

Malgré le Covid-19, les nourrissons doivent continuer à recevoir les vaccins obligatoires, déclare la HAS

PAR COLINE GARRÉ - PUBLIÉ LE 06/04/2020

Après les pédiatres, c'est au tour de la Haute autorité de santé (HAS) d'appeler à maintenir l'ensemble des vaccinations obligatoires des nourrissons jusqu'à deux ans, malgré l'épidémie de Covid-19 et le confinement.

Dans un avis daté du 1er avril, la présidente, la Pr Dominique Le Guludec, en accord avec la Commission technique des vaccinations, considère que le maintien de ces vaccinations est primordial, à 2, 4, 5, 11, 12 et 16-18 mois. « La vaccination s'inscrit dans le suivi normal des nourrissons ; un retard dans les vaccinations expose les nourrissons à des conséquences sanitaires graves », lit-on.

Afin de protéger professionnels, nourrissons, et familles, les mesures barrières doivent bien sûr être appliquées lors de ces consultations vaccinales, indique la HAS : espacement des consultations, accueil de l'enfant avec un seul parent, aération des locaux, renforcement des mesures d'hygiène, etc.

Différer les autres vaccinations, dont la grippe à la Réunion

En revanche, la HAS estime que les autres vaccinations recommandées en population générale au-delà de l'âge de 2 ans peuvent être différées jusqu'à la levée des mesures de confinement, sauf en cas de maladies contagieuses pour lesquelles une prévention par la vaccination autour des cas ou en post-exposition est indiquée (rougeole, méningite, coqueluche, varicelle, etc.).

Dans un second avis, la HAS se déclare favorable au report de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière à la Réunion, censée débuter le 14 avril prochain. La HAS suit notamment l'avis de l'OMS qui préconise de suspendre temporairement les campagnes de vaccination de masse, pour éviter les circulations de populations.

Néanmoins, elle plaide pour la faire démarrer à la fin du mois de mai 2020 (sauf si le confinement se maintient au-delà du mois d'avril, ou si les modalités de levée progressive rendent cette date caduque), en rappelant l'impact sanitaire de la grippe, en particulier chez les plus de 65 ans. À la Réunion, seulement 34 % de la population éligible aux recommandations était vaccinée contre la grippe en 2018, un taux plus faible qu'en métropole. « Il apparaît essentiel de maintenir toute mesure permettant de prévenir des hospitalisations et des décès dans une période de grande tension du système de santé » argumente la HAS.

COVID-19 : L'AUTRICHE VEUT ASSOULPIR LES RESTRICTIONS DÈS LE 14 AVRIL

Par AFP - Mis à jour le 06/04/2020 à 14 h 28 Publié le 06/04/2020 à 14:20

L'Autriche souhaite progressivement assouplir les restrictions en vigueur pour lutter contre le nouveau coronavirus à partir du 14 avril, en commençant par la réouverture des petits commerces et selon un calendrier qui s'étalera sur plusieurs mois, a annoncé lundi le gouvernement.

« Notre but est une remise en marche par étapes », a déclaré le chancelier Sebastian Kurz lors d'une conférence de presse, appelant la population à conserver « la plus grande discipline ». Après les petits commerces le 14 avril, tous les autres magasins devraient rouvrir début mai, puis les restaurants mi-mai, les grands rassemblements publics restant interdits jusqu'au mois de juillet au moins.

« Nous avons agi plus vite et plus drastiquement » que d'autres pays et « avons empêché le pire », a estimé le chancelier dont le gouvernement a imposé un confinement de la population le 15 mars, en même temps que la fermeture des commerces non essentiels. « La semaine de Pâques va être décisive » pour évaluer si la levée progressive des restrictions pourra s'appliquer comme prévu, a ajouté M. Kurz, précisant qu'une évaluation régulière des mesures serait menée.

Les écoles devraient rester fermées jusqu'à la mi-mai au moins tandis que la limitation des déplacements vaudra jusqu'à fin avril, selon la feuille de route présentée lundi.

Dans le cadre des mesures de confinement, les Autrichiens sont autorisés à se déplacer si le télétravail est impossible, pour faire des courses indispensables, porter assistance ou faire de l'exercice, sans limitation de périmètre.

Dans le cadre de la reprise progressive des activités, le masque, obligatoire depuis lundi dans les supermarchés, le sera aussi dans les transports publics. Les « gestes barrières » resteront plus que jamais valables, a réaffirmé le gouvernement.

L'augmentation du nombre de nouvelles contaminations est en net recul en Autriche depuis une semaine. Le nombre de cas détectés de coronavirus s'établissait lundi à 12.058 pour un pays de 8,8 millions d'habitants, où la maladie a fait 204 morts.

Coronavirus : la Norvège juge l'épidémie « sous contrôle » sur son sol

Par Le Figaro avec AFP Publié 6 avril 2020 18 h

La Norvège, qui a adopté un régime de semi-confinement, a réussi à faire passer « sous contrôle » la propagation de nouveau coronavirus sur son sol, a estimé lundi 6 avril le gouvernement, sans pour autant alléger les mesures à ce stade.

Le taux de reproduction de la maladie, c'est-à-dire le nombre de personnes contaminées par chaque malade, est tombé sous le seuil de 1, à 0,7 contre 2,5 avant l'adoption à la mi-mars de mesures contraignantes visant à lutter contre la maladie. « Cela veut dire que nous avons fait passer l'épidémie de coronavirus sous contrôle », a affirmé le ministre de la Santé, Bent Høie en conférence de presse.

Un semi-confinement

Pour enrayer la propagation du virus, le pays nordique a notamment imposé des restrictions sur les déplacements, fermé certains lieux ouverts aux publics comme les bars, les salles de gym et les salons de coiffure, et interdit les événements sportifs et culturels. Mais promenades en plein air et joggings par exemple restent autorisés, et la plupart des boutiques et commerces sont toujours ouverts.

L'amélioration observée n'entraîne pas une levée immédiate des mesures de restriction que le gouvernement, lors de leur introduction le 12 mars, avait présentées comme « les plus vigoureuses et les plus intrusives que nous ayons eues en Norvège en temps de paix. Aujourd'hui, nous avons ensemble réussi à mettre la propagation du virus sous contrôle et nous souhaitons conserver ce contrôle à l'avenir », a fait valoir le ministre de la Santé. La courbe des nouvelles hospitalisations a montré des signes de tassement dans le pays nordique ces derniers jours, réduisant les besoins en nombre de lits et de places en unité de réanimation. Selon les derniers chiffres des autorités sanitaires norvégiennes, la Norvège compte 5.755 cas officiellement recensés et déplore 59 morts.

La Suède défend son modèle anti-coronavirus

Le pays, qui refuse pour l'heure le confinement, privilégie les mesures acceptables par les citoyens sur le long terme.

Par Frédéric Faux

Publié le 2 avril 2020 à 19 h 24, mis à jour le 2 avril 2020 à 19 h 24

À Stockholm

On connaissait le flegme britannique, il faudra s'habituer maintenant à l'assurance suédoise. Jeudi, ce ne sont pas moins de trois ministres qui sont venus justifier la stratégie anti-coronavirus du royaume nordique, où le confinement n'est toujours pas d'actualité, et où les écoles restent ouvertes. L'épidémie a pourtant connu ces quatre derniers jours une brusque accélération avec un bilan qui est passé de 111 à 282 morts. Pour Lena Hallengren, ministre de la Santé, la Suède est pourtant loin de rester inactive : « *Nous avons focalisé nos efforts sur les personnes âgées, qui sont surreprésentées en soins intensifs. Il n'est pas nécessaire d'imposer un confinement généralisé, car nos recommandations de distanciation sociale et d'hygiène sont suivies par les Suédois. À Stockholm, il y a 70 % de gens en moins dans les rues du centre-ville, et 50 % de moins dans les transports. Un tiers des habitants travaille depuis la maison. Ces résultats nous persuadent que les mesures contraignantes ne sont pas le seul moyen de changer les comportements.* »

La Suède a le même objectif que les autres pays - protéger sa population - même si les outils sont différents, martèlent les autorités. « *Notre modèle est basé sur la responsabilité personnelle, et la confiance dans les décisions prises par les agences gouvernementales, ajoute Ann Linde, ministre des Affaires étrangères. C'est valable en temps de crise, comme en temps normal.* » Malgré ce rappel, il est clair que le pays se retrouve dans une situation unique en Europe. Sur Drottninggatan, la principale rue piétonne de Stockholm, on croise des couples qui font leur shopping, ou des écoliers qui reviennent d'une activité dans un parc. La plupart des commerces, bars et restaurants sont ouverts, même s'ils sont moins fréquentés. Pour Lena Hallengren, cependant, il serait faux de penser que la vie continue comme avant : « *Allez dire ça aux médecins dans les hôpitaux, aux chefs d'entreprise, aux personnes âgées qui ne peuvent plus recevoir de visites, aux élèves qui travaillent depuis chez eux...* »

Un marathon

Le visage de la Suède a changé, c'est vrai, par touches successives, sans être bouleversé. Les lycées et universités, qui demandent souvent de longs trajets à ceux qui les fréquentent, sont fermés depuis deux semaines. Ces derniers jours, l'Autorité suédoise de santé a interdit les rassemblements de plus de cinquante personnes, les visites dans les maisons de retraite, le service au comptoir dans les bars, et fermé les stations de ski. Des recommandations ont également été émises mercredi pour que tous les Suédois - même ceux apparemment en bonne santé - gardent leur distance dans les espaces publics. « *Nous sommes prêts à prendre des décisions plus fortes pour contenir le virus, mais nous savons aussi que cette épidémie ne va pas disparaître en une ou deux semaines, cela va durer des mois, précise Isabella Lövin, vice-premier ministre. Nous prenons des mesures qui sont acceptables par la population sur le long terme... On se prépare pour un marathon, pas pour un sprint.* »

[En Suède, les mesures pour lutter contre le Covid-19 n'ont pas modifié le quotidien des habitants](#)

Ajoutée le 29 mars 2020 1 min 15 s

[Covid-19 : comment expliquer le faible taux de mortalité en Allemagne ?](#)

Par Sara de Lacerda le 31.03.2020 à 9 h 16

Fin mars 2020, alors que le coronavirus sévit depuis deux mois en Europe, l'Allemagne ne compte que 455 cas mortels pour 57.298 personnes infectées (en date du 30 mars).

Comment expliquer ce « faible » taux de mortalité ? Retour sur la stratégie décidée par le gouvernement fédéral pour endiguer l'épidémie.

Le taux de mortalité due au [Covid-19](#) est actuellement de 0,69 % en [Allemagne](#). Mais comme l'explique la *Süddeutsche Zeitung*, ce chiffre [ne signifie pas que le virus est moins mortel](#) en Allemagne qu'ailleurs. Il s'agit en réalité d'une « déformation statistique », car il faut tenir compte de différents critères comme le nombre de cas non recensés, qui serait plutôt faible, mais aussi la gravité des symptômes. Sont ainsi prises en compte dans les statistiques allemandes de nombreuses personnes ne présentant que des formes légères de la maladie, tandis qu'en Italie c'est le contraire qui se produit, induisant un fort taux de mortalité, qui indiquerait plutôt qu'un grand nombre de personnes jeunes infectées sont passées à travers les mailles du filet. L'hebdomadaire *Die Zeit* en déduit que ce faible taux de mortalité est en fait le signe que l'Allemagne a [une meilleure vision de la situation](#). Si l'on admet que la létalité réelle du virus devrait être à peu près la même partout, un taux de mortalité élevé (*Case Fatality Rate*) indique avant tout que de nombreux cas non mortels n'ont pas été recensés.

La *Süddeutsche Zeitung* dénombre cinq critères pouvant influencer le taux de mortalité : l'âge des personnes infectées (en Allemagne 80 % ont moins de 60 ans, en Italie 56 % ont plus de 60 ans), la santé pulmonaire, la pollution atmosphérique, la résistance aux antibiotiques, et enfin la qualité et les capacités du système de santé.

Pas de confinement

Samedi dernier, 28 mars 2020, [Angela Merkel remerciait les citoyens allemands](#) de suivre les nouvelles règles instaurées pour lutter contre la pandémie de [coronavirus](#). Mises à jour le 22 mars, elles visent à réduire les déplacements, afin que le nombre de nouvelles infections ne double que tous les dix jours. Ce doublement se produisant actuellement tous les 5,5 jours, les règles de distanciation, qui ne relèvent pas du confinement au sens strict, sont réitérées. Il est ainsi demandé d'éviter les contacts et de garder ses distances lors des sorties. On ne peut sortir que seul, ou bien accompagné de membres de son foyer, ou d'une seule personne extérieure à son foyer, mais en maintenant une distance de deux mètres. Il est autorisé de sortir de chez soi « lorsque c'est nécessaire », à savoir pour aller travailler, faire des courses, aller chez le médecin, se rendre à des rendez-vous très importants comme un examen, faire du sport ou se promener. Les fêtes et tous les rassemblements sont interdits ; les cafés, bars et restaurants ne servent plus de clients, mais ces derniers peuvent préparer des livraisons ; les commerces de service à la personne (coiffeurs, maquilleurs, cabinets de kinésithérapie, salons de massage et de tatouage) sont désormais fermés. Ne restent ouverts que les commerces de première nécessité (alimentation, pharmacies) et l'administration.

Le gouvernement allemand a donc souhaité procéder par paliers dans la restriction des déplacements des citoyens, en particulier parce qu'il estimait avoir une certaine maîtrise de la situation, et ce, depuis le tout début de la pandémie.

L'Allemagne est prête

Le 24 février 2020, le ministre de la Santé, Jens Spahn, déclarait en effet : « L'épidémie de coronavirus est arrivée en Europe. Nous devons donc nous attendre à ce qu'elle se propage aussi en Allemagne. L'Allemagne s'y est au mieux préparée. » Cette préparation a commencé dès le début du mois de janvier, avant même que le premier patient infecté soit identifié le 27 janvier en Bavière. Une seule procédure a dès lors été appliquée à tous les cas identifiés, aux personnes ressource et aux personnes en provenance de zones à risque : mise en quarantaine immédiate, puis tests en fin de

quarantaine. Ces mesures ont permis de circonscrire les trois clusters allemands (en Bavière, Rhénanie-du-Nord-Westphalie et dans le Bade-Wurtemberg) dès la fin février, dans le but d'interrompre le plus vite possible les chaînes d'infection.

Dans une interview accordée à l'hebdomadaire *Die Zeit* le 20 mars, le directeur de l'Institut de Virologie de l'hôpital de la Charité à Berlin, Christian Drosten, revient sur cette [prise en charge anticipée](#) de l'épidémie : « Je crois que l'Allemagne a très rapidement pris conscience du début de l'épidémie. Nous l'avons fait deux ou trois semaines plus tôt que certains de nos voisins. Nous y sommes arrivés parce que nous avons beaucoup diagnostiqué, beaucoup testé. Au cours de cette première phase, nous avons aussi certainement laissé passer des cas, il en est toujours ainsi. Mais je ne crois pas que nous ayons laissé passer un événement significatif de l'irruption. La preuve, c'est que la courbe des infections suit l'évolution attendue. Mais nous voyons aussi que nous avons moins de cas mortels que d'autres pays. On pourrait donc penser que nous ne sommes pas trop loin d'avoir identifié la totalité des cas. Nous ne voyons certainement pas tous les cas, mais nous en voyons relativement plus que d'autres pays qui testent moins. »

Les tests, atout de l'Allemagne

Jeudi 26 mars, lors d'une conférence de presse au Ministère de l'Éducation et de la Recherche, Christian Drosten estime le [nombre de tests](#) effectués à 500.000 par semaine. Selon une enquête réalisée par le magazine *Politico* en partenariat avec le quotidien *Die Welt*, la France ne pratique que 5.000 tests par jour, alors que l'Italie en a réalisé 300.000 depuis le début de l'épidémie.

Christian Drosten, qui est également à la tête du Laboratoire national des Coronavirus, a participé au décodage du virus du SRAS en 2003 et développé un test pour le diagnostiquer ; en janvier 2020 il a procédé de même pour le nouveau coronavirus. L'Allemagne est ainsi en tête de pont sur le front de la lutte contre le virus avant même qu'il n'arrive sur son territoire. Comme l'analyse le virologue, « l'un des atouts de l'Allemagne « réside dans la densité et la compétence de ses laboratoires médicaux, hospitaliers et universitaires. Car la fabrication des tests relève d'une forme d'"artisanat", dans la mesure où "les médecins de laboratoire allemands sont capables de fabriquer eux-mêmes ce genre de tests si quelqu'un leur en donne la recette". C'est l'hôpital de la Charité qui a fourni cette recette, immédiatement diffusée auprès de toutes les unités universitaires comme à ses partenaires internationaux ; les tests PCR (réaction de polymérisation en chaîne) allemands sont prêts « bien avant la fin du mois de janvier ». Dans un portrait réalisé par le magazine *Stern*, Drosten estime que la [capacité de fabrication](#) allemande se situe entre 120.000 et 150.000 tests PCR par semaine.

Qui a le droit d'être testé ?

Comme le rappelle *Die Zeit*, le test de dépistage du Covid-19 n'est pas destiné à tout un chacun. L'Institut Robert Koch (RKI, l'institut public dédié à la santé publique) [en détermine les critères](#) : il faut ainsi présenter des symptômes du Covid-19 et soit avoir eu un contact direct avec un cas constaté, soit être allé dans une zone à risque au cours des deux dernières semaines (cette restriction géographique est désormais devenue caduque), soit avoir des antécédents médicaux, soit souffrir d'une maladie respiratoire qui s'aggrave (avec détresse respiratoire et forte fièvre), soit enfin se trouver, dans le cadre de son activité, en présence de personnes âgées, faibles, ou malades. Seul un soignant est habilité à prescrire le test.

Ces tests sont donc en premier lieu destinés au personnel soignant, afin qu'il soit en mesure de travailler, selon le principe indiqué par Christian Drosten dans *Stern* : tout

le personnel est testé chaque matin, le résultat arrivant le soir ; comme le test est très sensible, on peut travailler la journée tout en étant positif, car on n'est pas encore infectieux. Cette mesure permet d'éviter les contaminations au sein du milieu hospitalier, qui ont fait des ravages en Italie.

Tester plus ou tester mieux ?

Il est difficile de connaître précisément le nombre de personnes testées en Allemagne jusqu'à présent, car la structure fédérale ne permet pas d'avoir une vision globale ni de la situation, ni surtout des chiffres, qui relèvent alors de l'estimation. La Fédération des laboratoires médicaux accrédités (ALM) indique que depuis début mars [le cap des 400.000 tests a été franchi](#), dont plus de 260.000 auraient été accomplis la semaine du 16 mars, indiquant donc une notable augmentation. Dans un communiqué de presse, son président, Michael Müller, évoque une capacité de 58.000 tests par jour. Il ajoute : « De notre point de vue, il est possible de tester autant qu'il le faut, tant que les directives du RKI sont maintenues et que la chaîne de livraison de réactifs et de matériel de laboratoire en provenance des fabricants fonctionne. »

Implicitement, ce sont les médecins qui sont visés par ces lignes, car les laboratoires estiment que l'Allemagne a testé trop large, sans se restreindre aux groupes à risque ni aux personnes présentant les symptômes du virus. C'est également le point de vue d'Evangelos Kotsopoulos, gérant de *Sonic Healthcare*, le plus grand laboratoire de diagnostic allemand. Dans une interview accordée à *Die Zeit*, il évoque [deux goulots](#) : celui du personnel de laboratoire et surtout celui des livraisons de matériel. Car le nombre de tests ayant désormais augmenté au niveau mondial, et même si les fournisseurs ont eux aussi accru leur production, cela ne suffira pas pour tout le monde. Il va donc falloir réduire le nombre de tests non nécessaires pour les réserver aux seuls patients qui en ont réellement besoin. Trop de tests ont été réalisés par complaisance, afin de rassurer des patients inquiets, mais ne présentant aucun symptôme. « Chacun doit s'autodiscipliner : comme le nombre de médecins de ville, les places en hôpitaux et les lits de réanimation, les ressources d'un laboratoire sont limitées. »

Le nombre moyen de tests positifs, de l'ordre de 7 à 8 %, voire même parfois moins de 5 %, donne un ordre d'idées de la défaillance de procédure dans la sélection des patients à tester. Pour Evangelos Kotsopoulos la politique des tests se heurte donc déjà à certaines de ses limites : « Pour l'instant, il n'est pas possible d'un point de vue pratique de tester l'ensemble d'une population de notre taille. Et d'un point de vue méthodique, la procédure actuelle n'est pas non plus la bonne. » Pour éviter de surcharger le système, il faut donc contrôler le nombre de tests, ce qui dépend en première instance des médecins.

Autre atout : le système hospitalier

Au cours de la conférence de presse du 26 mars, Christian Drosten a désigné un autre atout en faveur de l'Allemagne : la qualité de sa médecine de réanimation, puisqu'elle dispose d'un grand nombre de lits et de respirateurs, ainsi que d'une compétence spécialisée en aide respiratoire. Une infographie publiée le même jour dans *Die Zeit* permet de préciser le tableau du système de santé allemand. L'Allemagne compte en tout 1.942 hôpitaux, 1.160 disposant d'un service de réanimation. Ce qui équivaut en tout à 500.000 lits, dont 28.000 en réanimation, 60 à 70 % de ces lits étant équipés de respirateurs. **L'Allemagne se situe ainsi en 2^e place au niveau mondial, avec 34 lits de réanimation pour 100.000 habitants – en guise de comparaison, l'Italie en compte 12,5, la France, 11,6, et la Corée du Sud, 10,6. Cette capacité est cependant contrebalancée par un manque de personnel : il manque près de cinq postes en réanimation par**

hôpital. Quel que soit le scénario qui se réalise, le nombre de lits sera toujours insuffisant. Il a donc été décidé de doubler le nombre de lits de réa, en réadaptant les locaux, en supprimant les lits normaux, ainsi qu'en réquisitionnant des hôtels et des salles de congrès.

Vers une augmentation massive des tests ?

Vendredi 27 mars, la *Süddeutsche Zeitung* a révélé que le Ministère de l'Intérieur envisageait une [nouvelle préconisation afin de contrôler l'épidémie](#). Sur le modèle de la Corée, ce nouveau scénario dénommé « Rapide mise sous contrôle » se fonde principalement sur l'isolement des personnes infectées. Pour le réaliser, il faudrait procéder à 200.000 tests par jour. La méthode jusqu'alors prévalente, d'un test de confirmation en présence de symptômes serait donc abrogée ; il s'agirait à présent de tester pour anticiper la situation. Mais pour accomplir une campagne massive de tests, il faudra recourir à des solutions innovantes. Le ministère envisage ainsi que les citoyens réalisent le prélèvement par eux-mêmes, afin de préserver le personnel soignant d'une infection ; le *tracking* des téléphones portables servira à localiser les personnes contacts ; toutes les personnes positives seront isolées. Il n'est plus question d'aplatir la courbe, mais d'arriver à éradiquer complètement la pandémie en évitant que la vie publique et l'économie soient au point mort. Pour le quotidien conservateur *Die Welt*, cette nouvelle stratégie recommandée par des experts indique que la voie privilégiée par Angela Merkel et Jens Spahn [n'est pas la bonne](#). Selon ce document, ils auraient donc eu tort d'éviter de dramatiser, car c'est au contraire en évoquant le « scénario du pire » et les chiffres qu'il implique que l'on évitera « d'immenses dégâts irréversibles ». Un nouveau débat est lancé.

DÉBAT SUR DIE CORONA-MASSNAHMEN IN DER SCHWEIZ SIND NICHT GERECHTFERTIGT!

Débat sur : Les mesures **suisses** contre le corona sont illégitimes !

Maggie De Block sur le port du masque : « Cela n'a pas de sens scientifiquement »

Le port du masque n'est pas nécessaire en cette période de confinement ont répété dimanche les autorités sur les plateaux télévisés.

Mis en ligne le 5/04/2020 à 14 h par Belga

Le port du masque buccal par tout un chacun lorsqu'il sort n'est pas nécessaire en cette période de confinement, de distanciation sociale et de mesures d'hygiène renforcées, ont répété dimanche les autorités sur les plateaux télévisés. Ce pourrait devenir une des pistes lors d'une phase ultérieure de dé-confinement progressif.

Actuellement, « scientifiquement, cela n'a pas de sens », a répété la ministre de la Santé Maggie De Block sur le plateau de « *C'est pas tous les jours dimanche* » (RTL-TVi). Mais elle dit comprendre l'émotion et les angoisses des gens qui souhaitent en porter. Quoi qu'il en soit, les mesures d'hygiène comme le lavage des mains « sont plus importantes », a-t-elle confirmé, en se référant aux consignes de l'OMS.

Pour le virologue Marc Van Ranst, présent sur le plateau du *Zevende Dag* (VRT), la société se trouve actuellement dans une phase de nervosité dans laquelle une part de la population semble demandeuse de nouvelles mesures, « mais il faudrait que de telles mesures aient du sens ». « Si chaque commune mène une politique différente de l'autre, cela n'aidera pas », a-t-il ajouté.

Pour le ministre Philippe De Backer, en charge de la gestion des masques, les mesures de confinement rendent le port du masque par tout un chacun non nécessaire. Mais ce

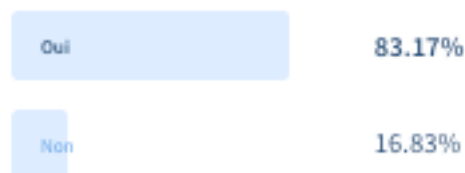
pourrait devenir une piste lorsque arrivera la phase d'un retour progressif à une vie normale, ajoute-t-il. « On y réfléchira, toujours en ligne avec les règles de l'OMS. » Lors d'une telle phase, a estimé Emmanuel André, porte-parole interfédéral de la lutte contre le Covid-19, le masque ne serait qu'une des pistes. Parmi d'autres mesures, il faudrait peut-être aussi augmenter le nombre de transports en commun ou rallonger les rames pour faciliter la distanciation.

Pour déconfiner, on ne pourra pas tester tout le monde, a-t-il exposé, mais bien des groupes représentatifs ou encore les plus fragiles et les plus exposés. Il faudra quoi qu'il en soit maintenir des mesures complémentaires même pour les personnes immunisées, car elles seront toujours vectrices potentielles du virus.

Personne ne s'avance encore sur une date pour le passage à une telle phase de déconfinement progressif.

En Suède, les mesures pour lutter contre le Covid-19 n'ont pas modifié le quotidien des habitants

Êtes-vous prêt à porter un masque dans tous vos déplacements à l'extérieur ?



163117 votants

lefigaro.fr 6 avril 2020 9 h 44

Les masques sont-ils vraiment inutiles quand on n'est pas malade ?

Les autorités sanitaires déconseillent l'utilisation des masques pour les personnes ne présentant pas de symptômes. Mais pour quelle raison exactement ?

Par **Vincent Bordenave**

Publié le 13 mars 2020 à 14 h 47, **mis à jour 5 avril 2020** à 16 h 34

Le masque nous protège-t-il quand on n'est pas malade? *AFP*

LA QUESTION. Le nouveau coronavirus SARS-Cov-2, responsable du Covid-19, se transmet principalement par les gouttelettes de salive ou les postillons. Pour éviter sa propagation, un certain nombre de gestes barrières sont à respecter, comme éternuer dans le pli de son coude ou se laver les mains régulièrement.

En revanche, contrairement à ce qui peut être pratiqué dans certains pays comme la Chine, le port du masque pour les personnes peu symptomatiques n'est pas recommandé par les autorités, voire déconseillé pour les personnes en bonne santé. Même si une inflexion s'observe depuis début avril, notamment de la part de l'Académie de médecine.

LA RÉPONSE - Concrètement, pour nous infecter, le virus doit être en contact avec nos muqueuses : les lèvres, la langue, le nez, mais aussi les yeux. Il y a deux manières d'être contaminé : soit par une projection directe des agents pathogènes (c'est le cas lorsqu'un malade tousse ou éternue sans se protéger la bouche et le nez), soit par transfert de l'agent pathogène de la main vers les muqueuses (quand on se touche le visage après avoir touché une surface contaminée).

Le coronavirus peut survivre jusqu'à neuf jours sur une surface inerte, d'après une étude récente parue dans *The Journal of Hospital Infection*. Cela ne veut toutefois pas dire que

les surfaces représentent un réel potentiel infectieux tout ce temps. Mais il est plus prudent de désinfecter régulièrement des surfaces qui sont touchées par de nombreuses personnes (poignées de porte, etc.).

Le port d'un masque de chirurgical protège en partie des postillons, mais la protection n'est pas parfaite. Leur filtration ne garantit pas aux porteurs de ne pas tomber malade. Il faut par ailleurs prendre garde de ne pas le toucher en l'enlevant au risque de se contaminer avec les germes dont il nous a protégés !

À titre individuel, le port du masque n'est donc pas une protection absolue, mais il réduit les risques. En revanche dans le cadre d'une politique de santé publique le port systématique est déconseillé pour deux raisons : éviter la pénurie (et garantir une protection aux soignants) d'une part, et, d'autre part, car cela a peu d'impact sur la propagation du virus. En d'autres termes, vous vous protégez individuellement, mais au prix de la collectivité.

Le Dr Hervé Blanchard, médecin en charge des urgences sanitaires infectieuses au Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins d'Ile-de-France, disait au *Figaro* le 6 mars dernier : « Si vous ne présentez aucun symptôme et que vous n'êtes pas un soignant, porter un masque n'a aucun intérêt ». Il aurait pu rajouter « pour la collectivité ». Même message du côté du ministère : « l'usage à titre préventif pour les personnes n'étant pas en contact rapproché des malades est inutile ».... pour endiguer l'épidémie !

L'objectif de ces masques, aux yeux des experts, est donc avant tout de réduire l'émission de gouttelettes infectieuses de celui qui le porte afin de protéger son entourage. Ce qui rend service à tout le monde, car cela limite la propagation du virus.

Des transmissions sans symptômes

Par ailleurs, [plusieurs travaux démontrent aujourd'hui que la contagiosité des cas asymptomatiques a été largement sous-estimée](#). Au vu du nombre total de malades et de la vitesse de propagation du virus, les modélisations laissent penser que plus d'une contamination sur deux serait en fait due à des personnes qui ne présentent pas ou peu de symptômes. Si les personnes asymptomatiques ne toussent pas, le virus est tout de même présent dans leur salive comme en témoignent certains prélèvements nasopharyngés. **Il suffit alors d'un postillon** au hasard d'une conversation animée pour contaminer quelqu'un d'autre.

La généralisation des masques est donc une hypothèse de plus en plus plébiscitée par certains médecins. « C'est totalement opposé à ce que je pouvais dire il y a trois semaines, mais ces études me font militer pour la généralisation du port du masque, ou au moins dans les transports en commun », raconte par exemple le [Dr Jérôme Marty, président du syndicat Union française pour une médecine libre \(UFML\)](#). Tout individu devient potentiellement un agent contaminant même s'il ne tousse pas.

« Aucune étude n'a jamais démontré l'utilité de masques chez les non symptomatiques », nuance le Pr Antoine Flahault, médecin de santé publique à l'Université de Genève. « Sur le papier l'idée pourrait fonctionner, mais cela paraît irréalisable en pratique au vu de la carence actuelle de masques en Occident. La priorité doit donc être mise vers les personnes à risque et le personnel médical. Dans les EHPAD et les maisons de retraite, tous les personnels devraient en porter en permanence. »

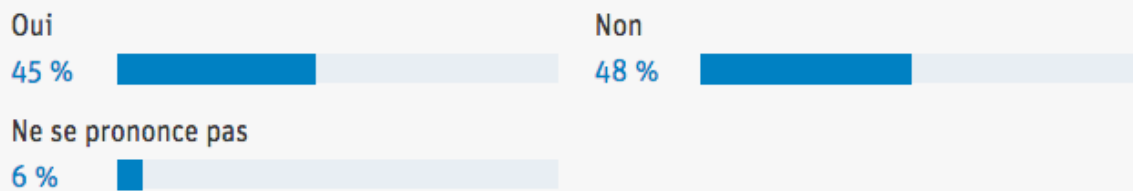
Une protection équivalente quel que soit le masque

[Quant à savoir quel type de masque est le plus efficace](#), plusieurs publications ont montré que face au coronavirus les masques chirurgicaux ont une efficacité équivalente à celle des masques spécialisés, appelés FFP2 pour « *filtering face piece* », littéralement « pièce faciale filtrante ».

Ces masques s'ajustent mieux au visage et limitent toute pénétration de particules. Avec une nuance de taille pour les praticiens : les deux sont aussi efficaces si le soignant et le malade gardent leur masque, mais ce n'est plus le cas si le médecin doit enlever le masque du malade pour examiner sa gorge. Dans ce cas les médecins sont mieux protégés avec un masque FFP2. Cependant, ces masques ont des propriétés thermostatiques qui imposent un changement toutes les trois ou quatre heures, quand les masques chirurgicaux peuvent se porter plus longtemps.

A votre avis. État d'urgence sanitaire: la lutte contre le Covid-19 met-elle en danger notre démocratie?

Vous avez déjà voté.



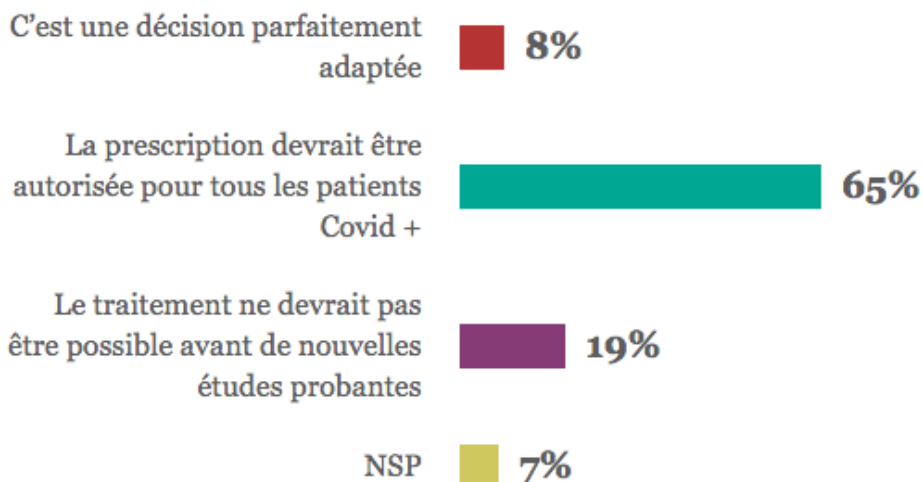
Total des votes : 4836

leprogres.fr 6 avril 2020 9 h 27

[Concernant l'hydroxychloroquine, réservée pour l'heure par le gouvernement aux cas de Covid-19 les plus graves, pensez-vous que :](#)

Publié le samedi 04 avril 2020

Concernant l'hydroxychloroquine, réservée pour l'heure par le gouvernement aux cas de Covid-19 les plus graves, pensez-vous que :



[Chloroquine : l'appel de trois grands noms de la santé en faveur des préconisations du Pr Raoult](#)

EXCLUSIF - Dans une tribune au *Figaro*, l'ancien directeur scientifique de l'Institut national du cancer, l'ancien président de la Haute Autorité de santé et l'ancien directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé recommandent d'appliquer le traitement élaboré par le professeur Didier Raoult dès l'apparition des premiers symptômes du coronavirus.

Par Fabien Calvo, Dominique Maraninchi et Jean-Luc Harousseau

Publié 5 avril 2020 à 18 h 48, mis à jour à 20 h 11

Fabien Calvo, Jean-Luc Harousseau et Dominique Maraninchi sont respectivement professeur émérite de pharmacologie à l'université de Paris-Diderot, ancien professeur d'hématologie à l'université de Nantes et professeur émérite de cancérologie à Aix-Marseille Université.

Une controverse passionnée s'est développée en France et dans le monde sur l'utilisation d'un traitement médical précoce du Covid-19, associant hydroxychloroquine et azithromycine, suivant [les travaux du P^f Didier Raoult](#).

Scientifiques et médecins s'affrontent à la fois sur la réalité de la diminution précoce de la charge virale qui préviendrait les complications les plus graves, mais surtout sur l'absence de démonstration du bénéfice dans un essai « randomisé » (*qui applique les règles ayant pour but d'évaluer l'efficacité d'un traitement, notamment le recours au tirage au sort, pour déterminer quels patients feront partie du groupe qui va essayer le traitement, NDLR*). L'essai européen en cours risque de ne pas répondre au concept du traitement précoce, puisque les médicaments ne seront utilisables que dans les cas graves, soit plus de sept jours après les premiers signes cliniques d'infection. Dans son approche, Didier Raoult propose de traiter dès les premiers signes d'infection documentée pour prévenir cette évolution.

Le débat médical posé, nous souhaitons apporter notre perception à la controverse : nous avons tous trois été cliniciens ou pharmacologues, et investigateurs d'essais cliniques « randomisés », et deux d'entre nous ont dirigé ou présidé l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et la Haute Autorité de santé (HAS). Ce texte n'est qu'une opinion engagée, que nous voulons contributive à la discussion. Nous savons que les « experts » ont déjà montré qu'ils peuvent se tromper ; la réflexion médicale se doit cependant d'être partagée pour éclairer une décision qui au final sera issue du dialogue médecin-patient.

La chloroquine (CQ) et l'hydroxychloroquine (HCQ) sont de vieux médicaments, utilisés depuis maintenant soixante ans dans le traitement du paludisme puis le traitement de maladies auto-immunes comme le lupus érythémateux disséminé ou la polyarthrite rhumatoïde, à la dose de 400 mg par jour. Leurs effets secondaires en respectant les contre-indications sont connus et limités. Ils sont observés en cas de surdosage, de traitement prolongé et d'interactions avec d'autres médicaments. Parmi ces effets : des rétinites et des cardiomyopathies qui justifient une surveillance régulière. En dehors de leur action anti-inflammatoire, ces molécules ont une activité antivirale et il a été montré que, dans les conditions de laboratoire, elles bloquent la prolifération du coronavirus (*Cell Discovery* - 2020- 6 h 16).

Ces observations de laboratoire ne préjugent pas de leur effet chez l'homme. L'essai clinique du professeur Raoult publié il y a quinze jours montrait chez un nombre limité de patients que la charge virale diminuait de façon rapide après le début d'un traitement

par HCQ, surtout en combinaison avec un antibiotique, l'azithromycine, une molécule largement utilisée dans les pneumopathies. Des travaux récents en Chine ont montré un bénéfice clinique dans l'évolution des patients traités dans une étude « randomisée » conduite chez 62 patients ayant des lésions pulmonaires ne nécessitant pas de recours à la réanimation. Même si d'autres études sont moins concluantes, une conférence de consensus chinoise a émis en mars un avis positif sur l'utilisation de la chloroquine. La communauté scientifique française et internationale s'est émue que la conception des essais du P^r Raoult ne corresponde pas aux critères classiques de la médecine moderne basée sur les preuves, puisque cette étude n'était pas strictement comparative. Cependant, devant ces premiers résultats « encourageants », et en l'absence de TOUTE autre possibilité dans une crise sanitaire sans précédent depuis un siècle, [les autorités françaises ont autorisé l'utilisation de ce traitement chez des malades hospitalisés, donc essentiellement dans les formes graves.](#) La Food and Drug Administration américaine vient de suivre cet exemple pour les patients hospitalisés qui ne participent pas à un essai clinique.

Cependant, l'équipe de Didier Raoult dans une nouvelle étude d'une cohorte de 80 patients traités au diagnostic rapporte des disparitions rapides de la charge virale chez 78 d'entre eux, un patient étant décédé et un autre dans un état grave, âgés respectivement de 86 et 74 ans. En l'absence de « randomisation », cette nouvelle étude ne permet pas non plus de conclure définitivement sur l'amélioration du pronostic par rapport à un traitement symptomatique.

Toutefois, plusieurs aspects nous semblent mériter d'être soulignés. Avant tout, dans toutes les maladies virales qui entraînent des détresses respiratoires, la persistance du virus devient peu importante dans l'évolution de la détresse respiratoire lorsque la barrière pulmonaire est atteinte, en raison de complications inflammatoires majeures. À ce stade, seule la réanimation permet de passer le cap de la reconstitution des tissus lésés. Le point fort des essais du P^r Raoult est, de notre point de vue, une diminution très rapide de la charge virale avec négativation des recherches virologiques dans plus de 90 % des cas en moins de huit jours, ce qui pourrait permettre d'éviter l'aggravation et en particulier le transfert en réanimation.

Sur cette base, la stratégie serait plutôt donc de proposer un traitement précoce avant la survenue de complications respiratoires sévères. En effet, à l'inverse, d'autres travaux montrent qu'en l'absence de traitement spécifique le virus persiste chez au moins la moitié des patients huit jours après la fin des symptômes. De fait, la diminution de la durée du portage viral suggérée par les travaux du P^r Raoult peut permettre d'espérer une diminution de la période de contagiosité et pourrait donc, avec le confinement, participer à l'éradication de l'épidémie.

Enfin, les cohortes marseillaises rapportées ne montrent pas à l'évidence de survenue d'effets secondaires majeurs liés au traitement, lorsque les règles de prescription et contre-indications sont respectées, après un électrocardiogramme (ECG) et dosage du potassium, ce qui faisait partie des réserves de beaucoup de cliniciens.

En l'absence d'autre traitement disponible avéré efficace à ce jour (plus de deux cents essais thérapeutiques enregistrés dans le monde), nous pensons légitime, au vu des résultats préliminaires, de mettre en place une nouvelle stratégie avec, avant tout, un accès élargi aux tests diagnostiques des patients suspects parce que symptomatiques ou ayant été au contact d'un patient infecté.

Le deuxième maillon de la chaîne de soins serait la mise en place de structures de soins associant les personnels hospitaliers et la médecine de ville pour effectuer le diagnostic, la prescription et la surveillance d'hydroxychloroquine et d'azithromycine chez tous les

malades positifs non inclus dans un essai clinique : il est nécessaire d'initier une prise en charge rationalisée et non pas à l'aveugle, en fonction de l'état physiologique, et de respecter d'éventuelles contre-indications à l'addition de l'azithromycine, en particulier chez les patients polymédicamentés. Cette prescription pourrait être réalisée, en l'absence de contre-indication et avec l'accord du patient, dès le diagnostic confirmé, pendant une durée limitée, et accompagnée de la collecte de données simplifiées.

À lire aussi : Chloroquine : comment la querelle est devenue politique

De simples modifications des conditions de prescription et de délivrance peuvent rapidement le permettre. Lors de l'arrivée annoncée de tests en plus grand nombre, la surveillance virologique des patients pourra être mieux documentée pendant et à l'arrêt du traitement.

Les patients, légitimement, ne tolèrent pas que le diagnostic sur leur état de santé soit simplement présumé et qu'il leur soit alors seulement recommandé de rester chez eux avec la crainte de complications, alors même qu'une option thérapeutique simple, sous surveillance médicale, peu onéreuse et possiblement efficace pourrait leur être proposée. Une proposition de soins élargie doit être avancée alors que les services de réanimation sont surchargés et que des tensions sont présentes sur les approvisionnements en médicaments et appareils qui leur sont indispensables. L'accès à l'hydroxychloroquine limité aux seuls malades hospitalisés marque aussi une inégalité dans l'accès aux soins. Le choix de la précaution est aussi un pari politique.

COVID-19 et hydroxychloroquine, pourquoi tant de hargne ?

par [Dr Michel de Lorgeril](#) | 5 Avr 2020 |

[...] Conclusion

Que la question de l'hydroxychloroquine puisse servir d'exemple pour d'autres questions médicales est peu probable tant les élites hospitalo-universitaires sont imperméables au raisonnement scientifique.

Prenons l'exemple d'une maladie bénigne comme la rougeole, qui fait pourtant l'objet d'une obligation vaccinale. Nous n'avons pas d'évidence que le vaccin soit utile (contrairement aux clameurs des élites subventionnées) et nous n'avons pas de traitement [sauf des immunoglobulines qui peuvent rendre de grands services chez certains patients immunodéprimés].

Que préconisent les élites et que font la majorité des praticiens, croyant bien faire ? Faute de traitement, la prudence (transformée en obligation) serait selon eux de vacciner tous les bébés sans exception. On ignore pourtant si c'est utile et on confie ainsi le sort des bébés au hasard. Ce n'est évidemment pas éthique, mais suscite bien peu d'émotion dans les médias. Pour se légitimer, on est obligé de nier l'existence des complications neuropsychiatriques post-vaccinales, pourtant clairement décrites par des observateurs au-dessus de tout soupçon.

Hydroxychloroquine, COVID-19, rougeole, vaccins obligatoires sont des manifestations diverses et variées des graves maladies dont souffre la médecine contemporaine, lugubre reflet de son époque.

Michel de Lorgeril, médecin, épidémiologiste, physiologiste, CNRS

Décret Rivotril : compassion, euthanasie ou meurtre sur ordonnance ? Versus traitement prometteur par chloroquine, interdite ?

par [delepine \(son site\)](#) lundi 6 avril 2020

[au cœur du débat...](#)

Essais cliniques d'un vaccin contre le Covid-19 en RDC : le Pr Muyembe jette le trouble

Publié le : 05/04/2020 - 9 h 17 Modifié le : 05/04/2020 - 13 h 47 Texte par : **RFI**

Vendredi, le patron de la riposte en RDC, le professeur Jean-Jacques Muyembe, déclarait qu'il pourrait y avoir sans son pays des essais cliniques d'un vaccin contre le nouveau coronavirus. Cette annonce a provoqué un tollé dans le pays. Depuis, le professeur Muyembe a assuré qu'il n'y aurait pas de vaccination au Congo sans essais aux États-Unis ou en Chine. Essais qui, précise-t-il à RFI, doivent recevoir la validation de l'OMS.

Dans sa première réponse, le professeur Muyembe avait évoqué un ami au Canada ; dans sa deuxième des essais cliniques aux États-Unis ou en Chine. Il y a bien à l'heure actuelle des **phases pilotes d'essais cliniques** sur trois vaccins aux États-Unis, au Canada et en Chine. Ce sont les premiers pays à passer à l'expérimentation sur des êtres humains pour ces substances cruciales dans la lutte contre l'épidémie (**51 autres vaccins** n'en sont qu'à la phase de test sur les animaux).

Une longue route avant des essais sur les humains

Mais avant l'homologation et la commercialisation, la route est longue, sans doute plus d'un an. Ces trois vaccins n'en sont qu'aux phases 1 et 2 de test. Ce qui permet d'affiner les dosages, de découvrir les principaux effets secondaires. En général, ces essais se font sur quelques dizaines ou centaines de personnes.

Tant que l'OMS n'aura pas validé ces premiers résultats, il n'y aura pas de phase 3, c'est-à-dire de test à plus grande échelle pour confirmer l'efficacité de ces vaccins. Ce n'est qu'à cette phase que les laboratoires ou consortiums internationaux pourront présenter conjointement, avec un institut de recherche national comme l'Institut national de recherche biomédicale (INRB) en République démocratique du Congo, un protocole d'essai clinique aux autorités nationales. Il y a plusieurs étapes de validation, comme l'obligation faite d'obtenir l'accord du comité d'éthique national.

La nécessité d'un « **consentement éclairé** »

Reste qu'en RDC, ce que met en cause la société civile, c'est l'absence de consentement éclairé des populations, faute de débats publics sur ces questions. Il faut donc avant tout donner des informations précises au public, selon maître Chris Shematsi, membre du mouvement citoyen Compte à rebours, qui a écrit au professeur Muyembe. Et de rappeler ce que prévoient les principales règles éthiques applicables à la recherche médicale. « *Il est extrêmement difficile de réussir des essais cliniques dans un contexte d'opacité, surtout dans un contexte dans lequel les populations qui sont in fine bénéficiaires de ces essais cliniques n'ont aucune maîtrise des termes du débat. C'est ainsi que nous avons adressé une correspondance au professeur Muyembe en insistant sur la notion de consentement éclairé, explique-t-il.* »

« *À ce titre, dit encore maître Chris Shematsi, nous avons posé quelques questions. Premièrement, nous avons voulu nous enquérir de l'état de la procédure liée à la candidature de la République démocratique du Congo telle qu'évoquée par le professeur Muyembe lui-même. Nous avons voulu savoir si c'est le professeur qui a, de son propre chef, candidaté pour le compte de la République ou si c'est l'État qui a candidaté pour le compte de la République via ses organes compétents. L'exigence de transparence à ce niveau est un impératif. Deuxièmement, nous avons voulu identifier l'interlocuteur de la République démocratique du Congo dans le cadre de cette démarche. S'agit-il d'un laboratoire pharmaceutique basé au Canada, aux États-Unis ou en Chine ? Pourquoi faisons-nous partie des pays pilotes ? Quel est notre gain en tant qu'État ? C'est une question que l'on*

doit se poser aussi, le fait de mettre ces informations à la disposition du public va renforcer les liens de confiance entre les autorités de la riposte et les populations. »

Depuis le début de l'épidémie déclarée le 10 mars 2020, la RDC a fait état de 154 cas confirmés et 18 décès. Trois personnes sont guéries.

Comprendre et choisir : les vrais problèmes de santé, et les autres

vendredi 3 avril 2020 par Marc Girard

Un livre "conçu pour durer"

dimanche 5 avril 2020 par Marc Girard

Marc GIRARD offre désormais en six envois son livre [« Alertes grippales. Comprendre et choisir »](#) de 2009, dont on ne peut contester l'actualité.

Covid-19 : cette société va produire un milliard de doses d'un vaccin qui n'a pas encore été testé sur l'Homme !

par [Yohan Demeure, rédacteur scientifique](#) 5 avril 2020, 11 h 29 min

Boostée par un important accord financier avec le gouvernement des États-Unis, la célèbre entreprise pharmaceutique Johnson & Johnson (J&J) a lancé la production d'un vaccin. Cependant, le vaccin en question n'a pas encore été testé sur l'humain. Soutenu par les autorités politiques, ce projet de vaccin ne fait pour l'instant aucunement l'objet d'une quelconque validation de la part des autorités sanitaires !

Un milliard de doses

La plupart des laboratoires travaillant sur des vaccins semblent faire les choses dans l'ordre, malgré [la réelle urgence que représente la pandémie de Covid-19](#). De toute manière, les premiers vaccins opérationnels ne devraient voir le jour qu'en 2021, en étant très optimisme. À ce moment-là, des millions voire des milliards de personnes pourront faire l'objet d'une campagne de vaccination.

Et puis il y a Johnson & Johnson (J&J), cette entreprise pharmaceutique plus que centenaire possédant 250 filiales dans environ 60 pays. Selon un article [publié par l'agence de presse Reuters](#) le 30 mars 2020, J&J a annoncé un accord d'un milliard de dollars avec le gouvernement des États-Unis ! L'objectif ? Obtenir une capacité de production suffisante afin de produire au moins un milliard de vaccins prêts à l'emploi. Évidemment à première vue, il s'agit plutôt d'une bonne nouvelle.

J&J n'hésite pas à brûler quelques étapes pour honorer son contrat avec le gouvernement américain

J&J avance à l'aveugle

Si un candidat sérieux a été choisi pour une production qui vient d'être lancée, il s'avère que pour l'heure, aucun test n'a été pratiqué sur l'être humain. En réalité, les premiers tests de ce genre n'interviendront qu'en septembre 2020. Pour l'instant donc, il n'existe aucune approbation ou certification de la part des autorités sanitaires. Ainsi, il plane une certaine zone d'ombre autour de cette affaire, mais pour J&J, il s'agit d'une question d'urgence ne laissant guère le choix que de brûler quelques étapes. Son responsable scientifique Paul Stoffels parle notamment d'une organisation différente pour un programme à haut risque.

Par ailleurs, il faut savoir que ce projet reçoit le soutien de la *Biomedical Advanced Research and Development Authority* (BARDA) du département de la Santé des États-Unis. Ainsi, le gouvernement cautionne et finance la production d'un vaccin dont nous ignorons pratiquement tout de ses réelles performances. En somme, il s'agit là d'un véritable pari à quitte ou double. Pour Seth Berkley, directeur de l'Alliance mondiale

pour les vaccins et la vaccination (GAVI), évaluer les candidats les plus probables et investir dans ces risques ne serait pas une si mauvaise idée.
Enfin, rappelons que la BARDA soutient également les recherches de la société Moderna. Celle-ci [a développé un vaccin expérimental nommé ARNm-1273](#). À la mi-mars 2020, un premier essai de phase I a débuté, concernant 45 adultes en bonne santé âgés de 18 à 55 ans.

Dis, quand comprendras-tu - Coronavirus - Barbara 1962

Ajoutée le 23 mars 2020 Paul Mandengue et Henri Duboc

[Exhortation chansonnière au confinement \(transcription déplorable\)](#)

Hôpitaux vides ? Où sont tous les patients Covid-19 ?

D. Rodriguez *Sott.net* mer., 1^{er} avril 2020 16 h 30 UTC

Empty Hospitals? Where Are All The Coronavirus Patients?

[Sous toutes réserves...](#)

Un tigre d'un zoo de New York testé positif au coronavirus

[Le félin aurait contracté la maladie auprès d'un gardien ne présentant aucun symptôme.](#)

[Ah ! si le tigre avait porté un masque !](#)

[Conseil SPA : quand vous croisez un tigre, respectez la distanciation sociale !](#)

Assurer la sécurité alimentaire des populations

Avril 2020-04-06

Tribune présentée par un collectif autour de Philippe Desbrosses, agriculteur, docteur en Sciences de l'Environnement

Parmi les signataires : Corinne LEPAGE, Delphine BATHO, Michèle RIVASI, Dominique JADOT, Olivier ROELLINGER, Edgard MORIN... mais aussi Jean-Marc GOVERNATORI.