

# RÉFLEXION ÉTHIQUE SUR LA QUESTION DE LIMITER L'ACCÈS AUX SOINS AUX PERSONNES NON-VACCINÉES

À l'attention de D<sup>re</sup> Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe  
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et  
pharmaceutiques

En support au *Guide pour la priorisation et la gestion des  
hospitalisations en courte durée en contexte de pandémie de COVID-19*

**Mandat octroyé par Dre Lucie Opatrny, Présidente du Comité directeur clinique COVID-19**  
**Erratum : Document réalisé sous l'initiative des membres du Comité éthique COVID-19 dans une visée pédagogique.**

**Membres du groupe de travail (ordre alphabétique)<sup>1</sup>, composé des membres du Comité éthique COVID-19**

Karine Bédard, conseillère en éthique, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Marie-Eve Bouthillier, éthicienne, mandataire, présidente Comité éthique COVID-19

Michel Désy, conseiller en éthique, INSPQ

David Hughes, conseiller en éthique, Commission de l'éthique en science et en technologie

Ana Marin, conseillère en éthique, CISSS de Chaudière-Appalaches

Isabelle Mondou, conseillère en éthique clinique, CMQ

Chantale Pilon, conseillère cadre en partenariat avec les usager(e)s et en éthique clinique et organisationnelle, CISSS de la Montérégie-Ouest

Ghislaine Rouly, patiente partenaire CEPPP

**Stagiaires en éthique clinique**

Annie Liv, étudiante au doctorat en éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Fleur Le Bourgeois, étudiante à la maîtrise en éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Vanessa Finley-Roy, étudiante à la maîtrise en éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Gabrielle Bujold, étudiante à la maîtrise en éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

**Rédaction**

L'ensemble des membres ont participé à la rédaction.

**Révision**

L'ensemble des membres ont révisé la version finale.

D'autres réviseurs ont commenté le document, nous les remercions :

Nathalie Labrecque, directrice des services hospitaliers, MSSS

Véronique Paradis, inf. MSc inf, conseillère exécutive DGASHMPC, MSSS

Isabelle Ganache, éthicienne, professeure adjointe de clinique, Université de Montréal et INESSS

Catherine Olivier, éthicienne, professeure adjointe de clinique, Université de Montréal et INESSS

Dre Shannon Fraser, CIUSSS CODI

Michel Lorange, Ph.D., M.Sc., éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval

---

<sup>1</sup> Les conclusions et les recommandations de ce document ne reflètent pas forcément les positions des organisations auxquelles sont rattachées les personnes réunies aux fins de son élaboration.

## DEVRAIT-ON LIMITER L'ACCÈS AUX SOINS AUX PERSONNES NON-VACCINÉES CONTRE LA COVID-19 ?

Après deux ans de pandémie, il est compréhensible que les soignants et la population ressentent de la frustration, de la colère, pouvant aller jusqu'à de la fatigue de compassion face aux personnes non-vaccinées. Avec la 5<sup>e</sup> vague causée par la propagation fulgurante du variant Omicron du SRAS-CoV-2, les risques de dépassement des capacités hospitalières remettent sur la table les questions de priorisation de l'accès aux soins en contexte de pénurie sévère de ressources. Dans ce contexte, plusieurs avancent que les non-vaccinés privent d'autres personnes des soins dont ils ont besoin.

Un groupe de travail constitué de membres du Comité éthique COVID-19 a réfléchi à la question de la limitation de l'accès aux personnes non-vaccinées afin de fournir un éclairage éthique, de nourrir la réflexion et de soutenir la prise de décision. Dans ce texte qui tente de rester bref, le groupe de travail présente et évalue la validité des principaux arguments avancés en faveur ou en défaveur de la limitation de l'accès aux soins aux personnes non-vaccinées contre la COVID-19.

### 1. CONTEXTE

- Différentes formes possibles de limitations d'accès aux soins : Refuser de soigner, arrêter un traitement, déprioriser, faire payer les soins.
- Il existe également des pénalités telles que d'imposer des mesures fiscales. Ces éléments ne sont pas directement abordés dans le présent texte.
- Objectif d'une éventuelle limitation d'accès pour les personnes non-vaccinées : Réduire la surcharge du système par les cas COVID-19 et son impact négatif : 1) sur les patients qui attendent pour recevoir leurs soins (p. ex. : chirurgies), 2) sur l'organisation des services et 3) les soignants.
- Bénéfices de la vaccination : Réduit les risques d'infection, de transmission, d'hospitalisation et de décès. Par exemple, en date du 11 janvier 2022, le risque d'hospitalisation est 7,0 fois plus élevé pour les personnes non-vaccinées et celui de nécessiter des soins intensifs est de 13,8 fois plus élevé que pour les personnes vaccinées<sup>2</sup>.
- Taux de vaccination populationnel : En date du 12 janvier 2022, 89,7 % des personnes de 12 ans et plus sont adéquatement vaccinées et 57,0 % des 5 à 11 ans ont reçu une première dose<sup>3</sup>. Est-il justifiable de viser 100 % de vaccination considérant les moyens et les efforts requis pour y parvenir ?
- Profil des personnes non-vaccinées : Différents facteurs peuvent conduire une personne à ne pas se faire vacciner : facteurs médicaux<sup>4</sup>, épistémiques, socio-économiques et culturels<sup>5</sup>. Il est aussi utile de rappeler que le fait de ne pas être vaccinée ne signifie pas qu'une personne est contagieuse. Il faut avoir été infecté au SRAS-CoV-2 pour devenir contagieux. Par ailleurs, une personne non-vaccinée n'est pas nécessairement moins respectueuse des autres mesures sanitaires qu'une personne vaccinée.

---

<sup>2</sup> [20-210-382W infographie sommaire-executif.jpg \(1632x1411\) \(quebec.ca\)](#)

<sup>3</sup> INSPQ 2022a.

<sup>4</sup> Notons qu'il y a très peu d'exemptions pour des raisons médicales.

<sup>5</sup> Rousseau et al. 2021.

## 2. ARGUMENTS AVANCÉS POUR LIMITER L'ACCÈS

### 2.1 Éviter les soins inappropriés et maximiser les probabilités de réussite des interventions médicales

- Dans la pratique clinique habituelle, il est normal de ne pas offrir un soin s'il n'est pas cliniquement approprié (déontologie). Si le statut vaccinal peut affecter la réussite de l'intervention, il pourrait être justifié de limiter l'accès pour des raisons médicales. La transplantation d'organes est un bon exemple puisque celle-ci pourrait requérir l'immunosuppression continue du patient<sup>6</sup>.
- En situation de rareté significative des ressources, il faut avant tout maximiser les bénéfices. Dans ce contexte, il importe d'évaluer la condition clinique du patient de manière à déterminer le niveau de priorité des soins (triage, priorisation)<sup>7</sup>. Les critères habituels de priorisation sont : 1) la sévérité de la condition clinique; 2) l'urgence d'intervenir; 3) la probabilité de succès (*outcome*)<sup>8</sup>. Tenir compte de la probabilité de succès permet de maximiser les bénéfices de santé à partir de ressources limitées.
- Attention - nuance importante : Des études ont établi que la vaccination réduit les risques d'infection sévère et les décès, mais on ne sait pas si elle augmente les probabilités de survie post-traitement chez les patients vaccinés atteints de COVID-19 sévère<sup>9</sup>.
- À retenir : Ne pas être vacciné contre la COVID-19 ne devrait pas entraîner un refus automatique de soins appropriés, mais être considéré comme un facteur de risque clinique comme les autres dans l'évaluation des probabilités de succès d'une intervention médicale<sup>10</sup>.

### 2.2 Protection des soignants et des autres patients contre la COVID-19

- Toutes les mesures reconnues comme efficaces pour diminuer/éviter la transmission devraient être adoptées. Or, la vaccination est l'une de ces mesures.<sup>11</sup>
- Selon cet argument, il serait éthiquement acceptable d'exiger la vaccination pour travailler auprès des patients ou avant de recevoir des soins de manière à protéger :
  - 1- les travailleurs de la santé (ci-après TdS), qui constituent une force de travail à préserver nécessairement dans le contexte;
  - 2- et les autres usagers en milieu de soins, plus vulnérables que le reste de la population.
- À retenir : Le statut vaccinal d'une personne n'est pas une raison suffisante pour limiter l'accès aux soins, étant donné la protection mitigée contre la transmission conférée par celle-ci et à cause de l'existence d'autres moyens (ÉPI, etc.) pour protéger les TdS<sup>12</sup> et les autres usagers contre ce risque.

---

<sup>6</sup> Kuczewski et al. 2021.

<sup>7</sup> Schuman et al. 2022

<sup>8</sup> "As a general principle of medical ethics, when there's not enough of something for every patient in need, those who are the most likely to survive and live the longest are generally given higher priority" (Teagarden et Caplan 2021); Wikler 2021.

<sup>9</sup> "While there is strong evidence that Covid-19 vaccination decreases [the risks of] severe infection and death (...), there is inadequate information at this time regarding the survival outcomes of matched vaccinated versus unvaccinated critically ill Covid-19 patients.

Furthermore, not all vaccines are created equal. The relationships between each vaccine and the interactions of different patient demographics or pre-existing diseases with resultant survival outcomes are undoubtedly complex and currently unknown" (Chuan et al. 2021).

<sup>10</sup> "If an unvaccinated patient's vulnerability to serious complications of coronavirus infection predicts a poorer outcome than might be anticipated in a rival patient, this too might legitimately lower priority, as risk factors do in many triage contexts. But this would not in itself justify a default choice based on vaccine status. The vaccinated patient might have risk factors that predict the poorer outcome" (Wikler 2021); "(...) if vaccination status were to be considered, it would only be one of several factors that might help predict patient survival and not a blanket exclusionary factor for receiving critical care resources" (Chuan et al. 2021); Gökmen et al. 2021.

<sup>11</sup> INSPQ, 2022b.

<sup>12</sup> Yassi et al. 2021.

### 2.3 Incitation à la vaccination, envoyer un message aux non-vaccinés

- Incitation : Si le doute était permis en 2020, il est indéniable aujourd'hui que la vaccination de la population a des effets bénéfiques, pour chaque individu, en réduisant son risque de développer des symptômes sévères et pour l'ensemble de la population, en limitant la transmission du virus et en réduisant considérablement le risque d'hospitalisation et donc une pression indue sur l'ensemble du système de santé. (c.f.1)

La société a donc intérêt à vacciner l'ensemble des citoyens. Pour le faire, différentes mesures incitatives peuvent être mises en place (information juste, gratuité et disponibilité des vaccins, etc., mais aussi loterie, passeport vaccinal, etc.).

- Coercition : Limiter l'accès aux soins des personnes non-vaccinées pour les inciter à se faire vacciner représente une approche incitative plus coercitive<sup>13</sup>. Sur le plan de l'éthique, les approches coercitives méritent une justification convaincante.

Les approches coercitives peuvent réussir à convaincre une partie des personnes hésitantes face à la vaccination. Par analogie, l'instauration du passeport vaccinal semble avoir un effet positif sur l'intention à se faire vacciner. Mais limiter l'accès aux soins serait-il efficace pour amener les personnes à se faire vacciner ? Il est permis d'en douter. Il restera toujours une partie de la population qui refusera de se faire vacciner. De plus, ce type de mesure contribuerait à la polarisation de l'opinion des plus radicaux face à la vaccination et à leur marginalisation.<sup>14</sup>

- Effet pervers : De plus, si l'objectif ultime de la vaccination est d'améliorer la santé de la population, refuser l'accès aux soins de certains va dans le sens contraire et pourrait empêcher le recours aux soins par des personnes malades non-vaccinées, en particulier celles atteintes de la COVID-19.
- À retenir : Inciter et convaincre est certainement bénéfique. Contraindre l'est beaucoup moins.

### 2.4 Réciprocité et mérite

- Selon l'argument du mérite, ceux qui se sont fait vacciner l'ont fait pour eux, mais aussi pour les autres. Ils ont pris un certain risque pour les autres. Ils méritent donc d'être avantagés dans l'accès aux soins, par rapport à ceux qui, inversement, pouvaient se faire vacciner, mais ont choisi de ne pas le faire, en dehors d'une contre-indication médicale.
- Cependant, l'argument nécessiterait de départager les cas en fonction de la légitimité des raisons ayant motivé le choix de ne pas se faire vacciner (cf. 3,2)<sup>15</sup>. Qui en déciderait ? Selon quels critères ?
- Il est raisonnable de concevoir qu'une grande partie des personnes vaccinées l'ont fait pour leur propre santé et celle de leurs proches, ou encore pour accéder à des activités et services réservés aux personnes vaccinées. Par ailleurs, il est possible que certaines personnes non-vaccinées puissent être victimes de désinformation, de pressions des pairs et d'un manque de ressources personnelles et sociales pour s'en prémunir<sup>16</sup>. Être pénalisé parce que l'on refuse de se faire vacciner présuppose un choix libre et éclairé ainsi qu'une responsabilité individuelle entière. Prenons l'exemple d'une victime de violence conjugale sous le joug d'une personne antivaccin. Comment établir la qualité du choix effectué par la personne qui refuse la vaccination ?

---

<sup>13</sup> Teagarden et Caplan 2021.

<sup>14</sup> Par exemple, une étude britannique sur l'efficacité des passeports vaccinaux montre que leur mise en œuvre a contribué à convaincre une certaine partie de la population non-vaccinée à le faire, mais a aussi provoqué une polarisation des refus chez ceux qui ne l'ont pas fait (De Figueiredo, Larson & Reicher, 2021).

<sup>15</sup> Chuan et al. 2021; Coggon 2021.

<sup>16</sup> Appiah 2021; Renkl 2021; "There is a profound moral case against propagators of anti-vaxx movements because of the grotesquely harmful disinformation they promote. However, general targeting of those who refuse to be vaccinated serves as highly punitive victim blaming; it targets those who have been misled, rather than those who misled" (Coggon 2021).

Est-ce que les raisons évoquées pour refuser la vaccination sont toujours illégitimes ? Est-ce qu'une personne non-vaccinée est nécessairement moins responsable et précautionneuse qu'une personne vaccinée<sup>17</sup>, en particulier au regard des autres mesures de protection contre la COVID-19 ?<sup>18</sup>

- Similarité avec d'autres comportements à risque<sup>19</sup>. Par exemple, on ne limite pas les traitements contre le VIH/SIDA pour les personnes ayant des rapports sexuels non-protégés. Même chose pour les traitements à la suite d'un accident chez les personnes qui conduisent en état d'ébriété.
- Le fait que les personnes non-vaccinées risquent de tomber gravement malades et mourir est déjà une forme de rétribution. Ne pas les soigner implique peut-être une double victimisation ou encore de blâmer la victime. Il n'est donc pas clair que pénaliser les non-vaccinés favorise l'équité.
- La responsabilité en fonction de l'âge du patient non-vacciné : Serait-il acceptable de refuser des soins aux enfants de 5 à 13 ans sachant qu'ils ne sont pas entièrement responsables de décider de leurs soins ? Serait-il acceptable de refuser des soins aux mineurs de 14 à 17 ans ?
- À retenir : Limiter l'accès aux soins pour des raisons de réciprocité et de mérite pourrait ouvrir la porte à des jugements de valeur arbitraires et, par conséquent, à de la discrimination ou encore à de l'exclusion de personnes vulnérables.

### 3. ARGUMENTS CONTRE LA LIMITATION DE L'ACCÈS

#### 3.1 Devoir de soigner

- Les soignants ont le devoir de porter assistance aux personnes qui en ont besoin, y compris si elles ne sont pas vaccinées<sup>20</sup>. « *Le Collège rappelle que les médecins doivent déployer des moyens raisonnables pour dispenser des soins à ces personnes, comme aux autres. Par mesure de précaution, le recours aux soins virtuels, lorsque cela est possible ou l'aménagement de plages horaires consacrées aux patients non-vaccinés pourrait être envisagé.* »<sup>21</sup>.
- Selon l'article 23 du *Code de déontologie des médecins* de Québec, « *Le médecin ne peut refuser d'examiner ou de traiter un patient pour des raisons reliées à la nature d'une déficience ou d'une maladie ou au contexte dans lequel cette déficience ou cette maladie présentée par ce patient est apparue (...)* »<sup>22</sup>.
- Ne pas soigner les personnes infectées non-vaccinées pourrait aussi contribuer à la transmission de la COVID-19. Celles-ci pourraient être à la source d'éclotions. Il y a donc un bénéfice populationnel important et une diminution des risques collectifs dans le fait de soigner les personnes non-vaccinées. En effet, exclure les personnes non-vaccinées des soins requis pour traiter la COVID-19 peut amener celles-ci à cacher leur infection et contribuer à accroître la propagation du virus dans la population.

---

<sup>17</sup> "While highly significant, vaccination is one of many choices individuals make to reduce the risk of infection, severe disease, and death. A critically ill person who has not been vaccinated due to fear of vaccination might have taken other measures to reduce her risks of Covid. How should we decide between her and a critically ill vaccinated person who has not complied with other public health measures or who might even have engaged in high-risk behaviors such as nonessential travel to a place with high community transmission?" (Chuan et al. 2021);

<sup>18</sup> "An exclusive focus on the irresponsibility of refusing vaccination begs questions about other points where poor moral responsibility may also be in question, but which are not being given as a ground for deprioritisation. For example, it is not clear why the NHS would not instead, or as well, deny treatment for people who have breached social distancing rules. There is no obviously non-arbitrary way of answering the question 'why, in this context, single out responsibility based on non-vaccination?'" (Coggon 2021).

<sup>19</sup> Renkl 2021.

<sup>20</sup> Wikler 2021; Smith 2021; Teagarden et Caplan 2021, Cruz-Maxwell et al., 2021, Kaplan et Fletcher 2021.

<sup>21</sup> Collège des médecins du Québec 2021.

<sup>22</sup> *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c M-9, r 17.

- Lorsque les soins sont urgents, le seul fait que les personnes sont non-vaccinées ne peut constituer une raison de limiter les soins. Mais lorsque les soins ne sont pas urgents, peut-il être raisonnable d'exiger la vaccination<sup>23</sup> ? Pour des soins de routine, peut-il être raisonnable de refuser de soigner un patient non-vacciné<sup>24</sup> ? Des soins qui sont planifiés d'avance permettent la mise en place d'autres mesures qui limitent la transmission.
- En situation de crise sévère, les soins non-urgents et de routine devraient être mis sur pause pour tous les patients.
- À retenir : Les soignants ont le devoir de soigner. Il ne leur appartient pas de limiter l'accès aux soins. Diverses mesures peuvent être prises pour adapter les soins afin de prévenir le risque de transmission.

### 3.2 Accroissement des inégalités de santé

- Le choix de ne pas se faire vacciner contre la COVID-19 est souvent associé à des facteurs socio-économiques et culturels. Or, ces facteurs sont des déterminants sociaux de la santé. La limitation de l'accès risque donc de reproduire et d'amplifier les inégalités de santé liées à ces mêmes facteurs<sup>25</sup>. Certains verraient se dégrader leur état de santé déjà précaire.
- À retenir : Limiter l'accès aux soins aux personnes non-vaccinées risquerait d'accroître les vulnérabilités de certaines personnes déjà marginalisées.

### 3.3 Accroissement du manque de confiance envers les autorités

- Certains Québécois considèrent, après 20 mois de pandémie, que le « gouvernement et les médias exagèrent par rapport à la COVID-19 »<sup>26</sup>. Des enquêtes démontrent également une diminution de la confiance envers les autorités politiques et médicales<sup>27</sup>. La confiance (ou la méfiance) envers les autorités est un des éléments qui expliquent l'hésitation vaccinale<sup>28</sup> et par conséquent, le refus de la vaccination peut être relié à « une méfiance contre toute forme d'obligation imposée par l'État »<sup>29</sup>. La pression à se faire vacciner risque d'augmenter cette méfiance.<sup>30</sup> Ceci pourrait avoir des effets à long terme sur l'adhésion à d'autres campagnes reliées à la santé et ultimement contribuer à la marginalisation, comme les autres facteurs mentionnés plus haut (c.f. 2.4).
- À retenir : Pour certaines personnes hésitantes à se faire vacciner, la pression augmente la méfiance envers les autorités. En retour, l'augmentation de la méfiance contribue à réduire la cohésion sociale.

<sup>23</sup> Wikler 2021.

<sup>24</sup> Smith 2021.

<sup>25</sup> « *Such an approach, however, could well increase systemic inequities in the allocation of critical care resources. For example, members of particular communities in the U.S. face systemic disadvantages in health care access and generally lack trust in health or governmental authorities because of current and historical injustices perpetrated by these authorities. Thus, for some individuals a personal "choice" not to be vaccinated may be grounded in (...) justifiable mistrust—and these choices follow predictable patterns* » (Chuan et al. 2021).

<sup>26</sup> INSPQ 2021.

<sup>27</sup> Escasain et al. 2021.

[Une comparaison de la compréhension publique de la pandémie de COVID-19 entre 2020 et 2021 | Unisanté \(unisante.ch\)](#)

<sup>28</sup> « In the "3 Cs" model, *confidence* is defined as trust in (i) the effectiveness and safety of vaccines; (ii) the system that delivers them, including the reliability and competence of the health services and health professionals and (iii) the motivations of policy-makers who decide on the needed vaccines. » <https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S0264410X15005009?scrollTo=%23bib0120>

<sup>29</sup> Pensions aux ressortissants des pays totalitaires ou avec expérience totalitaire dans le passé récent. Voir Anna C. Zielinska, 2018, [Le mouvement d'opposition aux vaccins : une analyse anthropologique et philosophique](#), adsp n° 105 décembre : 27-29.

<sup>30</sup> [The potential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccinations in the United Kingdom: Evidence from a large cross-sectional survey and modeling study \(thelancet.com\)](#)

#### 4. CONCLUSION

Au regard des différents arguments pour et contre la limitation de l'accès aux soins aux personnes non-vaccinées, le sous-groupe de travail estime qu'à l'heure actuelle, la balance ne penche pas en faveur de cette limitation du point de vue éthique. Les raisons invoquées (devoir de soins, accroissement des inégalités et de la méfiance) restent centrales et peuvent difficilement être contournées par les TdS. La question de la limitation de l'accès aux soins ne devrait jamais se décider de manière arbitraire au chevet du patient. Même si cette idée peut plaire en contexte de pandémie, refuser des soins à un patient non-vacciné qui les requiert au nom d'une certaine forme d'équité n'est pas un geste banal et sans conséquence. Le sous-groupe juge que dans une société démocratique, il revient aux décideurs politiques d'élaborer les règles de l'accès aux soins pour sa population de même que les mesures de limitations (sociales, professionnelles ou de santé) à certaines personnes, en prenant en compte, avec objectivité, les possibles bénéfices de ces mesures, mais aussi leurs inconvénients. Moduler l'accès aux soins en fonction de profils de risque individuels menacerait le principe d'universalité sur lequel repose notre système de santé.



## RÉFÉRENCES

- Appiah KA. (2021). As a Doctor, May I Refuse to See Unvaccinated Patients? *The New-York Times Magazine*, 13 juillet.
- Chuan VT, Lowe Æ, Ferdinand AO, Liang TH et Wynia M. (2021). [Should Covid Vaccination Status Be Used to Make Triage Decisions?](#) *The Hastings Center*, 31 août.  
*Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c M-9, r 17.
- Coggon J. (2021). [Should treatments for covid-19 be denied to people who have refused to be vaccinated?](#) *The BMJ Opinion*, 4 août.
- Collège des médecins du Québec. (2021). [Soins aux patients non vaccinés](#). *Collège des médecins du Québec*, 2 septembre.
- Cruz-Maxwell E, Wolfe ID et Stokes L. (2021). [Vaccination Discrimination Goes Against Nursing Ethics](#). *The Hastings Center*, 17 décembre.
- de Figueiredo A, Larson HJ, et Reicher SD. (2021). The potential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccinations in the United Kingdom: evidence from a large cross-sectional survey and modelling study. *medRxiv*.
- Escasain L, Gilles I, Perriraz M, Bangerter A, Green EGT, Krings F, Staerklé C, Wagner-Egger P, Peytremann-Bridevaux I. (2021). *Comparaison de la compréhension publique de la pandémie de COVID-19 entre 2020 et 2021*. Lausanne : Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Raisons de Santé : Les Essentiels 34).
- Gökmen R, Cronin A, Brown W, Cass S, Ghazanfar A, Hossain MA,... et Dor FJ. (2021). Kidney transplantation and patients who decline SARS-CoV-2 vaccination: an ethical framework. *Transplant International*, 34(10) : 1770-1775.
- INSPQ. (2021). [Faits saillants du 14 décembre 2021 - Sondages sur les attitudes et comportements des adultes québécois](#). Institut national de santé publique du Québec.
- INSPQ. (2022a). [Données de vaccination contre la COVID-19 au Québec](#). Institut national de santé publique du Québec.
- INSPQ. (2022b). [Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins – Avis intérimaire](#). Institut national de santé publique du Québec, 6 janvier.
- Kaplan HM et Fletcher FE. (2021). Should Clinicians Ask Hospitalized Covid Patients Why They Aren't Vaccinated? *The Hastings Center*, 21 décembre.  
<https://www.thehastingscenter.org/should-clinicians-ask-hospitalized-covid-patients-why-they-arent-vaccinated/>
- Kuczewski M, Wasson K, Hutchison PJ, et Dilling DF. (2021). Putting ethics and clinical decision making before politics: requiring COVID-19 immunization for Solid Organ Transplantation (SOT) Candidates and their Support Team. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*.
- Renkl M. (2021). [When medical ethics collide with basic fairness](#). *The New York Times*, 27 septembre.
- Rousseau C. et al. (2021). [Comprendre l'hésitation vaccinale et soutenir la prise de décision concernant la vaccination. Guide pratique à destination des intervenants et autres professionnels en contact direct avec la population dans le contexte de la COVID-19 au Québec](#). CoVivre, juillet.

Schuman O, Robertson-Preidler J, Bibler TM. (2022). COVID-19 vaccination status should not be used in triage tie-breaking, *Journal of Medical Ethics* ,Published Online First: 06 January 2022. doi: 10.1136/medethics-2021-107836

Smith TM. (2021). [No COVID-19 vaccination, no care ? Why that's the wrong path](#). *American Medical Association*, 21 septembre.

Teagarden JR et Caplan AL. (2021). [If Covid vaccine refusers are turned away at hospitals and doctor offices, is that ethical?](#) *NBC News - THINK*, 24 août.

Wikler D. (2021). [When medical care must be rationed, should vaccination status count?](#) *Washington Post*, 23 août.

Yassi A, Grant JM, Lockhart K, Barker S, Sprague S, Okpani AI,... et Sing CK. (2021). Infection control, occupational and public health measures including mRNA-based vaccination against SARS-CoV-2 infections to protect healthcare workers from variants of concern: a 14-month observational study using surveillance data. *PLOS ONE*. 16(7): e0254920.