

Les Blogs

Anthropo-logiques

Être humains en 2020, mais quelle histoire !

COVID-19 : Deux solutions existent, mais nous ne prenons aucun de ces chemins (22/07/2020)

Je suis très heureux de partager avec les lectrices et lecteurs de ce blog un texte remarquable qu'a eu l'amabilité de me transmettre son auteur, M. Jean-Pierre Nordmann. J'ai trouvé cette analyse si rigoureuse et éclairante que cela a renforcé mon regret que les décisions publiques aient reposé pour l'essentiel sur des cercles d' "experts" issus du même moule (et par ailleurs lourdement grevés de conflits d'intérêts) au lieu de mobiliser les ressources d'intelligence et d'expertise issues d'autres milieux et en particulier de la société civile.

M. Nordmann connaît évidemment fort bien son sujet puisqu'il est directeur d'un cabinet de stratégies en santé. L'analyse qu'il nous livre -et que je le remercie de m'avoir autorisé à reproduire ici- donne des clés de lecture majeures quant à la réalité des deux stratégies possibles pour faire face à l'épidémie dans une perspective de santé publique. Ce qui permet de mieux comprendre les choix, les enjeux, les risques et bénéfices escomptés mais aussi les enseignements que nous livrent déjà une première analyse rigoureuse de différentes données.

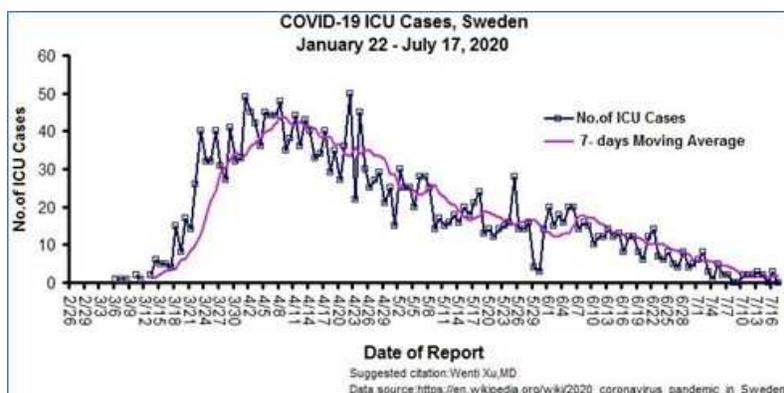
COVID-19 : de l'orthodoxie à l'orthopraxie

Depuis la mi-juillet, l'inquiétude grandit parmi les professionnels médicaux quant à une reprise épidémique. Celle-ci serait catastrophique en cette période de pénurie de professionnels. Les médias s'en sont fait l'écho, orientant les autorités vers les mesures qui auraient dû être imposées en février. Or, ce virus est surprenant : et si ces mesures, aussi pertinentes eussent-elles été en début d'année, ne l'étaient plus en juillet ? Des biais cognitifs ont conduit les pouvoirs publics à de multiples erreurs ces derniers mois. Cet article propose une revue de nos croyances et esquisse deux solutions possibles pour sortir de la crise, sous réserve d'arbitrer et choisir un des chemins.

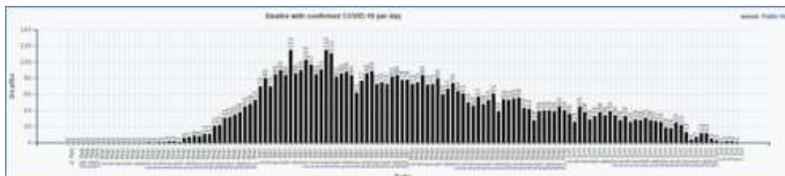
1. L'épidémie s'arrête en Suède, sans renforcement des mesures sanitaires

La Suède a adopté tout au long de l'épidémie une approche non conformiste, en recommandant la distanciation sociale (dont certaines mesures mises en œuvre universellement comme l'interdiction des grands rassemblements), mais sans confinement ni obligation de port du masque. Cette politique n'a pas varié, permettant d'analyser jusqu'où va l'épidémie dans ces conditions. Nous nous intéressons donc ici à la dynamique de l'épidémie dans des conditions sanitaires et sociales stables dans le temps.

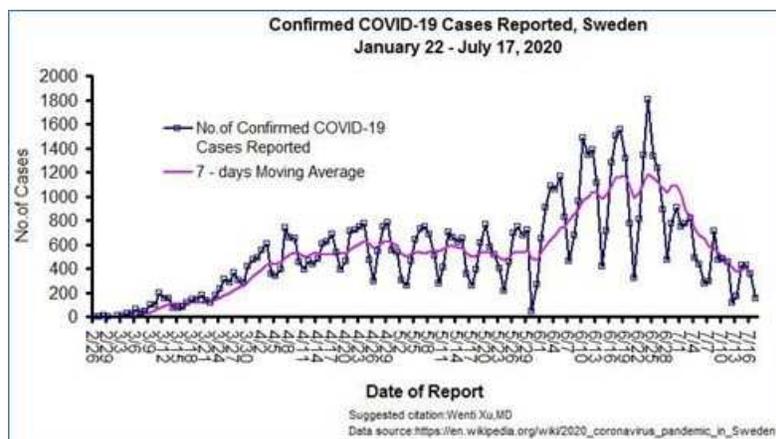
On constate (1) tout d'abord une quasi disparition des entrées en lits de soins critiques (entre 1 à 4 par jour contre 40 à 50 au plus fort de l'épidémie).



Cette diminution des entrées en lits de soins critiques s'accompagne d'une quasi disparition des décès avec des patients porteurs du COVID (entre 1 et 2 morts par jour contre 115 au pic).



Cette quasi disparition de la mortalité due à la COVID ne s'accompagne pour autant pas d'une disparition du nombre de cas identifiés. La circulation du virus s'atténue un peu en juillet en Suède (le nombre de cas identifié diminue légèrement, alors même que la politique de tests s'intensifie). Cependant, cette circulation ne s'accompagne plus de la mortalité que l'on a constatée auparavant. On remarque même qu'il y a eu un pic de cas constatés en juin sans que cela ne se traduise sur les entrées en réanimation ni sur les décès en juillet.



On peut formuler deux hypothèses (éventuellement cumulatives) :

- Hypothèse 1 : le virus a muté vers une forme moins létale de coronavirus.
- Hypothèse 2 : les personnes susceptibles de développer une forme grave ont déjà été contaminées.

Notons que cette distorsion entre l'évolution du nombre de cas et du nombre de morts, avec des trajectoires inversées, existe dans d'autres pays. Aux Etats-Unis par exemple, on constate près de 80 000 nouveaux cas par jour pour environ 600 décès quotidiens en juillet, contre 20 000 cas par jour pour environ 2 000 décès quotidiens auparavant.

2. Deux chemins possibles pour arrêter l'épidémie sur un territoire

Le Professeur de médecine de l'Université de Reims, Jacques HM Cohen, présente dans un article récent (2) toutes les incertitudes auxquelles nous avons dû faire face depuis l'apparition de ce virus :

- Un pic épidémique qui « s'interrompt bien avant l'immunisation de la population susceptible d'éradiquer le virus pour des raisons que nous ne comprenons pas réellement pour l'instant ».
- Une sélectivité de la mortalité virale très inhabituelle « conduisant à un rhume mineur ou à un véritable tueur ». Il ajoute qu'« aucun autre virus ne tue spécifiquement les obèses diabétiques hypertendus et les personnes âgées, en négligeant par exemple, les cancéreux sous chimiothérapies, avec le caprice de frapper lourdement les patients traités par du méthotrexate ».
- Le paradoxe des masques « proposés aujourd'hui en France comme talisman généralisé après les avoir dénigrés », alors même que même s'ils « semblent efficaces dans les pays d'Asie, (ils) ont un effet limité sur les aérosols, (leur efficacité) s'effondrant après à peine quelques heures d'usage pour les masques chirurgicaux dits FFP1... ».

Nous commençons ainsi à identifier deux chemins possibles pour éradiquer le virus.

Chemin n°1 : l'éradication totale de la circulation du virus. Les pays ayant réussi cette stratégie se trouvent en Asie, en mettant en place une éradication dure. Cette option est probablement celle qui sauve le plus de vies mais ne garantit aucunement contre la résurgence du virus en dehors d'un vaccin, tout en posant quelques questions sur les libertés individuelles (traçage numérique des individus).

Pour atteindre l'objectif d'une disparition totale du virus, l'éradication molle (« cueillette des cas et de leurs sujets contacts »), même associée au port du masque, n'est pas satisfaisante car elle ne stoppe pas la circulation virale souterraine. La France devrait organiser un dépistage massif de sa population de façon simultanée et obligatoire pour réellement stopper l'épidémie, comme cela a été mené dans le Wuhan ou récemment à Pékin (5,5 millions de personnes testées pour quelques centaines de cas et 0 mort).

Le chemin n°2 est celui suédois, qui « a fait le choix de laisser circuler le virus vers l'immunité de groupe en se contentant de mesures d'aplatissement de la courbe pour permettre à leur système de santé de gérer le flux de patients sans être submergé ». Le fort taux de mortalité en Suède (similaire au taux français), s'explique par l'absence de protection des populations vulnérables (plus de 90% des décès concernent des personnes de plus de 70 ans). En revanche, l'auteur souligne que « les données de ces derniers jours montrant, après un début en même temps que la nôtre et un long plateau, une fin abrupte de l'épidémie en Suède, sans grande traînée sont très importantes à suivre car elles font espérer que l'immunité de barrière y soit atteinte ».

L'auteur compare alors la Suède avec les Etats-Unis et note que « les politiques locales incohérentes des différents états des USA avec les rebonds sévères qu'on y constate, semblent avoir oublié qu'aplatir la courbe ne fait que retarder le problème s'il n'y est pas associé de politique éradicatrice ».

Ainsi, il n'existe que deux chemins possibles :

- Soit l'éradication totale de la COVID, nécessitant de retrouver tous les cas sans exception, donc de tester l'intégralité d'une population de façon coercitive sur le territoire où circule le virus, puis de s'en préserver jusqu'à la commercialisation d'un vaccin (si celui-ci est suffisamment efficace).
- Soit l'atteinte de « l'immunité de barrière » telle qu'on la constate maintenant en Suède et qui semble émerger aux USA (tout comme en France ; nous le verrons plus loin).

3. De l'orthodoxie à l'orthopraxie : revue des croyances autour de la COVID

Je ne suis pas exempt de croyances, bien évidemment. Quelques articles (3) ou webinars (4) sont venus rappeler récemment aux sceptiques (dont je fais partie) qu'ils sont soumis à des biais cognitifs. Je partage ici mes croyances plus que des vérités inébranlables, tout en estimant que les faits et arguments que je vous soumetts vous convaincront (peut-être) tout autant que moi.

La première croyance concerne la capacité des modèles épidémiologiques à prédire le futur. A l'évidence, aucun n'était totalement crédible :

- Le modèle de l'Imperial College de Londres prévoyait 70 000 morts sans confinement en Suède ; la situation réelle se stabilise aujourd'hui à 5 500 morts.
- Le modèle de l'Institut Pasteur s'appuie sur une approche questionnable (à partir des données de mortalité du bateau Diamond Princess).
- Le modèle de l'EHESP considérait des hypothèses problématiques (non contamination et préservation des personnes en secteurs hospitalier ou médico-social).

Ainsi, les prises de parole actuelles de ces épidémiologistes, fondées sur ces mêmes modèles, devraient être considérées avec circonspection, en particulier quant au risque de rebond épidémique (5).

La seconde croyance concerne la vulnérabilité de l'ensemble de la population. Il semble clair que certains ne développent pas la maladie même en étant en contact avec elle. Ainsi, on rencontre des époux.ses ayant dormi plusieurs jours à côté de leurs conjoint.es qui ne sont pas tombé.es malades et n'ont développé aucun anticorps décelable. Ainsi, même si on ne sait pas encore décrire précisément le mécanisme d'immunité autour du coronavirus (6), une partie de la population est « spontanément » insensible à celui-ci. L'hypothèse majoritairement retenue serait celle d'une immunité croisée avec d'autres coronavirus. Le Professeur Beda M Stadler, (ancien directeur de l'Institut d'immunologie de l'Université de Berne) est très assertif, soulignant récemment (7) que « lorsque les premières statistiques de la Chine et, plus tard, les données mondiales ont montré la même tendance, c'est-à-dire que presque aucun enfant de moins de dix ans ne tombait malade, tout le monde aurait dû faire valoir que les enfants doivent clairement être immunisés. Pour toute autre maladie qui n'affecte pas un certain groupe de personnes, nous en viendrions à la conclusion que ce groupe est immunisé. Lorsque des personnes meurent tristement dans une maison de retraite, mais que d'autres retraités présentant les mêmes facteurs de risque sont laissés totalement indemnes, nous devrions également conclure qu'ils étaient probablement immunisés ». Il ajoute qu'un article du virologue Christian Drosten « a montré que chez 34 % des Berlinoises qui n'avaient jamais été en contact avec le virus Sars-CoV-2, les cellules T étaient néanmoins immunisées contre celui-ci (l'immunité des cellules T est un autre type de réaction immunitaire). Cela signifie que nos cellules T, c'est-à-dire les globules blancs, détectent les structures communes apparaissant sur le Sars-CoV-2 et les virus du rhume ordinaire et les combattent donc toutes les deux ».

La troisième croyance concerne le faible taux de personnes immunisées du fait d'une contamination par la COVID. Les tests sérologiques s'appuient sur des techniques qui semblent différentes d'un pays à l'autre. Ainsi, à Bergame, les autorités sanitaires italiennes considèrent que la moitié de la population a développé des anticorps (8) alors que les autorités françaises considèrent en Ile-de-France (sur la base des modèles ou des tests de l'Institut Pasteur) que le taux est cinq fois moindre.

Beaucoup de personnes ayant été symptomatiques de la COVID se retrouvent ainsi en France dans la catégorie n'ayant pas développé de réponse immunitaire. C'est probablement aussi le cas pour beaucoup de personnes asymptomatiques.

La quatrième croyance concerne la réussite du confinement à la française. Le déconfinement a conduit simultanément à un accroissement des interactions sociales et une baisse des contaminations conduisant au décès. Les personnes en EHPAD, pourtant confinées chez elles, représentent la moitié des décès COVID. Afin de mieux comprendre l'impact des différentes décisions ayant tenté d'influer sur l'épidémie, voici une vision sur la mortalité 3 semaines après.

Dates	Evènement à retenir (Approche qualitative)	Décès 3 semaines après (Source : Ourworldindata)	Commentaires (Approche qualitative)
15 au 28 février	Messages rassurants.	441 morts	Un tiers des décès possiblement lié à des contaminations avant le confinement.
1 au 15 mars	Messages rassurants.	8 461 morts	
16 au 31 mars	Confinement	11 354 morts	Plus de la moitié des décès possiblement liée à des contaminations pendant le confinement.
1 au 15 avril	Confinement	3 338 morts	
16 avril au 30 avril	Confinement	2 323 morts	
1 au 15 mai	Confinement allégé	1 010 morts	Moins de 5% des décès possiblement liés à des contaminations après le déconfinement.
16 au 31 mai	Déconfinement	491 morts	
1 au 15 juin	Déconfinement	396 morts	

La cinquième croyance concerne le niveau de fiabilité du R0 pour décrire l'intensité épidémique. Tout d'abord, reconnaissons qu'il existe une grande différence entre les discours ministériels (qui parlent par exemple de « légers indices de reprise épidémique ») et de ce qui est repris dans les médias. Santé Publique France indique même dans son bulletin hebdomadaire les limites du R0 pour analyser la dynamique épidémique : « cet indicateur (le R effectif) peut être instable notamment lorsque l'incidence est faible car est influencé par les actions locales de dépistage ». Prenons par exemple le cas d'un Département de 200 000 habitants :

- Si le virus est présent chez 200 personnes, plutôt groupées (contaminations intra-familiales ou sur le lieu de travail), en testant 1% de la population on va découvrir 20 cas (ce qui correspond à peu près la statistique en Mayenne la semaine du 28 juin).
- Si la semaine suivante, l'épidémie ralentit de moitié, mais qu'on décide de tester tous les cas contacts des 20 personnes identifiées précédemment, on découvrira peut-être le double ou le triple de cas alors même que l'épidémie ralentit.

Ainsi, un R0 élevé ne veut pas forcément dire que l'épidémie s'accélère, mais peut simplement vouloir dire qu'on identifie de mieux en mieux toutes les personnes contaminées.

La sixième croyance concerne le niveau de protection offert par l'utilisation des masques dans son utilisation grand public. Ainsi, il y a une surestimation sur la rigueur d'utilisation individuelle des masques (nécessaire pour une protection collective satisfaisante) (9). Je précise, pour ne pas être accusé de pensée trop hétérodoxe, que je suis convaincu qu'en milieu hospitalier, la protection semble utile et

généralement bien portée. Je crois par ailleurs volontiers à l'étude réalisée dans un salon de coiffure américain qui a montré qu'une employée très rigoureuse dans l'utilisation de son masque avait évité la contamination d'une centaine de clients (10). Mais je constate que l'usage n'est généralement pas celui-ci, pour 2 raisons : tout d'abord, beaucoup utilisent des masques en tissu qui n'offrent pas le même niveau de protection, ensuite, quasiment personne ne respecte les règles d'usage des masques chirurgicaux dits FFP1.

J'ai par exemple participé à 2 réunions différentes avec des médecins et des directeurs hospitaliers cette semaine : pas une seule personne n'a été capable de ne pas toucher son masque, voire le retirer pour boire un verre d'eau ou un café, se gratter la barbe, ou encore remettre le même masque après avoir fumé une cigarette. Peut-on dès lors réellement en vouloir à la population de ne pas pouvoir respecter les recommandations (ne pas le toucher, en changer après 2 heures, etc) ? Autre exemple instantané : ma voisine (je suis dans un avion) vient à l'instant de se moucher, après avoir mangé, et de remettre son masque, pourtant bien correctement collé au visage. Ce n'est pas crédible de croire que l'usage des masques sera satisfaisant de façon courante.

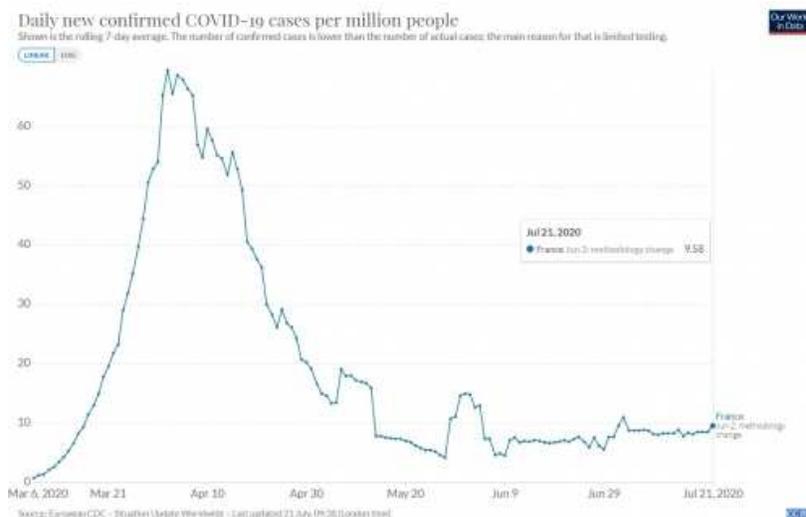
On peut d'ailleurs se demander si on n'est pas rentré dans une logique d'orthopraxie : il ne s'agit plus de croire à la nécessité ou l'utilité des masques, mais de se conformer à une responsabilité commune, à quelque chose qui nous relie tous en tant que collectif et face à la crainte épidémique. C'est évidemment positif et traduit à la fois l'envie d'être responsable vis-à-vis des plus fragiles tout en étant conscients des sacrifices réalisés par les professionnels médico-soignants.

4. Deux solutions existent, mais nous ne prenons aucun de ces chemins

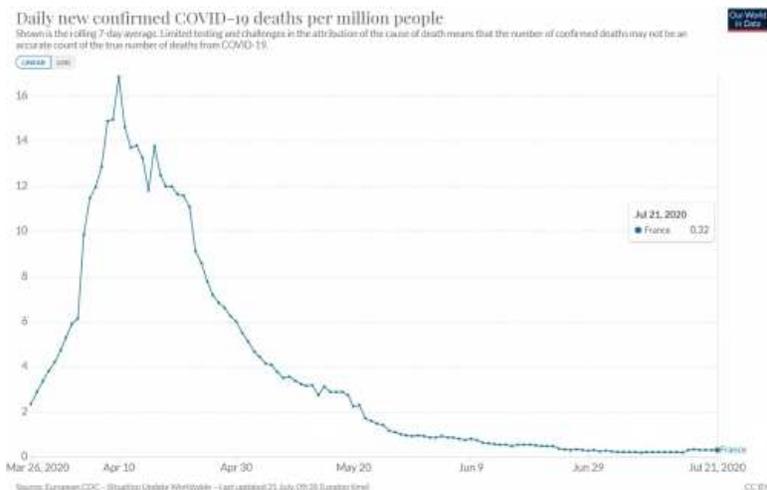
Les différentes croyances évoquées précédemment sont largement partagées par la population, les soignants, ainsi que les décideurs publics. Ils ont peut-être raison. Mais elles conduisent vers une approche « *entre-deux* », soit une volonté inconsciente qu'il n'y ait plus un seul cas de COVID, sans se donner les moyens d'obtenir ce résultat. Il faudrait en effet aller au bout du raisonnement et tester l'intégralité de la population de façon obligatoire, sur une période de temps courte, pour identifier l'exhaustivité des cas et éviter une circulation silencieuse. Il faudrait éviter que l'affolement médiatique vécu à la mi-juillet ne se reproduise encore jusqu'au vaccin (s'il est efficace).

En revenant sur certaines croyances, il est possible de considérer sérieusement la voie suédoise. En effet, en dépit des messages alarmistes récents, les chiffres de l'épidémie peuvent être considérés « *au beau fixe* » en France.

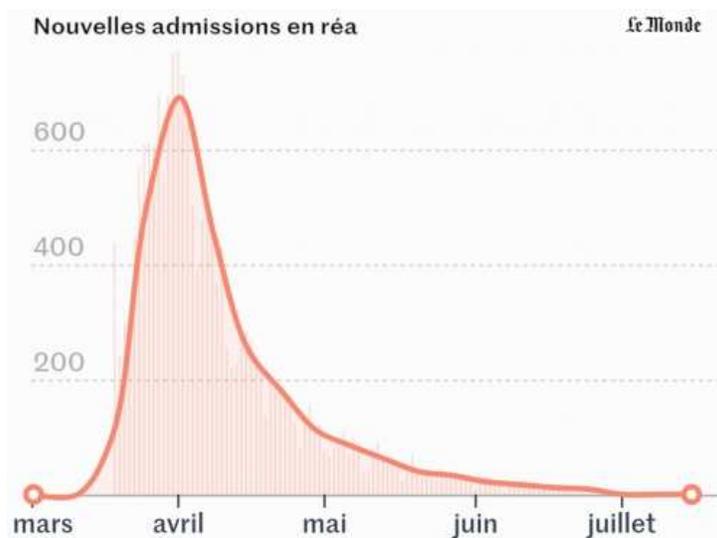
Tout d'abord, malgré la hausse importante du nombre de tests effectués, le nombre de cas détectés demeure stable depuis fin juin (9,6 nouveaux cas quotidiens par million d'habitants entre le 14 et le 21 juillet 2020).



Le nombre de morts est en décline sur les dernières semaines et atteint un niveau bas (0,3 mort quotidien par million d'habitants entre le 14 et le 21 juillet 2020), alors même que certains décès, intervenant plusieurs semaines après une hospitalisation, sont rattachés à une cause COVID.



Même en Mayenne (et dans les Départements cités comme subissant une reprise épidémique récemment), les données sont très rassurantes, puisque les entrées en réanimation sont bien moindres depuis fin juin en France (11).



Notons enfin que la Fête de la Musique du 21 juin (soit il y a déjà 4 semaines), n'a donné lieu à aucune augmentation des décès, ni des admissions en réanimation, ni même des hospitalisations.

Ainsi, il semble se passer le même phénomène en France qu'en Suède : un virus qui circule (et donc des cas identifiés régulièrement), mais sa dangerosité n'a plus rien à voir, soit parce que le virus a muté, soit parce qu'il circule principalement dans des catégories peu risquées de la population. Le chemin vers « l'immunité barrière » semble donc en cours en France, sans réellement que ce soit voulu par les pouvoirs publics.

Le dilemme qui se pose pour les pouvoirs publics aujourd'hui est donc de devoir choisir entre ces deux chemins. Vouloir maîtriser une épidémie tout en ne mettant pas tout en œuvre pour identifier les cas conduit à une situation émotionnelle dramatique, tant pour la population, que pour les professionnels médico-soignants qui sont soumis à un nouveau stress insupportable durant l'été (12).

Si les autorités continuent à être en retard sur les événements, sans fixer de cap, nous nous orientons vers une anxiété croissante avec un phénomène de renforcement en cascade des mesures, comme certaines assez ubuesques constatées dans d'autres pays (par exemple en Israël (13), avec un confinement envisagé... uniquement les week-ends).

Ces nouvelles mesures ne permettront probablement pas pour autant de faire disparaître la circulation souterraine du virus. Cela pourrait continuer ainsi jusqu'au vaccin, donc été 2021 voire au-delà... Il faut donc que les autorités tranchent et fixent un cap clair dès maintenant.

Le premier chemin est probablement celui le plus acceptable par l'opinion publique et les soignants. Il s'agit ainsi de ne plus attendre pour tester toute la population, et mettre en place les outils de contrôle numérique permettant de tenir en attendant le vaccin. On pourrait imaginer que tout citoyen soit dans l'obligation de se faire tester entre la mi-août et la mi-septembre, afin de garantir un fonctionnement normal de l'économie et de la vie sociale à l'automne 2020.

Le second chemin est un peu orthogonal par rapport à la communication actuelle. Pourquoi ne pas considérer aujourd'hui le modèle suédois, auquel nous avons renoncé en mars face à l'augmentation triste du nombre de décès, mais qui a maintenant fait ses preuves ? Le risque sanitaire semble faible, car la circulation du virus touche principalement des populations peu vulnérables. Le risque politique semble élevé ; l'est-il cependant plus que l'agitation sociale éventuelle si les diverses mesures de distanciation tendaient à paraître

infinies pour une partie de la population ? Ce second chemin devrait être considéré sérieusement. S'il était définitivement écarté, les autorités pourraient alors engager plus résolument le premier chemin (dépistage exhaustif de la population et mise en place des outils de contrôle numérique).

Article « COVID-19 : de l'orthodoxie à l'orthopraxie » du 21 juillet 2020 rédigé par Jean-Pierre Nordmann

Contact : jpnordmann@yahoo.fr / 0612163663

[Télécharger en version pdf](#)

(1) https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_Sweden

(2) <https://jhmcohen.com/2020/07/16/covid-19-rien-ne-sest-pas...>

(3) <https://theconversation.com/covid-19-comment-les-biais-co...>

(4) HEC Paris Insight « Prise de décision et biais cognitifs l'exemple du COVID-19 par Olivier Sibony : <https://www.youtube.com/watch?v=H6IAOM3Ei2o&feature=y...>

(5) Voir les articles de Nicholas Lewis sur le sujet : <https://www.nicholaslewis.org/articles-relevant-to-the-co...>

(6) « Immunité contre le Covid-19 : que sait-on à ce stade ? » de Aude Lecrubier : <https://francais.medscape.com/voirarticle/3606141>

(7) Article en version française (<https://www.mondialisation.ca/coronavirus-pourquoi-tout-l...>) ou originale (<https://www.globalresearch.ca/coronavirus-why-everyone-wr...>)

(8) <https://www.lesoir.be/306056/article/2020-06-09/italie-pr...>

(9) <https://www.brut.media/fr/news/tuto-bien-mettre-un-masque...>

(10) <https://www.lemonde.fr/big-browser/article/2020/07/17/aux...>

(11) <https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/05/05/c...>

(12) <https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/dep...>

(13) <https://www.i24news.tv/fr/actu/israel/1594909196-israel-le-confinement-pendant-les-week-ends-n-a-aucun-sens-d-un-point-de-vue-medical-epidemiologiste>

10:15 | [Lien permanent](#) || |

<http://jdmichel.blog.tdg.ch/archive/2020/07/22/covid-19-de-l-orthodoxie-a-l-orthopraxie-307700.html>

Les blogs, en partenariat avec la [Tribune de Genève](#)