

# Synthèse de notre échange avec Leïla Belkhir.

Les réponses  
à vos questions.



**V**endredi 8 janvier 2021, nous avons eu la chance de poser nos questions sur le coronavirus et sur les vaccins à une spécialiste de la question, Leïla Belkhir. Leïla est médecin-infectiologue : elle est spécialisée dans le traitement des infections. Elle travaille dans un hôpital (les Cliniques Saint-Luc à Bruxelles) et enseigne également à l'Université Catholique de Louvain.

**S**uite à cette rencontre, nous avons décidé de réaliser ce document questions-réponses, afin de vous informer au mieux et de vous permettre de faire un choix éclairé sur la vaccination. Comme l'a dit Leïla : « Même si, moi, je suis hyper enthousiaste pour le vaccin, je peux tout à fait comprendre que certaines personnes, si en plus, elles n'ont pas forcément de facteur de risque, veuillent attendre ou avoir un peu plus de temps. Et donc c'est un bon choix de ne pas le rendre obligatoire, mais plutôt d'essayer d'informer, et d'informer correctement ».

**D**ans ce document vous trouverez les réponses de Leïla Belkhir à toutes les questions qui ont été posées lors de la rencontre. Pour vous retrouver dans les questions repérez-les dans le sommaire et rendez-vous à la page indiquée. Les différentes catégories de questions sont regroupées par couleur.

# Sommaire

## Les questions qui sont abordées dans ce document

### Partie 1 Questions sur le virus



1. *Ça veut dire quoi COVID-19 ?*
2. *Sait-on aujourd'hui d'où vient le virus ? D'un animal ? D'un laboratoire ?*
3. *Tous les virus sont-ils endémiques ?*
4. *Quelle est la différence entre taux de contagiosité et taux de reproduction ?*
5. *Comment et où attrape-t-on le virus ?*
6. *Quelle est la capacité du virus à survivre hors du corps humain ?*
7. *Les personnes les plus précaires sont-elles plus à risque ?*
8. *Les femmes enceintes sont-elles particulièrement à risque si elles attrapent le virus ?*
9. *Comment explique-t-on que les enfants sont aussi peu atteints ?*
10. *Le tabac limite-t-il le risque de contamination ?*
11. *Certains groupes sanguins sont-ils davantage protégés contre le virus ?*
12. *Pourquoi le virus mute ?*
13. *Un virus qui mute est-il forcément plus dangereux ?*
14. *Pourrait-on parler d'intelligence du virus ?*
15. *On a aujourd'hui plusieurs vaccins mais a-t-on trouvé des traitements efficaces contre le coronavirus ?*
16. *Après combien de temps guérit-on d'un COVID « léger » ?*
17. *À quoi doit-on faire attention quand on a déjà eu le COVID ?*
18. *Avec les nouveaux variants, ceux qui ont déjà fait le COVID risquent-ils de redévelopper la maladie ou une maladie un peu différente ?*
19. *Pourquoi ne pas avoir adopté la stratégie de l'immunité collective ?*
20. *Pourquoi ne pas confiner uniquement les personnes à risque ?*
21. *A-t-on surestimé le nombre de morts liés au COVID ?*





## **Partie 2** **Questions** **sur** **le vaccin**

21. *Comment a-t-on trouvé un vaccin aussi rapidement ?  
A-t-on respecté toutes les étapes ?*
22. *Comment fonctionne un vaccin à ARN messager ?*
23. *Est-on certains à 100% que cela ne modifiera pas notre ADN ?*
24. *Comment sont validés les vaccins ?  
Pourquoi n'a-t-on pas accès au vaccin chinois ?*
25. *Quelle est l'efficacité des vaccins autorisés en Belgique ?*
26. *Pourquoi faut-il continuer à porter le masque  
et à respecter les gestes barrières lorsqu'on est vacciné ?*
27. *Sait-on combien de temps le vaccin est efficace ?*
28. *Faudra-t-il le faire chaque année, comme le vaccin contre la grippe ?*
29. *Le vaccin est-il efficace contre les nouveaux variants ?*
30. *Quels sont les effets secondaires du vaccin ?*
31. *Est-il possible que des effets secondaires apparaissent à long terme ?*
32. *Le vaccin pourrait-il me rendre stérile ?*
33. *Quelles sont les contre-indications du vaccin ?  
Qui ne doit pas se faire vacciner ?*
34. *Le vaccin est-il compatible avec des problèmes de santé comme l'asthme, les problèmes cardiaques, le diabète, l'hypertension, les problèmes de thyroïde, ou le surpoids ?*
35. *Les personnes qui ont fait le COVID devront-elles se faire vacciner ?*
36. *Tous les vaccins se valent-ils ?  
Quels autres vaccins allons-nous recevoir ?*
37. *Pourrais-je choisir mon vaccin ?*



### **Partie 3**

## **Questions sur le processus de Vaccination**

- 38. Le vaccin est-il obligatoire ?  
Y a-t-il un risque qu'il le devienne ?*
- 39. Qui est prioritaire pour la vaccination ?*
- 40. Quand va-t-on sortir de cette pandémie ?  
Quand pourrais-je revoir mes amis ?  
Reprendre mes proches dans les bras ?*





## **Partie 1** **Réponses** **sur** **le virus**

### **1. Ça veut dire quoi COVID-19 ?**

*COVID-19 est un raccourci qui vient de « coronavirus », donc le nom du virus ; « disease », qui signifie maladie en anglais et « 19 » parce que c'est apparu en 2019. C'est d'ailleurs pour ça que l'académie française parle de la Covid-19 : c'est la maladie liée au coronavirus.*

### **2. Sait-on aujourd'hui d'où vient le virus ?**

#### **D'un animal ? D'un laboratoire ?**

*Non, on ne le sait pas exactement. Ce que l'on sait, c'est qu'il y a plein d'autres sortes de coronavirus que le COVID-19. En particulier, il y a eu deux autres souches de coronavirus qui étaient graves : le MERS et le SARS. Or, on sait qu'il existe un virus commun à tous ces coronavirus chez la chauve-souris, donc a priori, cela viendrait de là. Mais entre la chauve-souris et l'homme, il faut ce qu'on appelle un hôte intermédiaire, donc une espèce animale qui permette que le virus « s'y transforme » suffisamment que pour pouvoir infecter l'être humain. Au début, on disait que c'était le pangolin mais à l'heure actuelle, il y a moins de certitudes par rapport à cela. Aujourd'hui encore, il y a donc des équipes de chercheurs qui tentent de trouver ce « chaînon manquant ». Ainsi, on ne peut pas exclure à 100% la piste du laboratoire à Wuhan, où des chercheurs travaillaient sur des coronavirus. Cependant, la piste de la chauve-souris semble plus probable vu que l'on sait que, par le passé, des coronavirus sont passés de la chauve-souris à l'homme, sans pour autant qu'il y ait un laboratoire à côté !*

### **3. Tous les virus sont-ils endémiques ?**

*Endémique = qui sévit constamment dans un pays, dans une région.*

*Non, il y a des virus qui ont disparu, il y a des virus qui surviennent plutôt par vague épidémique. Vous savez par exemple que la grippe, vous n'allez pas la faire en été, en tout cas dans nos pays. Donc les virus, la plupart du temps, ils ont des cycles. Cela peut nous rendre optimistes : le COVID, à un moment donné, ce sera fini. Toutes les épidémies, les grosses épidémies, à un moment donné, se terminent. C'est un cycle. Alors, après une, deux, trois vagues ? C'est variable, mais à un moment donné, c'est comme ça, c'est en quelques sortes la loi des épidémies : ça finira par se terminer. Le problème qu'on a ici, c'est qu'on ne sait pas quand, surtout que c'est une pandémie avec un virus qui se transmet facilement et que, malheureusement, vous le constatez, quand ça va mieux d'un côté, sur*

*un continent, ça repart de l'autre. On ne sait pas quand, mais on peut se dire que dans l'histoire de la médecine, ça finit toujours, à un moment donné, par s'arrêter.*

#### **4. Quelle est la différence entre taux de contagiosité et taux de reproduction ?**

*C'est la même chose. La différence est théorique. Le taux de reproduction, qu'on appelle le R0, c'est quand on part du principe qu'il n'y a pas de mesures, pas de gestes barrières : une personne qui est malade, combien de personnes arrive-t-elle à contaminer ? Et donc, pour le COVID, on estime qu'une personne malade contamine 2 à 3 personnes plus ou moins. Pour vous donner un autre exemple, le R0 de la rougeole, c'est entre 15 et 18, donc c'est beaucoup plus contagieux. Le taux de reproduction est donc théorique. Maintenant, quand on met toutes les mesures qu'il y a, et c'est ce que vous voyez tous les jours dans les rapports Sciensano, on peut calculer, en fonction du nombre de personnes nouvellement malades par rapport au nombre de personnes déjà malades, ce qu'on appelle le RT, mais c'est aussi un taux de reproduction. Si on est à plus que 1, ça veut dire que l'épidémie va continuer, parce qu'une personne en infecte à chaque fois plus qu'une. Si on est à moins que 1, ça veut dire qu'on va moins transmettre le virus, et que donc, l'épidémie est en phase descendante.*

#### **5. Comment et où attrape-t-on le virus ?**

*Le coronavirus se transmet principalement d'une personne à l'autre : quand on parle ou quand on tousse, on crache de petites particules de salive, dans lesquelles se trouve le virus. Ainsi, la grande majorité des transmissions se font par ce qu'on appelle un contact rapproché : les gouttelettes de salive qui vont aller directement contaminer quelqu'un. C'est pour cela qu'il y a ces fameux gestes barrières comme le masque et la distanciation physique. On a aussi appris, au fur et à mesure de l'épidémie, que quand les espaces ne sont pas bien ventilés, aérés, de beaucoup plus petites gouttelettes restent en suspension dans l'air et peuvent aussi favoriser la transmission. Cela a été prouvé dans des études dans des restaurants ou des salles de congrès par exemple : une personne qui était malade à un endroit contamine une autre qui l'a attrapé quelques mètres plus loin. Donc le plus fréquent, c'est le contact rapproché, mais si on est à l'intérieur, si ce n'est pas bien aéré, ça peut favoriser une propagation du virus sur de plus longues distances.*

*Alors, pourquoi est-ce qu'on insiste tout le temps sur les mains ? Sur le fait qu'il faut se laver les mains ? C'est parce que quand vous parlez, quand vous toussiez, il va y avoir un petit peu de salive, un petit peu de gouttelettes qui risquent de contaminer les objets devant vous (Leila prenait l'exemple, en parlant, de son bureau et de son ordinateur mais cela pourrait aussi être un caddie de supermarché ou votre téléphone). Le virus ne passera pas à travers votre main, mais si vous allez toucher un objet contaminé, puis qu'ensuite, vous vous frottez les yeux, ou vous mettez votre doigt en bouche, et bien là, vous pouvez l'attraper. C'est un point commun à tous les virus qui se trouvent dans le nez ou dans la bouche, et c'est la même chose pour la grippe.*

#### **6. Quelle est la capacité du virus à survivre hors du corps humain ?**

*Assez rapidement, il y a eu pas mal d'études pour essayer de voir ça. On sait que le virus peut survivre quand même quelques heures ; certains ont même dit que, sur certains types de métaux, c'était quasiment trois jours. Le problème, c'est que cela a été mesuré la plupart du temps, dans des conditions de laboratoire, c'est-à-dire qu'ils projetaient une certaine quantité de virus et puis ils analysaient. Dans la vie courante, a priori, on estime que oui, le virus peut survivre durant quelques heures, mais il y a peu d'arguments pour penser qu'il survivrait quelques jours.*

*Par contre, c'est un peu différent dans les eaux usées par exemple. On peut retrouver du coronavirus dans les selles, quand on va aux toilettes et ça finit dans les eaux usées. Il y a des équipes de chercheurs qui ont analysé la quantité de virus dans les eaux usées, en particulier à Paris. Donc ça pourrait être un bon marqueur de l'avancée de l'épidémie. Mais ça ne veut pas pour autant dire que c'est la voie de contamination : la voie de contamination principale, ça reste la voie respiratoire, parce que c'est principalement un virus respiratoire.*

#### **7. Les personnes les plus précaires sont-elles plus à risque ?**

*Tout le monde peut être infecté par le coronavirus, ça, c'est clair ! Maintenant, les personnes qui vivent dans une situation de pauvreté sont plus à risque, pour deux raisons.*

*Premièrement, plus les personnes sont proches, plus elles vivent dans des espaces qui sont petits, plus elles ont de risque d'attraper le virus lorsqu'une personne est malade. Il a donc été démontré qu'effectivement, dans les quartiers où la densité de population est plus importante, dans les grandes villes où les conditions de vie sont plus compliquées, c'est en général là qu'il y a le plus de personnes malades.*

*De plus, les personnes qui font des formes sévères et doivent aller à l'hôpital, ce sont des personnes qui, la plupart du temps, sont âgées ou ont d'autres maladies : de l'hypertension, du diabète, une surcharge pondérale. Et malheureusement, il y a une certaine corrélation, un lien entre ces maladies-là et certains facteurs socio-économiques, comme la précarité.*

*Bref, les personnes qui vivent dans des conditions moins favorables ont, au final, plus de risques à la fois d'attraper le virus, mais aussi de développer des complications, des formes plus sévères de la maladie.*

### **8. Les femmes enceintes sont-elles particulièrement à risque si elles attrapent le virus ?**

*Le problème pour les femmes enceintes se pose surtout en fin de grossesse. Effectivement, en fin de grossesse, il y a quand même un certain risque : en particulier, un risque ou de faire des formes plus sévères, ou d'accoucher prématurément. Donc pas en début de grossesse mais plutôt en fin de grossesse, et ça c'est quelque chose qui était méconnu au début de la pandémie. Il y a eu beaucoup de cas qui ont été rapportés, en particulier aux Etats-Unis, donc maintenant, on sait que c'est lié à un effet hormonal, avec une chute des hormones en fin de grossesse. Or, ces hormones auraient un effet bénéfique sur l'immunité.*

### **9. Comment explique-t-on que les enfants sont aussi peu atteints ?**

*Il y a plein d'hypothèses, mais pas encore de vérité absolue. Ce qu'on pense, c'est que, le virus, quand il rentre dans notre organisme, il doit s'accrocher à un récepteur ; il doit en quelque sorte trouver la serrure. Les enfants ont moins de cette serrure-là, c'est l'une des hypothèses évoquées. Il faut savoir également qu'il y a d'autres coronavirus et que le « bête » rhume, par exemple, est lié à un coronavirus. Vous savez que les enfants sont souvent malades, ils ont donc souvent des coronavirus, donc certains émettent l'hypothèse que c'est peut-être ce qu'on appelle une immunité croisée : le système des enfants reconnaît donc mieux et se défendrait mieux contre le coronavirus. Donc voilà, il y a différentes hypothèses. Après, il faut savoir que l'inverse peut également arriver : un virus comme le RSV (Virus Respiratoire Syncytial) est beaucoup plus sévère chez les enfants, en particulier les petits enfants, alors que chez les adultes, il ne provoque quasiment rien.*

### **10. Le tabac limite-t-il le risque de contamination ?**

*Il y a effectivement des publications qui ont montré que la nicotine aurait éventuellement un effet protecteur mais - et il faut bien retenir le « mais » ! - il ne faut pas uniquement se focaliser sur ça, car les gens qui ont des poumons abîmés, les BPCO liés au tabac, risquent par contre de faire des formes de COVID qui sont plus sévères ! Donc il ne faut pas faire le raccourci et se dire « si je fume, je vais être mieux, ou moins à risque ».*

### **11. Certains groupes sanguins sont-ils davantage protégés contre le virus ?**

*En effet, les personnes qui ont le groupe sanguin O+ sont plus protégées. On a aussi constaté que les personnes qui étaient O faisaient moins de formes sévères par rapport aux personnes qui avaient le groupe A. Mais moins, ça ne veut pas dire pas du tout ! Il y a plein de recherches assez intéressantes pour essayer de voir quel est le lien entre l'immunité et le groupe sanguin. La grande question, c'est justement de comprendre ce qui permettra d'emblée de dire à quelqu'un : « toi, tu vas faire une forme tout à fait bénigne de la maladie, il n'y a pas de soucis, on ne s'inquiète pas ; mais toi, par contre, il va falloir qu'on te surveille plus ou qu'on te traite plus rapidement, parce que tu vas faire une forme sévère ». Parce qu'en général, ce n'est pas dans les deux ou trois premiers jours que ça ne se passe pas bien : quasiment toutes les personnes qui sont hospitalisées viennent en général une semaine après le début des symptômes. Et donc, durant la première semaine, on ne sait pas vraiment dire qui va bien aller et qui, à un moment donné, va se dégrader. C'est pour cela qu'il y a des recherches sur les groupes sanguins, plein d'analyses génétiques, pour essayer de comprendre pourquoi certaines personnes passent à travers et pourquoi, malheureusement, certaines se retrouvent intubées, sous ECMO ou décèdent rapidement.*

### **12. Pourquoi le virus mute ?**

#### **Un virus qui mute est-il forcément plus dangereux ?**

*Il faut savoir que tous les virus mutent, tous ! Pourquoi ? Parce qu'un virus, quand il se répète, se multiplie, il commet des erreurs. Donc, tous les virus mutent, c'est une caractéristique des virus et il y a probablement des milliers de mutations pour le coronavirus. Pourtant, le coronavirus mute un petit peu moins que, par exemple, le virus de la grippe (d'où le fait que le vaccin de la grippe est différent chaque année).*

*Maintenant il faut savoir que le virus n'a pas intérêt à muter de façon trop importante : son but, au virus, c'est d'infecter les gens. Donc si à un moment donné, il y a une mutation qui lui permet de moins bien infecter les gens,*



*en général, ce n'est pas ce virus-là qui va le plus se multiplier.*

*Si le virus essaie d'aller contaminer le plus facilement possible, ça ne signifie cependant pas qu'il est forcément plus dangereux. Pourquoi ? C'est un peu spécial mais si tout le monde meurt à cause d'un virus... le virus meurt aussi parce qu'il a besoin de l'être humain pour se multiplier. Donc le virus essaie toujours de trouver un juste équilibre entre infecter plein de gens mais ne pas être trop dangereux non plus, parce que s'il est trop dangereux, à un moment donné, il ne saura plus se multiplier.*

*Donc les virus dont on parle beaucoup à l'heure actuelle, en particulier celui d'Afrique du Sud et celui d'Angleterre, ce sont des virus qui justement ont trouvé « la bonne astuce » parce qu'on pense que les mutations qu'ils ont acquises leur permettent de se transmettre plus facilement. Mais ce n'est pas pour autant qu'ils sont plus dangereux lorsqu'on est contaminé. Par contre, il est vrai que si le virus se transmet plus facilement et donc, qu'il contamine beaucoup plus de personnes, alors il y aura plus de gens malades. En Angleterre, on voit effectivement que le nombre de cas augmente de façon très importante et le nombre d'hospitalisations aussi.*

### **13. Pourrait-on parler d'intelligence du virus ?**

*Je ne sais pas si on peut parler d'intelligence, nous dit Leïla Belkhir, mais c'est en tout cas une caractéristique de quasi tous les virus : c'est de choisir ce qui leur permet de se multiplier le plus possible. Prenons l'exemple du VIH, le virus du SIDA. C'est aussi un virus qui mute énormément. Il y a parfois ce qu'on appelle des mutations qui sont liées à des médicaments qui sont prescrits et qui donnent un désavantage au virus, il se multiplie un petit peu moins bien. Mais en général, ces souches-là, ce ne sont pas celles qui vont se retrouver en majorité chez le patient. Donc vraiment, le virus, quand il mute, quand il se transforme, la souche qui va rester, c'est en général celle qui a vraiment acquis le plus de facilités pour infecter. Après, c'est une loi qui a ses limites aussi. Comme je vous le disais, toutes les épidémies ont une fin, parce que c'est aussi comme ça au niveau épidémiologique : à un moment donné, ça finit par diminuer.*

*Parmi les virus du rhume par exemple, il y a 4 coronavirus que l'on connaît. On pense qu'un d'entre eux a été responsable, il y a plus ou moins deux siècles, d'une grosse épidémie, avec énormément de personnes qui sont décédées. Au final, le virus a muté, et maintenant, il n'est plus du tout dangereux vu qu'il donne un rhume, mais il se transmet très bien. Donc le but premier du virus, ça n'est pas de tuer.*

*Prenons un dernier exemple : Ebola. Avec Ebola, la mortalité est beaucoup plus importante : c'est pratiquement une personne sur deux qui décède, mais ça provoque des épidémies locales, ça n'a jamais provoqué de pandémie parce que, justement, c'est, de façon caricaturale, un équilibre entre « tuer ou se multiplier ».*

### **14. On a aujourd'hui plusieurs vaccins mais a-t-on trouvé des traitements efficaces contre le coronavirus ?**

*Dès le début de l'épidémie, il y a eu deux pôles de recherche en parallèle partout dans le monde : des équipes se sont intéressées au vaccin, afin de prévenir la maladie ; d'autres ont cherché un traitement pour faire en sorte que les gens malades guérissent et qu'il y ait le moins de morts possible. Il est donc erroné de croire que tous les efforts ont été mis dans le vaccin.*

*Pour trouver un traitement, l'idée première était de se dire : c'est un coronavirus, on a déjà eu deux plus petites épidémies liées à ce type de virus, que sait-on des molécules qui existent déjà et qui sont actives sur le virus ? On a donc testé plusieurs molécules : l'hydroxychloroquine, dont on a tous entendu parler, mais également la colchicine, l'aspirine, l'ivermectine ... Mais pour l'instant, la seule molécule, la seule, qui a vraiment montré un bénéfice, en réduisant la mortalité des patients qui sont hospitalisés, c'est une très vieille molécule qu'on appelle la dexaméthasone.*

*La dexaméthasone est de la cortisone. Mais alors, pourquoi traite-t-on un virus avec une molécule qui vise à diminuer l'inflammation ? La particularité du Covid, c'est qu'il y a deux phases. Lorsqu'on attrape le virus et qu'il se multiplie en nous, la majorité des personnes ne va rien sentir (les asymptomatiques) ou se sentir un peu malade, mais sans complications. Par contre, environ une personne sur 5 va malheureusement se retrouver à l'hôpital plus ou moins 7 jours plus tard. Pourquoi ? Parce qu'en fait, les plus gros problèmes ne sont pas provoqués par le virus en tant que tel, mais par toute la réaction inflammatoire. Notre corps, quand il est en contact avec un virus, une bactérie, il se défend, mais dans ces cas-ci, ce qu'on a pu constater, c'est que notre organisme se défend trop. C'est comme si son armée se retournait contre lui, il y a une réaction inflammatoire qui est beaucoup trop importante. C'est ce qui explique que la Dexaméthasone, qui diminue l'inflammation, permet clairement de réduire la mortalité. Aujourd'hui, c'est le traitement qui est donné à tous les patients hospitalisés, partout dans le monde.*

*A côté de cela, il y a encore plein d'études en cours avec d'autres médicaments. Un des dangers, à l'heure actuelle,*



*c'est que l'information circule tellement vite, et en particulier sur les réseaux sociaux, qu'il y a un effet d'emballage dès qu'un médicament donne des premiers, « petits » résultats. Or, il faut savoir que tous les médicaments ont des effets secondaires, tous. Le rôle d'un médecin c'est de soigner, et on dit toujours « primum non nocere » : il faut d'abord ne pas nuire au patient. Et donc tout l'effet d'emballage qu'il y a eu avec l'hydroxychloroquine, on aimerait bien ne plus le revivre, et donc agir de façon pragmatique, sereine, et se dire que si on prescrit un médicament, c'est qu'on est sûr qu'a priori, on va apporter quelque chose au patient et qu'on ne risque pas de lui provoquer un effet secondaire.*

### **15. Après combien de temps guérit-on d'un « COVID léger » ?**

*Ce qui est très interpellant avec le COVID, c'est que les tableaux cliniques sont extrêmement différents. Les COVID dits légers, donc les gens qui ne viennent pas à l'hôpital, représentent quand même quasiment 80% des personnes qui contractent le virus. Certains ont juste ce qu'on appelle l'agueusie, donc la perte de goût, un petit peu de fièvre mais leur état général est bon. Mais on estime quand même qu'environ un tiers des personnes vont garder pendant plusieurs semaines ou de la fatigue, ou des difficultés respiratoires. Certains se plaignent aussi de douleurs thoraciques, donc même dans les formes légères, ça n'est pas si anodin que ça. On a pu montrer qu'après quelques semaines, voire parfois trois mois, il y avait quand même un certain nombre de personnes qui gardaient des séquelles, par forcément des séquelles qui sont graves, mais en tout cas qui sont désagréables et compromettent le confort de vie quotidien.*

*Mais il y a vraiment tous les tableaux : il y a des gens qui vont être complètement asymptomatiques ; il y en a qui vont avoir juste de la fatigue avec un pic de fièvre et puis ça passe ; il y en a pour qui ce n'est que la manifestation perte de goût/perte d'odorat ; et puis il y en a certains qui vont trainer comme ça des symptômes pendant plusieurs semaines ; et d'autres aussi qui disent qu'ils ont eu l'impression d'avoir comme un rouleau compresseur contre eux, donc vraiment une grosse, grosse fatigue et qu'ils ont du mal à récupérer.*

### **16. À quoi doit-on faire attention quand on a déjà eu le COVID ?**

*Quand on a fait le coronavirus, a priori, on estime qu'on est immunisé, qu'on est protégé pendant quelques mois quand même, donc on n'est plus censés refaire la maladie.*

*On pense que l'immunité est d'au moins de 6 voire 8 mois. Il faut tout de même se rappeler qu'on n'a un recul que depuis janvier, depuis un an. Au plus le temps avance, au plus des chercheurs montrent que soit on garde des anticorps, soit, même si on ne garde pas les anticorps, ce qu'on appelle les lymphocytes des globules blancs gardent la mémoire, l'immunité. Donc, vraiment, a priori, on estime qu'on est tranquille en moyenne 6 mois.*

*Mais (parce qu'il y a toujours un « mais » avec le COVID), il y a quand même des cas de réinfection. C'est décrit et, personnellement, j'en ai vu aussi : des gens qui avaient un résultat positif en mars/avril, qui ont été mieux, qui ont refait des symptômes vraiment typiques et chez qui on a retrouvé le coronavirus. Et pas juste un petit peu : quand on mesure la quantité de virus, c'est vraiment une quantité très importante ! Donc il y a des gens, c'est une minorité, c'est très rare, mais il y a des gens qui le refont. Le problème, c'est que ces exceptions, à nouveau, on ne sait pas qui cela concerne, on n'a pas de marqueur qui permette de dire « tu risques de refaire une infection ». C'est la raison pour laquelle, à l'heure actuelle, on dit que même si on va chez quelqu'un, ou que l'on rencontre quelqu'un qui a déjà fait le coronavirus il faut garder les gestes barrières. Je sais qu'on n'aime pas entendre ça, mais malheureusement, pour l'instant, tant qu'il n'y a pas suffisamment de gens vaccinés, on est censés quand même limiter le risque de transmission.*

### **17. Avec les nouveaux variants, ceux qui ont déjà fait le COVID risquent-ils de redévelopper la maladie ou une maladie un peu différente ?**

*À priori, les nouvelles mutations ne provoquent pas de pathologie différente, et donc le tableau clinique, le type de maladie est similaire. La mutation, elle porte sur ce qu'on appelle la protéine S, c'est ce qui donne au coronavirus sa forme de couronne. Mais les mutations ne portent pas suffisamment que pour la transformer complètement. Il y a des laboratoires qui ont déjà essayé de mettre ce nouveau virus mutant avec les anticorps de personnes qui ont déjà fait la maladie, ou de personnes qui ont été vaccinées. A l'heure actuelle, ça fonctionne, donc ça veut dire que l'immunité que l'on a développée, que ce soit par le vaccin ou naturellement, fonctionne également contre le nouveau variant. Mais je dis bien « pour l'instant » ... On a déjà eu tellement de surprises depuis le début de cette pandémie.*

## **18. Pourquoi ne pas avoir adopté la stratégie de l'immunité collective ?**

*La réponse est avant tout collective. Vous l'avez toutes et tous vu, et Leïla Belkhir l'a vécu : les hôpitaux ont été complètement dépassés, lors de la première et de la seconde vague. Imaginez, donc, si à aucun moment on n'avait fermé les vannes, limité les contacts ? « En Belgique, on est à 20.000 morts liés au COVID, donc si on n'avait rien fait pour contrôler, je n'ose imaginer le nombre de décès qu'on aurait eus », nous dit Leïla Belkhir.*

*L'immunité collective, c'est un concept qui a été créé pour parler de vaccination, et ça n'a jamais été de dire « on laisse une maladie se propager naturellement et on voit ce qu'elle fait ». Alors, bien sûr, au plus il y a de gens qui sont immunisés, au mieux c'est, mais la question est de savoir : à quel prix ? Même les pays qui, au départ, étaient en faveur de cette stratégie, ont fait marche arrière. Il suffit de calculer le nombre de personnes qui risquent de décéder pour se rendre compte que ce serait beaucoup trop important.*

*En Belgique, la Croix-Rouge a analysé les échantillons des donneurs de sang et le nombre d'anticorps, pour estimer qui a été en contact avec le virus : ainsi, l'immunité de la population belge, aujourd'hui, serait à peine de 14% (26% à Bruxelles). Quand vous savez à quel point les hôpitaux ont été remplis, noyés, débordés, si vous regardez le nombre de décès... et que vous imaginez qu'on ait laissé aller l'immunité pour atteindre 50% ou 70%, ça aurait juste été catastrophique !*

*La seule zone où il y a l'immunité collective, c'est au Brésil, à Manaus. Or, quand on regarde le nombre de décès qu'ils ont eu, proportionnellement à la population, c'est vraiment énorme !*

*Éthiquement, on ne peut pas accepter ça !*

*Quand on parle même d'immunité collective, et tout ce concept-là, on ne se rend pas compte du prix à payer. Je suis d'accord aussi qu'il ne faut pas tout focaliser sur le COVID, vraiment pas ! Je me rends bien compte de tous les impacts et tous les dégâts collatéraux que ça a. Mais au niveau hospitalier, on a vraiment vécu un drame. Je n'ai jamais vu autant de personnes décéder en dix mois qu'en dix ou même seize ans ! Donc humainement, c'est terrible. Surtout au début, lors de la première vague, lorsqu'on interdisait complètement les visites. Il y a des gens qui sont morts quasi seuls. Ça a complètement traumatisé tant les familles que, réellement, les soignants, nous ! Il y a des scènes que je n'oublierai jamais !*

## **19. Pourquoi ne pas confiner uniquement les personnes à risque ?**

*C'est une des hypothèses qui a été discutée, soulevée. D'un point de vue théorique, c'est vrai qu'on pourrait se dire : « ok, ce sont surtout les personnes âgées et les personnes qui ont des facteurs de risque qui vont développer la maladie, donc on va les protéger ». Le problème, c'est que réellement, dans la société, c'est très difficile de les isoler complètement ! Il y a des facteurs de risque que l'on connaît très bien : l'âge, le diabète, l'obésité, le risque de maladie cardio-vasculaire, mais on a montré que 15% des personnes qui font des formes sévères n'ont aucun de ces facteurs de risque. Et ce n'est quand même pas rien, 15% ! Ils ont un problème au niveau de leur immunité, c'est quelque chose qui est génétique et qu'on ne sait pas détecter à l'avance.*

*Donc, imaginons que les personnes âgées restent de côté, tous les diabétiques, toutes les personnes qui sont en surpoids, hypertendues : ça représente quand même déjà beaucoup de gens dans la population. Les patients hypertendus, c'est quand même très fréquent en Belgique. Combien de personnes sont en surpoids ? Est-ce qu'on est prêt à se dire qu'on les met de côté, et le reste, « vivez comme vous voulez »... en sachant que, parmi ceux-là, il y aura quand même 15% qui vont faire des formes sévères et qui risquent de mourir ? Donc en théorie, oui, mais en pratique, c'est quasi impossible.*

*De plus, cet été, on a entendu des discours du type « laissons les jeunes vivre, et il ne se passera rien par rapport aux personnes âgées ». Et en fait, ça a été montré, on l'a vécu en Belgique : à la fin de l'été, il y avait beaucoup de gens qui étaient contaminés, et c'est vrai que c'était en particulier les jeunes, mais ça a fait tache d'huile et ça a fini par atteindre les personnes à risque.*

*Ça reste exceptionnel et le but n'est pas non plus de faire peur à la population, mais on a aussi eu des gens de 20, 25, 30 ans, à l'hôpital, entubés, sous ECMO. Il faut savoir qu'aux soins intensifs, c'est rarement les personnes de 85 ou 90 ans qu'on retrouve. Ce sont en général des personnes de 60-65 ans, voire 40-45 ans. Et donc, effectivement, parmi ces personnes, beaucoup ont un facteur de risque, mais il y en a aussi pour qui il n'y avait rien, rien de visible ! Il y a encore beaucoup d'inconnues sur le virus ! On ne sait pas encore à l'heure actuelle précisément dire « telle personne va faire une forme sévère, une complication, telle autre pas ».*



## **20. A-t-on surestimé le nombre de morts liés au COVID ?**

*Je ne sais pas ce qui se passe partout ailleurs, moi je vais vous donner le vécu de l'hôpital.*

*Je ne vais pas mentir, il y a des gens qui sont rentrés à l'hôpital pour autre chose, et chez qui il y avait une PCR positive, et qui ont été, effectivement, admis en unité COVID. Pourquoi ? Parce que, dans les unités COVID, les mesures d'hygiène sont beaucoup plus strictes. Donc c'est pour éviter que la personne, même si elle rentre à l'hôpital pour autre chose, n'aille infecter d'autres patients, d'autres soignants, dans d'autres unités. Mais ce que je peux vous dire, c'est que c'est de façon exceptionnelle que des personnes qui rentraient pour une autre pathologie, et qui étaient COVID, ont effectivement été comptabilisés comme décès liés au COVID. Honnêtement, c'est rarissime, exceptionnel.*

*Alors je sais que dans les maisons de repos, il y a eu toute la problématique, principalement durant la première vague, de toutes les personnes qui sont décédées et qu'on a attribué au COVID « par extension », parce qu'il y avait des cas dans la maison de repos. Je suppose que des statisticiens ou des mathématiciens pourraient calculer ce qu'on appelle la marge d'erreur, mais ce n'est pas la majorité, vraiment pas !*

*Quand j'entends ou vois, sur les réseaux sociaux, que les unités COVID sont pleines de gens qui n'ont pas de problèmes respiratoires, c'est faux ! C'est réellement faux. D'ailleurs, la preuve en est, à Ottignies, durant la deuxième vague, ils ont eu un gros stress parce qu'il y avait tellement d'oxygène qui était pris dans toutes les unités qu'ils ont eu une panne, ils ont dû faire venir, en urgence, des camions avec de l'oxygène liquide. Donc il faut parfois mettre en doute : si tout le monde avait triché, ça voudrait dire quoi ? Que c'est un complot dans le monde entier ? Qui y gagnerait ? L'économie est par terre, les hôpitaux sont épuisés, les gens – vous, moi – on en a ras-le-bol. Je ne connais pas quelqu'un qui soit satisfait de cette situation, vraiment pas. Alors, je sais que certains disant que quand une personne décède du COVID, il y a une prime. Ce n'est pas vrai : il n'y a pas de prime !*

*Je pense qu'il y a une marge d'erreur, oui. Je sais que dans les maisons de repos, ou même certains médecins traitants ont parfois déclaré des décès COVID par supposition alors que ce n'était pas le cas. Oui, c'est vrai, mais ça ne représentera quand même jamais la majorité des faits réels qu'on a vus. La grande majorité des gens qui sont venus à l'hôpital pour COVID sont des gens qui avaient besoin d'être soignés, avaient besoin d'oxygène et ceux qui sont décédés aux soins intensifs, ils sont décédés de ça. Je vous le dis, moi, j'ai vu beaucoup de décès de personnes, en particulier âgées ou qui avaient d'autres pathologies, qui sont mortes d'une insuffisance respiratoire : les poumons ne fonctionnaient plus. Dans le meilleur des mondes, il ne faudrait déclarer un décès COVID que si on est sûrs à 100% et je sais que ça n'a pas toujours été le cas, mais même si on enlevait tous ces gens-là, ça ne corrigera que partiellement le nombre de décès qu'il y eu.*



## Partie 2 Réponses sur les vaccins

**Dans cette partie, nous parlons principalement de deux vaccins, le Pfizer et le Moderna, qui sont les deux vaccins actuellement autorisés en Belgique. Ce sont tous les deux des vaccins à ARN messenger.**

### 21. Comment a-t-on trouvé un vaccin aussi rapidement ?

#### A-t-on respecté toutes les étapes ?

*C'est la question la plus fréquente, et c'est une question qui est tout à fait légitime. La réponse est oui, toutes les étapes ont été respectées. Comment, alors, a-t-on été si vite ? Il y a plusieurs explications.*

- Premièrement, le partage rapide des informations sur le virus entre scientifiques du monde entier a permis de faire les premières études dès le mois de mars.*
- Deuxièmement, les différentes phases de tests des vaccins ont été respectées, mais elles se sont largement chevauchées, ce qui a accéléré le processus. En effet, quand on fait une étude sur un vaccin, il y a trois phases : on étudie d'abord sur les animaux, puis on étudie sur un petit échantillon de personnes, d'êtres humains et enfin, on étudie sur beaucoup d'êtres humains, c'est ce qu'on appelle la grande phase 3. D'habitude, ces phases-là ne se chevauchent pas : on fait une phase 1, pendant X semaines, X mois, on prend le temps d'étudier, d'analyser les résultats, et seulement après, on commence la phase 2 et ainsi de suite. Etant donné l'urgence de la situation et les financements disponibles, les compagnies pharmaceutiques ont testé, dès le départ, plusieurs vaccins en parallèle. Ils ont commencé la phase 1, ça a fonctionné pour tel type de vaccin, ils ont directement lancé la phase 2. Dès que la phase 2 a commencé à montrer des résultats de sécurité et d'efficacité, en parallèle, ils ont commencé la phase 3.*
- L'autre caractéristique importante, c'est que comme c'est une pandémie, il y a eu très rapidement énormément de patients volontaires pour tester le vaccin. Dans les études de vaccins, en général, c'est sur plusieurs années qu'on arrive à avoir 2000 ou 3000 patients. Ici, en quelques mois, il y a eu 40.000 volontaires dans une étude, 30.000 dans l'autre ! Ce sont les études où il y a eu le plus de personnes dans la phase 3 pour des vaccins !*
- Une autre caractéristique très importante, c'est que d'habitude, on attend que toute la phase se termine, qu'on analyse les résultats – et ça, ça prend parfois des mois – et c'est seulement à ce moment-là qu'on fait les demandes d'autorisation à ce qu'on appelle la FDA pour les Etats-Unis et l'EMA pour l'Europe. Ici, ça n'a pas été le cas : les entreprises pharmaceutiques devaient donner des résultats tous les mois. Donc tous les mois, ils donnaient leurs résultats et donc tout a été analysé en continu et tout le temps. Il y a eu une accélération de tout ce qui était administratif*



• Et puis, c'est vrai, il y a eu un investissement d'argent qui a été énorme ! Tout le monde dit que la technique

ARN est nouvelle : il faut savoir qu'elle est connue depuis plus de dix ans et qu'on a des anciennes études, en particulier le vaccin contre la rage, avec l'ARN messenger, mais il n'y a jamais, jamais eu personne qui a investi autant d'argent pour que tout puisse fonctionner comme ça ! Les entreprises pharmaceutiques ont aussi commencé les chaînes de fabrication des vaccins avant même la fin des résultats. Donc ça a vraiment été un pari pour chaque entreprise qui s'est lancée, et le pari gagnant, pour l'instant, c'est effectivement Pfizer et Moderna.

## 22. Comment fonctionne un vaccin à ARN messenger ?

Quand on attrape le Coronavirus, on attrape tout l'ARN du virus, ce qui va provoquer plein de réactions, allant jusqu'à des complications comme des pneumonies et le décès chez certains patients. Ici, la technique du vaccin ARN messenger, c'est de ne choisir qu'une toute petite partie de l'ARN du virus, celle qui code, qui donne le mode d'emploi de fabrication de la protéine Spike (ou protéine S). Cette protéine est la « clé » d'entrée du virus dans nos cellules.

Dans le vaccin, c'est donc vraiment un tout petit bout de l'ARN du virus qui est reproduit : juste ce dont on a besoin pour que notre immunité puisse reconnaître cette protéine S et la combattre. C'est donc moins dangereux que d'attraper le virus, puisqu'on va provoquer une réaction de notre immunité, contre juste cette protéine S, mais on ne va pas provoquer tous les dégâts que l'on connaît qui sont liés au virus.

## 23. Est-on certains à 100% que cela ne modifiera pas notre ADN ?

Est-ce qu'on est certains à 100% par rapport à ça ? Oui ! Oui, oui, oui et on peut vraiment le redire ! Oui ! Et ceux qui vous disent l'inverse, et bien malheureusement, là, pour le coup, ils ne disent pas la vérité. Pourquoi ? Notre ADN, il faut imaginer ça comme un mode d'emploi. Et effectivement, notre ADN, pour fabriquer toutes nos protéines passe par l'étape de l'ARN messenger. C'est comme si vous preniez un livre et que vous en faisiez une photocopie, et que cette photocopie-là, elle va servir à la fabrication de choses. Mais la photocopie, quand vous l'avez faite, vous ne pouvez pas la remettre dans le livre ! Ce n'est pas possible ! C'est la même chose : dans nos cellules, quand on fabrique de l'ARN messenger, il va aller à la petite usine qu'on appelle des ribosomes et fabriquer les protéines, mais il ne sait pas retourner dans le noyau, dans notre noyau, qui contient l'ADN. L'ARN messenger qui est injecté par le vaccin n'a donc pas la possibilité d'entrer dans le noyau de nos cellules, qui contient l'ADN.

De plus, il y a aussi eu des études sur les êtres humains avec des vaccins ARN pour lesquels on a un recul de plusieurs années, et pour lesquels, à l'heure actuelle, encore maintenant, plusieurs années après, tout se passe bien.

## 24. Comment sont validés les vaccins ?

### Pourquoi n'a-t-on pas accès au vaccin chinois ?

Heureusement, il y a des règles éthiques : on ne peut donner des traitements ou des vaccins aux gens que si une autorité indépendante a validé. Ce sont donc des scientifiques et des médecins, qui n'ont aucun lien avec l'industrie pharmaceutique, qui, sur base des données qu'ils reçoivent, disent « ok, ce médicament-là, ce vaccin, il apporte un bénéfice, comparé aux effets secondaires ». Parce que tous les médicaments ont des effets secondaires, ça, on ne va pas se mentir ! Même quand vous prenez du Dafalgan parce que vous avez mal à la tête, on voit parfois des gens qui sont hospitalisés sur des hépatites, donc des inflammations du foie, liées au Dafalgan.

Donc ces fameuses autorités, la FDA (Food and Drug Administration) aux Etats-Unis et l'EMA (European Medicine Agency) en Europe, quand ils valident, quand ils donnent l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament, c'est quand ils ont estimé que l'avantage était largement supérieur aux désavantages. Nous les médecins, on ne peut prescrire un médicament que s'il est reconnu par ces autorités. Que ce soit le vaccin russe ou le vaccin chinois, ils sont reconnus dans leurs pays, par leurs autorités, mais ils n'ont pas d'autorisation pour être administré chez nous. La raison, elle est aussi simplement là : le vaccin chinois n'est pas validé par nos autorités.

## 25. Quelle est l'efficacité des vaccins autorisés en Belgique ?

Pour l'instant, le Pfizer et le Moderna, qui sont les deux vaccins à ARN messenger et autorisés chez nous, sont les meilleurs en terme de résultat : 94% d'efficacité pour l'un, 95% pour l'autre. L'OMS avait estimé que si un vaccin avait 50 à 60% d'efficacité, ce serait très bien. Mais honnêtement, on était vraiment heureux, nous les infectiologues, quand on a eu les premiers résultats, où on a vu que le premier vaccin donnait plus de 90% d'efficacité ! C'est extraordinaire, en un an, d'avoir un vaccin qui soit si efficace, qui ait réellement peu d'effets secondaires ! Réellement ! Il faut vraiment voir ça comme une avancée qui est extraordinaire !

## 26. Pourquoi faut-il continuer à porter le masque et à respecter les gestes barrières lorsqu'on est vacciné ?

*Les puristes vont vous dire que c'est parce qu'on n'a pas étudié l'effet du vaccin sur le portage du virus, donc on ne sait pas dire si le vaccin empêche le portage, et donc la transmission du virus. Leïla Belkhir est plus nuancée : on sait que lorsqu'il y a beaucoup de gens qui sont vaccinés, le virus va circuler beaucoup moins. C'est le but. Et donc oui, il y a, un moment donné, où clairement, on pourra se passer du masque, c'est quand même le but : de retrouver une vie normale ! On sait aussi que si vous êtes vacciné, vous avez moins de risque, moins de chance de faire une forme sévère. Or, les gens qui sont fortement malades, ceux qui ont beaucoup de fièvre, par exemple, ils crachent beaucoup plus de virus. Donc, a priori, si on est vacciné, on a très peu de risque, de chance de devenir malade ; donc on a très peu de risque de transporter le virus, ou si on le transporte, a priori, ce serait en quantité très faible. Le problème, c'est qu'on va avoir cette zone intermédiaire, avec des gens vaccinés, des gens pas vaccinés, et donc oui, au début, il faudra continuer les gestes barrières jusqu'à ce qu'on arrive à une immunité suffisante pour que le virus « s'écrase » complètement et qu'on puisse enfin – parce que je pense que ça n'amuse personne de porter le masque – revivre simplement, revoir les gens, etc. C'est vraiment le but, c'est de reprendre une vie normale.*

## 27. Sait-on combien de temps le vaccin est efficace ?

*La phase 3 de l'étude de Pfizer a commencé au mois de juillet, et nous ne sommes qu'au mois de janvier. On n'a donc le recul que depuis quelques mois. Les données qui ont été analysées et publiées affirment que l'immunité est d'au moins 3 mois. Mais, a priori, si l'immunité naturelle est au minimum de 6 ou 8 mois, et sachant que la réponse immunitaire qui est induite par le vaccin est assez puissante, ce n'est pas déraisonnable de se dire que ce sera efficace au minimum 6 voire 8 mois... Certains immunologistes disent même au moins un an. Mais il n'y a que le temps pour l'affirmer à 100%, c'est le temps qui nous le dira. Toutes les personnes qui ont été vaccinées dans ces études sont suivies : elles continuent à avoir des prises de sang régulièrement, et donc, au plus les semaines et les mois vont avancer, au plus on va avoir des informations à ce sujet.*

## 28. Faudra-t-il le faire chaque année, comme le vaccin contre la grippe ?

*C'est très difficile à dire parce qu'il y a des virus qui finissent par disparaître. Par exemple, lors de l'épidémie SARS de 2003, le virus a disparu tout seul et en faisant beaucoup moins de morts (plus ou moins 700 morts). Mais, aujourd'hui encore, on ne sait pas exactement ce qui s'est passé.*

*Ici, du fait qu'on introduit le vaccin et qu'au final, il y aura quand même eu beaucoup de personnes qui ont été contaminées, on peut se dire que, dans un an, il n'y aura peut-être quasiment plus de coronavirus. Mais au pire, si le virus circule encore, on peut en effet imaginer un schéma de type grippe...*

## 29. Le vaccin est-il efficace contre les nouveaux variants ?

*Pour l'instant, les premières études semblent montrer que le vaccin est efficace face aux variants connus. De plus, la technique de l'ARN messenger a un avantage important face à ces mutations. En effet, pour ceux qui savent le faire, fabriquer de l'ARN est relativement facile. Si, à un moment donné, le virus mutait fortement, au point qu'il serait complètement différent, « il suffirait » de changer, de fabriquer un ARN un peu différent, permettant de créer une immunité contre cette souche différente de virus.*

*La mutation porte sur ce qu'on appelle la protéine S, c'est ce qui donne au coronavirus sa forme de couronne. Mais les mutations ne portent pas suffisamment que pour la transformer complètement. Il y a des laboratoires qui ont déjà essayé de mettre ce nouveau virus mutant avec les anticorps de personnes qui ont déjà fait la maladie, ou de personnes qui ont été vaccinées. A l'heure actuelle, ça fonctionne, donc ça veut dire que l'immunité que l'on a développée, que ce soit par le vaccin ou naturellement, fonctionne également contre le nouveau variant. Mais je dis bien « pour l'instant » ... On a déjà eu tellement de surprises depuis le début de cette pandémie !*

## 30. Quels sont les effets secondaires du vaccin ?

*A court terme, ce qu'on a constaté, c'est des effets secondaires similaires à la majorité des vaccins : la plupart du temps, c'est une douleur au niveau du site d'injection. Certaines personnes développent aussi de la fièvre dans les deux jours qui suivent. Certains vont se sentir un petit peu moins bien, fatigués. Donc, effectivement, il y a un certain nombre de personnes qui vont développer des effets secondaires, mais ce sont des effets secondaires qui sont tout à fait bénins ; pour lesquels on conseillera de prendre du Dafalgan, par exemple, si on a trop mal.*

*Il n'y a pas encore, à l'heure actuelle, d'effet secondaire grave qui soit survenu dans les mois qui ont suivi. Donc*



*je rappelle quand même que l'étude de phase 3, elle a commencé au mois de juillet. A l'heure actuelle, il y a plus de 5 millions de personnes – plus de 5 millions, c'est énorme ! – qui de par le monde, ont été vaccinés avec le vaccin de type Moderna.*

*Les effets graves qui sont survenus, ce sont quelques cas de réaction allergique. La plupart du temps, c'était des réactions allergiques chez des personnes qui avaient des antécédents d'allergie sévère. Donc là où il va falloir faire attention, c'est pour les personnes qui ont eu une réaction allergique sévère : donc vraiment des difficultés respiratoires ou qui ont peut-être même dû être hospitalisés suite à une allergie après un médicament ou un vaccin. Ces personnes-là devront d'abord aller consulter un allergologue, donc un médecin mais qui s'occupe des allergies, pour essayer de voir à quoi est lié l'allergie, pour voir s'il n'y a pas une allergie croisée avec le vaccin.*

### 31. Est-il possible que des effets secondaires apparaissent à long terme ?

*De nouveau, au plus les semaines vont passer, au plus je pense, les gens qui ont des craintes vont se sentir rassurés. Vacciner 5 millions de personnes en même pas 3 semaines, de nouveau, c'est unique ! Et il y a une surveillance qui est établie : tous les pays doivent remonter les informations en cas d'effet secondaire grave. Pour l'instant, on touche du bois, il n'y en a pas.*

*Ça ne veut pas dire qu'il n'y en aura pas. Il y en aura probablement, mais il faut savoir que la plupart des effets secondaires surviennent dans les trois à six semaines après le vaccin. La grande majorité, c'est vraiment dans les jours qui suivent ou dans la semaine qui suit, et quasi 98 à 99% de tous les effets secondaires sont dans les 3 à 6 semaines et pas après. C'est donc quasi de l'ordre de l'exceptionnel. A ma connaissance, le seul vaccin où on a montré des effets secondaires sévères, quelques années après la vaccination, c'était pour un vaccin qui est sorti en 2009. Les patients ont été atteints, je pense, de narcolepsie, mais c'est parce qu'ils avaient mis dans le vaccin une molécule qui ressemblait à quelque chose qui était dans l'organisme et qui pouvait induire la narcolepsie. Mais sinon, non, en général, les effets secondaires, c'est vraiment précoce. Maintenant, je ne peux pas dire jamais.*

### 32. Le vaccin pourrait-il me rendre stérile ?

*Non, vraiment pas, d'autant plus qu'ici, l'ARN messenger qui va être injecté, il a une demi-vie, donc une durée de vie qui est très courte. Donc pourquoi est-ce que l'ARN doit-être congelé et que vous avez entendu tous les problèmes liés à la congélation ? Donc -20° pour le Moderna et -80° pour le Pfizer ? C'est parce que ce sont des molécules qui sont très fragiles, donc elles sont très fragiles dans l'organisme aussi. Et donc, très fragile dans l'organisme, ça veut dire qu'on va injecter, ça va aller dans certaines cellules, en particulier musculaires, ça va engendrer toute la réaction immunitaire et inflammatoire, et après, on ne retrouvera plus cet ARN. Il ne peut pas aller migrer, et d'ailleurs, s'il se retrouve dans le sang, il est détruit tout de suite*

### 33. Quelles sont les contre-indications du vaccin ?

#### Qui ne doit pas se faire vacciner ?

*On vient de parler des personnes qui ont un antécédent d'allergie sévère. Cela signifie que les personnes qui ont des allergies au pollen, à certains aliments, ou même de l'urticaire ou des rougeurs peuvent se faire vacciner. C'est uniquement si, un jour, vous avez fait ce qu'on appelle un choc anaphylactique, un œdème de Quincke, vraiment une difficulté respiratoire et qu'on n'a pas identifié, qu'on ne sait pas à quoi vous avez été allergique, que là, il faut faire un bilan avant.*

*De plus, le vaccin n'a été étudié que chez les personnes de plus de 16 ans pour le Moderna et de 18 ans pour le Pfizer. D'autres personnes ont également été exclues des études, comme les femmes enceintes. Officiellement, les jeunes et les femmes enceintes ou allaitantes ne font donc pas partie des critères de vaccination. Comme ça n'a pas été étudié, on ne peut théoriquement pas le recommander. Maintenant, aux Etats-Unis, il y a des femmes enceintes, en particulier des soignantes, qui volontairement, ont souhaité se faire vacciner. Dans peu de temps, on aura donc plus de données sur ces femmes enceintes. D'un point de vue théorique, il n'y a pas de risque avec ce vaccin, parce que ce n'est pas ce qu'on appelle un vaccin vivant. Il y a des vaccins, par exemple la rougeole, que vous ne pouvez pas faire à une femme qui est enceinte, parce que c'est ce qu'on appelle un vaccin vivant atténué. La fièvre jaune, qui n'existe pas en Europe, qui n'existe qu'en Afrique, c'est un vaccin qu'on ne fait pas non plus aux femmes enceintes. Ici, théoriquement, ce vaccin avec cet ARN, il n'y a, a priori, pas de risque. Mais je ne peux pas, moi, vous dire qu'il n'y en a pas, parce que simplement, ça n'a pas été étudié, ça n'a pas été validé.*

*Le vaccin a également été moins bien étudié chez les personnes qui ont une immunité moindre, donc par exemple, des personnes qui ont des cancers ou font de la chimiothérapie. Par rapport à ces personnes, on n'a pas de craintes*

sur l'effet que pourrait avoir le vaccin. On ne sait simplement pas si le vaccin aura également 90% d'efficacité, parce qu'elles ont des maladies qui font que la réaction immunitaire sera peut-être moins bonne.

### 34. Le vaccin est-il compatible avec des problèmes de santé comme l'asthme, les problèmes cardiaques, le diabète, l'hypertension, les problèmes de thyroïde, ou le surpoids ?

Oui, oui, oui. Toutes ces personnes-là sont d'ailleurs prioritaires : la priorité des vaccins, ce sont les personnes qui, justement, sont les plus fragiles, qui font le plus de complications lorsqu'elles attrapent le virus. Et donc les personnes qui paient le plus lourd tribut, ce sont les personnes âgées et les personnes qui ont les fameuses comorbidités, donc qui sont diabétiques, en surpoids, les personnes qui ont de l'hypertension, qui ont des problèmes respiratoires, qui sont BPCO, qui ont l'insuffisance rénale. Toutes ces personnes-là seront prioritaires pour les vaccins parce que ce sont elles qui malheureusement sont le plus à risque de décéder et/ou d'avoir des complications si elles attrapent le virus.

Ces personnes ont été prises en compte dans les études des vaccins. Bien sûr, il y avait proportionnellement plus de gens en bonne santé mais, dans les volontaires il y a eu, quand même, un certain nombre de personnes de plus de 55 ans (de mémoire, c'était quand même plus de 40%) ainsi que des personnes plus âgées, et une proportion de personnes avec des facteurs de risque, des comorbidités.

### 35. Les personnes qui ont fait le COVID devront-elles se faire vacciner ?

Les personnes qui ont fait le COVID sont protégées pendant plusieurs mois. Dans les études sur les vaccins, il y a eu des personnes qui avaient déjà fait le COVID. Ce que l'on sait, c'est que faire le vaccin n'est clairement pas dangereux ; au contraire, cela va booster leur immunité.

Maintenant, certains disent que l'on pourrait mettre de côté ceux qui ont déjà fait le COVID, pour, en quelque sorte, « gagner des doses » et vacciner en priorité les autres. Le problème, c'est qu'on ne sait pas combien de temps l'immunité dure. Donc, à l'heure actuelle, en tout cas en Belgique, il n'est pas prévu de faire des prises de sang avant la vaccination, pour voir qui l'a fait et qui ne l'a pas fait, qui on vaccine, et qui on ne vaccine pas. Ces personnes peuvent donc se faire vacciner comme les autres.

### 36. Tous les vaccins se valent-ils ?

#### Quels autres vaccins allons-nous recevoir ?

Pour l'instant, les deux vaccins qui sont autorisés, c'est le Pfizer et le Moderna, avec quasiment 95% d'efficacité. Le prochain sur la ligne d'arrivée, c'est probablement le vaccin d'Astrazeneca. C'est aussi un vaccin à deux doses, mais ce n'est pas un vaccin à ARN messager. C'est ce qu'on appelle un vaccin avec un adénovirus. C'est donc une autre technique. Ce vaccin a pris du retard car ils ont fait une erreur dans leur étude clinique (ils avaient injecté une moins forte dose au début), qui fait que l'autorisation va être retardée. Avec ce vaccin, selon les nouveaux calculs, avec les bonnes doses, on arrive de nouveau à une efficacité de 90%. La Belgique a également commandé du Sanofi. Pour l'instant, ils ont pris beaucoup de retard parce que, dans leurs études, ils se sont rendus compte que les personnes âgées étaient moins bien protégées.

### 37. Pourrais-je choisir mon vaccin ?

Pour l'instant, ce n'est de toute façon pas une question de choix : on est limité par les livraisons, et on a la chance que les premiers arrivés soient très efficaces. Donc c'est vrai que, les premiers vaccinés, on sait que c'est d'office du Pfizer et du Moderna. Les patients ne choisissent pas, mais ils sont bien informés du type de vaccin qu'ils reçoivent et ils recevront, pour la deuxième dose, le même vaccin que lors de la première.

Maintenant, on peut tout à fait imaginer que, si on a plusieurs sortes de vaccin à l'avenir, le médecin puisse choisir en fonction du type de pathologie. Imaginons par exemple qu'on se rende compte que, par exemple, c'est l'Astrazeneca qui est le plus efficace pour les personnes dialysées. On pourrait alors se dire que tout compte fait, pour ces personnes, on choisira ce vaccin. Il faut savoir que c'est déjà ce que l'on fait à l'heure actuelle avec certains types de vaccins. Pour l'hépatite B, par exemple, on sait que chez les personnes qui sont justement dialysées, il vaut mieux donner une autre sorte de vaccin hépatite B, qui est un peu plus dosée, que le vaccin hépatite B « classique ». Donc déjà à l'heure actuelle, dans nos choix de vaccins, il y a certains qu'on va plutôt cibler en fonction de tel ou tel antécédent



## Partie 3

# Questions sur le processus de Vaccination



### 38. Le vaccin est-il obligatoire ?

#### Est-il possible qu'il le devienne ?

*Le vaccin, à l'heure actuelle en tout cas, est gratuit et pas obligatoire. C'est vraiment une décision qui a été prise au niveau des autorités, et je trouve que c'est la bonne décision. Par ce que même si, moi, je suis hyper enthousiaste pour le vaccin, vous l'avez compris, je peux tout à fait comprendre que certaines personnes, si en plus elles n'ont pas forcément de facteur de risque, veulent attendre ou avoir un peu plus de temps. Et donc c'est un bon choix de ne pas le rendre obligatoire, mais plutôt d'essayer d'informer, et d'informer correctement.*

*Après, il se pourrait que certains pays décident – tout comme c'est le cas pour certains vaccins déjà à l'heure actuelle – de dire : « voilà, nous, on n'a plus de COVID, on veut être sûrs que les gens qui arrivent sur notre territoire n'en aient pas, et donc vous ne pouvez venir chez nous que si vous avez le vaccin ». Ça c'est possible. C'est le cas par exemple pour la fièvre jaune : vous ne pouvez pas aller au Sénégal, au Congo, au Rwanda, en Côte d'Ivoire, si vous n'avez pas la preuve que vous êtes vacciné contre la fièvre jaune. Ils ne vous laissent pas rentrer sur leur territoire. Il y a des pays qui exigent certains types de vaccins, et donc il se pourrait en effet que cela arrive également pour le COVID. Prenons l'exemple de l'Australie, qui, je pense, n'a plus de cas de COVID à l'heure actuelle ; c'est un COVID-free, donc peut-être que l'Australie va dire : « dorénavant, il me faut la preuve d'une vaccination ».*

### 39. Qui est prioritaire pour la vaccination ?

*Donc, il y a tout un programme de vaccination qui a commencé. On est dans la phase 1A, où c'est d'abord les maisons de repos, puis les soignants. Ensuite, ce sera les personnes âgées. Comme facteur de risque, c'est 65 ans qui est retenu. A priori, la population générale qui n'a pas de facteur de risque devrait commencer à être vaccinée seulement au printemps, voire au début de l'été.*

### 40. Quand va-t-on sortir de cette pandémie ?

#### Quand pourrais-je revoir mes amis ?

#### Reprendre mes proches dans les bras ?

*Cela va être difficile d'arriver aux fameux 70% avant la fin de l'été. Mais, pour rester optimiste, rappelons-nous que l'été, c'est quand même une situation différente. Ici, c'est la période la plus mauvaise : c'est l'hiver, on est à l'intérieur. Pour le moral, l'hiver en général, ce n'est déjà pas top : il fait noir, il fait sombre, on est déjà un peu naturellement confinés. Au printemps, il fait meilleur, on est plus souvent dehors. On a quand même l'impression qu'il y a aussi une saisonnalité au virus, vu que ça a quand même flambé partout ici, maintenant, aussi en Europe. Donc voilà, même si tout le monde n'est pas vacciné pour l'été, du fait qu'il y aura quand même déjà une bonne partie, on l'espère, de personnes vaccinées, et du fait qu'on sera beaucoup plus à l'extérieur, théoriquement, on sera quand même dans des conditions sanitaires meilleures.*

*Maintenant, quand est-ce qu'on pourra sortir de cette situation exactement ? Je vous avoue que je ne sais pas. Comme je l'ai souvent dit, il y a des experts qui conseillent et puis il y a des hommes et des femmes politiques qui prennent des décisions. Ils doivent tenir compte de différents facteurs, à la fois économiques, sociaux. Moi, je pense malgré tout que maintenant qu'on a le vaccin qui est là, et qu'on va vacciner plein de gens et qu'en Belgique – on touche du bois, pourvu que ça dure ! – on est dans une phase de diminution, moi j'espère que d'ici le printemps, on*

*va enfin pouvoir respirer et pouvoir quand même élargir cette fameuse bulle qui est réduite à une peau de chagrin ! En attendant, quand on dit limiter les contacts, c'est limiter les contacts rapprochés. Ça, je crois qu'on n'oublie de le préciser : donc, vous pouvez quand même voir des gens, mais si vous faites attention. Ça ne veut pas dire qu'il faut rester complètement isolé et ne plus voir personne ! C'est un seul contact rapproché, mais vous pouvez vous donner rendez-vous pour aller vous promener, par exemple ! On peut quand même voir des gens si on fait attention. Surtout si on se rend compte qu'il y a des personnes qui sont en difficulté ! C'est clair qu'on est humains, il ne faut pas laisser quelqu'un qui est en difficulté. Et au pire du pire, si à un moment donné, vous avez quelqu'un qui n'est vraiment pas bien et que vous voulez le prendre dans les bras, ça peut arriver ! Si vous le faites, oui, vous avez pris un risque, mais alors, vous assumez et vous faites attention en protégeant les autres. Vous vous isolez ou vous faites vraiment attention aux gestes barrières. On n'a pas toutes et tous la facilité, les moyens de pouvoir tout respecter, tout le temps, à 100%. J'en suis bien consciente. Donc l'idée, c'est de donner de repères, des recommandations pour essayer au maximum que tout se passe bien.*



**Le RWLP et les Témoins du Vécu Militant.e.s tiennent à remercier Leïla Belkhir pour sa disponibilité, son enthousiasme et surtout pour ses réponses claires, rassurantes et profondément humaines !**

*Le petit mot de la fin.*

*Il y avait déjà beaucoup d'inégalités avant cette crise, ça c'est clair, et la crise a vraiment, complètement, exacerbé toutes ces différences. Mais je trouve aussi qu'elle a montré beaucoup de belles choses : de la solidarité, des réseaux d'aides. Malgré la distanciation physique, il y a quand même des gens qui se sont rapprochés. Moi, j'espère surtout que tout ça va se maintenir aussi après. Et puis, il faut garder de l'énergie pour reconstruire la société de demain !*







Janvier 2021  
Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté  
Rue Marie-Henriette 12 • 5000 Namur  
081/31 21 17  
[www.rwlp.be](http://www.rwlp.be)  
[bureau@rwlp.be](mailto:bureau@rwlp.be)

