Transcript du Livestream: COVID-19: Présentation de l’avis supplémentaire concernant l’obligation vaccinale (05.07.2022)

# Intervenants

* • 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
* Journalistes

Langues

* Français

# Transcript

[Prof. Dr. Claude P. Muller]

Bonjour mesdames messieurs.

Je suis heureux de rencontrer un si grand intérêt à notre avis.

Tout le monde l'attendait avec impatience depuis quelque temps.

Cela fait 6 mois après le premier avis.

Il s'agit ici d'un avis complémentaire demandé par le gouvernement, puisque le gouvernement pensait qu'au cours de ces derniers 6 mois il y a eu pas mal de changements.

Ce qui est effectivement le cas.

Le dernier rapport a été écrit alors qu'il y avait le Delta et ensuite nous connaissons l'Omicron et ses conséquences.

Donc il s'agit bien d'un changement de paradigme et je dirais même plus.

C'était peut-être une autre pandémie.

Entre-temps on a développé des substances antivirales pour les cas difficiles, nous avons d'autres vaccins également.

Nous savons mieux quelle est l'effectivité vaccinale.

On a de meilleures données en main et l'immunité de la population à changé par le fait que davantage de personnes sont vaccinées et parallèlement ... que les personnes ont perdu une partie de cette protection, de cette immunité.

Tout mis ensemble, vous pouvez vous imaginer que cela a une influence.

Donc c'était une excellente idée du gouvernement de faire rédiger un deuxième avis.

Le groupe des experts, vous les connaissez, c'est le même que pour la dernière fois.

Je ne veux pas répéter les recommandations de l'État, on avait dit à l'époque une vaccination obligatoire pour les personnes de plus de 50 ans.

On avait dit: une vaccination obligatoire pour le personnel des structures de soins, ...etc.

Je ne répète pas tout le reste.

Un point important cependant, que je souhaite souligner, est le fait qu'on a clairement une exigence juridique.

Il est très important que cet objectif soit défini très très clairement.

Je pense que déjà la dernière fois, c'est ce que nous avons fait et que ces mesures proposées s'adaptent afin d'arriver à ce but et ceci suivant les critères scientifiques et c'est ce qu'on a essayé de faire.

Regardons ce qu'il y a comme objectifs possibles: il ne s'agit pas de protéger l'individu.

On doit prendre de plus en plus de responsabilités propres.

Il ne s'agit pas non plus à nos yeux de réduire l'incidence à tout prix.

Ou alors de dire en général......il faut arriver à mettre fin à la pandémie ou éliminer éradiquer le virus.

Non... ce qui importe pour nous et pour le système de santé, c'est qu'on n'ait pas de surcharge du système de santé et je pense avant tout aux soins intensifs Bien entendu cela concerne en général l'occupation des hôpitaux, mais avant tout les soins intensifs.

Regardons de plus près: on va passer en revue les différents facteurs... et mes collègues vont vous donner des détails.

On va commencer par l'âge... ou plutôt l'impact de l'âge sur les hospitalisations.

[Dr. Gérard Schockmel]

La question était de savoir, nous savions bien entendu, que les personnes au delà de 50 font le plus de complications qui existent, mais c'est la même chose pour Omicron.

Nous venons d'avoir à disposition les données pour Omicron et nous avons pu constater que 100% des décès des personnes atteintes d'Omicron se trouvent chez les personnes de plus de 50 ans.

Même chose pour Delta, si on va au départ, tout au départ de la campagne de vaccination, les plus de 50 ans représentent 97,7% des décès.

Si on va en soins intensifs, là aussi il y a une surreprésentation très forte des 50+, ...même pour l'Omicron.

Ce qui est une information tout à fait importante.

Cela signifie que les personnes 50+ ont le plus grand risque d'être très malade en cas d'infection.

Et c'était le cas pour tout les variants, aussi pour l'Omicron et ceci depuis le début de la pandémie.

Vous voyez un schéma...

Regardons le schéma suivant: ici vous allez voir le statut vaccinal.

Il est mieux chez les personnes plus âgées.

Tant mieux...je dirais Par rapport à l'âge, de 25 à 29 ans, on peut voir ici une augmentation du pourcentage des personnes vaccinées pour arriver à quelques 80% pour les plus de 50 ans et puis à partir de 75 ça augmente encore.

Cela veut dire en moyenne une vingtaine de pourcentage manque.

Et ce qu'on a pu découvrir au point de vue chiffres, c'est qu'il y a 30.459 personnes qui ne sont pas encore vaccinées.

Donc il y en a aussi 20.000 qui ne sont pas totalement vaccinés.

C'est trés important.

Slide suivant.

On va regarder le détail.

Par rapport au statut vaccinal, pour ceux qui travaillent dans les structures de soins, dans les CIPAS, les maisons de soins, etc.

Il est intéressant pour vous de regarder la dernière colonne, la colonne des 3 doses.

Vous voyez que chez les pensionnaires le taux est de 94,4% et puis le personnel qui travaille là.

Et ce qui est très clair ici, c'est la très grande différence entre les résidents qui travaillent dans ces maisons et les frontaliers.

Les frontaliers, ce sont les données qu'on a reçu de la Sécurité Sociale, ce n'est peut-être pas 100%, mais si vous voyez que pour les frontaliers dans les secteurs névralgiques avec les personnes les plus vulnérables, 31,5% qui sont vaccinés, alors ça donne de quoi réfléchir.

Ah... il y avait 2 slides, mais cétait limité au CIPA, c'est correct merci.

[Dr. Vic Arendt]

Je vais vous présenter 2 slides concernant l'effectivité vaccinale contre les hospitalisations en soins intensifs et les décès.

Et aussi l'efficacité vaccinale contre la transimission.

D'abord contre les hospitalisations en soins intensifs et décès, c'est ce qui nous intéresse avant tout pour les 50 plus comme Dr Schockmel l'a dit, c'est bien là ou l'on rencontre le plus de décès et d'hospitalisations.

Donc pour nous c'est important de savoir quelle est l'efficacité du vaccin contre les hospitalisés en soins normaux et en soins intensifs et contre les décès. Ici il y a une erreur qui s'est introduite... à droite...

Ce ne devrait pas être "hospitalisations en soins intensifs", mais ça devrait être "décès".

C'est une une erreur qui s'est produite au dernier moment, donc à gauche, c'est l'efficacité vaccinale contre les hospitalisations en soins intensifs, et à droite ça concerne l'efficacité vaccinale contre les cas de décès pour les 50 plus.

Pour le code couleur: rouge c'est tous les patients confondus, toute période.

Delta c'est la période Delta et Omicron, c'est la période Omicron.

Si vous vous concentrez sur la droite, donc les décès, vous allez voir qu'avec 2 doses l'efficacité vaccinale contre Omicron n'est pas très élevé.

En revanche avec le booster, la 3e dose, l'efficacité vaccinale contre les cas de décès chez les 50+ augmente à plus de 90%. Voilà un message essentiel:  contre Omicron, il faut au moins trois doses.

À gauche... vous ne voyez pas l'Omicron parce qu'il n'y a pas suffisamment de cas Omicron en soins intensifs, mais le virus est toujours virulent.

Même chose pour une différence entre soins intensifs et soins normaux, on a le même impact par rapport à l'Omicron pour l'hospitalisation globale.

On est également au-delà des 90% d'efficacité avec 3 doses.

Voilà une donnée très importante pour dire que le vaccin actuel qui a été développé contre le type alpha est nettement moins efficace contre l'Omicron pour les infections générales, mais reste efficace pour la réduction des formes sévères des hospitalisations et des décès.

Prochain slide: c'est l'effectivité vaccinale contre les transmissions, cela veut dire d'abord l'obligation vaccinale des soignants des employés du secteur des soins.

Parce que là il ne s'agit pas que ces personnes n'attrapent pas le virus, mais aussi qu'ils ne le transmettent pas.

L’efficacité vaccinale contre la transmission, il s'agit donc de la combinaison de l'effectivité vaccinale contre la contagion et la diminution de l'infectiosité chez quelqu'un qui s'est infecté malgré la vaccination.

Malgré la vaccination, cette personne l'a attrapé, mais cette personne est moins contagieuse et transmet donc moins le virus.

Si on combine les deux, j'ai un tableau d'une méta-analyse de la littérature mondiale, si vous regardez pour Alpha, 2 doses suffisent pour réduire l'efficacité de la transmission de 94%, ce qui est très bien.

Le vaccin actuel n'est pas très bien adapté pour l'Omicron, pour Delta l'efficacité pour les personnes boostées était après 2 doses encore relativement bon, mais après 3 doses... là, il n'y a pas de données concernant l'efficacité globale contre la transmission, mais on peut l'estimer à 80%.

Mais contre Omicron avec 2 doses pour l'efficacité vaccinale, on est à 35% seulement.

Pour les personnes boostées elle augmente temporairement au-delà des 50%.

Et là c'était le minimum qu'on s'était posé pour une obligation vaccinale pour le personnel de soins.

Pour qu'on puisse descendre cette transmission on arrive à le faire très peu de temps après la vaccination, mais quelques mois après on arrive à 35 ou à 40%.

Donc avec le vaccin actuel on n'arrive pas à atteindre les 50% qu'on s'était mis pour l'obligation vaccinale du soignant.

Si on avait un autre vaccin l'attitude changerait, mais ce n'est pas le cas pour le moment.

Je vous passe la parole.

[Prof. Dr. Paul Wilmes]

Bonjour.

Je vais vous donner quelques informations de mon côté également par rapport aux variants tout d'abord.

Et puis on va regarder les scénarios spéciaux pour l'hiver et pour l'automne.

On l'a dit déjà, nous sommes dans une situation où le virus évolue et s'adapte, ce qui mène à l'éclosion de nouveaux variants.

Et là le fait est que ces variants se manifestent différemment, par rapport à la virulence, la transmissibilité aussi suivant la mesure où les vaccins garantissent encore une efficacité.

Quelle est l'efficacité par rapport aux différents variants et l'évolution?

À gauche vous voyez l'évolution des différents variants par rapport à leur prévalence au Luxembourg.

Vous le voyez, on l'a dit auparavant, que jusqu'à fin de l'année dernière on était dans la vague Delta.

C'est l'information dont on a tenu compte pour le premier avis et depuis la fin de l'année dernière on est confronté à l'Omicron.

Là il convient de dire que l'Omicron a déjà développé toute une série de sous-variants.

Le BA.5 par exemple, est la dominante à Luxembourg.

On voit ainsi que, sur le temps, avec une fréquence d'autour de 6 mois, de nouveaux variants apparaissent, et ces variants eux-mêmes ont d'autres propriétés par rapport à la virulence, la transmissibilité et l'efficacité des vaccins.

Sur la droite du slide vous voyez un graphique qui nous montre l'évaluation de l'évolution de la situation par rapport aux différents variants par rapport aux risques, notamment si on est infecté, le risque de se retrouver en soins intensifs.

Et là, ce qu'on voit clairement, c'est que depuis la campagne vaccinale, qu'on a lancé l'année dernière en début d'année, et là vous voyez que la vaccination pendant la période Delta a clairement eu un effet.

Pour les personnes en soins intensifs on voit clairement une tendance vers le bas Et il y eu un coup d'accélération au début de cette année quand nous sommes entrés dans la vague d'Omicron, parce que Omicron lui-même est moins virulent, il rend moins malade.

Si bien que le risque d'être hospitalisé après une infection et de finir éventuellement aux soins intensifs est réduit.

Donc vous voyez qu'en début de l'année il y a une tendance encore plus manifeste vers le bas.

Ce qui signifie que dans le contexte Omicron il y a combinaison de la vaccination ainsi que la virulence inférieure du variant.

Ce sont des données qu'il faut garder à l'esprit, donc les propriétés du variant par rapport à la vaccination puisqu'on veut savoir à quoi s'attendre en automne et en hiver.

Slide suivant: la méthode utilisée.

On s'est basé ici sur une modélisation.

C'est un modèle qu'on a reçu de "Research Luxembourg" depuis le début de la pandémie.

Il a été développé et pendant ce temps nous l'avons amélioré avec les récentes données.

Ce modèle nous permet, sans être une boule de cristal, d'imaginer plusieurs scénarios.

Ici, pour l'obligation vaccinale, on a regardé en particulier, ... on a 2 groupes à risque: un groupe à haut risque et un autre à faible risque, suivant un risque de maladie plus important ou non.

Et ce risque d'être plus ou moins malade et de se retrouver en soins intensifs, ce risque est lié clairement à l'âge et Dr. Schockmel l'a déjà démontré tout à l'heure.

Et Dr. Muller a parlé tout à l'heure du fait qu'on est confronté à une situation qu'après la vaccination Booster l'immunité est réduite.

On l'a également paramétrisé ici en se basant sur les publications.

On voit qu'après 5 mois il y a une réduction relativement claire par rapport à l'effectivité vaccinale.

Et puis dans le modèle on a paramétré encore des éléments par rapport à la transmissibilité ou à la virulence du variant spécifique, en regardant également un possible impact sur une vaccination obligatoire.

Dernier point: ce qu'on a ici c'est que l'effectivité vaccinale contre le variant peut se modifier.

Un virus qui s'est d'abord manifesté à Wuhan, c'est contre celui-là que les vaccins ont été développés, mais ce variant est différent d'Omicron et il faut en tenir compte.

Je vous donne 2 exemples, ce sont des exemples qui se situent aux extrêmes.

Quel serait l'impact d'une obligation vaccinale.

Pour le type Omicron d'abord, on aurait une haute transmissibilité mais une virulence réduite.

Cela veut dire qu'on serait moins malade.

On n'a plus cette effectivité vaccinale élevée qu'on avait auparavant et dans ce scénario on part du fait qu'un schéma vaccinal complet ce serait 3 doses, donc un Booster compris.

Donc dans le contexte d'une obligation vaccinale générale pour les 18+ ou alors les 50+.

Et si on regarde l'impact pour les 50+ dans un tel scénario, on aurait une réduction des personnes en soins intensifs de 9%.

On peut discuter si c'est beaucoup ou pas.

Prochain scénario, c'est l'autre extême, c'est un scénario type Delta, ce serait un variant similaire au Delta.

On aurait une transmissibilité modérée mais une virulence accrue.

On serait davantage malade suite à ce virus.

Et puis l'effectivité vaccinale serait toujours élevée.

Ceci était toujours si on considère à un rappel supplémentaire de vaccins adaptés.

Les fournisseurs travaillent sur des vaccins adaptés.

Ici dans ce scénario c'est 3 doses plus une 4e dose, un booster supplémentaire après 5 mois.

Et ceci serait pour remettre l'immunité au niveau d'après la première vaccination.

J'ai expliqué que sur le temps on avait une réduction de l'immunité et ceci est pour remettre l'immunité.

Et puis vous voyez clairement un effet marquant en soins intensifs par rapport à vaccinale... on aurait une réduction en soins intensifs de 97%.

Ce serait un impact très important.

Mais là aussi je veux souligner que c'est une modélisation.

La réalité se trouvera quelque part entre les deux extrêmes.

Ce qui ressort également très clairement des simulations, c'est que l'effet d'une obligation vaccinale est lié aux variants et l'efficacité.

Voici un résumé des différents scénarios qu'on a imaginés.

Et on a mis le détail dans notre avis complémentaire.

Vous pouvez regarder en rouge les 2 scénarios que je viens de soulever et vous voyez qu'on voit clairement qu'il y une répartition en 2 catégories, si je peux dire, où il y a un grand impact, c'est dans le contexte d'un rappel.

Un rappel, ce qui veut dire en cas d'obligation vaccinale, plus 4e dose.

Vous savez qu'il y a beaucoup de discussions autour de ce sujet.

Prochain slide: vous voyez les différentes études qui ont été faites jusqu'à présent et on discute également de ces études dans notre avis.

Et ces études viennent de différents comités internationaux et elles sont considérées également ici au Luxembourg.

Dernier avis au niveau international, c'est l'Organisation mondiale de la Santé, le groupe SAGE qui considère l'immunisation en particulier, et ici dans leur dernier avis, ils ont clairement souligné l'avantage d'une 4e dose pour les personnes de 60+.

Ce qui reflète également notre proposition de 4 doses pour les 60+, le personnel hospitalier et les personnes immunodérpimées.

Cela veut dire la 4e dose d'après cette simulation, et le professeur Muller va y revenir, ce qui ressort de ces éléments, c'est qu'une obligation vaccinale aura un impact si on la lie à une vaccination de rappel.

[Prof. Dr. Claude P. Muller]

Prochain slide: là on va faire une certaine synthèse et une conclusion pour les scénarios 50+.

Pour répéter: de quoi s'agit-il?

Il s'agit d'empêcher les cas graves qui se retrouveraient potentiellement aux soins intensifs.

Quelles sont ces personnes?

Ce sont surtout les personnes de 50 ans et plus.

Comment le faire?

On n'a qu'une seule possibilité, c'est la vaccination.

C'est la seule mesure qui est durable.

Qu'en est il de la protection?

Cette protection durable dépend de la couverture vaccinale, de l'effectivité du vaccin, ainsi que du virus et de sa sensibilité aux vaccins.

Et parmi ces 3 possibilités, ou ces 3 facteurs qui font en sorte qu'il y a une protection, il n'y a qu'une possibilité pour intervenir et c'est la couverture vaccinale la plus haute possible.

Regardons les lacunes pour les 50+: on voit que 30.000 personnes de la tranche d'âge des personnes vulnérables n'ont pas encore eu de dose, ne sont pas vaccinées.

C'est une situation qui surprend Il faut vraiment se poser la question de savoir quel genre de contact ont ces personnes avec d'autres personnes?

Peut-être qu'ils ne sont pas bien informés, mais c'est beaucoup de personnes.

Et ce sont ces personnes-là qui pourraient se retrouver potentiellement en soins intensifs.

Mais il y a d'autres personnes, 20.000, qui n'ont pas encore reçu leur 3e dose.

Là c'est 112.000 doses qui tomberaient sous une obligation vaccinale pour chaque personne au delà de 50 ans.

Et ceci au cas où tout le monde aurait 3 doses.

Si on comparerait ces chiffres avec une vaccination obligatoire plus générale ce serait 4 fois plus à peu près.

Regardons l'effectivité vaccinale.

Qu'en est il contre les soins intensifs et contre les décès?

Alors on peut voir que pour chaque variant on a une protection de plus de 90%.

Si on compare 3 doses les 0 doses, donc pas de vaccination, on constate que 19,5% des personnes de plus se trouvent en soins intensifs, personnes non-vaccinées.

Ensuite on peut également affirmer et c'est une peur qui existe, combien de cas de Covid long y a-t-il?

Et là on voit que la vaccination offre au moins une protection partielle contre le Covid long.

Voilà ce qu'on sait.

Il est plus difficile pour les éléments dont on ne dispose pas encore.

On ne sait pas ce qui nous attend en automne.

Y aura-t-il une nouvelle vague?

Quand est-ce qu'elle débuterait, quel en serait son envergure, et de quels variants s'agirait-il?

Ce que nous savons en regardant le passé, si on regarde les années 2020-2021, qu'en automne il y toujours plus une nouvelle vague due à la rentrée des classes, le retour des vacances, un froid plus important, les gens sont à l'intérieur, moins de ventilation.

Ce sont tous les éléments qui se trouvent également dans notre rapport.

Et voilà la raison pour laquelle on part du principe qu'en automne et il y aura une nouvelle vague.

Slide suivant.

Comme déjà dit dans la modélisation nous avons regardé 2 scénarios.

Première option ici c'est faire en sorte que chaque personne au-delà de 50 ans a eu 3 doses ou va recevoir 3 doses.

Et 2e option: ce serait de faire en sorte qu’indépendamment du fait qu'on ait eu 2 ou 3 doses, et si je parle des doses, une infection compte également en tant que vaccin.

Donc 2 ou 3 doses plus un rappel.

Si la 2e ou la 3e dose date de plus de 5 mois.

Ce qui signifie que toutes les personnes qui ont déjà eu 3 doses moins que ces personnes au moment de cette nouvelle vague en automne, ... ces personnes auraient à ce moment encore un rappel, éventuellement une quatrième vaccination.

Si on regarde l'option 1 et son impact, ça se trouvera quelque part entre 9% et 25% de réduction de personnes en soins intensifs.

La on est d'acord, c'est relativement peu.

En revanche la 2e option, on a une fourchette de 22 à 33 pour certains variants et nous avons 97% quand il s'agit d'un variant similaire au Delta.

Ce qui veut dire pratiquement indépendamment du variant qui va apparaître, l'option 1 ne fournira que peu d'impact.

Vous le voyez ici.

J'ai également montré la virulence et la sensibilité.

Un "plus" signifie une virulence plus importante et "moins" c'est moins important et c'est la même chose pour la transmission et la sensibilité au vaccin.

Si vous regardez les différentes propriétés intrinsèques, il faut les combiner, alors vous avez des variants différents.

Et si vous vaccinez contre ces variants avec une obligation vaccinale, 3 doses obligatoires, alors on a un impact relativement faible.

En revanche dans l'autre scénario pour l'option 2: au cas où il y aurait un variant défavorable, grave à ce moment-là, avec une vaccination plus rappel peu avant la vague, vous pouvez avoir un effet très important.

On peut conclure, si je fais un résumé de tout ceci.

Une obligation vaccinale est justifiée contre un variant similaire au Delta, si on reçoit un rappel peu avant la vague.

Il y a une autre possibilité de regarder ces données, ceci dépend largement de la modélisation.

Maintenant si on regarde les données sans tenir compte des modélisations, si on regarde uniquement les observations jusqu'à présent, ce qu'on a vu chez les personnes vaccinées et non-vaccinées, alors on peut calculer et dire que pour une vague Delta, on pourrait avoir une réduction de 89 cas en soins normaux, 29 en soins intensifs et 22 décès.

[Dr. Gérard Schockmel]

Ce serait les cas empêchés et ceci sur base de chiffres réels du passé, sur base de 3 doses vaccinales.

[Prof. Dr. Claude P. Muller]

Voilà si on regarde le régime Omicron, dans ce cas on aurait une réduction de 139 personnes en soins normaux, 15 en soins intensifs et 23 décès.

Vous vous en étonnez que ces chiffres pour le Delta et l'Omicron ne soient pas vraiment très différents.

Pourquoi? Parce que les autres facteurs pendant la période de Delta et d'Omicron étaiet différents, donc la situation épidémiologique était différente, la situation pharmacologique était différente et bien entendu les propriétés intrinsèques des variants sont différentes.

Pour mettre ces chiffres en rapport, je veux encore rappeler que le niveau critique dans les hôpitaux se situe à plus de 38 cas en soins intensifs, ou alors si en soins normaux il y a plus de 138 personnes.

A ce moment-là on parle de niveau critique, niveau 3, dans les hôpitaux.

[Dr. Gérard Schockmel]

Cela veut dire que les opérations planifiées et doivent être décommandées et qu'en général les services des hôpitaux pour les patients au Grand-Duché, Covid ou pas, sont réduites.

C'est le niveau 3.

[Prof. Dr. Claude P. Muller]

Vous trouvez le détail dans notre rapport.

Le texte est dans le rapport.

Prochaine question: la recommandation sectorielle. On a constaté que la couverture vaccinale est excessivement faible dans le secteur des soins.

Ce qui nous cause beaucoup de soucis.

Vous avez déjà vu que dans les CIPAs ou en dehors l'effectivité actionale, pardon la couverture vaccinale, peut se situer autour de 30% seulement.

Si on sait que ces chiffres ne sont peut-être pas les chiffres définitifs, cela nous cause quand même des soucis pour deux raisons.

D'une part parce-que parce les chiffres sont si bas.

Et d'autre part parce qu'il n'est toujours pas possible d'arriver à des chiffres plus réalistes.

Et ça constitue un réel problème.

Donc on a dit du fait que la recommandation sectorielle vise avant tout d'empêcher que les personnes vulnérables, les personnes en contact avec les personnes vulnérables donc le personnel des CIPAs, des maisons de soins, ... en contact avec les personnes vulnérables, ce qui est important, c'est que les personnes vulnérables ne soient pas infectées par ce moyen.

Et là on s'est dit qu'il faudrait au moins une protection minimale de 50%.

Dr. Arendt a montré qu'on se trouve à peine au-dessus et si ça dure plus longtemps après la vaccination la protection diminue et là on craint qu'on se retrouverait rapidement en dessous des 50%.

Raison pour laquelle nous nous sommes dits le coeur gros de ne pas recommander une vaccination obligatoire. Pourquoi?

Parce que l'impact sur l'infectiosité la transmissibilité après l'intervalle se trouve en dessous des 50%.

Tout de même ... comment dire, je veux souligner que nous recommandons d'autres mesures, qu'il faudrait prendre au sérieux, tels que les recommandations par rapport à l'obligation vaccinale.

D'abord il faut faire que les mesures sanitaires soient adaptées à la situation épidémiologique.

Ici je parle pour le secteur des soins et santé.

Ensuite, nous estimons que la responsabilité des personnes qui travaillent dans ce secteur, qu'on ait un document avec des informations et un document à signer pour que les personnes sont certaines qu'ils acceptent le risque, qu'ils assument leur position de ne pas se faire vacciner et qu'ils sachent qu'ils pourraient infecter d'autres personnes.

Je pense qu'on pourrait avoir plus de transparence dans le secteur en cas d'obligation, de montrer son statut vaccinal.

C'est important pour organiser les plans de travail, vous pouvez vous l'imaginer.

Si on ne sait pas quel est le statut vaccinal des personnes avec lesquelles on travaille, alors il est très difficile de gérer un plan de travail.

Et en plus nous estimons, si on regarde à court et à moyen terme, nous estimons qu'il faudrait une réglementation ou une législation concernant le statut vaccinal dans le secteur, que ce soit pas le droit du travail ou le droit sanitaire, mais bon ce n'est pas vraiment le sujet ici.

Mais c'est quelque chose qui est absolument nécessaire.

Ce n'est pas encore dans les textes des ressources humaines de ces secteurs.

[Dr. Gérard Schockmel]

On ne parle pas seulement du Covid19, également du statut vaccinal pour d'autres maladies transmissibles.

Pour chaque maladie qui est problématique, qui est transmissible dans ce genre d'institution, dans les hôpitaux, ...

Donc une réglementation devrait être nécessaire et obligatoire.

[Prof. Dr. Claude P. Muller]

Il est dit: ""Il est inacceptable que le droit au secret médical d'une minorité du personnel du secteur soit placé au-dessus du droit à l'intégrité physique des personnes vulnérables qui leur sont confiées”.

Tout est dit dans cette phrase.

Il y a d'autres facteurs qui relativisent une obligation vaccinale.

Q'est ce que c'est?

La responsabilité du médecin traitant notamment.

Nous connaissons les facteurs de risques, c'est l'âge, ce sont les comorbidités, les maladies chroniques etc.

Ce qui veut dire que chaque patient à risque dû à l'âge ou surtout dû au comorbidités, ces personnes sont sous observation ou sont sous traitement médical.

Et la vaccination fait partie intégrante du traitement d'un tel patient à risque.

Ce qui signifie en fait que ces patients ne profiteraient pas vraiment d'une obligation vaccinale, parce que ces personnes-là de seraient en fait déjà vaccinées par leur médecin.

Idéalement, dans une situation idéale tous les patients à risque sont vaccinés parce que les médecins ont fait en sorte que c'est comme ça.

Mais au delà de 50 ans, il y 30.000 personnes qui ne sont pas encore vaccinées.

Et parmi ces 30.000 personnes au delà de 50 ans, il y à une bonne partie de ces personnes qui sont en traitement chez un médecin que ce soit pour une maladie chronique ou autre chose.

Deuxième facteur: les antiviraux.

Entre-temps il ya des antiviraux oraux qu'on prend en tant que tablettes.

On doit encore apprendre certaines choses, il peut y avoir des interférences avec d'autres médicaments.

Cela veut dire que dans ce genre de situation, il faut voir avec son médecin comment prendre ces tablettes.

Puis il y a les anticorps monoclonaux, ce sont les anticorps qu'on reçoit à l'hôpital par infusion.

Donc les deux sortes de médicaments doivent être administrés très tôt pour être efficace.

[Dr. Gérard Schockmel]

Il faut faire une différence importante ici par rapport à la vaccination...

La vaccination c'est préventif, il n'y a pas mieux.

Si on regarde les traitements antiviraux, là on prend un certain risque.

On prend le risque qu'une personne hautement vulnérable s'infecte et alors si tout va bien et tout fonctionne bien, on essaie de traiter la personne.

Donc on ne joue pas dans la même ligue que pour les vaccins.

[Prof. Dr. Claude P. Muller]

Encore quelques autres remarques supplémentaires par rapport à d'autres possibilités, d'autres mesures qui sont pas encore toutes utilisées, ...

J'ai déjà dit la nécessité de révèler son statut vaccinal, surtout dans des secteurs sensibles comme le secteur des soins de santé.

En plus je pense qu'on pourrait également aller faire une responsabilité élargie dans les maisons de soins où on dit clairement que les maisons de soins n'ont pas la possibilité de protéger quelqu'un qui n'est pas vacciné.

Ce n'est juste pas possible à terme de protéger une personne qui n'est pas vaccinée.

Et c'est un élément qu'on devrait communiquer et documenter par écrit, et que les résidents qui ne veulent absolument pas se faire vacciner et sa famille devraient signer ensemble.

Disons qu'ils ont reçu l'information et à ce moment ce serait non seulement la responsabilité de la maison de soins, mais également la responsabilité du résident et de sa famille.

Ce qui est important encore, je l'ai déjà dit, c'est la sensibilisation des médecins traitants qui connaissent leurs patients.

Ils savent que si leur patient est diabétique, hypertendu, a une insuffisance cardiaque ou est obèse, que ce patient-là est exposé à un risque élevé.

Et dans ce cas-là c'est le devoir du médecin traitant de procéder à la vaccination de cette personne.

On l'a dit, 30.000 personnes, parmi lesquelles certaines ont certainement ces maladies chroniques et qui ne sont pas vaccinés et on peut améliorer cette situation en sensibilisant ou en informant les médecins.

Il convient d'ajouter qu'avec la continuation de la pandémie on se trouve de plus en plus dans une phase endémique, chaque personne porte une responsabilité individuelle de plus en plus.

En dernier lieu, et pas moins important, c'est qu'il faut avoir un cadre légal qui nous permet d'activer les mesures pharmacologiques du jour au lendemain sans chaque fois passer par un long processus qui prend des semaines.

Il nous fait ainsi un cadre où on peut dire: Demain, il faut à nouveau porter le masque dans le secteur des transports publics ou une autre mesure.

Dans une telle situation on pourrait réagir beaucoup plus vite.

Et nous pourrons réagir si on voit qu'en soins intensifs il y a davantage de personnes.

Donc ça nous donne davantage de temps.

Voilà, ce sont tous les points qu'on souhaitait vous communiquer.

Nous serons contents de pouvoir répondre à vos questions.

Merci de votre intérêt.

[Dr. Gérard Schockmel]

Dites toujours la personne qui pose la question.

[Journaliste]

Christophe Bumb de Reporter.lu, une question peut-être banale, que recommandez-vous exactement si on compare avec le premier avis, où là vous mettiez clairement ce qu'il y avait comme obligation vaccinale.

Si on voit la formulation dans la formulation d'aujourd'hui c'est moins clair pour moi.

Peut-être que vous pouvez clarifier ce que vous recommandez exactement.

Par exemple vous mettez que vous donnez le choix aux décideurs de mettre en place une obligation vaccinale ou non.

La formulation c'est autre chose pour moi que votre dernier avis.

Et 2e question pour le même sujet: Au moins une fois la publication de l'avis a été retardée, vous pouvez peut-être nous donner les raisons pourquoi ça a duré plus longtemps.

[Dr. Vic Arendt]

Laissez-moi déjà répondre à la première question: il y a eu beaucoup de simulations, beaucoup d'hypothèses, mais globalement nous voulons être prêts pour le "worst case scenario" en automne.

Et je pense que l'avis est toujours qu'on est en faveur d'une obligation vaccinale pour les personnes 50+ avec une dose booster, 4e dose recommandée par le Conseil des Maladies Infectieuses pour les personnes au-delà de 70 ans et celles atteintes de comorbidités, pour être prêt pour l'automne, puisqu'on ne sait pas s'il y aura un variant plus virulent ou non.

[Prof. Dr. Claude P. Muller]

Je pense que l'avis on l'a compris de la manière suivante, nous décrivons le paysage au gouvernement les facteurs qui sont en faveur ou contre une obligation vaccinale.

Nous donnons l'ensemble des éléments, ce qui peut influencer une obligation vaccinale, et au-delà se pose la question de savoir: est ce que le gouvernement prend lui-même la responsabilité d'introduire une telle obligation vaccinale et prend donc la décision, enfin si on part du principe qui si on prend le scénario 7, le plus grave, qu'on y soit préparé, ou est-ce que le gouvernement laisse ce choix aux individus.

Ce qui est important en tant que scientifiques, nous regardons quels sont les facteurs qui vont dans une direction ou dans une autre et au delà de ces éléments il y a des réflexions politiques qui en fin de compte sont portées par le gouvernement qui en subira les conséquences.

Donc ce sera au gouvernement de décider.

[Dr. Gérard Schockmel]

De mon côté, d'après les calculs qu'on a fait les modélisations, les simulations, c'est un pilier, un 2e pilier on a regardé On a regardé quelle était la situation pour Delta, pour Omicron, si on a un variant qui est comme Delta ou Omicron, alors rapidement nous allons atteindre un niveau critique pour les 50 plus en particulier.

Par rapport à la responsabilité j'estime personnellement que nous nous sommes exprimés clairement pour une obligation vaccinale pour les 50+ et je pense que c'est l'obligation du gouvernement de se préparer à une vague où plus de personnes pourraient être malades ou hospitalisées.

Et dans ce cas il pourrait y avoir plus de décès.

[Prof. Dr. Paul Wilmes]

Encore une petite remarque dans le sens de ce que dit le professeur Muller, nous avons essayé de montrer les facteurs critiques à considérer pour l'automne et l'hiver.

Dans quel environnement se retrouvera-t-on et quel pourrait être l'impact une obligation vaccinale.

Nous avons clairement décrit, nous avons montré de manière empirique qu'il y a un impact sous ces différentes conditions.

[Journalist]

Le timing est essentiel dans toutes ces réflexions: dans le premier avis vous avez mis « sans délai » ou « dans les meilleurs délais », il faudrait une telle obligation vaccinale.

Est-ce qu'on est toujours dans le délai ou est-ce que c'est trop tard?

Comment procéder puisque maintenant il y a des contraintes politiques et législatives et d'un autre côté s'il y a une obligation, ça doit être préparé et le gens devraient se faire vacciner.

Est-ce qu'on est trop tard ou pas?

[Dr. Gérard Schockmel]

C'est une bonne question.

Concrètement comment ça va se passer c'est ça la question.

Si notre proposition trouve du soutien auprès du gouvernement, alors il est prioritaire de vacciner ceux qui ne le sont pas encore parmi les personnes de 50+.

C'est le premier point.

Vacciner d'abord ces personnes ensemble avec les personnes qui n'ont pas encore eu de 3e dose.

Ce sont les personnes le plus à risque evidemment.

D'autre part, pour ce qui est de la vaccination, l'immunité n'est pas tellement liée à une période comme c'est montré des fois surtout si on veut que la vaccination doit éviter d'être infecté.

Donc avec ce qu'on a maintenant pour le variant Omicron, on ne peut pas le retenir, mais un schéma vaccinal classique, ce sont 3 doses, une partie de l'immunité reste pendant des années.

J'ai dit : il faut être préparé, c'est une obligation d'être préparé de manière sociale et sanitaire, préparé à une vague qui pourrait être plus grave.

On ne sait pas si elle surviendra en septembre, j'espère que non.

Il se pourrait que des variants et des subvariants d'Omicron circuleraient encore.

Mais d'autre part on ne peut pas partir du principe que c'est la fin de la pandémie, qu'on aura plus que de l'Omicron ou ses variants.

Donc cela veut dire que pour arriver à obtenir une immunité de base, c'est avec 3 doses de vaccinations, chez les personnes qui sont pas vaccinés et qui font partie du groupe d'âge vulnérable.

Et cela fait du sens de les vacciner.

[Journaliste]

J'avais encore demandé pourquoi il y avait ce délai dans la publication de l'avis...

[Dr. Gérard Schockmel]

Donc vous parlez de nos conditions de travail?

... et là il y a une relation entre les circonstances sous lesquelles nous avons travaillé sur ce rapport et un certain délai qui s'est manifesté.

Ici j'ai 2 points à soulever: je parle pour moi, je suis médecin à l'hôpital, j'ai des patients, vous savez que ce n'est pas une semaine de 40 heures.

J'ai sacrifié 9 weekends pour travailler sur ce rapport, et je ne parle pas des soirées que j'ai gardées pour ceci.

Ce premier point: on ne nous a pas libéré de nos emplois respectifs, c'est le premier point, 2e point: point de vue des conditions de travail, il n'y a aucune rénumération de prévue, on a travaillé pendant des mois et il n'est pas prévu qu'on reçoive un seul cent.

Je pense qu'il est important de le donner comme information parce que ça prouve 2 choses: d'abord, le peu de respect accordé aux scientifiques, dont l'avis est indispensable dans tout ceci et le faible niveau de valorisation du travail académique qui existe toujours.

C'est inacceptable à mes yeux.

J'ai joué le jeu parce que c'est dans l'intérêt général.

Tout ce que je fais depuis 2 ans et bénévole et est dans l'intérêt général.

Mais pour ce rapport en particulieret si on met ce rapport en relation avec d'autres rapports d'envergure similaire, là où le travail est reconnu par le gouvernement, alors il y a pas mal de questions qu'on doit se poser.

[Dr. Thérèse Staub]

Cela a duré aussi parce qu'on a attendu les données d'Omicron.

Au départ quand on a commencé, on n'avait pas ces données, et ensuite les données ont été publiées, Israël, Quatar, etc.

Et là on avait beaucoup plus de données sur protection et sur la durée de la protection.

C'est ça qu'on attendait, on attendait aussi les modélisations pour écrire le rapport.

[Prof. Dr. Paul Wilmes]

Je veux encore insister sur le fait qu'on avait besoin d'une série de données parce qu'il fallait remettre un avis objectif et il fallait regarder ces données en détail.

Et pour obtenir des données particulières par rapport au Luxembourg, cela a mis du temps.

Il est clair que chaque pays dans le contexte d'une pandémie est un peu différent, il y a des mesures différentes des sous-variants différents circulent, etc.

Il y a donc des facteurs spécifiques aux différents pays qu'il fallait considérer et pour cela il nous fallait des données et ça a pris du temps.

Et en plus il a fallu paramétrer les modèles.

Les modèles qui sont dans l'avis ne sont pas les seuls modèles qu'on a faits.

Il a y a donc un grand travail qui est derrière, un travail pour lequel il a fallu du temps et comme le dit le docteur Schockmel, on a encore nos professions.

[Prof. Dr. Claude P. Muller]

Donc s'il y a eu une nouvelle étude dont a tenu compte, alors il a fallu de nouveau du temps.

Et puis d'un coup on constate que ce qu'on a écrit il y a 3 mois, que ce n'est plus d'actualité.

Ici on est dans ce monde avec pleines de vagues, avec de nouvelles informations.

On ne peut pas seulement se concentrer sur le stade des connaissances d'il y a 3 mois.

Mais si on fait une mise à jour ça prend du temps de nouveau.

Et là on est dans une espèce de spirale.

Et si on tient compte du fait qu'on le fait à côté de nos professions respectives alors vous imaginez que ça prend plus de temps qu'on aurait pu espérer.

[Dr. Vic Arendt]

Je veux encore insister sur les études sur la transmission.

C'est important parce que cela concerne l'obligation vaccinale du personnel en soins de santé.

Il n'y a pas de données luxembourgeoises, on peut uniquement les avoir dans le contact tracing dans les familles.

Il n'y a pas de données de notre pays, on peut uniquement prendre les données de la littérature internationale.

Et il y a des données de 4, 5 pays: Danemark, Norvège, Espagne, etc.

C'est l'analyse Meta que j'ai présenté et Ce n'est que fin avril qu'elle est sortie.

[Prof. Dr. Paul Wilmes]

Par rapport au timing, il faut dire que cet avis-ci était fini juste avant la Fête nationale.

On a encore fait quelques corrections, mais l'état d'aujourd'hui, c'est donc la version qui date juste d'avant la Fête nationale.

[Prof. Dr. Claude P. Muller]

Est-ce qu'il y a encore d'autres questions?

[Journaliste]

Peter Feist du "Lëtzebuerger Land". Il y a eu beaucoup de réponses à mes questions.

Encore un petit détail: Vous avez dit au début de la présentation que la période de référence d'Omicron a duré jusqu'au 31 mars.

Pourquoi est-elle si courte?

C'est une question et l'autre question, je n'ai pas eu l'occasion de lire le grand rapport complet mais si je me mets à la place d'un politicien, je voudrais avoir un aperçu sur la probabilité d'un cas que vous appelez Delta dans votre scénario.

Parce que nous sommes dans une biologie évolutive et on peut se poser la question de savoir quel serait l'avantage d'une sélection qu'aurait un virus, s'il rend malade les personnes comme Omicron.

Donc quelle est la probabilité qu'il y aurait un tel cas grave?

[Prof. Dr. Claude P. Muller]

Premier point dont vous parlez, c'est celui dont on a déjà discuté.

Si fin mars une chose est terminée, on fait une fait la mise à jour.

Il nous aurait fallu prendre encore plus de temps, mais ce qui a été dit il s'agit de quelque chose d'essentiel, de ce qui se passait pendant le moment où il y avait Omicron.

Quelle était la modification d'Omicron par rapport au Delta.

Et finalement ce n'est pas si important s'il y a 2 mois de plus, ou si on a suffisament de données pour savoir ce qui se peut se passer à ce moment donné.

Vous avez raison, à ce moment-là il n'y avait pas suffisamment, et Dieu merci, suffisamment de personnes en soins intensifs pour faire une bonne statistique, vous le voyez dans le rapport.

Et c'est exactement le genre de contraintes qu'on a eu.

On a toujours essayé de ... si on avait toujours essayé de faire des mises à jour, on n’aurait toujours rien aujourd'hui.

2e question.

[Dr. Gérard Schockmel]

La 2e question M. Feist, je répète, vous me corrigez: quelle est la probabilité qu'on aura encore une vague comme Delta?

C'est un débat fondamental: il y en a qui disent maintenant la corona deviendra de plus en plus sympathique, ça reste comme cela l'a été pour les variants et les subvariants d'Omicron.

Et on peut être rassuré, il ne faut plus de mesures pour une vague plus grave.

Je veux dire ce qui suit à ce propos: si on regarde les nouveaux variants si on les compare au virus de la grippe, il y des mutations qui vont d'une année à l'autre.

Si on regarde le Coronavirus, il y a chaque jour de nouveaux variants qui apparaissent.

Si vous regardez en Afrique notamment, un maximum de 20% de la population est vaccinée.

Je reviens à votre question: quelle est la probabilité qu'on ait encore une vague comme Delta?

Chose importante: si différents variants circulent, c'est toujours le variant qui a l'avantage qui est plus transmissible.

Parce que avant que les autres variantes s'accrochent, ce variant-là s'est déjà développé et a infecté d'autres personnes.

Cela c'est une certaine pression qui existe, c'est une pression qui existe pour qu'un variant ait du succès.

Un autre élément: on n'est plus en 2020, entretemps il y a déjà une certaine immunité dans notre population par la vaccination est aussi par l'infection.

Si un nouveau variant veut avoir du succès alors il faut que ce variant doit échapper à l'immunité jusqu'à un certain degré et surtout pour... vous savez que dans un cas grave les vaccins sont importants.

Si on regarde comment être plus transmissible et comment échapper à cette pression Quelle serait la possibilité d'échapper de manière génétique à une certaine immunité?

Nous avons une protéine, c'est la protéine Spike, c'est comme un bigoudis qui ressort.

Le virus en a besoin pour infecter une cellule.

Dans ce cas il y a les contraintes.

Le variant doit être transmissible et pouvoir échapper à l'immunité qui existe.

Par rapport à la virulence d'un variant, est-ce qu'on devient plus ou moins malade, là il y a encore d'autres protéines qui entrent en jeu, ce n'est pas la protéine Spike.

Parce qu'un virus a tout un set de protéines et il y en a beaucoup qui ont une grande influence sur la virulence.

Ce qui veut dire que pour produire une vague comme le Delta, le virus doit remplir 2 conditions: d'abord il par rapport aux protéines Spike, il faut qu'il soit facilement transmissible et avoir certaines mutations pour pouvoir échapper à l'immunité et deuxièmement il doit avoir d'autres propriétés qui sont souvent reflectées chez d'autres protéines pas seulement chez la protéine Spike, ce qui le rend plus dangereux.

Voilà par rapport au répertoire du virus.

C'est tout à fait possible, ça peut se passer.

Est-ce qu'on a une garantie que ça se passe?

Non.

Est ce qu'on peut dire on se repose sur nos lauriers, on attend?

Non.

J'ai presque fini, mais je pense que c'est une question essentielle et je vais finir la phrase.

J'aurai déjà terminé si on ne m'avait pas interrompu!

C'est un fait qu'on ne peut pas attendre que des choses qu'on ne connait pas se passent quand on est politicien et quand on est dans l'obligation de prévenir une vague qui va être plus grave.

Que cette vague vienne ou pas, c'est subsidiaire.

[Prof. Dr. Paul Wilmes]

Merci monsieur Feist.

Une petite réponse de ma part, nous avons parlé avec des biologistes vraiment leaders du monde, on a une toute une série d'entretiens avec ces personnes-là pour savoir dans quelle mesure il serait raisonnable de partir d'un scénario Delta.

Et le pont principal, en plus de ce qu'a expliqué le Dr. Schockmel, c'est que depuis le début, c'est qu'il y ce "Trade off" qui existe entre virulence et transmissibilité, qu'on arrive à aplanir.

Il y a une grande période d'incubation, ...

Et tout ceci mène au fait qu'on ne peut pas faire ce couplage, qu'un avantage supplémentaire par rapport à la transmissibilité ferait en sorte qu'ils soient moins virulent.

Ce n'est pas une hypothèse de laquelle on pourrait partir.

Et de cette manière il est possible que le virus ait de nouveau plus de virulence et là on arriverait un scénario comme le Delta.

Là il y avait des vaccins et dans ce genre de cas il faut tenir compte d'un facteur comme un variant Omicron.

Si on automne il y aurait un vaccin adapté à l'Omicron, alors à ce moment-là on pourrait quand même avoir un scénario similaire à celui du Delta.

[Prof. Dr. Claude P. Muller]

Il est important de dire un mot, en une phrase: l'Omicron est plus transmissible et il est moins bien reconnu par le vaccin, ça veut dire clairement: il a un avantage fitness.

[Journaliste]

J'avais demandé si dans le rapport complet il y a quelque chose qui va dans la direction de pouvoir aider nos politiciens à prendre une décision pour éviter que ce soit trop politique.

[Prof. Dr. Claude P. Muller]

Non. Je pense qu'il y a toute une série d'indications qui peuvent aller vers une décision.

[Dr. Thérèse Staub]

Ce qu'il faut regarder ce que nous avons appris des nouveaux virus.

Au départ on a pensé qu'il ne pouvait avoir qu'une seule infection et puis on a vu qu'on pouvait l'avoir plusieurs fois, même les personnes vaccinées peuvent l'avoir à nouveau.

Ce sont des choses qu'on a appris sur le temps, on ne le savait pas au départ.

Ce sont de nouvelles choses qu'on apprend.

[Journaliste]

Annette Welsch du Wort.

Vous avez parlé du vaccin Omicron qui est en développement.

Quand pensez-vous que ce vaccin pourrait sortir et est-ce qu'il faudrait attendre la 4e vaccination pour ce vaccin?

[Dr. Thérèse Staub]

Le vaccin de Pfizer est en cours, mais c'est pour le B1 et le B2.

One sait pas encore s'il y aura une protection contre le B4 ou le B5.

Mais ils sont en train de le produire.

On va bientôt avoir une réunion sur le nouveau vaccin, mais pas avant septembre.

Si on avait déjà le vaccin en septembre ce serait super mais on ne sait pas combien.

[Dr. Vic Arendt]

Il vaudrait mieux commencer et puis passer vers ces nouveaux vaccins une fois qu'ils sortent, plutôt que d'attendre.

Encore un point de ma part: dans certains slides on a l'impression que les frontaliers ne se font pas vacciner, mais il faut nuancer ici.

On ne dispose pas des informations quant à savoir dans quelle mesure les frontaliers sont bien vaccinés ou pas.

Il n'y a pas de raison pour qu'ils soient moins bien vaccinés que les autres pays.

Et alors on n’est pas on doit pas être très loin des chiffres d'ici.

Si on regarde chez nos infirmières qui sont frontalières, on assez de voir un peu quel est le taux de vaccination.

On pense que c'est plus ou moins similaire aux infirmiers ici venant du Luxembourg.

Là il y a plus de questions, c'est concernant le personnel de logistique et de maintenance et ces personnes ne peuvent pas se faire vacciner au Luxembourg.

On ne sait pas quel est leur statut vaccinal, mais il ne faudrait pas stigmatiser les frontaliers.

[Dr. Gérard Schockmel]

Donc la remarque du Dr. Arendt était pour les hôpitaux, ce qu'on a encore discuté tout à l'heure, ce sont les maisons de soins, les maisons pour personnes âgées.

On sait très bien ce qui s'est passé l'hiver dernier.

Ce qu'on n'a pas présenté ce sont les personnes en dehors du secteur, p. ex. les personnes qui sont soignés à domicile, on n'a pas parlé de ceux-là.

Ici c'était des remarques par rapport à l'expérience au CHL, dans un hôpital spécifique.

[Prof. Dr. Claude P. Muller]

On a une obligation pour révéler son statut vaccinal, ça c'est nécessaire.

[Dr. Vic Arendt]

Ma remarque ce n'est pas seulement pour le personnel soignant, ça concerne tous les domaines parce qu'on ne sait pas quel est le statut vaccinal des frontaliers.

[Dr. Gérard Schockmel]

Ne pas le savoir c'est un risque.

Comment gérer le risque de manière correcte si on ne sait pas qui est vacciné et qui ne l'est pas?

Et ça en fait c'est inacceptable, comme c'est mis dans l'un des slides, je ne sais plus lequel, que le droit à la confidentialité des personnes vaccinées ou non vaccinées, prime sur le droit à l'intégrité physique des personnes vulnérables.

[Prof. Dr. Claude P. Muller]

Voilà. On vous remercie.