



COVID-19, ÉCOLE, COLLEGE, LYCEE ET UNIVERSITE : QU'AVONS-NOUS FAIT ?

Par : Les Universitaires du Collectif Reinfocovid

Temps de lecture : 5 minutes

A RETENIR

- La COVID-19 n'affecte toujours pas les classes d'âge inférieures à 30 ans.
- L'observation de la réalité de terrain pendant plus de 18 mois permet de constater que le port du masque ne modifie en rien la dynamique de l'épidémie.
- Seule l'infection naturelle des jeunes par le SARS-CoV-2, sans effets importants pour la très grande majorité d'entre eux, permettra de durablement limiter leur risque d'infecter les plus fragiles en coupant la production virale, ce que le vaccin actuel ne peut faire efficacement
- L'ensemble des observations faites au cours de ces bientôt deux années de crise indique que les multiples mesures sanitaires imposées aux jeunes ont été pour eux plus délétères que bénéfiques

Introduction

Cet article, produit par le collectif de scientifiques et d'universitaires de Réinfocovid, vise à tirer parti du recul de bientôt deux années, pour faire une synthèse rapide sur les impacts qu'ont eus les décisions sanitaires sur les jeunes. En effet, plus que les anciens, qui sont les victimes directes principales de cette nouvelle maladie (90 % des décès ont touchés les plus de 65 ans), les jeunes ont progressivement été ostracisés comme susceptibles d'être responsables des infections chez leurs aînés (spots télé, annonces radiophoniques, articles grands médias, etc...). A tel point que l'on arrive aujourd'hui à imposer à des enfants le port du masque toute la journée à l'école, sans interruption, y



compris dans les cours de récréation. Ceci en dépit de l'impact aussi bien sur l'apprentissage que sur les troubles psychologiques rapportés par de nombreux professionnels, dont certains aujourd'hui sont officiellement soutenus par le CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique, <https://www.youtube.com/watch?v=wLSqsG2k7ZE>), qui a pourtant jusqu'ici été plutôt frileuse quant à l'observation critique de la gestion de cette crise. Les impacts néfastes sur les jeunes sont d'autant plus lourds à porter que l'on sait pertinemment que ces classes d'âge ne sont absolument pas affectées par la COVID-19.

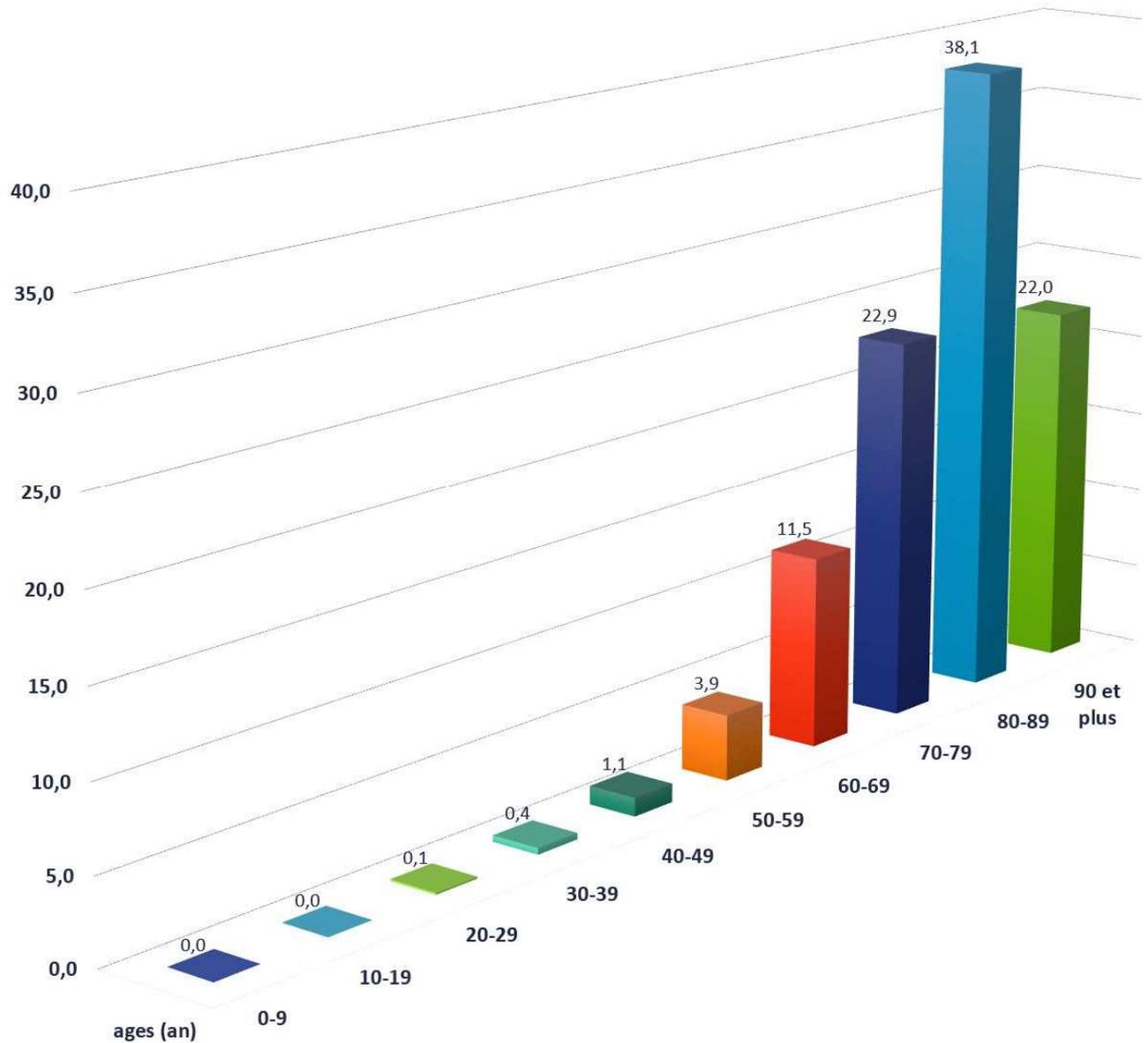
La question centrale que nous devons nous poser est pourtant simple : acceptons-nous ce nouveau paradigme qui implicitement vise à faire porter aux enfants, qui n'ont rien à craindre de cette maladie, le poids d'une profonde perturbation de leur développement social, psychologique et affectif, pour (peut-être) protéger leurs grands-parents d'une maladie qui les affecte au crépuscule de leur existence et pour lesquels la grande majorité est déjà vaccinée ?

1- Bilan de la mortalité COVID-19 par classe d'âge

La COVID-19, après plus de 18 mois de suivi, n'affecte toujours pas les classes d'âge inférieures à 30 ans (dont les étudiants). Ceci est illustré sur la Figure 1, histogramme construit à partir des données de santé Publique France au 5 décembre 2021.

De plus, l'étude des rares décès dans ces classes d'âge indique qu'ils sont majoritairement associés à de graves comorbidités [1]. Cependant, ces jeunes, dont les étudiants, ont également été soumis aux confinements, fermetures de leurs universités, restrictions de leurs vies sociales, obligation de port de masques, et autres. Tout ceci a entraîné un lourd impact social et psychologique sur ces populations [2][3].

Décès cumulés (%) COVID-19 par classe d'âge, au 5 décembre 2021



*Figure 1 : Pourcentages des décès « COVID-19 » (test SARS-CoV-2 positif). La répartition des décès est effectuée sur 10 classes d'âge successives, de 10 années chacune, sauf la dernière : 90 ans et plus. Jusqu'à 30 ans, on dénombre moins de 0,1 % des décès COVID-19 totaux, majoritairement associés à de graves comorbidités (cf texte). En d'autres termes, **99,9 % des décès COVID-19 n'affectent pas les moins de 30 ans.***

2- Observation comparative sur plus d'un an de l'effet du masque sur l'infectivité et la mortalité COVID-19

De nombreuses études ont été publiées dans la littérature. Certaines publiées en 2020 rapportaient un effet du masque sur la limitation des contaminations (dans la revue nature [4]), alors que d'autres, y compris en RCT (Randomized Controlled Trial), concluaient à l'inefficacité du port du masque pour limiter les contaminations [5][6].

Depuis, le recul nous permet de nous affranchir de ces publications aux résultats contradictoires. Il est désormais possible d'observer la réalité de terrain et de comparer l'impact du SARS-CoV-2 dans des pays similaires ayant eu des politiques différentes quant au port du masque. Les figures 2, 3, 4 et 5, construites à partir de données officielles publiques (OMS, Johns Hopkins University) et mises en forme par <https://ianmsc.substack.com/p/why-does-no-one-ever-talk-about-sweden>, sont sans appel: le port du masque ne modifie en rien la dynamique de l'épidémie :

Figure 2

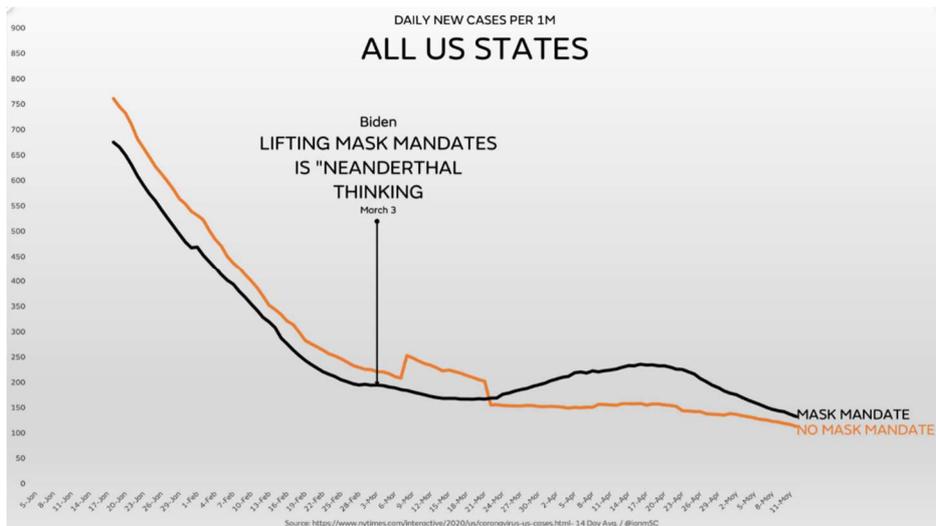


Figure 3

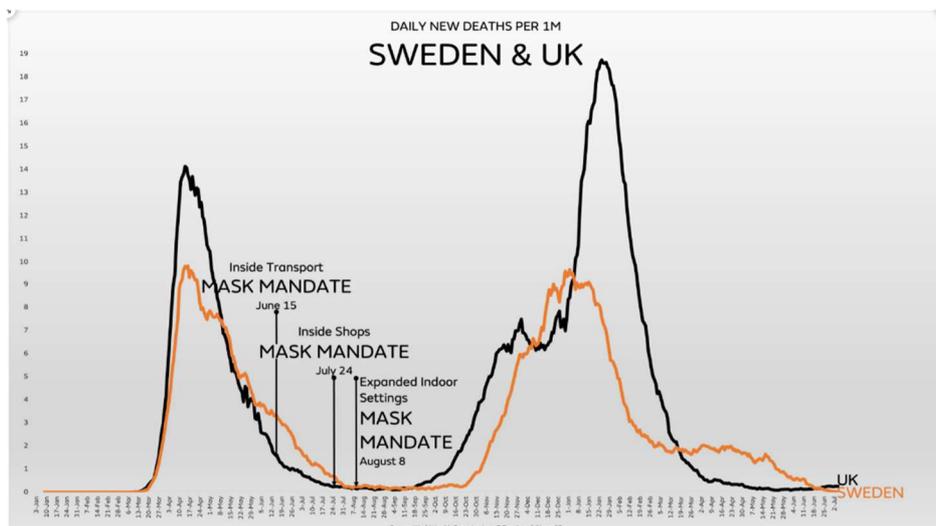


Figure 4

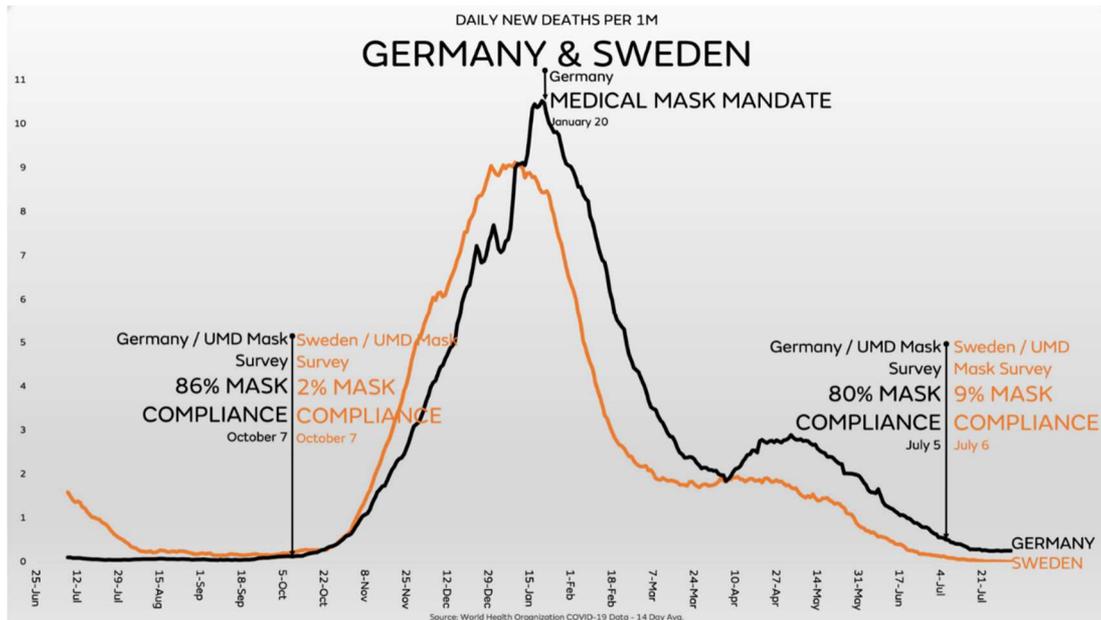
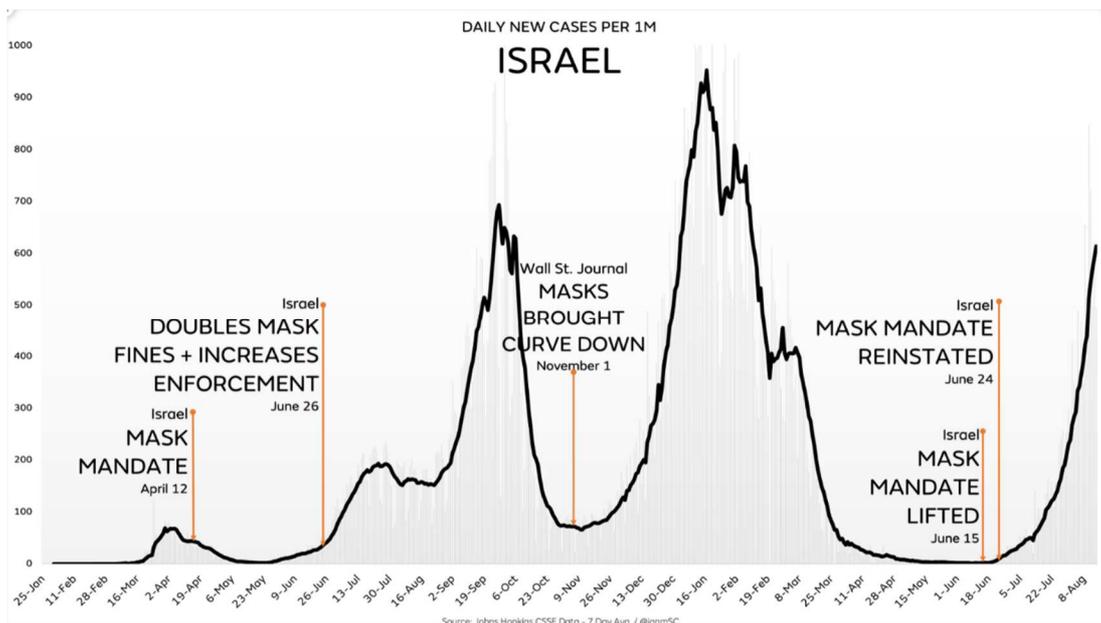


Figure 5



Figures 2 à 5 : Comparaison entre plusieurs pays (Figure. 2 : Tous les états américains; Figure 3 : le Royaume-Uni et la Suède; Figure. 4 : l'Allemagne et la Suède ; Figure. 5 : Israël seul) de l'évolution de la dynamique des cas ou des décès COVID-19 par million d'habitants en fonction de l'obligation du port du masque ou non. Les traits verticaux oranges et noirs indiquent les changements d'obligations décrétées par les autorités sanitaires des pays indiqués. On observe qu'en aucun cas l'obligation du port du masque n'est corrélée avec une baisse des cas ou décès, indiquant son inutilité. Le cas des USA est très parlant : certains états ont imposé le port du masque, d'autres non. On constate que pour ces deux groupes, la dynamique des cas est pratiquement identique.

3- Risque de contamination des aînés par les jeunes

Il est établi que la contamination des personnes âgées par des jeunes est possible. Cependant, le poids des jeunes dans ce type de propagation par rapport à celui d'autres adultes reste très controversé [7]. Par précaution, on incite donc très fortement les jeunes à se faire vacciner afin de limiter le risque de contaminer leurs aînés, qui sont en effet plus de 1000 fois plus fragiles qu'eux face à la COVID-19.

Malheureusement, nous savons aujourd'hui que les vaccins ne sont pas stérilisants (infection toujours possible, et risque de contamination d'autrui équivalent à celui d'un non vacciné [8]). De plus, l'efficacité des vaccins actuels n'est que transitoire, et décroît dès le premier mois post-injection [9].

Par contre, il est aujourd'hui démontré que l'immunité acquise suite à une infection par le SARS-CoV-2 est bien plus stable et efficace dans le temps que celle obtenue par le vaccin [10][11]. Étant donné la résistance naturelle des jeunes face à ce virus [7], il serait donc bien plus efficace de les laisser acquérir cette immunité post-infection SARS-CoV-2. Infection, rappelons-le de nouveau, sans conséquence majeure chez les jeunes [7]. Ainsi, le risque de contaminer les classes d'âge plus fragiles disparaîtrait progressivement et de façon durable, plus sûrement qu'avec les vaccins actuels dont l'efficacité est trop limitée.

Conclusions

Le monde Universitaire représente l'essence même de la connaissance, de l'esprit critique et de la réflexion. Depuis le début de cette pandémie, qu'il est plus juste de nommer syndémie puisque 95 % des victimes de la COVID-19 sont porteurs de comorbidités [12][13], les systèmes sanitaires ont fait de multiples choix afin de tenter de limiter l'impact de cette crise. Après bientôt deux ans, nous sommes aujourd'hui en mesure d'évaluer l'efficacité de ces mesures. En ce qui concerne le fonctionnement de l'Université (ou de l'école, du collège et du lycée), le recul nous permet de constater que les classes d'âge de moins de 30 ans ont davantage été affectées par les mesures sanitaires qui leur ont été imposées que par le virus lui-même.

Il semble urgent de prendre conscience de la réalité de l'absence de risques vitaux pour les jeunes face au SARS-CoV-2. Il est inconcevable de sciemment les maintenir dans un climat d'anxiété qui, de fait, ne les concerne pas. Et pire encore, de les culpabiliser quant à leur responsabilité éventuelle dans la contamination de leurs aînés. Nous savons aujourd'hui que les données scientifiques objectives montrent qu'il n'y a plus aucune raison de ne pas leur permettre de vivre normalement, d'étudier normalement, de s'épanouir en confiance comme tout jeune est censé le faire pour devenir un adulte équilibré.

Certains répondront avec raison que l'enseignement n'est possible qu'avec des enseignants et du personnel administratif, qui eux, ne sont pas dans les classes d'âges protégées de la COVID-19. En effet. Mais il a été démontré que les personnels enseignants exposés à des élèves/étudiants (non masqués) ne sont pas plus sensibles à la maladie que le reste de la population générale non enseignante [14]. Quand diffuserons-nous enfin ces réalités scientifiques ?

L'ensemble de ces données nous place face à nos responsabilités d'adultes, d'enseignants ou de citoyens: allons-nous continuer à maltraiter notre jeunesse ? Allons-nous prendre le risque d'en laisser une bonne partie psychologiquement et durablement fragilisée? Notre responsabilité est de tirer les leçons de ces bientôt deux années. Rendons à la jeunesse le goût de

la découverte de la vie. Libérons-la des obligations sanitaires sans effets sur elle, autres que délétères. La volonté de protéger les populations à risques et âgées, désormais bien caractérisées, ne peut éthiquement pas reposer sur la culpabilisation, voire la maltraitance des jeunes.

REFERENCES

- [1] C. Smith *et al.*, “Deaths in children and young people in England after SARS-CoV-2 infection during the first pandemic year,” *Nat Med*, Nov. 2021, [doi: 10.1038/s41591-021-01578-1](https://doi.org/10.1038/s41591-021-01578-1).
- [2] S. Singh, D. Roy, K. Sinha, S. Parveen, G. Sharma, and G. Joshi, “Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations,” *Psychiatry Res*, vol. 293, p. 113429, Nov. 2020, [doi: 10.1016/j.psychres.2020.113429](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429).
- [3] R. Clair, M. Gordon, M. Kroon, and C. Reilly, “The effects of social isolation on well-being and life satisfaction during pandemic,” *Humanit Soc Sci Commun*, vol. 8, no. 1, p. 28, Dec. 2021, [doi: 10.1057/s41599-021-00710-3](https://doi.org/10.1057/s41599-021-00710-3).
- [4] L. Peeples, “Face masks: what the data say,” *Nature*, vol. 586, no. 7828, pp. 186–189, Oct. 2020, [doi: 10.1038/d41586-020-02801-8](https://doi.org/10.1038/d41586-020-02801-8).
- [5] H. Bundgaard *et al.*, “Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers: A Randomized Controlled Trial,” *Ann Intern Med*, pp. M20-6817, Nov. 2020, [doi: 10.7326/M20-6817](https://doi.org/10.7326/M20-6817).
- [6] M. Klompas, C. A. Morris, J. Sinclair, M. Pearson, and E. S. Shenoy, “Universal Masking in Hospitals in the Covid-19 Era,” *N Engl J Med*, vol. 382, no. 21, p. e63, May 2020, [doi: 10.1056/NEJMp2006372](https://doi.org/10.1056/NEJMp2006372).
- [7] K. A. M. Gaythorpe *et al.*, “Children’s role in the COVID-19 pandemic: a systematic review of early surveillance data on susceptibility, severity, and transmissibility,” *Sci Rep*, vol. 11, no. 1, p. 13903, Dec. 2021, [doi: 10.1038/s41598-021-92500-9](https://doi.org/10.1038/s41598-021-92500-9).
- [8] G. Kampf, “The epidemiological relevance of the COVID-19-vaccinated population is increasing,” *The Lancet Regional Health - Europe*, vol. 11, p. 100272, Dec. 2021, [doi: 10.1016/j.lanepe.2021.100272](https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100272).
- [9] A. Israel *et al.*, “Elapsed time since BNT162b2 vaccine and risk of SARS-CoV-2 infection: test negative design study,” *BMJ*, p. e067873, Nov. 2021, [doi: 10.1136/bmj-2021-067873](https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067873).
- [10] S. Gazit *et al.*, “Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections,” *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*, preprint, Aug. 2021. [doi: 10.1101/2021.08.24.21262415](https://doi.org/10.1101/2021.08.24.21262415).
- [11] N. Kojima and J. D. Klausner, “Protective immunity after recovery from SARS-CoV-2 infection,” *The Lancet Infectious Diseases*, p. S1473309921006769, Nov. 2021, [doi: 10.1016/S1473-3099\(21\)00676-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00676-9).
- [12] R. Horton, “Offline: COVID-19 is not a pandemic,” *The Lancet*, vol. 396, no. 10255, p. 874, Sep. 2020, [doi: 10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6).
- [13] L. Kompaniyets *et al.*, “Underlying Medical Conditions and Severe Illness Among 540,667 Adults Hospitalized With COVID-19, March 2020–March 2021,” *Prev. Chronic Dis.*, vol. 18, p. 210123, Jul. 2021, [doi: 10.5888/pcd18.210123](https://doi.org/10.5888/pcd18.210123).
- [14] J. F. Ludvigsson, L. Engerström, C. Nordenhäll, and E. Larsson, “Open Schools, Covid-19, and Child and Teacher Morbidity in Sweden,” *N Engl J Med*, vol. 384, no. 7, pp. 669–671, Feb. 2021, [doi: 10.1056/NEJMc2026670](https://doi.org/10.1056/NEJMc2026670).

A retrouver sur [Reinfocovid](https://reinfocovid.fr/science/covid-19-ecole-college-lycee-et-universite-quavons-nous-fait/) : <https://reinfocovid.fr/science/covid-19-ecole-college-lycee-et-universite-quavons-nous-fait/>