

COVID épidémie 2020

Michel BASS 5 avril 2020

Tant pis, je me lance. Je m'étais juré de ne rien écrire sur la situation actuelle tant la polarisation confine à l'obsession, voire à l'hallucination. Mais la psychose délirante actuelle m'empêche de penser à autre chose. Car tout, dans ce qui se dit et se passe, ressemble à la psychose : dysmorphophobie (obsession et pensées excessives sur un "défaut imaginaire"), absence de rationalité avec contradiction impossible (donc ici aucune science ou pensée ne peut avoir sa place lesquelles sont remplacées par du savoir expert forcément vrai), déni du réel, perceptions erronées, reconstructions délirantes, envahissement, etc.

Un certain nombre de médecins, chercheurs, soit en médecine, soit en sciences humaines discutent de la gravité de la situation, des mesures à prendre. Tous ne sont pas d'accord, loin de là. Il existe donc peut-être encore un espace de liberté de penser qu'il s'agit d'occuper, de développer et de diffuser afin de tenter de remettre la société à l'endroit.

Légitimité d'une recontextualisation

Je précise la chose suivante : les « critiques » concernant la nature de la crise et sa gestion publique sont souvent immédiatement taxées d'économicistes par les « catastrophistes »¹, car vous mettant en demeure de choisir entre la santé et l'économie. Ces critiques (par exemple relativiser l'importance de l'épidémie, critiquer ouvertement les mesures prises) ne seraient que la « 5^e colonne » des ennemis de la nation, qui agiraient en souterrain pour permettre de préserver les intérêts de la finance...A la guerre comme à la guerre. A l'image du juriste nazi Karl Schmitt, si on n'est pas ami, on est ennemi. Ceux qui font le jeu de l'ennemi, on les fusille. Rejeter les mesures de confinement imposées à l'ensemble de la population ferait de nous des déserteurs de la santé publique au profit du biseness. En ce qui me concerne, il n'en est rien, et ma manière d'être concerné par la santé de la population est bien connue, ainsi que ma critique radicale de notre mode de développement, de production, ainsi que, dans la même veine, le système de santé².

Je considère cette épidémie comme grave, de la même façon que beaucoup d'autres épidémies : tuberculose (1,7 million de décès par an dans le monde), SIDA (1 million), diabète (largement le résultat de nos modes de vie) et obésité (2.8 millions de morts), paludisme (430 000 décès par an), pollution atmosphérique (48 000 décès prématurés par an en France, 7 millions dans le monde), diarrhées (3.1 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans), infections nosocomiales (plus de 20 000 décès par an dans nos hôpitaux, dont une part importante en service de réanimation – certaines études montrent jusqu'à 44 % des décès en réanimation imputables à des infections contractées pendant leur séjour, à la suite de gestes invasifs), accidents de la vie courante (plus de 20 000 décès par an en France), iatrogénie médicale et médicamenteuse, particulièrement en cancérologie (la majeure partie des personnes cancéreuses meurent lors d'une cure de chimiothérapie à partir de la 3^e ligne, et cela contribue à raccourcir leur durée de vie, tout en la dégradant), sans oublier la grippe (nous le verrons plus loin) dont les épidémies les plus graves provoquent des surmortalités de plus de 20 000 personnes par an, et jusqu'à 1/3 des hospitalisations y compris en réanimation. Epidémie grave donc, mais pas plus, en tout cas pas trop grave heureusement.

¹ D'abord courant de pensée (la collapsologie) d'une partie radicale soit des écologistes, soit des économistes, j'ai l'impression que le COVID a transformé tout le monde en catastrophiste. S'agirait-il d'une « prophétie auto réalisatrice » ?

² Ceci dit, n'oublions pas les deux propositions d'Ivan ILLICH dont la force ne cesse de s'affirmer ces jours-ci : « *L'agent pathogène majeur, c'est la focalisation sur la santé* », et aussi, « *l'entreprise médicale est devenue un danger pour l'homme* ».

La liste pourrait être continuée. En s'en tenant aux décès liés à une infection (évitable et/ou soignable), ces premiers chiffres permettent de recontextualiser la pandémie COVID, qui est proclamée très grave à l'image du bouton sur le nez qui envahit la pensée de son porteur, se pensant défiguré. Ce n'est malheureusement qu'une maladie infectieuse de plus, et loin d'être la plus grave. Observons encore que, pour la totalité des affections citées, des solutions existent : antibiotiques, anti-infectieux, hygiène, distribution d'eau, vaccins. Ce qui n'empêche en aucune façon leur extrême gravité et leur diffusion. Aucune réponse médicale n'a à ce jour apporté de réponse définitive à de tels problèmes infectieux, sauf peut-être le vaccin contre la poliomyélite. Aussi, attendre le remède ou le vaccin pour ce virus relève de la même fausse espérance. Ou plutôt une espérance qui, si elle se matérialise, ne concernera encore que les plus favorisés. Où l'on voit bien que « *la santé devenue prioritaire par rapport à l'économie* » (c'est ainsi que l'on parle du « retournement » politique ayant conduit au confinement) ne concerne que les pays riches qui peuvent se permettre de prendre le risque de l'effondrement économique. Qu'en sera-t-il en Inde, en Afrique ? Le confinement peut-il y être une réponse soutenable ? L'effondrement de leur économie serait sûrement un remède pire que le mal, provoquant potentiellement des famines mortelles. La santé, c'est pour nous. Tant qu'on peut rejeter les menaces aux marges de l'empire, tout va bien (on fait mine de s'offusquer quand des femmes, des enfants, des hommes meurent noyés dans la méditerranée). Elle ne devient prioritaire que lorsqu'elles atteignent (un peu) le « centre ». Seul petit espoir pour ces pays de la périphérie : l'hydroxychloroquine qui, si son efficacité se confirmait, serait accessible à ces populations, car ce médicament est peu coûteux, et déjà très répandu dans la lutte contre le paludisme depuis des décennies. Mince espoir. Les inégalités de santé au niveau mondial vont même s'amplifier, le COVID s'ajoutant à une longue liste de pathologies qui ne concerne réellement au bout du compte que les plus pauvres, pathologies aggravées par les mauvaises conditions de vie (environnement, nutrition).

Le risque du manque de pensée

Cela doit amener à évaluer les mesures prises pour cette épidémie et a contrario les mesures non prises pour les autres épidémies... S'interroger sur ce qui rend cette épidémie si singulière dans sa forme à défaut de « son fond ». Quelle peur ancestrale a été réveillée ? A quelle routine les autres situations nous ont-elles « confinées » ? Comment la peur a-t-elle fait réagir jusqu'aux décideurs ? Ou cette peur ne leur a-t-elle pas été insufflée comme un mauvais virus ? Depuis que le discours écologique a enfin pris de la vigueur, les catastrophistes ont pris la parole et cela doit influencer sur la peur provoquée par un nouveau virus. Mais plus encore la peur est aussi une réaction « sauve qui peut » à l'idée maintenant admise de la catastrophe à venir, pas par le VIRUS, mais dans le cadre de la *TERRAPHTORA*, pour reprendre le néologisme de Glenn ALBRECHT³, qui signifie « *l'ensemble des forces destructives de la terre* », dont l'homme est bien sûr un puissant agent. Nous percevons maintenant la catastrophe à notre porte. Ne pouvons-nous pas ressentir une certaine gêne à observer la jubilation de certains qui pensent voire dans cette épidémie une menace (chance...) d'effondrement et une preuve de leur positionnement théorique ? Provoquer la peur en assimilant le virus à une catastrophe (comme l'ont fait nombre de spécialistes, en particulier ceux qui forment le conseil scientifique), n'est-ce pas désigner comme fou celui qui n'a pas peur ou qui la refuse ? Car, eux ne sont pas fous !

Hannah ARENDT l'a bien noté, dans son analyse du nazisme, du totalitarisme : « *En présence de situations où manquait la routine, il (Eichmann) était désespéré, et son langage bourré de clichés, de phrases toutes faites, de codes d'expression standardisés et conventionnels [avait pour fonction] reconnue socialement de protéger de la réalité, c'est-à-dire des sollicitations que faits et événements sollicitent à l'attention* ». Cependant elle jugeait que « *le responsable hautement efficace était tout à*

³ Glenn ALBRECHT, *les émotions de la terre, des nouveaux mots pour un nouveau monde*, Les liens qui libèrent, 2020.

Michel BASS- Analyse COVID au 04 04 2020 – AFRESC 2020. www.afresc.org

fait ordinaire, comme tout le monde, ni démoniaque ni monstrueux (...). Ce n'était pas de la stupidité, mais un manque de pensée (...)».⁴ La peur sert à brider la pensée.

Ce manque de pensée se manifeste, avec cette épidémie, par une profusion exacerbée de données brutes (c'est-à-dire directement exposées sans analyse ni recul) : nombre de morts, nombre de personnes hospitalisées, nombre de personnes en réanimation, taux de létalité, etc. Des données brutes signifient-elles quoi que ce soit sans une analyse approfondie ? Mais alors que serait une analyse approfondie ? Toujours selon Hannah ARENDT, « *pensée et savoir sont deux facultés de raison et d'intellect distinctes (...) et l'exigence de la raison [la pensée] n'est pas inspirée par la recherche de la vérité [les nombres], mais par celle de la signification. Et vérité et signification ne sont pas une seule et même chose* », car « *l'objet [le caractère objectif des comptages] n'est déterminé que par son bref intervalle de pleine apparence, son épiphanie* »⁵.

Il est vrai que « *plus la machinerie intellectuelle se soumet à ce qui existe plus elle se contente de le reproduire aveuglément* »⁶. Alain SUPIOT ajoute, dans son chapitre de conclusion « (on) *rabat le malaise sur des déficits, des indicateurs et des courbes (...) [perdant pied] avec la réalité. Ce congédiement du réel au profit de sa représentation quantifiée conduit (...) à un effondrement intellectuel (...) [lequel est accompagné] par cet équivalent moderne de la prédication religieuse que sont les grands médias (...)*. Pour Alain SUPIOT il s'agit de « *diagnostiquer l'insoutenabilité de la gouvernance par les nombres et de comprendre pourquoi l'horizon de la catastrophe a supplanté celui de la révolution dans notre représentation de l'avenir* ». Comment s'en sortir alors ? « *En imposant le respect du principe contradictoire dans l'élaboration et l'interprétation des nombres affectés par la force normative (...) et à cette fin commencer par démonter la structure des liens d'allégeance qui se tissent sous nos yeux, car ils sont autant de réponses immunitaires à l'insoutenabilité de la gouvernance par les nombres* »⁷.

Imposer le débat contradictoire ne va pas de soi. Hannah ARENDT notait que « *les efforts conceptuels des philosophes en vue de découvrir quelque chose au-delà des apparences se terminent toujours par de violentes invectives [alors qu'il ne faut pas oublier que] les apparences ne se montrent jamais sans être bousculées* »⁸.

Approfondissement de la critique : comment analyser une épidémie

Voici un exemple de manque d'effort conceptuel : l'assimilation de la croissance du nombre de cas et du nombre de morts de l'épidémie COVID à un modèle exponentiel, fréquemment entendue dans les médias et repris par nombre d'intellectuels. Or une fonction exponentielle est strictement croissante de R dans R^* et donc sa progression tend vers l'infini :

$$\lim_{x \rightarrow +\infty} \exp(x) = +\infty.$$

Autrement dit, une progression épidémique qui suivrait un modèle exponentiel tuerait à terme... tout le monde. Comment politiques, experts et médias ont-ils pu affirmer jour après jour une telle inexactitude ? Il n'est pas trop difficile d'expliquer pourquoi une épidémie n'a jamais connu et ne peut pas connaître de croissance exponentielle et suit plutôt une courbe dont la moyenne ressemble à une sinusoïde (voir les courbes exposées plus loin). L'être vivant est doté d'un appareil immunitaire capable de combattre les corps étrangers, quels qu'ils soient : virus, bactéries, cellules cancéreuses, etc. Ce système est complexe et d'efficacité variable selon les gens, les situations (une personne dénutrie par exemple a une mauvaise réponse immunitaire ; une personne âgée a une moins bonne

⁴ Hannah ARENDT, *la vie de l'esprit, 1 la pensée*, PUF, 1981, pp. 19 et 29.

⁵ Hannah ARENDT, op.cit. pp.29, 30 et 37.

⁶ Theodor ADORNO, Max HORKHEIMER, *dialectique de la raison* p.43, cité par Alain SUPIOT *la gouvernance par les nombres, cours au collège de France 2012-2014*, Fayard, 2015, p.407.

⁷ Alain SUPIOT, op.cit. pp. 407 à 411

⁸ Hannah ARENDT, op.cit. p.39.

réponse immunitaire). Ce système immunitaire peut se dérégler et provoquer des pathologies : en sécrétant des anticorps non plus contre des corps étrangers, mais contre ses propres cellules et on a affaire à des maladies auto-immunes (dont le nombre augmente avec les différentes atteintes causées par nos vies modernes). Il peut également se mettre en repos partiel pour accueillir un fœtus dans l'utérus. Il peut se dérégler et fabriquer de « faux » anticorps et nous avons alors des allergies, ou des médiateurs chimiques toxiques et nous avons alors à faire à des inflammations. Sans oublier quantité de traitements immunosuppresseurs ou immuno-modulateurs (par exemple la chloroquine) qui rendent fragile beaucoup de monde. Dans une population donnée, nous avons donc une répartition aléatoire de personnes à différents niveaux de compétences immunitaires. En principe, une majorité est capable de se défendre contre les agressions même inconnues. L'importance numérique de ce groupe résistant dépend en partie de la contagiosité et de la gravité de l'agression. Dans une population existe donc une partie très sensible à un virus, surtout s'il est nouveau. C'est cette partie de la population qui va « alimenter » les cas sérieux, voire mourir. Puis une autre partie se défend mieux, présentant des symptômes plus ou moins importants mais peu graves. Et enfin une partie se défend sans aucune réaction pathologique. Au début d'une épidémie, les malades les plus sensibles vont être atteints et donc repérés les premiers, être potentiellement les premières victimes. C'est dans ce sous-groupe que la létalité risque d'être la plus élevée. Il ne faut pas confondre le taux de létalité observé dans ce sous-groupe et le taux de létalité du virus. Plus l'épidémie progresse, plus les personnes sensibles seront soit immunisées, soit décédées. Il est facile de comprendre alors que plus la contamination progresse, plus elle va atteindre des personnes immunocompétentes pour l'agent infectieux et rendre immunocompétents les autres. Ainsi, la progression observée par les cas les plus graves est rapide dans les premières semaines, puis elle tend à décroître progressivement pour s'arrêter⁹. La question est évidemment de savoir combien de morts ou de malades graves nécessitant des soins intensifs il va y avoir, ou, dit autrement, quelle est la proportion des sujets insuffisamment compétents face au virus. Cela détermine l'intensité et la durée de l'épidémie.

Cela n'a rien à voir avec les accusations portées contre les tenants de « l'immunité de masse » : cette immunité existe au préalable. En cas d'épidémie, elle ne fait que se renforcer. Il est faux de dire que privilégier une approche d'immunité de masse, c'est condamner la population à « des centaines de milliers de morts ». C'est plutôt un pari sur le nombre de personnes à risque, personnes qui seront tôt ou tard atteintes, car le virus continuera à se disséminer et c'est en se disséminant qu'il deviendra moins contagieux, rencontrant de moins en moins de personnes sensibles. C'est en fonction de cela que les épidémiologistes élaborent des modèles de croissance de l'épidémie, et des modèles de réponse (le confinement ou autre). Celui qui observe l'épidémie à son début et bâtit son modèle mathématique comme une exponentielle a toutes les chances, et heureusement, de se tromper, mais aussi de tromper tout le monde, amenant des décisions peu efficaces. En ce qui concerne le COVID, nous avons, avec la Chine, un recul suffisant pour pouvoir cesser de parler de croissance exponentielle. Et il devient légitime de comparer cette épidémie avec celles que l'on connaît le mieux, en particulier la grippe dont la diffusion et la croissance sont très similaires, j'y reviendrai. Pourquoi alors médias et experts se sont-ils rués sur les modèles les plus catastrophistes ? Quelle est la fonction de la peur dans la gestion de cette crise ?

Pourquoi tant de foi dans les chiffres bruts et les modèles hâtifs ?

Le comptage, les données statistiques, les modèles mathématiques déterminent ce qu'Alain SUPIOT appelle la gouvernance par les nombres. La gouvernance par les nombres dans le milieu de la santé est certainement à l'origine de la situation actuelle : les hôpitaux et les soignants sont évalués à l'aide d'indicateurs quantitatifs, dont les normes sont fixées par des modèles economicistes (mathématiques). Ces normes ne s'intéressent pas à la « réalité » pourtant rappelée par les soignants, mais à ce qu'elle

⁹ Cet article a été écrit le 5 avril 2020. Les dernières nouvelles (6 avril) semblent montrer un début de décroissance de l'épidémie.

devrait être (le modèle devient « prescriptif »). La réification des chiffres et leur caractère absolu ont conduit à la suppression des lits, en particulier de soins intensifs par le démantèlement des services au profit de pôles devant « mettre en commun leurs moyens ». Le but est atteint et le résultat est là : des économies ont été réalisées. Avec comme conséquence aujourd'hui population à l'arrêt, économie à l'arrêt. Economies ?

Ceux qui dénoncent comme « économicistes » les critiques faites à la gestion de la crise actuelle (le débat qui a eu lieu entre « confinistes-partisans-de-la-santé » et « partisans-de-l'économie-par-la-foi-en-l'immunité-de-masse ») n'ont pas encore compris que le monde ne se sépare pas entre économie et autres sciences, mais entre pensée et pseudo objectivité des nombres et des modèles statistiques. Ils sont manifestement encore accrochés à l'objectivité des chiffres comme preuve de la vérité¹⁰. Les chiffres provenant des institutions de santé publique seraient donc « objectifs », dignes de foi pour les « partisans-de-la-santé », contrairement aux chiffres de la finance des « partisans-de-l'économie ». Mais dans un cas comme dans l'autre il s'agit de la même perception mathématique du monde, la même projection de la réalité dans les chiffres, la même confusion entre la carte et le territoire. Le calcul économique peut avoir une valeur descriptive localement et à court terme, comme le sont les chiffres de la pandémie et comme le sont les chiffres issus des modèles mathématiques de l'épidémiologie. Mais faire des projections sur l'avenir, s'en servir pour faire des prévisions et programmer à long terme n'est probablement pas plus fiable que la consultation d'un oracle grec. Une partie de la crise de représentation actuelle vient de là : les chiffres issus des modèles décriraient la réalité mieux que la perception ou la pensée. Le savoir normé des chiffres serait supérieur à la vérité ou à la signification. Une description de la réalité qui ne correspondrait pas au modèle ne serait pas vraie (les chinois ne nous cachent-ils pas la vérité puisque ce qu'ils annoncent ne devrait pas être ?).

Ce faisant les problèmes causés par la médecine, l'hôpital, son organisation, la place de la santé dans la société ne sont pas abordés, pas plus maintenant qu'avant¹¹. Les EHPAD sont à haut risque de COVID ? On ne peut imaginer rien d'autre que de renforcer les mesures médico-hygiénistes. On déplore alors la sous-médicalisation de ces établissements les rendant incapables de mettre en œuvre ces mesures d'ordre médical et on fait courir le bruit que ces établissements « laissent mourir les gens ». Mais le personnel soignant n'a droit qu'à 1 masque chirurgical par jour dans mon établissement¹².

L'action publique en tant que prophétie auto réalisatrice, en tant que vecteur de la catastrophe annoncée

Les acteurs de la politique publique ont déstructuré et appauvri l'hôpital, la médecine, comme on a détruit notre monde vivant. On n'a pas fait ce qu'il aurait fallu faire (cf. *Mort de la clinique*). Des objets aussi simples que des masques ou de la solution hydroalcoolique ne sont pas disponibles. Devant la pénurie organisée, la seule solution pour tenter d'enrayer (sans preuve d'efficacité) l'épidémie a été de supprimer les relations sociales et transformer le monde humain en monde a-social, en ce qu'ALBRECHT décrit comme le grand danger : la destruction de notre milieu de vie, physique comme social est source d'une pathologie mentale répandue et grave, provoquant sans doute le découragement et l'abdication et qu'il nomme la *SOLASTALGIE*. C'est comme si notre monde ne pouvait imaginer sa survie qu'en (se) détruisant : d'abord notre monde physique, vivant comme non vivant, aboutissant à l'impasse écologique, et maintenant notre monde mental et social en voulant nous

¹⁰ Plus que jamais en médecine, puisque l'« *evidence based medicine* » est une médecine entièrement tournée vers les preuves de type statistique.

¹¹ cf. Michel BASS, *mort de la clinique*, L'Harmattan, 2018 et *psychogériatrie, pour une démarche de soins palliatifs*, in les cahiers de psychologie politique N° 36, janvier 2020 (disponible sur le lien suivant <http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=3943>).

¹² Là aussi je rectifie au 6 avril : dans mon établissement, nous avons le droit depuis ce lundi à deux masques chirurgicaux par jour. Cela ne sentirait-il pas la fin de l'épidémie ?

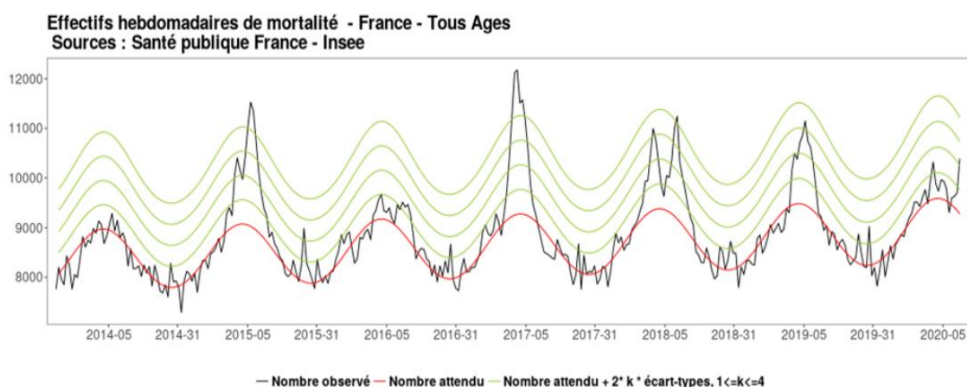
protéger d'un virus. Glenn ALBRECHT nous le rappelle dans *les émotions de la terre* : « la tendance des enfants à passer leur temps entre quatre murs loin d'un contact physique avec le monde naturel [a] des conséquences négatives possibles sur la santé des enfants et sur leur capacité à se socialiser¹³.

Revenons aux chiffres et aux comparaisons grippe/COVID¹⁴

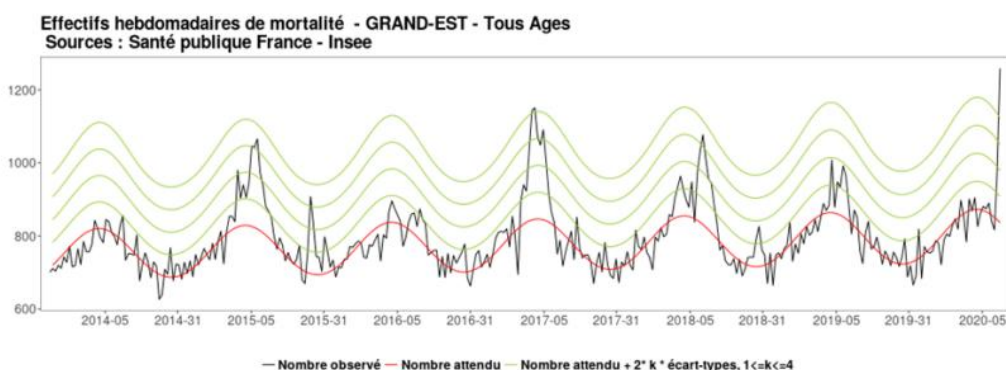
Revenons aux chiffres, en essayant de les analyser, c'est-à-dire de procéder à des comparaisons avec une autre épidémie connue (la grippe) afin d'essayer de dépasser la peur qui nous envahit, nous asservit, au sens de la *servitude volontaire* de La BOETIE.

Les chiffres sont tenaces si on veut bien les regarder de près. Mis à part la région de Mulhouse (et non « le grand est »), la surmortalité constatable en France au 4 avril est de l'ordre d'une grippe de faible à moyenne importance. Pour la région de Mulhouse, la surmortalité est de l'ordre d'une grippe de très forte importance (voir les 2 tableaux ci-dessous, édités par Santé Publique France). Il est possible que cela devienne le cas dans d'autres régions, voire en France entière quoique les dernières statistiques montreraient plutôt un pic épidémique. Attendons de voir la suite.

13a



13b



Les ordres de grandeur entre les gripes des années précédentes et ce qu'il se passe pour le COVID restent les mêmes et la comparaison avec les épidémies de grippe est donc valable.

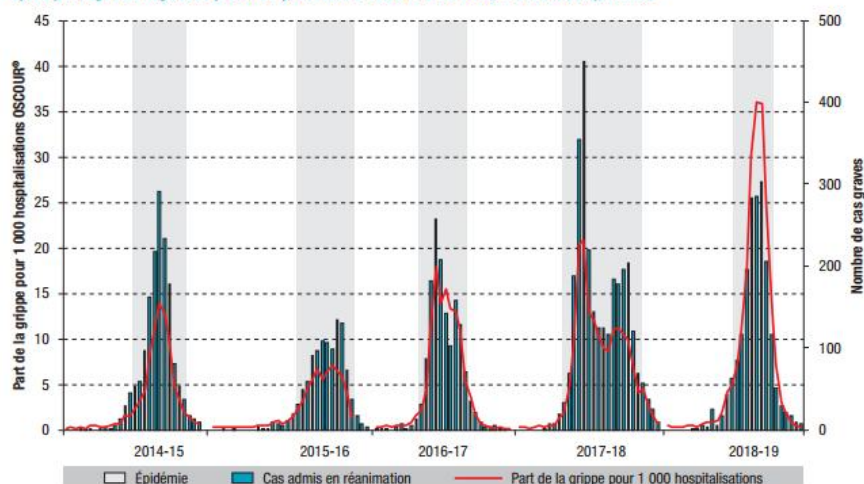
Voyons maintenant le graphe ci-dessous concernant la grippe ces 5 dernières années :

¹³ Glenn ALBRECHT, op.cit. p.87. La solastalgie décrit l'altération de l'état général physique et mental en réaction à la destruction ou à la dégradation de notre environnement biophysique et social proche.

¹⁴ Tous les chiffres et tableaux présentés sont issus de l'Agence publique Santé Publique France.

Figure 3

Évolution hebdomadaire du nombre de cas graves de grippe admis en réanimation à nombre constant de services participant à la surveillance (Santé publique France) et de la part de la grippe pour 1 000 hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®), semaines 40/2014 à 15/2019, France métropolitaine



Ce graphique montre les impacts observés des épidémies de grippe. Certaines semaines (épidémie 2017-18 et 18-19) ont vu la part des hospitalisations en raison de la grippe dépasser 30 %, ainsi que le nombre de cas admis en réanimation, parallèle à la part qu'a prise la grippe dans les hospitalisations.

En ce qui concerne le COVID à ce jour, voilà les chiffres de passage aux urgences pour les 4 dernières semaines.

Date

Tableau 1 : Nombre hebdomadaire de passages aux urgences toutes causes codées, par classes d'âges

	< 15 ans	15-44 ans	45-64 ans	65 ans ou plus
S10-20	61 788	106 663	53 070	63 220
S11-20	59 764	102 201	50 938	56 818
S12-20	28 399	61 366	38 807	42 750
S13-20	20 294	58 171	41 605	43 616

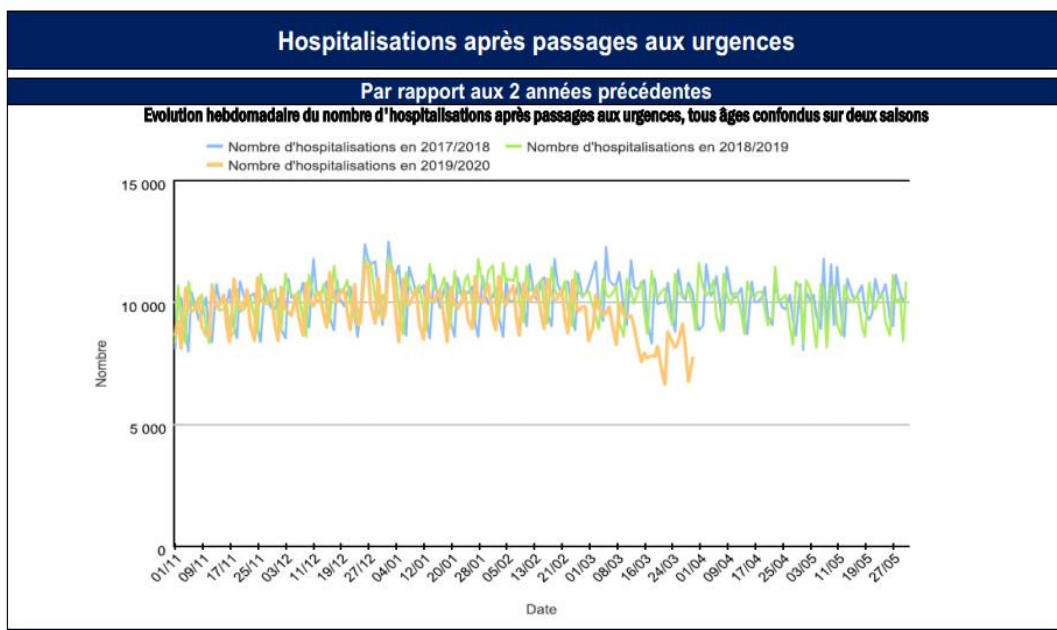
Tableau 2 : Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19, par classes d'âges

	< 15 ans	15-44 ans	45-64 ans	65 ans ou plus
S10-20	162	761	469	353
S11-20	536	2 924	1 683	1 387
S12-20	553	6 911	5 158	4 216
S13-20	539	11 486	10 522	9 068

Soit 28 % pour le COVID. C'est très exactement le pourcentage des 2 épidémies de grippe citées plus haut. De plus seuls 28 % des passages concernent les personnes de plus de 65 ans, c'est-à-dire les plus à risque.

On peut considérer que les autres « suspects COVID » ne consultent que par peur. Peur évidemment véhiculée par les instances gouvernementales relayées avec zèle par les médias, même « sérieux » comme Le Monde.

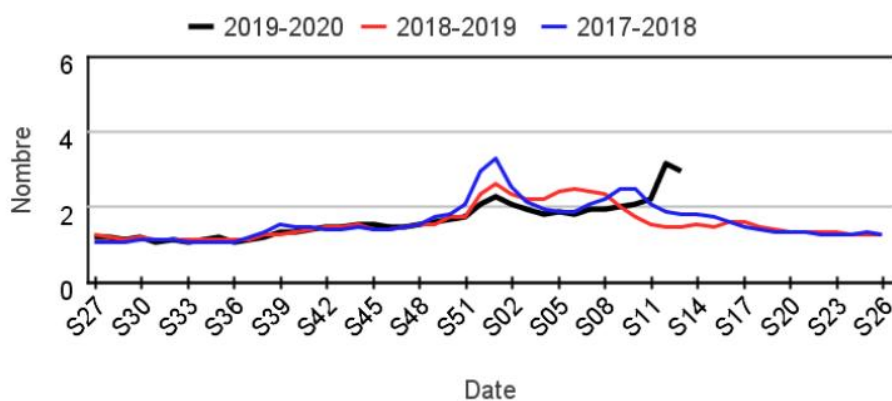
Pour affiner la comparaison, comparons le nombre d'hospitalisations suite aux passages aux urgences ces dernières semaines :



Nous constatons qu'il y a, encore au 1^{er} avril 2020 (courbe jaune) moins de personnes hospitalisées après le passage aux urgences que les semaines précédant l'épidémie et moins qu'à la même période des 2 années précédentes caractérisées par des épidémies importantes de grippe. Dans la mesure où il n'y a aucune raison pour que le ratio d'hospitalisation lors d'un passage aux urgences change pour les causes sérieuses autres que COVID (on continue à hospitaliser les AVC, les fractures du col du fémur, les décompensations de cancer, etc.), la diminution du nombre d'hospitalisations suite à un passage aux urgences vient d'une part du nombre de personnes qui consultent parce qu'elles ont simplement peur du COVID, mais aussi, d'autre part, du faible ratio **réel** de formes graves, lié à une diminution des hospitalisations consécutive à une plus faible fréquentation des urgences. Dans ce dernier cas, on peut s'interroger sur la pertinence de telles hospitalisations en général : des gens vont-ils mourir parce qu'ils n'auront pas été consulter (ou pas envoyés par exemple par les EHPAD) aux urgences ? Il s'agit bien plutôt de cette partie d'excès de consommation de soins, et d'excès de réponse médicale (l'*hubris* médicale). Il est peu probable que moins d'hospitalisations créent une surmortalité. Dans mon établissement, nous avons réussi à réduire drastiquement les hospitalisations non programmées et la mortalité a parallèlement baissé (on meurt à l'hôpital ! et pas seulement à cause de la pathologie qui nous y a amenés : cf. infections nosocomiales et iatrogénie).

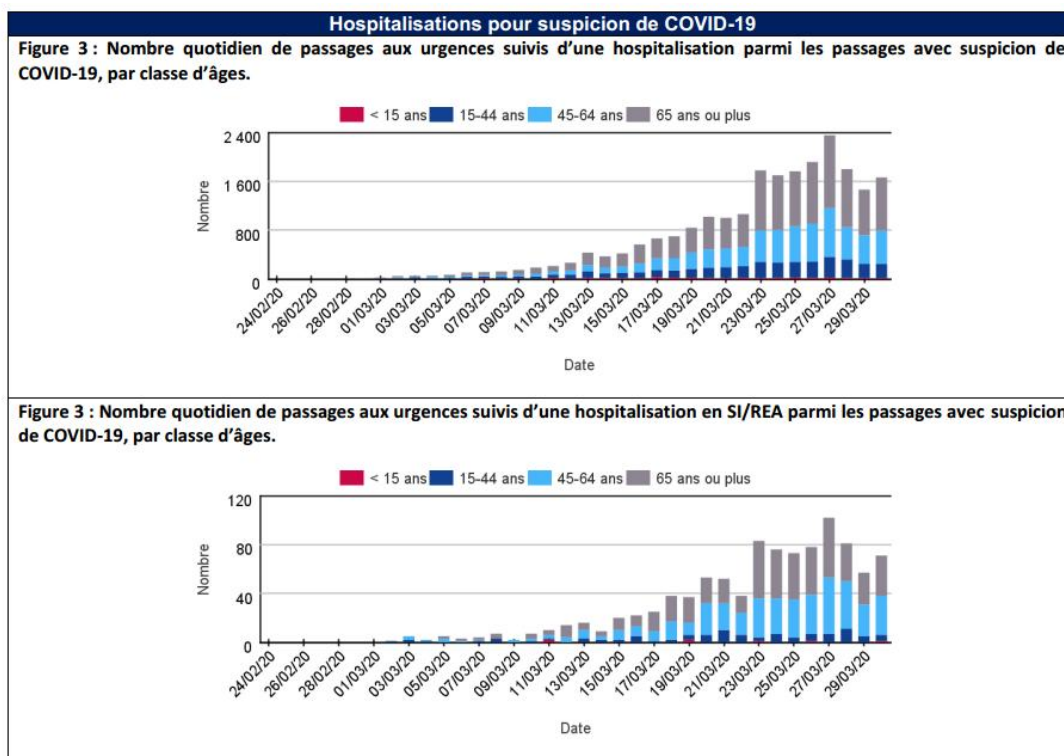
Continuons notre comparaison avec la grippe.

Évolution hebdomadaire des proportions de passages pour pneumopathie parmi les passages codés, 15 ans ou plus



Selon le modèle statistique développé par Santé publique France le constat est évident. A la fin mars 2020 (semaine 14), le nombre de passage aux urgences pour pneumopathie est au plus équivalent à celui de la saison 2017-2018, saison pour laquelle la surmortalité par grippe a atteint 12 982 décès (source : santé publique France <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/article/surveillance-de-la-grippe-en-france-saison-2018-2019>). Ce chiffre était de 14 358 décès en 2016-2017, chiffres comptabilisés sur 8 semaines d'épidémie.

Par comparaison, parmi les cas d'infection respiratoire aiguë de la semaine 2020/S13, vus par les médecins Sentinelles (généralistes et pédiatres), 71 prélèvements naso-pharyngés ont été testés pour le virus SARS-CoV-2 (COVID-19) et les virus grippaux. Parmi ces prélèvements, 17 (23,9%) étaient positifs pour le SARS-CoV-2 (COVID-19) et 7 (9,9%) pour un virus grippal (3 virus de type A et 4 virus de type B). Cela signifie qu'environ 10 % des syndromes de détresse respiratoire aiguë étaient liés à la grippe A, mais que 64 % (presque les 2/3) étaient dus à autre chose que le Coronavirus ou la grippe. Tous sont initialement comptés comme « suspects » de COVID-19 comme le montre les tableaux ci-dessous.

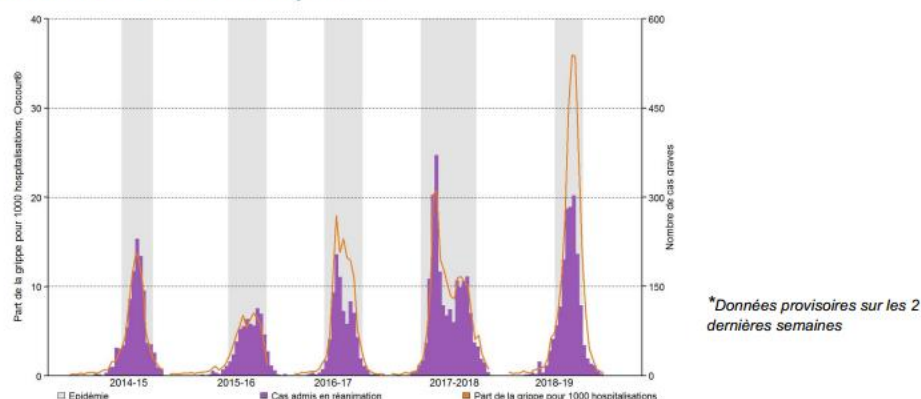


Regardons les chiffres pour l'épidémie de grippe de 2018

Le tableau suivant montre, même en début 2020, que le comptage des hospitalisations pour le COVID, détaillant les passages en réanimation ressemble au comptage des mêmes admissions pour la grippe en 2018.

Pendant l'épidémie, le réseau **Oscour®** a rapporté **65 622 passages aux urgences pour syndrome grippal**, dont **10 723** ont conduit à une hospitalisation, avec un pic d'activité en semaine 06 (Figure 5)¹. La **proportion d'hospitalisation après passage aux urgences pour grippe** était de **16%** sur l'ensemble de la période épidémique. Elle a atteint des valeurs supérieures à 20% pendant 3 semaines consécutives (S08-10), valeurs jamais atteintes sur la période 2010-2018, indiquant une proportion importante de formes sévères de grippe.

Figure 5 : Évolution hebdomadaire des hospitalisations pour grippe : nombre de cas graves admis en réanimation (SpFrance) et part de la grippe pour 1000 hospitalisations (Oscour®) par semaine d'admission, semaines 40/2014 à 15/2019*, France métropolitaine



Il y aura, après coup, à faire la part des choses. Parmi les personnes hospitalisées en soins intensifs ou en réanimation, et parmi les personnes décédées, combien réellement étaient des cas avérés de COVID 19 ? Pour combien le COVID 19 aura-t-il été la cause principale de la mort ? Quel est le problème ayant causé l'engorgement de certains services de réanimation quand tout indique que des « rush » de cette nature surviennent chaque année pour la grippe (comparaison du schéma précédent et du schéma p.6) ?

Une chose est certaine : tous ces passages et toutes ces hospitalisations liées au COVID 19 relèvent pour une partie importante d'autres pathologies que ce virus, même si parfois la coexistence de plusieurs virus voire de bactéries peut être attestée. C'est sans doute une des raisons qui a fait associer l'azythromycine (un antibactérien usuel) à la nivaquine dans les protocoles du Pr RAOULT. Les surinfections bactériennes sont en effet fréquentes chez les personnes porteuses de comorbidités, et plus encore si elles sont fatiguées par leur effort de défense contre un virus, quel qu'il soit (on ne meurt pas forcément de la grippe, mais plus sûrement de ses « complications »). A noter au passage le risque de l'hospitalisation pour ces personnes en situation détériorée, en particulier en réanimation (jusqu'à 44 % des décès en réanimation pourraient être imputés aux infections nosocomiales et non à la pathologie qui les y a fait entrer).

Si l'on peut admettre la gravité du problème COVID 19 pourquoi les autres virus, les autres situations épidémiques ou épidémiologiques ne sont-ils pas tout autant appréciés ? Car la grippe tue autant, voire plus que le COVID. Et pas seulement la grippe malheureusement. Le COVID vient s'ajouter à tous les autres problèmes mal ou insuffisamment pris en charge. Peut-on alors dire que la seule gravité de cette infection justifie les mesures prises ?

Serions-nous les passagers du Titanic ?

Je me souviens de Valéry Giscard d'Estaing, au début des années 70. Il était alors ministre des Finances du président Pompidou. C'était avant l'arrivée du tsunami néolibéral. Il nous expliquait à la télévision, chiffres et tableau à l'appui, la réalité que chacun de nous vivait tous les jours. Mais cela paraissait tellement plus vrai que ce que nous ressentions, tellement savant, tellement rassurant. Suffisamment pour l'élire président quelques années plus tard. Il pilotait le grand paquebot France et nous emmenait vers des avens mirobolants. Tous avaient envie d'y croire.

En fait de paquebot, il s'est plutôt agi du Titanic. Il était déclaré insubmersible tout comme l'ultra libéralisme, en tant qu'idéologie du grand marché, de la gouvernance par les nombres, du néomanagement par objectifs et de la responsabilisation individuelle, a créé une société « avancée » inaltérable, montrant enfin l'apogée, la fin de l'histoire, l'abondance éternelle. Le dernier avatar de VGE en France s'appelle Macron et croyait encore fermement, avant cette épidémie, dans le caractère insubmersible de notre modèle de développement.

Comme le TITANIC a pris l'eau à sa première rencontre avec un iceberg contre lequel il était censé être paré, notre organisation politique et économique reposant sur le changement perpétuel, la croissance, la « destruction créatrice », le pouvoir des capitaux, le remplacement des entrepreneurs par des managers au service des actionnaires, la promotion du New Public Management par la LOLF (Loi d'Orientation de la Loi de Finances) a pris l'eau devant un phénomène qui n'aurait sans doute pas dû avoir cet impact. Comment est-il possible que tout s'effondre en réaction à cette épidémie ? A croire que le paquebot ultralibéralisme n'était pas bien solide et que son idéologue en chef – Friedrich HAYEK – était un imposteur, un idéologue à la hauteur des pires.

A moins que, une fois de plus les citoyens soient les renfloueurs et les sacrifiés¹⁵.

A moins que, à l'issue de la crise, les gouvernants, sous la pression des fonds de pension et des banques, trouvent les moyens de faire payer la population pour leur propre impéritie, comme en 2008. L'incurie de nos gouvernants face à ce virus déclenche une crise économique et sociale qui risque d'être plus grave encore que 2008. A ce jour, par le confinement et l'arrêt de l'économie, nous payons l'impréparation, ou plutôt la volonté de ne pas se préparer, par refus de la moindre dépense supplémentaire. Nous payons de notre âme et de notre corps les décisions arbitraires et sans doute inefficaces, partiales. Les mesures financières pour nous faire passer le cap sont comme un bonbon au poivre. Cela va être désagréable... après. Le confinement est une atteinte au plus profond de notre être social. L'apathie de la population face à cette injonction « anomisante » comme le dit Glenn ALBRECHT, est préoccupante. Chacun se mure, se méfie, évite les autres. Rien de collectif possible avec la peur savamment distillée par les médias devenus, selon Alain SUPIOT des « prédicateurs religieux ». Ne percevons-nous pas que nous créons ainsi une pathologie sociale dont il va être difficile de guérir ? Après les espérances des années 1970, nous sommes échoués en 1984 grâce à ces merveilles technologiques dont on nous a appris à ne pas pouvoir nous passer, et encore plus en ce moment, les « smartphones », l'Internet. On va pouvoir savoir où nous sommes allés, combien de kilomètres nous avons parcourus à pied, qui nous avons rencontré. Comment croire que ce plus de contrôle va nous sauver du virus ? Cela instille un poison bien plus dangereux : l'allégeance générale, la servitude volontaire (avec le sourire en prime.. enfin non car notre sourire sera caché par le masque obligatoire), la fin des libertés. Quel cataclysme va-t-il être nécessaire pour retomber sur nos pieds, pour retrouver l'esprit du « plus jamais ça » et de l'espoir que nous avait transmis le Conseil National de la Résistance ?

Des réponses à la crise reflétant l'idéologie des gouvernants

Par quoi se manifeste l'impéritie de nos ploutocrates ? Par des (dé)mesures de santé publique d'un côté : confiner tout le monde dans son logement, ne même pas avoir le droit d'aller marcher à l'air libre... en oubliant à quel point la sédentarité est un facteur de risque. Bougez, marchez, nous répétait-on encore récemment à longueur de temps, et avec raison. L'épidémie d'obésité était déjà à nos portes. Elle va sans doute s'accroître. Quelles conséquences à long terme en matière de santé ? Quelles conséquences du développement du sentiment « solastalgique » en matière de santé mentale, mais aussi physique ?

¹⁵ On a beaucoup parlé de sacrifices en termes de vies humaines (morts à cause du virus). Le virus ne provoquant pas l'hécatombe redoutée (des centaines de milliers de morts en France), le sacrifice viendra sans doute autrement

A côté de ces (dé)mesures, des demi-mesures, ou des micromesures, voire aucune mesure. Pour COVID, quelques demi-mesures : on nous donne un seul masque chirurgical par jour, à nous les soignants. On fabrique des protocoles, des doctrines, des notes de service, des réunions de crise dans une frénésie rarement vue et qui démontrent l'impréparation et la désorganisation. Comment est-il possible que rien ne soit prêt pour une telle épidémie alors que plusieurs autres se sont développées dans les 20 dernières années ? Doctrines trop souvent élaborées à la va-vite et qui de ce fait peuvent présenter des dangers pour les patients ou les soignants quand elles ne sont pas soumises au préalable au regard critique des praticiens (on a vu par exemple certaines agences régionales de santé promouvoir des protocoles de sédation très dangereux pour les malades du COVID, malheureusement issues de recommandations de sociétés savantes comme la SFAP¹⁶ qui a heureusement rectifié son erreur). Les agences continuent en fait ce qu'elles avaient entamé dans la période précédant la crise, c'est-à-dire gérer les établissements et les services dans le cadre du New public Management (période pendant laquelle le but était de faire des économies). Par la collecte de données issues d'indicateurs créés par elles et devenant les normes à atteindre, elles « pilotaient » le système de santé, sans être capable de voir les icebergs. Un exemple parmi d'autres : un des critères de qualité d'un hôpital est la mesure de sa « durée moyenne de séjour ». C'est en partie ainsi que les services hospitaliers sont jugés et financés, avec les conséquences observables aujourd'hui de déficit de capacité d'accueil en soins intensifs et en réanimation. Eriger en but la diminution de la « DMS » a servi à justifier la diminution du nombre de lits hospitaliers et à asseoir le discours du « virage ambulatoire ». Le chiffre à atteindre remplaçait le sens à avoir ou non des lits d'hôpital. Confondant la carte et le territoire, ils ont dressé la carte sanitaire dont les défaillances sont aujourd'hui au centre du débat.

En conclusion, comment en est-on arrivé à cette crise du COVID ?

La « gouvernance par les nombres », le nouveau management public, bras agissants de l'économie financiarisée et du productivisme, est triplement responsable.

Responsable tout d'abord de l'état du monde, de sa désorganisation, de la dérégulation supprimant tout recours légal au profit d'arbitrages (c'est-à-dire supprimant débat contradictoire et tiers indépendant), de son appétit productiviste (avec le culte de la croissance) ayant conduit au désastre écologique. Le néolibéralisme qui s'est imposé dans le monde entier à la fin des années 70 a été l'idéologie de la dérégulation, du laisser-faire généralisé au nom du bonheur et du bien-être. Cet état du monde n'est pas sans rapport avec la crise actuelle. Non pas que le virus soit à proprement parler une conséquence des déséquilibres globaux (après tout, il y a eu de grandes épidémies dans le passé), mais plutôt que le monde est devenu si fragile, si interdépendant, si complexe, si mal gouverné, tellement confondu avec la carte, que de simples événements peuvent provoquer des catastrophes, comme le mythe du battement d'aile du papillon.

Responsable ensuite, et c'est une conséquence de l'aspect précédent, de l'incurie générale, de l'incapacité à *penser* ce qui arrive autrement que devant un tableau de bord, de faire comme si on pilotait un drone, que l'on était devant une réalité virtuelle. La désorganisation et l'impréparation du système de santé en sont une des facettes, aggravées par l'acharnement qu'on a développé depuis 30 ans pour faire des économies¹⁷.

Responsable, pour finir des mesures qui sont prises, qui ne se préoccupent pas de ce qu'on observe dans la pratique. L'inflation de textes abscons et d'interdits non moins abscons cache le manque de moyens élémentaires et suffisants, expérimentés dans d'autres pays. La confiance absolue dévolue aux

¹⁶ Société française d'accompagnement de soins palliatifs.

¹⁷ Pas dans tous les secteurs ! Certains secteurs sont budgétivores, en particulier les coûts des médicaments anticancéreux, les technologies de pointe. Or l'épidémie de COVID n'a, en dehors de la réanimation, aucunement besoin de technologies de pointe. Réanimation/soins intensifs dont l'accessibilité a été l'une des cibles des économies.

chiffres élaborés à partir de modèles mathématiques fait oublier que la médecine est d'abord une clinique, une relation entre un malade et un soignant.

Je me demande quand et comment l'indignation et la révolte vont émerger. Pour le moment, les grands esprits redécouvrent que l'Etat nous protège. Ils en sont sûrs maintenant comme ils étaient sûrs hier que le marché nous protégeait. Le monde de demain devra se passer d'un tel Etat, et devra contrôler le Marché. Ne serait-ce pas cela, la démocratie ?