

LE GOUVERNEMENT DOIT REVOIR SA STRATÉGIE VACCINALE

Avis du 3 février 2022

Le Conseil multidisciplinaire¹ de santé publique (CMSP) issu du [Regroupement pour une véritable santé publique \(RPVSP\)](#) invite le gouvernement Legault à ajuster rapidement sa stratégie vaccinale pour mieux refléter les données les plus récentes et favoriser une gestion plus résiliente de la Covid.

Ce que nous savons :

- Avec 22 mois de données, le risque de décès par le SRAS-Cov-2 est infinitésimal pour la majeure partie des Québécois, et ce, même avec 2 comorbidités.

DÉCÈS PAR ÂGE ET PAR CONDITIONS PRÉEXISTANTES

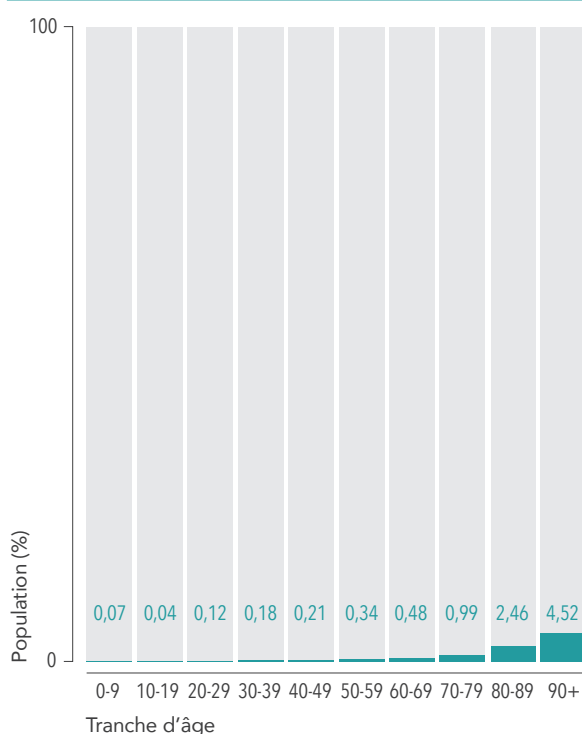
	0 comorbidité		1 comorbidité		2 comorbidités		Total	
	Nombre	Tx mortalité	Nombre	Tx mortalité	Nombre	Tx mortalité	Nombre	Tx mortalité
0-9 ans	n.d.	0,0%	n.d.	0,0%	n.d.	0,00%	0	0,00%
10-19 ans	n.d.	0,0%	n.d.	0,0%	n.d.	0,00%	0	0,00%
20-29 ans	n.d.	0,0%	n.d.	0,0%	6	0,00%	6	0,00%
30-39 ans	n.d.	0,0%	n.d.	0,0%	22	0,00%	22	0,00%
40-49 ans	18	0,0016%	13	0,0%	43	0,00%	74	0,0067%
50-59 ans	26	0,002%	25	0,002%	226	0,02%	277	0,023%
60-69 ans	50	0,004%	77	0,01%	732	0,06%	859	0,07%
70-79 ans	49	0,01%	148	0,02%	2 329	0,309%	2 526	0,34%
80-89 ans	69	0,02%	208	0,06%	4 648	1,423%	4 925	1,51%
90 ans +	72	0,09%	153	0,19%	3 751	4,586%	3 976	4,86%
	284	0,003%	624	0,007%	11 757	0,14%	12 665	0,148%

Source INSPQ : fin décembre 2021

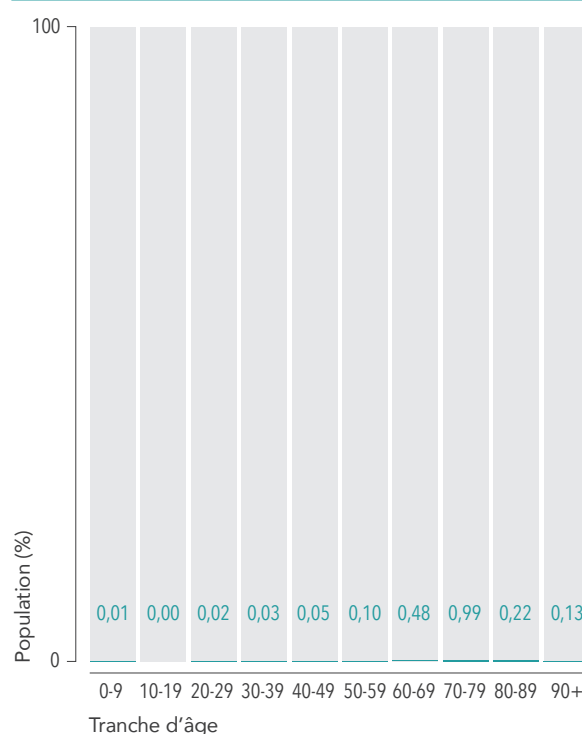
- Le variant Omicron, indépendamment du statut vaccinal², circule abondamment dans la population, et ce, au-dessus des données officielles. Même si elle est très exploratoire, [l'étude du CIRANO](#) va dans le même sens.
- Être hospitalisé « en raison » du SARS-Cov-2 est statistiquement très faible pour les gens, vaccinés ou non, et ce, même en considérant les données actuelles qui sont biaisées en raison de la non-différenciation des hospitalisations « avec » ou « en raison de » la Covid.³⁻⁴



POURCENTAGE DES HOSPITALISATIONS TOTALES COVID-19 VS POPULATION PAR TRANCHE D'ÂGE DEPUIS LE DÉBUT DE LA PANDÉMIE - Janvier 2022



POURCENTAGE DES HOSPITALISATIONS SOINS INTENSIFS COVID-19 VS POPULATION PAR TRANCHE D'ÂGE DEPUIS LE DÉBUT DE LA PANDÉMIE - Janvier 2022



- La majorité des cas, des décès et des hospitalisations pour l'ensemble de la pandémie, se situe dans la période prévaccinale, ce qui devrait encore plus nous rassurer.⁵

Pendant ce temps, la principale stratégie gouvernementale contre la Covid consiste en une vaccination de masse et répétée. Dans le concret, la mise en œuvre de cette stratégie signifie la mobilisation de dizaines de milliers de travailleurs et travailleuses du réseau de la santé, réduisant par le fait même l'affectation de ce personnel ailleurs dans le réseau. Depuis 2 ans, les délais de dépistages, de chirurgies et de traitements dans nombre de maladies ont augmenté. En conséquence, on peut s'attendre à une recrudescence des hospitalisations pour les malades qui n'ont pu être pris en charge à temps, impliquant des séjours plus longs, des traitements plus lourds, ainsi qu'une mortalité accrue⁶. La situation actuelle a et aura des répercussions sur le système de santé maintenant et dans les années à venir. Le CMSP a reçu de nombreux témoignages en ce sens. Ajoutons que l'épuisement professionnel est une réalité préoccupante dans le réseau, ce qui n'améliorera en rien les perspectives futures. Il faut donc agir maintenant pour mieux répartir le risque réel et les besoins de soins de santé des 8,5 millions de québécois et de québécoises.

Nous recommandons donc au gouvernement d'adapter sa stratégie :

● **RECOMMANDATION 1**

Offrir la vaccination uniquement aux personnes vulnérables en termes d'âge, de comorbidités et d'immunité. Remettre cet acte médical dans le contexte du lien thérapeutique, permettant une prise de décision éclairée basée sur une évaluation du rapport risque-bénéfice qui tient compte « *des circonstances particulières de chaque patient, y compris le risque de base, les comorbidités et les préférences personnelles*⁷ ». Par le fait même suspendre la vaccination chez les enfants non vulnérables.

- **RECOMMANDATION 2**

Ne plus tester de façon systématique à moins de symptômes et ce incluant le personnel de la santé non-vacciné.

- **RECOMMANDATION 3**

Dédramatiser la situation actuelle par le transfert de connaissances en communiquant de façon transparente avec la population.

Dans un contexte de ressources limitées et de pression accrue sur un système de santé déjà fragile, penser l'affectation des travailleurs et travailleuses en santé devrait se faire en considération de l'ensemble des risques réels et potentiels encourus par la population. Libérer des milliers de travailleurs et travailleuses de la santé en nombre et en heure leur permettrait d'être redirigés vers les soins de santé servant tant à la gestion des malades de la Covid que pour toute autre condition de santé. L'hyperfocalisation sur la gestion de la Covid ne devrait pas faire perdre de vue l'ensemble des besoins en santé de la population. Il est également urgent de rassurer la population qui n'est pas à risque d'éprouver une forme grave de la Covid sur sa capacité à gérer à la maison et par elle-même la majeure partie des cas d'infections.

PASSEPORT VACCINAL

Le CMSP ne peut cautionner aucune mesure ou discours politique visant à ostraciser des personnes en lien avec leur statut vaccinal. Alors qu'on en sait beaucoup plus sur la propagation parmi les gens vaccinés, l'application d'un passeport vaccinal depuis septembre 2021 n'a aucune valeur scientifique. À cet effet, l'argument visant le « bien commun » qui consiste à accepter un vaccin pour protéger autrui et ayant servi d'assise à la mise en œuvre du passeport vaccinal demeure une proposition théorique qui se doit d'être remise en question. Rappelons aussi que nous faisons face à une maladie partiellement immunisante et que l'immunité naturelle est un outil dans la lutte et la compréhension de ce virus⁸⁻⁹.

L'application d'un passeport vaccinal depuis septembre 2021 est également contraire au consentement libre et éclairé défendu par nos institutions médicales au Canada et au Québec. Nous partageons entièrement [l'avis du Collège des Médecins du Québec](#) concernant le consentement libre et éclairé, principe fondamental de la déontologie et de l'éthique médicale. Rappelons que le refus éclairé¹⁰ existe et qu'il est protégé par la loi.

Finalement, en matière de recherche scientifique, il est souhaitable qu'une portion de la population ne soit pas vaccinée afin que l'on puisse évaluer et comparer l'efficacité autant que les effets sur la santé à court, moyen et long termes des vaccins ARNm.

Nous recommandons au gouvernement de :

- **RECOMMANDATION 4**

Mettre fin au passeport vaccinal.

- **RECOMMANDATION 5**

Reconnaître et inclure l'immunité naturelle dans la stratégie de gestion de la pandémie.

ACCÈS À DES VACCINS CLASSIQUES

En premier lieu pour le personnel de la santé non-vacciné, mais également pour tous les Québécois qui le souhaitent, nous invitons le gouvernement à **tout mettre en œuvre** pour leur donner accès à des vaccins classiques. Il était prévisible que l'utilisation d'une nouvelle technologie combinée à des autorisations rapides et d'urgence allait mener à plus de rejet des vaccins ARNm.



● RECOMMANDATION 6

Nous invitons le gouvernement provincial à faire le nécessaire auprès du gouvernement fédéral afin que les Québécois qui le souhaitent, et prioritairement les travailleurs de la santé, puissent avoir accès à un vaccin classique basé sur des protéines virales.

DÉMOCRATIE

Une démocratie en santé n'est pas un obstacle à une saine gestion des crises sanitaires. Des études ont démontré que la décentralisation de l'exercice du pouvoir au sein des systèmes de santé permettait une plus grande imputabilité et une meilleure répartition des ressources¹¹.

● RECOMMANDATION 7

Mettre fin à l'état d'urgence pour entrer dans une collaboration avec les acteurs du réseau, les autres partis politiques et avec la population.

● RECOMMANDATION 8

Séparer les communications provenant de la santé publique de celles provenant du politique.

En terminant, nous appelons le ministre Dubé à s'entourer rapidement d'une équipe multidisciplinaire (experts en développement clinique et thérapeutique, anthropologues de la santé, pédiatres, psychologues, gériatres, psychiatres, travailleurs sociaux, etc.) afin de sortir de cette vision très virologique et vaccinale de gestion de l'épidémie. **Dans l'attente de cette évolution, le RPVSP met à sa disposition et à celle des médias sa propre équipe qui verra à émettre périodiquement des recommandations.** *Ce n'est pas tant l'épidémie qu'il faut gérer, que le Québec en temps d'épidémie.* Il est temps de favoriser une gestion résiliente et amoindrir les dommages collatéraux provenant de mesures.

1. Le Conseil multidisciplinaire de santé publique (CMSP) a été créé par le Regroupement pour une véritable santé publique (RPVSP) afin de conseiller l'État dans la gestion de l'épidémie de SRAS-Cov-2. Il est composé de façon élargie de 21 personnes issues de spécialités différentes et complémentaires reflétant plusieurs composantes de la société. Son rôle vise à faciliter l'accès, la dissémination et l'intégration des données les plus récentes de la recherche scientifique et sociale sur le covid dans les politiques et débats sur la santé publique.
2. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00090-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00090-3/fulltext)
3. L'ajout d'un diagnostic d'admission pour tout nouvel usager identifié comme atteint de la COVID-19 dans l'application MED-ÉCHO n'est intervenu que le 29 décembre 2021.
4. https://www.publichealthscotland.scot/media/11223/22-01-19-covid19-winter_publication_report.pdf, Page 17: Findings from the report concluded that, at a time when the Delta variant of COVID-19 was responsible for nearly all circulating infections in Scotland, 68% of patients were in hospital 'because of' their COVID-19 infection. (*l'analyse porte sur 6 mois de mars à août 2021*)
5. Il a fallu attendre au 6 juin pour que 75 % de la population de plus de 12 ans soit vaccinée. Ce qui nous place vers la fin de la 3^e vague.
6. PLAN STRATÉGIQUE 2019-2023 MSSSQ <https://bit.ly/3ofuMXJ>
7. La médecine factuelle : https://phprimer.afmc.ca/fr/partie-ii/chapitre-5/#_medfactuelle
8. SARS-CoV-2-specific T cell immunity in cases of COVID-19 and SARS, and uninfected controls | Nature
9. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7104e1.htm>
10. Nos tribunaux ont maintes fois réaffirmé le droit du patient de refuser un traitement même lorsqu'il est évident que ce traitement est nécessaire pour préserver la vie ou la santé du patient. Tout en reconnaissant le droit d'une personne de refuser, le médecin doit en même temps expliquer au patient les conséquences d'un refus sans donner l'impression de recourir à la coercition dans le but d'obtenir un consentement. Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada
11. <https://bit.ly/3J29J2L>

Source : INSPQ | Impact des comorbidités sur les risques de décès et d'hospitalisation

Pour plus d'information : rpvsp.ca



REGROUPEMENT
POUR UNE VÉRITABLE SANTÉ PUBLIQUE