

L'échec de la gestion de la crise sanitaire de la Covid 19 par la France

29 avril 2021

Fin décembre 2020, la mortalité par million d'habitants était de 0,29 à Taïwan, similaire au Vietnam qui a une frontière terrestre de 1300 km avec la Chine. Cette mortalité par million d'habitants était de 887 en France. Ce triste bilan est le résultat de toute une série d'erreurs et d'incohérences.

1/ Une absence de préparation

En 2016, Jérôme Salomon, devenu depuis Directeur général de la santé, avertissait le candidat Macron que la France n'était pas prête pour une épidémie ([voir sur ce lien](#)). La Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques ([voir sur ce lien](#)) a relevé toute une série d'erreurs : réduction de l'effort de préparation, absence d'exercices de simulation depuis 2014, mauvaise gestion des masques, faillite des dispositifs de surveillance, faiblesses structurelles de la gouvernance de la gestion de crise sanitaire.

2/ Un manque de réactivité

Alors que le Vietnam a fermé sa frontière le premier février 2020, le 12 mars 2020, soit 46 jours après les premiers cas déclarés en France, E. Macron appelle à « éviter le repli nationaliste » face au virus qui « n'a pas de frontières, pas de passeport », et a assuré que les fermetures de frontières « quand elles seront pertinentes » seraient décidées à l'échelle européenne. Finalement, les frontières extérieures de la zone de l'Union européenne et de l'Espace Schengen ne furent fermées que le 17 mars 2020 soit quelques jours après la déclaration du président de la république sur l'inutilité de le faire et de toute façon bien trop tard pour avoir un résultat efficace.

La France a également accusé un énorme retard à la mise en place de test PCR de dépistage. L'une des clés du retard tient d'une part à la sous-utilisation des laboratoires publics et d'autre part, à l'absence de réponse des autorités sanitaires à la proposition des laboratoires vétérinaires départementaux. Ces derniers ont en effet, dès le 15 mars, proposé de mettre à disposition des préfetures et des agences régionales de santé (ARS) leurs services d'analyse, ainsi que l'ont relevé Mediapart le 29 mars ([voir sur ce lien](#)), puis Le Point le 3 avril ([voir sur ce lien](#)). Mais pendant plus de quinze jours, aucune réponse n'a été apportée par les autorités sanitaires à cette proposition.

3/ Une perte de confiance envers les autorités sanitaires

La gestion de l'épidémie nécessite de la confiance. Selon la Mission indépendante, la communication a été défaillante ce qui a eu des répercussions tout au long de la crise sanitaire. « La confiance a été ébranlée au début de la crise par les polémiques sur les masques et, dans une moindre mesure, sur les tests. Les discours officiels sur les masques et la doctrine d'utilisation ont été très évolutifs et sont apparus contradictoires au point d'être perçus par une partie de la population comme mensongers ».

4/ Une stratégie axée sur des mesures restrictives répétées inefficaces

La stratégie du gouvernement contre la Covid 19 repose sur le confinement, le couvre-feu, des mesures sociales de distanciation. Aucune étude scientifique n'a justifié l'efficacité des mesures de confinement généralisé. De plus, 6 semaines avant un troisième confinement, dans un article du 18 février 2021, le président du conseil scientifique a déclaré qu'il n'était pas possible d'envisager un nouveau confinement ([voir sur ce lien](#)) en raison de son impact social, sanitaire, psychologique et économique. C'est pourtant ce qui a été fait peu de temps après !

5/ Un glissement sémantique dans la définition des cas

En 2012, un nouveau virus respiratoire fait son apparition en Arabie Saoudite, baptisé MERS-CoV. La définition des cas distingue les cas possibles et les cas confirmés. Un cas possible est un malade qui présente des symptômes d'infection respiratoire (dans un contexte relié aux pays à risque). Un cas confirmé est un cas possible avec des prélèvements indiquant la présence du coronavirus MERS-CoV.

Pour la Covid 19, la signification de ce terme a changé par rapport au MERS-CoV. Santé Publique France annonce quotidiennement le nombre de « *cas confirmés* ». Un « *cas confirmé* » n'est pas une maladie confirmée mais est défini sur la base d'un résultat PCR positif. Peu importe que la personne présente des symptômes ou non.

6/ Des données négligées pour le suivi d'une épidémie

Depuis des années, le réseau Sentinelles présente de façon hebdomadaire (voir sur ce lien) le nombre de cas de grippe et autres maladies contagieuses. Cet outil a été adapté à la Covid concernant les malades ayant une infection respiratoire aiguë avec un test PCR positif. Mais ces données fiables n'ont pas été utilisées. Or on annonce tous les jours dans les médias le nombre de « cas » : on confond ainsi les cas avec les malades.

7/ Une présentation des résultats des tests PCR qui ne suit pas les recommandations

En septembre 2020, la Société Française de Microbiologie, dont l'avis a été sollicité par la Direction générale de la santé (voir sur ce lien), a recommandé de présenter les résultats en termes de positif fort, positif, positif faible, négatif. La quantification de la charge virale permettrait de dépister les personnes ayant une excrétion virale forte afin de casser rapidement les chaînes de contamination. Or cet avis n'a pas été pris en compte. Pour Santé Publique France, le résultat d'un test PCR est binaire, positif ou négatif. De ce fait, on ne sait pas si un test PCR positif correspond à la présence de très nombreuses particules virales, à une faible présence de particules virales contagieuses, ou à un faux positif avec absence de particules virales contagieuses.

La Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques relève également qu'il faut une stratégie de priorisation pour avoir une bonne utilisation opérationnelle (voir sur ce lien) et être efficace. Il est en effet impossible de mener une stratégie « tester, tracer, isoler » sur l'ensemble des tests PCR. Il faut appliquer la recommandation de la Société Française de Microbiologie et cibler en priorité les PCR positives fortes pour que la stratégie de traçage puisse avoir une bonne utilisation opérationnelle et être efficace.

8/ Le démantèlement de l'hôpital public

Depuis une décennie, l'hôpital public est en souffrance. En 2017, Jérôme Salomon, futur Directeur général de la santé, disait que l'hôpital ne disposait d'aucune élasticité pour absorber des variations d'activité (voir sur ce lien). Le manque de lits de réanimation à certaines périodes de l'année est une problématique récurrente et toujours pas résolue ces derniers mois. Il y a une incohérence à diminuer le nombre de lits de réanimation alors que la situation nécessite de les augmenter et de former des personnels soignants.

9/ La démocratie sanitaire bafouée

L'expertise sanitaire devrait être respectueuse de la démocratie sanitaire et libre de tout conflit d'intérêt. Cela n'est pas le cas. D'un point de vue institutionnel et légal, une personne qui a des conflits d'intérêt ne peut pas faire partie d'un comité scientifique. Les différentes approches de la prise en charge de la maladie devraient être représentées au sein du conseil scientifique. Des représentants de médecins libéraux ayant une bonne expérience de la prise en charge de la maladie devraient y participer au même titre que les médecins hospitalo-universitaires.

De plus, comme le préconise la Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques ([voir sur ce lien](#)), la composition du conseil scientifique devrait inclure des représentants des usagers du système de santé, et plus spécifiquement, des représentants d'associations de citoyens et de malades concernés par la Covid 19.

10/ Une absence de politique de prévention

Tout un chacun dispose d'un système immunitaire à même de le défendre contre toute agression infectieuse, et virale en particulier. De nombreuses recherches ont montré l'importance de la vitamine D sur la prévention des formes graves de la Covid 19. L'académie de médecine a recommandé des suppléments en vitamine D dans son communiqué en date du 22 mai 2020 ([voir sur ce lien](#)), cela devrait largement être appliqué. D'autres pistes devraient être prises en compte, comme celle du zinc, la promotion de l'activité physique ou sportive régulière pour lutter contre la sédentarité qui est un facteur associé à un risque important de forme sévère de Covid 19 ([voir sur ce lien](#)). Le renforcement de l'immunité devrait faire l'objet d'une large promotion, ce qui n'est pas le cas.

11/ Une absence de vaccins classiques à virus tués

Les vaccins à ARN / ADN sont des processus biotechnologiques basés sur une seule protéine. En cas de mutation de la protéine du virus, l'immunité devient quasi-inopérante. A l'inverse, un vaccin à virus tué confère une immunité sur tout un ensemble de protéines et est donc moins susceptible de perdre son efficacité en cas de mutation virale. De plus, ce type de vaccin serait susceptible d'améliorer l'adhésion de la population car ils sont basés sur une technologie classique.

12/ Les vaccins à ARN / ADN issus d'une nouvelle biotechnologie

La politique vaccinale actuelle est axée sur des vaccins à ARN / ADN issus d'une toute nouvelle biotechnologie jamais utilisée auparavant. Ces vaccins ne disposent que d'une autorisation de mise sur le marché conditionnelle ([voir sur ce lien](#)) et leur balance bénéfices risques ne sera connue qu'en 2022, 2023 ou 2024 selon les vaccins.

Dans une conférence de presse le 3 décembre 2020 ([voir sur ce lien](#)), le Pr. Alain Fisher (le "Monsieur Vaccin" du gouvernement) a déclaré :

- que les données ne sont pas encore complètes pour savoir jusqu'à quel point ces vaccins sont efficaces chez les personnes les plus à risque, qu'on ne dispose que de communiqués de presse de la part des industriels, et qu'on manque de publications scientifiques
- qu'on ne sait pas si le vaccin protège l'individu vacciné contre l'infection grave
- qu'on ne sait pas si le vaccin protège contre la transmission, ce qui permettrait de briser la chaîne de transmission

Dans un article d'un journal scientifique britannique paru le 18 février 2021, le Pr. Delfraissy, Président du Comité scientifique et quelques autres membres de ce Comité ont écrit :

- que les vaccins actuels peuvent ne pas être efficaces contre certains variants
- que la vaccination de masse risque de provoquer la multiplication de variants plus contagieux

On peut lire ainsi ([voir sur ce lien](#)) : « La fin tant attendue de cette crise sanitaire mondiale pourrait bien être continuellement repoussée puisque de nouveaux variants émergent».

Dans une conférence de presse le 18 février 2021 ([voir sur ce lien](#) à la fin de l'article), le ministre de la santé a déclaré qu'aucun pays européen ne dispose de données publiées fiables prouvant que les vaccins à ARN / ADN permettent d'éviter les formes graves et les hospitalisations.

Dans l'édition du 30 mars 2021 d'Europe 1 ([voir sur ce lien](#)), le ministre de la Santé a estimé qu'il est prématuré en l'état des connaissances scientifiques de différencier les « règles relatives aux limitations de circulation selon que les personnes ont reçu ou non des doses des vaccins ». Olivier Véran invoque quatre arguments :

- l'efficacité partielle des vaccins
- le fait que l'efficacité des vaccins est devenue particulièrement contingente du fait de l'apparition des nouveaux variants
- les personnes vaccinées sont aussi celles qui sont les plus exposées aux formes graves et aux décès en cas d'inefficacité initiale du vaccin ou de réinfection post-vaccinale ou de la virulence d'un variant
- le vaccin n'empêche pas de transmettre le virus aux tiers. L'impact de la vaccination sur la propagation du virus n'est pas encore connu

Par ailleurs, on connaît les effets secondaires précoces des vaccins (on peut consulter le site de l'ANSM à partir de [ce lien](#), le site de l'agence européenne du médicament à partir de [ce lien](#) et la base de données de l'OMS à partir de [ce lien](#)). On ignore complètement les risques à moyen et long terme. Les vaccins à ARN / ADN sont donc des remèdes insuffisamment éprouvés.

13/ Une balance bénéfiques risques des vaccins qui n'est pas adaptée aux tranches d'âge

La tranche d'âge de 18 à 44 ans est la tranche d'âge la plus fortement impactée par les effets indésirables des vaccins alors que cette tranche d'âge est très peu touchée par les formes graves de la maladie. Selon l'INSEE, en 2020, la hausse de mortalité a concerné les personnes âgées de 65 ans et plus. Entre 2019 et 2020, la mortalité des moins de 50 ans a même baissé. Selon Santé Publique France, entre le 1er mars 2020 et le 1er mars 2021, 78 % des décès par la Covid 19 concernent les plus de 75 ans et 14 % des décès concerne la tranche d'âge de 65 à 74 ans. Parmi ces derniers, 71 % avaient déjà des maladies chroniques. On a déjà des doutes sur la balance bénéfiques risques des vaccins. Ces doutes sont encore plus importants pour les moins de 50 ans.

14/ Des laboratoires exonérés de leur responsabilité juridique

On attend des laboratoires pharmaceutiques une éthique professionnelle (par exemple ne pas avoir subi une condamnation antérieure pour des pratiques commerciales frauduleuses). On attend aussi qu'ils assument eux-mêmes la responsabilité juridique en cas d'effets secondaires graves, ce qui n'est pas le cas ([voir ce lien](#)).

15/ Un manque de recherche pour traiter précocement les formes symptomatiques de la maladie

Actuellement, un malade présentant des signes d'infection respiratoire débutante est renvoyé chez lui avec du paracétamol, au risque de développer dans les jours qui suivent une forme grave qui va nécessiter une hospitalisation. Etant donné que les personnes vaccinées comme les non vaccinées sont exposées aux mêmes risques, elles ont les mêmes besoins : disposer d'un traitement précoce pour les phases symptomatiques de la maladie afin de diminuer les risques d'évolution vers des formes graves. Or, actuellement, les médecins sont incités à ne pas parler de ces traitements, voire sont convoqués ou poursuivis par l'ordre des médecins pour le simple fait de vouloir soigner des malades plutôt que d'attendre passivement l'aggravation de la maladie.

Comme cela se pratique dans différents pays dans le monde, on pourrait traiter ces malades précocement par des molécules anciennes, bon marché et bien tolérées. Par manque de volonté, on reste, en France, dans une incertitude quant à l'efficacité de ces médicaments, incertitude qui n'est pourtant pas supérieure à celle relative aux vaccins Covid.

L'existence même d'études frauduleuses pour tenter de démontrer l'inefficacité de certains de ces médicaments devrait inciter justement à développer des études avec ces traitements pour la Covid, traitements sur lesquels on dispose d'un recul de plusieurs années, voire de décennies (ces médicaments sont sûrs, bien tolérés et ils disposent d'une véritable autorisation de mise sur le marché dans d'autres indications).

La prescription de ces médicaments en recommandation temporaire d'utilisation permettrait de bien cadrer leur utilisation et d'avoir une bonne visibilité sur leur efficacité. Il faudrait également inciter à l'étude et à la recherche d'autres types de traitements précoces pour les formes symptomatiques.

Il y a donc une incohérence à promouvoir des remèdes insuffisamment éprouvés (des vaccins issus d'une toute nouvelle biotechnologie à ARN / ADN) tout en refusant d'utiliser le potentiel thérapeutique des molécules anciennes largement utilisées à l'étranger, mais qui restent en France des remèdes insuffisamment éprouvés alors qu'il existe un nombre conséquent d'études scientifiques ([voir sur ce lien](#)) démontrant leur utilité (cependant, elles ne sont pas prises en compte en France). Par contre, ces molécules anciennes ont fait la preuve de leur sécurité d'utilisation puisqu'elles disposent depuis longtemps d'une véritable autorisation de mise sur le marché.

16/ Le rôle ambigu de l'Europe

Comment la Commission européenne a-t-elle pu passer une commande de Remdesivir correspondant au traitement de 500.000 patients à raison de 2070 euros par traitement alors que l'OMS et la HAS ont déclaré ce traitement inefficace ? Comment l'agence européenne du médicament peut-elle promouvoir des traitements pour les formes tardives de la maladie avec des molécules telles que le Remdesivir et les Anticorps monoclonaux, des traitements chers, qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, et sont suspectés d'être mutagènes, favorisant ainsi l'apparition de nouveaux variants ?

Tout ceci est d'autant plus incohérent quand on se rappelle que l'Union Européenne n'a pas de compétence dans les politiques de santé et que l'agence européenne du médicament est une entité juridique distincte des institutions de l'Union européenne ([voir sur ce lien](#)).

De plus, ces médicaments s'adressent à une minorité de patients hospitalisés alors qu'il importe de traiter la très grande majorité des personnes qui déclarent une forme symptomatique de la maladie, et ce bien avant une hospitalisation.

On peut ainsi constater qu'à l'échelle de l'Europe (avec l'agence européenne du médicament) comme à l'échelle de la France (avec l'agence nationale de sécurité du médicament), les autorités sanitaires privilégient soit des vaccins issus d'une nouvelle biotechnologie, soit des traitements nouveaux, chers, dotés d'effets secondaires potentiellement graves, qui s'adressent à la phase tardive de la maladie, mais négligent ou bloquent des traitements anciens, bien connus, bien tolérés, peu chers, qui s'adressent à une prise en charge précoce des formes symptomatiques de la maladie vues en médecine de ville.

Il faut enfin signaler qu'il existe des conditions pour qu'un nouveau médicament (ou vaccin) en cours d'évaluation puisse obtenir une autorisation de mise sur le marché conditionnelle. Cette dernière peut être accordée avant que toutes les données soient disponibles si ce médicament répond à des besoins médicaux non satisfaits (absence de méthode satisfaisante de traitement) et si le rapport bénéfice/risque semble positif.

On peut donc se demander quelles auraient été les répercussions sur les vaccins qui disposent d'une autorisation de mise sur le marché conditionnelle si l'on avait développé des traitements précoces pour les formes symptomatiques de la maladie. Aurait-on pris le temps d'élaborer des études complètes en laboratoire pour mettre sur le marché des vaccins efficaces et sûrs ? Et en conséquence, les laboratoires auraient-ils assumé eux-mêmes la responsabilité juridique des vaccins mis sur le marché ?

En conclusion

Nous sommes face à une succession d'erreurs, d'incohérences, avec un désastre financier à la clé. Puisque la balance bénéfices risques des vaccins à ARN / ADN n'est pas connue, tout miser sur un tel remède insuffisamment éprouvé pour résoudre la crise sanitaire est un pari hasardeux. Si en 2023 l'on découvre que la balance bénéfices risques des vaccins n'est pas favorable, que fera-t-on en l'absence de traitement et de méthode efficace pour casser les chaînes de contamination ? Quelles seront les conséquences sur les jeunes générations ? Pourquoi faire appel à un cabinet privé (McKinsey) impliqué dans le scandale des opioïdes aux Etats-Unis ([sur ce lien](#)) ? Pourquoi des médecins sont-ils convoqués ou poursuivis par l'ordre des médecins pour le simple fait de vouloir soigner des malades plutôt que d'attendre passivement l'aggravation de la maladie ? Devant toutes ces incohérences, comment peut-on encore faire confiance à la gestion de la crise sanitaire par le gouvernement ?

Le président de la république a déclaré que nous étions en guerre. Dans une situation aussi complexe, toutes les stratégies devraient être envisagées. Ce qui est permis pour des remèdes insuffisamment éprouvés (des nouveaux types de vaccins issus de la biotechnologie encore sous autorisation de mise sur le marché conditionnelle ou des antiviraux inefficaces et toxiques comme le Remdesivir) devrait également être autorisé pour des molécules anciennes, ce d'autant que ces dernières ont une véritable autorisation de mise sur le marché pour d'autres indications et ont une sécurité d'utilisation bien connue. Plus globalement, il faut remettre de la cohérence dans cette gestion de la crise sanitaire. Tous les élus ont leur rôle à jouer pour y parvenir. Chers élus, retrouvez et défendez vos fonctions de représentativité de vos électeurs. Des solutions cohérentes existent déjà pour sortir rapidement de la crise. Appliquons les tous ensemble et sortons de la crise et de la peur :

- Lavage des mains et aération des maisons, bureaux, classes, lieux de vie
- Dépistage ciblé
- Réglage des cycles d'amplification des tests PCR à des niveaux recommandés par la science et application de la recommandation de la société française de microbiologie
- Tester, tracer, isoler avec une stratégie ciblée sur les PCR positives fortes afin de casser les chaînes de contamination
- Compter non pas des « cas » asymptomatiques mais des malades avec une PCR positive
- Obligation du port du masque restreinte aux cas où la science a démontré son utilité (sujets malades, en présence de malades, de sujets à risques, professions de santé, dans les endroits clos, dans les endroits avec densité de population, etc...)
- Evaluation urgente par un protocole rigoureux et indépendant de conflits d'intérêt, du rapport bénéfice/risque du port du masque par les enfants
- Elargissement du conseil scientifique avec une représentation des différentes approches de la maladie ainsi que des représentants des associations de malades et collectifs citoyens
- Informations sur les mesures de base pour soutenir l'immunité : Vitamine D, Vitamine C, Zinc, alimentation, exercice physique, activités, liens sociaux, gestion du stress
- Traitements précoces pour les formes symptomatiques de la maladie avec confinement ciblé suivant des critères scientifiques (sujets malades avec une PCR positive, cas contacts, sujets à risques, etc...) plutôt que confinement généralisé sur l'ensemble des populations
- Incitation à l'étude et à la recherche d'autres types de traitements précoces pour les formes symptomatiques.
- Permettre aux proches d'accéder avec protection aux personnes âgées malades en EHPAD pour éviter leur décès par syndrome de glissement
- Augmentation rapide des lits hospitaliers pour faire face à un pic épidémique ultérieur ou un épisode de canicule ou une catastrophe naturelle
- Augmentation des moyens humains et financiers alloués à l'hôpital public
- Vaccins sûrs et validés : nous avons à cœur que le remède ne soit pas pire que le mal.