

L'ensemble de la vaccination a été globalement un échec



Laurent Toubiana

Chercheur statutaire à l'Inserm, il est épidémiologiste, titulaire d'un doctorat de physique (thèse en astrophysique) après une formation initiale d'ingénieur, également formé en démographie, il a fondé l'Irsan, l'Institut de recherche pour la valorisation des données de santé. Il dirige depuis vingt ans le groupe de recherche SCEPID (Systèmes complexes et épidémiologie)¹ au sein de l'Inserm.

Le Covid est loin d'être sa première épidémie. Et elle ne sera sûrement pas sa dernière. Laurent Toubiana, étudie depuis plus de 30 ans les mécanismes propres à ces épisodes sanitaires. Depuis mars 2020, il dénonce une panique excessive des autorités sanitaires, déconnectées de la réalité. Rencontre.

Santé Libre: Vous êtes épidémiologiste et fondateur de l'Irsan, l'Institut de recherche pour la valorisation des données de santé. Quelle est votre mission ?

Laurent Toubiana : Mon travail en tant qu'épidémiologiste est de détecter, décrire et prévoir les épidémies, en d'autres termes les comprendre dans le cadre de l'aide à la décision en santé. Cela consiste en une chaîne d'actions dans le cadre de systèmes d'information qui vont des procédures de recueil de l'information élémentaire (*data*)

à la production de savoirs et de connaissances. Ces connaissances seront ensuite diffusées vers divers publics concernés allant de la publication académique dans des revues scientifiques, à la communication médiatique à destination du grand public en passant par l'information directe aux décideurs de tout ordre.

Le but est toujours de comprendre ce qui se passe. J'ai également participé à la création de plusieurs organismes de surveillance des épidémies, notamment le réseau Sentinelle², puis de l'Institut de recherches Irsan que je dirige et dont le but est de collecter et d'analyser des données de santé de toute nature (infectieuse, chronique, environnementale, maladies rares, etc.) au niveau national et international. L'activité de l'Irsan³ se fonde sur de nombreux réseaux regroupant chacun un nombre considérable (jusqu'à des dizaines de milliers) de professionnels de santé en prise directe avec le « terrain » et en contact avec les patients. Ces bases de données regroupent plusieurs centaines de millions d'actes médicaux.

S.L.: Vous publiez prochainement un ouvrage intitulé *Une autre vision de l'épidémie, ils ne pourront pas dire qu'ils ne savaient pas*. Qu'est-ce que nos politiques ont voulu ignorer ?

L.T.: Les études et la connaissance sur les épidémies existent depuis très longtemps. Les épidémiologistes spécialisés dans les maladies infectieuses, même s'ils ne sont pas très nombreux en France, n'en sont pas à leur première épidémie. Ils ont beaucoup de connaissances sur la dynamique et la diffusion des épidémies. Lorsque l'épidémie de Covid-19 est arrivée en France, nous commençons à

disposer de très nombreuses informations la concernant et nous pouvions savoir que cette épidémie, certes nouvelle, ne pouvait pas provoquer la catastrophe gigantesque qui a été annoncée par les autorités sanitaires à cette époque. Si moi, j'avais cette connaissance, je doute alors que d'autres ne l'avaient pas aussi.

S.L.: Qu'avez-vous appris de cette crise ?

L.T.: Sur l'épidémie elle-même, pas grand-chose. Elle ressemble sur de très nombreux points à d'autres épidémies que j'ai étudiées et vécues par le passé. De ce point de vue, aucune surprise. En revanche, sur sa gestion, j'ai assisté à une forme de panique qui révèle au moins une sorte d'incompétence hautaine de la part de nos autorités, doublée probablement des affres d'une sclérose typique de nos institutions. Elles ont montré, de manière éclatante, leur désarroi et leur errance lors de cette crise. Aucune décision, aucune information n'a réussi à tenir plus de quelques jours ; le ministre de la Santé se contredisait parfois au cours d'une même phrase (les exemples sont tellement nombreux qu'il en devient fastidieux de les noter... il suffit d'attendre la prochaine intervention).

Le budget alloué à la santé est très conséquent, nous sommes en droit de nous attendre à bénéficier, en retour, d'un service de qualité. Or, l'autre grande surprise de cette crise a été de s'apercevoir que ce n'était pas le cas : les autorités se sont servies de la saturation des hôpitaux pour mettre en place une mesure qui a eu un coût social élevé, le confinement pour commencer. Il a ensuite été suivi de plusieurs autres mesures qui se sont également révélées à la fois contraignantes pour les populations et inefficaces.

1. On qualifie de complexe un système composé d'une multitude d'entités dont les interactions locales font émerger des propriétés globales difficilement prédictibles par la seule connaissance des propriétés de ces entités.

2. Réseau de surveillance des épidémies : <https://www.sentiweb.fr/>

3. <http://recherche.irsan.fr/fr/accueil>

S.L. : Confiner n'a-t-il jamais été une solution lors des épidémies précédentes ?

L.T. : Le confinement est une réponse théorique à la diffusion des épidémies, fondée sur l'idée que les liaisons entre les gens seront coupées et que par là-même, la transmission du virus serait, elle aussi, interrompue. Cela repose sur un modèle théorique de transmission. Or, la nature au sens large, s'adapte toujours aux difficultés qu'elle rencontre et trouve toujours les moyens de contourner les obstacles, qu'ils soient naturels ou comme, dans le cas du confinement, artificiels. Si les individus étaient des machines peu sophistiquées qui répondaient à des ordres mécaniques, alors cela aurait pu peut-être marcher et encore, sous certaines conditions très strictes. Mais nous avons affaire à des hommes dont les comportements ne sont jamais totalement contrôlables. C'est toute la différence entre un monde essentiellement biologique et un monde mécanique. Le confinement est une idée simpliste qui répond à une logique mécanistique très fruste. De plus, lorsque le confinement a été mis en place, le virus circulait déjà : nous avons montré qu'une immense partie de la population était déjà exposée. Même sous cloche, le virus diffusait au sein des familles « isolées ensemble », si j'ose dire.

Par ailleurs, les épidémiologistes avaient accès à énormément d'informations concernant la dynamique de l'épidémie : les données chinoises, le *Diamond Princess*... Toutes ces informations permettaient de comprendre que, globalement, cette épidémie ne serait pas une catastrophe.

De plus, nous constatons parfaitement que l'épidémie ne touchait pas du tout les classes d'âge jeune, les moins de 65 ans, soit une grande majorité de la population. Nous savions qu'il ne fallait surtout pas affoler les populations. Or, c'est exactement le contraire qui a été fait en France et, comme par mimétisme, dans la majorité des pays occidentaux. Ces informations étaient connues. Nous avons donc de bonnes présomptions pour que cette épi-

démie ne soit pas très grave. Pourtant, les autorités sanitaires ont fait en sorte de nous faire croire à une catastrophe absolue. Le décalage était complet entre ce que je constatais en tant qu'épidémiologiste et ce que j'entendais de la part des autorités sanitaires. J'ai tenté, à ce moment-là, de faire entendre ma voix en publiant très tôt, début mars, une analyse via l'Irsan intitulée « Une épidémie déconcertante »⁴ qui visait à donner factuellement au grand public une vision de ce qui allait se passer. Bien qu'une telle entreprise fût risquée, j'avais prévu la dynamique de l'épidémie – laquelle s'est réalisée exactement selon mes projections. Je suis intervenu à plusieurs reprises dans les médias, mais ma position a été très vite inaudible. J'ai été qualifié d'« iconoclaste » puis de « rassuriste ». Bref, un certain nombre de journaux ont clairement cherché à me discréditer, comme ce fut le cas pour tous les scientifiques qui ont osé donner une autre version que la version officielle.

“

« Évidemment que les chiffres peuvent mentir, surtout quand on n'utilise pas les méthodes standard ! »

”

S.L. : Qu'est-ce qu'il aurait fallu faire, selon vous ?

L.T. : Nous avons su très tôt que les individus de moins de 65 ans, soit 80 % de la population n'étaient pas sensibles à ce virus, c'est-à-dire qu'ils étaient capables de lutter contre une infection et ne tombaient pas malades ou bien sous une forme bénigne. En effet, seule une infime partie des personnes de plus de 65 ans ont été malades. Une très faible proportion parmi les plus âgées ou déjà affaiblies par d'autres maladies généralement chroniques faisait des formes graves et était, par conséquent, hospitalisée. Cela veut dire aussi que toutes les personnes qui n'étaient pas malades, alors que le virus circulait, se défendaient naturellement contre ce virus. Ce que l'on aurait dû faire, c'était donc

protéger les personnes à risques et laisser le virus circuler « naturellement » dans l'immense majorité (plus de 80 %) de la population qui ne présentait pas de risque. Cela aurait évité de pénaliser l'ensemble de la population avec un confinement. Nous aurions donc ainsi créé une barrière d'immunité naturelle et l'épidémie aurait suivi son histoire naturelle. C'est exactement ce qu'elle a fait, indépendamment du confinement, comme toutes les autres épidémies de maladies transmissibles saisonnières. Cette stratégie, qui a consisté à ne pas mettre en place de confinement généralisé de la population, a été adoptée en Suède et a parfaitement fonctionné.

S.L. : Sommes-nous dans ce qu'on appelle un « effet moisson », qui fauche les plus fragiles, comme lors de la canicule de l'été 2003 ?

L.T. : Tous les ans, les personnes les plus âgées meurent d'une manière synchronisée au passage d'un épisode sanitaire, en général une grippe saisonnière, en hiver. Les mois qui suivent cette période hivernale, une sous-mortalité est souvent constatée, par rapport à la moyenne de toute l'année. Ce qu'on observe à l'échelle d'une année, il est possible de l'observer à l'échelle de plusieurs années. Quand la mortalité est très importante à l'occasion d'un hiver particulièrement rude, les années qui suivent montrent une surmortalité hivernale beaucoup plus faible. C'est exactement ce qui s'est passé lors des dernières saisons hivernales : 2017 a connu une très forte surmortalité et 2018 puis 2019 ont été les années ayant montré les plus faibles mortalités depuis au moins 10 ans. En d'autres termes, on a « moissonné » une année. Il faut ensuite plusieurs années pour que les classes d'âge à forte probabilité de décéder augmentent en effectif avec des années à faible mortalité. Ainsi la mortalité du printemps 2020, au passage de la première phase épidémique du Covid, a en quelque sorte, moissonné les individus âgés dont l'effectif s'était reconstitué au cours des deux années précédentes à faible mortalité.

4. <http://recherche.irsan.fr/fr/documentation/index/voir/108-COVID-19-:-11-mar.-2020-Une-epidemie-deconcertante>

S.L. : Quel a été l'effet de l'épidémie sur la mortalité en France ?

L.T. : Lorsqu'une épidémie survient, on est tenté de dire que les morts sont morts de cette épidémie. En réalité, ils sont morts à l'occasion de cette épidémie. Par ailleurs, la cause de la mortalité est souvent difficile à établir. Pour remédier à ces difficultés, on étudie ce qu'on appelle la surmortalité au passage d'un événement sanitaire, indépendamment de la cause réelle des morts. On regarde alors la mortalité toutes causes confondues et on se demande si l'événement a réellement engendré plus de morts que d'habitude.

Avec d'autres chercheurs, nous avons étudié cette surmortalité en 2020⁵. Le résultat de cette étude montre qu'il y a eu une surmortalité faible, de 4 %, uniquement pour les personnes de plus de 65 ans. Pour le reste de la population, environ 80 %, il n'y a pas eu de surmortalité et je dirais même plus, il y a même eu une sous-mortalité. Cette étude a été critiquée en disant que si l'on compare la mortalité de 2020 par rapport à l'année précédente, alors, 2020 a montré une surmortalité. Il s'agit d'une erreur méthodologique majeure, car 2019 était une année ayant montré une mortalité la plus faible depuis 10 ans.

Deux biais entachent ce raisonnement : on compare avec une année exceptionnellement faible + on observe ce phénomène de rattrapage bien connu en démographie : lorsqu'une année, la mortalité est faible, on constate que la suivante, elle est plus élevée.

S.L. : Le Covid est-il selon vous une guerre de chiffres ?

L.T. : Oui, complètement, et dans tous les domaines. D'une part, il y a eu des erreurs méthodologiques. Pourquoi le Pr Salomon utilisait-il donc tous les soirs des chiffres traditionnellement jamais utilisés en épidémiologie, à savoir le *nombre cumulé* de morts/malades/hospitalisés/personnes en soins critiques ? En épidémiologie, on se fonde toujours sur des incidences, rapportées à la population générale. Quand les autorités ont affirmé, à un certain moment, « *les chiffres ne mentent pas* » : évidem-

ment que les chiffres peuvent mentir, surtout quand les méthodes standard ne sont pas utilisées !

D'autre part, il y a eu des glissements sémantiques regrettables qui ont contribué à cette guerre des chiffres. La massification des tests, que j'ai appelée « *testomania* », en est un exemple. Je rappelle qu'un test ou une analyse sert en médecine à confirmer un diagnostic clinique. Or, au cours de cette crise, nous avons assisté à un fait extraordinaire : la massification des tests PCR. 220 millions de tests ont été pratiqués depuis juillet 2020, soit en moins de deux ans, pour une population de 67 millions d'habitants. En moyenne, tout le monde a donc été testé plusieurs fois. Même si la part de tests positifs reste très faible, de l'ordre de 7 % en moyenne (soit 93 % de tests négatifs), en nombre absolu, cela représente énormément de « *cas confirmés par un test positif* ». Les autorités ont communiqué essentiellement sur ce nombre absolu qui ne donne qu'une réalité tronquée et dramatique de l'épidémie. Puis, et le langage a subrepticement glissé de « *cas confirmé* » puis à « *cas* » tout court. Dans la tête des gens, un cas est devenu un malade. Or, un test prouve la présence d'une trace de virus, mais cela ne renseigne nullement sur le fait que la personne soit ou non malade. Parmi les « *cas* », une infime minorité était malade. Cette confusion a été bizarrement entretenue par les autorités. La supercherie était majeure ! Cette distorsion regrettable a contribué à créer ce qu'on a appelé des « *vagues* ». Or, j'ai montré par des études que même pendant la première vague, la mortalité était 10 fois inférieure à celles des épidémies saisonnières de grippe !

S.L. : Comment imaginer la sortie de crise et comment se termine généralement une pandémie ?

L.T. : Une épidémie s'arrête quand plus personne n'est susceptible de tomber malade. Cela suppose que ceux qui l'ont combattue ont acquis une immunité naturelle. L'enjeu majeur est donc d'atteindre un seuil critique de couverture immunitaire, naturelle ou non.

En termes d'épidémie, le concept d'immunité collective est un principe fondamental pour leur extinction. Lorsqu'elle n'est pas naturelle, elle peut être artificiellement mise en place par la vaccination des populations. À ce sujet, il faut souligner deux points : premièrement, il est préférable que le vaccin soit administré avant que le virus arrive (lors d'un virus nouveau, c'est évidemment difficile). Deuxièmement, ces vaccins pour le Covid, d'un genre nouveau, encore une innovation au cours de cette crise, ont été mis au point en un temps étrangement record. Dans les faits, ils ont surtout démontré leur inefficacité flagrante. Ils n'ont empêché ni la circulation du virus, ni les contaminations inter-individuelles, ni la maladie elle-même, ni évidemment les cas graves, je rappelle, au passage, que 75 % des personnes hospitalisées étaient vaccinées. L'ensemble de la vaccination a donc été globalement un échec.

En revanche, il est très probable qu'une immunité naturelle était présente dans les populations avant même que le virus n'arrive. Ce nouveau virus, un coronavirus, est de la famille de virus circulant depuis longtemps dans les populations. L'hypothèse d'une immunité croisée évoquée très tôt a été écartée rapidement, mais à tort, selon mon point de vue. Le fait que certaines personnes aient réussi à lutter contre le virus signifie qu'elles avaient déjà rencontré quelque chose qui ressemblait à ce virus-là. Une forme d'immunité naturelle préexistait. Si le virus avait été vraiment nouveau, nous aurions assisté effectivement à une hécatombe. En revanche, ceux qui n'ont pas réussi à combattre efficacement ce virus étaient des personnes déjà très affaiblies par d'autres facteurs pathologiques. C'est ce que l'on appelle, l'immuno-sénescence : la baisse de l'efficacité immunitaire naturelle, due à la vieillesse.

La bonne stratégie eût été de laisser circuler le virus dans les populations à faible risque, de les laisser vivre librement et sans contrainte sévère. Cela aurait renforcé l'immunité collective naturelle pré-existante. ■

5. <http://recherche.irsan.fr/documentation/index/voir/155-Analyse-25-mars-2021-:-L%E2%80%99%C3%A9pid%C3%A9mie-de-Covid%E2%80%91a-eu-un-imm-pact-relativement-faible-sur-la-mortalit%C3%A9-en-France>