

Lettre ouverte

23 août 2022

Objet : Vaccinations COVID-19 obligatoires dans les universités et collèges canadiens.

À qui de droit:

De nombreux établissements postsecondaires, comme l'Université de la Colombie-Britannique et l'Université métropolitaine de Toronto (Ryerson), n'imposent pas l'obligation de se faire vacciner pour le trimestre d'automne 2022. Cette décision est conforme aux meilleures données actuelles sur la transmission et la gravité de la COVID-19 ainsi qu'à de nombreuses politiques gouvernementales internationales. Malheureusement, certaines institutions postsecondaires, comme l'Université de Toronto, ont récemment rétabli l'obligation de se faire vacciner contre la COVID-19 pour leurs étudiants et leur personnel vivant en résidence, affirmant que cette obligation est dans le meilleur intérêt du bien-être de leur communauté. Et ce, malgré le fait que la Santé publique de l'Ontario et les autres autorités sanitaires provinciales n'exigent pas de telles mesures.

Les membres de la Canadian COVID Care Alliance (CCCA) comprennent plus de 600 médecins, chercheurs et professionnels de la santé. Depuis son lancement, la CCCA s'est engagée à suivre attentivement la littérature scientifique relative à la COVID-19, y compris sa prévention et son traitement. Nous avons récemment soumis une lettre au président de l'Université de Toronto, le Dr Meric Gertler, dans laquelle nous expliquons pourquoi son mandat est une action rétrograde ayant peu de validation scientifique. Nous pensons qu'il sera dans l'intérêt de vos étudiants, de votre faculté et de votre personnel de partager avec vous les raisons pour lesquelles nous nous opposons aux mesures prises par l'Université de Toronto, au cas où des restrictions similaires concernant la COVID-19 seraient envisagées dans votre établissement. Cette décision intervient également à la suite de nouveaux changements radicaux apportés aux directives COVID-19 par les Centres Américains de Contrôle et de Prévention des Maladies (CDC) et publiés sur leur [site Internet](#). En particulier, ces nouvelles directives des CDC mentionnent que:

- Le port du masque n'est obligatoire que si la transmission communautaire est jugée élevée ou si un individu est considéré comme présentant un risque élevé de maladie grave;
- Pas besoin de quarantaine en cas de contact étroit avec une personne infectée;
- Pas besoin de distanciation sociale;
- L'infection procure le même niveau d'immunité que la vaccination; et
- Aucune justification de la discrimination entre les personnes vaccinées et non-vaccinées.

Toute institution devrait se préoccuper du bien-être de la communauté qu'elle sert. Cependant, un tel objectif n'a de sens que s'il englobe la dynamique sociale, économique, culturelle et sanitaire de **tous** les membres de ce groupe, indépendamment de leurs croyances ou de leur comportement à l'égard des

politiques et procédures COVID-19. Agir autrement revient à stratifier le bien-être de cette communauté sur une base discriminatoire qui ne reconnaît pas les principes fondamentaux qui sous-tendent le concept de bien-être, y compris les normes éthiques du secret médical. L'un de ces principes est que le bien-être de ceux qui choisissent de ne pas se soumettre à la vaccination contre la COVID-19 doit se voir accorder la même valeur, sans coercition, ségrégation et stigmatisation indues, que ceux qui y cèdent, en particulier lorsque des données scientifiques probantes de haute qualité remettent en question le bien-fondé de la demande de vaccination et du port du masque obligatoires.

Les autorités de santé publique affirment maintenant que les principales raisons de la vaccination contre la COVID-19 sont d'éviter les maladies graves et les hospitalisations dues à l'infection par le SRAS-CoV-2. Pourtant, ces prétendus avantages des vaccins COVID-19 restent incertains, car ils n'ont pas été démontrés en tant que résultats primaires dans leurs essais cliniques tronqués et randomisés. Les autorités sanitaires reconnaissent que ces nouveaux vaccins à base de gènes ne remplissent pas réellement leur rôle initial, qui était de prévenir l'acquisition et la transmission de cette maladie infectieuse, ce qui a été utilisé pour justifier des mandats sans précédent sur les lieux de travail dans tout le Canada, sous le couvert de la santé et de la sécurité au travail.

Il n'est pas du ressort des administrateurs des établissements d'enseignement supérieur d'exiger que les étudiants, les enseignants et les autres membres du personnel de soutien prennent des médicaments pour se prémunir contre des maladies graves improbables. Si c'était le cas, le fait de fumer, de boire et de consommer des drogues à des fins récréatives par les étudiants et le corps enseignant constituerait une faute professionnelle. Comme ce n'est pas le cas, les universités ont généralement accepté que les individus aient le droit de s'adonner, dans des limites raisonnables, à des comportements dont on sait qu'ils peuvent entraîner des maladies graves et des hospitalisations, et qui peuvent même avoir des conséquences néfastes pour les personnes présentes.

Par conséquent, le corollaire de ce concept doit être reconnu, à savoir que le bien-être d'un individu exige le droit de refuser les médicaments COVID-19 jugés personnellement nocifs. Il s'agit d'un précepte fondamental de la recherche biomédicale, de l'éthique, de l'autonomie corporelle et du consentement éclairé, clairement reconnu par le procès de Nuremberg il y a plus de 75 ans.

Connaître le statut vaccinal des étudiants et des employés pourrait apaiser les inquiétudes concernant la propagation du SRAS-CoV-2 dans les installations du campus. Cependant, les autorités de santé publique ont récemment admis ce que le CCCA et les scientifiques du monde entier expriment depuis plus d'un an, c'est-à-dire que le niveau et la rapidité de la protection varient selon les individus et seront en constante évolution. Par conséquent, si les documents de vaccination peuvent indiquer quand les vaccins génétiques COVID-19 ont été administrés, ils n'offrent aucune évaluation fiable du véritable statut immunologique des étudiants, du personnel de soutien et du corps enseignant, et ils ne tiennent pas compte de l'immunité naturelle résultant d'expositions virales antérieures et ultérieures.

L'immunité stérilisante des muqueuses contre l'infection par le SRAS-Cov-2 des voies respiratoires ne peut être obtenue par l'injection intramusculaire répétée des mêmes produits vaccinaux géniques codant pour une protéine de pointe ancestrale du SRAS-CoV-2, aujourd'hui disparue, sujette à des mutations et à un échappement immunitaire. Le concept d'immunité décroissante est applicable aux étudiants et au personnel vivant en résidence. Toute immunité induite par les vaccins que ces personnes ont pu acquérir pourrait être perdue bien avant la fin du semestre d'automne. De plus, étant donné que ces personnes ne se voient vraisemblablement pas refuser l'accès à toutes les autres installations et,

compte tenu de l'efficacité douteuse des vaccins, elles sont tout aussi susceptibles de contracter et de transmettre le SRAS-CoV-2 que le reste de la communauté universitaire. En fait, exiger que les personnes en résidence aient reçu une première série de vaccins COVID-19 et, au moins, un rappel, non seulement n'a pas de fondement scientifique, mais est grossièrement discriminatoire et déraisonnable car il est basé uniquement sur le lieu de résidence.

À cet égard, un rapport de la Santé publique de l'Ontario sur les résultats de la vaccination montre que le risque d'hospitalisation entre une dose de rappel et une première série complète de vaccinations chez les Ontariens âgés de 18 à 29 ans est identique, ce qui indique qu'un rappel n'offre aucun avantage clinique supplémentaire dans la prévention des hospitalisations.

Selon les statistiques de Santé Canada, depuis le début de la pandémie de COVID-19, le risque qu'une personne âgée de 12 à 29 ans soit hospitalisée si elle présente des symptômes de COVID-19 est inférieur à 1 sur 100, qu'elle doive être admise dans une unité de soins intensifs est inférieur à 1 sur 1000 et qu'elle meure est inférieur à 1 sur 5000. Les risques réels sont au moins d'un ordre de grandeur inférieur à ces estimations, car les chiffres de Santé Canada sont basés sur moins de 10 % des Canadiens enregistrés ayant eu la COVID-19, alors que les tests sérologiques indiquent que 50 à 90 % de la population a des anticorps qui confirment une infection antérieure au SRAS-CoV-2. De plus, environ la moitié des hospitalisations, des admissions aux soins intensifs et des décès enregistrés concernaient des personnes qui s'étaient rendues à l'hôpital initialement pour des raisons autres que la COVID-19. En outre, les variantes actuelles d'Omicron du SRAS-CoV-2 induisent une maladie clinique moins grave et s'accompagnent de faibles taux d'hospitalisations, d'admissions en soins intensifs et de décès dus à la COVID-19 que ceux observés avec les variantes antérieures.

De plus, il existe actuellement sur le marché un nombre croissant de médicaments pour un traitement précoce destinés aux patients qui risquent d'être atteints de maladies plus graves, comme les personnes âgées ou celles qui présentent de multiples comorbidités. Il convient de noter que les étudiants résidant sur le campus sont en grande majorité jeunes et en bonne santé, de sorte qu'il n'y a pas de base médicale rationnelle pour imposer une protection renforcée par des thérapies génétiques expérimentales qui font encore l'objet d'essais cliniques de phase 3.

Le rétablissement de l'obligation vaccinale ne reconnaît pas non plus le degré d'immunité naturelle que les étudiants et le personnel auront probablement acquis après plus de deux ans et demi d'exposition durant la pandémie de COVID-19. Il est de plus en plus évident que l'immunité naturelle est supérieure à l'immunité induite par les vaccins géniques en termes d'ampleur, de persistance et de pertinence des réponses des anticorps et des cellules T à une infection virale respiratoire qui se déclenche par son entrée dans les voies aériennes supérieures. Les données indiquent maintenant qu'après une période de quelques mois de protection renforcée par la vaccination génique COVID-19, le risque d'acquisition ultérieure d'une infection par le SRAS-CoV-2 augmente en fait après les injections de rappel.

Le risque de blessure, d'invalidité et de décès potentiel que les vaccins géniques COVID-19 font courir aux étudiants des universités et des collèges est particulièrement préoccupant. Il s'agit notamment:

- D'un risque de myocardite symptomatique de 1 sur 5 000, chez les hommes de moins de 24 ans après la deuxième injection et les injections subséquentes des vaccins basés sur le gène ARNm, est maintenant bien accepté. Cependant, une étude très récente réalisée en Thaïlande indique

que la myocardite symptomatique ou asymptomatique, ou la péricardite peuvent survenir chez un nombre aussi élevé que 1 sur 29 hommes âgés de 13 à 18 ans;

- D'un large spectre d'événements thromboemboliques, de complications neurologiques et d'affections auto-immunes sont documentés à la suite des vaccinations à ARNm;
- D'un risque de syndrome de Guillain-Barré de 1 sur 3 000 avec les vaccins adénoviraux COVID-19;
- D'une inquiétude croissante sur les effets des injections répétées de produits vaccinaux non stérilisants à base de gènes, qui peuvent provoquer un dysfonctionnement délétère du système immunitaire, y compris la facilitation de l'infection par les anticorps, le péché originel antigénique et la tolérance immunitaire ; et
- D'une incertitude à long terme liée aux vaccinations COVID-19 répétées sur la fertilité, comme en témoignent les irrégularités menstruelles documentées chez près d'une femme sur deux dans de multiples études, et les diminutions transitoires du nombre et de la motilité des spermatozoïdes chez les hommes.

Compte tenu de tout ce qui précède, l'exécution de la vaccination obligatoire à ce stade risque d'avoir des conséquences plus néfastes que protectrices pour les personnes vaccinées. La politique du consentement éclairé exige que tous les étudiants, le corps enseignant et le personnel soient informés de cette réalité.

De plus, un nombre suffisant d'études en situation réelle réfute déjà l'idée que les masques (de quelque type que ce soit) réduisent la transmission des infections respiratoires virales. Cela n'est pas surprenant puisque l'infection par le SRAS-CoV-2 est principalement contractée par des gouttelettes aérosolisées qui rétrécissent rapidement par évaporation pour atteindre des tailles qui pénètrent facilement les pores des masques, même N95. Le virus du SRAS-CoV-2 a une taille similaire à celle du virus de la grippe dont la transmission n'est pas arrêtée par les masques. Encourager ou exiger le port du masque sur le campus exagère à tort son efficacité et peut conduire à un faux sentiment de sécurité (par exemple, ne pas rester à la maison quand on se sent malade). L'utilisation d'un masque devrait être une question de choix personnel basé sur l'évaluation du risque personnel du porteur.

Après deux ans et demi de perturbations de l'apprentissage des étudiants et d'une expérience positive de l'université et du collège, il est grand temps de rétablir une gamme complète d'activités sur le campus sans atteinte inutile à la confidentialité médicale et au consentement éclairé, à la lumière du 75^e anniversaire du code de Nuremberg. Pour ce faire, il faut du respect, de la compréhension, de la tolérance et de l'inclusion - les principes tant vantés mais peu mis en pratique de l'équité, de la diversité et de l'inclusion (EDI) - pour un large éventail de décisions, de niveaux de confort et de besoins de santé liés aux politiques et procédures COVID-19. De tels objectifs peuvent être facilement atteints en renonçant à toutes les demandes relatives aux mandats de vaccination et au port du masque, tout en soulignant l'importance d'une instruction. Il s'agit d'un adage simple mais éprouvé, applicable à tous : **restez chez vous si vous vous sentez mal en raison d'un rhume, d'une grippe ou de symptômes similaires à ceux de la COVID-19, jusqu'à ce qu'ils disparaissent.**

Notre Alliance est heureuse de fournir des références essentielles pour étayer toutes nos revendications et conclusions. Nous attendons une réponse qui, nous l'espérons, ne portera pas atteinte à la santé et aux droits humains de la communauté de votre campus. Nous espérons que votre établissement suivra l'exemple d'autres universités canadiennes, telles que l'Université de la Colombie-Britannique,

l'Université Simon Fraser, l'Université de l'Alberta, l'Université métropolitaine de Toronto, l'Université de Montréal et l'Université McGill, qui, au moment de la rédaction de cette lettre, n'ont pas l'intention d'imposer cet automne des restrictions et des mandats liés à la COVID-19 à leurs communautés universitaires. Veuillez nous informer de toute erreur factuelle dans cette lettre, qui a été publiée sur notre site Web. Nous sommes impatients de communiquer votre réponse à nos plus de 30 000 supporters.

Respectueusement soumis par,

Le Comité consultatif scientifique et médical,

Canadian COVID Care Alliance.

Notamment, mais pas exclusivement :

Carole Beveridge, MSc, BScPharm

Dr. Philip Britz-McKibbin, PhD, Professeur, Département de chimie et de biologie chimique, Université McMaster

Dr. Claudia Chaufan, MD, PhD, Professeure associée, Politique de Santé et Santé Mondiale, Université York

Dr. Ondrej Halgas, MSc, PhD, Recherche biomédicale et biologie structurale

Dr. John Hardie, BDS, MSc, PhD, FRCDC, Pathologiste buccal (retraité), ancien chef du département de dentisterie de l'Hôpital Général de Vancouver.

Dr. Niel Karrow, PhD, Professeur d'immunologie, Département des biosciences animales, Université de Guelph

Susan Beth Martin, BScPharm, RPh BCGP

Dr. Bernard Massie, PhD, Microbiologie et immunologie, ancien directeur général du Centre de Recherche Thérapeutique en Santé Humaine du Conseil National de la Recherche du Canada

Deanna McLeod, HB.sc, Principal, stratège en chef chez Kaleidoscope Strategic Incorporated

Dr. Susan Natsheh, MD, Pédiatre (retraîtée)

Dr. Kanji Nakatsu, PhD, Professeur émérite de pharmacologie, Université Queen's

Dr. Philip Oldfield, DPhil, CSci, CChem, FRSC (UK) (retraité)

Dr. Eric T. Payne, MD, MPH, FRCPC, Neurologue pédiatrique et professeur adjoint de clinique, Université de Calgary

Dr. Steven Pelech, PhD, Professeur au Département de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique ; président et directeur scientifique de Kinexus Bioinformatics Corporation.

Dr. Christopher Pinto, MD, Médecin

Dr. Patrick Provost, PhD, Professeur, Département de microbiologie, immunologie et maladies immunitaires, Université Laval

Dr. Denis Rancourt, PhD, Chercheur interdisciplinaire, épidémiologiste, ancien professeur de physique à l'Université d'Ottawa.

Dr. Christopher A. Shaw, PhD, Professeur, Département d'ophtalmologie, Université de Colombie-Britannique

Dr. David Vickers, PhD, Adjoint statistique et épidémiologiste