

Mais où est donc passée la Haute Autorité de Santé ?

Ella Roche, texte publié le 16 avril 2020 sur son blog de Laurent Mucchielli sur Mediapart (épisode 2)

La polémique autour du protocole prôné par le professeur Raoult pour soigner les malades du Covid-19 aurait pu être évitée si la France avait été capable de proposer au corps médical des « Medical Guidelines ». C'était a priori le rôle de la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle n'est pas au rendez-vous. Pourquoi ?

Nous publions aujourd'hui le troisième volet d'une réflexion critique sur le traitement de la crise du Covid-19 par les autorités sanitaires françaises. Et le feuilleton n'est pas terminé. Deux autres épisodes au moins suivront dans les jours qui viennent.

Le point de départ de cette réflexion est toujours le même depuis le début. Et il est très simple. Nous sommes en situation de crise sanitaire inédite et de médecine d'urgence, des centaines de milliers de personnes sont infectées tous les jours, des dizaines de milliers meurent (surtout parmi nos parents et grands-parents), une des questions les plus urgentes à se poser devrait donc être : **comment apporter tout de suite des réponses médicales au moins partielles aux malades ?**

Or, en lieu et place de ce qui devrait être une discussion concrète entre médecins permettant de mettre au point une stratégie collective, s'est développée une vaste polémique médiatique centrée sur une personnalité certes haute en couleurs (le professeur Didier Raoult, directeur d'un [institut hospitalo-universitaire à Marseille](#), spécialiste des virus et maladies infectieuses), que la plupart des commentateurs du débat public (membres des conseils scientifiques entourant le gouvernement, autres médecins propulsés dans les médias, journalistes, éditorialistes, gens divers et variés donnant leur avis sur tout et n'importe quoi sur les plateaux de télévision, etc.) cherchent par tous les moyens à discréditer.

Les (apparemment) plus sérieux d'entre eux proposent en retour d'attendre que de complexes recherches scientifiques aient été mises au point, leurs cohortes de patients étudiées dans la durée, leurs résultats collectés, traités et publiés. C'est-à-dire *concrètement* qu'ils proposent implicitement d'attendre que la mort ait quasiment fini de faire son oeuvre pour envisager d'agir. Ceci n'est pas acceptable, c'est même dramatique. Il faut d'urgence ramener ce débat à la raison, comprendre que dans l'immédiat la *démarche pragmatique* du professeur Raoult est la seule qui vaille : tester empiriquement des protocoles pour voir ce qui marche le mieux. C'est du reste ce que font de plus en plus de ses confrères médecins, libéraux comme hospitaliers, en testant parfois du reste des variantes intéressantes du protocole marseillais. Ils le font en dépit de l'absence de consignes officielles nationales, en devant parfois les contourner et en pratiquant même dans certains cas une sorte de désobéissance civile.

Mais donc nous n'en serions pas là si il y avait un véritable pilotage national des traitements médicaux du Covid-19. Notre [précédent article](#) posait déjà cette question : "*où sont les Guidelines ? que fait la Haute Autorité de Santé ? que fait Santé Publique France ? pourquoi le président de la République a-t-il installé un Conseil scientifique puis un Comité analyse recherche et expertise ?*". Aujourd'hui, c'est à nouveau la journaliste indépendante Ella Roche (dont j'avais publié [le premier texte ici même](#)) qui nous éclaire sur cette question.

Bonne lecture

LM

Où est passée la Haute Autorité de Santé ? (le grand raoult sanitaire continue)

Il existait plusieurs solutions radicales pour empêcher la polémique Raoult. Censurer [la chaîne Youtube de l'Institut Hospitalo-Universitaire en maladies infectieuses de Marseille](#). Bloquer ces vidéos grâce auxquelles le professeur-clinicien a pu populariser son traitement combiné. Interdire l'accès aux plateaux de télévision aux médecins, chercheurs ou scientifiques soutenant ce protocole de soins contre le Covid-19. Attaquer en justice toute personne qui aurait eu le culot d'émettre l'hypothèse de l'efficacité de l'hydroxychloroquine (HCQ) associée à un antibiotique. Avec circonstances aggravantes et prison ferme pour les non-virologues, non-infectiologues, non-savants. Bâillonner l'opinion publique réfractaire, à défaut de lui octroyer des masques de protection. La protéger de ses velléités à se renseigner et comprendre. Au lieu de débattre de tests et autres traitements, laisser se débattre silencieusement les citoyens avec le confinement total.

MEDICAL GUIDELINES = LIGNES DIRECTRICES MÉDICALES

Il y avait pourtant aussi une solution plus raisonnable pour ne pas faire naître une artificielle et vaine dispute entre pro et anti-Raoult. Moins coercitive, plus constructive.

Nos dirigeants politiques - pourtant tellement versés dans l'anticipation, [si fiers d'eux](#) et toujours prêts à déclarer que tout avait été préparé et que l'on ne fait pas mieux ailleurs - ne semblent pas y avoir pensé ou consacré beaucoup d'efforts : [produire et communiquer des *medical guidelines*](#) exhaustives. Notamment pour recenser et encadrer toutes les propositions en traitements et soins. Au moins dans une première phase, celle de l'urgence.

Les *lignes directrices médicales* sont un outil à disposition de tout gouvernement responsable, éclairé par une autorité sanitaire experte ou un conseil scientifique. Une voie à suivre qui permet de guider les prises en charges médicales, de définir les ressources. Et de réagir vite et homogénéiquement sur un territoire. Cela permet d'aider les personnels hospitaliers et de ne

pas laisser les médecins de ville devant un vide complet lorsque les patients les sollicitent. De déterminer les bons gestes. Mais aussi de mettre la recherche en ordre de bataille.

[Trop occupés à expliquer](#) que l'épidémie ne passerait jamais la frontière, puis qu'il n'y aurait aucun cas de contagion en France, puis que les masques ne servaient pas à grand chose, puis qu'il ne fallait tester que les malades graves et trop affairés à commander [des drones de surveillance](#), le temps a dû manquer aux membres de l'exécutif pour lire la presse étrangère afin de se rendre compte de ce que pouvaient être des *medical guidelines* détaillées et dynamiques.

DES MEDICAL GUIDELINES FOURNIES. SAUF EN FRANCE

- En Chine, à ce jour, [les autorités ont publié leur 7ème medical guidelines](#). Il est possible d'en présenter [un tableau chronologique](#). Le traitement à base d'hydroxychloroquine y est présent. Avec d'autres molécules. Parfois utilisées, parfois mises de côté, [en fonction des retours d'expériences acquis après leurs utilisations](#). Les observations et la recherche ont ensuite progressé [sur la manière de mener la prévention](#) et dans l'approche de la maladie elle-même. Un changement de perspective est apparu : en plus de problèmes respiratoires, le Covid-19 aurait aussi un impact délétère sur le sang. [Un traitement est déjà à l'essai](#) dans le but d'éviter l'emballement des défenses immunitaires avec l'augmentation des cytokines qui provoquent de dramatiques réactions inflammatoires.

- En Corée du Sud, avant la mi-février, les premières *medical guidelines* étaient émises par les autorités [avec des propositions de traitements](#) et des observations qui sont toujours d'actualité : possibilité de prescrire de l'hydroxychloroquine (avec posologie recommandée) ou (là-encore) d'autres molécules, dont le favipiravir (très peu évoqué en France); éviter les mélanges d'antiviraux; commencer le traitement pour certains patients, si nécessaire, le plus tôt possible.

- La Russie, pourtant entrée officiellement plus tard dans la crise du coronavirus en est à sa 5ème version de ses *guidelines*. [122 pages de recommandations de santé](#). Page 20, l'hydroxychloroquine, couplée à l'azithromycine, est indiquée comme traitement. Un avertissement d'utilisation est demandé aux prescripteurs, chargés d'observer les effets secondaires, de déterminer le rapport entre bienfaits et conséquences néfastes à ce stade des connaissances. Bref, tout un arsenal sanitaire déployé pour les russes, balisé et sous contrôle.

Il est par conséquent facile de constater que des *medical guidelines* fournies et multi-thématiques sont élaborées dans le monde, y compris dans des pays qui ont montré une aptitude jusqu'à maintenant élevée à résister au Covid-19. Ne serait-il pas sérieusement temps d'apprendre des leçons de ces derniers ?

Principalement de la Corée du Sud qui avait très vite adopté ces bases primordiales : des masques pour tous; diagnostiquer en testant massivement; mettre à disposition et informer à propos des traitements potentiellement prometteurs; confiner uniquement les malades.

Lorsqu'on voit les chiffres, notamment liées à la présence de tests à disposition des populations, cela apparaît comme évident.

En France, s'il fallait nommer cela *medical guidelines*, [un document assez chétif et loin d'aborder toutes les problématiques et ressources](#) a été proposé aux médecins de ville, par le ministère de la Santé en date du 16 mars (avec quelques rares et légères mises à jour).

De façon séparée et pas toujours claire, [le site DGS-Urgent](#) propose [une liste des 20 dernières entrées](#) (la première datant du 5 février) débouchant sur des petits textes informatifs actualisés sur le Covid-19.

Des notes au sujet de la distribution de masques (en fait souvent par rapport à leur pénurie) et, s'il fallait trouver quelque chose concernant les traitements, [une information sur les formes atypiques du Covid-19](#) qui déconseille l'usage des corticoïdes inhalés.

Le professeur Raoult - qui n'avait pas quant à lui oublié de lire les publications scientifiques internationales, en ne se laissant aller à aucun sentiment de supériorité européen - s'est finalement grandement inspiré des *medical guidelines* asiatiques. Avec les mêmes bases retenues que la Corée du Sud et, en plus, une proposition de traitement affiné... En retour : l'indifférence des médias, comme du gouvernement, voire le mépris. Était-ce là pourtant une position si atypique, tellement au-dehors de « la science, la vraie » ?

EMPIRISME ET MÉDECINE BASÉE SUR LES FAITS

Les *medical guidelines* sont très anciennes. [N'importe qui peut trouver sur Wikipédia](#) l'illustration d'un papyrus, découvert par Edwin Smith. L'une des premières traces de recommandation de soins face à des maladies ou des maux de façon « rationnelle ». Sans verser dans ce que l'on nomme « magie ». Rationalité et définition du surnaturel évoluant selon les époques, techniques et croyances.

Voir le professeur-clinicien Raoult traîné dans la boue par les aficionados de la « méthode pure et dure » est une forme d'écho contemporain à ce curseur perpétuellement en mouvement. Réduire la démarche et les travaux du chercheur marseillais à de la charlatanerie du fait de l'absence d'une méthodologie prétendue exhaustive et implacable selon des critères particuliers est un non-sens très dangereux. Il fait croire que la science « par la preuve » est l'alpha et l'oméga de la pratique médicale. Et montre par ailleurs une inculture politique (et civique) crasse.

La définition même des *medical guidelines* s'illustre par plus de mesure et de prudence. Il y a l'importance de l'empirisme. Du moment auquel il faut faire appel aux connaissances pour pratiquer le soin, sorte de *virtù* de la sphère sanitaire. De la philosophie d'envisager des traitements, par exemple sur le fait de devoir rassurer une population.

Et évidemment, il y a l'importance du fait scientifique qu'il n'est pas question d'oublier. C'est bien autour de ce dernier que s'est figée la polémique Raoult de façon obsédante, déclinée dans toutes ses formes par ses contempteurs.

Ces derniers auront souvent cité dans leurs arrogantes démonstrations une méthode récente, celle de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM, la médecine basée sur la preuve). Alors qu'il est tout aussi difficile de trouver une page en français sur Wikipédia définissant les *medical guidelines* que celle de Mme Karine Lacombe détaillant l'ensemble de ses liens professionnels, [l'EBM possède en revanche sa version frenchy...](#)

L'origine du concept reste anglo-saxonne. [David M. Eddy est le premier à avoir publié l'expression EBM](#) en 1990 dans le *Journal of the American Medical Association (JAMA)*. Il y décrit sa méthode comme profondément dépendante des preuves, par l'analyse scientifique. Qui doit même influencer les décideurs pour appliquer rationnellement les politiques de soins. M. Eddy est un médecin, mathématicien, analyste en méthodologie. Il a par exemple brillé à extrapoler [le modèle de Markov](#), système de statistiques crucial dans le domaine de

l'Intelligence Artificielle, au domaine de la santé. Pour autant, on sait que la méthodologie mathématique stricte a parfois des difficultés dans le cas d'épidémies à proposer, par exemple, des schémas d'anticipation pertinents.

L'EBM, UNE APPROCHE MÉDICALE NON INFAILLIBLE

Il s'agit donc d'une nouvelle approche contemporaine de la médecine de recherche, de sa science. Qui n'est pas (encore) généralisée. [Et qui reçoit de nombreuses critiques quant à ses limites](#). Nous en retiendrons quelques-unes : une adaptation inadaptée du chiffre à la médecine; le coût élevé de certaines expériences scientifiques qui ne peuvent solutionner toutes les interrogations; la possibilité de voir des faux nonobstant le recours à des essais en randomisation; un certain effacement de l'expérience clinique; des biais liés à des conflits d'édition et d'intérêts avec des industries (devenant les seules à disposer de moyens financiers assez lourds pour réaliser des tests longs et hautement spécialisés, monopolisant la question et plaçant leurs produits). N'oublions pas la réduction du lien entre médecin et patient.

L'anthropologue de la santé, M. Jean-Dominique Michel a rédigé [un billet passionnant](#) et richement étayé à ce sujet sur son blog de la *Tribune de Genève*. [Edgar Morin, sociologue et philosophe](#) prend le droit [d'ouvrir sa gueule quand d'autres veulent l'interdire](#) pour parler du Covid-19 et rappeler que « *malheureusement, très peu de scientifiques ont lu Karl Popper, qui a établi qu'une théorie scientifique n'est telle que si elle est réfutable, Gaston Bachelard, qui a posé le problème de la complexité de la connaissance, ou encore Thomas Kuhn, qui a bien montré comment l'histoire des sciences est un processus discontinu. Trop de scientifiques ignorent l'apport de ces grands épistémologues et travaillent encore dans une optique dogmatique.* »

BRUITS SANS FOND

L'objectif n'est pas ici de faire le procès de l'Evidence-Based Medicine. Mais bien de saisir que tout n'est pas manichéen. Bien des observateurs-inquisiteurs fonctionnent cependant sur l'intimidation et la tentative d'impressionner en recourant superficiellement au concept d'EBM. Ces derniers traitent leurs concitoyens d'ignares. Les assimilent sans procès à des catégories virtuelles bien peu définies de populations inventées sur internet (les complotistes, les illuminés, les croyants en la terre plate, *sic*). Ils ne s'expriment pourtant que trop souvent eux-mêmes avec des produits sous-culturels du divertissement, sur les réseaux sociaux, sous couvert d'anonymat. Les observateurs-inquisiteurs n'évitent pas dans leurs réponses les fausses informations, les raccourcis. Leur positionnement fermé, incapable de remettre en cause des certitudes, empêche un débat sanitaire public constructif.

Il est évident qu'en face, une grande partie de l'opinion publique se sentira flouée par le manque d'information et pourra glisser vers des interprétations hasardeuses. Mais à qui la faute ? Le politique ne devrait jamais s'instaurer de telles tensions. Ne pas se perdre dans les tergiversations : imposer des *medical guidelines* ciselées aurait été plus sain.

Face à la crise naissante, la Chine ou la Corée du Sud n'ont pas attendu les résultats de tests, subventionnés par une lointaine administration supranationale, comprenant placebos et mille procédures en double aveugle, pour entrer en action sur des bases temporaires. Des traitements

ont été proposés. Si possible en privilégiant le repositionnement de molécules déjà connues, comme l'hydroxychloroquine. Mais en ouvrant aussi l'expérimentation à de nouveaux traitements. La France n'avait-elle donc aucun support administratif et scientifique pour aider le politique à l'heure du choix ?

LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ A DISPARU

En théorie, oui : [la Haute Autorité de Santé](#). Autorité publique indépendante scientifique créée en 2004. Gouvernance organisée autour d'un collège. Plus de 50 millions d'euros de budget annuel. [Presque autant que le budget lobbying d'un grand laboratoire pharmaceutique et industriel sur sept années](#) ! Plus de 400 agents, des centaines d'experts mobilisables. Clairement, si l'on ne s'en sert pas maintenant, mais à quoi sert-elle ?

La HAS remplit plusieurs grandes fonctions. Elle définit notamment les recommandations de bonne pratique clinique, de santé publique. S'occupe des guides de prise en charge, aussi bien pour aider les professionnels que les patients. Elle est là pour donner des avis informés et utiles aux pouvoirs publics pour agir.

Quelle est sa position entre les *plus-pro-de-la-méthode-que-moi-tu-peux-pas*, parfois fanatiques de l'EBM, et les chercheurs qui souhaitent une approche plus directe et clinique, fondée sur l'expérience ? Pour le savoir, il suffit de lire [le guide méthodologique de la HAS](#) qui élabore les bonnes pratiques et les recommandations pour la pratique médicale et sa recherche (datant de 2010 et justement actualisé en janvier 2020). Citons : « *Au cours des réunions du groupe de travail, l'argumentaire scientifique et les propositions de recommandations gradées sont discutés en fonction des données et des pratiques existantes. Les niveaux de preuve et les grades attribués seront discutés en fonction d'éventuelles nouvelles données de la littérature fournies par les membres du groupe de travail. En l'absence de preuve scientifique, une proposition de recommandation figurera dans le texte des recommandations soumis à l'avis du groupe de lecture si elle obtient l'approbation d'au moins 80 % des membres du groupe de travail.* »

Tous les cas étaient prévus. Voilà bel et bien le moyen d'éviter *la polémique Raoult* et de la transformer en *plus-value Raoult* : disposer d'une autorité capable de canaliser les ressources vives (et même très vives) du pays en matière sanitaire. Une administration qui pense globalement la situation, de façon impartiale et égale sur le territoire. Avec la priorité d'équilibrer et de doser les forces contre un virus pandémique entre exigences sanitaires, bilan humain à ménager et ambition de ne pas tous rester aux abris derrière les remparts dans une attente indéfinie.

Avec ce cadre, tout aurait été transparent. Discussions. Preuves. Manque de preuve ? Soumission de l'idée au collectif. Ne jamais se priver d'une idée. Et surtout : passage à l'action « *en fonction des données et des pratiques existantes* ». Il y a là un mélange entre la production des faits de science, leurs limites ; le recours à l'expérience, ses risques ; obligeant le politique à trancher en dernier recours devant l'évaluation d'un collège d'experts.

MACRON : « PENSEZ PRINTEMPS ! » ET PENSER TRAITEMENT ?

De nombreux journalistes anti-Raoult (ayant personnalisé le débat) se sont acharnés sur le cas *d'un seul traitement* face à la crise. Adhérant à l'idée qu'il fallait attendre des semaines, des mois

avant de s'autoriser à « penser traitement ». Aucun d'entre eux ne s'est ému en revanche de l'absence sur le devant de la scène d'une autorité administrative spécialisée en France capable de produire des directives d'essais avec plus de célérité. Pas d'étonnement quant au silence assourdissant de l'HAS. Pas de surprise à l'annonce de la nomination d'autres conseils scientifiques, faisant doublon. [Seuls des juristes avisés](#), inquiets de l'évolution des libertés dans notre pays, se sont posés cette question le 13 avril dernier : « *Sans doute, le Président et le Premier ministre s'appuient sur les avis d'un comité de scientifiques. Mais ce comité n'avait aucune base légale alors que des comités scientifiques légalement constitués existaient : Santé publique France, la Haute Autorité de santé, le Haut Conseil de la santé publique...* »

Mais pourquoi donc cet oubli de la part de nos dirigeants ? Mme Buzyn devait pourtant bien se souvenir de l'existence de la Haute Autorité de Santé... Vu qu'elle en était présidente jusqu'au 7 mai 2017, date de sa prise de fonction comme ministre de la Santé. Nonobstant [les évidentes questions posées](#) par sa relation à la ville avec M. Levy, directeur de l'INSERM, puis nommé conseiller d'État.

PERSEVERARE DIABOLICUM EST

Peur d'un conflit d'intérêt ? Il est vrai qu'aucune problématique de ce type ne surgit par rapport à la composition des nouvelles équipes dédiées ! Hélas, la HAS avait déjà été impactée par le même type de problème. Décidément...

En 2018, [l'association Anticor porte plainte contre X pour prise illégale d'intérêts](#). Six des neuf membres d'un groupe d'expertise de la HAS ont oublié de déclarer leurs liens financiers avec des laboratoires pharmaceutiques. La très vigilante association pour une Formation Médicale INDÉpendante ([Formindep](#)) avait déjà décrit ces agissements avant de saisir le Conseil d'État. Nous retiendrons par exemple qu'en juillet 2019, le chef de service d'évaluation des médicaments avait quitté son poste pour rejoindre un cabinet de consulting chargé d'aider les industriels à rédiger leurs dossiers de demande à... la HAS.

Voilà qui avait de quoi avertir tout le monde. Pour organiser un nouveau départ. Dans la méthodologie de la Haute Autorité de Santé, nous lisons désormais qu'elle « *est une institution à caractère scientifique. Pour cela, elle fait appel à de nombreux experts reconnus dans l'ensemble des champs de mission de l'institution. Afin de garantir l'indépendance de ses travaux, elle doit s'assurer que les experts ne détiennent pas de liens d'intérêt susceptibles de compromettre leur indépendance.* »

Au lieu de repartir sur des bases saines, les mêmes cailloux dans la chaussure du pouvoir se retrouvent, au sein d'autres conseils créés à la va-vite. Mais il y a cette fois une certitude. L'exécutif était bien au courant des risques de polémiques liées aux conflits d'intérêts. Et il ne s'en est aucunement prémuni. En espérant la lassitude des citoyens et leur sidération au moment du confinement total ? Voilà qui laisse songeur quant aux (non) choix sanitaires actuels.

Peut-être que le lobbying à l'Assemblée Nationale et dans les médias a rendu moins sensibles nos responsables, journalistes et éditeurs de presse ou livres scientifiques. Qu'il est devenu plus facile de taper sur un Raoult que de soulever le fond du problème.

L'INACTION PEUT COÛTER CHER

Alors que l'ancien directeur de la HAS, le professeur Jean-Luc Haroussau s'est prononcé [en faveur de la prescription du traitement combiné](#) de Raoult à l'hôpital, la direction récente reste muette à ce sujet. La seule action significative de la HAS portant sur [la validation de l'extension de l'IVG médicamenteuse à 9 semaines en ville](#).

Mais dans la course à se procurer des tests - dans laquelle la France a déjà perdu des semaines et [perdu des dizaines de milliers d'unités](#) -, la HAS ne passe pas à l'action lorsque [une entreprise strasbourgeoise \(Biosynex\)](#), la sollicite pour fabriquer des tests de dépistage rapide. Un procédé déjà utilisé dans plusieurs pays européens. Un couac troublant qui avait déjà eu lieu avec des respirateurs proposés à [la fabrication par des industriels](#) qui n'ont jamais reçu au final de réponse d'aucune autorité de santé publique ou de la part du gouvernement.

Faute d'autorité, point de *medical guidelines*. Point de recommandation en traitements. En France, pourtant, l'émulation scientifique en recherche est bien au rendez-vous. Le professeur Raoult n'aura eu à son écoute, sur le tard, que [M. Macron pour un show devant les caméras](#). Pour que, *in fine*, le président de la République se pose comme « non décideur des traitements médicaux », mais indiquant qu'il ne fallait pas « prendre de risque » et reparle à nouveau de [« méthodes rigoureuses »](#). Quitte à laisser mourir certaines catégories de patients ? Statistiquement, le futur le dira. L'inaction peut avoir un coût cruel qui pourrait être bien plus visible que des effets secondaires de molécules connues depuis des décennies, surveillés par des praticiens.

RECHERCHE DE TERRAIN ET GUIDELINES AUTONOMES

Quant aux autres chercheurs, aux pistes proposées par des docteurs, bien peu de médias en parlent. [On note par exemple des observations liées à l'usage d'antibiotiques](#) contre le Covid-19. Des antibiotiques contre des virus, voilà qui est bien contre-intuitif. Et pourtant, il faudra tester, tâtonner, essayer. L'un des médecins décrivant l'intérêt de cette voie témoigne et revient sur la nécessité de gérer avant tout l'urgence sanitaire :

« Ce n'est pas du tout notre rôle d'entrer dans un protocole de validation par les autorités, estime le médecin mosellan. Je vais vous dire, les études qui vont nous donner des résultats dans six mois, quand l'épidémie sera terminée, je m'en moque. Ce qui m'intéresse, ce sont mes patients. Forcément, cela rentrera dans un protocole à un moment donné, en revenant aux oreilles de spécialistes, mais il faut qu'on soit humbles. On est en Lorraine, en Moselle, dans le Nord, on essaie de faire notre boulot le mieux possible, pour qu'il y ait le moins de morts possible. »

La docteur Paliard-Franco avait choisi une approche similaire en s'appuyant sur les antibiotiques de la famille des macrolides et a même prévu une autre en cas d'intolérance. Un vrai travail de médecin cherchant le mieux pour ses patients.

Des *medical guidelines* « autonomes » et locales apparaissent en Régions, passant outre de plus en plus les défaillances du gouvernement en la matière. [Comme à l'hôpital de Toulouse](#) qui évoque lui-aussi l'aspect proche de la maladie thromboembolique veineuse dans l'évolution du Covid-19. Avec une proposition de traitement liée à une population ciblée de patients à risques.

Heureusement, à l'heure actuelle, personne encore pour leur faire un procès au sujet des effets secondaires de l'Enoxaparine en situation de Covid-19.

COMPARAISONS À L'INTERNATIONAL POUR UN FUTUR BILAN

La Chine comme la Corée du Sud ont mis au point leur lignes directrices médicales face à l'urgence. Pas définitivement. Quitte à changer de cap, affiner. Au fur et à mesure, des leçons ont été apprises, des catégories de population déterminées. Des impasses, même partiellement démontrées par études, ont été abandonnées.

En France, les observations de terrain n'auront pas été vraiment centralisées et immédiatement reprises dans l'action pour tous. Le débat s'est borné à une lointaine et imaginaire science dure. Non seulement un traitement accessible, peu cher, versé dans le domaine public aura été dénigré mais en plus, semaines après semaines, mois après mois, la privation des moyens possibles d'intervention contre le Covid-19 est devenue une sorte de règle. Le recours à une communication, sans doute trop puissante à Marseille, aura pu déplaire, de la part d'un Institut qui était pourtant plus que légitime à se faire entendre sans effort en telle situation.

Mais au-delà de la forme, viendra le moment de faire des comptes. De comparer à l'international le choix des traitements par rapport aux résultats, [comme s'y efforce déjà un chercheur](#). De comprendre toutes les raisons qui amènent à toujours constater des écarts dans le ratio hospitalisation / décès entre des zones géographiques. Visiblement « favorables » aux Bouches-du-Rhône. Et il faudra bien un jour savoir pourquoi.

Une autorité indépendante associée à un politique volontaire aurait pu éviter toute cette polémique vaine autour de l'hydroxychloroquine. Le gouvernement aurait dû endosser ce rôle de chef d'orchestre. Mais, depuis longtemps, on connaît sa funeste musique.

Ella ROCHE

(Article écrit le 12/04/2020, actualisation 15/04)