

# DERNIER REMPART : LA CECITE DU GOUVERNEMENT PORTEE DEVANT LE CONSEIL D'ETAT

18  
mars  
2021

## Les auteurs

—

**Thibault THOMAS,**

Médecin

—

**Vincent PAVAN,**

Mathématicien

—

**Clarisse SAND,**

Avocat

—

**Frédéric NIEL,**

Avocat

Dans un Etat de droit, le dernier rempart, c'est la justice. Lorsque l'exécutif s'est fourvoyé et que le pouvoir législatif lui a accordé sa confiance, c'est au juge que revient le dernier recours, celui par lequel la vérité est rétablie. Or le pouvoir exécutif lui-même s'est effacé en 2020 derrière un comité consultatif dont le rôle assumé est celui de « construire la pensée de la santé publique » et chargé de statuer, aux termes du Code de Santé Publique, sur une « catastrophe sanitaire ». Le Conseil d'Etat, ultime juridiction administrative, a tout d'abord préféré reproduire cette confiance en fondant toutes ses ordonnances sur les avis du comité. Ainsi, les trois pouvoirs, en théorie indépendants les uns des autres, se sont provisoirement rangés comme un seul homme derrière un Conseil Scientifique qui devait démontrer rapidement des failles béantes dans lesquelles s'engouffrèrent des intérêts privés supranationaux à la façon d'un cheval de Troie. Ces failles ont fait l'objet d'une analyse juridico-scientifique présentée le 6 mars au Conseil d'Etat sollicité, parce qu'irremplaçable, pour examiner les avis du Conseil scientifique à la lumière de révélations connues depuis : c'est le dernier rempart et il ne doit pas céder.

Voici l'argumentaire synthétisé de ce recours qui sera très prochainement publié dans son intégralité.

La pandémie de Covid-19 ne représente qu'une fraction des infections respiratoires aiguës annuellement observées. Mais elle n'a pas suffi à modifier significativement la morbidité ni la mortalité infectieuses respiratoires en 2020. Seuls les plus de 85 ans en ont vraiment souffert, mais nul ne peut l'attribuer à la Covid-19 plus qu'à l'extraordinaire raréfaction des soins qu'ils ont subis. La pandémie est donc restée d'une proportion similaire à une pandémie grippale ou même à une épidémie saisonnière. Ce qui ne permet pas de transcrire en droit l'existence d'une « catastrophe sanitaire mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population ». Ainsi, des mesures sanitaires hors normes s'avèrent disproportionnées. Tant qu'il existe l'illusion d'une catastrophe sanitaire, toute contestation envers elles se verra opposer l'ampleur du problème. En cause : les biais cognitifs et la psychologie de la prise de décision en situation d'incertitude qui ne sont nullement enseignés chez le décideur politique, économique, juridique ou médical. Et la confiance, un biais des plus puissants, a fait le reste dans la population mondiale et s'est répandue comme une flambée d'espoir. Le dévouement dans l'adversité a honoré les peuples qui s'y sont prêtés. Pourtant, ce sont des biais facilement exploités par des intérêts économiques de grande ampleur, et ils sont particulièrement présents chez les médecins qui sont pour eux des cibles privilégiées, à leur insu et quelques fois par une corruption active. S'il peut sortir quelque chose de meilleur de cette grande pathologie sociale, apprenons maintenant de nos erreurs.

## La Covid-19 est une fraction des Infections Respiratoires Aigües

Les infections des voies respiratoires aiguës (IRA) représentent 3 millions de morts par an pour l'OMS, dont 2,3 millions ont été attribuées sans confirmation virologique à la Covid-19 en 2020. Et pour cause : elles se sont mêlées comme tous les ans avec les comorbidités cardiaque, pulmonaire, cancéreuse et métabolique des patients les plus fragiles. Seul un réseau se destine à distinguer parmi les IRA les vraies gripes et les vraies Covid-19, et toute notre connaissance repose sur lui, du CNR Pasteur à l'European CDC et jusqu'à l'OMS : le réseau Sentinelles les surveille depuis 25 ans et il s'est adapté dès mi-mars 2020 pour surveiller aussi la Covid-19. Parmi les membres du Conseil Scientifique, tous connaissent ces travaux : il existe en France 1 million de syndromes grippaux annuellement (cette fraction des IRA qui ressemblent très fortement à la grippe). Auquel million se rajoute tous les ans une épidémie de 2 à 3 millions d'autres syndromes grippaux, dont la moitié sont de vraies gripes (influenzavirus).

Ceci n'a pas disparu en 2020. Lorsque les hôpitaux publics ont tiré la sonnette d'alarme en début mars, ils étaient déjà au bord de la saturation du fait d'une épidémie habituelle de grippe

saisonnaire : pour Sentinelles, 60% étaient alors de véritables gripes. Ensuite, avec la surveillance Covid-19, les tests positifs à SARS-Cov2 (le virus responsable de la Covid-19) parmi les IRA ont été de 16%, soit 1/6 de l'ensemble des IRA. Depuis novembre 2020, Sentinelles a même révélé moins de 10% de vraies Covid-19, dont 1% seulement aura été hospitalisé, soit moins de 1000 patients depuis novembre. L'incidence des IRA 2020 est comparable à l'incidence d'une épidémie de grippe (5811/100 000 habitants versus 4700 en moyenne, avec des pics à plus de 8000). 1/6 aura été de la Covid-19 soit 930/100 000 habitants alors que tous les ans, 50 à 60 % est de l'influenzavirus soit 2300/100 000 habitants. Le nombre absolu de Covid-19 restera donc 2 à 3 fois plus faible que celui de la grippe les autres années.

La messe des morts quotidienne n'est autre que celle de toutes les infections respiratoires aiguës mêlées sans discernement, et dont la part de vraies Covid-19 est aujourd'hui de moins de 10 %. Mais le Comité de Scientifiques et le gouvernement ont ignoré sciemment ce fait : aucun avis ne mentionne le réseau Sentinelles depuis 1 an. Ils se sont choisis d'autres critères pour définir et surveiller ce qui devait passer pour une catastrophe sanitaire.

### **Quels critères sont choisis par le Conseil Scientifique ?**

Santé Publique France (SPF) agrège les indicateurs suivants à partir de la « doctrine » énoncée par le Conseil Scientifique. Par ordre chronologique, celui-ci a tout d'abord choisi de recycler le modèle mathématique de Ferguson destiné à la grippe, pour anticiper la diffusion pandémique (le R0) et la mortalité. Le réseau Sentinelles, malgré l'oblitération par le Conseil Scientifique, est apparu tout de même aux bulletins nationaux de SPF comme un indicateur de suivi épidémiologique : dès mars, il fut le seul capable de préciser la part de vraies Covid-19 au milieu de tout ceci. Il est le second indicateur. Puis, dès que les tests ont été librement autorisés, les statistiques issues des PCR (fichier national SI-DEP), troisième indicateur, ont supplanté toutes les autres. Dès septembre, la remontée de cas a fourni un troisième indicateur de surveillance : la saturation des services hospitaliers. Plus tard, l'ensemble des diagnostics cliniques a permis de surveiller la morbidité (les maladies) et la mortalité (les décès). Ce qui constitue le quatrième indicateur : services d'urgence, associations de permanence des soins (réseau Sursaud), réseaux de crowdsourcing (autodiagnostic en ligne) ; déclarations hospitalières (fichier national SI-VIC) ; déclarations des EHPAD et EMS ; voici pour la morbidité ; la mortalité, elle, a été publiée par l'INSEE en 2021.

**Le premier indicateur est caduc** : dans l'hypothèse initiale de centaines de milliers de morts anticipée par le Conseil Scientifique, la létalité apparente était beaucoup plus grande que la létalité réelle car on connaissait bien le nombre de morts mais on sous-estimait encore le nombre de cas. En tout début d'épidémie, elle était de 6% : c'est 30 fois la létalité observée aujourd'hui (0,23 % dont 0,05% en-dessous de 70 ans) ii. A posteriori, ces estimations devaient se limiter à 20 ou 30 000 au maximum. Quant au modèle Ferguson, le Conseil Scientifique lui-même a refusé de fonder l'ensemble de sa stratégie sur quelque chose d'aussi fragile : c'est pourtant de lui que tout est parti. Jamais il ne sera rediscuté et il disparaîtra discrètement des critères de définition et de surveillance en faveur d'autres critères.

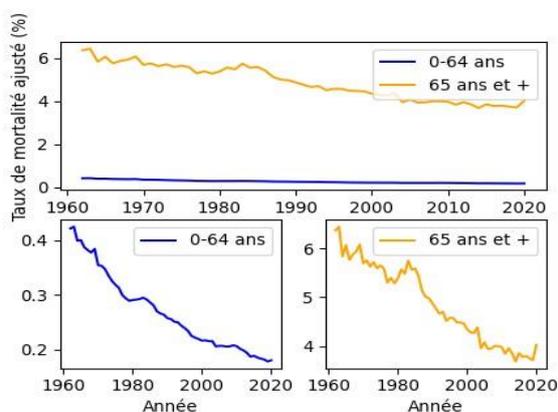
**Le second indicateur, le réseau Sentinelles, a été passé sous silence.** Le Conseil Scientifique n'en fera jamais mention. Ce qui s'est joué ici a été la relégation du seul maillon indispensable pour sa position centrale dans les soins de premier recours : le médecin généraliste qui eût dû rester seul habilité (avec les spécialistes) à prescrire des tests PCR, avec des diagnostics nationalement harmonisés. En mai et juin, la part de Covid-19 est tombée à 0 pour Sentinelles et quelque chose a alors été fait pour le masquer, des semaines 21 à 38 : les données ont été supplantées par de l'autodiagnostic en ligne, remontant miraculeusement les chiffres à une incidence de 100 / 100 000 habitants !

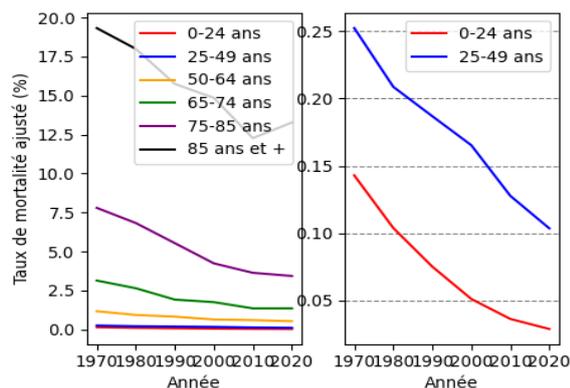
**Le troisième indicateur est caduc** : le portage de SARS-Cov2, détecté par PCR, ne signifie pas la maladie Covid-19. Les symptômes ne se déclarent que chez 15% des testés positifs et moins de 1% d'entre eux connaissent une forme grave, dont 1% encore décédera vraiment. Avec une distribution de virus de 6 à 10%, l'incidence réelle du portage sain est de 6 000 à 10 000 / 100 000 habitants ! Testez 300 000 personnes par jour (les limites actuelles) et vous aurez 20 à 30 000 tests positifs par jour et une incidence brandie au 20h de 200 / 100 000 habitants ! Un diagnostic, c'est avant tout de la clinique. Les tests servent de diagnostic de certitude d'un dépistage qui doit être gouverné par elle. En outre, antérieurement à l'expérience grandeur-nature inédite réalisée sur le

SARS-Cov2 en 2020, on ne dispose pas de données virologiques permettant de la comparer avec la situation antérieure. Il est donc impossible de prouver que des coronavirus faiblement pathogènes n'étaient pas depuis toujours présents dans les mêmes proportions. C'est comme si l'on découvrait les UV et leurs cancers et que l'on se mette à croire qu'ils n'étaient pas là avant. D'ailleurs, personne n'a encore caractérisé la létalité des différents variants dont la majorité pourrait ne pas être plus pathogène que les « anciens » virus et ne plus mériter le nom de Covid-19 puisque le variant de Wuhan ne circule plus. Les tests PCR sont pourtant le principal référentiel choisi par les autorités de santé sur avis du Conseil Scientifique. Enfin, la pression exercée par les pouvoirs publics sur une population qui se teste massivement et souvent plusieurs fois par mois avant les grandes échéances du calendrier, participe à la sur-détection du SARS-Cov2.

**Le quatrième indicateur est caduc** : l'occupation des lits est biaisée par le vieillissement d'une population croissante et par la raréfaction du nombre de lits en hôpital public (plus de 8 lits /1000 habitants en 1998 à moins de 6, 20 ans plus tard). Comment pourrions-nous parler de catastrophe technologique si nous fermions des garages automobiles et que ceux qui restaient se retrouvent saturés de travail à cause des pannes habituelles ?

**Le cinquième indicateur est partiellement exploitable.** En termes de morbidité (les maladies) : il ne l'est pas. En effet, à l'hôpital comme à la ville, aura été diagnostiqué « Covid-19 » tout ce qui antérieurement était diagnostiqué « grippe et syndromes grippaux, pneumopathies, surinfections de BPCO » et même, dans bien des cas les infections ORL bénignes et une bonne partie de la pathologie cardio-respiratoire et neurologique chez des patients âgés testés positifs. Or tout ceci a été établi sans confirmation virologique, pour des raisons évidentes dues à l'impossibilité technique de comptabiliser précisément des millions de malades et de tests. C'est donc sur des données non consolidées que s'est portée la surveillance épidémiologique, inexploitable pour déterminer vraiment ce que fut la part réelle de la Covid-19. On peut le résumer par une formule désormais connue : « on meurt avec le SARS-Cov2 mais pas nécessairement du SARS-Cov2 ». Si l'on voulait toutefois comparer l'ensemble des IRA 2020 avec celles des autres années, on s'apercevrait hélas qu'il n'en existe nulle part de statistiques valables. On est tenus alors de se rabattre sur la mortalité. C'est un indicateur très fiable, en vertu de la loi des grands nombres en statistiques. Or, de la surmortalité annoncée par l'INSEE, la part attribuable au SARS-Cov2 ne pourrait être confirmée là encore que par un rapprochement définitif entre les cas confirmés et les cas présumés, ce qui n'a pas été et ne sera jamais réalisé, pour les mêmes raisons méthodologiques. On se contente alors de faire l'analyse de la mortalité globale, et même là il apparaît que celle-ci n'a pas été significative en-dessous de 85 ans : l'excès de mortalité toutes causes est croissant depuis 20 ans (car une population qui vieillit a une mortalité qui augmente : le baby-boom devient un papy-boom). Mais comme pour toute statistique, l'interprétation ne doit pas méconnaître les biais d'analyse. Ici, le paradoxe de Simpson, bien connu des scientifiques et des statisticiens, provoque une interprétation contraire à la réalité : la mortalité globale est en hausse, mais l'analyse par classes d'âge révèle, en 2020 comme avant, une indiscutable baisse de la mortalité (pour contrecarrer ce biais d'analyse, il faut en fait la rapporter à la pyramide des âges).





Seule la mortalité des plus de 85 ans a augmenté. En ce qui les concerne il y a bien eu un phénomène Covid-19.

Les plus de 85 ans ont fait l'objet d'une politique sanitaire particulièrement nouvelle en 2020

Rien ne permet d'exclure que la surmortalité des 85 ans ne soit en relation avec l'évident défaut de soins des pathologies non infectieuses (augmentation des cas de cardiopathies et de bronchopneumopathies chroniques décompensées). Le maintien à domicile a en effet été particulièrement élevé en 2020. Rien ne permet d'exclure non plus que la politique de santé publique fondée sur le paracétamol et la quarantaine, n'ait très fortement participé à cette surmortalité, attendu que les antibiotiques n'ont pas été massivement administrés comme tous les ans en période épidémique, alors que toutes les autopsies démontrent la part des surinfections pulmonaires (50 à 70 %) iii iv. Le rôle prédominant des antibiotiques dans la gestion des pandémies virales était pourtant tout à fait connu 5. Rien ne permet d'exclure que le même effet ne soit venu de la sous-prescription des corticoïdes, injustement pointés du doigt dès le début de la pandémie alors que non seulement leur innocuité a été mise en évidence par l'OMS et la revue Science v, mais que leur efficacité sur la phase pulmonaire est désormais connue. Rien ne permet d'exclure enfin que la surprescription de Rivotril (+ 29 000 doses), encouragée par les autorités de santé, ne soit en cause dans la surmortalité des plus de 85 ans, ni que nos abandons n'aient engendré des syndromes de glissement (la mort rapide par inanition). Tous les hivers, les personnes très âgées bénéficient d'une large prescription de molécules qui sauvent avec de la chaleur humaine au lieu de molécules qui abrègent leur solitude...

La surmortalité 2020 réellement imputable à la Covid-19 ne constitue donc pas une situation d'urgence sanitaire ni de catastrophe. Il s'agit, sans « alarmisme ni rassurisme », d'une crise touchant des services notoirement sous-dotés et rendus incapables matériellement d'absorber une épidémie d'ampleur normale. Et si enfin le confinement et le couvre-feu sont proposés pour expliquer le fait que la mortalité n'ait pas explosé, qu'il y soit répondu par le principe de parcimonie en logique : si un phénomène se répète à l'identique tous les ans, et qu'une seule variable change à sa dernière occurrence, alors il est bien plus probable que cette variable soit indépendante du phénomène, et beaucoup moins probable qu'elle ait solutionné en même temps une variation du phénomène. Si une prophétie annonce qu'en 2022 le soleil ne se lèvera plus, et que contre cela nous nous répandons en prières pendant toute l'année, que ferons-nous alors en 2022 quand le soleil se lèvera ? Devrons-nous remercier les croyants, ou accepter que la prophétie était fautive ?

### « Veritas non auctoritas facit legem » : un effort théorique, scientifique et juridique à produire

De catastrophe, on ne trouve de définition chiffrée ni en droit international, ni en droit français. Au mieux, l'Art. 1.6 de la Convention de Tampere propose : une grave perturbation du fonctionnement de la société causant une menace réelle et généralisée à la vie ou à la santé humaine » vi. En France, la loi 82-600 du 13 Juillet 1982 énonce que « [des dommages de] catastrophes naturelles [résultent de] l'intensité anormale d'un agent naturel, lorsque les mesures habituelles à prendre pour prévenir ces dommages n'ont pu empêcher leur survenance ou n'ont

pu être prises » vii. On pourrait donc attendre du CS un référentiel mettant en évidence la grave perturbation ou l'intensité anormale. Chacun comprend le caractère catastrophique de la chute d'une météorite tuant en plus de tout le reste, comme une canicule, le terrorisme, une guerre ou un accident technologique. Pourtant, ce à quoi nous assistons n'est pas nouveau, c'est l'aggravation d'un phénomène préexistant (les IRA) du fait du vieillissement normal de la population et dont les oscillations annuelles varient du simple au triple. Il faut un ordre de grandeur : si un phénomène épidémique tue 1,1 fois la population habituelle, ce n'est pas une catastrophe ; s'il nous fait changer d'échelle (10 fois plus de morts), ça l'est. La notion de catastrophe sanitaire est un vide juridique qui appelle à l'écriture d'un droit des catastrophes (Lienhard) viii.

### **Des mesures disproportionnées et inefficaces**

C'est de la gravité que dépendent les moyens à mettre en œuvre de façon proportionnée : la stratégie thérapeutique (individuelle) et sanitaire (collective). Le bénin ne mérite que des mesures sans risques ; la gravité autorise des mesures plus risquées : c'est la balance bénéfices/risques. Parmi les mesures de coût médical, psychologique et social faibles, comme une distanciation sociale raisonnable, nous n'avons pas à craindre un déséquilibre de la balance. En revanche, pour le couvre-feu, les expropriations transitoires et les fermetures de groupes associatifs, pour le confinement et pour le testing de masse, la disproportion est caractérisée : le coût des tests innombrables serait mieux employé à payer des services hospitaliers abandonnés depuis 30 ans. Quant au confinement, les études ne parviennent pas à en démontrer l'efficacité ix.

### **« Les deux vitesses de la pensée »**

La psychologie en matière de prise de décision en situation d'incertitude face à des systèmes complexes (de type politique, économique, médical), et c'est un prix Nobel qui l'écrit, nous apprend que la majorité de nos choix, des plus triviaux aux plus graves de conséquences, est le résultat d'automatismes et d'approximations de la pensée, habituellement fiables et très rapides, efficaces, mais entachés d'un taux d'erreur considérable (Kahneman) x. Ces automatismes, les heuristiques, réalisent une première "vitesse" de la pensée. Et si nous sommes équipés d'une deuxième "vitesse", plus lente, plus fatigante mais plus scientifique, nous ne la mettons que rarement en action. Même face à un patient, un prêt bancaire ou un choix politique vital pour autrui. Parmi les plus célèbres : « la majorité a toujours raison » ; « les experts ont des statistiques et des connaissances que je n'ai pas » ; « les médecins pensent avant tout aux autres et ne sauraient être corrompus ». La réflexion rationnelle est biaisée de façon insidieuse par des intérêts qui ne sont pas seulement financiers mais bien souvent aussi d'ordre narcissique : le fait d'être appelé à s'exprimer publiquement flatte des heuristiques personnelles de l'ordre de l'émotion et de l'amour-propre. Le décideur n'est ni particulièrement incompetent ni particulièrement malveillant ou corrompu : il est simplement victime de ce que personne ne lui ait enseigné la psychologie de la prise de décision. Ses émotions, ses intérêts, ses croyances, sa confiance en l'expertise et la probité d'autrui, sont autant d'heuristiques dont il ignore tout simplement l'existence ! Pour mieux les inhiber, il faut au moins y être sensibilisé. Ce à quoi ni les médecins ni les politiciens ne sont formés. En politique, un biais cognitif majeur et bien connu est à l'œuvre : le biais des coûts irrécupérables est un automatisme très puissant par lequel tout ce qui a été entrepris jusqu'à présent pèse très lourd dans la prise de décision, quelle que soit sa validité démontrée au moment du choix. Un exemple tristement célèbre : les EPR français... Et bien sûr, le premier confinement, excusé et accepté par la population à une époque où le virus était encore très mal connu : aujourd'hui, si l'on change de politique, alors « tout ce qui a précédé aura été fait en vain ».

Les meilleures écoles de commerce le savent bien : pour vendre plus il faut orienter la prise de décision vers les automatismes tels que les modes, les peurs, les liens sociaux fugaces des réseaux numériques, les besoins instinctifs qui sommeillent en nous. Médecins et politiciens ont pourtant le devoir d'accompagner les citoyens tout au contraire vers l'autonomie et la plénitude de leurs facultés, vers la patience et la sérénité qui améliorent la prise de décision.

### **Des intérêts privés au lieu d'une santé publique**

Ces considérations concernent des professionnels « de bonne foi ». Certains d'entre eux sont pourtant liés par des intérêts économiques assumés. Outre les liens pharmaceutiques (rares mais

puissants), les médecins reçoivent de fortes incitations financières : cotation urgente systématique (+22,6 €) pour toute visite en EHPAD, téléconsultation favorisée et prise en charge à 100% ; rémunération pour le testing, la déclaration en ligne et la vaccination Covid-19 autorisée le WE et les fériés pour 44,06 € (1 500 € en 3h), en plus des aides distribuées pour perte de revenus. La tentation est grande de s'exonérer de tout raisonnement sur les pratiques, d'autant que la réflexion est préétablie par autrui. Chacun est sûr de la bienfaisance de tous les autres. Mais l'enfer, dit-on ... Et comme il est exceptionnellement exonéré de sa responsabilité pénale en matière de vaccination, le médecin est traité comme un agent de soins désinvesti de sa faculté de juger. Ceci est en opposition manifeste avec le Code de Déontologie Médicale (CDM) et il est tout à fait sûr que devant la justice, chacun est responsable des soins qu'il prodigue. C'est une affaire de derniers remparts ! Nous avons bien appris depuis l'expérience de Milgram et les procès de Nuremberg. De son côté, le Conseil de l'Ordre des Médecins (CNOM) a diffusé un appel à tous à se faire vacciner, puis à vacciner, conformément à l'article 12 du CDM (« le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités de santé compétentes en vue de la protection de la santé »). Bien des médecins se sont sentis menacés. Pourtant, au-dessus de toute considération, il y a la protection de la santé et celle-ci n'était pas garantie par la science publiée sur la vaccination. Il n'a donc jamais été en contravention avec la déontologie lorsqu'il s'y refusa. Dans le contexte sanitaire actuel où chaque médecin s'implique de son mieux dans le soin à ses patients, cet appel du CNOM a sonné comme une pression résolument illégale. Quant aux laboratoires, ils se sont bien gardés de mettre en garde les prescripteurs. Mais à qui profite la crise ? Savent-ils que ce qu'ils fragilisent, c'est l'Etat-nation ? La complicité du Comité de Scientifiques est pour eux un Cheval de Troie que le gouvernement refuse de voir comme tel.

### **Dans l'attente du Conseil d'Etat**

Cet argumentaire est celui d'un référé suspension introduit le 7 mars 2021. Il complète un recours qui démontre le non-respect par le Conseil Scientifique des principes les plus élémentaires de l'expertise sanitaire (impartialité et traçabilité des débats). Le gouvernement vient d'y répondre le 16 mars 2021 par neuf pages d'une remarquable cécité juridique sans aucune démonstration. De contradictoire ? Pas question : le gouvernement refuse l'enquête demandée à la Haute Juridiction qui permettrait d'auditionner les témoins utiles à l'étude juridico-scientifique respectueusement proposée par les requérants. Réponse vide de toute morale. C'est même un simple copié-collé d'autres réponses faites à des requérants contestant les mesures restrictives perpétuées par le présent état d'urgence sanitaire. Ainsi, outre le fait que le gouvernement a tronqué le débat parlementaire sur les états d'urgence successifs, sans jamais donner accès aux données scientifiques pourtant exigées par le code de la santé publique, voilà qu'il refuse le débat devant la plus haute juridiction administrative de France.

Il est temps désormais que s'ouvre le débat scientifique au sein de l'enceinte judiciaire : que le Conseil d'Etat détermine en fait et en droit la notion de « catastrophe sanitaire » au sens du Code de la Santé publique. C'est le dernier rempart, mais avant quoi ? Lorsque le débat de la vérité ne passe pas, c'est de l'obscurantisme dont il s'agit. L'enjeu est de ne pas laisser anéantir le contrôle judiciaire du pouvoir exécutif, parce que celui-ci est déjà perdu aux intérêts de l'industrie supranationale qui nous impose « un monde virtuel de probabilités [...] un code de bonne conduite qui fait de la santé le monde suprême, et des comportements suggérés une obligation morale exigeant la soumission de chacun »xi.

Parce qu'il en coûte aujourd'hui l'ensemble des libertés les plus fondamentales, nous publions ci-après l'extrait du mémoire en défense du gouvernement.

Contact presse : [contact@sand-avocats.com](mailto:contact@sand-avocats.com)

*Extrait de la réponse du gouvernement du 16 mars 2021 :*

- **La mise en place d'un couvre-feu au niveau national et d'un confinement dans certaines parties du territoire répond à une situation sanitaire grave**

Dès le 11 mars 2020, l'OMS, préoccupée à la fois par les niveaux alarmants de propagation et de sévérité de la maladie, a estimé que la COVID-19 peut être qualifiée de pandémie. Le 15 janvier 2021, le Comité d'urgence de l'OMS a confirmé que la pandémie de Covid-19 demeurait une « urgence de santé publique de portée internationale »<sup>1</sup>.

La Covid-19 est maladie d'expression polymorphe, tant par sa présentation clinique que par sa gravité et sa durée. Au-delà des décès qu'elle entraîne, elle est susceptible d'avoir des effets prolongés chez les personnes ayant contracté le virus, même chez celles ayant fait des formes peu sévères. Comme le rappelle la Haute autorité de santé dans une publication du 12 février 2021, les symptômes persistants peuvent évoluer de façon fluctuante sur plusieurs semaines ou mois avec des complications possibles qui sont pour l'instant inconnues.

Après quelques semaines de décroissance de l'épidémie observée en France entre les semaines 45 et 49 de 2020, notamment en raison des mesures de confinement mises en place, la semaine 2020/49 (du 30 novembre au 06 décembre 2020) a été marquée par une évolution préoccupante de l'épidémie qui est repartie à la hausse.

En effet, les indicateurs se sont maintenus à un niveau élevé. On notait en semaine 2020/53 une nette augmentation du nombre de cas confirmés, une diminution de l'activité de dépistage, notamment parmi les

---

<sup>1</sup> <https://www.who.int/fr/news/item/15-01-2021-emergency-committee-on-covid-19-advises-on-variants-vaccines>

Au niveau national, la circulation du SARS-CoV-2 se maintient sur un plateau élevé et hétérogène selon les régions.

La semaine 1 (4 au 10 janvier 2021) est marquée par l'observation d'une augmentation des indicateurs épidémiologiques, avec 18 000 cas confirmés en moyenne chaque jour et une augmentation du taux d'incidence de 30 % par rapport à la semaine précédente. L'augmentation était observée dans toutes les classes d'âge et était plus marquée chez les moins de 20 ans. En milieu hospitalier, les indicateurs étaient également à la hausse. Après une diminution en semaine 52, puis une stabilisation en semaine 53, le nombre de déclarations de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a augmenté entre les semaines 53 et 01 : 8 872 nouvelles hospitalisations ont été déclarées en S01 contre 7 460 en S53, soit +19% et une augmentation de +21% des admissions en réanimation a également été observée.

Au 25 février 2021, au niveau national le taux d'incidence était de 214,15 / 100 000 habitants sur sept jours glissants, en augmentation de + 11,6% par rapport à la semaine précédente et 25 403 nouveaux cas ont été diagnostiqués en 24 heures. Le taux d'occupation des lits de réanimation était de 67,8% avec 3 440 patients admis en dont 300 en 24 heures. Ce taux était également supérieur à 60% dans les Hauts-de-France, en Ile-de-France, dans le Grand-Est, en Bourgogne-Franche-Comté, dans le Centre-Val-de-Loire, en Auvergne-Rhône-Alpes et en Provence-Alpes-Côte-D'azur.

Au 15 mars 2021, 4 045 319 cas ont été confirmés positifs au virus soit 29 759 nouveaux cas en 24 heures (en moyenne 22 260 cas étaient confirmés par jour entre le 4 mars et 10 mars 2021).

Les indicateurs du taux d'hospitalisation et d'admission en réanimation restent à des niveaux élevés avec une augmentation du taux d'occupation des lits en réanimation (4 087 patients soit 80,5% des lits occupés en moyenne) et des hospitalisations conventionnelles à un niveau élevé (24 724 patients hospitalisés). 169 décès ont été recensés à l'hôpital en 24 heures (90 315 décès au total).

S'agissant de la circulation du virus, les tendances constatées révèlent une augmentation ces derniers jours sur l'ensemble du territoire. Sur sept jours glissants (du 4 mars au 10 mars 2021), le taux d'incidence augmente (232,17/100 000 habitants, soit ++ 6% par rapport à la semaine du 25 février au 3 mars février 2021), il était de 118,88 / 100 000 habitants le 16 décembre 2020, de 123 / 100 000 habitants le 31 décembre 2020, de 142,8 / 100 000 habitants le 5 janvier 2021, de 199/ 100 000 habitants le 20 janvier 2021, de 205,15 / 100 000 habitants au 24 janvier 2021 et de 210,16 au 26 janvier 2021.

Cette augmentation du nombre de cas de Covid-19 s'est accompagnée de la découverte de nouveaux variants au niveau international. Ces variants ont un impact en termes de transmissibilité, de virulence ou d'échappement immunitaire et vaccinal potentiel et justifient la mise en place d'une surveillance et de mesures de gestion spécifiques pour contenir leur progression.

450412 - reçu le 16 mars 2021 à 12:50 (date et heure de métropole)

Un nouveau variant du SARS-CoV-2 a été détecté au Royaume-Uni à la mi-décembre 2020 (avec des mutations de plusieurs régions génomiques), nommé VUI 202012/01 et circule depuis plusieurs semaines en France. La transmission de ce nouveau variant est telle que l'Angleterre a fait l'objet d'une nouvelle mesure de confinement à compter du 4 janvier 2021 pour une durée de deux mois.

Ce variant présente une contagiosité plus importante. Si le variant anglais représentait 3,3% des contaminations au 6 janvier 2021, 14% le 4 février 2021, 36% le 18 février, il serait désormais responsable de 2/3 des contaminations en France<sup>2</sup>. Sa proportion augmente "de 50 % toutes les semaines".

Deux autres souches variantes particulièrement transmissibles, avec un risque d'échappement immunitaire et vaccinal, ont également été identifiés sur le territoire national : les variants d'intérêt 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3 (respectivement variants dites « Sud-Africain » et « Brésilien »). Ces souches variantes représentent 5 % des nouvelles contaminations, et peuvent occasionner des réinfections chez des personnes qui ont déjà été contaminées au Covid-19.

L'ECDC, dans son évaluation des risques du 15 février 2021<sup>3</sup>, alerte sur la gravité de la situation liée, en partie, à la circulation des variants. En raison de la transmissibilité accrue, de la preuve d'une gravité plus importante et de la possibilité des vaccins COVID-19 à être partiellement ou significativement moins efficaces, l'ECDC considère que le risque associé à la poursuite de la propagation des COV liés au SRAS-CoV-2 dans l'UE/EEE est actuellement élevé à très élevé pour l'ensemble de la population et très élevé pour les personnes vulnérables.

La situation sanitaire est donc caractérisée par un maintien à un niveau très élevé de la circulation du SARS-CoV2, impliquant une tension persistante du système hospitalier dans l'ensemble des régions conduisant à des déprogrammations d'opération dans certains établissements et à des évacuations sanitaires de patients.

- **Les mesures contestées sont adaptées afin de limiter la propagation du virus**

En l'état actuel des connaissances scientifiques, il est reconnu que le virus peut se transmettre par gouttelettes respiratoires, par contacts et par voie aéroportée et que les personnes peuvent être contagieuses sans le savoir, notamment pendant la phase pré-symptomatique. Dans une note du 12 décembre 2020 dernier, le comité de scientifiques a relevé que les porteurs asymptomatiques du virus étaient responsables d'environ 40 à 50% des nouvelles contaminations<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Olivier Véran, conférence de presse, jeudi 11 mars 2021

<sup>3</sup><https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-risk-assessment-variants-vaccine-fourteenth-update-february-2021> : Risk assessment: SARS-CoV-2 - increased circulation of variants of concern and vaccine rollout in the EU/EEA, 14th update

La transmission du virus est favorisée par le brassage de population, la densité de population, le temps de contact avec des personnes potentiellement contaminées et la ventilation des locaux<sup>5</sup>.

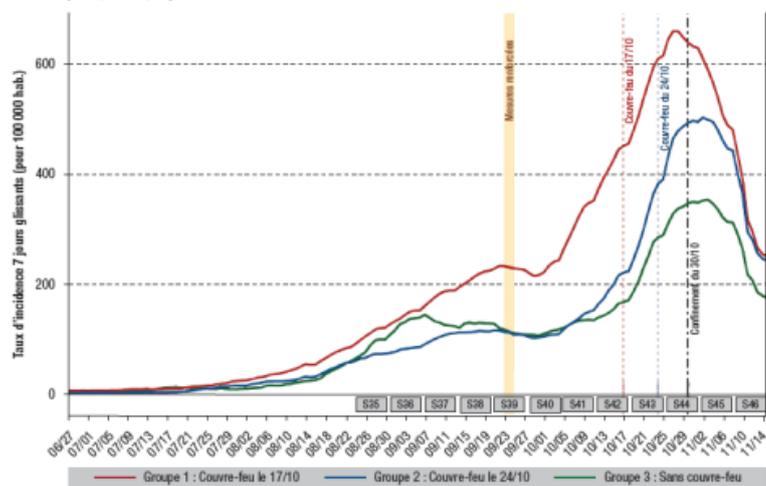
La mise en place du couvre-feu, combiné aux autres mesures, vise à limiter les contaminations tout en contenant les impacts économiques et sociaux de la stratégie de prévention.

Dans une note d'alerte du 22 septembre 2020, le conseil de scientifiques Covid-19, en référence aux mesures de confinement prises en mars et aux mesure de couvre-feu adoptées en Guyane, a souligné la pertinence d'un couvre-feu dans le contrôle de la circulation du virus et les effets sur la mortalité. Il a relevé par ailleurs que plus les actions sont fortes et précoces, plus celles-ci peuvent être efficaces et limitées dans le temps par rapport à des actions plus tardives.

Les données épidémiologiques relevées entre le 27 juin et le 15 novembre révèlent une diminution du taux d'incidence plus rapide dans les Métropoles soumises au couvre-feu et concernées par des mesures renforcées<sup>6</sup>.

50412 - reçu le 16 mars 2021 à 12:50 (date et heure de métropole)

Figure 1  
Évolution du taux d'incidence sur 7 jours glissants (pour 100 000 habitants) des cas confirmés de Covid-19 par groupe de métropoles, France, 27 juin-15 novembre 2020



<sup>5</sup> Avis du HCSP du 22 novembre 2020, relatif à une proposition de protocole sanitaire renforcé pour les commerces dans le contexte de l'épidémie de Covid-19

<sup>6</sup> Évaluation précoce de l'impact des mesures de freinage mises en place pour contrôler la deuxième vague de covid-19 dans 22 métropoles françaises, octobre-novembre 2020 – Santé Publique France

- **La mesure est proportionnée aux risques sanitaires encourus**

En premier lieu le couvre-feu, qui est une mesure moins restrictive qu'un confinement, permet de limiter la propagation du virus, d'une part, en limitant les interactions sociales qui favorisent la reprise épidémique, d'autre part, en réduisant le nombre de fêtes et rassemblements dans les lieux privés, à l'origine de nombreuses contaminations, sans pour autant les interdire.

Le couvre-feu est associé à d'autres mesures de freinage telles que l'obligation du port du masque dans certains lieux, les politiques de test associés aux mesures de contact-tracing ou encore la limitation des interactions entre groupes sociaux via la fermeture de différents établissements recevant du public. Le télétravail est également la règle sur le territoire national pour l'ensemble des professions où cela est possible. De plus, l'accès au territoire national est conditionné à la présentation d'un test PCR négatif réalisé 72 heures avant le départ et, pour les voyageurs à destination ou en provenance d'un pays hors de l'espace européen, à la justification d'un motif impérieux<sup>7</sup>.

De plus, le couvre-feu mis en place ne présente pas un caractère absolu puisque de nombreuses dérogations sont prévues tels que les déplacements justifiés par des motifs professionnels, médicaux, familiaux impérieux, par une convocation judiciaire ou administrative ou encore dans un rayon maximal d'un kilomètre autour du domicile pour les besoins des animaux de compagnie.

En deuxième lieu, le choix des horaires du couvre-feu a été réalisé en tenant compte de la nécessité tout à la fois de lui donner une certaine efficacité, ce qui excluait d'en limiter l'application au cœur de la nuit.

Le 20 mars dernier, alors que l'épidémie se répandait en Guyane, il a été décidé de mettre en place un couvre-feu d'abord de 23h à 5h puis de 21h à 5h, les déplacements intérieurs étant limités. Ce couvre-feu a progressivement été élargi au vu de l'intensification de la circulation du virus jusqu'au 25 juin 2020 à 17 heures en semaine et à 15 heures le samedi. Le retour d'expérience de cette période de couvre-feu sur cette partie du territoire, appliqué selon des paramètres ayant évolué dans le temps, permet de tirer des enseignements sur son efficacité. Une inflexion très nette de la courbe épidémique a été observée avec la mise en place du couvre-feu plus précoce que 23 heures. La courbe des besoins en lits de réanimation s'est infléchie peu de temps après la mise en place de cette mesure.

Dans une étude publiée le 22 septembre 2020, l'Institut Pasteur, l'ARS de Guyane, le CNRS, Santé publique France, le centre hospitalier de Cayenne, diverses universités et l'INSERM ont analysé ces effets. Ils ont observé qu'avec un couvre-feu plus précoce que 23h, le taux de reproduction de base du virus (le nombre de personnes contaminées par une personne malade soit R0) était passé de 1,78 à 1,14, suggérant que les « mesures strictes de couvre-feu ont réussi à réduire la transmission », permettant par conséquent de réduire les cas positifs et la pression sur les services hospitaliers de la région.

---

<sup>7</sup> Depuis un décret du 12 mars 2021, cette dernière condition ne s'applique plus pour les déplacements en provenance ou à destination d'un pays tiers.

Si le couvre-feu initialement institué débutait à 20 heures, le regain épidémique a justifié que celui-ci soit avancé à 18 heures afin de limiter les interactions sociales afin notamment d'éviter les stratégies d'évitement (rejoindre ses amis plus tôt etc).

Enfin, les éventuels effets de report de la mesure ont été anticipés. Les opérateurs de transports ont notamment adapté leur offre de transport en conséquence<sup>8</sup> où le respect des gestes barrières et notamment le port systématique du masque est rappelé. De plus, il a été demandé à la population de limiter ses regroupements dans la sphère privée et dans la sphère publique et en appelant à favoriser autant que possible le télétravail.

\*\*\*

Par ces motifs, et sans qu'il soit besoin de diligenter une enquête sur le fondement de l'article R. 623-1 du code de justice administrative, je conclus au rejet de la requête.

Le directeur des affaires juridiques

A blue ink signature, appearing to be a stylized 'A' or similar character, located below the text 'Le directeur des affaires juridiques'.

## BIBLIOGRAPHIE

---

<sup>i</sup> <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

<sup>ii</sup> <https://www.who.int/bulletin/volumes/99/1/20-265892.pdf>

<sup>iii</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7271136/>

<sup>iv</sup> [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30566-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30566-3/fulltext)  
DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

<sup>v</sup> Misguided drug advice for COVID-19 FitzGerald Science 27 Mar 2020: Vol. 367, Issue 6485, pp. 1434 DOI: 10.1126/science.abb8034

<sup>vi</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000029881570>

<sup>vii</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000691989/>

<sup>viii</sup> [https://www.courdecassation.fr/venements\\_23/colloques\\_4/2004\\_2034/droit\\_catastrophes\\_8211.html](https://www.courdecassation.fr/venements_23/colloques_4/2004_2034/droit_catastrophes_8211.html)

<sup>ix</sup> Bendavid, E, Oh, C, Bhattacharya, J, Ioannidis, JPA. Assessing mandatory stay-at-home and business closure effects on the spread of COVID-19. *Eur J Clin Invest.* 2020; 00:e13484. <https://doi.org/10.1111/eci.13484>

<sup>x</sup> Daniel Kahneman : Système 1 / Système 2, les deux vitesses de la pensée (Flammarion)

<sup>xi</sup> P.lécors et J-B Paturet, Santé publique du biopouvoir à la démocratie