

Les consignes sanitaires sont-elles à géométrie variable ?

Les consignes sont-elles effectivement sanitaires ou sont-elles d'une autre nature ? Ces consignes ont-elles pour but de protéger la santé de la population ?

Par Christophe de Brouwer

Professeur et président émérite de l'École de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles

3 déc. 2020 – [https://www.contrepoints.org/...](https://www.contrepoints.org/)

Voilà la question qui m'est posée. Elle établit une affirmation qu'il nous faut décoder.

Les consignes sont-elles effectivement sanitaires ou sont-elles d'une autre nature ? En d'autres mots, ces consignes ont-elles pour but de protéger la santé de la population ?

Nous devons mettre de l'ordre dans ce chaos.

Il y a plusieurs dimensions à la question.

Examinons dans un premier temps la dimension clinique, la dimension épidémiologique et la dimension de santé publique.

La dimension clinique

Chaque virus pathogène possède des caractéristiques cliniques propres et des caractéristiques cliniques générales. Le sars-cov-2 ne déroge pas. Il fait partie du groupe des infections respiratoires aiguës (IRA), des gripes en termes générique. Mais il présente des caractéristiques propres, des traitements propres, qui, pour n'avoir pas été reconnus suffisamment rapidement en mars-avril ont généré une morbidité et une mortalité en excès évitable.

Je ne reviens pas ici, vu de l'étranger, sur la lamentable polémique entre les autorités et le professeur Didier Raoult, dont l'apport scientifique est exceptionnel dans cette crise (qu'il en soit remercié), polémique dont la résultante est objectivement un surcroît de souffrance au niveau des populations. Pour une bonne appréciation de l'aspect clinique, [je renvoie vers sa dernière vidéo qui aborde ce thème](#).

Notons simplement qu'en Allemagne, ce fut un « grippette » qui n'a pas modifié la courbe générale de la mortalité, alors qu'en France, en Belgique et dans d'autres pays, ce ne fut pas le cas, ceux-ci ont fait face à une maladie particulière possédant une morbidité et une mortalité sérieuse. Pourquoi ?

La dimension épidémiologique

Elle repose sur plusieurs critères. Retenons trois critères : l'infectiosité, la létalité, la durée de la phase épidémique. Pour ces trois critères, il n'y a pas de différences entre cette IRA particulière par rapport aux autres gripes, ni en mars-avril, ni en octobre-novembre.

1. **L'infectiosité** a fait l'objet de fortes controverses, mais finalement, cela se résume à un *taux de reproduction (Rt)*¹ de l'épidémie qui se situe entre 1,5 et 4, c'est-à-dire celui des gripes usuelles. L'observation quasi expérimentale de la situation du Diamond Princess, ce paquebot qui transportait de nombreux touristes où s'était introduit le virus, dans une situation où les personnes étaient plus âgées que la population générale et dans un cadre fermé surpeuplé par rapport à nos villes, [le R\(t\) a été estimé à 2,28](#). Rappelons, pour se fixer les idées, que pour des maladies comme la rougeole, la varicelle, la coqueluche, le R(t) se situerait entre 10 et 20. Pour des maladies comme les oreillons, la rubéole, la diphtérie, le R(t) se situerait entre 4 et 10 et pour les gripes (terme générique), le R(t) se situerait entre 1,2 et 4.
2. **La létalité**. Là aussi de nombreuses controverses eurent lieu. Cependant l'OMS, en endossant [les observations et les conclusions de ce grand épidémiologiste](#) qu'est John P. Ioannidis, fixe celle-ci à 0,27 % (corrigé à 0,23 %), c'est-à-dire au niveau inférieur des gripes *influenza* (0,3 à 0,5 %). Là non plus, pas de quoi fouetter un chat.
3. **La durée** des phases épidémiques. Si nous prenons le

critère grippal du seuil épidémique, la durée des phases épidémiques, tant de mars-avril que d'octobre-novembre, ne dépasse apparemment pas les 8 semaines. On est dans la définition même des phases épidémiques classiques pour un virus saisonnier [qui peut aller jusqu'à 11 semaines](#). Et ce n'est même pas le cas ici. On comprend, au vu de ces données, la polémique qui a surgi afin de descendre ce seuil épidémique au plus bas afin de prolonger le plus possible, et ainsi justifier, la période des mesures sanitaires. Ce n'est pas de la science cela, mais de la politique.

La dimension de santé publique

La mortalité générale est le juge de paix de la santé publique. Cela ne veut pas dire que d'autres critères sont moins importants, comme la surcharge des hôpitaux, la mise en action des soins de premières lignes (très déficitaire en France, comme en Belgique), etc. Certes non.

On est frappé par les différences entre pays, mais aussi entre régions dans un même pays. Cela a fait l'objet de controverses très intéressantes qu'il serait trop long à exposer ici. Certains éléments font ressortir que les régions les plus touchées en mars-avril le furent moins en octobre-novembre.

Généralement exact en France, ce n'est pas vrai partout et la Belgique est un exemple contraire : la Wallonie et Bruxelles ont été relativement plus touchées en mars-avril et en octobre-novembre que la Flandre, introduisant sans doute dans l'équation le problème de la pauvreté. Des régions peu touchées en mars-avril le sont restées en octobre-novembre comme pour certaines parties en Allemagne. On est quand même frappé de voir tout un pays comme la Suède, fortement touchée en mars-avril, en sortir quasi indemne en octobre-novembre. Il n'y a donc pas de règles explicatives générales simples, à quelques rares exceptions près.

Une des exceptions se trouve dans les mesures non pharmaceutiques (versus médicales), ce que les Anglo-saxons nomment les *non-pharmaceutical intervention*.

En effet, il y a des différences notables entre pays lorsqu'on considère ce critère. L'étude du professeur Toussaint, [comparant des pays du monde entier entre eux](#), est non seulement très parlante, mais elle n'est pas unique dans ses conclusions. Ces mesures non pharmaceutiques ne montrent aucune supériorité sur leur absence en termes de mortalité générale, bref cela ne semble servir à rien. Peut-être même, est-ce délétère comme l'indiquerait [cette étude de la très officielle « Office for national Statistics »](#), où l'on montre un excès de décès assez important causé par le manque de soins lié au confinement. Si cette étude observe un rattrapage de mortalité dans les trois mois qui suivent la crise de mars-avril, celui-ci est loin d'être complet, un excès résiduel reste significatif.

Nous pouvons enfin répondre à la question de départ.

Les consignes sanitaires sont-elles à géométrie variable ?

Non, il ne s'agit pas de consignes sanitaires au sens propre, puisqu'au mieux, elles n'auront pas d'impact sur l'épidémie elle-même, ni sur sa gravité.

On en a eu dernièrement un exemple saisissant : [le ministre de la santé belge Vandenbroucke](#) a déclaré que :

Faire du shopping ne comportait pas vraiment de risque quand tout était bien contrôlé.

Il conclut :

Parce qu'à un moment on avait besoin de prendre une décision choc, il fallait un électrochoc et cela impliquait que l'on ferme immédiatement les commerces non essentiels.

Il confirme ainsi que de telles mesures n'ont aucune base scientifique, ce ne sont pas des consignes sanitaires, mais seulement des consignes politiques.

Aujourd'hui, il devient de plus en plus difficile à nos gouvernants de justifier [leurs mesures profondément liberticides](#). La

cacophonie de celles-ci, là où les mesures non médicales furent les plus dures, est de plus en plus explicite, criante. Le succès du documentaire *Hold-Up*, vu par des millions de francophones, en est une indication.

Alors oui, cette cacophonie est visible dans les mesures autoritaires à caractère liberticide qui instrumentalisent l'excuse sanitaire, il ne pouvait pas en être autrement. Les bien-pensants de tout bord, notamment ces « scientifiques » qui préfèrent à la science, une morale à la petite semaine, ont de plus en plus de difficulté à tenir un langage cohérent.

Comment comprendre qu'en Belgique, les fêtes de fin d'année subiront un confinement sévère, alors que ce n'est pas le cas en France ; comment imposer à ces familles et amis qui se voient régulièrement au cours de l'année, qui se sont mutuellement naturellement contaminés, le *non-sens* de ne pas pouvoir se conforter aux fêtes traditionnelles, alors que le besoin en ces temps troublés est plus que jamais présent. Cela sert à quoi ? Un autre électrochoc !

La question qui m'était posée vient d'un exemple également flagrant de ces décisions politiques qui n'ont aucune base scientifique et qui sont autant d'injures au bon sens et à la vie sociale et familiale : *les manifestants peuvent se réunir place de la République à Paris*, mais ne peuvent pas défiler, *les vacances de sports d'hiver sans sports d'hiver...* portez votre regard plus loin : *ooh, la belle grande roue de Lille qui tournera à vide*. Hé oui, cela tourne, et encore et encore !

La conclusion de ce papier est bien difficile, pour cette époque qui augmente considérablement les incertitudes de notre futur, tant les incohérences, les mauvaises décisions, les mensonges et les peurs ont été et sont encore à chaque tournant de nos vies, entraînant le balancier encore un peu plus loin dans sa marche liberticide. Inévitablement, il reprendra une marche inverse à un moment donné : mais où s'arrêtera-t-il, comment et quand ?

Notes du mpOC-Liège – www.liege.mpoc.be/covid.htm

1. Rt

Le taux de reproduction effectif (R_t) est défini comme le nombre moyen d'infections secondaires produites par un cas. Par exemple, un R_t de 2 implique qu'une personne infectée transmettra le SRAS-CoV-2 à deux personnes en moyenne pendant la période où elle est infectieuse. Compte tenu de la période d'incubation du virus et d'autres délais, le R_t estimé représente le niveau de transmission observé il y a près de 10 jours.

- $R_t > 1$ indique que la transmission augmente.
- $R_t = 1$ indique que la transmission est stable.
- $R_t < 1$ indique que l'épidémie est contrôlée.