



HAL
open science

Covid-19 : analyses critiques et résistances ?

Dominique Andolfatto, Dominique Labbé

► **To cite this version:**

Dominique Andolfatto, Dominique Labbé. Covid-19 : analyses critiques et résistances ?. 8ème Congrès ABSP (Association Belge francophone de Science Politique) et 9ème Congrès CoSPoF, Apr 2021, Bruxelles, Belgique. halshs-03448332

HAL Id: halshs-03448332

<https://shs.hal.science/halshs-03448332>

Submitted on 25 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Dominique Andolfatto, professeur de science politique
Credespo, Université de Bourgogne Franche-Comté
dominique.andolfatto@u-bourgogne.fr)

Dominique Labbé, chercheur en science politique
Pacte, Université Grenoble Alpes (1982-2020)
dominiquelabbe0794@orange.fr

29 mars 2021

Covid-19 : analyses critiques et résistances ?

communication au 8^{ème} congrès de l'Association belge de science politique et au 9^{ème} congrès des Associations francophones de science politique, ULB, Bruxelles, 7-9 avril 2021.
Section thématique : Crise du COVID et résistances
(responsables : Jean-Michel De Waele, ULB et Yves Deloye, Sciences Po Bordeaux)

Dès le début de la crise sanitaire de 2020, en tant que politistes, non familiers des questions épidémiques, mais maniant régulièrement des données sociales et mobilisant la socio-histoire et l'analyse des politiques publiques, nous avons cherché à « penser le covid ».

Il s'agissait aussi de ne pas céder à la panique ambiante et au discours dominant, discours qui, pour la première fois, dans une société libérale en temps de paix, a stigmatisé la pensée critique sous l'appellation générique de « complotisme ».

D'avril à septembre 2020, cet exercice a donné lieu à 6 articles et à un court livre (voir la bibliographie).

En tous cas, on ne pourra pas nous reprocher une « lucidité *a posteriori* » puisque nous avons réduit au maximum les délais de publication afin de proposer au lecteur un éclairage original de l'actualité.

Cette communication reprend une partie de ces analyses et les actualise à travers quatre points principaux : la remise en perspective de la mortalité ; les interrogations marquant la gestion de la crise dès ses débuts ; l'analyse des données hospitalières ; la question du « désarmement » de la médecine de ville lié au choix d'un hospitalo-centrisme pour le moins problématique.

Nous sommes bien conscients que ces analyses ne sont pas sans risque, et d'abord pour leurs auteurs. En science politique, il aurait sans doute été plus aisé de parler de ceux qui parlent – dans un sens critique ou pas – de la crise sanitaire. Nous avons préféré livrer notre propre regard et de développer des perspectives qui doivent encore s'approfondir. Comme l'a écrit Pierre Goubert dans son *Initiation à l'histoire de France* (1984), « la sympathie de l'auteur va plus naturellement aux victimes qu'aux vainqueurs », ajoutant « qu'on veuille bien l'excuser : il essaie de rester honnête ». En ce sens, ce texte bref veut également rendre hommage à tous les médecins qui n'ont pas cédé à la panique ou aux injonctions des autorités, mais ont continué à accueillir et à soigner leurs patients.

1. Une seule mesure : la mortalité

L'importance – et la virulence – d'une épidémie se traduit d'abord par les morts qu'elle cause et non des « cas » (en majorité sans symptômes). Comprendre l'épidémie de covid-19 nous a donc conduits, dès son origine, à nous interroger sur l'évolution de la mortalité lors des dernières décennies, pour tenter de cerner l'importance relative et la singularité de l'événement en cherchant à le rapporter à des épisodes antérieurs comparables. Plus au fond, cela nous a conduit à retourner à l'histoire des épidémies, laquelle a suscité, depuis lors, de nombreuses publications, mais tel n'était pas le cas au printemps 2020.

En réalité, on sait peu de choses des épisodes de surmortalité en France – avant 2020 - et jamais ces événements ne semblent avoir été remis en perspective. Ils sont toujours peu circonstanciés et, bien souvent, passés sous silence ou oubliés.

Les épidémies depuis 1945 et la diminution de la mortalité

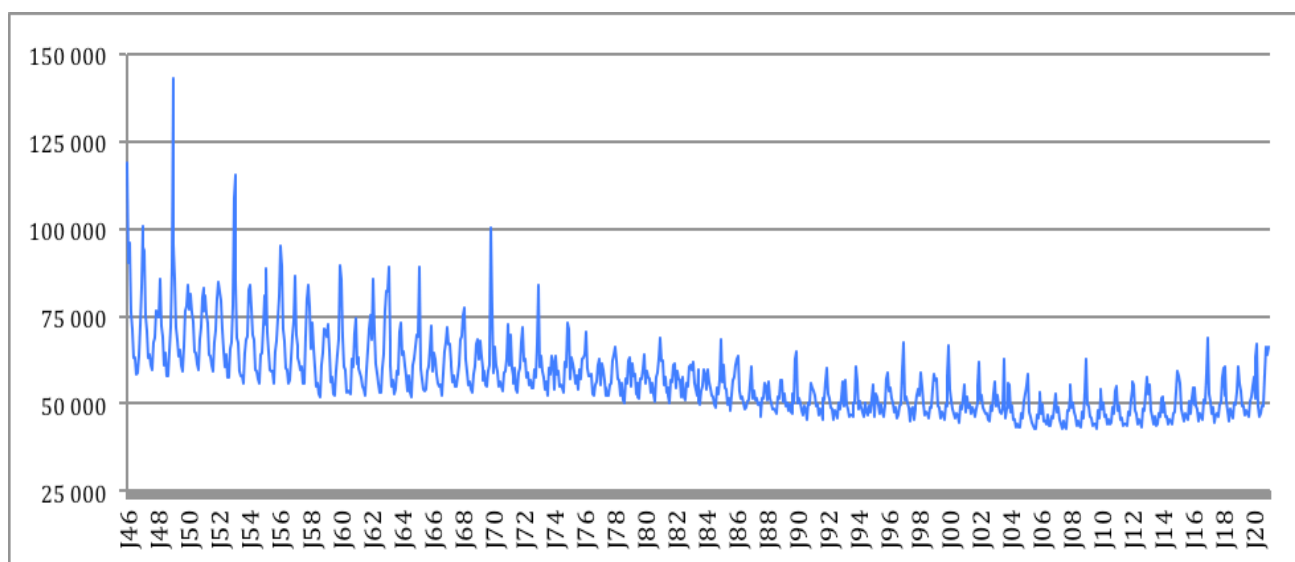
Dès le début de l'épidémie de covid-19, un point de comparaison a été évoqué : la grippe dite « espagnole » de 1918-19 (en fait d'origine sino-américaine). Elle aurait fait en France quelque 211 000 victimes : 145 000 à l'automne 1918, 66 000 dans les premiers mois de 1919 (Darmon, 2000). Cela entraîna la plus forte surmortalité depuis 1900, hors les pertes dues aux guerres. La France comptait à l'époque 39 millions d'habitants. Rapportés à la population actuelle (67 millions), cela fait donc l'équivalent de 363 000 morts ($211 / 39 * 67$). Sur un semestre (la durée de cette grippe en France), cela représente cinq fois plus de décès qu'en a causé l'épidémie de covid-19 en 2020. Mais il n'est pas souhaitable de faire remonter l'analyse antérieurement à 1945 car une partie de la mortalité – importante – de cette époque est due aux guerres et à un état moins avancé de la médecine, ce qui fausse la comparaison.

Outre la grippe « espagnole », les médias ont évoqué également les gripes dites « asiatique » (1957) et de « Hong Kong » (1969-1970). Pour 1957, certains ont avancé le nombre de 100 000 morts (Coquaz, 2020), mais ce chiffre ne se retrouve pas dans les données mensuelles de mortalité publiées par l'Insee ou l'Ined. Le dernier trimestre de 1957 enregistre en réalité un surcroît de 19 000 décès comparé à la même période de 1956.

En revanche, la grippe de « Hong Kong » est à l'origine d'un pic de surmortalité très net, en France, en décembre 1969 et, dans une moindre mesure, en janvier 1970. Au total, sur ces deux mois, elle entraîna un surcroît de 32 000 décès dont 25 000 en décembre, ce qui reste le plus important épisode de surmortalité des années 1950 à 2020 inclus. En raisonnant à population égale – la France avait à l'époque 50 millions d'habitants contre 67 en 2020 –, il est incontestable que ce bref épisode de surmortalité a été plus important que celui produit par l'épidémie de covid-19 de mars-avril 2020 (voir le graphique 1).

Nous avons appliqué ce raisonnement – « à population égale » – aux années postérieures à 1945. Pour ces 75 dernières années, une dizaine de pics épidémiques sont nettement visibles, pour ne retenir que les principaux : ils correspondent aux années 1946, 1947, 1949, 1953, 1963, 1965 et 1969 (voir le graphique 1). Sur ce graphique, nous avons porté la mortalité totale de chaque mois rapportée à la population de 2020. En quelque sorte, ce sont les données brutes à partir desquelles on peut estimer la surmortalité, toute chose égale par ailleurs.

Graphique 1 : La mortalité mensuelle en France depuis 1946 rapportée à la population de 2020.



Lecture du graphique : données « à population égale ». La mortalité totale mensuelle est recalculée sur la base de la population en 2020, afin de comparer les « pics » de mortalité à population constante. Les étiquettes des abscisses correspondent au mois de janvier tous les 2 ans (J20 = janvier 2020).

Sources : Insee, Ined et nos calculs.

La tendance longue est double : gains en espérance de vie, qui se traduisent par une baisse de la mortalité jusque dans les années 2000, et réduction des pics de surmortalité hivernale surtout à partir des années 1970, avec une reprise à partir de 2015.

L'année 1949 est particulièrement remarquable avec 60 000 morts de plus (nombre réel et non recalculé sur la base de 2020) par rapport à 1948 et ces décès interviennent surtout en janvier (42 000 de plus par rapport à janvier 1948, soit presque un doublement de leur nombre) et, secondairement, en février. Cet événement et ses causes semblent oubliés aujourd'hui (et celui-ci n'a pas été redécouvert, ni commenté, en 2020). Il s'agit pourtant d'une sorte de « record » historique puisqu'on ne retrouvera plus une pareille surmortalité par la suite, même en 2020.

L'analyse qu'en fit la revue de l'Ined, *Population*, en 1950, n'est pas sans évoquer certains traits de la crise actuelle : « *A priori*, un tel excédent [de mortalité] d'hiver pourrait provenir de conditions climatiques plus mauvaises, mais comme 1948 et 1949 ont joui (...) d'hivers assez doux, il faut plutôt accuser l'épidémie de grippe de janvier. Cette observation ne veut évidemment pas dire que 56 000 personnes [le surcroît de mortalité pendant cet hiver selon l'Ined] sont mortes de la grippe ; 12 000 décès environ lui ont été imputés (...) par la statistique médicale. Mais l'augmentation du nombre de décès par maladies de l'appareil respiratoire d'origine non tuberculeuse, qui a accompagné ou suivi l'épidémie de grippe, doit être considérée en grande partie, comme une conséquence de celle-ci. On peut enfin penser que cette épidémie a hâté le décès de nombreux vieillards (...) » (Henry et Voranger, 1950).

Cette « grippe » (parfois qualifiée d' « italienne »), particulièrement tueuse, dérivant en pneumonie fatale et s'attaquant aux plus âgés, paraît presque prophétique lorsqu'on songe au covid-19 même si, bien sûr, le virus est différent et le contexte sanitaire et social n'est pas le même.

Les années 1950 et 1960 ont été également marquées par différents pics de mortalité pendant les mois d'hiver, liée à la grippe saisonnière. Celles de 1953 et 1963 ont causé le plus grand nombre de victimes avec, pour les mois concernés, 40 000 morts de plus que lors des mêmes périodes antérieures, et même 45 000 dans le cas de 1963 (en population courante... mais cela représente de 60 000 à 67 000 morts lorsque l'on rapporte ces chiffres à la population de 2020).

En 1953, cette surmortalité n'a pas fait l'objet d'analyses particulières, sauf à évoquer rapidement, dans la revue de l'Ined, un phénomène épidémique récurrent (Henry, 1955). Au passage, on remarque aussi que l'hiver 1954 – marqué par le célèbre appel de l'abbé Pierre –, ne se distingue pas particulièrement en termes de mortalité : « Un hiver rigoureux fait moins de victimes qu'une épidémie » lit-on simplement dans le bilan démographique établi par l'Ined pour 1954 (Henry, 1955).

En 1963, l'épidémie semble être également passée au second plan. La grève des mineurs, première mise en cause sérieuse du gaullisme institutionnel dans les classes populaires, polarise l'actualité et c'est elle qui a retenu toute l'attention des historiens. La souche de l'épidémie semble la même que celle de la grippe de 1957 et revenir régulièrement en France (si l'on en croit *Le Monde* du 30 décembre 1967).

Dans une perspective plus longue, comme le souligne une étude de l'Ined, « jusqu'à la fin des années 1960 chaque épidémie de grippe faisait directement 10 000 à 20 000 victimes et probablement pas loin du double si l'on considère l'ensemble des complications » (Meslé, 2010). Ce qui donne un excédent de 30 000 à 60 000 morts par rapport à la population de 2020.

A compter des années 1970, le développement de la prévention, fondée sur la vaccination, mais aussi sur « une meilleure prise en charge thérapeutique des complications » a permis de réduire sensiblement et durablement le nombre des décès (Meslé, 2010). Pendant plus de 40 ans, la mortalité liée à la grippe recule nettement. Certes, les épidémies ne disparaissent pas et engendrent toujours une surmortalité mais celle-ci paraît relativement contenue. Cependant, par idéologie, par imprévision et du fait de mesures d'économies, bêtement comptables, cette situation s'est retournée.

Le retour de la surmortalité

Les années 2000 sont d'abord marquées par un premier – et inédit – épisode de surmortalité, en août 2003, en lien avec la canicule qui sévit alors. Tandis que les pouvoirs publics semblent d'abord aveugles puis s'enfoncer dans le déni (Lagadec et Laroche, 2005), la mobilisation des urgentistes entraîne une prise de conscience de l'opinion (Pelloux, 2003). L'épisode a engendré quelque 16 000 décès supplémentaires (par rapport à août 2002). C'est le seul mois estival depuis 1946 qui soit

caractérisé par un tel excédent de mortalité. D'autres épisodes caniculaires ont suivi – y compris durant l'été 2020 - mais, à ce jour, ils n'ont pas dépassé 1 000 ou 2 000 morts selon les données de l'Insee (et dans l'absolu ce n'est pas si négligeable).

Plus récemment, les bilans démographiques de 2015 et 2017 traduisent à leur tour une importante surmortalité grippale : au moins 11 000 morts de plus en février 2015 par rapport à février 2014 mais cette épidémie s'est développée sur neuf semaines, de janvier à mars 2015 et a engendré au total un surcroît de 24 000 décès. Il s'agit de l'épidémie de grippe la plus aiguë depuis celle de « Hong Kong » en 1969, avec « un impact relativement sévère chez les personnes de plus de 65 ans » (Insee, 2016).

En 2017, le mois de janvier est de nouveau marqué par des morts plus nombreuses, du fait de la nouvelle grippe saisonnière : elle cause quelque 14 000 décès supplémentaires en janvier 2017 par rapport à janvier 2016. Mais cette épidémie commence dès décembre 2016 et se développe sur trois mois, causant à son tour au moins 24 000 décès supplémentaires.

En 2018, un nouveau pic de mortalité, lié à la « grippe hivernale », selon l'Insee, marque le début de l'année, avec un surcroît de plus de 20 000 décès de décembre 2017 à mars 2018. L'Insee indique encore que cette épidémie « exceptionnellement longue » a « contribué au niveau élevé des taux de mortalité des personnes âgées » (Papon et Beaumel, 2019).

Trois épisodes sévères de grippe se sont donc succédés après une longue période de relative accalmie. La France s'était-elle installée dans la routine dans sa lutte contre ces épidémies ? A-t-elle baissé la garde en termes de prévention et, en particulier, de vaccination ? N'y a-t-il pas eu une dégradation dans la prise en charge des complications, les autorités sanitaires imposant le dogme « pas d'antibiotiques contre la grippe » et les urgences étant déjà débordées – ces trois années-là – par l'afflux de malades en situation de détresse respiratoire.

Ce retournement est sans doute aussi la conséquence délétère de l'épidémie de grippe H1N1 en 2009 qui n'a finalement pas eu lieu au niveau annoncé. Le gouvernement aurait-il sur-réagi, comme le reproche lui en a été fait (par des commissions d'enquêtes parlementaires) ? Au regard de la crise du covid-19, cela ne semble manifestement pas le cas mais la ministre de la Santé de l'époque – Roselyne Bachelot – a été très vite mise en cause pour un excès de précaution (et de dépenses de santé), voire des liens supposés avec l'industrie pharmaceutique. Cet épisode malheureux peut expliquer le recul de la prévention, voire le non-renouvellement de stocks d'équipements de protection des soignants, puisque les dépenses publiques considérables engagées en 2009 se sont – par chance finalement – révélées inutiles.

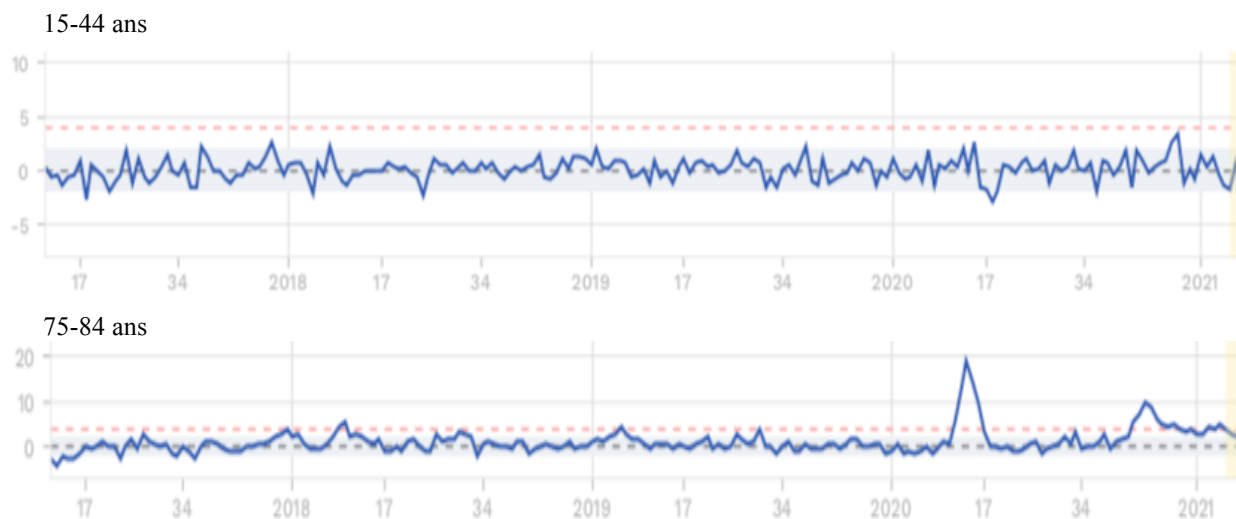
Concernant 2017, l'Insee souligne aussi que « le nombre de décès a tendance à augmenter depuis le début des années 2010 du fait de l'arrivée de la génération nombreuse du *baby-boom* à des âges de forte mortalité » (Insee, 2018). Cette caractéristique aggrave évidemment la situation quand survient la pandémie du covid-19. Autrement dit en 2020, non seulement le pays n'est plus suffisamment préparé – il a négligé la santé publique, a perdu sa culture de prévention et de soins précoces – mais, de plus, la structure démographique ne peut que favoriser la surmortalité.

Reste que cette surmortalité doit être évaluée à sa juste proportion. Si, en 2020, la France a enregistré le plus important nombre de décès depuis 1944 (658 000 contre 667 000), cela est intervenu dans un pays comptant désormais 67 millions d'habitants (contre 39 millions d'habitants en 1944). Rapporté à la population de 2020, le nombre de morts de 1944 aurait été de 1 116 000 (pour s'en tenir à la métropole), soit 1,7 fois plus que le nombre de décès effectivement enregistrés. Et si l'on s'en tient à 1946, première année de l'après-guerre, le différentiel est encore de 1,4 fois supérieur.

Pour autant la mortalité a bien augmenté en 2020 et, précisément, de 7,3 % par rapport à 2019, soit 45 000 personnes décédées de plus (Papon et Beaumel, 2021). Dans la seule France métropolitaine, la progression du nombre des décès s'élève même à 55 000 (Pinson et Meslé, 2021). Mais les auteurs précisent : « une partie de cette hausse – de l'ordre de 13 000 décès – est due au vieillissement de la population qui s'observe chaque année en l'absence de gain d'espérance de vie ». L'excès de mortalité attribuable aux épidémies de covid s'élève donc à un peu plus de 40 000 décès pour l'ensemble de l'année 2020, soit une surmortalité inférieure à celle enregistrée pour les épidémies de grippe jusque dans les années 1970 (voir le graphique 1).

Les données collectées par le site *Euromomo*¹ (qui produit des données comparées concernant la mortalité en Europe) montre clairement que ce surcroît de mortalité s'est produit en deux phases épidémiques distinctes, lors du printemps puis à l'automne. Il est également concentré dans les générations les plus âgées (voir le graphique 2). Sur les deux figures (ci-dessous), les traits pointillés rouges délimitent la zone de fluctuation normale de la mortalité. Seuls les points situés en dehors de cette zone indiquent une surmortalité significative.

Graphique 2 : L'évolution de la mortalité dans deux classes d'âges (France ; 2017-2021)



Lecture : mortalité moyenne (zone en bleu clair) ; augmentation significative de la mortalité (au-delà des pointillés rouges) ; données provisoires (zone en jaune). Les étiquettes (chiffres) des abscisses indiquent les semaines par année (à compter de la 17^{ème} semaine de 2017).

Sources : *Euromomo* (graphiques d'excès de mortalité, datés de la semaine 6 de 2021 [7 février 2021])

En ligne : <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps>

Ainsi, les 75-84 ans connaissent un excès substantiel de mortalité de 18,7 % au printemps puis de 9,6 % à l'automne. Les 45-64 ans connaissent un excès de mortalité de 8,8 % au printemps. Les moins de 45 ans ne connaissent pas d'excès de mortalité.

2. Gestion chaotique, refus d'apprendre, crise systémique

Il y a 90 ans, Charles Nicolle, lauréat du prix Nobel de médecine, en 1928, pour ses travaux sur le typhus exanthématique, écrivait de façon prémonitoire : « Il y aura donc des maladies nouvelles. C'est un fait fatal. Un autre fait, aussi fatal, est que nous ne saurons jamais les dépister dès leur origine. Lorsque nous aurons notion de ces maladies, elles seront déjà toutes formées (...). Elles apparaîtront comme Athéna, sortant tout armée du cerveau de Zeus » (Nicolle, 1939).

La lutte contre les épidémies

La préoccupation essentielle de Nicolle était évidemment la lutte contre ces maladies. Déjà, il préconisait le dépistage et la quarantaine : « On protège contre un malade atteint d'une affection contagieuse, quel que soit le mode de la contagion, en l'isolant ou bien en soustrayant à son approche ses semblables indemnes. Lorsqu'il s'agit d'une maladie récemment importée qui n'a frappé qu'un ou

¹ European mortality monitoring activity. Réseau regroupant 27 offices statistiques nationaux concernant la mortalité.

quelques sujets, cette mesure, strictement appliquée, peut amener, à elle seule, l'avortement de l'épidémie » (Nicolle, 1939).

Manifestement à l'époque, personne n'envisageait de « confiner » toute une population. D'ailleurs, le « confinement général » des populations n'a jamais été pratiqué, pas même au moyen-âge, contrairement à ce qu'on a pu laisser entendre en 2020. Certes, il y a bien eu des confinements plus localisés, lorsque l'agent infectieux peut être circonscrit dans certains lieux. Pour Nicolle, ce qui joue un rôle primordial pour combattre la maladie, c'est « la rapidité du diagnostic (...). Plus vite la maladie est reconnue, plus vite on peut prendre les précautions utiles pour empêcher sa diffusion » (Nicolle, 1939). Mais tous ces principes semblaient oubliés au printemps 2020.

Face à l'épidémie de covid-19, le diagnostic systématique et la quarantaine des malades ont été privilégiés par plus d'un pays asiatique et, en Europe, notamment par l'Allemagne. Les autres pays, dont la France, ont semblé en proie à la panique. A tout le moins, dans le cas français, on peut parler d'un défaut d'anticipation, d'impréparation, dont la pénurie de matériels de protection et l'absence de mobilisation de tout le corps médical (voir ci-dessous) ont été les symptômes les plus visibles (Poulet-Gibot-Leclerc, 2020 ; Sawicki, 2020)².

De façon plus conjoncturelle, on signalera aussi le refus de tirer des enseignements – pour la gestion de crise – de ce qui pourraient s'apparenter à des expériences *in vivo*, notamment la contamination par le covid-19 de plusieurs navires.

Deux « expériences » négligées

Le 5 février 2020, une vingtaine de passagers du *Diamond Princess* étant atteints par le covid-19, le ministre japonais de la Santé décidait la mise en quarantaine de ce paquebot dans le port de Yokohama. Les passagers étaient confinés dans leur cabine. Au total, quelque 712 personnes se révélaient « positives » au coronavirus sur 3 711 passagers et membres d'équipage. Si l'on considère que toutes ces personnes ont été exposées, on constate que seulement 20 % d'entre elles ont développé la maladie. Il y a eu au total 8 décès (soit 1 % de la population contaminée mais 2 pour mille des personnes exposées au virus)³.

Les passagers de ce navire formaient un échantillon très particulier avec un âge élevé. Parmi les cas positifs plus de moitié avaient 70 ans et plus. Autre donnée intéressante : l'enquête épidémiologique a révélé que près de 50 % des « positifs » étaient asymptomatiques mais contagieux (Mallapaty, 2020).

Le porte-avion *Charles de Gaulle*, immobilisé en rade de Toulon le 12 avril 2020, après une mission en mer d'un mois, constitue un autre cas éclairant sur cette épidémie. En effet, étant donné les conditions de promiscuité à bord de ce groupe aéronaval (le porte-avion et son escorte), il est certain que les marins et aviateurs ont été exposés au virus, tous et en permanence pendant un mois. A l'issue de ce mois d'exposition, le chef d'état-major des armées précisait le 19 avril 2020 que : 1 046 marins (sur les 1 760 du porte-avion) ont été testés « positifs » au coronavirus, soit 6 sur 10. Deux jours plus tôt, le ministre des Armées avait indiqué à l'Assemblée nationale qu'il y avait 1 081 cas positifs sur 2 010 tests réalisés au sein du groupe aéronaval, parmi lesquels 545 marins présentant des symptômes du covid-19, 24 hospitalisés et un en réanimation.

On conclut que près de la moitié des marins du groupe aéronaval, ou 4 sur 10 du seul porte-avion, étaient « négatifs » et donc naturellement immunisés (compte tenu de la promiscuité régnant sur les navires de guerre, tout l'équipage a été en contact répété avec le virus). Parmi les « positifs »,

² Voir également les rapports d'enquête de l'Assemblée nationale et du Sénat, tout particulièrement sévères concernant cette impréparation mais moins critiques sur les choix sanitaires. Le rapport du Sénat, en particulier, dénonce « un ministère [de la Santé]... tardivement engagé dans la lutte contre l'épidémie », « une préparation inadapté du système public de soins au risque épidémique marqué par un fort tropisme hospitalier », « un défaut de vigilance à l'égard des plus vulnérables qui a conduit à un lourd bilan humain ».

³ Nombre de morts au 23 mars 2020 (dernier chiffre disponible, selon le magazine britannique en ligne *Ship Technology*, tous les passagers du navire ayant finalement débarqué le 27 février).

pratiquement la moitié n'a développé aucun symptôme (soit le quart des marins) ; pour la plupart des autres, il s'agissait de symptômes légers ; 24, enfin, ont été hospitalisés soit 1 % des marins du groupe aéronaval.

Ces deux « expériences » conduisent à quelques conclusions évidentes. Pour le *Charles-de-Gaulle* et son escorte, après un mois d'exposition continue au virus : aucun décès. Dans les deux expériences, au moins la moitié des adultes en bonne santé sont naturellement résistants au virus et ne peuvent le transmettre aux autres.

Cela met à mal les « projections » alarmistes diffusées depuis le début de l'épidémie qui reposaient toutes sur l'hypothèse que tout le monde peut être contaminé puis contaminer les autres. On peut surtout en déduire qu'il est inutile de confiner la population en dessous de 65 ans et en bonne santé. De plus, cette mesure est catastrophique car elle met en péril l'économie et abolit les libertés publiques. Cependant toute personne présentant des symptômes devrait être testée et, si elle se révèle « positive », elle doit être isolée et immédiatement traitée afin d'éviter les complications, *a priori* rares mais pas impossibles (1 % des cas pour le groupe aéronaval mais plus dans celui du *Diamond Princess* compte tenu de l'âge moyen des passagers).

Certes, dans un pays de 67 millions d'habitants, compte tenu de l'impréparation face au covid-19 et d'un système sanitaire affaibli, le fait que 1 % de la populations doive potentiellement être pris en charge par l'hôpital, même non simultanément, a pu inquiéter et conduire à imposer, sans autre forme de raisonnement, un confinement généralisé.

Bien sûr, on pourra considérer l'expérience *in vivo* du *Charles de Gaulle* comme idéale car, à bord de ce navire, au contraire du *Diamond Princess*, il y avait probablement peu de personnes dont le système immunitaire était affaibli (asthmatiques, diabétiques, cancéreux, grand-âge...) ou présentant des comorbidités. En France, ce sont ces personnes qui sont décédées du covid-19, en trop grand nombre car le confinement général ne les a pas protégées efficacement.

L'expérience du *Charles de Gaulle* en apprend plus encore. En mer, cela arrive souvent que quelques marins malades doivent être évacués sans pour autant interrompre une mission. La décision de faire revenir le groupe aéronaval illustre donc la panique qui s'est emparée des dirigeants français face à ce virus, panique qui explique des décisions irrationnelles comme le confinement de tous, l'« interdiction » faite aux malades de consulter dès les premiers symptômes et aux médecins de prescrire des médicaments, anciens et bien connus et *a priori* sans danger.

On ajoutera encore que, dès le début de la crise, selon les recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique, il a été établi une liste des « personnes à risque » qu'il s'agissait de protéger (voir cette circulaire en annexe). Cette liste a été publiée au premier jour du confinement. En dehors des femmes enceintes, on y retrouve les « comorbidités » dont on a tant parlé par la suite. Dès lors, pourquoi ne pas avoir tenu compte de ces informations ? Puisque ces personnes – présentant le risque de développer une forme grave du covid-19 – étaient confinées chez elles, pourquoi avoir restreint la liberté des autres ? Notamment les enfants dont on savait, dès cette époque qu'ils n'étaient pas atteints par la maladie ? Dès lors : pourquoi avoir fermé les écoles ? Du fait de l'absence de débat parlementaire et d'une presse devenue uniforme concernant la crise sanitaire, aujourd'hui encore, ces questions évidentes n'ont jamais été clairement posées aux responsables et restent donc sans réponse.

De façon plus structurelle, la crise du covid-19 a montré aussi toutes les insuffisances du système français de santé.

Insuffisances du système français de santé

Dès mars 2020, le système de santé est apparu incapable de faire face à la propagation de l'épidémie, notamment, aux besoins de diagnostic et à l'afflux de malades vers les urgences. Il est vrai, comme on le verra, qu'on a empêché la médecine de première ligne de jouer son rôle et que l'hôpital s'est retrouvé seul à devoir faire face. Ce choix – qui va au-delà de ce qu'on présente comme l'hospitalo-centrisme – explique une mise en confinement, sans aucun précédent, de tout le pays.

Pourtant, la France consacre plus de 11,3 % de son PIB à la santé, la part la plus élevée de l'Union européenne avec l'Allemagne (OCDE, 2019). Elle est un peu moins bien classée pour la part des

dépenses de santé par habitant, étant devancée par l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, les Pays-Bas et la Suède.

Un tiers de dépenses concernent l'hôpital et, là aussi, la France n'est pas si mal placée comme le rappelle le chercheur et inspecteur à l'AP-HP⁴, Robert Holcman (2020) : « Les dépenses hospitalières françaises sont parmi les plus élevées au monde (...). Avec 4,4 % de son PIB affectés au système hospitalier, la France – comme le Japon – se situe à la troisième place », devançant l'Allemagne. Cet auteur indique encore que « les personnels hospitaliers (français) sont les plus nombreux des pays industrialisés ». Mais il pointe également leur mauvaise répartition et affectation, un déficit de personnels soignants, l'éparpillement géographique des établissements...

Comme on le sait, malgré – ou à cause de – réformes récurrentes, le pilotage des hôpitaux publics, leur organisation, leur financement, sont devenus problématiques. Cela a conduit à une réduction importante du nombre de lits. Sans parler de la bureaucratie de la santé, extrêmement normée, pesante, lente. Ainsi, tel praticien hospitalier dénonçait lors du premier confinement le « grand pouvoir de nuisance » des Agences régionales de santé (il visait celle du Centre-Val de Loire) et des « procédures totalement anachroniques [qui] étouffent le bon sens et donc l'efficacité » (Potet, 2020). Tous ces éléments expliquent la crise de l'hôpital – et du système de santé – qui culminait à la veille de l'actuelle épidémie et, logiquement, les difficultés face à celle-ci, compte tenu de la profonde « dysorganisation » du système hospitalier (Holcman, 2018 ; Bergeron et al., 2020) et en dépit du professionnalisme et du dévouement des équipes d'urgence. Le rapport Pittet (2020), commandé par l'exécutif pour évaluer la gestion de la crise sanitaire par les pouvoirs publics, a admis de même – en termes prudents – « des faiblesses structurelles dans la gouvernance » (pour ne pas évoquer la « complexité » et les difficultés plus conjoncturelles qu'il pointe également). Au début de l'été 2020, le « Ségur de la santé » – apparenté à une négociation collective –, qui a conduit à revaloriser les rémunérations des soignants, devait engager également une nouvelle réforme hospitalière et revoir notamment le nombre de lits qui a été drastiquement réduit au fil des années alors que la population française augmente et vieillit. Si celle-ci se fait attendre, ce ne sont pourtant pas les réformes hospitalières qui ont manqué depuis vingt ans : lois Kouchner, Mattei, Bertrand, Bachelot, Touraine, Buzyn. Sans doute, faudrait-il évoquer encore les réformes récurrentes de la Sécurité sociale et leurs effets pervers ou inattendus. Une double logique comptable et « consumériste », selon le terme de l'économiste Elie Cohen, a « conduit à privilégier le prix le plus bas pour le service rendu [mais aussi à de nombreux déremboursements pour les patients] plutôt que l'acceptation d'un surprix pour atteindre des objectifs écologiques, de production de proximité et de soutien de l'emploi local » (Cohen, 2020). Il s'en est suivi une délocalisation d'une grande partie de l'industrie pharmaceutique et à des relations de plus en plus asymétriques entre les grands laboratoires et la recherche médicale française.

Malgré ces évolutions et difficultés structurelles, l'incapacité des hôpitaux à faire face à la crise n'a pas été générale comme le montrent les statistiques hospitalières.

3. Les données hospitalières

Dès le début de la crise sanitaire, nous avons effectué au jour le jour le dépouillement des données mises en ligne par Santé Publique France, notamment les statistiques hospitalières. Nous avons consacré trois publications à ces données (en mai, juin et septembre 2020). Nous avons également cherché à actualiser ces données à la date du 15 mars 2021. En résumé, ce dépouillement éclaire deux dimensions principales : la mortalité hospitalière et la dynamique de l'épidémie.

Certains hôpitaux ont fait mieux que les autres

Concernant la mortalité des patients hospitalisés pour covid-19, lors de la première phase épidémique, trois conclusions ont été tirées dès le 20 mai (Andolfatto et Labbé, 2020b).

⁴ Assistance publique – Hôpitaux de Paris.

- A la mi-mai, le taux moyen de décès – à l'hôpital – sur l'ensemble du pays s'élève à 17,8 %⁵. Autrement dit, sur 100 personnes hospitalisées lors de la première phase épidémique de covid-19, pratiquement 18 sont décédées. Cette moyenne, après un reflux à la fin du printemps 2020, est remontée pratiquement à ce niveau dès la fin de l'automne montrant qu'il n'y a pas eu de réels progrès dans la prise en charge des patients dans la plupart des hôpitaux français.

- Pour la période de mars à mai 2020, les écarts selon les départements sont si grands qu'ils ne peuvent s'expliquer par le hasard. On note en particulier qu'à Paris *intra-muros* 22 % des malades hospitalisés pour covid-19 sont décédés, mortalité supérieure à celle du reste de la France, hormis quelques départements atypiques comme l'Indre, le Haut-Rhin, le Territoire-de-Belfort, la Moselle.

- Lors de cette première phase, pour la plupart des départements, le niveau de la mortalité ne s'explique pas par la prévalence de la maladie (mesurée par le nombre d'hospitalisés rapporté à la population du département) ni par sa gravité (mesurée en nombre de patients admis en réanimation ou grâce à la hauteur du pic épidémique) ni par des caractéristiques particulières de la population locale. S'agissant d'une même pathologie, touchant des personnes au profil assez comparable, ces différences considérables de mortalité renvoient nécessairement au système de soins, aux pratiques et aux traitements mis en œuvre.

Dès lors, l'analyste se trouve devant des questions sans réponse. En premier lieu, pourquoi, durant ces deux mois, cette surmortalité dans les hôpitaux parisiens alors qu'ils sont les mieux dotés, avec une population socialement plus favorisée – donc *a priori* mieux soignée – et où opèrent beaucoup de professionnels réputés ?

Pourquoi, lors de cette première phase, est-on mort deux fois plus dans les hôpitaux mosellans que dans ceux du Var ou des Bouches-du-Rhône ? Ou encore 1,6 fois plus dans toute la région parisienne que dans les Bouches-du-Rhône ? Pourquoi des différences importantes entre des départements voisins comme le Var et les Alpes-Maritimes ?

On remarque également que, au 15 mai, la mortalité dans certains hôpitaux de la couronne parisienne – Essonne, Yvelines, Hauts de Seine – est inférieure à la moyenne nationale et que pour tous les autres départements d'Ile-de-France – Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Val-d'Oise sur lesquels l'actualité s'est focalisée – la mortalité a été inférieure à celle des hôpitaux parisiens.

Toutes ces questions se posaient dès le printemps 2020. Pourtant, l'administration a paru les ignorer. A notre connaissance, l'Inserm⁶ – dont c'est pourtant l'objet – n'a pas cherché à comprendre les raisons de ces différences, les commissions d'enquêtes du Sénat, comme de l'Assemblée nationale n'en ont pas dit un mot, la presse – qui a pourtant multiplié les classements entre hôpitaux ces dernières années – n'a pas enquêté.

Nous avons cherché à mesurer comment ces écarts entre départements avaient évolué depuis le printemps 2020. Nous avons calculé à nouveau les taux de mortalité à la date du 15 mars 2021 pour différents départements déjà observés au printemps 2021. Ce taux de mortalité a été calculé par rapport au nombre cumulé de personnes admises à l'hôpital et non pas par rapport aux personnes présentes à l'hôpital au moment du calcul, ce qui conduirait à ne pas tenir compte des personnes retournées à domicile (et en principe guéries). Pour que la comparaison entre les deux années repose sur les mêmes bases, nous avons calculé les taux de mortalité du printemps 2020 en se plaçant à la fin de la première phase (juin). Nous avons calculé un double taux de mortalité : d'une part, par rapport aux personnes admises à l'hôpital ; d'autre part, par rapport à la population départementale (afin de mesurer la dynamique de la maladie entre les deux phases). Les résultats sont présentés dans le tableau 1 ci-dessous.

⁵ La mortalité résulte du calcul : personnes décédées / personnes hospitalisées (à la même date) * 100 (Andolfatto, Labbé, 2020b, 2020c, 2020e).

⁶ Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Tableau 1 : La mortalité à l'hôpital pour covid-19 dans 8 départements

	Mortalité à l'hôpital par rapport aux admissions (en %)		Mortalité à l'hôpital pour 10 000 habitants	
	au 1 ^{er} juin 2020	au 15 mars 2021	au 1 ^{er} juin 2020	au 15 mars 2021
Alpes-Maritimes	18,5	17,4	1,6	11,0
Bouches-du-Rhône	12,2	13,7	2,6	13,9
Moselle	22,9	22,9	7,7	19,0
Haut-Rhin	22,2	16,0	10,2	18,0
Var	12,0	17,8	1,2	9,8
Paris	19,0	17,0	7,9	15,8
Hauts-de-Seine	16,3	14,9	6,3	13,1
Seine-Saint-Denis	17,2	14,5	5,7	11,4
France (entière)	17,1	17,1	2,7	9,7

Sources : INSEE, Santé publique France et nos calculs.

On observe que, selon les départements les taux de mortalité des malades admis à l'hôpital ont évolué au fil du temps. Par exemple, le taux parisien s'élevait à 19 % lors de la première phase épidémique et, au 15 mars 2021, il se situait à 17 %. Dans ce cas, le taux s'est amélioré, rejoignant la moyenne nationale. Tel n'est pas le cas de tous les départements évoqués ici. Ce taux s'est, par exemple, dégradé dans les Bouches-du-Rhône, mais ce département conserve les meilleurs résultats de la série (13,7 %), contrairement au Var qui a régressé. De même, il peut paraître étrange que dans deux départements de l'Est, les choses ont évolué très différemment : en Moselle, la mortalité s'est maintenue à un niveau très élevé alors qu'elle a reculé dans le Haut-Rhin. Dans tous ces départements, pourtant sévèrement touchés par le covid-19, la mortalité demeure donc significativement différente et suit une dynamique qui lui est propre. A notre connaissance, aucune étude épidémiologique n'a cherché à expliquer ces différences, ni interrogé les prises en charge des malades ou les pratiques hospitalières, pourtant déterminantes, comme si celles-ci étaient nécessairement ou implicitement homogènes. Manifestement, des inégalités importantes existent face à la mortalité selon les lieux et les hôpitaux, puisque dans une même région, les différences peuvent être – et demeurer – sensibles.

Enfin, en un an à l'échelle nationale, les soins ne semblent pas progresser puisque le taux moyen de mortalité à l'hôpital demeure sensiblement au même niveau qu'à la fin de la première phase épidémique (17,1% début juin 2020 comme en mars 2021).

Le confinement n'a pas changé la dynamique de l'épidémie

En second lieu, nos analyses des statistiques hospitalières renseignent sur la dynamique de la première épidémie.

Il apparaît que la diffusion de l'épidémie s'est faite en suivant les principales lignes de communication⁷, avant d'exploser partout en même temps. Les deux tiers des pics épidémiques par département – concernant plus de 80 % de la population métropolitaine – interviennent en une semaine (12-19 avril). Le pic parisien survient 14 avril (avec quinze autres départements : le Rhône, le Bas-Rhin, les Yvelines, le Nord, le Val d'Oise, la Somme, la Gironde, le Loiret, les Alpes Maritimes, l'Aube, le Doubs, le Maine-et-Loire, la Charente Maritime, les Côtes d'Armor et l'Allier).

Ces pics sont intervenus près d'un mois après le début du confinement général de la population alors qu'il s'écoule environ une semaine entre l'infection et l'apparition des complications qui peuvent entraîner l'hospitalisation. Autrement dit, la diffusion du covid-19 sur le territoire français s'est faite selon le schéma et le rythme propre à ce type d'infection. Le confinement général de la population n'a

⁷ Ce type de diffusion est classique comme a pu le montrer dans un petit livre André Siegfried (1960).

pas entravé cette diffusion. En revanche, il a porté un coup sévère à l'économie⁸. Malgré ces évidences, à notre connaissance, l'efficacité des mesures prises n'a pas été véritablement interrogée et, à l'automne, les autorités ont décidé un nouveau confinement. Cette fois, l'épidémie a assez vite reflué, trop vite – cependant – pour que l'on observe un rapport de cause à effet... Certains doutes concernant cette stratégie sanitaire ont probablement taraudé jusqu'aux plus hautes autorités de l'Etat et peuvent expliquer les changements subits intervenus au début 2021, le principe d'un nouveau confinement généralisé étant écarté, en dépit des protestations des « spécialistes » intervenant dans les médias.

4. La médecine désarmée

Comme indiqué plus haut, depuis un siècle, la lutte contre les épidémies repose sur la protection des personnes fragiles et du personnel soignant, ce dernier devant tenir face à l'épidémie et bien sûr éviter sa propagation, en prévenant notamment les infections nosocomiales. A cela s'ajoutent le diagnostic précoce des malades, leur isolement et leur traitement avec la pharmacopée disponible, notamment pour prévenir toute complication. A ce propos, lors de la première vague épidémique, le traitement dès l'apparition des premiers symptômes – combinant antiviral, anti-inflammatoire, antibiotique et vitamines – paraît avoir donné de bons résultats notamment dans les pays asiatiques, en Afrique... et certains médecins, notamment dans l'Est, en France, y ont eu également recours, assurant avoir eu de bons résultats⁹.

Par construction, la lutte contre les épidémies repose donc principalement sur la médecine de ville, c'est-à-dire les médecins de famille, seuls à même d'intervenir auprès d'un grand nombre de patients dès les premiers symptômes. De plus, la prise en charge précoce de la maladie évite l'engorgement des urgences des hôpitaux et le tri fatal effectué entre malades, faute de lits et de personnels suffisants.

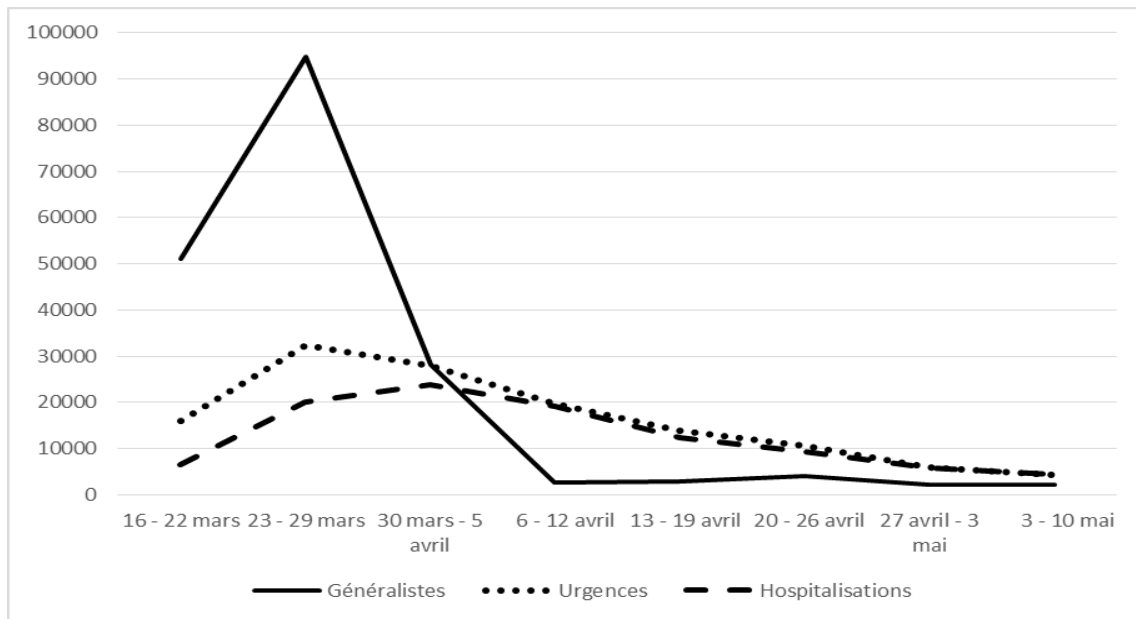
Le tournant du printemps 2020

Il est certain qu'en France la médecine de ville a été désarmée au printemps 2020. Le rapport d'enquête de l'Assemblée nationale (2020) l'a souligné tout particulièrement : « la médecine de ville a été largement écartée de la première réponse à la crise Le graphique 3, ci-dessous, le montre bien. Il retrace le nombre hebdomadaire de consultations en médecine de ville (trait gras), aux urgences (pointillés maigres) et les hospitalisations durant la première épidémie.

⁸ L'analyse ne saurait être seulement négative. Pour Bruno Latour (2021), en particulier, ce contexte est aussi un moment propice pour penser la « déséconomisation » du monde et interroger plus effectivement notre rapport à l'environnement. Cela dit, beaucoup d'initiatives ou, à tout le moins de suggestions, lors du premier confinement, pour penser le « monde d'après » ont semblé peu à peu s'évanouir.

⁹ A titre d'exemple voir le témoignage du docteur Alain Branchereau dans le magazine médical *Egora*, le 7 janvier 2021. Agé de 79 ans, ayant rouvert son cabinet, situé près de Lunéville, région particulièrement touchée lors de la première phase épidémique (et finalement décoré de la Légion d'honneur le 1^{er} janvier 2021), il confiait : « J'ai pris les choses en charge complètement, c'est-à-dire que je ne conçois pas que l'on traite un malade Covid par téléphone. Moi, je vais auprès de mes patients pour les examiner et décider du traitement ». Puis il se félicitait, grâce aux soins apportés, n'avoir eu aucun décès parmi ses patients. Voir également le livre de témoignage de Jean-Jacques Erbstein (2020).

Graphique 3 : Nombre de consultations chez les généralistes et en urgences comparé aux hospitalisations



Sources : Assurance maladie, SPF et nos calculs.

Les deux premières semaines du confinement, les trois courbes évoluent dans le même sens. La croissance la plus forte s'observe en médecine de ville. Certes, le rapport entre le nombre d'urgences et les consultations chez les généralistes n'est que d'un à trois, alors que pour les épidémies antérieures comparables (grippe), il était plutôt de 1 à 100. Dès le départ, la contribution des généralistes semble donc modeste, comme si une grande partie des médecins étaient en retrait.

Normalement, les trois courbes devraient présenter le même profil. Les pics des consultations et des urgences auraient dû se situer entre le premier avril (maximum du nombre d'hospitalisations nouvelles), le 8 avril (pic du nombre des personnes en réanimation) et le 14 avril (maximum des personnes hospitalisées). Or dès la fin mars, alors que l'épidémie est encore en croissance, une double cassure se produit.

D'une part, la médecine de ville cesse brutalement de recevoir (ou de visiter) les patients atteints de covid-19 (y compris SOS médecins). La semaine du 6 avril 2020, le nombre des consultations tombe à 2 663 (35 fois moins que 2 semaines plus tôt), alors que l'épidémie est au plus haut. D'autre part, les urgences n'accueillent plus que les cas graves nécessitant une hospitalisation. Autrement dit, l'écrasante majorité des malades ont été abandonnés à leur sort avec pour seule consigne de rester chez eux – ou en eh¹⁰ ad pour les plus âgés – en attendant la détresse respiratoire et, pour certains d'entre eux, la fin de vie, avec ou sans sédation...

La première coupure coïncide avec l'interdiction faite aux médecins et aux pharmaciens de prescrire et de délivrer la quinine (et aussi à des consignes draconiennes d'asepsie que la plupart des médecins ne peuvent respecter). Dès lors, la quasi-totalité d'entre eux ont fermé leur porte aux malades du covid-19 (ou ont cessé de les visiter).

En croyant suivre une voie « scientifique », le gouvernement français a désarmé la médecine de ville qui était auparavant la première ligne dans la lutte contre les épidémies, faisant porter à l'hôpital un poids qui dépassait manifestement ses forces. Cette situation extraordinaire s'est reproduite pour partie à l'automne où la stratégie reposait uniquement sur des tests administrés en dehors de toute prescription médicale.

Au fond, un tournant semble s'être opéré. La médecine de ville serait maintenant cantonnée à la prescription routinière de médicaments, selon des protocoles définis par les fabricants, et à l'aiguillage

¹⁰ Etablissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes.

des patients vers les laboratoires d'analyse, les spécialistes ou vers l'hôpital. Elle aurait perdu toute autonomie dans le diagnostic et la prescription. Elle n'aurait plus aucun rôle à jouer dans la lutte contre les épidémies ?

La science désarmée ?

Un an après le début de cette crise inédite, la crise de la recherche bio-médicale – dans les grands pays développés – est apparue manifeste, spécialement à travers les polémiques qui ont entouré plusieurs publications scientifiques.

L'apogée de cette crise a été la parution d'un faux article scientifique dans la revue *The Lancet*, concernant de prétendus dangers de la quinine, information immédiatement reprise en France – sans aucun recul critique – par tous les médias et les autorités de santé. Le ministre en a profité pour interdire tout essai thérapeutique avec cette substance, pourtant la plus administrée dans le monde et connue pour son innocuité... depuis Louis XIV.

En fait, le problème est ancien. Il est apparu concomitamment à la mise en place dans les principaux pays développés d'une procédure d'agrément des médicaments reposant sur les études financées par les producteurs de ces médicaments. Du fait de la concentration de ces producteurs, ils sont en position de force par rapport aux chercheurs et, jouant sur la concurrence entre les laboratoires de recherche, ces grandes firmes parviennent bien souvent à imposer les conclusions souhaitées (voir la synthèse présentée par Sismondo, 2021).

Conscient de cet état de chose, en 2005, le *National Institute of Health* américain a mené une enquête auprès de 2 000 chercheurs financés par lui (Martinson et al., 2005). Malgré l'anonymat promis, la moitié des chercheurs ont refusé de répondre. Parmi l'autre moitié, un tiers a reconnu avoir eu au moins une pratique contraire à la déontologie de la recherche dans les trois années précédant l'enquête.

En 2012, la présence d'un grand nombre de fausses publications scientifiques dans les catalogues des principaux éditeurs scientifiques a révélé des failles dans le processus d'évaluation des publications (Arnold, 2014 ; Van Nordeen, 2014). En 2016, une fraude massive dans la recherche sur le cancer a été dévoilée (Byrne et Labbé 2016 ; Philipps, 2017). Cette découverte a valu à son auteur (J. Byrne) le titre de « *Scientist of the Year 2017* » délivré par le journal *Nature*.

Naturellement, l'écrasante majorité des fraudes ne sont jamais démasquées. Mais, à l'heure où sont écrites ces lignes, le site *retraction watch* (<https://retractionwatch.com/>) recense – sur le covid-19 – déjà plus de 80 articles erronés ou frauduleux retirés par les auteurs et/ou les grands éditeurs scientifiques mondiaux qui les avaient publiés. Cet effectif représente plus de deux fois le nombre mensuel moyen de rétractions – toutes sciences confondues – dans les années antérieures. Cela souligne l'ampleur des enjeux liés au covid-19 mais aussi la rapide dégradation de la qualité de la recherche bio-médicale.

L'intérêt de ces exemples est de montrer que les mauvaises pratiques révélées à l'occasion de l'épidémie de covid-19 ne sont pas marginales, que le système de la révision par les pairs n'offre pas de garanties suffisantes, que la fraude et les mauvaises pratiques sont répandues dans les publications scientifiques, spécialement bio-médicales, ce qui met en cause l'ensemble de la procédure d'agrément des médicaments et, au-delà, le traitement des maladies.

Conclusion

Les historiens retiendront sans doute que la crise sanitaire – liée au (ou à la) covid-19 – a entraîné une surmortalité d'environ 40 000 personnes en France en 2020. Nous espérons qu'ils ajouteront qu'une partie de ces morts sont plutôt dues à l'impréparation du pays (malgré les alertes répétées des années précédentes), à la méconnaissance de l'histoire des épidémies, à la non-utilisation des informations disponibles sur cette maladie dès février et mars 2020, à la démobilisation de la médecine de ville et aux faiblesses du système hospitalier, au refus d'utiliser la pharmacopée disponible, au désintérêt envers les bonnes pratiques qui, de mars à mai 2020, ont permis à certains hôpitaux de sauver plus de malades graves que certains autres.

Tout cela sautait aux yeux dès le printemps 2020. Pourtant les mêmes erreurs ont été reproduites durant l'automne et l'hiver 2020. Elles persistent à l'heure où ces lignes sont écrites.

Nous soulignerons également l'incompréhension – pour ne pas dire l'hostilité – suscitées par ces simples constats de bon sens qui, du coup, seraient presque des « résistances » à l'état d'urgence sanitaire qui s'est mis en place et imposé implicitement un conformisme de pensée. Au-delà de nos modestes publications, cette hostilité a visé les quelques voix qui ont osé mettre en doute la stratégie officielle (en premier lieu les médecins généralistes qui ont pris en charge les malades et l'ont fait savoir). La panique qui s'est emparée de nos dirigeants, des élites, des journalistes, des universitaires et d'une partie de nos concitoyens semble les avoir rendus intolérants à la pensée critique.

Enfin et surtout, il y a eu un refus systématique d'analyser la situation des nombreux pays n'ayant pas connu de surmortalité depuis le début de l'année 2020 et parfois jusqu'à ce jour. Nous nous permettons de rappeler les conclusions de cette comparaison en citant nos articles (afin de ne pas être accusés de « lucidité *a posteriori* ») :

« Les pays qui ont obtenu les meilleurs résultats face à l'épidémie, ont adopté une attitude exactement opposée [à celle suivie en France depuis un an maintenant] : prévention (spécialement protection spécifique pour les personnes à risques), dépistage systématique des personnes les plus exposées au virus (particulièrement du personnel soignant), mise à l'écart des malades et soins précoces (souvent avec des traitements comparables à ceux interdits en France). Ces pays ont fait confiance au corps médical et aux citoyens. Ils se sont bien gardés de mettre entre parenthèse les libertés publiques et ils n'ont pas plongé leurs économies et leurs assurances sociales dans une crise sans précédent. »

Bibliographie

- Andolfatto (Dominique), 2020, « Covid-19 et surmortalité. Une remise en perspective », *Revue politique et parlementaire* (RPP), 10 avril (en ligne).
- Andolfatto (Dominique), Labbé (Dominique), 2020a, « Destin du covid-19. Revisiter les principes de lutte contre une épidémie », *RPP*, 22 avril (en ligne).
- Andolfatto (Dominique), Labbé (Dominique), 2020b, « Covid-19 : ce que nous apprennent les statistiques hospitalières », *RPP*, 20 mai (en ligne).
- Andolfatto (Dominique), Labbé (Dominique), 2020c, « Covid-19 : premier bilan de l'épidémie », *RPP*, 5 juin (en ligne)¹¹.
- Andolfatto (Dominique), Labbé (Dominique), 2020d, « Covid-19 : une défaite française. La médecine désarmée », 22 juin (en ligne).
- Andolfatto (Dominique), Labbé (Dominique), 2020e, « Faut-il avoir peur de la covid. Le point sur la situation sanitaire », 4 septembre (en ligne).
- Andolfatto (Dominique), Labbé (Dominique), 2020f, *Les malades privés de leur médecin de famille*, Grenoble, PUG, coll. Le virus de la recherche (mini-livre en ligne).
- Arnold (Edward J.), 2014, « Fraude et mauvaises pratiques dans les publications scientifiques », *Hermès*, 2014/3 (n° 70), p. 197-204.
- Assemblée nationale, 2020, *Rapport d'information sur l'impact de la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19*, 2 décembre (en ligne).
- Bergeron (Henri), Borraz (Olivier), Castel (Patrick), Dedieu (François), 2020, *Covid-19 : une crise organisationnelle*, Paris, Sciences Po Les Presses.
- Byrne (Jennifer), Labbé (Cyril), 2016, « Striking similarities between publications from China describing single gene knockdown experiments in human cancer cell lines ». *Scientometrics*, 28, déc. 2016.
- En ligne : <http://membres-lig.imag.fr/labbe/Publi/ByrneLabbe2016.pdf>
- Cohen (Elie), 2020, « Réindustrialiser et relocaliser. Un impératif post-covid ? », *L'OURS*, juillet-décembre, p. 37-44.
- Coquaz (Vincent), 2020, « Une "grippe asiatique" avait-elle fait vraiment fait 100 000 morts en 1957-1958 ? », *Libération*, 22 mars.

¹¹ Cet article et les deux suivants ont été également repris sur « Le blog de Laurent Mucchielli » sur le site de *Mediapart*.

- Darmon (Pierre), 2000, « Une tragédie dans la tragédie : la grippe espagnole en France (avril 1918-avril 1919) », *Annales de démographie historique*, n° 2, p. 153-175.
- Erbstein (Jean-Jacques), 2020, *Je ne pouvais pas les laisser mourir. Le cri d'un généraliste en guerre*, Bussy-Saint-Georges, JDH Editions.
- Goubert (Pierre), 1984, *Initiation à l'histoire de France*, Paris, Fayard et Tallandier.
- Henry (Louis), 1955, « La situation démographique », *Population*, n° 2, p. 315-324.
- Henry (Louis), Voranger (Jacques), 1950, « La situation démographique », *Population*, n° 1, p. 141-154.
- Insee, 2016, « Bilan démographique 2015. Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre », *Insee Première*, n° 1581. En ligne : <https://insee.fr/fr/statistiques/1908103#titre-bloc-11>
- Insee, 2018, « Bilan démographique 2017. Plus de 67 millions de Français au 1^{er} janvier 2018 ». *Insee Première*, n° 1683. En ligne : <https://insee.fr/fr/statistiques/3305173#titre-bloc-11>
- Holcman (Robert) 2018, « La "dysorganisation", un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs », *Revue française de gestion*, n° 184, 2008/4, p. 35-50.
- Holcman (Robert), 2020, « Le paradoxe hospitalier français », *Le débat*, n° 209, mars-avril, p. 37-44.
- Lagadec (Patrick), Laroche (Hervé), 2005, « Retour sur les rapports d'enquête et d'expertise suite à la canicule de l'été 2003 », *Cahiers du GIS Risques collectifs et Situations de Crise / MSH Alpes*, n° 5, mai.
- Latour (Bruno), 2021, *Où suis-je ? Leçons du confinement à l'usage des terrestres*, Paris, La découverte.
- Mallapaty (Smriti), 2020, « What the cruise-ship outbreaks reveal about COVID-19", *Nature*, 26 mars 2020 et Kenji Mizumoto *et al.*, "Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020 », *Euro Surveillance*, n° 25 (10). En ligne : <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000180>
- Martinson (Brian C.), Anderson (Melissa S.), de Vries (Raymond), 2005, "Scientists behaving badly", *Nature*, vol. 435, p. 737-738. En ligne : <https://www.nature.com/articles/435737a>
- Meslé (France), 2010, « Recul spectaculaire de la mortalité due à la grippe : le rôle de la vaccination », *Population & sociétés*, n° 470, p. 1-4.
- Nicolle (Charles), 1939, *Destin des maladies infectieuses*, Paris, Alcan/Presses universitaires de France (1^{ère} éd. en 1930).
- OCDE, 2019, *European Observatory on Health Systems and Policies*.
- Papon (Sylvain), Beaumel (Catherine), 2019, « Bilan démographique 2018. La fécondité baisse depuis quatre ans », *Insee premières*, n° 1730. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693>
- Papon (Sylvain), Beaumel (Catherine), 2021, « Bilan démographique 2018 ». En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724#titre-bloc-2>
- Pelloux (Patrick), Audition par la Mission d'information, « La France et les Français face à la canicule », Sénat, 17 déc. 2003.
En ligne : <https://www.senat.fr/commission/missions/canicule/canicule031219.html#toc3>
- Philipps (Nicky), 2017, « Online software spots genetic errors in cancer papers ». *Nature*. 20 November 2017. En ligne : <https://www.nature.com/news/online-software-spots-genetic-errors-in-cancer-papers-1.23003>
- Pinson (Gilles), Meslé (France), « France 2020 : 68 000 décès supplémentaires imputables à l'épidémie de Covid-19 », *Population & Sociétés*, n° 587. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/31218/587.populations.societes.mars.2021.deces.supplementaires.covid.19.1.fr.pdf
- Pittet (Didier), Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, 13 octobre (rapport d'étape ; en ligne).
- Potet (Frédéric), 2020, « L'âpre combat d'une équipe médicale face à un virus indomptable : un infectiologue raconte ses indignations », *Le Monde*, 18 avril.
- Poulet-Gibot-Leclerc (Nadine), 2020, « Une anticipation politique limitée » in Pauliat (Hélène), Nadaud (Séverine), dir., *La crise de la Covid-19. Comment maintenir l'action publique ?*, Paris, LexisNexis, p. 23-33.
- Sawicki (Frédéric), 2020, « Vers la réactivation du virus de la politique », *L'OURS*, juillet-décembre, p. 113-122.

- Sénat, 2020, *Rapport au nom de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion*, 10 décembre (en ligne).
- Siegfried (André), 1960, *Itinéraires de contagions. Epidémies et idéologies*, Paris, Armand Colin.
- Sismondo (Sergio), 2021, « Epistemic Corruption, the Pharmaceutical Industry, and the Body of Medical Science », *Frontiers in Research Metrics and Analytics*, 9 march.
- Van Noorden (R.), 2014, « Publishers withdraw more than 120 gibberish papers ». *Nature*, 24 fév. 2014. En ligne : <https://www.nature.com/news/publishers-withdraw-more-than-120-gibberish-papers-1.14763>

Annexe

Circulaire du ministère de la santé (19 mars 2020)

Comme pour les personnes qui ont été en contact avec des malades, il est possible pour les personnes à risque de bénéficier d'un arrêt de travail. Cette liste de personnes considérées comme vulnérables a été établie à partir des recommandations du Haut conseil de la santé publique (HCSP). En voici la liste :

- Les femmes enceintes.
- Les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV.
- Les malades atteints de cirrhose au stade B au moins.
- Les patients aux antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle, ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque.
- Les diabétiques insulino-dépendants ou présentant des complications secondaires à leur pathologie (micro ou macro angiopathie).
- Les insuffisants respiratoires chroniques sous oxygénothérapie ou asthme ou mucoviscidose ou toute pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale.
- Les personnes avec une immunodépression atteintes de pathologies cancéreuses et hématologiques, ou ayant subi une transplantation d'organe et de cellules-souches hématopoïétiques.
- Les personnes avec une immunodépression atteintes de maladies inflammatoires et/ou auto-immunes recevant un traitement immunosuppresseur.
- Les personnes avec une immunodépression infectées par le VIH
- Les personnes présentant une obésité avec un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 40.

Toutes ces personnes pourront demander à être mises en arrêt de travail pour une durée initiale de 21 jours en se connectant directement sur le site declare.ameli.fr. Et ce sans passer par leur médecin traitant – pour ne pas mobiliser les médecins de ville pour la délivrance de ces arrêts.

Source : <http://www.leparisien.fr/societe/sante/coronavirus-la-liste-des-personnes-a-risque-pouvant-beneficier-d-un-arret-de-travail-19-03-2020-8283540.php>