

Pandémie de Covid-19 : a-t-on tiré toutes les leçons des échecs ?

EDITORIAL



La pandémie de Covid-19 a tout bousculé sur son passage, entraînant de nombreux bouleversements en France comme dans le monde entier, touchant aussi bien nos modes de vie, l'économie, l'enseignement, nos rapports aux autres que nos pratiques médicales. Elle a surtout fait perdre leur bon sens à beaucoup de gens, et leur sens clinique ainsi que leur rigueur scientifique à nombre de médecins.

Cette épidémie a mis en exergue toutes les difficultés et les faiblesses de notre société, de nos administrations et de notre système de santé, tant à l'hôpital qu'en ville. La formation des médecins, davantage fondée aujourd'hui sur la connaissance de recommandations et d'algorithmes que sur la compréhension de la physiopathologie des maladies et l'expérience de terrain, a complexifié la situation et n'a pas permis d'appréhender pleinement les divers enjeux de cette crise sanitaire.

Il a été suggéré que le nombre important de décès rapporté aux Etats-Unis était dû à la rencontre de deux épidémies, celle du SARS-CoV-2 et celle de l'obésité. C'est aussi, on peut s'autoriser à le penser, la rencontre frontale d'une épidémie avec la bêtise humaine relayée par les réseaux sociaux. On demande à l'Etat tout et son contraire : des règles simples alors que la situation est complexe, figées alors que les connaissances sont évolutives et en progression constante.

En mars 2020, Le président de la République a évoqué une situation de guerre. En a-t-on tiré toutes les conséquences ? Si c'est une guerre, c'est une guerre de mouvements, non une guerre de tranchées. Si les décisions prises sont souvent les bonnes, elles le sont à contretemps et sans l'appui de la logistique indispensable.

L'échec de la lutte contre la Covid-19, marqué par la survenue ces dernières semaines d'une deuxième vague, n'est que l'exacerbation des maux qui touchent la société française depuis des dizaines d'années.

Notre incapacité à être autonome, tant

pour la fabrication des masques que pour celle des outils de diagnostic de l'infection à SARS-CoV-2, n'est que la conséquence de l'effondrement de notre appareil industriel.

Notre incapacité à augmenter le potentiel d'accueil des services de réanimation sans retentissement sur la prise en charge des autres patients n'est que le reflet de la gestion principalement comptable de nos hôpitaux et de la problématique organisationnelle de nos structures de soins, la rentabilité de l'hôpital ayant pris le dessus sur toute autre considération depuis la prise de pouvoir de la technocratie durant la décennie 1990.

Notre incapacité à faire respecter la loi et l'ordre dans tous les domaines a eu pour conséquence le non-respect des mesures de distanciation et de port du masque par une partie de la population, créant des poches dans lesquelles le virus a pu circuler largement et librement.

Notre incapacité à prévoir, anticiper et organiser, ainsi que notre manque de rigueur dans la mise en place des moyens nécessaires à l'application des mesures d'hygiène ont provoqué l'insécurité et le chaos lors des retours en classe, pourtant jugés essentiels par tous.

L'indécision de nos politiques depuis des dizaines d'années n'est que l'aboutissement d'une gouvernance au jour le jour, au gré des turbulences médiatiques, donc davantage mue par des réactions que par des actions anticipatrices, sans vision à long terme et empêtrée dans un principe de précaution mal appliqué. Une bonne décision prise à un mauvais moment peut devenir une mauvaise décision.

Enfin, la lourdeur de notre système administratif, en particulier dans le domaine de la santé, a joué un rôle délétère. Les agences sanitaires (ANSM, SPF, HAS, HCSP, ARS...) ont été additionnées à la DGS et à la DGOS ainsi qu'au cabinet du ministre au cours du temps, avec des recoupements dans leurs attributions et des moyens limités pour chacune d'entre elles. Les suites de l'affaire du Mediator®, l'absence quasi complète dans ces agences d'« experts de terrain » ont privé ces instances de

R. Cohen, pédiatre, infectiologue, ancien président du groupe de travail de l'Afssaps sur les anti-infectieux et ancien membre de la commission d'AMM, GRC Gemini, CHI de Créteil, GPIIP, AFPA et ACTIV
 F. Trémolières, interniste et infectiologue, ancien vice-président du groupe de travail de l'Afssaps sur les anti-infectieux et ancien membre de la commission de la transparence, hôpital François-Quesnay, Mantes-la-Jolie
 R. Gauzit, réanimateur, infectiologue, ancien vice-président du groupe de travail de l'Afssaps sur les anti-infectieux, hôpital Cochin, Paris
 Remerciements à G. Monguillot

spécialistes qui auraient été bien utiles en période de pandémie. Enfin, on a vu se développer une « culture » d'administration pour laquelle la prévention d'éventuels procès prime souvent sur la santé publique. Cela explique en grande partie le retard de certaines décisions pourtant cruciales. Il est aussi probable que l'hypermédiatisation de cette pandémie, avec des médecins aux propos se contredisant d'une semaine à l'autre, n'a pas favorisé l'adhésion aux recommandations...

Cependant, jamais la recherche n'a avancé aussi vite, tant sur la connaissance du virus que sur la maladie elle-même, permettant de penser aujourd'hui que cette épidémie obéit aux règles générales des pathologies infectieuses.

La transmissibilité et la contagiosité d'un virus ne se résument pas au R_0 (nombre moyen d'individus infectés à partir d'un cas contact dans une population non immunisée) et à l'intervalle intergénérationnel (temps moyen entre le moment de la contamination d'un sujet et celui où il devient contaminateur). Il faut également prendre en compte le facteur k (capacité à transmettre les agents pathogènes, probablement très différente d'un individu à l'autre), paramètre permettant d'évaluer cette dispersion. On sait à présent que le SARS-CoV-2 a tendance à se propager en grappes, avec des notions de super-contaminateurs et des situations de super-contaminations, mais cette donnée n'est pas intégrée dans les stratégies de gestion de la pandémie, en particulier dans l'application des mesures de prévention. Comme pour d'autres agents pathogènes, les formes les plus graves de la maladie, tant chez l'enfant que chez l'adulte, sont le témoin de réponses immunitaires inappropriées, excessives et/ou inadéquates.

Jamais autant de connaissances n'ont été accumulées en si peu de temps, mais les milliers de publications, d'observations, de travaux de recherche et d'essais cliniques ne forment aujourd'hui que les pièces d'un patchwork qui demandent encore, et probablement pour plusieurs mois, à être assemblées.

La lutte contre la pandémie continue de reposer essentiellement sur les mesures d'hygiène. Cinq sont efficaces : la diminution du nombre de contacts, la distanciation, le port du masque dans les milieux fermés et en extérieur lorsque la distanciation n'est pas possible, l'hygiène des mains, l'aération des pièces. L'utilisation des masques a été particulièrement confuse en début d'épidémie, essentiellement pour deux raisons : d'une part, le manque d'approvisionnement indéniable ; d'autre part, la non-recommandation du port du masque en population générale du fait de la sous-estimation initiale de la transmission « air » du SARS-CoV-2 par les microaérosols et du rôle des sujets asymptomatiques dans la dynamique de l'épidémie. Bien qu'efficaces, ces mesures réduisent le risque mais ne le suppriment pas, et sont très contraignantes sur la durée. L'efficacité des autres mesures reste discutable en raison du mode de transmission du virus.

Pendant des années, pour les maladies infectieuses, une médecine syndromique, voire symptomatique, a été imposée aux médecins de terrain en les privant d'outils de diagnostic rapide pourtant existants, sous prétexte que cela ne changeait rien à la prise en charge des patients. Cette attitude était le résultat d'intérêts divers : celui des laboratoires de pointe comme les centres nationaux de référence (CNR), qui trouvaient à juste titre que ces tests étaient moins performants que ceux qu'ils utilisaient ; celui des laboratoires de biologie de ville, qui craignaient que ces tests de diagnostic rapide (TDR) entraînent une diminution de leur activité dans un contexte économique déjà difficile pour eux ; celui de groupes de médecins qui ne veulent s'appuyer que sur des règles de décisions cliniques ou qui trouvent ces TDR trop chronophages lors de leurs consultations. Toutes ces attitudes ont largement contribué au fait que la France reste l'un des pays où l'on consomme le plus d'antibiotiques, ainsi qu'aux difficultés rencontrées pour instaurer l'utilisation des TDR du streptocoque du groupe A. Que dire des TDR

de la grippe ou de protéine la C-réactive (CRP) en microméthode, utilisés depuis des années dans de nombreux pays mais seulement par les urgences pédiatriques et quelques pédiatres ambulatoires en France, sans aucune prise en charge par l'Assurance maladie ? Ainsi, on comprend mieux les difficultés d'implémentation des TDR du SARS-CoV-2 dans notre pays malgré la publication d'études, notamment dans le *New England Journal of Medicine*, soulignant leur intérêt depuis plus de deux mois.

Enfin, on ne peut clore la liste de ces constats sans aborder le fiasco de l'utilisation des PCR. En début d'épidémie, le peu d'appareils disponibles constituait déjà un obstacle, mais la limitation de ces tests à quelques laboratoires hospitaliers, puis, plus tard, la préconisation des PCR sans ordonnance ont constitué deux erreurs majeures. Les laboratoires de biologie de ville n'étaient pas prêts, ni en termes de personnel capable de réaliser les prélèvements et leur analyse, ni en termes de réactifs, à recevoir des centaines de milliers de demandes chaque jour. Il s'en est ensuivi des files d'attente interminables, des délais considérables pour réaliser les prélèvements et, surtout, des retards inacceptables de délivrance des résultats rendant complètement inefficace la stratégie de dépistage des cas et d'isolement des malades. Outre le coût faramineux de cette stratégie, son échec a indiscutablement contribué à la survenue de la deuxième vague de l'épidémie. Aujourd'hui, alors que nous la subissons et qu'un nouveau confinement (partiel) a été imposé, il est essentiel de repenser une stratégie de dépistage efficace avec les nouveaux outils dont nous disposons, et de définir au préalable les étapes qui seront nécessaires au déconfinement afin de pouvoir en tirer pleinement profit.

Or, l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) SARS-CoV-2 nous semble mal engagée, et va aboutir, si l'on persiste, au même ratage que celui des PCR. □

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec cet article.