

Covid : anatomie d'une crise sanitaire

Laurent MUCCHIELLI, texte publié le 17 août 2020 sur son blog de Mediapart (épisode 21)

Le livre de Jean-Dominique Michel est d'utilité publique tant sont nombreuses et cruciales les questions discutées : connaissance statistique de l'épidémie et de la mortalité en général, critique de la stratégie politico-sanitaire du confinement, état actuel de la recherche médicale, corruption par l'industrie pharmaceutique, question du traitement du Covid, questions de santé publique en général.

L'anthropologue de la santé Jean-Dominique Michel fait partie de ces rares intellectuels qui, non seulement ne partagent pas les peurs et les opinions imposées par la communication gouvernementale et les médias dominants, mais de surcroît ont le courage de l'exprimer publiquement. Son propos est celui d'un chercheur en sciences sociales spécialiste des questions de santé, à cheval sur la France et la Suisse, doté d'une longue expérience. Il est très argumenté et s'appuie en notes de bas de page sur une importante bibliographie médicale internationale, inconnue de la plupart des commentateurs français. Nonobstant les quelques imperfections de forme (coquilles, références parfois données uniquement sous forme de liens hypertextes) liées à un excès de rapidité dans le processus de publication, et malgré la personnification du propos et les nombreuses digressions inutiles qui en découlent (commentaires des commentaires reçus sur [son blog](#), évocations de souvenirs personnels, récit anecdotique de sa propre maladie, etc.), [son livre](#) (paru mi-juin) se lit facilement et s'avère d'utilité publique tant sont nombreuses et cruciales les questions de fond discutées. Citons notamment la connaissance statistique de l'épidémie et de la mortalité en général, la critique de la stratégie politico-sanitaire du confinement, l'état actuel de la recherche médicale, la corruption par l'industrie pharmaceutique, la question du traitement du Covid, les questions de santé publique en général. On s'efforce ici d'en « extraire la substantifique moelle » selon l'expression populaire, mais on recommande à tou(te)s sa lecture.

Exagérations permanentes, panique et mauvaises décisions

Dans une partie des pays, et tout particulièrement en France, la communication gouvernementale est axée sur l'exagération permanente du danger. A plusieurs moments, c'est aussi la stratégie qu'a adopté l'OMS, avançant des taux de létalité du Coronavirus quinze fois supérieurs à la réalité (p. 9). En fait, 98% des personnes infectées guérissent spontanément, leur système immunitaire étant suffisamment robuste. Comme l'ont montré des recherches internationales, le taux de létalité de cette maladie se situe probablement autour de 0,2%, ce qui est comparable à une grippe forte (p. 10). Les principales spécificités du Coronavirus sont apparemment la force de sa contagiosité et la rapidité avec laquelle il génère des complications respiratoires potentiellement mortelles chez les personnes les plus fragiles : les personnes âgées, les personnes obèses et les personnes déjà atteintes par d'autres maladies ayant sérieusement entamé leurs défenses (maladies auto-immunes, maladies respiratoires, maladies cardio-

vasculaires, cancers, diabète de type 2, etc.). Ceci est connu depuis la mi-mars. Et cela ne justifiait pas l'espèce de « psychose » qui s'est emparée de beaucoup de pays.

Pourtant, à ce moment-là, plutôt que d'écouter les épidémiologistes, les infectiologues et les virologues les plus reconnus, les gouvernements comme celui de la France ont préféré imiter la Chine et prendre au sérieux des « modélisateurs fous » (p. 17) comme l'épidémiologiste anglais Neil Ferguson (qui [n'a cessé de faire des prédictions totalement erronées](#) dans sa carrière et qui, à propos du Coronavirus, a été [désavoué rapidement par beaucoup d'autres chercheurs](#)), ce qui les a conduits à « aggraver un problème sanitaire d'ampleur parfaitement maîtrisable » (p. 11). Ils ont en effet décidé de confiner l'ensemble de la population, ce qui n'a jamais fait partie des recommandations de l'OMS. D'autres gouvernements européens, comme ceux de l'Allemagne, de la Suède, des Pays-Bas ou encore du Danemark, ont entendu de véritables experts (comme le virologue allemand [Christian Drosten](#) ou le danois [Peter Gotzsche](#)) et ont fait du coup des choix bien plus pondérés et judicieux. D'autres pays asiatiques également.

La raison aurait voulu que la stratégie consiste bien plutôt à 1) renforcer chez chacun le système immunitaire (vitamines, zinc, magnésium, etc.), 2) produire massivement des tests de dépistage pour repérer et isoler les personnes infectées, 3) réduire la charge virale et la contagiosité des personnes « à risque » infectées (ou soupçonnées de l'être) par les médicaments disponibles (parmi lesquels l'azithromycine et l'hydroxychloroquine), 4) donner tous les outils de protection nécessaires aux personnels soignants (masques, gants, etc.) afin qu'ils ne soient pas infectés et ne propagent pas le virus aux autres, 5) respecter des règles de protection (comme le lavage de mains systématique et la distanciation sociale) pendant le temps du pic épidémique, 6) développer la capacité hospitalière en soins intensifs, 7) mettre en place des comités d'experts vraiment compétents et dénués de conflits d'intérêt avec les industries pharmaceutiques, 8) adopter un mode de communication d'Etat honnête et transparent (p. 12-16). Si ces principes raisonnables, fruits de l'expérience accumulée lors des précédentes épidémies, avaient été appliqués, l'épidémie de Coronavirus n'aurait pas fait davantage de victimes que les gripes hivernales qui reviennent chaque année (p. 43). Or, « rien de tout cela n'a été mis en place par nos dirigeants. Ceux-là mêmes qui essaient encore de nous faire croire qu'ils ont agi avec justesse et affirment que s'ils avaient pris d'autres décisions, les choses auraient été bien pires » (p. 17). Toute la stratégie du gouvernement français est bien là, en effet.

La remise en cause scientifique du confinement

Jean-Dominique Michel a été l'un des tout premiers chercheurs francophones (non le seul, citons aussi les professeurs [Marc Gentilini](#) et [Jean-François Toussaint](#)) à contester la nécessité du confinement général pour souligner en retour les mécanismes d'acquisition d'une immunité de groupe, rappeler le mécanisme classique d'atténuation de la virulence des virus de ce type lorsqu'ils envahissent une nouvelle espèce, indiquer aussi que, sauf exception pathologique, les enfants sont épargnés par le virus. Rappeler aussi que [le confinement général n'a jamais été une recommandation de l'OMS](#) aux États. Il s'inspire de grands épidémiologistes comme le Suédois [Johan Giesecke](#) ou les Américains [John Ioannidis](#) et [Knut Wittkomwski](#) (ou encore le prix Nobel de biochimie [Michael Lewitt](#)) qui, dès le milieu du mois de mars « mettaient en garde contre le risque de prolonger l'épidémie par le confinement, alors que, disent-ils, elle aurait vocation à passer rapidement si on se focalisait plutôt sur la mise en quarantaine des malades et la protection des personnes à risque, qui permettrait la diffusion du virus chez les moins de 60 ans, sans facteur de risque, pour qui la maladie est bénigne, favorisant ainsi l'émergence de la fameuse immunité de groupe » (p. 57).

Il fait également partie des experts qui ont compris très vite « la fameuse courbe en cloche avec une redescende rapide, [qui] est exactement la même entre les pays, indépendamment des mesures prises ou non – la seule différence résidant dans le nombre de victimes, corrélé de manière presque trop visible avec la sévérité du confinement » (p. 58). Encore plus politiquement incorrect, J.-D. Michel mentionne également [cette étude des universités de Zurich et de Bâle](#) sur l'efficacité des mesures sanitaires face au Covid, montrant que le confinement total est la moins efficace de toutes (voir aussi [ce pre-print d'une équipe d'Oxford](#), mis en ligne fin juillet). Et si l'on prend en compte les conséquences humaines et sociales prévisibles du confinement général, la conclusion arrive fatalement : « ce confinement vendu comme un pis-aller en l'absence de ce qui était nécessaire (tests de dépistage, suivi des chaînes de contamination, masques) aura, si l'on en croit ces premières études, été lui aussi toxique » (p. 59).

Hélas, ces premières études avaient vu juste. Le travail mené par Denis Rancourt (Université d'Ottawa) – sur lequel nous reviendrons sans doute dans un prochain épisode – montre que le pic de mortalité naturelle de l'épidémie (le haut de la courbe en cloche) a, dans certains pays (et, aux États-Unis, dans certains États), été suivi d'un pic encore plus bref et intense qui, lui, n'est pas lié à l'histoire naturelle de la maladie de Covid mais à la décision de confinement général ayant de fait sacrifié les personnes les plus fragiles (voir l'étude initiale [ici](#), et sa traduction française [là](#)).

Sur le rejet de la proposition thérapeutique de Didier Raoult

Si les services d'urgence des hôpitaux ont été [saturés et même submergés dans certaines régions](#) (en France, le Grand Est et la région parisienne en particulier), ce n'est pas seulement en raison des réformes successives de l'hôpital public qui, en France comme dans de nombreux autres pays occidentaux, ont conduit à une réduction continue du nombre de lits. J.-D. Michel rappelle bien cette raison-là (p. 64-66). Mais il en rappelle aussi une autre : le rejet de la proposition thérapeutique de l'équipe du professeur Didier Raoult de l'Institut Hospitalo-Universitaire de Marseille. En associant un antiviral (l'hydroxychloroquine) et un antibiotique (l'azithromycine), ils parviennent pourtant à faire baisser fortement la charge virale dans les premiers jours suivant l'infection, et ainsi réduire la durée moyenne de la contamination potentielle par le malade, réduisant donc à la fois le risque que la maladie dégénère chez le malade et le risque qu'il contamine d'autres personnes (voir [leur étude finale](#) sur 3 737 malades soignés à l'IHU). Et ceci est d'autant plus important qu'[une étude chinoise](#) a indiqué mi-mars dans le *Lancet* que la durée du portage viral était en moyenne de 20 jours dans le cas du Covid.

A nouveau, J.-D. Michel rappelle tranquillement des faits bien établis : D. Raoult est un spécialiste reconnu du sujet, son équipe utilise couramment ces médicaments et les connaît donc parfaitement, la chloroquine est d'usage ancien et banal, elle a déjà montré *in vitro* une efficacité contre des coronavirus plus anciens, [y compris le SRAS](#). L'incompréhension devant la réaction des autorités politico-sanitaires françaises est donc forte : « sa déclaration publique est accueillie avec scepticisme et même hostilité par la communauté scientifique. Les journalistes du *Monde* qualifient sa communication de *fake news*, accusation reprise sur le site du ministère de la Santé pendant quelques heures avant d'être retirée » (p. 72). « Au lieu de l'accueillir avec joie, les autorités et les scientifiques rivalisent de critiques. Ils concentrent leurs critiques sur le fait qu'on ne peut pas tirer de conclusions définitives sur la base d'essais cliniques » (p. 75). Pour J.-D. Michel (qui sous-estime selon nous la dimension politique de l'anti-raoultisme), il s'agit là d'un « intégrisme procédural » qui « éthiquement indéfendable dès lors que l'on a affaire à l'un des médicaments les mieux connus et les mieux maîtrisés (...) et alors que des

vies sont en jeu » (p. 75). Cet intégrisme ne surprend toutefois pas vraiment dès lors que l'on mesure la place qu'ont réussi à prendre les méthodologistes dans le monde de la recherche médicale, et derrière eux la place qu'ont réussi à prendre les industriels du médicament.

Pourquoi la médecine ne sera jamais une science exacte

L'*evidence based medicine* (EBM) « est devenue l'idéologie dominante en matière de recherche médicale » mais « elle souffre d'un certain nombre de limites » (p. 89). Développées au départ pour des maladies chroniques et complexes où les statistiques étaient une aide précieuse, elle est mal adaptée aux maladies infectieuses où le problème posé est « beaucoup plus simple » et « empirique » : « soit un remède est efficace, soit il ne l'est pas. S'il l'est ne serait-ce que sur trois puis trente premiers malades, alors il le sera (avec sans doute quelques exceptions statistiquement infimes) sur les trois mille suivants » (p. 90). Jean-Dominique Michel rappelle ici l'expérience du sida : ce n'est pas l'EBM qui a permis de découvrir le traitement (les trithérapies) en 1996, c'est la médecine empirique. Il faut donc remettre l'EBM à sa place : elle « peut venir en soutien et assurément apporter des informations pertinentes, mais non se substituer à la clinique » (p. 93).

Le rêve de transformer la médecine en une science exacte est un infantilisme, l'expression « certitude scientifique » est un oxymore, la conception de la randomisation comme preuve ultime est une croyance dogmatique. J.-D. Michel a des mots très durs mais très justes contre « les intégristes » de l'EBM (p. 100). L'EBM n'a pas fondamentalement permis d'améliorer la qualité des soins médicaux et elle « participe involontairement à sa déshumanisation de la pratique médicale » (p. 103). « [Trop de médecine, trop peu de soins](#) », disait il y a quelques années le professeur Claude Béraud (Université de Bordeaux). L'expérience du traitement des cancers des enfants a également conduit le [docteur Nicole Delepine](#) à dénoncer des protocoles dits scientifiques qui conduisent à uniformiser les traitements et à ouvrir la voie aux industries pharmaceutiques. Dans un livre paru au début de cette année 2020 ([La France, malade du médicament](#)), le professeur de pharmacologie Bernard Bégaud (Université de Bordeaux) estime que « la moitié des centaines de milliers d'effets indésirables survenant en France, certains de gravité extrême, sont induits par des médicaments dont la prise ne se justifiait pas ou plus ». De manière générale, comme J.-D. Michel le rappellera plus loin, « la mauvaise médecine est devenue, aux États-Unis, [la troisième cause de mortalité](#) juste après les maladies cardiovasculaires et les cancers » (p. 129).

Rien ne remplace l'expérience empirique du soin des malades, raison pour laquelle il est consternant que le gouvernement français ait écarté la proposition thérapeutique de l'IHU de Marseille et qu'il ait mis à l'écart les médecins de ville dans la lutte contre l'épidémie (p. 94-95). Au final, la responsabilité morale de tous ces adorateurs de l'EBM est engagée : « la posture des responsables politiques français et des gardiens du temple "scientifique" a été de risquer de laisser mourir des malades pour ne pas prescrire une substance parce qu'on n'était pas "absolument certains" de son efficacité. Ce qui pose bien un problème éthique » (p. 99).

De la corruption dans la recherche médicale

Le dernier problème posé par l'EBM est celui qu'a révélé [l'affaire du Lancet](#). Jean-Dominique Michel avait déjà terminé son livre lorsque cette affaire a eu lieu, mais elle ne fait que confirmer de façon spectaculaire ce qu'il explique très bien : « l'EBM a d'autres utilités que celle pour laquelle elle a été mise en place et massivement adoptée par le monde de la recherche médicale : elle fournit des possibilités inépuisables *de manipulation et de fraude*. Les compagnies

pharmaceutiques en particulier en font grand usage pour faciliter différentes opérations lucratives en dépit de l'absence de données réelles probantes. Avec les maladies chroniques, l'industrie pharmaceutique a fourni par supertankers de faux résultats permettant de mettre sur le marché des produits coûteux, inutiles et souvent dangereux. Le tout enrobé d'un vernis de respectabilité scientifique qui fait encore hélas illusion » (p. 105).

La terrible naïveté des « méthodologistes » consiste à confondre la fin et le moyen. La statistique n'est qu'un moyen, qui peut être mis au service de n'importe quelle fin. L'EBM est ainsi régulièrement utilisée par les industriels pour « prouver » l'absence de lien entre un problème de santé et un produit : « c'est évidemment l'industrie du tabac qui a ouvert le bal, suivie par d'autres comme l'agroalimentaire, l'industrie pétrolière et la pétrochimie (en particulier son secteur pesticides). Les fameux "Monsanto Papers", grâce auxquels la multinationale contestait de manière fallacieuse l'évidente toxicité de ses produits par des documents pseudoscientifiques en est un exemple récent » (p. 106).

Et la même chose fonctionne avec le Covid : « on a ainsi pu observer que les plus virulents opposants au protocole de Marseille étaient bénéficiaires des largesses de Gilead, une société espérant mettre sur le marché son antiviral Remdesivir au prix de 900 à 1 000 dollars par patient. Ces mêmes experts touchent également des enveloppes des autres grands groupes comme Merck, Sharp & Dohme, Roche, Boehringer, Johnson & Johnson, Sanofi, GSK, Abbvie, Pfizer, Novartis ou encore Astrazeneca » (p. 107). Au passage, J.-D. Michel rappelle aussi que ceci concerne la plupart des médecins faisant partie du « Conseil scientifique » et du « Comité analyse et expertise (Care) » mis en place par le président de la République en France (p. 108).

Le problème est général et J.-D. Michel le pose dans toute sa crudité : « la recherche médicale est en crise depuis au moins quinze ans. Une crise systémique. Sapée par une corruption généralisée qui s'appuie sur un petit nombre de personnes corrompues et une majorité d'acteurs qui sont partie prenante en toute ignorance de cause » (p. 109). Une « corruption systémique » gangrène donc la recherche médicale contemporaine : « le système est pourri dans son ensemble, d'une manière qui contraint chaque acteur à s'y résoudre, mais sans avoir à y participer activement » (p. 111). La chose a déjà été dénoncée à maintes reprises par les rédacteurs en chef des plus grandes revues médicales comme le *New England Journal of Medicine*, le *British Journal of Medicine* et le *Lancet* ([on l'a également souligné ici](#)). J.-D. Michel rappelle aussi que tout ceci est connu de tous depuis le célèbre article du professeur John Ionnadis (Université de Stanford), publié en 2005, intitulé « [Pourquoi la plupart des résultats de recherche scientifique publiés sont faux](#) » (p. 112). En effet, l'industrie pharmaceutique a non seulement imposé une méthode (l'EBM), des sujets et des hypothèses, mais elle contrôle de surcroît en partie la formation, la recherche, l'édition et les médias (p. 115-118).

On ne peut reprendre ici tous les arguments et toute la bibliographie que donne J.-D. Michel, mais tout ceci est fondamental. On insistera toutefois, pour terminer sur ce point, sur les pages consacrées par l'auteur à la crise du virus H1N1 (« grippe A ») de 2009, tant la comparaison avec la crise actuelle est fascinante (on rappellera à ce propos l'excellent documentaire de ARTE que chacun peut [revoir sur Internet](#)). Il y a 11 ans, l'industrie pharmaceutique avait déjà réussi un énorme « coup » en créant une panique autour d'un virus présenté comme un danger pour l'humanité toute entière lors même qu'au final il ne tua pas plus que les gripes saisonnières. Mais grâce à cette panique, l'industrie (notamment le laboratoire suisse Roche) parvint à faire acheter par les Etats des centaines de millions de boîtes d'un antiviral – le Tamiflu – qui s'avéra par la suite inefficace (p. 128-129). Et après le médicament vint bien entendu le

vaccin, acheté là aussi par centaines de millions. La France, on s'en souvient, battra des records avec l'achat de 95 millions de doses par le ministère de la Santé dirigé alors par une certaine Roselyne Bachelot. On relira à cette occasion le rapport de la Commission d'enquête du Sénat de l'époque, consacrée au « [rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A \(H1N1\)](#) ».

La véritable santé publique est ailleurs

Le onzième et avant-dernier chapitre du livre de J.-D. Michel pourrait au premier abord paraître hors sujet, d'autant que certains passages du livre le sont quelque peu. Mais il n'en est rien. Le Coronavirus n'est dangereux que pour les personnes les plus affaiblies par l'âge ([93% des personnes décédées avaient plus de 65 ans](#)) et les maladies chroniques (hypertension, diabète, troubles cardiovasculaires, cancer, etc.). D'où la proposition tirée : « il faut oser le dire, ce n'est pas le virus qui tue, ce sont les maladies chroniques qui rendent une infection au Sars-CoV-2 potentiellement fatale à certains patients déjà lourdement touchés par les maux de la société » (p. 187). Outre le vieillissement naturel, ce sont bien des facteurs socio-économiques qui facilitent le développement des maladies chroniques qui elles-mêmes fragilisent les défenses immunitaires face aux virus. Et J.-D. Michel rappelle opportunément les sept grands facteurs que sont : 1) « la malbouffe » (« trop salé, trop gras, trop sucré ») conduisant à l'obésité, 2) la pollution atmosphérique, 3) les substances chimiques présentes dans les habitations et dans l'environnement, 4) les médicaments inutiles ou mal prescrits, 5) les pesticides, 6) le stress au travail, 7) la sédentarité (p. 188-190). Il en oublie cependant trois autres : le tabagisme, l'alcoolisme et surtout les élevages intensifs d'animaux qui sont une source majeure de toutes ces zoonoses (maladies transmises à l'homme par les animaux) dont le Coronavirus n'est sans doute que le énième épisode.

Le propos de J.-D. Michel est cinglant : « la vérité est qu'à peu près rien n'a été réellement fait au cours des décennies écoulées pour protéger la population contre ces facteurs de risque, malgré des dégâts sanitaires monstrueux. Et c'est cette population déjà atteinte dans sa santé qui a été le plus frappée par la pandémie de Covid-19. Le vrai problème, c'est que nous avons donné licence aux grands complexes industriels (agroalimentaire, pétrochimie, transports, pharmas) de prospérer en inondant le marché de produits qui, pour beaucoup d'entre eux, endommagent ou détruisent la santé des gens. Au détriment donc du bien commun et de la santé de la population. (...) les consortiums qui contrôlent aujourd'hui la production agricole, l'alimentation, la chimie, l'énergie, les transports, les médias, la publicité et les médicaments font le lit de nos cancers, nos infarctus, nos AVC, nos diabètes, nos Alzheimer, Parkinson, dépressions et autres scléroses en plaques. (...) En fait, nous n'avons pas de système de santé, mais *une industrie de la maladie* » (p. 191-192).

Même s'il tend ici à euphémiser les phénomènes proprement naturels (le vieillissement, les facteurs génétiques), ce raisonnement sociologique qui caractérise globalement le propos de Jean-Dominique Michel fait tout l'intérêt de son livre.

Référence :

Jean-Dominique Michel, *Covid : anatomie d'une crise sanitaire*, Paris, HumenSciences, 2020, 224 pages, 17 euros.