

## LA QUESTION DU JOUR

Accepteriez-vous que vos données personnelles soient exploitées par l'État pour lutter contre le coronavirus ?

Oui 48.19%

Non 51.81%

12193 votants

## LA QUESTION DU JOUR

Accepteriez-vous que vos données personnelles soient exploitées par l'État pour lutter contre le coronavirus ?

Oui 54.81%

Non 45.19%

33873 votants

lefigaro.fr 2 avril 2020 19 h 30

23 h 30

**Et pour vous habituer au geotracking et au confinement permanent... :**

**[Une attestation de déplacement sur smartphone disponible dès lundi 6 avril](#)**

L'attestation sera téléchargeable depuis un smartphone et pourra être présentée aux forces de l'ordre grâce à un QR code.

Par Le Figaro avec AFP Publié 2 avril 2020 18 h 30

Une attestation de déplacement téléchargeable sur smartphone sera disponible dès ce lundi 6 avril, a annoncé Christophe Castaner ce jeudi. « *Les Français se sont approprié les règles du confinement, il convient donc de leur donner un peu de souplesse avec cet outil* », a déclaré le ministre de l'Intérieur, [dans un entretien accordé au Parisien](#).

Au début du confinement, de nombreux Français souhaitaient [télécharger leur attestation](#) sur smartphone, par facilité ou par souci écologique. Christophe Castaner avait alors fermement interdit cette pratique, précisant sur TF1 que « *les sociétés qui ont proposé d'éditer ces formulaires sont très souvent des sociétés qui veulent piller vos données* ». Il avait également avancé les risques auxquels les policiers seraient exposés, le téléphone pouvant être « *porteur du virus* ».

### **Un QR code pour limiter les risques**

Dès lundi, un service similaire sera toutefois disponible, mais des précautions ont été prises, selon le ministre qui a précisé au *Parisien* que le service serait accessible en ligne, sur le site du ministère de l'Intérieur et du gouvernement. Concrètement, le formulaire sera téléchargeable sous format PDF, depuis un smartphone, afin qu'il puisse être présenté aux forces de l'ordre grâce à un QR code. « *Nous n'avons pas voulu d'une application comme celles que nous avons vu fleurir lors des premiers jours du confinement, car il y avait un risque de piratage des données* », a ajouté Christophe Castaner, soulignant qu'il n'y aurait « *pas de fichier* » et que « *personne ne pourra collecter les données des usagers* ».

Il a également précisé que ce nouveau dispositif saurait se prémunir contre les risques de fraude : « *Il faudra préciser votre heure de sortie, mais l'heure à laquelle vous avez édité le document sera accessible aux policiers. Cela évitera que des personnes remplissent l'attestation uniquement à la vue d'un contrôle de police. Et grâce au QR code, les policiers et les gendarmes n'auront pas besoin de prendre le téléphone en main, il leur suffira de scanner l'écran* ».

Selon un dernier décompte, les forces de l'ordre ont procédé à six millions de contrôles et dressé 380.000 verbalisations depuis la mise en place du confinement. « *Nous avons*

constaté une légère baisse des contraventions, mais elle n'est pas spectaculaire. Globalement, les règles du confinement sont bien respectées, même si l'on ressent une différence en fonction de la sociologie de certains quartiers », a remarqué le ministre. Il a cependant reconnu qu'il était « encore plus difficile » de respecter le confinement « quand on vit à plusieurs dans 50 m<sup>2</sup> dans un quartier, que lorsque l'on a la chance d'avoir un pavillon avec un jardin ».

Technocrate jusqu'à la moelle...

### **L'Académie de médecine pour le port obligatoire du masque, même « alternatif »**

Par Le Figaro avec AFP 3 avril 2020 15 h 30

« Il est établi que des personnes en période d'incubation ou en état de portage asymptomatique excrètent le virus et entretiennent la transmission de l'infection. En France, dans ce contexte, le port généralisé d'un masque par la population constituerait une addition logique aux mesures barrières actuellement en vigueur », estime l'Académie de médecine. [...]

### **Déconfinement des personnes âgées**

Le **professeur Fontanet**, épidémiologiste à l'Institut Pasteur, a expliqué au micro d'Europe 1 ce 3 avril, que les **personnes âgées**, les plus à risque, seraient certainement les **dernières à être déconfinées**. "Le seuil peut être placé à 65 ou 70 ans, qui détermine les gens pour qui il faudra rester prudent, car s'ils étaient à nouveau exposés au virus ils seraient plus à même de faire des formes graves", a-t-il expliqué.

### **Jean Castex, responsable des scénarios de sortie de confinement**

C'est Jean Castex qui sera responsable des scénarios de sortie de confinement a annoncé ce jeudi soir Édouard Philippe.

Énarque né en 1965, ancien directeur de cabinet de Xavier Bertrand au ministère du Travail, Jean Castex a ensuite été secrétaire général adjoint à l'Élysée auprès de Nicolas Sarkozy. Proche de l'actuel secrétaire général de l'Élysée, Alexis Kohler, Jean Castex avait été nommé en septembre 2017, délégué interministériel aux Jeux Olympiques de 2024, puis, en janvier 2018, délégué ministériel aux grands événements sportifs et avait pris en 2019 la présidence de l'Agence nationale du sport.

Ce préfet de formation, réélu en 2014, maire de Prades, dans les Pyrénées-Orientales, avait été donné fin 2018 comme favori pour le poste de ministre de l'Intérieur du gouvernement d'Édouard Philippe, à la place de Gérard Collomb.

### **Le préfet Lallement crée la polémique après ses propos sur les patients en réanimation**

Le préfet de police de Paris a estimé que les personnes hospitalisées en réanimation étaient celles qui « n'avaient pas respecté le confinement », suscitant la colère des médecins et de la classe politique. Sous pression, il a présenté ses excuses.

Par **Pierre Maurer** Publié 3 avril 2020 13 h 30

### **Les patients en réanimation « n'ont pas respecté le confinement » selon le préfet de police de Paris**

En marge d'un contrôle routier sur le périphérique de Paris, Didier Lallement a tenu des propos polémiques le 3 avril..

Didier Lallement n'a pas pour habitude de faire dans la demi-mesure. Pour le préfet de police de Paris, c'est bien simple : les patients atteints du coronavirus et aujourd'hui en réanimation ne peuvent s'en prendre qu'à eux-mêmes. « Pas besoin d'être sanctionné

pour comprendre que **ceux qui sont aujourd'hui hospitalisés, qu'on trouve dans les réanimations, sont ceux qui au début du confinement ne l'ont pas respecté. Il y a une corrélation très simple** », a-t-il estimé ce vendredi matin, suscitant immédiatement la fureur de nombreux médecins.

Le patron de la police parisienne était présent en début de matinée, porte d'Orléans, à Paris, pour une opération de police qui visait à empêcher les départs en vacances de printemps. Alors que l'exécutif s'est fait clair sur les consignes : aucun départ autorisé en raison du confinement. Il a notamment annoncé la mise en place de contrôles renforcés tout le week-end sur les sorties routières de la région parisienne, avant de donner son avis sur les patients en réanimation.

#### **« Propos inexact »**

La sortie du préfet a été immédiatement désavouée par le ministère de l'Intérieur. « *Ce propos du préfet de police est inexact* », a déclaré au *Parisien* l'entourage du ministre de l'Intérieur, Christophe Castaner. Celui-ci aurait décroché son téléphone pour contraindre son préfet à présenter ses excuses, selon *Le Monde*.

La Préfecture de police de Paris s'est donc fendue d'un communiqué ce vendredi à 13 heures, dans lequel Didier Lallement « regrette » ses propos. « *Son intention n'était pas d'établir un lien direct entre le non-respect des consignes sanitaires et la présence de malades en réanimation* », conclut la préfecture de police.

Didier Lallement a été contraint au *mea culpa* face caméras dans l'après-midi. « *Je regrette d'avoir tenu ces propos et présente mes excuses à tous ceux que j'ai pu heurter* », a-t-il déclaré la mine grave, alors qu'un fonctionnaire de police est décédé du coronavirus ce vendredi. « *C'est une erreur parce que ces propos troublent le message d'unité, de fraternité, que j'ai voulu placer au cœur de mon action dans la gestion de cette crise. Ce qui compte c'est l'unité nationale* », a-t-il plaidé. Refusant de démissionner, il a promis de continuer son action en exerçant ses responsabilités « *avec gravité* ».

#### **Toute la classe politique outrée**

Déjà **fortement critiqué** par les responsables politiques lors des manifestations contre la réforme des retraites, le préfet est une nouvelle fois ciblé par tous les bords politiques. « *Pour lui, ceux qui sont malades ou qui sont morts l'ont bien cherché ! Écœurant. L'état d'urgence sanitaire ne doit pas avoir ce visage insultant. Les gens doivent être respectés !* », a tonné le chef des Insoumis, Jean-Luc Mélenchon.

La députée insoumise Clémentine Autain réclame, elle, la démission du préfet de police. « *Il l'a bien cherchée* », estime-t-elle. Du côté du Parti socialiste, Olivier Faure s'étrangle. « *Ce préfet est une honte. Comment peut-il culpabiliser tous les malades ! Et les centaines de milliers de salariés qui continuent à bosser et qui se font contaminer on leur dit que c'est de leur faute ?* », enrage le patron du PS.

Chez Europe Écologie les Verts (EELV), la sénatrice de Paris, Esther Benbassa estime que « **le préfet Lallement, a une matraque à la place du cœur et un LBD à la place du cerveau.** *Propos ignobles et sans fondement. Faites-le taire ! Qu'il s'en aille !* », enjoint-elle.

Dans le camp même du chef de l'État, le député LREM, Aurélien Taché, suggère une démission du préfet Lallement. « *L'autorité n'est pas la brutalité et le maintien de l'ordre n'est pas le jugement moral de nos concitoyens. En plus de méthodes très contestables et contestées, le préfet Lallement sort régulièrement de son devoir de réserve. Combien de temps encore ?* », s'interroge-t-il.

« *Propos révoltants et profondément inhumains du préfet de police de Paris ! Une réaction, Christophe Castaner, ou vous cautionnez ? Pensées pour les victimes...* », s'insurge pour sa part le député LR des Alpes-Maritimes, Éric Ciotti.

Pour la présidente du Rassemblement national, Marine Le Pen, les propos du préfet ne sont rien d'autre que « *totalelement stupides et de surcroît d'une froideur et d'une méchanceté qui donnent la nausée.* »

Le numéro deux du RN, Jordan Bardella, estime que « *L'arrogance du préfet Lallement est très malvenue...* » Bruno Bilde, député RN du Pas-de-Calais, se demande : « *Encore combien de provocations du préfet Lallement avant que Christophe Castaner ne se décide enfin à le virer ? Les hauts fonctionnaires de l'État sont au service de nos concitoyens pas de leur ego surdimensionné !* »

Enfin, le président de Debout la France, Nicolas Dupont-Aignan appelle lui aussi à la démission de Didier Lallement. « *Les personnes en réanimation luttent contre la mort, elles ont souvent attrapé le Covid19 avant le confinement ou pendant leur travail, car l'État ne leur a pas fourni de masques (soignants, policiers, salariés...)* », a réagi le député de l'Essonne.

### **Cumul de polémiques**

En décembre dernier, Didier Lallement avait déjà [suscité la polémique](#), en déclarant à une femme soutenant les « gilets jaunes » : « *Nous ne sommes pas dans le même camp, madame.* » Tollé immédiat dans l'opposition qui appelle à sa démission. Le préfet est accusé d'attiser la violence. En janvier, trois mois plus tard, Cédric Chouviat, un livreur à moto et père de cinq enfants, meurt à Paris lors d'un contrôle de police, après un plaquage au sol. Didier Lallement est une nouvelle fois mis en cause, mais ardemment défendu par ses supérieurs, Laurent Nuñez et Christophe Castaner.

### **Coronavirus : combien de Français sont réellement infectés ?**

DÉCRYPTAGE - La France réalise peu de tests génétiques pour rechercher le Covid-19, excluant ainsi les personnes infectées non hospitalisées et les porteurs asymptomatiques.

Par [Cyrille Vanlerberghe](#)

Publié 2 avril 2020 19 h 30

Selon le dernier rapport de l'équipe de modélisation de l'*Imperial College* de Londres, publié fin mars, pas moins de 3 % de la population française aurait déjà été contaminée par le Covid-19. Soit 2 millions de Français. Un chiffre beaucoup plus élevé que les quelque 50.000 cas confirmés, recensés à la fin du mois dernier par la direction générale de la santé.

Comment les chercheurs britanniques arrivent-ils à cette valeur, et pourquoi la différence est-elle aussi grande avec les chiffres officiels ? La réponse au deuxième point est assez simple : la France ne réalise que peu de tests génétiques de recherche du virus (méthode par PCR), et principalement sur les malades admis à l'hôpital. Une pratique qui exclut la majorité des personnes infectées qui ont des symptômes, mais ne nécessitent pas d'hospitalisation, sans parler de tous les porteurs qui ne présentent aucun symptôme.

La difficulté reste donc entière : comment déterminer quelle proportion de la population est touchée, sans étude épidémiologique de grande ampleur ? **La seule statistique relativement fiable est le nombre de décès provoqués par le virus.** La mesure n'est pas parfaite, puisqu'on se rend compte que ces chiffres ne tiennent pas compte des décès dans les maisons de retraite et les Ehpad, mais elle est en tout cas comparable d'un pays à un autre.

### **Un nombre théorique**

C'est donc de ce décompte des morts que partent les chercheurs d'*Imperial College* : **considérant que le Covid-19 tue 1 % des personnes infectées, il suffit de multiplier le nombre de décès par 100 pour obtenir un nombre, théorique, de patients.** Pour la

France, au 28 mars (dernière date prise par les chercheurs) le bilan était de 1 995 morts, ce qui correspondrait à 199.500 personnes infectées. Mais attention : ces 199.500 étaient infectées non pas au 28 mars, mais au moment où les morts ont été eux contaminés, soit **23,9 jours plus tôt selon la moyenne retenue** par les chercheurs londoniens.

Pour arriver au nombre de personnes touchées aujourd'hui, les « scientifiques » font alors tourner leurs modèles de propagation de l'épidémie pendant cette durée de 23,9 jours, en prenant en compte l'impact potentiel des mesures prises dans le pays (interdiction des rassemblements, fermeture des écoles et confinement total). Ils considèrent que le chiffre de départ a été multiplié par un peu plus de 10, ce qui donne un peu plus de 2 millions de Français, soit 3 % de la population totale.

La même démarche appliquée à d'autres pays donne un taux d'attaque de la maladie de 9,8 % de la population en Italie, et de 15 % en Espagne. L'Allemagne est beaucoup moins touchée, avec 0,7 % de la population qui serait infectée.

« Ces estimations sont à prendre avec beaucoup de prudence, commente Jean-Stéphane Dhersin, mathématicien spécialiste de la modélisation au CNRS. **Elles s'appuient sur des paramètres qui ne sont pas assez bien connus, à commencer par le taux de létalité.** »

La nuance est d'importance, puisque avec un taux de létalité qui ne serait que de 0,1 %, à cause d'un plus grand nombre de patients sans aucun symptôme, par exemple, ce serait 30 % de la population française qui serait actuellement touchée.

Or, connaître la proportion de la population ayant été infectée par le virus est crucial : c'est la fraction de gens **considérés** comme immunisés. Et on sait que sans traitement, une épidémie ne s'arrête d'elle-même que lorsqu'une large proportion de la population est immunisée. **Sans confinement, cette proportion doit être de plus de 60 %.**

Partant de chiffres incertains, moulinés par des algorithmes théoriques, des « scientifiques » estiment des indicateurs douteux dont certains s'emparent en fonction d'un critère arbitraire pour emprisonner la moitié de l'humanité durant une période indéterminée. Staline va définitivement passer pour un démocrate...

**Seul le doute est certain !**

## **Le groupe sanguin O, mieux armé contre le Covid-19?**

DÉCRYPTAGE - Cette résistance à géométrie variable face au coronavirus serait due aux anticorps.

Par **Anne-Laure Frémont** 3 avril 2020 16 h 30

### **Likelihood of survival of coronavirus disease 2019**

Open Access Published: March 30, 2020

DOI : [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30257-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30257-7)

[...] As of March 21, 2020, there have been 292 142 confirmed cases of COVID-19 worldwide, with 12 784 deaths reported. [...]

Comparisons of case fatality ratios for SARS, COVID-19, and seasonal influenza in different age groups are shown in the [figure](#). Even though the fatality rate is low for younger people, it is very clear that any suggestion of COVID-19 being just like influenza is false: even for those aged 20–29 years, once infected with SARS-CoV-2, the mortality rate is 33 times higher than that from seasonal influenza. For people aged 60 years and older, the chance of survival following SARS-CoV-2 infection is approximately 95% in the absence of comorbid conditions. However, the chance of survival will be considerably decreased if the patient has underlying health conditions, and continues to decrease with age beyond 60 years. [...]

	SARS	COVID-19 (95% CrI)	Influenza (95% CI)
Overall	14-15%	1.38% (1.23-1.53)	0.0024% (0.0004-0.0051)
Age, years			
0-4	0.0%	0.0026% (0.0003-0.038)	0.0013% (0.0004-0.0036)
5-9			0.0004% (0.0001-0.0012)
10-14		0.0148% (0.003-0.076)	
15-17	0.5%		
18-19			0.0018% (0.001-0.0042)
20-24		0.06% (0.032-0.132)	
25-29	1.6%		
30-34		0.146% (0.103-0.256)	
35-39	10.0%		
40-44		0.30% (0.22-0.42)	
45-49	13.0%		
50-54		1.3% (1.0-1.6)	0.009% (0.0056-0.0214)
55-59	25.3%		
60-64		4.0% (3.4-4.6)	
65-69	52.5%		0.0487% (0.0341-0.0789)
70-74		8.6% (7.5-10.0)	
75-79	69.6%		
≥80		13.4% (11.2-15.9)	

Figure Comparison of case fatality ratios for SARS,<sup>1, 8</sup> COVID-19,<sup>7</sup> and seasonal influenza<sup>9</sup>  
[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(20\)30257-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(20)30257-7.pdf)

### **Sévérité du Covid-19 : modélisons, il en sortira bien quelques chiffres !**

03/04/2020

La létalité du Covid-19 a fait l'objet d'estimations variables aboutissant à des valeurs disparates dans le temps et dans l'espace. Rien de surprenant face à une pandémie qui a submergé tous les pays de données changeantes, le plus souvent recueillies dans des conditions dramatiques avec les moyens du bord et soumises à l'aval voire à la censure des autorités officielles. Tous les facteurs et biais –depuis la méconnaissance de la maladie du fait de la durée de son évolution en passant par la censure -ont donc été réunis pour aboutir à des estimations dont la fiabilité est peu garantie. Rien de spécifique au Covid-19 : dans les épidémies récentes (grippe H1N1, SARS, etc.), il a été bien difficile d'avoir le nombre exact des cas et des décès (ou des hospitalisations) à chaque instant. Or, cette information est capitale quand il s'agit de gérer au jour le jour une situation d'urgence sanitaire comme c'est le cas maintenant à l'échelle planétaire.

#### **Tous les modèles sont faux...mais certains sont utiles**

Une telle situation incite à une modélisation mathématique capable de corriger la plupart des facteurs de confusion évoqués et d'aboutir ainsi à une appréciation plus objective de la létalité et de la sévérité du Covid-19 sans pour autant prétendre à la

vérité absolue. De l'avis des experts, tous les modèles sont faux ... mais certains n'en sont pas moins utiles.

La méthode a consisté à colliger les cas individuels des patients décédés dans la province du Hubei entre le début de l'épidémie et le 8 février 2020, validés par les autorités nationales ou locales. Ont été ajoutés les décès enregistrés à la date du 25 février dans 37 pays autres que la Chine continentale, incluant Macao et Hong Kong. Ces cas individuels ont été utilisés pour estimer le délai entre les premiers symptômes du Covid-19 et l'issue ultérieure, soit le décès, soit la sortie du milieu hospitalier. Dans un second temps, la létalité a été estimée en procédant à une stratification selon l'âge et en regroupant les décès cumulés observés en Chine et en les rapportant au nombre de cas diagnostiqués par PCR ou autres critères. Il a été supposé dans cette approche que le taux d'attaque – de l'ordre de 80 % en l'absence de mesures préventives- était constant quel que soit l'âge.

Par ailleurs, un ajustement a pris en compte les facteurs démographiques et la sous-estimation du nombre de décès en fonction de l'âge et de la localisation géographique. La létalité a été également évaluée à partir des 1 334 premiers décès enregistrés et clairement identifiables en dehors de la Chine continentale. Par ailleurs, il a fallu introduire la prévalence des cas de Covid-19 confirmés par RT-PCR chez les résidents internationaux qui ont été rapatriés vers leur pays d'origine à partir de la Chine : c'est ainsi qu'il a été possible d'estimer le dénominateur du taux de létalité propre à cette définition strictement biologique de la maladie et stratifié en fonction de l'âge. Pour aboutir à la sévérité de la maladie- là aussi en fonction de l'âge-, un sous-groupe de 3 665 patients chinois atteints d'un Covid-19 a été étudié en prenant en compte le nombre de ceux qui ont fini par être hospitalisés.

#### **Valeurs variables en fonction de l'âge**

Le modèle a été appliqué aux données de 24 décès survenus précocement en Chine continentale et de 165 guérisons constatées en dehors de ce pays. Le délai moyen écoulé entre les premiers symptômes et le décès a été estimé à 17,8 jours (intervalle de crédibilité [CrI] 16,9–19,2), *versus* 24,7 jours (22,9–28,1), pour la durée moyenne du séjour hospitalier.

Pour ce qui est de tous les cas de Covid confirmé sur le plan clinique ou biologique en Chine continentale (n = 70 117), le taux de létalité brut a été estimé à 3,67 % (CrI 95 % 3,56–3,80) après un ajustement qui a pris en compte la censure potentielle. Des ajustements plus poussés intégrant la démographie et la sous-estimation potentielle ont ramené le taux de létalité à 1,38 % (1,23-1,53) en Chine avec des valeurs variables selon l'âge. Au-dessous de 60 ans, la valeur n'excède pas 0,32 % [0,27–0,38] contre 6,4 % [5,7–7,2] au-delà de cet âge ( $\geq 60$  ans). Chez les patients âgés de plus de 80 ans, le taux de létalité a atteint 13,4 % (11,2-15,9). Les estimations portant sur les cas survenus ailleurs qu'en Chine, donc plus tardifs, ont abouti à des résultats voisins : au-dessous de 60 ans, la valeur obtenue a été de 1,4 % [0,4–3,5] (n = 360) *versus* 4,5 % [1,8–11,1] dans les tranches  $\geq 60$  ans [n=151].

#### **0,66 % ou le taux de létalité des patients RT-PCR+**

Finalement, le taux de létalité chez les patients infectés (RT-PCR+), et non plus par rapport à tous les cas diagnostiqués cliniquement ou biologiquement, a été globalement estimé en Chine -en tenant compte de tous les paramètres accessibles- à 0,66 % (0,39–1,33). La proportion de patients infectés appelés à être hospitalisés a été positivement corrélée à l'âge pour atteindre une valeur maximale de 18,4 % (11,0–7,6) au-delà de 80 ans.

Ces estimations qui valent pour la phase relativement précoce de la pandémie donnent une idée de la létalité et de la sévérité du Covid-19 dans ses principales formes cliniques. Elles tiennent compte des divers éléments déterminant la valeur du dénominateur du taux de létalité en distinguant les cas infectés de ceux symptomatiques confirmés sur le plan clinique, radiologique et biologique. Elles s'affranchissent au moins en partie de certains biais ou facteurs de confusion qui entachent les estimations officielles de la plupart des pays sans prétendre à l'exhaustivité et à la vérité absolue, d'autant qu'elles sont peut-être à réactualiser à la lueur de l'évolution actuelle de la pandémie. Tous les paramètres ne sont pas pris en compte dans le modèle ce qui ne saurait faire mentir l'adage cité plus haut : tous les modèles sont faux, mais certains sont utiles.

Dr Peter Stratford [Copyright © http://www.jim.fr](http://www.jim.fr)

### **RÉFÉRENCE**

Verity R et coll. : Estimates of the severity of coronavirus disease 2019 : a model-based analysis. *Lancet Infect Dis* 2020 : publication avancée en ligne 30 mars. doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7.

### **Covid-19 : « The Lancet » confirme la forte corrélation âge/mortalité**

[Didier Doukhan](#) avec AFP | 03.04.2020 [lequotidiendupharmacien.fr](http://lequotidiendupharmacien.fr)

Une étude publiée **mardi** dans « *The Lancet* » confirme que la gravité de la maladie Covid-19 est fortement corrélée à l'âge.

Ce résultat a été obtenu principalement à partir de l'étude de plusieurs centaines de cas chinois de Covid-19 collectés en février 2020. Le travail montre que la maladie est en moyenne beaucoup plus redoutable pour les plus de 60 ans, avec un taux de mortalité de 6,4 % (parmi les cas confirmés) et de 13,4 % pour les plus de 80 ans, contre 0,32 % de décès seulement pour les moins de 60 ans.

Les taux de mortalité calculés dans cette étude sont toutefois sensiblement inférieurs à ceux de précédentes estimations, qui plaçaient la proportion moyenne des décès (parmi les cas confirmés) à plus de 2 %. Ainsi, une autre analyse publiée le 24 février par des chercheurs chinois dans *Jama* évaluait le taux moyen de mortalité à 2,3 %.

Une autre étude chinoise publiée dans « [The Lancet Infectious Diseases](#) » montre que le taux de mortalité varie selon l'âge. En ajustant les données au regard du nombre de cas non confirmés, le taux de mortalité estimé passe de 0,0016 % pour les sujets de 0 à 9 ans à 7,8 % pour les patients de 80 ans et plus.

Le bilan mondial à ce jour de l'épidémie montre que plus de 1 035 380 cas d'infection ont été officiellement diagnostiqués dans 188 pays et territoires depuis le début de la crise, provoquant 53 693 décès.

Le bilan hexagonal de l'épidémie dressé par Santé publique France fait état, au 31 mars, d'un total de 36 254 personnes hospitalisées, dont 8 318 admises en réanimation et de 3 523 décès.

### **Le vaccin BCG pour combattre le Covid-19, vraiment ?**

1<sup>er</sup> avril 2020 - 17 h 10 | par **INSERM** (salle de presse)

Une vidéo tronquée, tirée d'une interview sur LCI d'un de nos chercheurs à propos des études sur l'utilisation potentielle du vaccin BCG pour combattre le Covid-19, fait actuellement l'objet d'interprétations erronées.

Des essais cliniques visant à tester l'efficacité du vaccin BCG contre le COVID-19 sont en cours ou sur le point d'être lancés dans les pays européens (Pays-Bas, Allemagne, France, Espagne...) et en Australie. S'il y a bien actuellement une réflexion autour d'un déploiement en Afrique, il se ferait en parallèle de ces derniers. L'Afrique ne doit pas



être oubliée ni exclue des recherches, car la pandémie est globale. Si les essais internationaux étaient concluants, le vaccin BCG pourrait être une grande aide pour protéger les soignants.

Pour rappel ces essais cliniques ont pour objectif d'évaluer chez les personnels soignants et à forte exposition aux malades, l'efficacité du vaccin BCG contre le COVID-19. Ce vaccin vivant a en effet déjà montré des résultats intéressants contre d'autres infections respiratoires et pourrait être un atout contre le Covid-19.

C'est un sujet qui revient beaucoup depuis quelques jours, le vaccin BCG contre la tuberculose serait un allié prometteur dans la lutte contre le Covid-19. Mais qu'en est-il vraiment ?

Des études épidémiologiques ont montré de façon intéressante une corrélation entre taux de vaccination au BCG et taux de morbidité et de mortalité face au Covid-19. Si la majorité de ces études vont dans le même sens, elles ne permettent pas de conclure à une relation de causalité, car elles restent soumises à d'importants biais, en particulier sur la différence de niveau de vie et de politique de santé entre les pays à fort et à faible taux de vaccination.

Cependant, le BCG a démontré auparavant chez les enfants un effet protecteur non spécifique contre les infections, en particulier respiratoires. Les vaccins vivants comme le BCG, le vaccin contre la rougeole ou encore le vaccin oral contre la polio auraient en effet des effets bénéfiques non spécifiques sur certaines infections. Le BCG pourrait ainsi permettre de diminuer l'importance de l'infection au virus SARS-CoV-2 en stimulant la mémoire de l'immunité innée, première immunité à entrer en jeu face à une infection, et en induisant ainsi une « immunité innée entraînée ».

*Le vaccin BCG est très bien connu (plus de 3 milliards de personnes vaccinées dans le monde) ; beaucoup de données existent et ses contre-indications (immunodéficience notamment) sont peu nombreuses et bien identifiées. Enfin, il s'agit d'un des vaccins les moins chers au monde.*

Forts de ces observations, des chercheurs de plusieurs pays ont lancé des essais cliniques de grande ampleur (1 000 personnes aux Pays-Bas, 4 000 en Australie) chez les personnes à haut risque d'exposition (personnels soignants notamment).

La France travaille aussi sur le sujet. Camille Loch, directeur de recherche INSERM à l'Institut Pasteur de Lille, prépare la mise en place d'un d'essai clinique français en double aveugle. Une collaboration avec l'Espagne, qui mène également des recherches sur un projet de ce type, pourrait permettre de comparer à grande échelle les bénéfices de la vaccination au BCG à un placebo commun aux deux pays. Si l'essai clinique voit le jour, il faudra cependant encore suivre les participants pendant 2 à 3 mois pour avoir des données fiables.

Les chercheurs se veulent prudents : la piste du vaccin BCG est très intéressante, mais elle nécessite d'être explorée au sein d'essais cliniques rigoureux. Aucune donnée ne permet à ce jour de recommander une vaccination au BCG pour se protéger du Covid-19.

## **"Soirée 2 l'info". Coronavirus : l'état d'urgence**

Présenté par Élise Lucet, Jacques Cardoze

Diffusé le 02/04/2020 **Durée : 2 h 30**

Commentaires d'Hélène :

À 2 h : la question du vaccin

Frederic Tangy, Innovaccins Pasteur, développe un vaccin recombinant à partir du virus vaccinal de la rougeole capable d'exprimer des protéines du SARS-CoV-2

Erreur de la journaliste : les virus de la rougeole et les coronavirus n'appartiennent pas à la même famille !

FT prétend qu'on n'a jamais observé d'accident avec le vaccin antirougeoleux et que celui-ci protège à vie : double mensonge !

Moderna développe un vaccin à ARN messager, la journaliste confond ADN et ARN, il est testé sur des volontaires sains à Seattle, étude commencée le 16 mars 2020.

Au passage on apprend que Moderna est une entreprise philanthropique qui travaille pour le bien de l'humanité !

FT craint les effets secondaires de ce vaccin reposant sur une nouvelle technologie : normal c'est son concurrent direct qui parle !

À 2 h 18 : Bruno Canard, directeur du laboratoire RÉPLICASES VIRALES : STRUCTURE, MÉCANISME ET DRUG-DESIGN, CNRS, Luminy, Marseille, travaille sur les coronavirus depuis 2002.

Le Sars-Cov-2 présente trois caractéristiques inquiétantes :

- il est très contagieux, R0 autour de 3 (incertain) ;
- Sa létalité estimée est autour de 1 % (incertain) ;
- C'est un virus respiratoire donc le mode de transmission est compliqué à maîtriser.

Le traitement : BC est optimiste, il faut diagnostiquer précocement les malades avec une technique fiable (sensible et spécifique) et les traiter (surprise pendant qu'il parle de médicament on voit l'image de la volontaire de Seattle qui se fait vacciner pour l'étude de Moderna !).

Il fait allusion aux travaux de l'IHU Marseille où on teste un médicament qui ne tue pas le virus, mais empêcherait les effets les plus pathogènes. L'hydroxychloroquine est connue depuis 2005 pour avoir *in vitro* (en culture) un effet sur les cellules infectées par la SARS-CoV-1.

Le problème d'un essai clinique est d'avoir suffisamment de patients bien caractérisés. L'essai DisCovery confirmera ou infirmera les essais préliminaires effectués à l'IHU Marseille..

Vaccin : dans le cas d'une pandémie en évolution, ce n'est pas le temps des vaccins, exemple du SIDA : on est toujours en train de chercher à le mettre au point. Un vaccin peut être intéressant pour un virus connu, mais pas pour un virus inconnu. Exemple du SARS-CoV-1 : beaucoup d'argent a été investi dans la recherche d'un vaccin en pure perte ! Si on l'avait développé, il n'aurait sans doute pas été actif contre le SARS-CoV-2. Donc pour un virus émergent, ce n'est pas une stratégie adaptée.

Il existe des antiviraux à large spectre (car ils agissent sur une protéine très conservée dans de nombreux virus) comme le remdesivir. On aurait pu étudier cette molécule depuis de nombreuses années pour connaître son efficacité (et ses effets secondaires, note du transcripteur) contre ce type de virus : du temps a été perdu !

Élise Lucet cite un patient chinois guéri au CHU de Bordeaux avec le remdesivir : ce n'est vraiment pas sérieux ! Qu'est-ce que ça prouve ?

Note du transcripteur : personne dans ce reportage ne parle de l'effet facilitateur des vaccins anticoronavirus noté dans les études préliminaires des vaccins anti SARS-CoV-1 (celui de 2003) : les vaccinés font des infections plus graves lorsqu'ils rencontrent le virus sauvage, sans parler des autres effets secondaires non spécifiques sur le système immunitaire !

## **Exclu : « trier » les vieux malades du coronavirus, les instructions officielles publiées**

[Éric Verhaeghe](#) 25 mars 2020 2 min read

## **Accès à la réanimation : des consignes officielles ont-elles été données pour les résidents d'Ehpad ?**

[Robin Andraca](#) 29 mars 2020 à 11 h 39

Le site internet « Le courrier des stratèges » affirme que le gouvernement a donné des consignes aux Ehpad, selon lesquelles leurs résidents ne doivent pas être envoyés en réanimation.

Question posée le 27/03/2020

Vous nous interrogez sur un article publié le 25 mars par le site « *Le courrier des stratèges* ». Intitulé « [Exclu : trier les vieux malades du coronavirus, les instructions officielles publiées](#) », l'article assure que le gouvernement a publié des recommandations officielles concernant l'hospitalisation des résidents en Ehpad lors de la pandémie de Covid-19, et plus particulièrement leur accès à la réanimation.

« *Explosif!* », écrit le site, qui s'appuie sur un document.

Dans ce dernier, intitulé « Critères d'hospitalisation d'un résident d'Ehpad atteint de Sars-CoV-2 », on peut notamment lire : « *étant entendu que les patients âgés dans un tel contexte épidémique ne relèveront pas de la réanimation, ne seront ni intubés, ni ventilés* ». « *On ne peut pas être plus clair : les personnes âgées hébergées en Ehpad meurent à l'Ehpad et n'ont aucune chance d'être prises en charge à l'hôpital* », en conclut le site.

**Le document, long de sept pages dans sa version originale, n'émane pourtant pas du gouvernement, comme cela est écrit par erreur.**

### **« Pas compatible avec l'état de santé de base des résidents d'Ehpad »**

Rédigé par le D<sup>r</sup> Renaud Lévy, gériatre, membre du bureau de l'association nationale de médecins coordonnateurs d'Ehpad, il provient d'un mail envoyé le 25 mars par la délégation Provence-Alpes-Côte-d'Azur de la Fédération hospitalière de France (FHF), association de loi 1901 qui réunit la plupart des établissements publics de santé et des établissements publics médico-sociaux de France.

Il est destiné à guider au mieux le personnel soignant des Ehpad concernant la prise en charge des résidents en temps de pandémie. Le document affiche parmi ses « *objectifs* » d'« *éviter d'emboliser les services hospitaliers, de patients âgés pour lesquels l'hospitalisation ne serait pas bénéfique, ou pas plus bénéfique, que si les soins étaient prodigués en Ehpad.* »

Sur le volet précis de la réanimation, il déconseille effectivement d'y envoyer les résidents d'Ehpad : « *pour les résidents d'Ehpad nous sommes tous d'accord pour dire que la réanimation est déraisonnable, car il s'agit de séjours longs en réa, de trois semaines, ce qui n'est le plus souvent pas compatible avec l'état de santé de base des résidents d'Ehpad* », est-il répété dans le mail envoyé à destination des établissements de la région PACA.

C'est ce point précis qui provoque l'indignation du « *Courrier des stratèges* », et de nombreux internautes sur les réseaux sociaux. Pourtant, cette position est très partagée par les professionnels de la réanimation.

### **« Que chaque situation soit analysée au cas par cas »**

Ainsi, Benoît Veber, responsable de la réanimation chirurgicale du CHU de Rouen, contacté par CheckNews, juge « *raisonnable* » cette position, d'un point de vue médical, *a fortiori* dans la situation actuelle : « *Les personnes placées en Ehpad le sont parce qu'elles ne sont plus indépendantes. Ce sont déjà au quotidien, en temps normal, des personnes qui ont un faible accès aux soins de réanimation. La réanimation, ça a un sens si on peut passer*

*ce cap. Quand on est dépendant, la probabilité de passer ce cap est très faible. Dans une période où les ressources en lits de réanimation vont venir à manquer, ça me semble être plutôt un message de bon sens. Maintenant, dire que 100 % des résidents d'Ehpad ne doivent plus avoir accès à la réanimation, c'est caricatural. Il faut toujours que chaque situation soit analysée au cas par cas. »*

Hier, lors de la conférence de presse tenue par Édouard Philippe et Olivier Véran, Karine Lacombe, infectiologue de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, a répété peu ou prou la même chose. Évoquant le fait que la moitié des patients actuellement placés en réanimation ont moins de 58 ans, la professeure a déclaré : « *il faut savoir que les passages en réanimation ne sont pas proposés à des personnes très âgées. C'est ce qui se fait dans la vie de tous les jours. Quand on arrive en réanimation pour n'importe quelle raison, parce qu'on sait que quand on est âgé avec beaucoup de comorbidités, il y a un risque très important de ne pas sortir de réanimation, et que ça peut être beaucoup plus délétère et inconfortable, pour une personne âgée, d'être en réanimation.* »

Un point sur lequel est également revenu Olivier Véran, lors du même point presse : « *Le professeur Lacombe le disait tout à l'heure, les patients très âgés, c'est compliqué la réanimation, de les mettre en coma. La mortalité est très élevée. En revanche, pour les formes moins graves, qui ont des besoins d'oxygène, parfois il existe de l'oxygène et des médicaments sur place, parfois ce n'est pas possible. Et je demande qu'au sein de chaque territoire de santé, soit identifiée une filière d'admission des patients âgés issus des Ehpad malades du coronavirus. Dans le même temps, je demande à développer encore davantage les soutiens par les équipes mobiles pour venir au sein des Ehpad porter secours aux personnes âgées malades.* »

**Dans toutes les situations d'urgence, même si cela heurte nos principes moraux, le tri de ceux qu'on peut sauver s'impose : si le pragmatisme n'y conduit pas, nos plans ORSEC introduisent en substance les mêmes directives.**

### **L'Associu corsu di a salute refuse "un tri barbare et arbitraire"**

Par : [Isabelle Luccioni](#) Publié le : 02 avril 2020 à 15 h 49

**Décret 360 du 28 mars au JORF du 29, également évoqué ce 3 avril sur *Sud Radio* ce 3 avril à 12 h 20**

**Alors qu'un grand nombre de médecins demande la possibilité d'appliquer en Corse le protocole mis en place par le professeur Raoult, un décret autorise les médecins de ville à administrer, hors structures hospitalières des traitements de soins palliatifs**

C'est un lièvre de la taille d'un mammoth qu'a soulevé l'Associu corsu di a salute.

L'association s'insurge contre la possibilité d'administrer du Rivotril hors AMM (autorisation de mise sur le marché) pour les médecins de ville.

Dans un communiqué, l'association insiste sur l'utilité des soins palliatifs pour les patients atteints d'une maladie évolutive grave ou en phase terminale. Mais estime que les médecins "n'ont pas vocation à accélérer un tri barbare et arbitraire de patients par des médecins à qui on aurait refusé en amont les moyens du diagnostic et du traitement." "La dérive actuelle, tendant à généraliser, par décret, dans le cadre de l'épidémie due au Covid-19, l'usage hors AMM du Rivotril injectable ou de tout autre produit accélérant la fin de vie chez des patients 'ne pouvant être admis en réanimation', à l'heure où l'on bloque les possibilités de prescriptions que les médecins réclament à cor et à cri, est des plus inquiétantes."

Les médecins de cette association rappellent qu'ils s'opposeront "toujours à ce qui est contraire au serment que nous avons tous prêté." Ils appellent "l'ensemble de la société

*corse à la plus extrême vigilance quant aux orientations douteuses d'un système déshumanisé et disqualifié."*

Formulée de cette manière, l'alerte interroge. Pourquoi la prescription dérogatoire d'un médicament, en médecine de ville, en pleine épidémie de Covid-19 soulève-t-elle cette émotion ? C'est, qu'en fait, le Rivotril, dans ce cas-là, n'est pas destiné à soigner, comme le souligne le Dr Éric Simoni, secrétaire de l'Associu corsu di a salute. *"C'est un médicament qui sert, notamment, à traiter l'épilepsie. Il sert aussi en soins palliatifs, pour des patients qui n'ont aucune chance de voir leur situation s'améliorer et dont on doit abréger les souffrances intolérables"*, dit-il sobrement.

*"Il est particulièrement contre-indiqué en cas de détresse respiratoire, d'apnée du sommeil et d'insuffisance hépatique"*, renchérit le D<sup>r</sup> Sauveur Merlenghi, qui dénonçait récemment le *"serment d'hypocrite"* dans nos colonnes.

L'un et l'autre mettent en parallèle le décret très restrictif concernant la chloroquine, interdisant notamment aux médecins libéraux de l'utiliser pour des patients présentant un début d'infection au Covid-19 et pas encore de détresse respiratoire.

### **Le décret 2020-360 du 28 mars 2020**

Il aura cependant fallu quatre jours à des praticiens qui travaillent "la tête dans le guidon" pour mettre au jour ce décret (le 11<sup>e</sup> sur 69) paru au Journal officiel du 29 mars et passé quasi inaperçu. Ce décret, qui complète un décret du 23 mars, parle d'abord des réquisitions de locaux, puis de la prescription de paracétamol injectable en milieu hospitalier pour finir avec l'autorisation de délivrer du Rivotril dans les pharmacies d'officine pour *"la prise en charge de patients atteints ou susceptibles d'être atteints par le virus dont l'état clinique le justifie sur présentation d'une ordonnance médicale portant la mention 'Prescription Hors AMM dans le cadre du Covid-19' (...) le médecin se conforme aux protocoles exceptionnels et transitoires relatifs, d'une part, à la prise en charge de la dyspnée et, d'autre part, à la prise en charge palliative de la détresse respiratoire, établis par la société française d'accompagnement et de soins palliatifs et mis en ligne sur son site..."*

Il faut reconnaître que, entre le langage médical et le langage juridique, le texte n'est pas totalement explicite. Mais il suffit d'aller sur le site de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs pour comprendre. Voilà ce que dit la SFAP : *"Dans le contexte dramatique d'épidémie de Covid-19 à laquelle notre pays est confronté, il est primordial d'anticiper la prise en charge optimale de nos patients. L'accès aux services de réanimation est déjà limité dans plusieurs régions. Les équipes de ces territoires nous disent être régulièrement confrontées à des fins de vie difficiles, notamment dans les Ehpad et à domicile pour des patients âgés et dépendants qui n'ont pas pu être hospitalisés"*.

Viennent ensuite les recommandations de la SFAP pour les patients hospitalisés. Et enfin : *"Dans les régions déjà concernées par une saturation des services hospitaliers et dans celles qui risquent malheureusement de l'être dans les jours à venir, la SFAP met à disposition de toutes les équipes soignantes les documents ci-joints dans le but d'assurer aux patients les plus sévèrement atteints un apaisement de leurs souffrances en cas de dyspnée ou de détresse respiratoire"*.

En un mot comme en cent : s'il n'y a plus de place pour prendre les patients en détresse respiratoire, on demandera aux médecins de ville de "faire le tri" en amont, en administrant directement des traitements palliatifs à ces patients. Pour ce faire, on leur facilite la tâche en leur permettant d'être approvisionnés dans les pharmacies.

### **Ne pas adapter les soins au nombre de lits**

*"On ne nous donne pas l'autorisation de soigner, mais on nous donne celle de sédaté"*, s'insurge Éric Simoni. *"La raison c'est que l'on commence à manquer de chloroquine et*

*contrairement à d'autres pays comme le Maroc, la France n'a pas enjoint à Sanofi d'en produire", assène Sauveur Merlenghi.*

L'un et l'autre ne remettent nullement en cause les soins palliatifs qui sont une avancée significative dans la manière de traiter avec humanité les patients en fin de vie ou atteints de pathologies particulièrement douloureuses. Ils refusent juste que ce soit la seule solution. Et surtout que cette solution soit conditionnée au nombre de lits disponibles.

Paul-André Colombani, pour sa part, ne veut même pas entendre parler de ce décret. *"Je me bats pour que l'on puisse appliquer en Corse le protocole du professeur Raoult et que l'on inverse la charge de la preuve : on n'attend pas de voir si cela marche avec des essais à long terme. On l'applique et on révisé le protocole si cela ne marche pas. D'ores et déjà en Corse s'ouvrent des centres Covid. Il faut qu'ils puissent tester les patients et les soigner".* Une doctrine qui ne semble pas encore être celle du ministère de la Santé.

### **Nouvelle pétition chloroquine**

#### **Pétition urgente pour la liberté de prescription de la chloroquine**

Dr MÉNAT et Association Internationale pour une Santé Naturelle, Scientifique et Humaniste (on peut s'interroger sur ce parrainage)

<https://www.petition-chloroquine.fr/signature>

### **Comment la France se prive de 150 000 à 300 000 tests par semaine**

Par Géraldine Woessner Lepoint.fr 3 avril 2020

#### **VIDÉO. Depuis le 13 mars, le gouvernement dispose d'une solution pour augmenter considérablement les capacités de tests de la France. Mais rien n'a bougé.**

Les biologistes médicaux sont des gens polis. Lorsque *Le Point* les a contactés il y a 10 jours, ils ont hésité à parler. « Nous sommes en contact avec le gouvernement, la situation va forcément se débloquent... » Et puis ? Et puis, rien ! Silence radio. Un silence « incompréhensible », pour plusieurs des directeurs de laboratoires départementaux que *Le Point* a entendus. Les Français les connaissent mal, mais ils sont un rouage essentiel de notre système de santé. Implantés sur tout le territoire, 75 laboratoires publics (et leurs 4 500 employés) dépendent des départements, et assument la lourde tâche d'effectuer les analyses de contrôle des eaux, d'hygiène alimentaire ou de santé animale. Contrairement aux laboratoires de santé humaine, qui ne traitent ordinairement qu'un faible nombre d'analyses, ils sont dimensionnés pour travailler « par troupeaux », à la chaîne : pendant les crises de la vache folle ou de la peste aviaire, ils ont réalisé des dizaines de milliers de tests... par jour ! Et justement : c'est cette spécificité qu'ils pensaient que le gouvernement prendrait en compte. « Les laboratoires de biologie humaine, qui réalisent les tests aujourd'hui, travaillent avec des machines très performantes, mais » fermées, « c'est-à-dire conçues pour ne travailler qu'avec un seul type de réactifs », décrypte Philippe Nicolle, directeur du laboratoire départemental de l'environnement et de l'alimentation de Vendée.

Cela explique la pénurie actuelle de réactifs : les appareils disponibles dans les CHU ou les laboratoires privés, peu nombreux, sont souvent limités aux réactifs de leurs fabricants (une machine bioMérieux ne peut pas traiter un réactif Roche, par exemple.)

À l'inverse, les machines utilisées dans les laboratoires départementaux sont « ouvertes » : « Pour nous prémunir contre une pénurie de réactifs en cas d'épizootie, nous avons choisi d'utiliser des thermocycleurs qui acceptent différents types de réactifs, précise Philippe Nicolle. Nous pouvons donc travailler avec une trentaine de

kits disponibles. » Des tests PCR, ils en réalisent des centaines par jour. Et, parmi leurs kits, certains détectent déjà le coronavirus : « Le Covid-19 appartient à la même famille que les autres coronavirus ! » insiste Jean-Pierre Barreaud, président du laboratoire d'analyses départementales de Creuse. « Il suffirait de vérifier auprès de l'Institut Pasteur que nos kits sont fiables, de les adapter au besoin... C'est l'affaire de quelques jours », confirme Jean-Louis Hunault, président du SIMV (Syndicat de l'industrie du médicament et du diagnostic vétérinaires).

### **Une proposition est adressée par mail dès le 15 mars**

Lorsqu'ils entendent, le 12 mars, Emmanuel Macron appeler à la mobilisation générale, les acteurs de l'analyse vétérinaire se lancent dans un recensement de leurs « troupes ». Soixante-quinze laboratoires d'analyses départementaux maillent le territoire. Du personnel de pointe, formé et compétent, est disponible pour réaliser les tests. Des chaînes capables de travailler à grande échelle sont opérationnelles. Et des fournisseurs, capables de pallier, en partie, la pénurie de réactifs qui fait les unes de la presse se manifestent aussitôt : les fabricants (tous basés en France) IDVET, IDEXX, BIOSELLAL confirment qu'ils disposent de la matière première pour fournir des kits en grande quantité. Une proposition est adressée par mail dès le 15 mars au directeur général de la Santé, Jérôme Salomon. Quelques jours plus tard, les professionnels ont établi leur plan : les laboratoires départementaux pourraient réaliser, sous un délai de 15 jours, entre 150 000 et 300 000 tests PCR par semaine. Et ils sont outillés pour traiter en masse les tests sérologiques à venir, éléments clés de la sortie de confinement, qui permettront de déterminer quelle population est immunisée.

### **La réponse ? Pas de réponse.**

« On nous répète, depuis, que le dossier est à l'étude », se lamentent différents acteurs, qui se battent localement pour accélérer la décision. Dans le département d'Indre-et-Loire, les élus s'en arrachent les cheveux. Le laboratoire du secteur couvre quatre départements. « Notre labo [Inovalys, NDLR] peut monter à 2 000 tests par jour, il a stocké des réactifs pour 30 000 tests, et acheté 30 000 écouvillons pour les prélèvements », détaille un proche du dossier, que la préfecture essaie vainement de pousser depuis deux semaines. « Nous avons établi un protocole de prélèvement avec le CHU de Tours, tout le monde travaille en intelligence, on est prêts... Mais l'ARS bloque. » L'ARS : l'Agence régionale de santé, instance administrative dépendant du ministère, qui refuse pour l'instant l'hypothèse, d'après des motifs flous. « On ne nous a pas vraiment dit ce qui bloquait », explique Jean-Gérard Paumier, président du conseil départemental d'Indre-et-Loire. « On me parle de blocages juridiques, qui seraient à l'étude... Mais moi, sur le terrain, je dois gérer mon personnel d'Ehpad, qui vient travailler sans être testé, la peur au ventre, et qui menace de s'arrêter chaque jour ! » À l'heure actuelle, le CHU n'est en mesure de délivrer qu'une centaine de tests quotidiens... Insuffisant pour tester l'ensemble du personnel hospitalier, celui des Ehpad, de la gendarmerie, des pompiers, sans parler des manutentionnaires, livreurs et caissières de supermarchés, qui redoutent chaque jour de contaminer quelqu'un - ou d'être contaminés. « Je n'ai pas l'impression qu'ils réalisent, au ministère, les conséquences concrètes de leur blocage. J'entends partout qu'une rupture de la chaîne logistique serait terrible pour le pays, mais on ne fait rien pour l'empêcher. Et sur le front, la ligne de soldats se réduit ! »

### **Un blocage administratif**

L'explication (parcellaire) fournie jusqu'à présent par les services d'Olivier Véran, qui refusent de répondre aux questions, tient en une formule sibylline, répétée hier encore par le Premier ministre : « C'est à l'étude. [...] Nous avons des normes réglementaires à respecter. » Mais quelles normes ? Curieusement, elles n'embarrassent ni les Allemands,

ni les Belges, ni les Espagnols qui mobilisent d'ores et déjà toutes les ressources disponibles, y compris leurs laboratoires vétérinaires. Mais en France, depuis une loi du 30 mai 2013, les laboratoires de biologie médicale vétérinaire n'ont plus le droit de traiter le moindre prélèvement issu d'un corps humain, et inversement. Si bien qu'à ce jour, seul le laboratoire départemental des Bouches-du-Rhône réaliserait des tests Covid-19... Parce qu'il compte dans ses effectifs un médecin biologiste, habilité à traiter des échantillons que les vétérinaires biologistes ne peuvent pas toucher. « C'est absurde. Il n'y a que l'homme pour se considérer comme non-mammifère », s'étrangle Jean-Louis Hunault. « Un virus est un virus, quel que soit le corps où il se loge. » Mais pour autoriser les vétérinaires à traiter des échantillons humains (ce que d'autres pays font sans problème), il faudrait modifier la règle. Et vérifier, bien sûr, la validité des tests. « Concrètement, nous en sommes là. Nos tests existent. L'Institut Pasteur doit les homologuer, et nous les rectifierons au besoin. Dès l'homologation reçue, et si le gouvernement donne son feu vert, nous pouvons déclencher la production de tests, disponibles sous 15 jours. Mais tant que nous n'avons pas ce feu vert, nous ne pouvons rien faire... »

Et chaque jour qui passe, les possibilités d'actions se réduisent. "Il y a deux semaines, nous avions des stocks de produits d'extractions de l'ARN (l'un des réactifs indispensables aux tests, NDLR). Mais faute de consigne claire du gouvernement, nous n'avons pas pu les conserver pour nos clients habituels", confie au Point un dirigeant d'Idvet, fabricant de réactifs de diagnostics pour la détection de maladies infectieuses. Chaque jour qui passe, ces stocks s'écoulent donc lentement. "Nous les avons vendus à ceux qui en ont fait la demande, en Allemagne notamment. C'est incompréhensible..."

### **Trois semaines perdues**

La pression des fantassins du terrain pour des conditions de travail dignes se fait tellement intense que de nombreux élus, ces derniers jours, sont montés au créneau. Le président de l'Association des départements de France Dominique Bussereau, celui des députés LR à l'Assemblée, Bruno Retailleau, en ont parlé, ce jeudi matin, au Premier ministre Édouard Philippe. Jusqu'au président du Sénat Gérard Larcher, vétérinaire de profession, qui a directement évoqué la question, à deux reprises, avec Emmanuel Macron. Résultat ? Si le président se serait dit favorable, son administration répond invariablement : « C'est à l'étude. [...] Nous avons des normes réglementaires à respecter. » De quoi faire s'étrangler les acteurs de terrain. « Si la décision avait été prise dès le départ, le 15 mars, nous serions déjà en train de réaliser ces tests, à un rythme de 150 000 à 300 000 par semaine », enragent les professionnels. Qui peinent sincèrement à comprendre quelle est la stratégie de dépistage du gouvernement, et d'où vient le blocage. « Est-ce que les ARS surfent sur la crise pour obtenir le financement de machines pour leurs propres centres hospitaliers ? Est-ce qu'elles méconnaissent le fonctionnement de nos laboratoires ? » s'interroge un élu. Lui préfère rester anonyme : il veut croire que cette situation ubuesque finira par se débloquer. « Peut-être qu'ils n'ont pas assez de personnel pour effectuer les prélèvements en amont ? C'est possible. Ce n'est pas le tout d'analyser des échantillons : encore faut-il des bras pour les prélever. Et cela fait beaucoup de bras. Mais dans ce cas, qu'ils arrêtent leur stratégie, et qu'ils nous le disent ! Mais je ne veux pas les braquer, vous comprenez ? »

Nous comprenons. Sollicité par Le Point à plusieurs reprises depuis 10 jours, le ministère de la Santé ne nous a pas répondu. Sinon par ces mots : « Il y a un problème de norme. C'est à l'étude... »



## [Bernard-Henri Lévy - Chronique du coronavirus, 1](#)

### **Rien n'a vraiment changé en deux mille cinq cents ans quant à la manière dont une société peut se prémunir contre un virus nouveau.**

Le bloc-notes de Bernard-Henri Lévy, jeudi 26 mars 2020

Tout va trop vite. La propagation du virus. Mais aussi la circulation de l'autre virus, celui de l'information en continu et des réseaux sociaux tournant en boucle. Dans ce climat, on n'est, en ces derniers jours de mars, à peu près sûr que de ceci.

...

Il faut rompre avec l'idée d'une relation de cause à effet entre mondialisation et épidémie.

On voit comment cette idée vient conforter les réflexes xénophobes : aujourd'hui « virus chinois » ; demain méfiance envers les « étrangers » et « migrants » dont on se demande, soit dit en passant, dans quel « chez-eux » ils iront se confiner.

On voit, aussi, comment elle peut alimenter le climat de grand carême planétaire qui est devenu la tendance du moment : « trop de jouissance ; trop de prospérité ; la planète mondialisée était dans un état de surchauffe que seule pouvait refroidir une bonne épidémie à l'ancienne... »

Mais le problème c'est que cette idée est fausse.

Il n'y avait pas de mondialisation quand la Peste noire, partie de Gênes et de Marseille, anéantit un tiers des peuples d'Europe.

Il n'y avait pas de mondialisation au moment des diphtéries des XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles.

Et il y avait encore moins de mondialisation quand frappa la toute première épidémie répertoriée : nous sommes en 412 avant J.-C., à Périnthe, en Thrace ; c'est le moment où la langue grecque invente, sinon la chose, du moins le mot (*epi demos*, littéralement « sur le peuple » ; la première calamité qui, à l'inverse de l'idée biblique d'un « fléau » s'en prenant aux « premiers-nés », s'abat sur le peuple tout entier, sans distinction d'âge, de rang ou d'excellence) ; Hippocrate, qui est là, raconte que le mal commence par une toux sèche, suivie de fortes bouffées de chaleur puis de suffocations ; et cette épidémie, dit-il, anéantit presque entièrement la ville.

...

La deuxième chose, c'est que rien n'a vraiment changé, deux mille cinq cents ans plus tard, quant à la manière dont une société tente de se prémunir contre un virus nouveau.

Hippocrate, justement, dans sa relation de l'épisode de la « toux de Périnthe », énumère une liste de « gestes barrières » qui ressemblent à s'y méprendre à ceux des épidémiologistes d'aujourd'hui.

Boccace, dans *Le Décameron*, explique que la seule manière de faire face à la « mortelle peste » est de se « cloîtrer » et « retrancher » ; de cesser de « se visiter entre parents » ; de faire que « les citoyens s'évitent eux-mêmes » (qu'ils évitent, donc, leurs devoirs civiques ? qu'on annule par exemple, pour cause d'épidémie, une élection municipale ? et cet esprit fort qui continue de « s'égayer », d'« aller chantant et s'égayant à l'entour » et de « se rire et moquer de ce qui advient » n'est-il pas le portrait craché de l'« imbécile » qui voit de l'« héroïsme » à « enfreindre la règle » et que vient de fustiger un ministre ?).

Et quant aux grandes épidémies de peste, elles ont produit ce « grand renfermement » qu'analyse Michel Foucault et qui, en anglais, se traduit comme par hasard par « grand *confinement* »... La différence, bien sûr, c'est que la médecine d'aujourd'hui n'est plus celle d'Hippocrate, de Galien et d'Avicenne.

Et il y a **de bonnes chances que la recherche mondialisée trouve, dans des délais brefs, le remède et le vaccin.**

Mais, en attendant, nous en sommes là.

Nous ne sommes pas plus avancés, quand la nature nous met au défi d'un nouveau virus, que les contemporains de Boccace.

Et cet archaïsme de nos systèmes de défense a quelque chose, quand on y songe, de profondément tragique.

...

Et puis une dernière chose : l'illusion d'un monde d'après le virus qui recommencerait « comme avant ».

Les philosophes de la médecine ont fait justice de cette figure d'une maladie vue comme une attaque testant un corps sain et le rendant, une fois repoussée, à son intégrité retrouvée. Et, puisque l'heure est aux conseils de lecture, je recommande, à ce sujet, les livres de Georges Canguilhem, ce maître qui déconstruisit les philosophies substantialistes de la maladie, et établit qu'un corps, qu'il soit individuel ou collectif, sort toujours entamé, marqué et, au fond, métamorphosé par le passage d'un nouveau virus.

Concrètement, le choc des grandes épidémies ne fut pas pour rien dans le déclin du miracle démocratique grec.

Le monde guéri des pestes de l'âge classique hérite, non seulement de l'hôpital général, mais d'un modèle disciplinaire dont s'inspireront longtemps usines et prisons.

La grippe espagnole lègue au monde qui l'a surmontée pêle-mêle : l'apartheid en Afrique du Sud ; le goût du sport et du grand air ; le besoin d'hôpitaux dignes de ce nom ; sans parler, chez les écrivains, de la mélancolie propre à celles et ceux qui en ont réchappé - Francis Scott Fitzgerald, Nancy Cunard ou le Dashiell Hammett du *Faucon maltais*.

Alors, le coronavirus dans tout ça ?

Encore trop tôt pour le dire.

Mais il est à parier que le monde de demain ne sera, pour le pire et le meilleur, plus tout à fait celui d'hier.

Le pire : une Chine qui aura le front de nous donner des leçons de gestion de crise sanitaire.

Le pire : la tentation du repli, de la forteresse et d'un adieu au monde, l'autre, celui des affligés et des damnés.

Le meilleur : les citoyens de Milan et de Paris aux fenêtres des immeubles pour saluer ces hussards blancs de la République que sont nos soignants.

Ce qui, de cela ou de ceci, de l'humiliation des démocraties ou de leur ennoblissement, l'emportera ? Ce sera à chacun d'entre nous, dans le chagrin et la foi, d'en décider.

### **[BHL - Les dangers du « pouvoir médical » \(Chronique du coronavirus, 2\)](#)**

**Et si ce confinement forcé, édicté par nos valeureux hussards blancs, se poursuivait au nom d'un hygiénisme égoïste, comme le craignait Michel Foucault ?**

Le bloc-notes de Bernard-Henri Lévy, jeudi 2 avril 2020

Michel Foucault, à la fin de sa vie, était obsédé par ce qu'il appelait le triomphe du « pouvoir médical » et la « médicalisation » généralisée de la société.

Presque quarante ans plus tard, avec le coronavirus, nous en sommes là.

Par médicalisation, il entendait d'abord la croyance presque religieuse en la parole du thérapeute et le remplacement du gouvernant par le médecin dans le rôle du bon pasteur menant les sociétés. Franchement, en sommes-nous si loin quand on voit les dirigeants du monde s'entourer de Conseils scientifiques auréolés d'un prestige qu'ils aimeraient capter comme un grigri ? s'interdire de prendre la parole sans avoir pris la précaution de recueillir, au préalable, celle de ces nouvelles autorités ? et consentir, pour certains d'entre eux, à ce que la délibération démocratique, la décision républicaine, bref, la politique, ne vaillent désormais que dûment validées par le savoir médical ?

Il entendait ensuite que, la politique devenant un secteur de la clinique, nulle autre question ne doit plus l'occuper que celle de l'arraisonnement, du traitement et, au fond, de la santé des corps. Difficile, dira-t-on, de penser autrement en situation d'épidémie.

C'est vrai. Mais tout de même... Sommes-nous si sûrs que demeurer en bonne santé soit le dernier mot d'une existence ? N'y a-t-il pas d'autres valeurs - la liberté par exemple, la justice, la fraternité - qui comptent autant que la survie ou même la vie ? Et faut-il exclure du débat public et, pour l'heure, des chaînes d'information en continu ces autres catastrophes qui menacent : le retour de Daech au Proche-Orient ; l'affaiblissement, face à la Russie, d'une Ukraine lâchée en rase campagne par ses alliés et contrainte, aux dernières nouvelles, à une quasi-reconnaissance de fait de ses républiques

sécessionnistes ; ou encore l'autre tragédie, notamment sanitaire, que provoquerait, avec ses millions de chômeurs, une nouvelle crise de 1929 ?

Et puis Foucault avait aussi en tête la faillibilité de ce pouvoir médical sacralisé. Il savait que les plus grands savants, pour géniaux qu'ils soient, n'en sont pas moins des hommes soumis à des passions ordinaires. Il connaissait les rapports de pouvoir qui travaillent les communautés scientifiques censées n'être animées que par l'amour désintéressé de la connaissance. Et, en bon élève de l'historien des sciences Georges Canguilhem, il avait bien en tête les grandes controverses où le pouvoir mandarin a fait preuve d'un manque d'imagination et de souplesse intellectuelle fonctionnant comme un formidable obstacle épistémologique. Je ne suis, pour ma part, ni « pour » ni « contre » le Pr Didier Raoult. Et peut-être découvrira-t-on, après essais, que son remède miracle n'en était pas un. Mais j'ai été frappé par la violence de la levée de boucliers avant. J'ai été sidéré par les attaques personnelles *a priori* dont l'ont accablé nombre de ses confrères. Et, voyant qu'une fois évacué l'argument du « manque de recul » (comme s'il fallait, avant de commencer de soigner les mourants, finir de tester les souris), une fois écarté celui des effets secondaires inconnus (la chloroquine est un vieux médicament, bien maîtrisé par les infectiologues et, accessoirement, par les paludéens), ils ne trouvaient plus à incriminer que l'arrogance, la fantaisie, ou le look du « Depardieu de la médecine », je n'ai pu m'empêcher de songer aux autres grands « extravagants » flingués de pareille manière : Joseph Priestley moqué pour avoir, en 1793, découvert le « gaz hilarant » et le principe de l'anesthésie... William Harvey, inventeur de la circulation sanguine, mais jugé peu sérieux par les « anticirculationnistes »... Thomas Willis, le savant qui passe pour fou et qui produit le concept de réflexe à partir de l'image d'un corps humain traversé, en tous sens, par des flammes... j'en passe et des meilleures - à commencer par Darwin censuré à Cambridge ou les attaques de Georges Clemenceau, qui était médecin, contre Louis Pasteur, qui ne l'était pas, et qui, circonstance aggravante, apparaissait comme un fieffé bigot...

Entendons-nous bien. Je pense que nos dirigeants ont raison de consulter le corps médical. Je suis reconnaissant à ces femmes et ces hommes que j'appelais, dans mon précédent bloc-notes, les hussards blancs de la République et qui prennent le risque de mort pour faire barrage à la mienne. Et n'ayant pas, comme d'autres, quitté Paris pour aller me mettre au vert, je respecte, par respect pour eux, les règles de confinement. Mais chacun est invité à l'humilité et au doute. Périlleuse est la tentation de tenir une parole, quelle qu'elle soit, comme parole d'évangile.

Et, pour ce qui est du confinement, on observera que ses procédures n'ont guère varié depuis le temps où les villes du Moyen Âge inventaient des plans d'urgence qui consistaient - je cite une dernière fois Foucault - à rester chez soi ; à se soumettre à l'autorité d'« inspecteurs » et de « surveillants de rue » qui devaient « parcourir les blocs de maisons » afin de « vérifier que personne ne sortait » ; et où l'on se mettait chaque soir aux fenêtres, non, certes, pour applaudir les soignants, mais pour afficher le décompte des morts et des vivants...

Gare au vieux médicalisme repeint aux couleurs du nouveau.

Gare aux lendemains où rien, nous dit-on, ne sera plus comme avant, mais où la principale nouveauté pourrait bien être le goût retrouvé de l'hygiénisme et de ses disciplines.

L'épidémie sera vaincue.

Mais il ne faudrait pas que reste, après elle, le mauvais parfum de la distance sociale, du chacun chez soi érigé au rang d'impératif et d'une humanité guérie, mais cloîtrée et disant, pour longtemps, adieu au monde !

## Avancer par peur

Par [Jacques Attali](#), publié le **6 mai 2009** à 10 h 23

L'Histoire nous apprend que l'humanité n'évolue significativement que lorsqu'elle a vraiment peur : elle met alors d'abord en place des mécanismes de défense ; parfois intolérables (des boucs émissaires et des totalitarismes) ; parfois futiles (de la distraction) ; parfois efficaces (des thérapeutiques, écartant si nécessaire tous les principes moraux antérieurs). Puis, une fois la crise passée, elle transforme ces mécanismes pour les rendre compatibles avec la liberté individuelle et les inscrire dans une **politique de santé démocratique**.

La pandémie qui commence (**2009**) pourrait déclencher une de ces peurs structurantes. Si elle n'est pas plus grave que les deux précédentes frayeurs de ces quinze dernières années liées à un risque de pandémie (la crise de la vache folle en Grande-Bretagne et celle de la grippe aviaire en Chine), elle aura d'abord des conséquences économiques significatives (chute de l'activité des transports aériens, baisse du tourisme et du prix du pétrole) ; elle coûtera environ 2 millions de dollars par personne contaminée et fera baisser les marchés boursiers d'environ 15 % ; son impact sera très bref (lors de l'épisode de la grippe aviaire, le taux de croissance chinois n'a baissé que pendant le deuxième trimestre de 2003, pour exploser à la hausse au troisième) ; elle aura aussi des conséquences en matière d'organisation (toujours en 2003, des mesures policières très rigoureuses ont été prises dans toute l'Asie ; l'OMS a mis en place des procédures d'alerte à l'échelle planétaire ; et certains pays, en particulier la France et le Japon, ont constitué des réserves considérables de médicaments et de masques).

Si l'épidémie est un peu plus grave, ce qui est possible, puisqu'elle est transmissible par l'homme, elle aura des conséquences véritablement planétaires : économiques (les modèles laissent à penser que cela pourrait entraîner une perte de 3 trillions de dollars, soit une baisse de 5 % du PIB mondial) et politiques (en raison des risques de contagion, les pays du Nord auront intérêt à ce que ceux du Sud ne soient pas malades, et ils devront faire en sorte que les plus pauvres aient accès aux médicaments aujourd'hui stockés pour les seuls plus riches) ; **une pandémie majeure fera alors surgir, mieux qu'aucun discours humanitaire ou écologique, la prise de conscience de la nécessité d'un altruisme, au moins intéressé.**

Et, même si, comme il faut évidemment l'espérer, cette crise n'est pas très grave, il ne faudra pas oublier, comme pour la crise économique, d'en tirer les leçons, **afin qu'avant la prochaine - inévitable - on mette en place des mécanismes de prévention et de contrôle, ainsi que des processus logistiques de distribution équitable des médicaments et de vaccins.** On devra, pour cela, mettre en place **une police mondiale, un stockage mondial et donc une fiscalité mondiale.** On en viendra alors, beaucoup plus vite que ne l'aurait permis la seule raison économique, à mettre en place les bases d'un véritable **gouvernement mondial**. C'est d'ailleurs par l'hôpital qu'a commencé en France, au XVIIe siècle, la mise en place d'un véritable État.

En attendant, on pourrait au moins espérer la mise en œuvre d'une véritable politique européenne sur le sujet. Mais, là encore, comme sur tant d'autres sujets, Bruxelles est muet.

*Le songe d'ATTALI : « C'était pendant l'horreur d'une profonde nuit... »*

**Rappel : ATTILA avait dans sa « commission », un certain Emmanuel MACRON, qu'il recommanda à François HOLLANDE... pour son plus grand bonheur.**



[First peer-reviewed publication on MMRV vaccines \(Priorix Tetra\)](#)

[VACCINEGATE - EN STAFF CORVELVA](#) 31 MARZO 2020

**Confinement jour 16**  
**C'est un peu tendu avec ma femme.**  
**Pour me calmer, je jardine.**

