

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

21 juillet 2021

## GESTION DE LA CRISE SANITAIRE - (N° 4389)

Commission	
Gouvernement	

Non soutenu

**AMENDEMENT**

N° 861

présenté par  
M. Son-Forget

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL****APRÈS L'ARTICLE 13, insérer l'article suivant:**

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le dimanche 25 juillet 2021, un rapport sur les mécanismes physiopathologiques précis responsables de la pathogénicité du virus et comportant une description du tableau clinique complet du SARS-CoV2 y compris de ses conséquences neurologiques, neuropsychologiques et hématologiques.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Le recul de plus d'une année de la pandémie à COVID-19 ne nous a pas permis d'établir un tableau précis des mécanismes physiopathologiques de la maladie, ni des syndromes cliniques complets associés au SARS CoV2. En l'absence de cette connaissance, et notamment pour de nombreux symptômes semblant évoluer de manière infra-clinique, de manière aiguë ou au long cours, il semble difficile d'imaginer que les mécanismes de pharmacovigilance classique puissent identifier correctement en routine (questionnaires pré-vaccinaux, gérés par des non médecins, ou du personnel soignant n'ayant pas l'information, faute qu'elle existe exhaustivement) de tels symptômes potentiels, issus ou des conséquences de nouveaux types de vaccin jamais déployés à l'échelle de l'humanité, via la protéine spike, un des éléments de pathogénicité du virus, ou issus du décours de la maladie en soi chez un patient infecté.

Si on peut saluer la capacité de réponse de l'industrie et du politique dans les grands pays développés, sur le développement de nombreux vaccins innovants ou plus classiques, il semble opportun d'adapter la politique vaccinale au niveau de risque.

D'une part, la cohabitation potentielle de plusieurs vaccinations de type différents n'a pu faire l'objet d'aucune étude sérieuse et à grande échelle. D'autre part, ce type d'étude est contraint par le

potentiel adaptatif du virus, celui-ci n'étant pas anticipable de manière corrélée quant à son potentiel pathogène.

Les populations cibles et à risque, âgées, co-morbides, obèses ont été largement vaccinées faisant baisser les formes graves en grande partie, mais n'empêchant pas des recontaminations avec des tableaux cliniques bien réels, bien qu'ils semblent atténués.

Temporiser semble le maître mot si les populations non à risques peuvent attendre d'ici quelques mois la mise sur le marché de vaccins plus classiques avec virus inactivés, ou fragment de celui-ci tels les vaccins à protéine recombinante.

En parallèle un effort considérable devrait être mis sur la connaissance bien plus large du potentiel pathogène complet, de la physiopathologie à la clinique, du COVID19. Le schéma de prise en charge thérapeutique devrait également évoluer à la lumière des méta analyses mettant en évidence l'avantage thérapeutique précoce contre la réplication en dehors des schémas hospitaliers correspondant le plus souvent à des prises en charge tardives où la question de la réplication virale est secondaire par rapport à un tableau lésionnel et inflammatoire au 1er plan devant faire l'objet des traitements les plus prioritaires.