

Docteur Jean-Philippe LABREZE
11 Place du 11 Novembre
13560 SÉNAS
Tél. : 07 87 66 41 15

Sénas, le 19 septembre 2026.

LETTRE OUVERTE

À Mesdames et Messieurs les membres de la Commission fédérale de contrôle du SPF Santé publique

Concernant le Docteur Michel PROCUREUR et son droit de poursuivre l'exercice de la médecine en Belgique

Mesdames, Messieurs,

Je suis médecin généraliste et naturopathe et j'exerce la médecine depuis plus de trente-cinq ans.

C'est en cette qualité, mais également en tant que confrère et ami du Docteur Michel PROCUREUR, que je souhaite aujourd'hui témoigner en sa faveur, au moment où vous êtes appelés à examiner sa situation et la possibilité pour lui de poursuivre son exercice médical en Belgique.

La crise sanitaire liée à la Covid-19 restera, à n'en pas douter, comme l'une des périodes les plus controversées de l'histoire récente de la médecine.

Dans l'urgence et sous une pression politique, médiatique et sociale considérable, des décisions d'une portée exceptionnelle ont été prises. Des médecins les ont approuvées ; d'autres les ont contestées, notamment concernant la place des traitements précoces, l'évaluation individuelle du rapport bénéfice-risque de la vaccination, les restrictions imposées aux personnes non vaccinées et, plus fondamentalement, les limites que l'urgence sanitaire pouvait légitimement apporter au consentement libre et éclairé.

Le temps de l'urgence n'est cependant pas celui de l'Histoire.

Les connaissances scientifiques évoluent. Des certitudes présentées comme acquises peuvent être réexaminées. Des décisions prises dans l'urgence peuvent être réévaluées lorsque davantage de recul devient disponible.

C'est précisément ce qui se produit aujourd'hui.

Aux États-Unis notamment, des investigations et auditions parlementaires ont conduit à réexaminer de nombreux aspects de cette crise : l'origine du SARS-CoV-2, les décisions des autorités sanitaires, les politiques vaccinales, les obligations qui en ont découlé, la pharmacovigilance et l'information donnée à la population.

La commission spéciale de la Chambre des représentants consacrée à la pandémie a ainsi achevé en 2024 deux années d'investigations après de nombreuses auditions et l'examen d'une documentation considérable. Les conclusions de sa majorité sont extrêmement critiques sur plusieurs aspects de la gestion de cette crise, même si certaines de ces conclusions demeurent scientifiquement ou politiquement contestées.

La question de l'origine du SARS-CoV-2 elle-même continue de faire l'objet de discussions et d'investigations. L'hypothèse d'un accident de laboratoire, qui fut longtemps écartée avec beaucoup d'assurance dans le débat public, a depuis été examinée officiellement et considérée comme plausible par plusieurs responsables et organismes américains.

Il ne s'agit pas ici de prétendre que toutes les controverses relatives à cette crise seraient aujourd'hui définitivement tranchées.

C'est précisément l'inverse.

Leur existence et leur persistance devraient nous imposer une grande humilité lorsque nous jugeons rétrospectivement ceux qui, au cœur de cette période, ont refusé de partager certaines des certitudes institutionnelles du moment.

C'est à la lumière de ce contexte que je demande que soit examinée la conduite du Docteur PROCUREUR.

Il me paraît essentiel de ne pas commettre aujourd'hui l'erreur qui consisterait à le considérer comme un médecin ayant simplement décidé de s'affranchir, par convenance personnelle, des règles qui s'imposaient à tous.

La question est beaucoup plus profonde.

Le Docteur PROCUREUR s'est trouvé confronté à ce qu'il considérait comme un conflit entre, d'une part, les obligations imposées pendant la crise sanitaire et, d'autre part, certains des principes les plus fondamentaux de l'éthique médicale : ne pas nuire, apprécier individuellement le rapport bénéfice-risque d'un acte médical, informer loyalement le patient et respecter son consentement ou son refus.

Peut-on vraiment aujourd'hui, à la lumière des éclaircissements apportés par ces commissions d'enquête successives, aux États-Unis et ailleurs, contester son analyse ?

Peut-on vraiment faire comme si les interrogations qui furent les siennes étaient nécessairement absurdes, irresponsables ou indignes d'un médecin ?

Le droit français avait consacré, bien avant la crise sanitaire, un principe essentiel. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a inscrit dans le Code de la santé publique le principe selon lequel aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et que celle-ci dispose du droit de refuser un traitement.

La Convention d'Oviedo a, elle aussi, placé le consentement libre et éclairé au cœur de la protection de la personne humaine dans le domaine médical.

Des restrictions à certains droits peuvent certes être prévues par la loi pour des motifs de santé publique, et les juridictions françaises ont validé certaines des mesures prises durant la crise sanitaire.

Mais cette constatation juridique ne permet nullement d'affirmer que les conditions scientifiques, médicales et éthiques justifiant chacune de ces restrictions étaient indiscutables, ni que les choix effectués par les pouvoirs publics étaient les seuls médicalement possibles.

C'est précisément là que réside, à mes yeux, une partie essentielle de l'affaire du Docteur PROCUREUR.

Dès le début de cette crise, des médecins et des scientifiques ont contesté certains choix des autorités sanitaires : la proportionnalité et les conséquences des confinements, la place accordée aux traitements précoces, l'évaluation de différentes molécules ou stratégies thérapeutiques, la balance bénéfice-risque de la vaccination selon l'âge et le niveau de risque individuel, ou encore la pertinence d'imposer une même politique vaccinale à des populations présentant des risques très différents face à la maladie.

La question des traitements précoces mérite, à cet égard, d'être rappelée.

Des médecins, en France comme à l'étranger, ont défendu différentes stratégies thérapeutiques reposant notamment sur des médicaments repositionnés ou des mesures complémentaires — hydroxychloroquine, ivermectine, vitamine C, D, zinc et autres — tandis que les autorités sanitaires et d'autres scientifiques contestaient leur efficacité ou estimaient les preuves disponibles insuffisantes.

L'ivermectine est probablement l'un des exemples les plus emblématiques de cette controverse. Des médecins, parmi lesquels le Dr Pierre KORY et d'autres membres de la FLCCC aux États-Unis, ont vigoureusement défendu son utilisation précoce et contesté la manière dont les données scientifiques relatives à ce médicament avaient été évaluées et présentées. Le Dr KORY a consacré à cette controverse un ouvrage entier, *The War on Ivermectin* (La guerre contre l'ivermectine).

Certains médecins de terrain ont pu être profondément surpris lorsqu'on leur affirmait qu'il n'existait aucune possibilité thérapeutique pertinente et qu'il fallait essentiellement attendre l'évolution de la maladie.

La médecine fondée sur les preuves exige des études rigoureuses. Mais la médecine est aussi faite de l'observation clinique, de l'expérience du praticien, de l'évaluation individuelle du malade et de la confrontation permanente des hypothèses aux faits.

Dans une situation aussi nouvelle que celle de 2020 et 2021, le débat sur ces différentes approches aurait donc dû, à mes yeux, relever pleinement de la discussion scientifique.

Il existait des incertitudes considérables, des hypothèses thérapeutiques concurrentes, des résultats divergents et des controverses sur la manière dont les données disponibles devaient être interprétées.

Mais il serait également incomplet d'évoquer les controverses scientifiques de cette période sans rappeler un problème ancien et parfaitement documenté en médecine : celui des conflits d'intérêts.

Les liens financiers entre l'industrie pharmaceutique et certains acteurs de la recherche, de l'expertise, de la formation médicale et de l'élaboration des recommandations ne constituent ni une invention ni une théorie complotiste. Ils font depuis des décennies l'objet de travaux scientifiques, de règles de déclaration et de dispositifs destinés précisément à en limiter les effets.

La littérature médicale a montré que le financement industriel peut être associé à des conclusions plus favorables aux produits du financeur et que les conflits d'intérêts financiers sont associés, dans certaines études, à des recommandations plus favorables concernant les médicaments et dispositifs médicaux concernés.

Constater l'existence d'un conflit d'intérêts ne signifie évidemment pas démontrer qu'un scientifique est corrompu, qu'une étude est fautive ou qu'une décision a nécessairement été achetée.

Mais l'inverse serait tout aussi déraisonnable : faire comme si les intérêts financiers considérables engagés pendant cette crise ne pouvaient avoir aucune influence sur la production, la sélection, l'interprétation ou la communication de l'information scientifique.

Lorsque des intérêts économiques majeurs, des décisions politiques exceptionnelles et des enjeux sanitaires considérables se rencontrent, l'exigence de transparence, d'indépendance et de pluralisme scientifique devrait être plus grande encore.

Et lorsqu'existent des éléments précis susceptibles de faire suspecter non plus un simple conflit d'intérêts, mais des comportements irréguliers, ceux-ci doivent naturellement être investigués et établis sur des faits, plutôt que présumés.

Cette question est directement pertinente dans l'affaire qui nous occupe.

Car si l'on veut aujourd'hui reprocher à certains médecins de ne pas avoir accordé une confiance suffisante aux recommandations institutionnelles de l'époque, il faut également accepter d'examiner les raisons pour lesquelles certains d'entre eux considéraient qu'une prudence particulière s'imposait.

L'esprit critique envers une recommandation médicale n'est pas en soi une faute déontologique. Il constitue même une composante indispensable de la médecine scientifique.

La discussion scientifique était donc non seulement légitime : elle était indispensable.

Il en allait de même de la vaccination.

Les premiers vaccins contre la Covid-19 ont été développés et déployés dans des délais exceptionnellement courts. Le vaccin Pfizer-BioNTech a initialement bénéficié dans l'Union européenne d'une autorisation de mise sur le marché conditionnelle, dispositif réglementaire prévoyant notamment que des données complémentaires continuent d'être fournies après l'autorisation.

Cela ne signifie pas qu'aucune donnée de sécurité ou d'efficacité n'existait au moment de l'autorisation de ces vaccins.

Cela signifie en revanche qu'au moment où des décisions d'une portée considérable étaient prises concernant des millions de personnes, le recul dont nous disposions était nécessairement limité et que la pharmacovigilance ainsi qu'une information parfaitement transparente revêtaient, dans ces circonstances, une importance éthique majeure.

Or, la question de ce qui était connu, de ce qui a été communiqué et du moment où cela l'a été fait aujourd'hui elle-même l'objet de controverses et de procédures judiciaires aux États-Unis.

L'État du Kansas a ainsi engagé une action judiciaire contre Pfizer, lui reprochant notamment d'avoir présenté son vaccin comme sûr tout en disposant, selon les allégations formulées par le procureur général dans sa plainte, d'informations relatives à certains effets indésirables potentiels, notamment les myocardites et péricardites.

Il importe évidemment de respecter ici une distinction fondamentale : il s'agit d'accusations portées dans le cadre d'une procédure judiciaire et non de faits définitivement établis par un jugement.

Mais l'existence même d'une telle procédure mérite d'être prise en considération lorsqu'on prétend porter aujourd'hui un jugement définitif sur les médecins qui avaient exprimé très tôt des inquiétudes concernant ces produits.

Les myocardites et péricardites ont effectivement été reconnues par les autorités sanitaires comme des effets indésirables rares associés aux vaccins à ARNm, avec un risque particulièrement observé dans certaines catégories d'âge et de sexe.

Ainsi, certaines interrogations sur la sécurité que des médecins exprimaient durant cette période ne peuvent rétrospectivement être balayées au seul motif qu'elles contredisaient alors le discours dominant.

Plus troublant encore pour tout médecin attaché au consentement éclairé, le Dr Robert Redfield, ancien directeur des Centers for Disease Control and Prevention américains (CDC), a déclaré, lors de son audition publique du 11 juillet 2024 devant la commission de la sécurité intérieure et des affaires gouvernementales du Sénat des États-Unis, qu'il n'y avait pas eu, dès l'origine, une transparence appropriée concernant les effets secondaires potentiels de ces vaccins.

Il a également affirmé que certains avaient pris, selon ses propres termes, des décisions inappropriées visant à sous-déclarer ces effets secondaires, au motif qu'une information complète aurait rendu le public moins susceptible de se faire vacciner.

Qu'un tel procédé ait pu être mis en œuvre dans le cadre de l'action des autorités sanitaires est profondément choquant. Il ne s'agit pas d'une simple maladresse de communication : retenir, minimiser ou sous-déclarer une information susceptible d'influer sur la décision du patient porte atteinte au principe même du consentement libre et éclairé.

Une autorité sanitaire ne peut légitimement sélectionner l'information qu'elle communique dans le but d'obtenir l'adhésion de la population à un acte médical. Une telle pratique inverse la finalité de l'information médicale : au lieu de permettre à chacun de décider librement et en connaissance de cause, elle tend à orienter sa décision en le privant d'éléments susceptibles de modifier son choix. Dès lors, une question médicale et éthique fondamentale s'impose :

Comment un consentement peut-il être véritablement libre et éclairé lorsqu'une information susceptible de modifier la décision du patient est délibérément écartée par crainte qu'elle ne le conduise à refuser l'acte médical proposé ?

Le consentement libre et éclairé n'a de sens que si l'information est complète, loyale et compréhensible, et si le refus est réellement possible.

C'est précisément pour cette raison que les interrogations exprimées à l'époque par certains médecins sur la sécurité, la pharmacovigilance et le rapport bénéfice-risque individuel ne devraient pas être rétrospectivement assimilées, par principe, à de l'irrationalité ou à un manquement à leur devoir de médecin.

Le problème éthique devient encore plus aigu lorsque l'on passe de la recommandation médicale à la contrainte.

Lorsque le refus d'un acte médical entraîne l'impossibilité d'exercer certaines professions, des restrictions importantes dans la vie quotidienne ou une pression sociale considérable, il est au minimum légitime de s'interroger sur ce qu'il reste, en pratique, du caractère véritablement libre de ce consentement.

C'est précisément le conflit auquel le Docteur PROCUREUR estimait être confronté.

Il ne considérait pas qu'il pouvait simplement opposer à ses patients : « la règle est la règle ».

Il considérait qu'il restait médecin avant toute chose.

Il estimait que son devoir lui imposait d'apprécier personnellement le rapport bénéfice-risque d'un acte médical, de tenir compte des incertitudes scientifiques existantes, de respecter la volonté de ses patients et, conformément au principe ancestral du *primum non nocere*, de ne pas leur faire courir un risque qu'il jugeait insuffisamment évalué ou injustifié dans leur situation particulière.

Il s'est donc trouvé confronté à ce qu'il considérait comme un conflit exceptionnel entre une obligation imposée par les pouvoirs publics et des principes médicaux et éthiques qu'il estimait supérieurs.

On peut considérer qu'il s'est trompé.

On peut contester son appréciation scientifique.

On peut condamner les moyens auxquels il a finalement eu recours.

Mais on ne peut honnêtement juger son comportement comme si les interrogations qui l'avaient conduit à agir n'avaient jamais existé, comme si aucune controverse scientifique sérieuse n'avait traversé cette période et comme si la politique sanitaire suivie à l'époque constituait une vérité médicale définitivement établie.

C'est précisément ce que le recul historique doit nous interdire.

Le Docteur PROCUREUR a considéré qu'il ne pouvait abandonner des personnes qui refusaient cette vaccination et qui subissaient, du fait de ce refus, des conséquences personnelles, sociales ou professionnelles majeures.

Il a alors fait un choix grave : contourner les dispositifs mis en place par les pouvoirs publics afin de permettre à ces personnes de préserver leur choix.

Je ne cherche pas à dissimuler ce fait.

Mais précisément parce que ce choix était grave, il doit être examiné dans toute sa complexité.

Le Docteur PROCUREUR a établi ces certificats gratuitement. Il n'en a tiré aucun enrichissement personnel.

Un acte accompli dans un but d'enrichissement, d'intérêt personnel ou de nuisance n'a pas la même signification morale qu'un acte accompli gratuitement par un médecin convaincu qu'il protège ainsi des patients et sauvegarde leur liberté de consentement.

Il a désobéi parce qu'il considérait, en conscience, qu'obéir aurait signifié abandonner des patients auxquels il estimait devoir protection.

Cela ne rend pas automatiquement juste chacun de ses actes.

Mais cela change profondément leur signification morale.

Et c'est cette distinction essentielle que je vous demande de ne pas éluder.

Peut-on condamner durablement un médecin sans examiner sérieusement la possibilité que ce qui fut considéré, dans l'urgence, comme de l'insubordination ait aussi procédé d'une prudence médicale et d'une exigence éthique que ce médecin estimait supérieures aux injonctions du moment ?

L'histoire de la médecine devrait nous enseigner une certaine humilité.

Le progrès médical n'a jamais reposé sur l'infailibilité des institutions. Il s'est aussi construit grâce à des médecins et des scientifiques qui ont parfois refusé les certitudes de leur époque, demandé davantage de preuves et accepté les conséquences de leur dissidence.

Cela ne signifie évidemment pas que celui qui s'oppose à la majorité a nécessairement raison.

Mais cela signifie tout autant que la majorité, l'autorité ou l'institution n'ont pas nécessairement raison du seul fait qu'elles sont la majorité, l'autorité ou l'institution.

C'est pourquoi votre responsabilité aujourd'hui est considérable.

Vous n'avez pas seulement à examiner la conformité passée du comportement d'un médecin à des règles adoptées dans les circonstances exceptionnelles de la crise sanitaire.

Vous devez également apprécier ses motivations, son parcours, l'absence d'enrichissement personnel, le contexte scientifique et humain dans lequel il a agi, la réalité du danger qu'il représenterait

aujourd'hui pour ses patients et la proportionnalité qu'aurait la poursuite de son exclusion de l'exercice médical.

Le Docteur PROCUREUR a déjà subi de très lourdes conséquences professionnelles du fait de ses choix.

La question qui vous est soumise aujourd'hui n'est donc pas seulement de savoir si vous approuvez ou condamnez les décisions qu'il a prises pendant la crise sanitaire.

Elle est aussi de déterminer si ces faits doivent désormais l'empêcher de continuer à exercer la médecine, et si l'ensemble d'une carrière médicale doit être réduit à des actes commis dans les circonstances extraordinaires que nous avons connues.

À ma connaissance, le Docteur PROCUREUR a consacré sa carrière à soigner et à aider ses patients avec dévouement et bienveillance.

Une institution médicale manifeste aussi sa force lorsqu'elle sait distinguer la sanction d'un acte de la condamnation définitive d'un homme.

Mais il existe une autre responsabilité, plus difficile encore à assumer.

Les médecins qui ont contesté certaines décisions durant cette crise ont été jugés par les institutions de leur temps.

Les décisions de ces institutions, elles aussi, seront un jour examinées avec le recul du temps.

Lorsque l'histoire scientifique et médicale de cette période sera davantage établie, lorsque les décisions politiques et sanitaires auront pu être évaluées avec davantage de distance et lorsque les documents et données disponibles auront fait l'objet d'un examen historique approfondi, il sera légitime de se demander non seulement comment se sont comportés ceux qui ont contesté les choix dominants, mais également comment les institutions médicales ont traité leurs confrères dissidents.

Ont-elles accepté le doute ?

Ont-elles respecté la controverse scientifique ?

Ont-elles laissé aux médecins la possibilité de questionner les choix des autorités sans être immédiatement considérés comme indignes de leur profession ?

Ont-elles suffisamment exigé la transparence sur les conflits d'intérêts ?

Ont-elles distingué le médecin animé par l'intérêt personnel de celui qui croyait sincèrement protéger ses patients ?

Ont-elles su réexaminer leurs positions lorsque les connaissances évoluaient ?

Et surtout : ont-elles conservé suffisamment d'humilité pour envisager que certains de ceux qu'elles avaient sanctionnés avaient peut-être perçu plus tôt que d'autres certains risques, certaines incertitudes ou certaines contradictions ?

C'est aussi à ces questions que l'Histoire répondra.

Cette perspective ne constitue ni une menace ni une mise en accusation.

Elle constitue le rappel d'une évidence : celui qui juge aujourd'hui doit accepter que son propre jugement puisse, demain, être à son tour examiné à la lumière de connaissances nouvelles, ou de connaissances déjà disponibles à l'époque mais qui auraient été négligées, écartées ou niées.

C'est une raison supplémentaire pour que l'exercice du pouvoir disciplinaire demeure guidé par la mesure, la proportionnalité, l'indépendance, l'humanité et l'humilité.

Je vous demande donc respectueusement de ne pas juger le Docteur Michel PROCUREUR à travers le seul prisme de sa désobéissance.

Je vous demande d'examiner ce qui l'a conduit à désobéir, les principes médicaux qu'il entendait défendre, les personnes qu'il croyait protéger, l'absence d'intérêt financier qui caractérisait sa démarche et l'ensemble de son parcours de médecin.

Car si notre profession exige de ses membres qu'ils respectent les règles, elle exige également d'eux quelque chose de plus difficile encore : qu'ils demeurent des médecins capables de penser, de douter, d'examiner les données scientifiques avec indépendance, d'évaluer personnellement le rapport entre le bénéfice et le risque et d'agir en conscience dans l'intérêt de leurs patients.

Je souhaite profondément que le Docteur Michel PROCUREUR puisse poursuivre son métier de médecin en Belgique et continuer à mettre son expérience, ses compétences et son dévouement au service des patients.

Vous aurez à prendre cette décision en votre âme et conscience.

Comme pour chacun d'entre nous qui avons eu à décider, conseiller, soigner, obéir ou désobéir durant cette période exceptionnelle, le temps permettra de mieux comprendre ce qui s'est réellement passé.

Et l'Histoire appréciera non seulement les choix de ceux qui ont désobéi, mais également ceux des institutions qui les ont jugés.

C'est dans cet esprit, et avec le profond respect que je porte à notre profession et aux responsabilités qui sont les vôtres, que je rends aujourd'hui ce témoignage public.

Dr Jean-Philippe LABREZE

Médecin généraliste

Principales références documentaires

Sénat des États-Unis, Committee on Homeland Security and Governmental Affairs, *Risky Research: Oversight of U.S. Taxpayer Funded High-Risk Virus Research*, audition publique du 11 juillet 2024, témoignage du Dr Robert R. Redfield. [Archive officielle de l'audition](#)

Chambre des représentants des États-Unis, Select Subcommittee on the Coronavirus Pandemic, *After Action Review of the COVID-19 Pandemic: The Lessons Learned and a Path Forward*, rapport final, décembre 2024. [Rapport officiel](#)

Attorney General de l'État du Kansas, action engagée par l'État du Kansas contre Pfizer Inc. en juin 2024, relative notamment aux informations communiquées sur la sécurité et l'efficacité du vaccin contre la Covid-19. [Présentation officielle de la procédure](#)

Agence européenne des médicaments, Comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance, *Comirnaty and Spikevax: possible link to very rare cases of myocarditis and pericarditis*, 9 juillet 2021. [Communication officielle de l'EMA](#)