



En
accès
libre

**LE VIRUS
DE LA RECHERCHE**

DOMINIQUE ANDOLFATTO
ET DOMINIQUE LABBÉ

**LES MALADES PRIVÉS
DE LEUR MÉDECIN DE FAMILLE**

PUG

La collection « **LE VIRUS DE LA RECHERCHE** » est une initiative des PUG en partenariat avec The Conversation et l'Université Grenoble Alpes.

Directrice de la publication : Ségolène Marbach

Directeur de la collection : Alain Faure

Cette édition électronique a été réalisée pour les PUG par Catherine Revil.

ISBN 978-2-7061-4959-7 (*e-book PDF*)

ISBN 978-2-7061-4960-3 (*e-book ePub*)

© PUG, juin 2020

15, rue de l'Abbé-Vincent – F-38600 Fontaine

pug@pug.fr / www.pug.fr

L'OPÉRATION LE VIRUS DE LA RECHERCHE

En réaction à la situation inédite engendrée par le coronavirus, les PUG ont proposé à leurs auteurs et aux chercheurs intéressés d'**ouvrir la réflexion sur les enjeux de la crise du Covid-19 vus par le monde de la recherche, sur la base d'une contribution libre et volontaire.**

Nous avons demandé aux auteurs de questionner les modes de formulation et de diffusion des savoirs car l'urgence nous oblige sur cette voie. Les chercheurs sont des gens passionnés. Leur *virus de la recherche* formate leurs réflexions sur la marche du monde et il nous semble que la crise du Covid-19 favorise aussi un travail d'introspection sur les ressorts sensibles du métier de chercheur – ses tâtonnements, ses doutes, ses énigmes mais aussi ses espoirs.

La collection « Le virus de la recherche », coordonnée par Alain Faure (CNRS, Sciences Po Grenoble, Pacte, UGA), rassemble les meilleurs textes issus de cette initiative dans une série d'e-books courts, en libre accès, en téléchargement sur le site des PUG, dans leur réseau de diffusion, et chez tous les libraires en ligne.

Face à la crise, les PUG choisissent de faire preuve d'esprit coopératif, de réactivité et d'agilité et proposent ainsi à leurs lecteurs de garder les neurones en action dans l'effervescence des réflexions et du débat scientifique.

Bonne lecture à tous!

**DOMINIQUE ANDOLFATTO (UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ)
ET DOMINIQUE LABBÉ (UNIVERSITÉ DE GRENOBLE ALPES)**

En termes de mortalité, l'épidémie du Covid-19 ne constitue pas un record (elle est le 9^e épisode important de surmortalité en France depuis 1945). Le bilan est néanmoins lourd comparé à d'autres pays. Selon le mode de calcul, la France se classe au 4^e ou au 6^e rang des principaux pays occidentaux en termes de mortalité. Seuls la Belgique et le Royaume-Uni font moins bien. Manifestement, le système de santé a été mis en difficulté. Des dysfonctionnements sont intervenus¹.

Comment expliquer un tel niveau de mortalité ? Pour répondre à cette question, il est d'abord nécessaire de comprendre comment il est fait face habituellement à ce type d'épidémies depuis plus d'un siècle. Cette lutte suit quelques principes simples : protéger les plus faibles, dépister les malades, les mettre à l'écart et les soigner.

Par exemple, pour 2015, la grippe saisonnière a pris un caractère inquiétant car la souche n'était pas couverte par le vaccin. Elle était au moins aussi contagieuse et virulente que le Covid-19 et aucune médication n'avait fait ses preuves contre elle. Pourtant, aucun état d'urgence sanitaire n'a été déclaré, et la mortalité a été limitée à un niveau sensiblement égal à celui du Covid.

Durant les 9 semaines de cette épidémie, il y a eu environ 3 millions de consultations pour syndromes grippaux, 30 911 passages aux urgences débouchant sur 1 597 réanimations². L'essentiel du choc a donc été absorbé par les généralistes : ils ont traité 99 % des cas avec le cocktail habituel : garder la chambre + antiviral

1. Cet article prolonge quatre papiers publiés par la *Revue politique et parlementaire* : « Covid-19 et surmortalité en France » (10 avril 2020), « Destin du Covid-19 » (22 avril 2020), « Ce que nous apprennent les statistiques hospitalières » (20 mai 2020), « Premier bilan de l'épidémie » (5 juin 2020).

2. Institut de veille sanitaire, Surveillance de la grippe en France, 13 octobre 2015.

+ antibiotique. Dans cette équation, le premier terme est le plus important : confiné chez lui, le malade ne contamine pas les autres, ce qui est le plus sûr moyen de freiner l'épidémie.

La chute des consultations

Le rapport de la mission d'information de l'Assemblée nationale, publié le 3 juin 2020, fournit une information décisive à la page 79. Les trois premières lignes du tableau ci-dessous en proviennent. Il est complété par le nombre des hospitalisations pour Covid (selon Santé Publique France) et la proportion de cas traités en urgence.

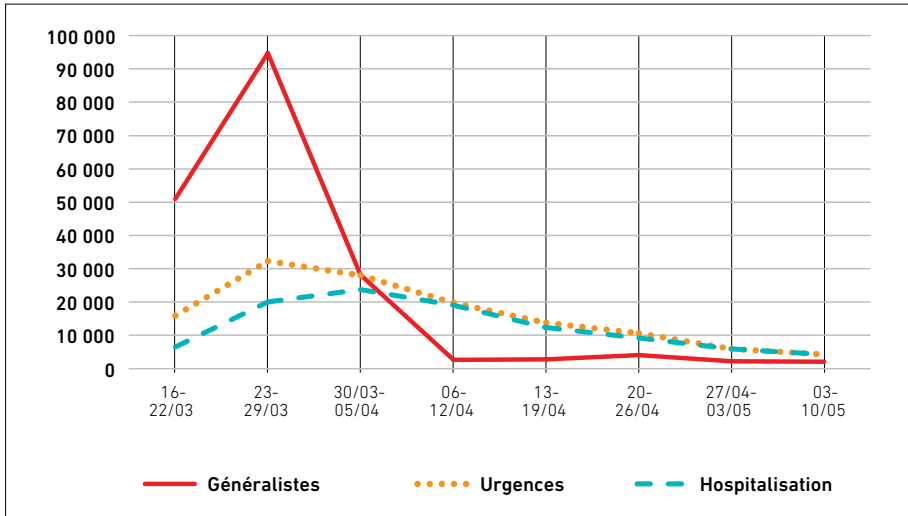
Tableau 1. Nombre de consultations pour suspicion de Covid.

	09-15/03	16-22/03	23-29/03	30/03-05/04	06-12/04
Généralistes	—	51 000	94 810	28 241	2 663
SOS médecin	2 301	9 133	12 167	8 786	5 256
Urgences	5 782	15 956	32 245	27 966	19 704
Total	8 083	76 089	139 222	64 993	27 623
Hospitalisations	—	6 559	20 031	23 760	19 053
% des urgences	—	21,0	23,2	43,0	71,3

	13-19/04	20-26/04	27/04-03/05	04-10/05	Total
Généralistes	2 846	4 035	2 246	2 036	187 877
SOS médecin	3 699	2 588	8 242	6 696	58 868
Urgences	13 803	10 670	5 869	4 265	136 260
Total	20 348	17 293	16 357	12 997	383 005
Hospitalisations	12 342	9 204	5 869	4 265	101 083
% des urgences	67,8	61,7	35,9	32,8	35,6

La dernière colonne du tableau indique qu'il y aurait eu dix fois moins de consultations en médecine de ville qu'auparavant pour ce genre d'épidémie, et que plus du tiers des malades ont abouti à l'hôpital (contre environ 1 % avant 2020). À partir du 30 mars, alors que l'épidémie est en progrès rapide, il y a une chute du nombre de consultations chez les généralistes. Puis entre le 5 et le 12 avril, il y a encore une division par 10 du nombre de consultations, et SOS Médecins prend en charge davantage de patients que l'ensemble des généralistes français.

Le graphique ci-dessous illustre l'ampleur du phénomène.

Graphique 1. Consultations et hospitalisations.

Une double cassure

Au début du confinement, les trois courbes évoluent dans le même sens. La croissance la plus forte s'observe chez les généralistes. Certes, le rapport entre le nombre d'urgences et les consultations de ville n'est que d'un à trois, alors que pour la grippe, il est plutôt de 1 à 100. Dès le départ, une grande partie des généralistes se seraient donc placés en retrait.

Normalement, les trois courbes devraient présenter le même profil. Le pic des consultations aurait dû se situer entre le 1^{er} avril (pic des hospitalisations nouvelles) et le 14 avril (pic des hospitalisations totales). Or dès la fin mars, une double cassure se produit. D'une part, la courbe des urgences se confond avec celle des hospitalisations. Certains patients sont donc renvoyés chez eux sans être examinés. D'autre part, le nombre des consultations chez les généralistes s'effondre, et passe sous le nombre d'hospitalisations. Dès le 6 avril, les consultations chez les généralistes deviennent marginales, alors que l'épidémie est au plus haut.

Chronologie d'un retrait

Quels événements peuvent expliquer ces singularités ?

Le 14 mars, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) recommande aux généralistes de n'utiliser que le paracétamol à l'exclusion de tout autre médicament. C'est la première fois que l'on prescrit aux médecins... de ne pas prescrire.

Le même jour, le conseil scientifique mis en place par le président de la République justifie la décision de confinement de la population par l'affirmation « en l'absence de traitement et de vaccin ».

Le 23 mars, le même conseil explique aux généralistes :

« La détection et la prise en charge des patients atteints de Covid-19 doivent se faire autant que possible en évitant la venue de ces patients en cabinet [...] Quand une consultation au cabinet est jugée indispensable, elle se fera à des horaires dédiés pour éviter le contact avec d'autres patients non infectés, sera réalisée avec les matériels de protection nécessaires, et sera suivie des mesures de désinfection appropriées. [...] Si le médecin se rend au domicile du patient, les mêmes recommandations s'appliquent. »

Or, à l'époque, les matériels de protection (masques, gants, surblouses) manquaient totalement et vu le prix de la consultation, ces recommandations paraissaient impraticables.

Le 25 mars, un décret du ministère de la Santé réserve la prescription des dérivés de la quinine aux établissements hospitaliers.

Le 26 mars, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a interdit aux pharmaciens de délivrer ces médicaments pour le traitement du Covid.

Le 27 mars, le Collège national des généralistes recommande de ne pas prescrire de dérivés de la quinine pour la prise en charge du Covid. Il ajoute que « cette prescription serait contraire à l'éthique médicale ». Or, tout médecin qui enfreint l'éthique de sa profession peut être suspendu par le conseil de l'Ordre. Le même jour, ce conseil reprend à son compte ces injonctions.

Les statistiques de l'Assemblée nationale montrent que, moins d'une semaine après, l'écrasante majorité des généralistes ont fermé leur porte aux patients présentant les symptômes du Covid, ils ont refusé d'aller les visiter à domicile, voire de les prendre au téléphone.

Ces patients avaient deux recours : SOS Médecins et les urgences. Or, cette même semaine, alors que la maladie est toujours en expansion, les consultations des premiers reculent aussi. Et il est devenu impossible de se présenter spontanément aux urgences.

Des malades livrés à leur sort

Certains médecins, de plus en plus minoritaires, persistant à vouloir soigner leurs patients, au moyen de la pharmacopée disponible, courant avril, le conseil de l'Ordre rappelle l'interdiction de tout traitement s'apparentant à une expérimentation soumise à une procédure lourde et, en fait, vouée à l'échec s'agissant

de médecins libéraux. Les généralistes étaient donc privés de tout moyen face à une épidémie en progression forte et rapide. Plus tard, les antibiotiques sont à leur tour quasi-interdits et les ordres départementaux de médecins annoncent qu'ils vont convoquer sans délai les rares médecins qui ne respectent toujours pas ces « recommandations ».

Alors que la France consacre 12 % de son revenu national à la santé, pour la première fois de l'histoire contemporaine, des centaines de milliers de personnes souffrantes, assurées sociales, se sont vues refuser une rencontre avec un médecin, l'écoute et les soins auxquels ils avaient droit.

Outre le drame de ces personnes abandonnées à leur sort, les conséquences en termes de santé publique sont évidentes et dramatiques.

Le malade est resté « en circulation » au lieu d'être mis à l'écart, contrairement à toutes les recommandations en matière de lutte contre les épidémies. William Dab, ancien directeur général de la santé, le rappelle dans une interview au *Monde* (13 juin) : « L'on sait depuis Robert Koch que la séquence surveiller-tester-tracer-isoler est la base de la maîtrise des épidémies de maladie transmissible ».

Pendant la période la plus intense de l'épidémie, le malade – dont l'état n'était pas jugé suffisamment grave pour être envoyé aux urgences par les services de secours –, a donc été livré à lui-même. Il a contaminé ses proches, les commerçants et leurs clients en allant faire ses courses. S'il travaillait, faute d'un arrêt de travail, il a répandu le virus dans les transports et parmi ses collègues. S'il était soignant, il a diffusé la maladie parmi les personnes à risque qu'il aurait fallu protéger.

Cela n'a rien de théorique. Après avoir longuement refusé de tester systématiquement les personnels soignants, il a bien fallu reconnaître que beaucoup avaient contracté la maladie : au 14 mai, un recensement partiel indiquait que quelque 66 000 professionnels de la santé ont eu la maladie³. Les infirmières sont les plus touchées. Ces personnels ont contaminé des personnes à risque. Ainsi s'explique l'effroyable mortalité dans les EHPAD.

La « première ligne »

En 2015, personne n'a déclaré : « virus inconnu : tous aux abris ». Pourtant, la mortalité a été relativement limitée. La diffusion du virus a été freinée par le confinement des malades chez eux jusqu'à ce qu'ils soient guéris. Ces malades

3. *Hospimedia*, 15 mai 2020.

ont accepté de rester confinés parce qu'ils avaient confiance dans leur médecin et qu'ils étaient convaincus d'être correctement soignés. Dans cet équilibre difficile entre la lutte contre le virus, le respect des libertés et les nécessités de la vie collective, le médecin de famille jouait le rôle principal, étant investi de la confiance des malades et des pouvoirs publics.

Cet équilibre a été rompu en 2020. On a submergé ces médecins de directives difficilement applicables, puis on les a mis parfois sur la touche en les menaçant de sanctions. Dans son discours du 17 mars, le président de la République a parlé plusieurs fois de « guerre ». Or, avec son état-major « scientifique », il a désarmé la première ligne de défense et a laissé l'ennemi se répandre dans la population française et s'emparer des endroits stratégiques où il n'aurait jamais dû pénétrer.

Plus au fond, ces choix interrogent une organisation sanitaire centralisée et traduisent aussi le manque de confiance de l'État dans la société civile, ce qui a conduit dans ce cas précis à tenir à distance les médecins de famille et à méconnaître leur rôle tant thérapeutique que social. En lien avec les débats sur les traitements, également sous-jacents, c'est le modèle économique de l'industrie pharmaceutique, dont l'existence dépend du remplacement rapide des médicaments existants et pourtant toujours efficaces, qui se trouve aussi posé. ●