

# SUR LA LICÉITÉ D'UNE OBLIGATION VACCINALE ANTI-COVID – 2.

 [revuedf.com/droit-administratif/sur-la-liceite-dune-obligation-vaccinale-anti-covid-2/](https://www.revuedf.com/droit-administratif/sur-la-liceite-dune-obligation-vaccinale-anti-covid-2/)

Article par Caroline Lantero, David Braunstein

Chronique classée dans Droit administratif

RDLF 2021 chron. n°25

Mot(s)-clef(s): Covid-19, Médicament, obligation vaccinale, Union européenne, Vaccination

L'article de Philippe Ségur consacré à la licéité de l'obligation vaccinale anti-covid publié par la RDLF (2021 chron. n°20) a suscité des nombreuses réactions dans et en dehors de la communauté des juristes. Il a eu un écho important dans la mouvance hostile au pass sanitaire voire à la vaccination. Deux spécialistes de droit de la santé et de santé publique, Caroline Lantero et David Braunstein, proposent ici une autre lecture du droit applicable à la vaccination et s'inscrivent en faux avec les analyses du professeur perpignanaise.

**Par Caroline Lantero, Maître de conférences en droit public à l'Université d'Auvergne et David Braunstein, Praticien Hospitalier, spécialiste en santé publique et pharmacologie clinique, Hôpital Timone, AP-HM**

Un article récemment publié dans les colonnes de cette Revue a eu un large succès d'audience auprès des vaccino-sceptiques, jusqu'à être repris en intégralité par France Soir le propulsant au rang de caution scientifique et juridique au soutien, non pas des sceptiques, mais des fameux « antivax », déclenchant par ricochet l'ire des médecins et de quelques juristes sur les réseaux sociaux.

Cet article se penchait pourtant avec pertinence (mais avec un biais) sur la question de la licéité d'une obligation vaccinale anti-Covid-19 alors que la question faisait son entrée dans le débat pour les soignants, voire pour tous les Français. Ladite entrée a été plus fracassante que prévu puisque le lundi 12 juillet 2021, le Président Macron annonçait concrètement des mesures gouvernementales tendant à élargir le champ d'application du « Pass sanitaire » et un projet de loi pour rendre le vaccin obligatoire à tous les soignants.

Le premier point commande naturellement une vigilance sur les privations de liberté des administrés et il faudra résoudre un certain nombre des difficultés techniques et juridiques qui ont été assez évidentes dès l'allocution présidentielle. Le contenu de la loi du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire[1], et les indices laissés par le Conseil constitutionnel[2] et par le Conseil d'État[3] indiquent déjà avec une confortable certitude que certaines mesures annoncées sont illégales, voire inconstitutionnelles. Mais tant que ces mesures ne sont pas prises – et on a pu observer en seulement 24h un certain nombre d'ajustements[4] – l'analyse mérite d'être repoussée, en ce compris l'analyse de la perception de plus en plus individualiste des libertés fondamentales. L'exécutif peut toutefois remercier la communauté des juristes qui font immédiatement et gracieusement dans la presse et sur les réseaux sociaux le travail d'analyse préventif des illégalités et inconstitutionnalités à redouter. Gardons tout de même en tête que le Pass Sanitaire n'est pas un Pass Vaccinal. Celui-ci ne serait envisageable que si la vaccination devenait obligatoire pour tous. L'intérêt de la question de la licéité de l'obligation vaccinale conserve ainsi tout son intérêt, mais pas au prix d'un biais consistant à affirmer que nous serions tous des cobayes d'une expérimentation qui ne dirait pas son nom.

Avant de résoudre la question de la faisabilité juridique d'une vaccination obligatoire et de s'interroger le cas échéant sur l'obstacle que représente une autorisation de mise sur le marché (AMM) conditionnelle (II), il convient de revenir sur la fausse équation qui a pu être faite entre autorisation de mise sur le marché conditionnelle et expérimentation (I).

## I. LA FAUSSE MISE EN ÉQUATION DE L'AMM CONDITIONNELLE ET DE L'EXPÉRIMENTATION

Il est indispensable de ne pas dire, écrire ou croire que l'autorisation de mise sur le marché conditionnelle dont bénéficient les vaccins (qui sont des « médicaments » au sens des textes en vigueur) impliquerait que tout resterait à prouver, et que le fait que des essais cliniques sont toujours en cours impliquerait que nous serions *de facto* en

phase d'expérimentation, cobayes pour les vaccinés, dans l'illégalité pour les vaccineurs. Ce n'est évidemment pas exact, mais ce n'est pas le droit qui peut apporter le démenti. Les « phases » des essais cliniques n'ont en effet aucun support juridique, elles ont été mises en oeuvre par la pratique des essais cliniques.

## A. Le vaccin et l'expérimentation

---

Très schématiquement, le développement clinique d'un médicament comporte quatre phases. La phase 1 consiste à tester un nouveau médicament sur un nombre réduit de participants, le plus souvent sur des volontaires sains et principalement pour vérifier la tolérance au produit. La phase 2, **exploratoire**, consiste à explorer l'efficacité du médicament, son innocuité et la posologie idéale pour une indication thérapeutique donnée et déterminer d'éventuels effets secondaires. Elle se réalise sur des patients sélectionnés et étroitement surveillés. La phase 3, **confirmatoire**, vise à confirmer l'efficacité et la sécurité du médicament sur un grand nombre de participants. Pendant toute la durée du développement, la firme pharmaceutique consulte les autorités sanitaires pour obtenir des avis sur les modalités du développement. Une fois qu'elle a récolté suffisamment de données pour établir que le rapport bénéfice/risque de son médicament est favorable, elle soumet un dossier pour évaluation aux autorités de santé. Après examen et confirmation du rapport bénéfice/risque, l'autorité du médicament octroie l'AMM. La phase 4, post-AMM, permet d'affiner les connaissances sur le médicament et de recueillir des données qui n'auraient pas été observées au cours des phases précédentes. Elle comprend la pharmacovigilance, les études de pharmaco-épidémiologie, mais aussi des études complémentaires demandées par les autorités sanitaires au laboratoire et permettant d'étudier l'efficacité et la sécurité du médicament dans des sous-groupes de patients. En réalité, si la description des 4 phases des essais cliniques est historique et populaire, il est recommandé depuis plusieurs décennies d'opter pour une classification fondée sur les objectifs des essais cliniques : pharmacologie humaine, thérapeutique exploratoire, thérapeutique confirmatoire, usage thérapeutique[5]. Aussi, des études de phase 1, 2, 3 et 4 peuvent avoir lieu en même temps et répondre à plusieurs objectifs à la fois. Une autorisation de mise sur le marché peut même être accordée sans étude de phase 3, si les données collectées sont suffisantes[6]. Par ailleurs il n'est pas rare que des essais cliniques soient toujours en cours lorsque l'AMM est octroyée et des études sur les médicaments, expérimentales ou observationnelles, ont lieu tant que l'AMM n'est pas suspendue ou révoquée, y compris potentiellement plusieurs années après son obtention.

Mais, quelle que soit l'étape du développement clinique au moment de l'AMM, la poursuite d'un essai clinique débuté avant l'AMM ne se fait pas sur la population générale, ni à son insu, mais sur la cohorte de volontaires délimitée. Et si le besoin d'une nouvelle expérimentation est nécessaire (par exemple sur des enfants de moins de 12 ans, ce qui est d'ailleurs déjà en cours[7]), elle se fait dans le cadre des règles juridiques fixées : sur une cohorte dûment informée et dûment consentante, dans le cadre d'une étude dûment encadrée.

En somme, dès lors qu'un médicament est autorisé et utilisé dans le cadre de son AMM, il est commercialisé et n'est plus un médicament expérimental. Il peut être prescrit dans le cadre d'une relation de soin (par opposition au cadre des essais cliniques), même si des études ont encore lieu, par ailleurs, sur ce médicament.

S'agissant des vaccins contre le Covid-19, si leur développement a été accéléré du fait de l'urgence, l'évaluation de leur rapport bénéfice/risque se base bel et bien sur l'analyse du critère principal de jugement d'une étude de phase 3 de grande ampleur (44 000 participants pour Pfizer). Le droit des recherches impliquant la personne humaine intervient en encadrant très étroitement l'autorisation de lancer une recherche, la façon de la mener et, plus particulièrement, la protection des personnes impliquées dans cette recherche[8].

Il est nécessaire de dissocier l'expérimentation encore en cours dans des essais cliniques (relevant du droit des recherches impliquant la personne humaine) et la prescription dans le cadre d'une relation de soin qui est autorisée par l'AMM. Les personnes vaccinées ne sont pas des (in)volontaires se prêtant à la recherche, et les professionnels de santé qui les vaccinent ne sont pas des investigateurs d'un essai clinique.

## B. Le vaccin et l'autorisation de mise sur le marché conditionnelle

---

En application du Règlement (CE) n° 726/2004 du 31 mars 2004, il est revenu à la Commission européenne de délivrer des autorisations de mise sur le marché des vaccins, à l'issue d'une évaluation conduite par l'Agence Européenne des Médicaments (« EMA » pour European Medicines Agency). Il est important d'insister sur le fait que l'autorisation ne peut être demandée qu'à l'issue d'une première expérimentation complète (qui n'est pas tant délimitée par les phases 1, 2 et 3 que par les engagements pris dans le protocole de recherche et les attentes de l'autorité délivrant l'autorisation). Les règles et procédures d'obtention d'une AMM sont énoncées dans le règlement (UE) n° 536/2014 du 16 avril 2014, et en application du règlement (CE) n° 507/2006 du 29 mars 2006, cette AMM peut être **conditionnelle**. Elle est notamment justifiée lorsqu'elle concerne des médicaments destinés à être utilisés dans des situations d'urgence en réponse à des menaces pour la santé publique reconnues par l'Organisation

mondiale de la Santé (OMS), ce qui a été le cas pour les vaccins contre le Covid-19. Les conditions d'autorisation sont – momentanément – assouplies et peuvent être accordées sur des données – momentanément – incomplètes, mais les textes ne transigent pas avec l'exigence impérative d'un rapport bénéfice-risque positif. De telles autorisations ont été accordées aux vaccins Cominarty (Pfizer BioNtech) le 21 décembre 2020, Spikevax (Moderna) le 6 janvier 2021, Vaxzevia (AstraZeneca) le 29 janvier 2021[9], et Covid-19 Vaccine Janssen (Johnson & Johnson) le 11 mars 2021. Ces AMM conditionnelles s'accompagnent d'une obligation pour le laboratoire de produire de nouvelles études complémentaires. Cela veut dire que les laboratoires poursuivent leurs études, mais bien évidemment dans le cadre des règles fixées par les pratiques de la recherche (une cohorte définie et des méthodes transparentes) et dans le respect des règles de droit (une cohorte informée et consentante). Parmi les études complémentaires demandées – et sur lesquelles les laboratoires s'étaient d'ailleurs spontanément engagés[10] – : l'efficacité du vaccin à 2 ans (sur la cohorte initiale participant à l'essai clinique bien sûr). Il est difficile en effet de fournir ces données complémentaires avant 2023.

Les vaccins actuellement administrés bénéficient d'une AMM. Fût-elle conditionnelle, les personnes qui les administrent, comme celles qui les reçoivent ne sont **nullement impliquées dans une expérimentation clinique**. Nul besoin de brandir le Code de Nuremberg[11] ou le Code pénal ici.

## II. LA VRAIE QUESTION DE L'OBLIGATION VACCINALE

Après avoir martelé que la vaccination contre le Covid-19 ne serait jamais obligatoire, après avoir il est vrai usé de tous les ressorts pédagogiques pour encourager la population française à adhérer à la vaccination, le Président de la République a finalement déclaré qu'un projet de loi serait déposé pour rendre la vaccination obligatoire à tous « *les personnels soignants et non-soignants des hôpitaux, des cliniques, des maisons de retraite, des établissements pour personnes en situation de handicap, pour tous les professionnels ou bénévoles qui travaillent au contact des personnes âgées ou fragiles, y compris à domicile* ». Il s'agit en soi d'un défi juridique qui pourrait d'ailleurs en inviter un plus grand dans le débat, si l'obligation était élargie à tous. La question du caractère temporaire et conditionné de l'AMM resurgit. N'est-elle pas un obstacle à une vaccination obligatoire ? Il faut aller chercher des indices dans les obligations vaccinales déjà mises en œuvre.

### A. Les conditions d'une obligation vaccinale

**Une loi** – Si l'obligation vaccinale peut être suspendue par décret, elle ne peut être posée que par une loi. Ce fut le cas en 1902, date de la première loi imposant le vaccin contre la variole[12], en 1938 avec le vaccin anti-diphtérie[13], en 1940 avec le vaccin anti-tétanos[14], en 1950 avec le vaccin anti-tuberculeux BCG[15], en 1964 avec le vaccin anti-polyomyélite[16]. Puis, les nouveaux vaccins deviennent seulement « recommandés » et jusqu'en 2018, seuls trois vaccins étaient encore obligatoires dans la population générale : l'antitétanique, l'antidiphtérique et l'antipoliomyélique. En 2017, le législateur a décidé d'étendre l'obligation à onze vaccins, aujourd'hui listés à l'article L. 3111-2 du code de la santé publique. Aux termes de l'article L. 3111-6 du code de la santé publique, les résidents de la Guyane doivent en outre être vaccinés contre la fièvre jaune. Quant aux « soignants » (en réalité il s'agit de tous les professionnels de santé exerçant dans un établissement ou organisme de prévention ou de soins) ont toujours été soumis à une obligation vaccinale plus importante que la population générale, également prévue par la loi[17]. Aujourd'hui, ils sont soumis à une obligation vaccinale (art. L. 3111-4 du code de la santé publique) contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe[18] et cette obligation s'étend aux étudiants, et aux thanatopracteurs pour l'Hépatite B.

**Une atteinte aux libertés justifiées par un objectif de santé publique** – Le constat d'une insuffisante couverture vaccinale est généralement le point de départ d'un débat sur l'extension des obligations vaccinales, de même que la dangerosité de la maladie contre laquelle le vaccin lutte. Une telle obligation constitue évidemment une atteinte portée aux libertés individuelles. Dans une décision QPC 2015-458 du 20 mars 2015, le Conseil Constitutionnel a largement botté en touche sur le contenu des mesures prises par le législateur, mais a pris le soin de préciser que la politique de vaccination vise à « *protéger la santé individuelle et collective* ». Saisi de recours contre les décrets d'application de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017, le Conseil d'État a également reconnu que l'obligation vaccinale constitue une atteinte au droit au respect de la vie privée, mais qu'elle est « *justifiée par l'objectif poursuivi d'amélioration de la couverture vaccinale pour, en particulier, atteindre le seuil nécessaire à une immunité de groupe au bénéfice de l'ensemble de la population et proportionnée à ce but* »[19].

La position de la Cour européenne des droits de l'homme est également constante : une « *vaccination obligatoire, en tant qu'intervention médicale non volontaire, constitue une ingérence dans l'exercice du droit au respect de la vie privée au sens de l'article 8 de la Convention* »[20]. Mais, conformément à sa méthode de contrôle, elle vérifie que cette ingérence est « *prévue par la loi* », qu'elle poursuit un des buts légitimes énumérés à l'article 8 pour justifier une telle ingérence, et qu'elle est « *nécessaire dans une société démocratique* ». Dans son arrêt de Grande

Chambre du 8 avril 2021[21], et à propos d'une vaccination obligatoire pour les enfants, la Cour a donné de précieux indices transposables, voire prophétiques[22], pour une réflexion sur l'obligation vaccinale contre le Covid-19. Reconnaisant aux États une « *ample marge d'appréciation* », elle a précisé que l'objectif de protection de la vaccination concerne « *aussi bien les personnes qui reçoivent les vaccins en question que celles qui ne peuvent pas se faire vacciner et qui se trouvent donc dans une situation de vulnérabilité, dépendant d'un taux élevé de vaccination qui serait atteint parmi l'ensemble de la population pour être protégé contre les maladies contagieuses en cause* », et que cet objectif est conforme « *aux buts que sont la protection de la santé et la protection des droits d'autrui, visés à l'article 8 de la Convention* ». Et parmi les critères d'une ingérence devant être « *nécessaire dans une société démocratique* », elle rappelle l'existence d'un « *consensus général au sujet de l'importance vitale de ce moyen de protéger la population contre des maladies susceptibles d'avoir de lourdes conséquences pour la santé de l'individu et, en cas de graves poussées épidémiques, de perturber la société* ».

**Un rapport bénéfice-risque favorable** – Généralement, ce prérequis ne fait pas longtemps débat. Dans l'histoire des vaccins obligatoires, tous existaient depuis des décennies avant d'être imposés. La résistance à la vaccination a toujours existé, mais pour chaque vaccin rendu obligatoire, le fameux « recul » sur son efficacité et son innocuité était acquis. Lors des débats parlementaires de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, la question de l'AMM et des résultats des essais cliniques et études ne sont même pas abordés, car les vaccins devenus obligatoires étaient déjà « recommandés » et étaient mis sur le marché et administrés depuis des décennies. Le débat sur les adjuvants aluminiques n'a pas davantage résisté au recul de plusieurs décennies et aux multiples études conduites. S'agissant des vaccins contre le Covid-19 aujourd'hui administrés en France, le travail d'évaluation pour autoriser la mise sur le marché a d'ores et déjà été fait, et la balance positive bénéfice-risque pourrait être regardée comme acquise, mais les débats pourraient être plus âpres. Dans son arrêt du 8 avril 2021, la CEDH affrontait la question de l'innocuité (qui n'est pas exactement calquée sur la balance bénéfice-risque) : « *il n'est pas contesté que les vaccins, bien que totalement sûrs pour la grande majorité des patients, puissent dans de rares cas s'avérer néfastes pour un individu et causer à celui-ci des dommages graves et durables pour sa santé* » (§301). Mais elle estimait que l'innocuité des vaccins était soumise à un contrôle permanent en amont (AMM, contre-indications), comme en aval (pharmacovigilance), et que la proportionnalité de la mesure ne pouvait ainsi pas être remise en cause.

**Une exemption en cas de contre-indication** – Cette condition est de pur bon sens, mais mérite peut-être d'être précisée. Il n'existe pas une seule loi ne prévoyant pas d'exception à l'obligation en cas de contre-indication, qu'il s'agisse de la population générale ou de certaines catégories de professionnels. Cette exemption est évidemment prévue dans l'avant-projet de loi soutenant la vaccination obligatoire anti-Covid-19 pour certaines catégories de professionnels.

Si l'intention politique d'obligation vaccinale pour lutter contre le Covid-19 ne fait désormais plus aucun doute (l'intervention du gouvernement français dans l'affaire *Vavříčka* du 8 avril 2021 pour défendre le système de vaccination obligatoire en évoquant à deux reprises le contexte de la pandémie de Covid-19 était également prophétique), et qu'une telle obligation serait peut-être moins attentatoire aux libertés que le Pass Sanitaire élargi, les critères de licéité d'une obligation vaccinale sont-ils pour autant réunis ?

## B. AMM conditionnelle et obligation vaccinale

En réalité, la question ne repose pas tellement sur le caractère conditionnel de l'AMM que sur cette fameuse « absence de recul ». L'AMM conditionnelle n'est pas une « sous-AMM » et le rapport bénéfice-risque favorable a été déjà très nettement établi puisqu'il s'agit d'un prérequis indispensable à toute autorisation. De plus, et dans l'hypothèse assez improbable où l'AMM serait levée, l'obligation vaccinale le serait pareillement dès lors que le pouvoir réglementaire peut la suspendre à tout moment « *compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques* »[23].

Toutefois, l'AMM conditionnelle est corrélée avec le caractère récent du développement des vaccins et de leur inoculation, et cette situation est parfaitement inédite. Certes, ni les recherches relatives aux vaccins à adénovirus (AstraZeneca, Janssen), ni les techniques relatives aux vaccins à ARN messager (Pfizer, Moderna) ne sont nouvelles puisqu'elles sont développées depuis plusieurs décennies[24]. Il en va de même pour les recherches contre le SARS-CoV, commencées à l'occasion de l'épidémie de SRAS ayant sévi en 2002 et 2003. Mais les vaccins contre le SARS-CoV-2 sont nécessairement récents.

Aussi, et compte tenu des critères juridiques retenus pour justifier qu'une vaccination devienne obligatoire, celui du rapport bénéfice-risque personnel favorable fera nécessairement discussion. S'il nous semble acquis, dès lors que le critère de jugement atteint pour l'octroi de l'AMM était un critère personnel, il ne peut matériellement pas faire

consensus sur la durée, puisque durée il n'y a pas. La question se cristallisera d'ailleurs probablement sur le rapport bénéfice-risque collectif.

Après s'est interdit de faire du « droit fiction » en évoquant le Pass sanitaire, nous voilà au pied du mur du « droit fiction » s'agissant de la vaccination obligatoire. Sans connaître l'avis du Conseil d'État sur l'avant-projet de loi, sans connaître l'exposé des motifs, sans connaître l'étude d'impact et encore moins les discussions parlementaires et le contrôle de constitutionnalité qui suivra, nous en sommes rendus à donner un sentiment.

A l'issue de cette brève analyse, des antécédents normatifs connus, et des indices donnés par les juridictions, il nous semble que les astres sont alignés pour une licéité de la vaccination obligatoire. Ils nous semblent même l'être davantage encore s'agissant de la version ciblée à venir de l'obligation vaccinale, puisqu'elle ne concernerait que les professionnels exerçant leurs activités dans un certain nombre d'établissements et de services[25].

En effet, au bilan bénéfice-risque général s'ajoute pour eux la finalité même de l'obligation vaccinale instituée par la loi qui est de prévenir concrètement une contamination au virus du fait du **risque d'exposition** particulier qu'entraînent leurs fonctions[26]. L'objectif légitime de protection des usagers – pour la plupart vulnérables – pourrait d'ailleurs venir renforcer une telle obligation.

---

[1] Par ex. la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire prévoit un Pass sanitaire pour « les grands rassemblements de personnes ». Clairement, le décret ne pourra pas distordre la formule légale en exigeant un Pass sanitaire dès qu'une jauge de 50 personnes est atteinte.

[2] Décision n° 2021-819 DC du 31 mai 2021, dans laquelle le Conseil constitutionnel a indiqué que « le législateur a entendu limiter l'application [du Pass sanitaire] aux cas où il est envisagé de mettre en présence simultanément un nombre important de personnes en un même lieu ».

[3] CE, 6 juillet 2021, La quadrature du net, n°453505 : décision dans laquelle le juge des référés ne suspend pas le Pass sanitaire en raison notamment de ce que son usage a été restreint « aux déplacements avec l'étranger, la Corse et l'outre-mer, d'une part, et à l'accès à des lieux de loisirs, d'autre part, sans que soient concernées **les activités quotidiennes** ou l'exercice des libertés de culte, de réunion ou de manifestation »

[4] A l'issue du Conseil des ministres du 13 juillet 2021, le porte-parole du gouvernement annonçait de la souplesse et dès le soir, le ministre de la Santé annonçait que le Pass sanitaire n'entrerait en vigueur que le 31 août pour les adolescents et les salariés des lieux où le Pass serait exigé.

[5] EMA, ICH E8 General considerations for clinical studies, March 1998, 14 p., url : [https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/ich-e-8-general-considerations-clinical-trials-step-5\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/ich-e-8-general-considerations-clinical-trials-step-5_en.pdf)

[6] Aux Etats-Unis, un médicament sur huit serait autorisé sans étude de phase 3 : <https://www.raps.org/news-and-articles/news-articles/2019/5/almost-half-of-all-new-drug-approvals-in-2018-reli>

[7] Moderna a annoncé le lancement de la phase 2/3 (preuve de l'absence d'étanchéité) le 16 mars 2021 sur une cohorte de 6750 enfants, aux Etats-Unis et au Canada. Même chose pour Pfizer .

[8] Art. L. 1121-1 à L. 1126-12 du code de la santé publique.

[9] Ces deux derniers vaccins n'ont d'ailleurs pas « changé de nom », mais obtenu un nom, Moderna et AstraZeneca étant des laboratoires.

[10] Voir le calendrier du protocole Pfizer.

[11] Qui a infiltré tout le droit positif (voir notamment les articles L1122-1 à L1122-2 du code de la santé publique), mais n'est pas, par lui-même, un Code, ni même un texte normatif. Il s'agit d'un extrait du jugement pénal issue du « procès des médecins » qui s'est tenu à Nuremberg du 9 décembre 1946 au 20 Août 1947 et énumérant les critères de licéité et d'illicéité des expérimentations sur l'homme. Ces critères sont été repris plus tard, notamment en France par le comité consultatif national d'éthique en 1984, dans une traduction qui ne fait au demeurant pas foi. V. également P. Amiel et F. Violla, « La vérité perdue du « code de Nuremberg » : réception et déformations du « code de Nuremberg » en France, RDSS 2009. 673.

[12] Article 6 de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique.

[13] Loi du 25 juin 1938 tendant à rendre obligatoire la vaccination antidiphtérique.

[14] Loi du 24 novembre 1940 instituant l'obligation de la vaccination antitétanique associée à la vaccination antidiphtérique

[15] Loi n°50-7 du 5 janvier 1950 rendant obligatoire pour certaines catégories de la population la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG.

[16] Loi n°64-643 du 1 juillet 1964 relative à la vaccination antipoliomyélite obligatoire.

[17] Loi n°48-1363 du 27 août 1948 relative à l'immunisation obligatoire de certaines personnes contre la variole, les fièvres typhoïde et paratyphoïde A et B, la diphtérie et le tétanos.

[18] Cette obligation a été suspendue par un décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006

[19] CE 6 mai 2019, *Ligue nationale pour la liberté des vaccinations*, n° 419442 et n° 415694.

[20] CEDH, 15 mars 2012, *Solomakhin c. Ukraine*, no 24429/03, § 33; CEDH, 9 juil. 1999, *Matter v. Slovakia*, no. 31534/96, § 64.

[21] CEDH, 8 avril 2021, *Vavříčka et autres c. République tchèque*, Requête no 47621/13.

[22] M. Saulier, « Obligation vaccinale : l'arrêt prophétique de la CEDH ? – Cour européenne des droits de l'homme 8 avril 2021 », *AJ fam.* 2021. 309.

[23] Ce qui est prévu par la loi « ordinaire » à l'article L. 3111-1 du code de la santé publique, et par l'article 5 de l'avant-projet de loi relatif à l'adaptation de nos outils de gestion de la crise sanitaire transmis pour avis au Conseil d'État le 13 juillet 2021.

[24] Le profane pourra lire un texte compréhensible sur le site de la société française de virologie : « Brève histoire des vaccins et stratégies vaccinales anti-SARS-COV2 ».

[25] Établissements de santé publics et privés, centre de santé, maisons de santé, centres et équipes de soins mobiles, centre médicaux et équipes de soins mobiles du service de santé aux armées, services de santé scolaire, service de santé au travail, établissement et services médico-sociaux, foyers logements accueillant des personnes âgées ou handicapées.

[26] Voir en ce sens et au sujet d'une stagiaire qui, par définition, n'était pas recrutée par l'établissement de santé : CE, 30 juil. 2014, A., n° 362162.

Caroline Lantero, David Braunstein, «Sur la licéité d'une obligation vaccinale anti-Covid – 2.» RDLF 2021 chron. n°25 ([www.revuedlf.com](http://www.revuedlf.com))