

Nicolas Bouzou et David Lisnard

Il est temps de développer une politique française de maîtrise stricte du Covid-19

Comme en témoignent des initiatives locales, une politique « zéro Covid », permettant de retrouver la liberté et la prospérité, est nécessaire et possible, plaident l'économiste et le maire de Cannes

La première erreur face au virus est d'opposer systématiquement liberté et santé, comme c'est le cas par facilité dans notre pays depuis plus d'un an. La seconde est de croire qu'on puisse retrouver la croissance économique et une vie sociale en laissant la maladie se développer. Il n'existe pas, dans le monde, de cohabitation entre une économie prospère et un virus du Covid-19 qui circule à haute fréquence. Tous les pays qui connaissent une reprise économique rapide (Israël, Royaume-Uni, certains Etats américains ou certaines villes comme New York, des pays du Moyen-Orient et d'Asie) ont combattu le virus grâce à une stratégie vaccinale ultra-offensive et rapide, couplée à des mesures barrières pragmatiques au quotidien.

C'est aussi la stratégie « zéro Covid » qui a permis de préserver les économies asiatiques. Or, l'approche nationale française récente considère à l'inverse qu'il faut « vivre avec le virus ». Il s'agirait donc d'adapter notre vie sociale et économique à une contamination qui resterait élevée. Malheureusement, ce choix repose sur des bases intellectuelles qui sont fausses. Un virus ultra-contagieux,

avec un taux de létalité important, qui laisse plus de 10 % des malades avec des séquelles pulmonaires, musculaires ou neurologiques, qui envoie à l'hôpital 1 % des contaminés, qui génère de nombreux effets indirects délétères (par exemple les retards de prise en charge des maladies chroniques comme les cancers) est un fléau dont on doit se débarrasser. Un tel virus déprime l'économie.

La stratégie française de ces derniers mois nous semble donc avoir péché par « indulgence » ou nonchalance envers le virus. Il est pourtant nécessaire et possible de développer une politique française forte de maîtrise stricte du Covid-19, qui respecte notre mode de vie et corresponde à nos mentalités. Des initiatives locales en témoignent. Car, même quand l'Etat fautive, notre pays n'est pas complètement démuni, car des mesures décentralisées sont possibles, notamment au niveau des villes. Une stratégie municipale qui tend vers le « zéro Covid », seule susceptible de permettre une réouverture des commerces, salles de spectacle, restaurants, salles de sport... existe.

Cette stratégie repose sur quatre volets. Premièrement, tous les moyens doivent

évidemment être mobilisés pour accélérer le rythme de la vaccination. Pour atteindre les publics cibles et grâce à une bonne connaissance de la population, des agents contactent par téléphone les personnes âgées non vaccinées ou souffrant de morbidités pour les inciter à prendre rendez-vous. Les personnels des vaccino-dromes sont formés à utiliser sept doses par flacon de vaccin Pfizer-BioNTech, et non pas seulement cinq ou six. Les rendez-vous sont pris rigoureusement et les listes d'attente rationalisées. Deuxièmement, les supercontamineurs doivent être pistés pour être isolés le plus rapidement possible. Traquer l'épidémie en amont de la formation des

chaînes de contamination est possible en identifiant le virus dès son apparition dans les eaux usées, et non simplement en observant a posteriori, à des fins d'indications épidémiologiques, le taux de contamination.

Surveillance des eaux usées

Actuellement expérimenté dans quelques communes dont Cannes, le dispositif Comete [Covid Marseille Environmental Testing Expertise] de surveillance des eaux usées permet de remonter à un bâtiment précis, voire à un foyer, de vérifier aussi immédiatement les surfaces contaminées et d'identifier un futur propagateur de la maladie cinq à six jours avant qu'il ne soit positif aux tests ! Ce « backtracking » [traçage en remontant à l'origine] est primordial. En effet, 80 % des transmissions sont dues à 10 % des malades. Les pays qui ont réussi à se débarrasser du Covid-19 l'ont fait en identifiant les supercontamineurs.

Troisièmement, les villes peuvent investir dans des machines de désinfection rapide des objets, dans des détecteurs de concentration de CO₂ pour aérer les locaux et dans des purificateurs d'air, très utiles dans les bâtiments recevant du public. Parallèlement, les entreprises doivent être conseillées et incitées à s'équiper ainsi pour protéger leurs salariés comme leurs clients et participer à la chasse au virus.

Enfin, les municipalités disposent de latitude pour renforcer les dispositifs de dépistage. Elles peuvent proposer, de

manière répétée, des tests aux personnes les plus exposées et, plus largement, mettre des autotests à disposition des agents des établissements scolaires, des policiers, des agents de la ville ou des visiteurs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Le public doit en outre être sensibilisé à l'intérêt de l'autodépistage.

La mise en place de cette politique exige une gouvernance particulière de terrain qui consiste à coordonner l'action de toutes les parties prenantes : villes, agglomérations, professionnels de santé du public et du privé et l'ensemble des partenaires locaux potentiels. C'est ainsi, de façon pragmatique et rigoureuse, en proximité avec les habitants, par des mesures ciblées, micro-sanitaires, qu'on pourra à nouveau travailler et tout simplement vivre. Plus on va vite et plus on cible, plus de vies sont sauvées et moins on confine et interdit. La France doit enfin déployer une action sanitaire proactive, anticipée, méthodique et concrète. Notre liberté et notre prospérité en dépendent. Il y a urgence. ■

Nicolas Bouzou est économiste, fondateur du cabinet Asterès et auteur de « Homo Sanitas : histoire et avenir de la santé » (XO Editions) David Lisnard est maire de Cannes (Alpes-Maritimes)



LES VILLES PEUVENT INVESTIR DANS DES MACHINES DE DÉSINFECTION, DES DÉTECTEURS DE CONCENTRATION DE CO₂ POUR AÉRER LES LOCAUX ET DANS DES PURIFICATEURS D'AIR

Mathieu Acquier Le tri médical est une réalité que le médecin qui s'y trouve contraint doit assumer

L'exposition médiatique liée à l'épidémie actuelle tend à dramatiser le principe du tri des patients. Pourtant, cette « priorisation » est une pratique quotidienne, « qui n'est pas immorale » mais procède d'un choix complexe, explique le médecin au CHU de Bordeaux

À l'aube de la « troisième vague » de Covid-19, le porte-parole du gouvernement, Gabriel Attal, a déclaré, lors d'une conférence de presse, le 31 mars : « Le tri des patients n'est pas une option. » Cette prise de position n'est pas isolée : de nombreuses voix s'élèvent pour affirmer qu'il n'est pas éthique de « trier » les malades. La société prend ainsi part à la question du tri médical. Pour pouvoir prendre pleinement la mesure de ce débat, il semble nécessaire de s'intéresser à ces notions par le biais d'une vision historique et philosophique de la médecine, et d'y apporter les éclairages de la réalité du terrain.

Le 13 mars 2020, au début de la crise sanitaire, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) indiquait dans un communiqué que, « le respect du principe d'équité étant une condition essentielle d'action en contexte de pénurie de ressources », il recommandait « que l'exigence de justice, au sens d'égalitarisme, soit pondérée par la nécessité de priorisation des ressources ». La priorisation est ainsi la réponse proposée à la question de la justice distributive (visant une répartition juste des ressources), primordiale en médecine. Le tri médical en est la mise en application. Les réflexions éthiques sur

le sujet émergent dès la seconde moitié du XX^e siècle.

A titre d'exemple, lors de l'ouverture, en 1960, du premier centre de dialyse rénale au Swedish Hospital de Seattle (Etat de Washington), un comité a dû être désigné pour déterminer qui seraient les dix personnes qui auraient la priorité pour accéder à cette technique de suppléance d'organe, sans laquelle le patient décède des complications de la maladie rénale terminale. Depuis, « les problématiques d'allocations de ressources, de rationnement et de triage sont désormais indissociables de pratiques médicales coûteuses mais de plus en plus courantes » (G. Lachenaï, C. Lefève, V.-K. Nguyen, *La Médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*, PUF, 2014).

En effet, les exemples de priorisation sont nombreux dans la médecine, de nos jours : en transplantation d'organes, en réanimation, ou encore, en ce moment même, lors de la vaccination urgente en contexte épidémique ! Il faut tout de même rappeler que le principe d'équité ébranle par ailleurs le principe de bienfaisance du colloque singulier de la relation médecin-malade : la confiance du patient envers son médecin et la loyauté du médecin envers son patient. Trier reste donc un fardeau pleinement éthique, illustrant l'expression du philosophe

Paul Ricoeur (1913-2005), « un tragique de l'action sur le fond d'un conflit de devoir ». Par ailleurs, « la soudaine visibilité du tri dans le débat public » (Frédérique Leichter-Flack, *Revue française d'éthique appliquée*, n° 10, 2020), et notamment dans le domaine de la réanimation, implique plusieurs conséquences.

Tout d'abord, une confusion est créée : la crise sanitaire que nous traversons n'a pas fait naître la problématique du tri en réanimation, elle la met seulement en exergue. En effet, prioriser fait



LE CORPS MÉDICAL EST DÉCIDEUR EN SITUATION MAIS N'EST PAS RESPONSABLE DE CELLE-CI, QUI DÉPEND DE CHOIX SOCIO-ÉCONOMIQUES EN AMONT

partie intégrante de la pratique quotidienne d'un réanimateur. La décision d'admettre un patient en réanimation est une décision individualisée, conditionnée par une balance mettant en jeu les principes de bienfaisance (amélioration du pronostic individuel) et de non-malfaisance (la malfaisance peut résulter d'agressions multiples, notamment par des gestes de soins dits « invasifs »).

Une admission peut être jugée trop agressive par le patient ou sa famille (en fonction des souhaits du patient ou de directives anticipées), ou par le médecin (en raison d'un pronostic de pathologies chroniques, de statut fonctionnel ou d'âge avancé du patient). Une prise en charge en réanimation peut donc s'avérer néfaste pour certains patients dont le pronostic global est trop défavorable. Cependant, le réanimateur doit mettre cette décision en situation. Les contraintes circonstancielles font du tri une nécessité : la disponibilité des lits de réanimation ou encore le nombre de demandes d'admission de patients graves sont des éléments indispensables à la décision finale.

La situation au moment du choix influe sur celui-ci, et le principe d'équité entre alors en jeu. Une étude clinique a montré une surmortalité chez les patients qui étaient admis en réanimation,

mais seulement après un délai d'attente dû à un premier refus, car le service était plein au moment de la dégradation de l'état de santé du patient (René Robert, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2012).

Discussion collective nécessaire

Le principe égalitariste du « premier arrivé, premier servi » est-il plus acceptable, est-il plus juste ? La réponse du CCNE est non. La priorisation contextuelle va avoir pour objectif de favoriser ceux qui bénéficieront le plus de cette ressource rare. L'exposition médiatique tend à dramatiser le principe du tri médical. La priorisation n'est pas immorale, et la question n'est pas de « l'éviter à tout prix ». Le terme de « tri » choque, par analogie au langage courant où l'on trie des choses, et sous-entend à tort une déshumanisation. Au contraire, le tri procède d'un choix complexe qui, tout en véhiculant une charge émotionnelle non négligeable, se doit d'être assumé par le médecin qui y est contraint par les circonstances. L'enjeu est qu'il ne devienne pas trop sévère, inacceptable.

Le corps médical est décideur en situation, mais n'est pas responsable de celle-ci, qui dépend de choix socioéconomiques en amont. Le patient est pris en charge en fonction de la santé publique, et ses

intérêts sont mis en regard de ceux de la communauté. Une discussion collective sur la question est ainsi nécessaire. Pour reprendre les mots de Frédérique Leichter-Flack [professeure de littérature comparée à l'université Paris-X] dans la *Revue française d'éthique appliquée*, « pour familiariser le public avec une culture du tri non délégitime, et éviter les excès du passage à la puissance tragique, l'exercice de retour d'expérience devra inclure une réflexion sur les méthodes à mobiliser pour que les processus de tri soient perçus comme suffisamment justes pour être acceptés sans soupçon ».

Comment réaliser un retour d'expérience, si celle-ci est tout simplement niée ? Un retour réflexif, collaboratif et démocratique permettrait d'améliorer le cadre du soin en France. La crise se prolonge, affirmer une pratique qui est quotidienne et ancrée dans le métier au lieu de la diaboliser sur fond de sensationnalisme paraît essentiel pour soutenir le corps médical français. ■

Mathieu Acquier est médecin au service de médecine intensive et réanimation du CHU de Bordeaux