

Rapport des collectifs citoyens sur la gestion de l'épidémie Covid 19 par le gouvernement

10 juin 2021

Les rapports de [l'Assemblée nationale](#), du [Sénat](#), ou de [la Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques](#) ont mis en lumière les nombreux dysfonctionnements de l'Etat dans la gestion de la crise sanitaire. Des collectifs regroupant des citoyens et des professionnels de la santé ont émergé suite à la crise sanitaire et ont souhaité faire leur propre analyse de cette gestion. Cet argumentaire citoyen est destiné aux élus. Sa première version a fait l'objet d'une [pétition en ligne](#).

A/ DES CHIFFRES CLÉS EN QUESTION

1/ La mortalité en lien avec la Covid 19

Il est difficile d'avoir une idée exacte de la mortalité liée à la Covid pour l'année 2020. Une première approche consiste à observer les chiffres de façon comparative. La France se situe dans le groupe de pays à plus forte [mortalité pour un million d'habitants](#). A la fin décembre 2020, la mortalité par million d'habitants était de 0,29 à Taïwan, comme au Vietnam qui a une frontière terrestre de 1300 km avec la Chine. Comparativement, elle était de 887 en France. Ceci nous montre d'emblée la très mauvaise gestion de la crise sanitaire par la France.

Des chiffres beaucoup plus précis nous sont donnés par l'Insee et l'INED. Selon l'Insee en 2020, par rapport à 2019, l'excédent de mortalité en France s'établit à 55.000 morts. Ceci concerne toutes les causes de mortalité, sachant que de plus, la crise de la Covid a provoqué un défaut de soins pour d'autres pathologies. Selon [l'INED](#), en 2020, il y aurait en France 42.000 décès liés à la Covid-19. Ce chiffre est lié en partie à un contexte très particulier: les consignes gouvernementales (« *restez chez vous et prenez du paracetamol* »), la mise à l'écart de la médecine de ville, un climat de peur, une prise en charge à l'hôpital trop tardive (on a constaté une forte mortalité dès le premier jour de l'entrée à l'hôpital), un manque de connaissance sur les modalités de prise en charge (utilisation des respirateurs, gestion des troubles de coagulation), une absence de traitements précoces, un système hospitalier préalablement fragilisé avec un manque de personnel soignant, un manque de matériel et de personnel dans les EHPAD, les effets collatéraux du confinement généralisé avec des personnes âgées décédées suite à une réduction de leurs liens sociaux et affectifs... On pourrait estimer que si ce contexte très particulier n'avait pas pré existé, la mortalité aurait été moindre, peut-être entre 20.000 et 30.000 morts. Il faudra donc attendre d'autres études pour avoir des chiffres précis. Rappelons qu'en France, selon les années, la grippe saisonnière est responsable de 8.000 à 15.000 morts. Exceptionnellement, la grippe de Hong Kong avait fait 31.000 morts entre décembre 1969 et janvier 1970. Comparativement aux chiffres donnés par l'Insee et l'INED, on se demande comment Santé Publique France peut annoncer [110.000 décès au 4 juin 2021](#). De plus, pourquoi Santé Publique France cumule deux années, 2020 et 2021, pour le décompte des décès ?

La Covid 19 touche essentiellement les personnes âgées. [Selon l'INSEE](#), en 2020, la hausse de mortalité a concerné les personnes âgées de plus de 65 ans. 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.

2/ 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 ». Mais un « cas confirmé » n'est plus une maladie confirmée, mais est défini sur la base d'un résultat PCR positif. Peu importe que la personne présente des symptômes ou non. Pourquoi cette modification de terminologie par Santé Publique France ?

3/ 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 maladies contagieuses en médecine de ville. Cet outil a été adapté à la Covid 19 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 (des tests PCR positifs) avec les malades. Pour le réseau Sentinelles, les cas d'infection respiratoire aiguë liée à la Covid 19 ont connu le dernier pic fin octobre 2020. Depuis, l'évaluation hebdomadaire oscille entre 10 et 35 cas pour 100.000 habitants, et 5 cas pour 100.000 habitants sur la dernière semaine de mai 2021. Rappelons que pour la grippe, le seuil épidémique est fixé à 156 cas pour 100.000 habitants.

B/ UNE ACCUMULATION D'ERREURS ET D'INCOHÉRENCES DANS LA GESTION

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 ([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 ([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 la crise sanitaire. En comparaison, Taïwan dispose d'une véritable structure opérationnelle dédiée à la gestion des épidémies depuis 2004.

2/ Un manque de réactivité

Alors que le Vietnam a fermé sa frontière dès le 1er février 2020, le 12 mars, 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. 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 préfectures et des agences régionales de santé 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* ». La gestion de la crise a également été basée sur une gestion par la peur. Tout le contraire de la gestion de la crise à Taïwan, une gestion basée sur une communication claire et une confiance de la population envers l'action du gouvernement et des collectivités territoriales.

4/ 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.

C/ UNE STRATÉGIE AXÉE SUR LE CONFINEMENT ET DES VACCINS D'UN NOUVEAU TYPE

1/ 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, et une gestion par la peur. Aucune étude scientifique n'a montré l'efficacité des mesures de confinement généralisé. De plus, six 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 !

2/ 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, sous contrôle d'un dosage sanguin, des suppléments en vitamine D dans son communiqué en date du 22 mai 2020 ([voir sur ce lien](#)). Cela aurait dû et devrait être largement 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.

3/ Une absence de vaccins classiques à virus tués

Les vaccins à ARN / ADN sont des produits 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 lors des mutations virales.

4/ Les vaccins à ARN / ADN

La politique vaccinale actuelle est axée sur des vaccins à ARN / ADN issus d'une 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.

De plus, les données scientifiques ne proviennent que des laboratoires et présentent des [biais concernant la réduction des risques](#) (pour mieux comprendre la différence entre la réduction du risque en valeur absolue et la réduction du risque en valeur relative, [voir cet article](#)). Il y a ainsi [des astuces pour présenter, artificiellement, un médicament comme étant efficace](#).

Dans une conférence de presse le 3 décembre 2020 ([voir sur ce lien](#)), le Pr. Alain Fisher 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 du Lancet du 18 février 2021, le Pr. Delfraissy et quelques autres membres du Comité scientifique ont écrit que les vaccins actuels peuvent ne pas être efficaces contre certains variants, et 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 la fin de l'article sur ce lien](#)), 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](#)). Lorsqu'il y a un effet indésirable précoce après une vaccination, dans 26 % des cas, ces effets indésirables sont graves, pouvant aller jusqu'au décès.

Les effets indésirables sont sous-déclarés et les chiffres de [décès imputés aux vaccins sont minorés](#) (il est souvent mentionné l'absence de confirmation d'un lien potentiel avec le médicament). Les données de la littérature médicale rapportent « [une estimation du taux de déclaration inférieur à 10 % de l'ensemble des effets indésirables des médicaments](#) », [voire même moins de 1 %](#). Il est donc difficile de connaître exactement la fréquence des effets indésirables. Cette sous-déclaration fausse l'évaluation du rapport bénéfices/risques.

La base de données de l'Agence européenne du médicament donne les [événements indésirables survenus après vaccination](#). Il faut consulter cette base de données pour constater la très impressionnante liste des effets secondaires des vaccins à ARN / ADN, d'où [l'embolie du système de pharmacovigilance](#). Parmi les effets secondaires, on trouve aussi des décès (ils sont indiqués en « fatal » dans la partie « Number of individual cases for a selected reaction ») mais il faut les rechercher dans les différentes rubriques. Par exemple, pour le vaccin Pfizer, au 5 juin 2021, on retrouve des décès en particulier au niveau cardiaque (843 décès), au niveau gastro intestinal (332 décès), au niveau général (2079 décès), au niveau respiratoire (777 décès), au niveau infectieux (711 décès), au niveau du système nerveux (692 décès), au niveau vasculaire (251 décès)....

Quant aux risques à moyen et long terme, on ne les connaît pas. Les vaccins à ARN / ADN sont donc des remèdes insuffisamment éprouvés. Toutes ces informations sont-elles délivrées lors du recueil du consentement à la vaccination ?

Il y a par ailleurs une contradiction avec le [code de déontologie médicale](#) selon lequel « *les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salubre ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé* ». Si de plus il est confirmé que [la protéine spike est responsable d'une partie des troubles engendrés par la Covid 19](#), cette modalité vaccinale serait totalement remise en question.

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

La tranche d'âge de 18 à 44 ans est 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. On a déjà des doutes sur la balance bénéfices risques des vaccins. Ces doutes sont encore plus importants pour les moins de 50 ans. Selon le code de déontologie médicale : « *Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié* ».

6/ Un projet de vaccination en anneau sans preuves

Le Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale a émis le 7 mai 2021 un avis sur la [vaccination en anneau](#) suite à une saisine du Directeur général de la santé. La vaccination en anneau a été testée pour le virus Ebola. Elle consiste à vacciner tous les individus ayant été en contact avec un sujet présentant une infection confirmée à Ebola (ce que l'on appelle un « cas confirmé »), ainsi que toutes les personnes en contact avec ce premier cercle de sujets contacts. Le premier vaccin (rVSV-ZEBOV) développé initialement en 2014 dispose depuis 2020 d'une autorisation de mise sur le marché européenne conditionnelle sous le nom d'Erbevo. Le taux de létalité de la maladie est très fort, entre 30 et 90%.

Dans le document du conseil d'orientation de la stratégie vaccinale, il est indiqué : « *Si une stratégie de vaccination en anneau est décidée, elle devrait être mise en place dès le premier cas confirmé* ». Il s'avère que la définition d'un cas confirmé n'est pas la même pour Ebola et pour la Covid 19. Voici la définition des différents types de cas, selon qu'il s'agisse d'Ebola ou de la Covid 19 :

Ebola (définition OMS)	Covid (définition Santé Publique France)
Cas suspect : toute personne présentant des signes cliniques évocateurs d'Ebola	Cas possible : toute personne présentant des signes cliniques évocateurs de COVID-19
Cas probable : Tout cas suspect évalué par un clinicien	Cas probable : un cas possible avec des signes évocateurs de Covid 19 au scanner thoracique
Cas confirmé : Tout cas suspect ou probable avec un résultat de laboratoire positif.	Cas confirmé : toute personne, symptomatique ou non, avec un test PCR positif

Dans le document du conseil d'orientation de la stratégie vaccinale, il est donc question d'un cas confirmé sans que sa définition soit précisée :

- s'agit-il d'un cas confirmé en référence à la vaccination en anneau pour Ebola, c'est-à-dire une personne présentant les signes de la Covid avec un test PCR positif ? Il faudrait alors que Santé Publique France modifie la définition d'un cas confirmé pour se conformer à la terminologie internationale
- ou bien s'agit-il d'un cas confirmé en référence à la définition de Santé Publique France, un simple test PCR positif, que l'on soit symptomatique ou non ? Cela serait alors une toute nouvelle définition de la vaccination en anneau et on ne pourrait plus se référer à ce qui a été fait pour Ebola.

L'objectif supposé de la vaccination en anneau pour la Covid 19 est de casser la chaîne de contamination. Mais ce document reste sur des hypothèses et des incertitudes : « *Compte tenu du délai d'incubation, de l'ordre de 5 jours, et du temps nécessaire pour induire une réponse immune protectrice, de l'ordre de 10-12 jours minimum chez les personnes non encore vaccinées, la probabilité de prévenir le risque d'infection paraît faible chez celles-ci. En revanche, il est possible que la vaccination contribue à induire une immunité plus robuste à même de limiter la sévérité de l'infection et peut-être de réduire la durée de la phase de contagiosité, surtout chez les personnes qui auraient déjà été immunisées et chez qui la vaccination en anneau constituerait un rappel. Il n'y a pas encore, à notre connaissance, de données disponibles sur cette question, mais la mise en place de la stratégie de vaccination en anneau devra s'accompagner d'une évaluation de son efficacité pour diminuer la morbidité/mortalité de l'infection* ».

Le document cite ensuite un professeur en biostatistiques qui **pense** que la vaccination en anneau **serait** efficace pour contrôler la transmission à l'échelle locale. Là encore, aucune référence n'est donnée. Nous sommes déjà dans une incertitude concernant la balance bénéfices/risques des vaccins pour la Covid 19 qui pour l'instant ne bénéficient que d'une autorisation de mise sur le marché conditionnelle et restent des remèdes insuffisamment éprouvés. Concernant la vaccination en anneau pour la Covid 19, il ne s'agit pas d'incertitude mais d'ignorance. Aucune donnée, aucune preuve, que des suppositions. Pouvons-nous sérieusement lancer cette stratégie en anneau sur de telles bases ?

7/ Des laboratoires exonérés de leur responsabilité juridique

On attend des laboratoires pharmaceutiques une éthique professionnelle (par exemple ne pas avoir déjà subi une condamnation 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](#)). Peut-on imaginer acheter une voiture neuve et, en cas de panne dans la semaine qui suit, n'avoir aucune garantie ?

D/ UNE STRATÉGIE FONDAMENTALE NÉGLIGÉE : TESTER, TRACER, ISOLER, TRAITER

1/ 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](#), 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 relève qu'il faut une stratégie de priorisation pour être opérationnel et efficace. Il est en effet impossible de mener une stratégie « tester, tracer, isoler » sur l'ensemble des tests PCR. Il faut donc appliquer la recommandation de la Société Française de Microbiologie et cibler en priorité les PCR positives fortes pour que la stratégie de traçage puisse être opérationnelle et efficace. Ceci est d'autant plus important qu'il n'y a pas de personnels formés pour cette action de traçage du fait de l'impréparation de la France. Le même raisonnement s'applique aux tests salivaires en ciblant en priorité un Ct inférieur à 25. C'est un point clé pour casser les chaînes de contamination, comme l'ont fait Taïwan ou le Japon.

Nous avons déjà vu que Santé Publique France a modifié la terminologie d'un cas confirmé. Pourquoi de plus les recommandations de la Société Française de Microbiologie ne sont-elles pas prises en compte ?

2/ Un refus d'envisager des traitements précoces pour les formes symptomatiques de la maladie

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.

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 largement distribués et encouragés. Or, 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. Par ailleurs, rappelons que des pays, comme Taïwan, ont également utilisé les ressources des médecines traditionnelles.

L'existence 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 pour 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 cadrer leur utilisation et de mieux évaluer 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 à ARN / ADN) tout en refusant d'utiliser le potentiel thérapeutique des molécules anciennes largement utilisées à l'étranger, mais qui restent des remèdes insuffisamment éprouvés en France 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.

E/ LA DÉMOCRATIE EN QUESTION

1/ La démocratie sanitaire bafouée

Le processus par lequel les décisions ont été prises pose question. 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. Le conseil scientifique doit être constitué des représentants des différentes approches de la prise en charge de la maladie.

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, et à représentation égale. 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.

Il existe deux orientations concernant la Covid 19. Celle choisie par le gouvernement s'appuie sur les confinements itératifs, le port généralisé du masque et la vaccination de masse. L'autre s'appuie sur le renforcement de l'immunité, une stratégie efficace pour tester, tracer et isoler, le traitement précoce des formes symptomatiques au travers d'études observationnelles en médecine de ville, en plus des études classiques menées à l'hôpital. L'expertise sanitaire doit passer par un dialogue, dans le cadre de la Haute Autorité de Santé, entre des médecins hospitalo-universitaires, des médecins généralistes ayant une expérience de la prise en charge de la maladie en ville, avec [une représentation égalitaire entre les deux écoles de pensée](#), et des représentants des usagers de la santé. Les autorités ont trop facilement tendance à s'affranchir des règles de la démocratie sanitaire en choisissant des pseudo représentants de citoyens au sein d'associations trop généralistes ([Conférence nationale de santé](#), [France Asso Santé](#), [Comité de contrôle et de liaison Covid 19](#)) ou encore par [tirage au sort](#). Les représentants des usagers doivent émaner des divers collectifs citoyens qui ont émergé suite à la crise sanitaire et qui ont une véritable expertise sur la Covid 19.

Ce groupe de travail doit faire office de conseil scientifique. Il doit participer à un comité de pilotage composé également de la Direction générale de la santé, de Santé Publique France, de l'Agence nationale de sécurité du médicament, du Centre national de référence des virus des infections respiratoires de l'institut Pasteur, du réseau Sentinelles, du Haut conseil de la santé publique, et de quelques députés. Seul ce chemin pourra permettre de retrouver la confiance envers les autorités, les expertises sanitaires et la médecine.

2/ 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 a essentiellement pour mission d'organiser un grand marché, 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](#)) qui est même considérée comme un « *objet juridique non identifié* ».

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, c'est-à-dire à une minorité de patients hospitalisés alors qu'il importe de traiter, bien avant une hospitalisation, la très grande majorité des personnes qui déclarent une forme symptomatique de la maladie. Les autorités sanitaires 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.

Rappelons enfin qu'il existe des conditions pour qu'une nouvelle molécule en cours d'évaluation puisse obtenir une autorisation de mise sur le marché conditionnelle. Celle-ci peut être accordée avant que toutes les données soient disponibles en l'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 un peu plus tardivement 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 ?

F/ POUR CONCLURE

1/ Des questions sans réponses

Nous sommes face à une succession d'erreurs, d'incohérences, et de choix hasardeux. Nous voulons des réponses aux questions suivantes :

- Pourquoi Santé Publique France donne des chiffres de mortalité sur-évalués ?
- Pourquoi Santé Publique France a changé la terminologie des cas confirmés ?
- Pourquoi les données du réseau Sentinelles ne sont-elles pas prises en compte ?
- Pourquoi l'hôpital est-il démantelé par les gouvernements successifs depuis une dizaine d'années ?
- Pourquoi la France n'est-elle pas indépendante en matière de sécurité sanitaire ?
- Pourquoi l'absence d'une campagne de promotion de la Vitamine D sous contrôle d'un dosage sanguin ?
- Sur quelles preuves scientifiques s'appuie le gouvernement pour imposer des confinements successifs ?
- Pourquoi tout miser sur un vaccin insuffisamment éprouvé sans connaître la balance bénéfices/risques ?
- Pourquoi envisager une vaccination en anneau sans preuves ?
- Le consentement est-il donné après avoir donné une information sur l'autorisation de mise sur le marché conditionnelle des vaccins, ce conformément au code de déontologie médicale ?
- A partir de combien d'effets indésirables graves et de morts post vaccination doit-on considérer que la balance bénéfices/risques des vaccins n'est pas favorable ?
- Si, selon le code de déontologie médicale, les médecins ne peuvent pas proposer aux malades comme salubre ou sans danger un remède insuffisamment éprouvé, comment peut-on envisager une obligation vaccinale dans de telles conditions ?
- Les jeunes étant très peu touchés par les formes graves de la Covid 19, forcer la vaccination de millions de citoyens jeunes et en bonne santé sans connaître la balance bénéfices/risques n'est-il pas éthiquement contestable ainsi que le souligne [l'avis du Comité consultatif national d'éthique](#) ?
- En l'absence de données sur les effets secondaires à long terme, quelles seraient les conséquences d'une telle vaccination sur les jeunes générations ?
- Ne faudrait-il pas plutôt orienter la politique de santé sur [la promotion de la santé](#) afin de prévenir l'apparition de comorbidités ?
- Pourquoi faire appel, pour la campagne de vaccination, à un cabinet privé ([McKinsey](#)) impliqué dans le [scandale des opioïdes aux Etats-Unis](#) ?
- S'il s'avère en 2023 que la balance bénéfices/risques de vaccins n'est pas favorable, que fera-t-on en l'absence de traitements et de méthode efficace pour casser les chaînes de contamination ?
- La protéine spike est-elle responsable d'une partie des troubles engendrés par la Covid 19 ?
- Pourquoi les effets indésirables sont-ils sous-déclarés ?
- Pourquoi la recommandation de la Société Française de microbiologie n'est-elle pas appliquée ?
- Pourquoi s'empêche-t-on de mener une stratégie efficace « tester, tracer, isoler » pour casser les chaînes de contamination ?
- Pourquoi ce qui est permis pour des remèdes insuffisamment éprouvés (des vaccins issus de la biotechnologie encore sous autorisation de mise sur le marché conditionnelle, ou des antiviraux inefficaces et toxiques comme le Remdesivir) est interdit 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 ?
- Pourquoi l'ANMS bloque toute tentative d'études cliniques pour des traitements précoces des formes symptomatiques de la maladie ?
- Pourquoi les règles de l'expertise sanitaire ne sont-elles pas respectées ?
- Pourquoi l'ordre des médecins ne veille-t-il pas à la prévention des conflits d'intérêt ?
- 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 ?
- Pourquoi les laboratoires pharmaceutiques n'assument-ils pas leur responsabilité juridique ?
- Peut-on faire confiance à des laboratoires condamnés dans le passé pour marketing frauduleux ?
- Devant toutes ces incohérences et ces erreurs, peut-on encore faire confiance à cette gestion de la crise sanitaire par le gouvernement, gestion qui a entraîné la pire récession économique de l'après guerre ?

Toutes ces questions débouchent sur une question fondamentale : un gouvernement démocratique est-il capable de reconnaître qu'il s'est trompé ? Comme on peut lire dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur le Médiateur :

« La sécurité sanitaire est un métier difficile et exigeant. La vigilance sanitaire est une responsabilité fatigante, usante, qui conduit à travailler chaque jour sous la pression. Etre vigilant suppose d'être informé, d'être réactif, d'avoir la disponibilité d'esprit nécessaire, de savoir entendre et écouter les opinions minoritaires et d'être capable d'admettre que l'on s'est trompé ou que l'on se fourvoie dans un raisonnement convenu ».

et aussi du même rapport :

« La chaîne du médicament fonctionne aujourd'hui de manière à ce que le doute bénéficie non aux patients et à la santé publique mais aux firmes. Il en va ainsi de l'autorisation de mise sur le marché qui est conçue comme une sorte de droit qu'aurait l'industrie pharmaceutique à commercialiser ses produits, quel que soit l'état du marché et quel que soit l'intérêt de santé publique des produits en question ».

2/ Nos recommandations

Le président de la République a déclaré que nous étions en guerre. Dans une situation aussi complexe, toutes les stratégies devraient être envisagées. Il faut remettre de la cohérence dans la gestion de la crise sanitaire.

Nous demandons une application des mesures suivantes :

- Obligation du port du masque restreinte aux cas où la science a démontré son utilité selon le type de masque (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 indépendant de conflits d'intérêt et sur des critères scientifiques rigoureux, de la balance bénéfice/risque du port du masque par les enfants
- Suppression du pass sanitaire : on a besoin d'une stratégie médicale et non d'outils juridiques ou de lois supposées lutter contre la propagation de l'épidémie de Covid-19
- Diffusion des informations sur les mesures de base pour soutenir l'immunité : Vitamine D, Vitamine C, Zinc, alimentation, exercice physique, activités, liens sociaux, gestion du stress
- Application de la recommandation de la société française de microbiologie pour les résultats des tests PCR et des tests salivaires
- Casser les chaînes de contamination par une stratégie « tester, tracer, isoler » ciblée en premier lieu sur les PCR positives fortes ou sur les tests salivaires avec Ct inférieur à 25
- Revenir à la définition internationale d'un cas confirmé (présence de signes cliniques et PCR positive)
- Prise en compte des données du réseau Sentinelles
- Conseil scientifique constitué d'une représentation égalitaire des différentes approches de la maladie, ainsi que des représentants des associations de malades Covid et des collectifs citoyens Covid
- 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...) au lieu d'un confinement généralisé sur l'ensemble de la population
- Développer des études observationnelles en médecine de ville avec une liberté de prescription, sous recommandation temporaire d'utilisation, de molécules anciennes comme l'ivermectine pour laquelle il existe des preuves bien plus solides quant à son utilité que pour la stratégie de la vaccination en anneau
- Incitation à la recherche d'autres traitements précoces pour les formes symptomatiques.
- Des vaccins sûrs : les données récentes sur le rôle de la protéine spike doivent être clarifiées
- Des laboratoires responsables de leurs produits
- Une stratégie vaccinale sûre et validée à adapter aux risques liés aux tranches d'âge
- 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
- Clarification du statut juridique de l'Agence européenne du médicament et du rôle de l'Europe