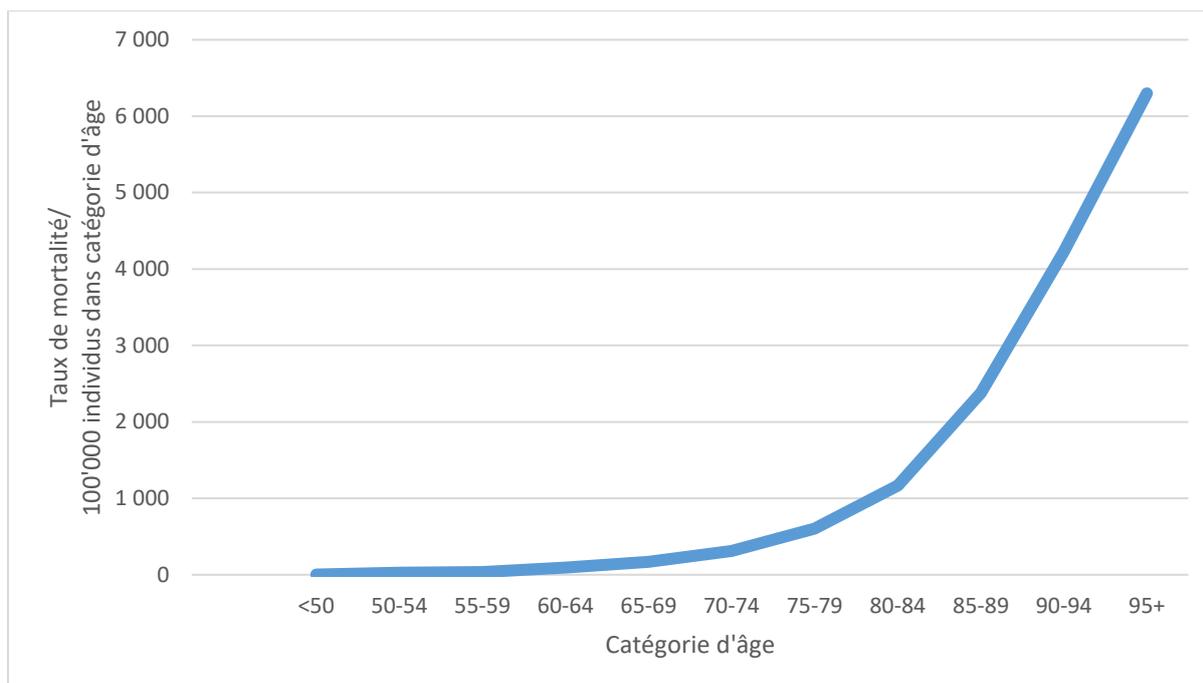
Selon la **Figure 3**, 80,3% des hospitalisations en soins intensifs concernent des patients âgés de plus de 50 ans et un cinquième seulement concerne des patients âgés de moins de 50 ans.

### Répartition des âges des personnes décédées du COVID-19



**Fig. 4.** Répartition des âges des personnes décédées en soins intensifs depuis le début de la pandémie (N=931) (Ministère de la Santé : situation au 11 janvier 2022, publiée le 12 janvier 2022).

Selon la **Figure 4**, 98,5% des personnes décédées sont âgées de plus de 50 ans et donc moins de 2% sont âgées de moins de 50 ans.



**Fig 5.** Taux de mortalité par catégorie d'âge depuis le début de la pandémie. Total de 863 décès au 17 novembre 2021 (Ministère de la Santé).

**Conclusion.** Ces considérations nous amènent à estimer le bénéfice de la vaccination obligatoire pour les hôpitaux ainsi que pour les personnes des tranches d'âges ciblées. En résumé :

Sur les 931 décédés au 12 janvier 2022, 98% sont âgés de plus de 50 ans (**Figure 4**).

Sur les 852 patients confirmés en **soins intensifs (Figure 3)** jusqu'au 12 janvier 2022, plus de 80% sont âgés de plus de 50 ans. Pour les 20% des patients qui sont âgés de moins de 50 ans, il n'y a pas plus d'informations sauf l'observation des médecins hospitaliers que ce sont pratiquement tous des patients avec des facteurs de risque ou comorbidités. Ces patients sont en principe en suivi médical et devraient normalement être vaccinés sous responsabilité de leur médecin traitant. Il n'existe donc guère de raison pour une obligation vaccinale qui serait de toute façon difficile de mettre en place pour eux, aussi bien sur le plan opérationnel que juridique. Des campagnes ciblées, en particulier aux médecins pourraient s'imposer.

Sur les 4.857 patients confirmés en **soins normaux (Figure 1)**, 75% des hospitalisations concernent des patients âgés de plus de 50 ans.

En protégeant les personnes âgées de plus de 50 ans par la vaccination obligatoire et en admettant une couverture et une effectivité du vaccin de 100%, on réduirait les décès à 2%, les soins intensifs à 20% et les hospitalisations à 25% en se basant sur les nombres dès le début de la pandémie et jusqu'à présent. En admettant une couverture et une effectivité vaccinale réduites, ce qui est plus réaliste, l'effet protecteur se réduirait proportionnellement. Ces estimations ne prennent pas les hétérogénéités dans ce groupe d'âge en considération.

Les **Figures 2 et 5** montrent aussi clairement que les différentes catégories d'âge visées par une obligation vaccinale en bénéficieront en réduisant énormément leur risques d'hospitalisation et de décès.

### Taux de vaccination par âge

Les données relatives aux hospitalisations et aux décès reprises ci-dessus montrent que la vulnérabilité de la population face au coronavirus augmente avec l'âge. Alors même que les taux de vaccination de ces catégories de la population sont déjà relativement élevés ils restent encore insuffisants. Malgré le risque important que la COVID-19 représente pour les personnes âgées de plus de 50 ans, presque 70.000 personnes dans cette catégorie d'âge (**Tableau 2**) ne sont toujours pas vaccinées et « boosterisées » au Luxembourg. Le **Tableau 2** montre par tranche d'âge, le nombre de personnes ciblé par la vaccination obligatoire en raison de leur âge.

Catégorie d'âge (années)	Population totale par catégorie d'âge	Vaccination initiale complète	Booster	Personnes ciblées
80+	25.126	92,7%	78,6%	5.377
75-79	16.437	91,4%	78,7%	3.501
70-74	23.004	85,8%	70,9%	6.693
65-69	28.170	87,3%	73,9%	7.352
60-64	35.511	87,4%	70,9%	10.333
55-59	43.859	87,9%	66,1%	14.868
50-54	46.957	86,1%	54,9%	21.177
45-49	46.261	84,0%	41,8%	/
40-44	48.190	83,2%	36,7%	/
35-39	49.385	77,6%	27,8%	/
30-34	51.050	72,8%	21,3%	/
25-29	47.600	68,7%	18,3%	/
20-24	38.714	69,2%	17,9%	/
18-19	13.472	75,5%	13,8%	/
12-17	39.752	76,0%	0%	/
5-11	47.987	0%	0%	/

**Tableau 2.** Couverture vaccinale par tranche d'âge. Les « personnes ciblées » sont celles qui ne sont pas encore boosterisées. Source : Ministère de la Santé – situation au 6 janvier 2022.

## Protection indirecte des vulnérables

La vaccination obligatoire des personnes âgées de plus de 50 ans vise une protection directe de ces personnes par une immunité individuelle. Cependant, cette protection individuelle pourra être renforcée de façon indirecte par une immunité des professionnels en contact avec eux. La réponse des personnes âgées et d'autres groupes vulnérables au vaccin est nettement moins bonne, raison pour laquelle la mise en place d'un cordon sanitaire grâce à la vaccination obligatoire des personnes de contact réduira leur risque d'exposition au virus. En effet, les résidents des structures d'hébergement pour personnes âgées sont particulièrement vulnérables en raison de plusieurs facteurs de risque qui leurs sont propres :

- comorbidités multiples ;
- âge vulnérable (au-delà de 70 ans) ;
- hébergement collectif (risque épidémiologique accru) ;
- va-et-vient des prestataires de soins de régions à risques ;
- réponse immunitaire réduite et surtout imprévisible ;
- forte fluctuation des résidents.

Cet argumentaire s'applique aussi aux personnes âgées bénéficiant de l'assurance dépendance et aux prestataires de soins à domicile.

Pour toutes ces raisons, la mise en place d'un cordon sanitaire par la vaccination obligatoire des soignants (au sens large) est recommandée.

### But de la vaccination obligatoire

Dans un arrêt de principe d'avril 2021<sup>2</sup>, la Cour européenne des droits de l'homme a décidé qu'une vaccination obligatoire peut en principe être une mesure acceptable. Les juges ont toutefois exigé que la mesure soit justifiée par des considérations scientifiques et proportionnée à l'objectif poursuivi.

Quel objectif doit donc être atteint ?

**Protéger l'individu** : Chacun peut se faire vacciner, indépendamment de la mise en place d'une obligation de vaccination ; cela reste une décision personnelle en-dessous de l'âge à partir duquel l'obligation de vaccination s'appliquerait. Il s'agit d'une approche qui se justifie comme cette catégorie d'âge ne risque pas de contribuer à la surcharge du système de santé.

**Réduire l'incidence** : Il existe une grande disparité entre l'incidence des infections et des cas graves. L'incidence est donc un mauvais indicateur de la situation pandémique. Il n'en reste pas moins qu'une incidence élevée peut entraîner des congés de maladie en nombre élevé dans les secteurs essentiels, comme on peut s'y attendre avec le variant Omicron. L'impact de l'obligation de vaccination pourrait toutefois arriver trop tard pour protéger les secteurs

---

<sup>2</sup> CEDH, décision n° 47621/13 du 8 avril 2021, « Vavricka c. République tchèque ».

essentiels contre des congés de maladie et des quarantaines en nombre élevé en raison de la haute contagiosité du variant Omicron.

**Eviter la surcharge du système de santé :** Il s'agit de l'objectif premier de toutes les interventions non pharmacologiques telles que les mesures de confinement et d'hygiène. Celles-ci doivent maintenant être remplacées par l'immunité individuelle et collective, en particulier chez les personnes dont l'hospitalisation en grand nombre risque de surcharger le système de santé. C'est l'objectif principal de l'obligation de vaccination telle que proposée ici.

**En finir avec la pandémie :** La vaccination obligatoire des personnes âgées de plus de 50 ans réduira essentiellement la COVID-19 à une infection respiratoire « normale » dans la catégorie d'âge vulnérable. La COVID-19 est déjà une infection respiratoire « normale » dans les catégories d'âge de moins de 50 ans, sauf que toutes les catégories d'âge contribuent à la propagation du virus et au maintien de la situation pandémique qui menace spécifiquement les personnes âgées de plus de 50 ans. Par conséquent, le groupe d'experts recommande de cibler directement les personnes âgées de plus de 50 ans par une obligation de vaccination. Une fois cet objectif atteint, la situation sanitaire finira par revenir à la normale. En effet, la pandémie en tant que menace majeure pour la santé publique prend fin au Luxembourg lorsque le risque de surcharge du système de santé est maîtrisé.

**Immunité collective :** L'immunité collective est difficile à atteindre en présence du variant Omicron car une partie non-négligeable de la population ne peut pas encore être vaccinée (enfants en dessous de cinq ans). En tout état de cause, l'immunité collective ne protégera pas les personnes non-vaccinées. Dans les pays de taille plus importante, le virus deviendra endémique ; dans les petits pays, les chaînes de transmission peuvent être courtes, mais le virus sera continuellement réimporté - et trouvera les personnes vulnérables, dont les personnes non-vaccinées qui ont le plus à risque d'un COVID-19 sévère.

**Elimination du virus :** Le virus ne va pas disparaître. Il deviendra endémique ou sera réimporté et provoquera des épidémies plus ou moins importantes.

**Eradication du virus :** Ceci n'apparaît pas comme une option crédible en raison des porteurs asymptomatiques du virus et d'une immunité non-stérilisante après la vaccination et l'infection naturelle. Aussi, une réintroduction à partir de réservoirs animaux nouvellement infectés par le SARS-CoV-2 ne peut être exclue.

### **Omicron, un changement de paradigme ?**

Toutes ces données descriptives sont liées au seul variant Delta. Ils ne prennent pas encore en considération le variant Omicron à cause du délai entre infections, hospitalisations et admissions en soins intensifs. Il est donc important de considérer à quel point Omicron peut influencer l'évolution de la pandémie. Bien qu'Omicron soit relativement nouveau, certaines tendances semblent se concrétiser.

**Transmissibilité.** Les études actuellement disponibles suggèrent que le variant Omicron est environ deux fois plus transmissible que le variant Delta. En raison de cette haute transmissibilité, les congés de maladie et les quarantaines des employés pourront mettre en cause le bon fonctionnement des secteurs essentiels.

**Protection vaccinale.** Deux doses de vaccin ne confèrent que peu de protection contre une infection par le variant Omicron, mais une troisième dose d'un vaccin à ARNm permet d'établir une protection d'environ 50%. Cette protection est cependant susceptible de diminuer progressivement au fil du temps. Il en est tout autrement pour la protection vaccinale contre les formes sévères qui elle est médiée essentiellement par l'immunité cellulaire, plus durable et moins susceptible aux mutations de la protéine Spike que les anticorps. Ainsi, deux doses de vaccin confèrent une assez bonne protection contre le risque d'hospitalisation, le risque d'admission aux soins intensifs et le risque de décès. Une troisième dose devrait davantage amplifier cette protection.

**Virulence.** Il convient de noter dans ce contexte que même en l'absence d'immunité préalable, Omicron cause un risque de complications nettement inférieur à celui du variant Delta. Cette virulence réduite est attribuée au fait que l'infection causée par Omicron touche essentiellement les voies aériennes supérieures et dans une moindre mesure les poumons, comparée à la variante Delta. Cependant, les personnes non-vaccinées avec des comorbidités importantes, un âge avancé et/ou sous immunosuppression présentent un risque important de développer des complications sévères en cas d'infection par Omicron.

**Conclusion.** L'émergence du variant Omicron accélère la circulation du virus et augmente le risque des personnes les plus susceptibles d'être touchées par le virus. Il s'agit là d'une forte raison additionnelle plaidant en faveur de l'inclusion des prestataires de soins dans les structures et les soins à domicile parmi les personnes qu'il conviendrait de cibler par l'obligation de vaccination. L'obligation de vaccination ne vise pas le public général ou les services essentiels de la société, puisqu'elle adviendrait trop tard pour ces derniers.

## **Conclusion finale**

En tenant compte de ces observations et de la tâche lui confiée par le Gouvernement, le groupe d'experts donne à considérer ce qui suit :

Les particularités luxembourgeoises (une société très ouverte ; la mobilité élevée de la population ; un nombre très élevé de travailleurs transfrontaliers) rendent illusoire de pouvoir endiguer la circulation du virus au niveau de la société toute entière. C'est pourquoi le but principal de la vaccination obligatoire est de protéger les services de santé, et notamment les hôpitaux (soins intensifs et soins normaux,) pour assurer leur fonctionnement normal.

A défaut de pouvoir endiguer la circulation du virus au niveau de la société toute entière, il conviendra de privilégier une action à la fois directe (personnes âgées de plus de 50 ans) et indirecte (individus en contact professionnel avec les personnes les plus vulnérables) en vue

de protéger les personnes les plus vulnérables contre une COVID-19 sévère pour éviter une pression démesurée sur les structures hospitalières.

Au-delà des personnes les plus vulnérables ciblées par l'obligation vaccinale des personnes âgées de plus de 50 ans, les taux de couverture vaccinale d'autres groupes de personnes vulnérables (immunodéprimés, diabétiques, hypertendus, patients souffrant de cancer, insuffisants respiratoires, etc.) devront être améliorés via des campagnes de sensibilisation ciblées, impliquant en particulier le corps médical. En effet, ces personnes vulnérables sont sous observation de leur médecin traitant qui les amène normalement à se faire vacciner.

Par ailleurs, des efforts conséquents devront être entrepris pour augmenter le taux de vaccination de la population générale afin d'abaisser le taux d'incidence général de la COVID-19 au Luxembourg et de pouvoir retourner rapidement à une vie « normale », sans quarantaine, sans impact sur la scolarisation des jeunes, et avec une normalisation de l'activité économique.

En poursuivant ces objectifs on devrait aboutir à soulager le système de santé et à pouvoir alléger la plupart des restrictions aux libertés individuelles imposées par la pandémie.

## **Recommandations**

En tenant compte de ce qui précède, le groupe *ad hoc* d'experts sur l'instauration d'une obligation de vaccination contre la COVID-19 recommande au Gouvernement :

1. **Vaccination obligatoire pour les personnes âgées de plus de 50 ans (protection directe).** Rendre obligatoire la vaccination selon les recommandations en vigueur contre la COVID-19 pour les résidents âgés de 50 ans et plus qui représentent la catégorie de la population vulnérable à un déroulement sévère de la maladie. Il s'agit d'environ 70.000 personnes.
2. **Vaccination des personnes œuvrant dans des structures de soins, y compris les cabinets de ville (protection indirecte).** Rendre obligatoire la vaccination selon les recommandations en vigueur contre la COVID-19 pour les personnes et les médecins œuvrant dans des structures hospitalières et de soins, ainsi que dans des cabinets de ville, y compris pour les personnes et les médecins dispensant des actes médicaux et des soins à domicile, ainsi que pour les sous-traitants et les prestataires employés par ces structures pour autant qu'ils sont susceptibles d'entrer en contact avec les résidents ou avec les personnes vulnérables qui leur sont confiées.
3. **Délais.** Instaurer cette obligation vaccinale dans les meilleurs délais et jusqu'au 30 juin 2024, étant entendu que la durée de cette obligation vaccinale pourrait être raccourcie ou rallongée en fonction de l'évolution de la pandémie. Même si la vaccination commence dans les meilleurs délais, elle n'aura probablement que peu d'influence sur la circulation du variant Omicron. Il est assumé que jusqu'au 30 juin 2024 essentiellement tous les non-vaccinés auront acquis une certaine immunité suite à une l'infection.

4. **Exceptions.** Cette obligation vaccinale ne saurait souffrir d'exceptions, sauf dans des cas de contre-indications médicales en application de l'article 3bis (5) de la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie COVID-19.
5. **Allègement des mesures sanitaires.** Alléger dès que possible les mesures sanitaires. Cet allègement sera possible grâce à une protection accrue de la population vulnérable à risque de développer une COVID-19 sévère et une pression réduite sur les services hospitaliers.
6. **Sensibilisation.** Redoubler les efforts de sensibilisation et d'information de la population en fournissant des nombres clairs, corrects et compréhensibles pour mieux mettre en évidence l'effectivité de la vaccination contre la COVID-19. Une surveillance continue de l'effectivité vaccinale s'impose. Cibler directement et en particulier par l'intermédiaire de leur médecin traitant, les patients avec maladies chroniques et autres facteurs de risque qui ne sont pas soumis à la vaccination obligatoire.

Le groupe *ad hoc* d'experts souligne enfin que ces recommandations ont été établies sur base de l'état actuel des connaissances scientifiques et médicales relatives à la pandémie COVID-19 et sont de ce fait susceptibles de connaître des modifications en raison de l'évolution de ces dernières.

Fait à Luxembourg, le 14 janvier 2022.

# Vaccination obligatoire

Extrait de la presentation du 18.01.2022

Prof. Dr. Claude P. Muller

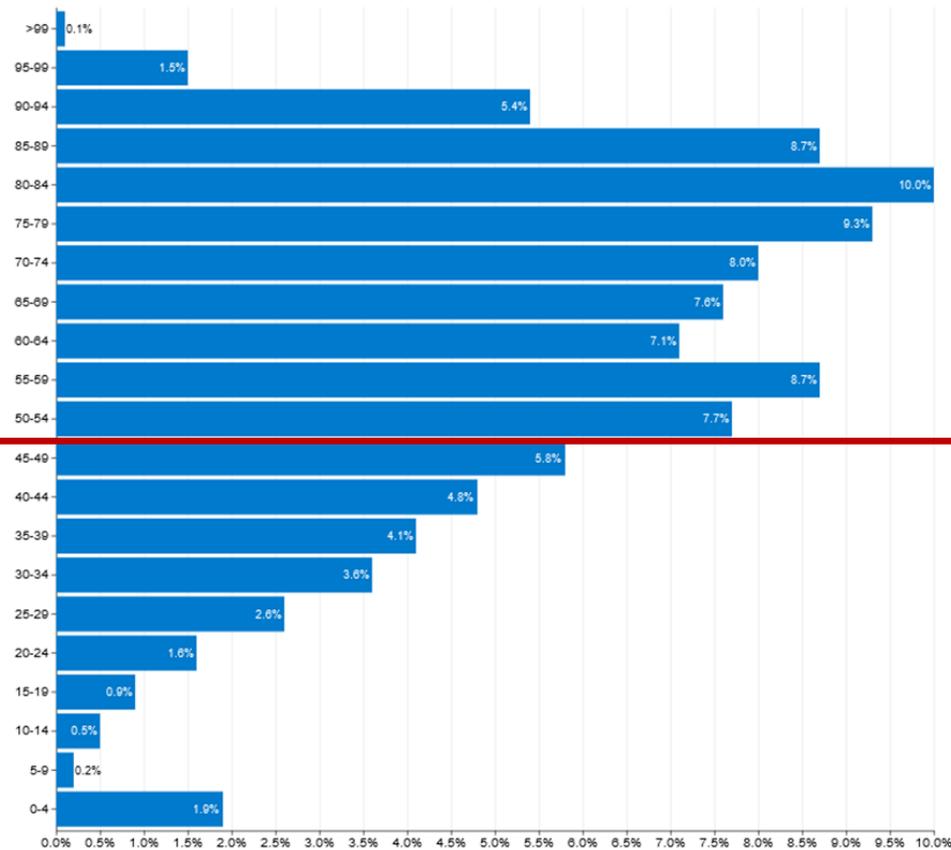
Pour le Groupe Consultatif d'Experts chargés par le Gouvernement

## Effectivité extraordinaire des vaccins

Groupe d'âge	Hospitalisation	Décès
	EV %* IC 95%** (inf-sup)	EV %* IC 95%** (inf-sup)
25 à 49 ans	94,8 (73,0 ; 99,0)	-
50 à 69 ans	90,2 (81,7 ; 94,8)	-
70 et plus	92,8 (88,9 ; 95,3)	94,2 (89,2 ; 96,8)

# Répartition des âges des hospitalisés en soins normaux (N=4857)

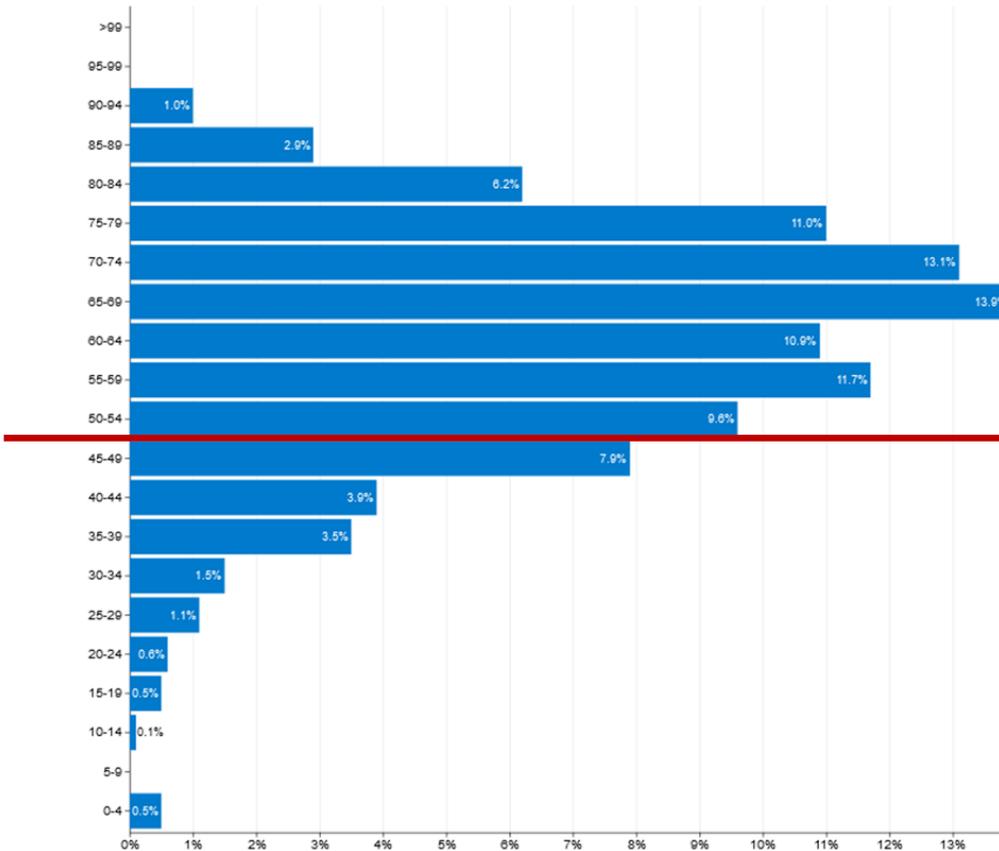
Répartition des âges des patients COVID-19 en soins normaux jusqu'à présent



75% des hospitalisations sont >50 ans.

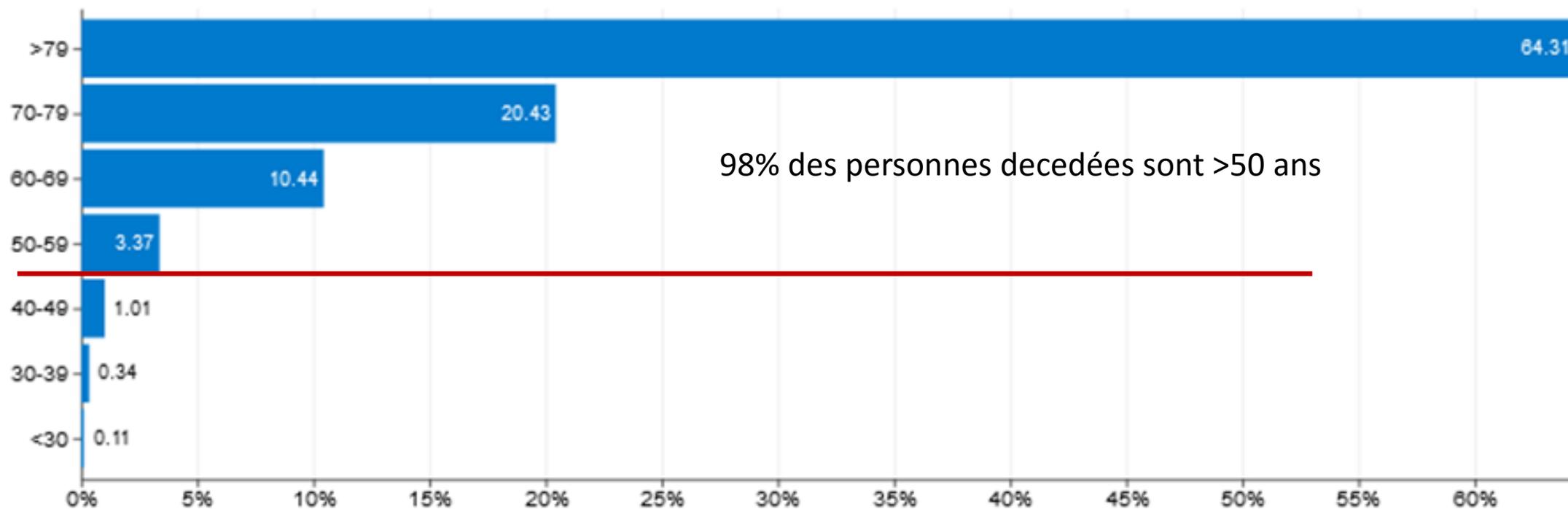
# Répartition des âges des hospitalisés en soins intensifs

Répartition des âges des patients COVID-19 en soins intensifs jusqu'à présent



>80% sont âgés de >50 ans.

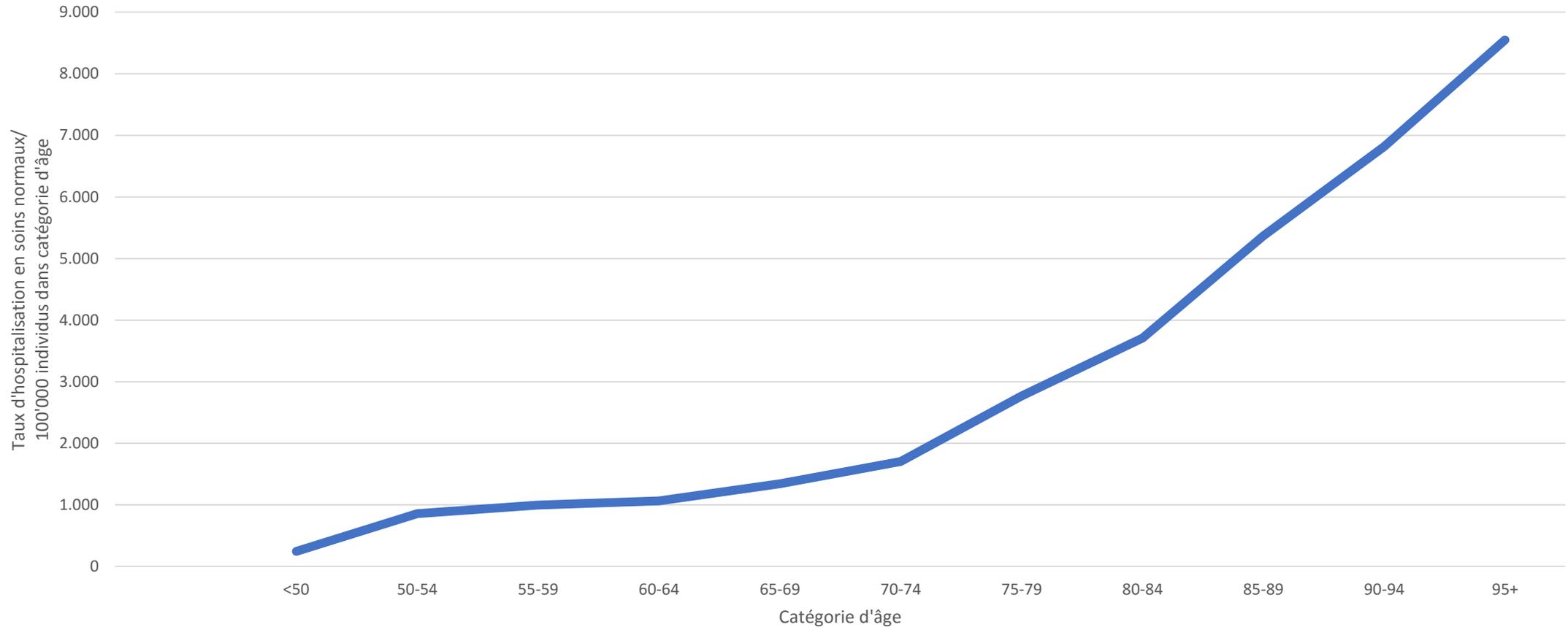
## Répartition des âges des personnes décédées du COVID-19



## Impact maximal sur les hopitaux

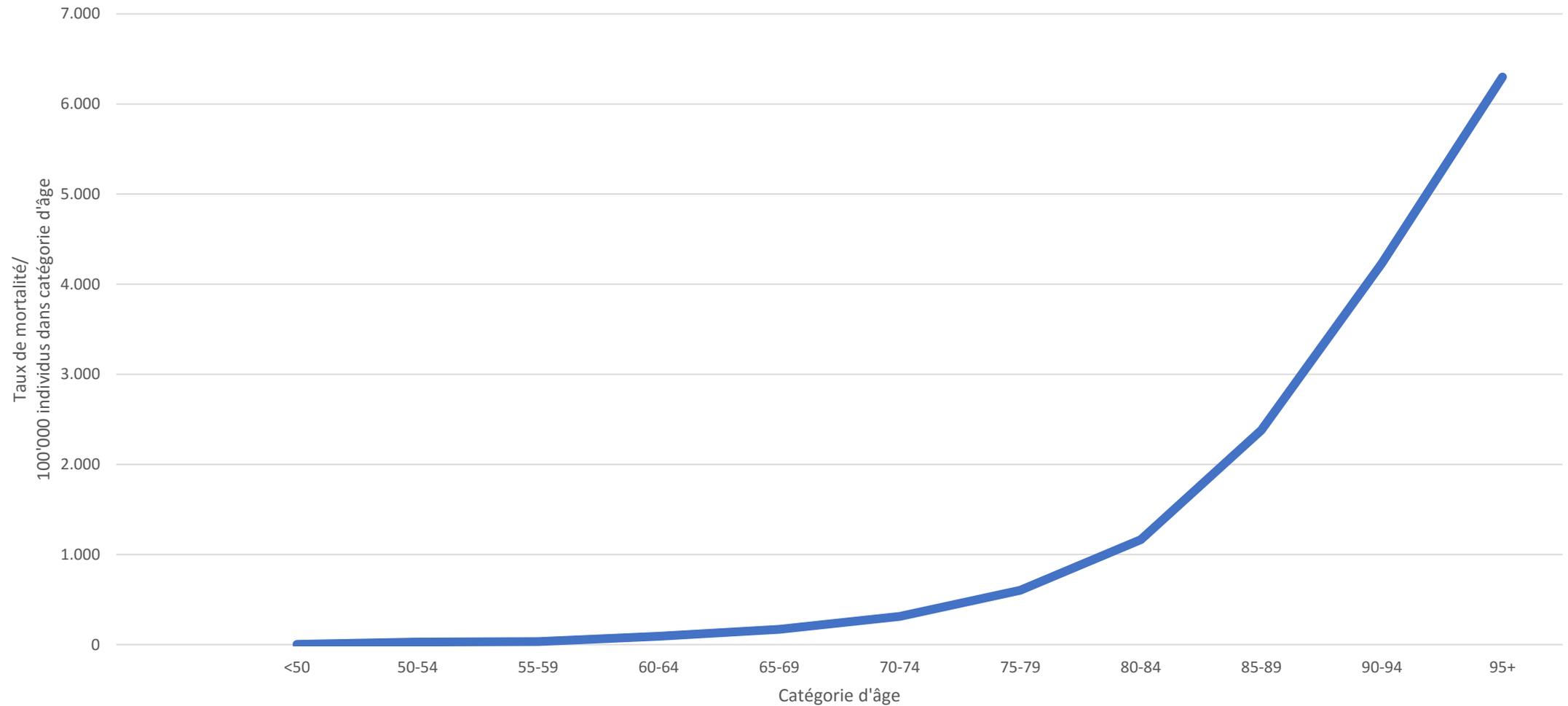
- 75% des personnes en soins normaux sont >50 ans
  - Réduction à 25%.
- 98% des personnes decedées sont >50 ans
  - Réduction à 2%
- 80% des personnes en soins intensifs sont >50 ans
  - Réduction à 20%

# Taux d'hospitalisation en soins normaux par catégorie d'âge



Réduction importante du risque personnel d'être hospitalisé en soins normaux selon l'âge

# Taux de mortalité par catégorie d'âge



Réduction importante du risque personnel de décès selon l'âge

# Taux de vaccination par âge:

>50ans: 69.301 non-boosterisées; >26000 non-vaccinés

Catégorie d'âge (années)	Population totale par catégorie d'âge	Vaccination initiale complète	Booster	Personnes non-boosterisées	Pers non-vac
80+	25.126	92,7%	78,6%	5.377	1834
75-79	16.437	91,4%	78,7%	3.501	1413
70-74	23.004	85,8%	70,9%	6.693	3266
65-69	28.170	87,3%	73,9%	7.352	3577
60-64	35.511	87,4%	70,9%	10.333	4474
55-59	43.859	87,9%	66,1%	14.868	5306
50-54	46.957	86,1%	54,9%	21.177	6527
45-49	46.261	84,0%	41,8%	26923	7401
40-44	48.190	83,2%	36,7%	30504	8095
35-39	49.385	77,6%	27,8%	35655	11062
30-34	51.050	72,8%	21,3%	40176	13885
25-29	47.600	68,7%	18,3%	38889	14898
20-24	38.714	69,2%	17,9%	31784	11923
18-19	13.472	75,5%	13,8%	11612	3300
12-17	39.752	76,0%	0%	39752	9540
5-11	47.987	0%	0%	47987	47987

# Vaccination obligatoire pour >50ans vs. population adulte générale

- <50ans:
  - Seulement 2% des décès; 20% des SI; 25% des SN;
  - Surtout personnes avec comorbidités identifiables et sous observations médicales
- Population
  - >50ans: 219.000
  - <50ans: 334.400 ( $553.000/219.000=2.5x$  plus)
- Population sans booster
  - >50ans: ca 70.000
  - <50ans: ca 255.000 ( $325.000/70.000=4.64x$  plus)
- Population non-vacc
  - >50ans: 26.000
  - <50ans: 80.104 ( $106.000/26.000= 5x$  plus)
- <50ans plus résistante; >50ans plus cooperatives
- Effet collatéraux sur les autres vaccins

# Protection indirecte par cordon sanitaire

Personnes (soins, sous-traitant, prestataires de services), oeuvrant dans les hopitaux, maison de soins, maison de retraites, soins à domicile, les médecins

Facteurs de risques spécifiques des résidents en structures pour personnes âgés

- Comorbidités multiples
- Age vulnérable (au-delà de 70 ans)
- Hébergement collectif (risque épidémiologique accru)
- Va-et-vient des prestataires de soins de régions à risques
- Réponse immunitaire réduite et surtout imprévisible
- Forte fluctuation des résidents

Argument analogue aussi pour personnes âgées bénéficiant de l'assurance dépendance et aux prestataires de soins à domicile

# What is the goal?

- To protect the individual
  - Everybody can protect himself with or without mandatory vaccination (personnel decision)
  - But differential impact by age:
    - >50y reduced impact on health system but high impact on virus spread
    - <50y high impact on health system, lower impact on virus circulation
- To reduce crude incidence numbers
  - All VOCs: Large disparity between incidence and severe cases (=poor indicator of pandemic situation)
  - Omicron: Excess incidence may cause excess sickness leave for critical societal services (Omikron) but mandatory vaccination may come to late
- To avoid overburdening of the health system (HS)
  - Primary goal of all non-pharmacological hygiene measures, lockdowns, vaccination
  - **Primary goal of mandatory vaccination >50y: to vaccinate those that overload the HS**
- To end the pandemic
  - To reduce COVID19 to a “normal” respiratory infection
    - **Differential intervention by age (<50y ; >50y)**
  - The pandemic ends when the HS overload ends i.e. when >50y are vaccinated

# What is the goal?

- Herd immunity
  - Difficult to reach for Omikron (what is the R value?)
  - Does not protect the unvaccinated
  - Large countries: endemic virus circulation
  - Small countries:
    - No long transmission chains
    - Virus Reimportations
  - Virus will not disappear
- Virus elimination
  - Virus will not disappear: endemic or reimported
- Virus eradication
  - Not possible because asymptomatic virus carriers
  - No sterilizing immunity after vaccination
  - Reintroduction from newly infested animal reservoirs

# Impfpflicht vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte

Schon die Internationale wollte in ihrem letzten Gefecht «das Menschenrecht» erkämpfen. Doch dieses Recht ist auslegungsbedürftig – zumal wir inzwischen in der Regel von Menschenrechten sprechen. Gegenwärtig sind insbesondere die Gegner der Corona-Massnahmen überzeugt, ihre Menschenrechte würden erheblich und andauernd verletzt. Dagegen wollen sie in der Öffentlichkeit protestieren, und dass ihnen das verwehrt wird, prangern sie als weitere Menschenrechtsverletzung an. Da ist es eine glückliche Fügung, dass just in dieser konfliktreichen Zeit der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Strassburg (EGMR) als autoritative Instanz ein Urteil gefällt hat, das wichtige Klärungen im mutmasslichen Konflikt zwischen epidemiologischen Vorgaben und Grundrechten schafft.

Im Fall *Vavříčka u. a.* gegen Tschechien befasste sich der Gerichtshof mit mehreren Beschwerden gegen die tschechische Impfverordnung, welche zahlreiche Impfungen bereits im ersten Lebensjahr vorschreibt. Verweigern Eltern eine Impfung, so können sie gebüsst und das Kind vom Kindergarten ausgeschlossen werden. Die Beschwerdeführer machten eine Verletzung des Rechts auf Privatleben, der Gewissensfreiheit sowie des elterlichen Erziehungsrechts geltend. Das Gewicht, das der EGMR dem Fall beimass, zeigte sich an der direkten Verweisung an die Grosse Kammer, die besonders bedeutenden oder umstrittenen Fragen vorbehalten ist. Die Grosse Kammer wies dann die Beschwerden mit sechzehn zu einer Stimme sehr deutlich ab.

Inwiefern ist dieser Entscheid für die Schweiz in Pandemiezeiten relevant? Der Fall hat seinen Ursprung in der Zeit vor Covid-19, und Osteuropa kennt traditionellerweise sehr viel weiter gehende Impfvorschriften als die Schweiz. Ein so umfassendes Obligatorium wie in Tschechien wäre hierzulande rechtlich kaum möglich und politisch völlig undenkbar. Der EGMR verweist denn auch auf den

## Die Impfpflicht ist menschenrechtskonform

NZZ

*Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hält ein Impfblogatorium grundsätzlich für zulässig. Das hat auch Folgen für die Debatte in der Schweiz.*

*Gastkommentar von Lorenz Langer*

Dienstag, 20. April 2021

INTERNATIONALE AUSGABE

weiten Ermessensspielraum, der den Mitgliedsstaaten in Gesundheitsfragen zusteht. Trotzdem hält der Gerichtshof einige wichtige Grundsätze fest, die Orientierung für den Menschenrechtsschutz in der gegenwärtigen Situation bieten. So lehnt er einen Antagonismus von Freiheit und Gesundheit ab, indem er den Schutz der Gesundheit Dritter für ebenso grundrechtsrelevant erklärt.

Auch können epidemiologische Massnahmen nicht einfach mit Menschenrechtsverletzungen gleichgesetzt werden, denn der EGMR hält explizit fest, dass die Mitgliedsstaaten die positive menschenrechtliche Verpflichtung haben, die Gesundheit ihrer Bevölkerung zu schützen. Von zentra-

ler Bedeutung ist dabei, dass sich die Eignung entsprechender Massnahmen nach wissenschaftlichen Kriterien bestimmt. Für die Beurteilung etwa eines Impfblogatoriums ist deshalb der derzeitige Wissensstand entscheidend, wonach «Impfungen eines der erfolgreichsten und kosteneffektivsten Mittel zur Krankheitsbekämpfung sind.» Dieser Konsensus ist massgeblich für die Beurteilung der Effektivität und der Risiken von Impfungen – wobei der Gerichtshof diese Risiken durchaus anerkennt und deshalb auch die Wichtigkeit gesetzlicher Schadenersatzregelungen betont.

Der zweite gegenwärtig relevante Aspekt des EGMR-Urteils ist die Verortung von individuel-

len Menschenrechten in der Gesellschaft. Der Gesundheitsschutz, konkretisiert als Bekämpfung bestimmter Infektionen und als genügender Immunitätsschutz der Bevölkerung, wird im Urteil als «pressing social need» anerkannt. Der Gerichtshof nimmt wiederholt Bezug auf die gesellschaftliche Solidarität, und der belgische Richter betont in einem Sondervotum diese Bezugnahme noch zusätzlich: Zwar stünden in einer Gesellschaft allen Individuen grundlegende Rechte zu – aber diese Individuen lebten nicht isoliert, sondern als Mitglieder der Gesellschaft, und dieses Zusammenleben erfordere ein Mindestmass an gegenseitiger Rücksichtnahme.

Damit lehnt der EGMR ein verabsolutiertes Menschenrechtsverständnis ab, das eindimensional den Schutz einer vom Individuum nach Belieben zu definierenden, solipsistischen Handlungsfreiheit einfordert – möge die Welt darob auch zugrunde gehen. Auch kann die eigene Überzeugung nicht unbesehen den Schutz der Gewissensfreiheit in Anspruch nehmen, auch wenn sie mit quasi-religiösem Eifer vertreten wird. Menschenrechte stehen dem Individuum zu, aber sie aktualisieren sich erst in der Gemeinschaft. Es gibt deshalb nicht, wie die Internationale suggeriert, «das Menschenrecht» im Singular. Menschenrechte treten uns im doppelten Plural entgegen: Es sind verschiedene Rechte – die je auch verschiedene Menschen schützen sollen. Ja, die Gegner der Corona-Massnahmen dürfen nicht demonstrieren – nicht zuletzt, weil sie die geltenden Hygienevorschriften missachten. Aber ihre Menschenrechte sind damit nicht verletzt. Die Lektüre des EGMR-Urteils lässt kaum einen anderen Schluss zu.

Lorenz Langer ist Assistenzprofessor für öffentliches Recht und Völkerrecht an der Universität Zürich und am Zentrum für Demokratie Aarau.

# Impfpflicht in Europa vor Corona

- Italien: 12 seit 2017 (bis 2020?; Geldbussen bis 500.-)
- Frankreich: 12 seit Januar 2018
- Ungarn: 10 Erreger
- Tschechischen Republik: 9 Erreger.
- Slovenia: 9 Erreger
- Kroatien: 12 Erreger (260.- EURO Strafe)
- Belgien: nur Polio
- Lettland: requires signatures from refusniks
- Australia: not mandatory, \$129 incentive, medical /philosophical exemption; exclusion from classes in the case of an outbreak
- Polen, Malta, Slowakei, Griechenland, Slovenien
- Norwegen, Niederlande: keine
- Schweiz: keine, aber Ausnahmen situationsbedingt, oder Berufe
- Luxembourg: HCW (HBV), military (Corona)