

100 000 morts en France, un traumatisme à l'empreinte incertaine sur le long terme

Si le lourd bilan du SARS-CoV-2 s'inscrit dans la lignée des grandes épidémies historiques, l'onde de choc n'est pas tant liée aux chiffres qu'à la façon dont les décès se sont passés

C'était il y a un peu plus d'un an, dans une autre vie. Les deux retraités, insoucians, voyagent en car, de la petite ville de l'Aisne où ils habitent jusqu'à Lloret de Mar, sur la Costa Brava. La mer, le soleil, et bien sûr le carnaval avec son cortège de chars colorés les attendent au bout de la longue route. Certains, parmi les participants tousotés déjà. « Ah, ils vont me refiler leurs microbes », pestait Patrice, en plaisantant à moitié. « C'est la saison », se disait sa femme, Paulette (qui n'a pas souhaité donner son nom), sans trop s'inquiéter. L'ambiance est insouciant, et la nouvelle d'un premier décès lié au Covid-19 en France, un enseignant de Crépy-en-Valois (Oise), paraît bien lointaine. Ancien ouvrier d'une sucrerie de l'Aisne, Patrice, 72 ans, mitraille les défilés avec son appareil photo. On rigole de la mort du roi Carnestoltes, personnage emblématique des carnivals catalans. « C'est formidable ! », lançait-il à son fils au téléphone, jovial. « Il était loin de se douter que le corbillard serait pour lui », plaisante avec tristesse Paulette.

Un an plus tard, elle n'a toujours pas eu le courage de regarder les photos. « Je ne suis pas fichue de les mettre sur ma télé », soupire-t-elle. Son mari a été emporté par le Covid en dix jours à leur retour d'Espagne, probablement contaminé pendant le voyage. « Quand nous avons repris le car, nous avons appris qu'une dame avait passé toute la semaine clouée au lit dans sa chambre. Un docteur a diagnostiqué une grippe, et elle est rentrée avec nous », se souvient la veuve, qui remarque plusieurs autres participants mal en point.

Elle n'a jamais revu son mari, emmené dans une ambulance appelée en urgence. À l'hôpital comme à la morgue les visites sont interdites, le corps du défunt déposé dans une housse hermétique sitôt le décès prononcé. « À l'enterrement, je me suis retrouvée seule avec mon fils », témoigne Paulette. Seule trace

« ON EST DE PLUS EN PLUS INSENSIBLES À CETTE LITANIE DU NOMBRE DE DÉCÈS QUI FAIT PARTIE DU QUOTIDIEN DEPUIS UN AN »

JOCELYN RAUDE
chercheur à l'Ehesp

de la cérémonie, une petite annonce publiée le lendemain dans le journal local, précisant que Patrice était mort du SARS-CoV-2.

Sur la tombe est posé son portrait. « C'est tout ce qu'il me reste », souligne sans colère Paulette, en se remémorant ces moments du quotidien qui lui manquent. Patrice râlant devant BFM-TV, en boucle; discutant avec les voisins en chaussons dans la rue; bricolant dans la maison avec son pantalon de travail élimé; dansant sur la piste du bal des anciens combattants. « On aimait le madison, le tango, la valse, le cha-cha-cha, toutes ces danses des 70 ans », raconte la septuagénaire, elle aussi contaminée pendant le voyage en Espagne, mais chez qui les symptômes sont passés avec quelques comprimés de Doliprane.

« UN OUBLI INSTANTANÉ »

Depuis, cette grand-mère ne quitte pas son masque, et se fait tester à chaque réunion de famille – toujours en petit comité – de crainte de contaminer son entourage. Elle s'est aussi fait vacciner. Autour d'elle le Covid a continué à faucher. « J'étais à l'enterrement d'un ami la semaine dernière. Sa femme est toujours en réanimation, elle ne sait pas encore que son mari est décédé, soupire-t-elle. On entend souvent les cloches de l'église sonner. »

Partout en France, l'épidémie a tué par surprise, emportant 100 000 personnes en un peu plus d'une année. Ce bilan considérable s'inscrit dans la lignée des grandes épidémies de grippe du XX^e siècle: la grippe de Hongkong (1968-1970) et la grippe asiatique (1956-1958) avec chacune un bilan de 25 000 à 30 000 morts, et la grippe espagnole responsable d'au moins 200 000 morts en France en 1918. Mais, au-delà du choc que cela représente pour les familles concernées, que représente ce chiffre pour la société française? Quelle empreinte laisseront ces disparus dont la vie a soudainement été interrompue par un virus dont on connaissait à peine le nom il y a un an?

« C'est un phénomène historique majeur car aucune épidémie n'a fait autant de morts depuis la grippe espagnole », estime Jocelyn Raude, enseignant-chercheur à l'École des hautes études en santé publique (Ehesp) et associé à l'enquête CoviPrev qui documente le comportement des Français pendant l'épidémie. Mais, paradoxalement, le chercheur s'attend à ce que ces décès sombrent assez vite dans l'oubli. « Lorsqu'on regarde les documents historiques qui suivent les grandes épidémies ces tragédies sont assez peu présentes », témoigne-t-il, « impressionné par cette capacité des populations à l'amnésie ». Les événements n'ont finalement été exhumés qu'a posteriori, lors de l'émergence de nouvelles épidémies.

« Ces 100 000 décès, c'est abstrait, il n'y a rien d'humain derrière ces chiffres », décrypte Patrick Zylberman, historien à l'Ehesp. « Nous avons l'art de mettre le malheur à distance, nous préférons mettre toute cette souffrance loin de notre regard. Je ne sais pas s'il faut s'en féliciter », poursuit le chercheur qui pàrie, lui aussi, sur « un oubli instantané », dès que la crise sera derrière nous. « On va repartir de l'avant en se disant qu'on est heureux », anticipe-t-il, attribuant en partie cette attitude à l'individualisme contemporain décrit dans *L'Ere du vide* (Gallimard, 1983) par le philosophe Gilles Lipovetsky.

D'abord effrayants, les chiffres égrainés chaque soir par le directeur général de la santé, Jérôme Salomon, lors du premier confinement ont peu à peu perdu de leur sens. « On est de plus en plus insensible à cette litanie du nombre de décès qui fait partie du quotidien depuis un an », constate Jocelyn Raude. « On note aussi que, depuis six mois, la population française est de moins en moins réactive aux signaux de risque – l'augmentation du nombre de morts notamment. Il y a peu à peu une décorrélacion entre la situation épidémique et les comportements », précise encore le chercheur. Ce phénomène n'est pas propre à la France. L'Organisation mondiale de la santé lui a même trouvé un nom: la « fatigue pandémique ».

LA PEUR S'EST TRANSFORMÉE

Avec cette « banalisation de la maladie », la peur s'est transformée, reléguant les morts au second plan. « Au début, on avait surtout peur d'être contaminé et de mourir. Maintenant, on a davantage peur de ne pas pouvoir être traité dans de bonnes conditions parce que le système de santé est embolisé, et surtout des effets de cette pandémie sur la société, l'économie, les emplois, les jeunes », décrypte Jocelyn Raude. Le profil des Français disparus pendant la crise accentue le phénomène. En France, plus de 90 % des cas de Covid-19 décédés étaient

Un cap franchi depuis des semaines, selon les données de l'Inserm

En se fondant sur les certificats de décès, l'institut suggère que les chiffres de la mortalité de Santé publique France sont sous-estimés

Le nombre est hautement symbolique, mais il est sous-estimé: le cap des 100 000 décès liés au Covid-19 en France, issu du décompte quotidien de l'agence de sécurité sanitaire Santé publique France (SPF), est en réalité franchi depuis déjà des semaines. C'est ce qu'il ressort des dernières données du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc). Encore partielles, celles-ci ont été présentées par le démographe et épidémiologiste Jean-Marie Robine (directeur de recherches émérite à l'Inserm), vendredi 9 avril, lors d'un séminaire en ligne sur la mortalité du Covid-19.

En matière de surveillance de la mortalité et de ses causes en France, les chiffres du CépiDc ne sont pas les plus rapides à être rendus publics, mais ils sont les plus fiables, car réalisés à partir de l'ensemble des certificats de décès remplis par les médecins.

« Pour la période allant du 1^{er} mars au 31 décembre 2020, il y a

déjà 75 732 certificats mentionnant le Covid-19 comme cause initiale ou associée de la mort, révèle M. Robine, également conseiller scientifique auprès de la direction de l'Institut national d'études démographiques (INED). Au 31 décembre 2020, le tableau de bord de l'épidémie de SPF faisait, lui, état de 64 632 décès, 44 852 dans les hôpitaux et 19 780 dans les Ehpad [établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes] et autres établissements médico-sociaux. »

En clair, pour les dix derniers mois de 2020 – qui correspondent aux deux premières vagues de l'épidémie sur le territoire –, l'écart est déjà de plus de 11 000 décès entre les données de SPF et celles du CépiDc. Il a sans doute continué à se creuser depuis début 2021. De son côté, l'INED avait récemment évalué à 68 000 le nombre de décès par Covid-19 en France en 2020, à partir des données de l'Insee, soit un delta de près de 8 000 avec les chiffres de l'Inserm. Au total, le CépiDc a réceptionné

538 972 certificats de décès exploitables (vingt ne l'étaient pas) pour la période du 1^{er} mars au 31 décembre 2020, dont 75 732 avec la mention Covid-19. L'infection à SARS-CoV-2 est donc impliquée dans 14 % des décès. Les hommes ont payé un plus lourd tribut que les femmes (38 324 décès contre 37 408). Les tranches d'âge 75-84 ans et 85-94 sont les plus touchées.

« Plusieurs angles morts »

Ces chiffres sont encore provisoires: les certificats reçus représentent 97 % de ceux attendus pour les mois de mars à novembre 2020, et 90,6 % pour décembre (les analyses ne sont effectuées que lorsque le CépiDc a obtenu plus de 90 % des certificats attendus pour un mois donné, ce qui n'est pas encore le cas pour janvier, février et mars 2021).

Pourquoi de telles différences entre les institutions? Comme l'avait déjà souligné Jean-Marie Robine (*Le Monde* du 20 janvier), le comptage des morts du Covid-19

est « une usine à gaz ». La surveillance est assurée par plusieurs organismes, qui travaillent à partir de bases de données différentes.

SPF comptabilise quotidiennement les décès à partir des remontées des hôpitaux, par le biais de Si-Vic (système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles). S'y ajoutent deux fois par semaine les données des Ehpad et autres établissements médico-sociaux.

« Cette surveillance comporte plusieurs angles morts, explique M. Robine. D'abord, elle ne tient pas compte des morts à domicile. Ensuite, Si-Vic ne comptabilise pas les décès dans les unités de soins de longue durée [USLD], soit 30 000 lits d'hôpitaux en France. Or, les patients des USLD sont particulièrement fragiles et sensibles aux maladies opportunistes. Les décès survenant aux urgences, dans les services de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation ne sont pas bien dénombrés, ce qui sous-estime beaucoup de cas nosocomiaux. »

L'Insee, pour sa part, évalue le nombre de décès de façon réactive à partir des actes d'état civil, en principe transmis dans les vingt-quatre heures. Ces données présentent l'avantage d'être exhaustives, mais l'inconvénient de ne pas permettre une analyse fine de surmortalité faute d'information sur les causes du décès.

Dans leur analyse publiée en mars, où ils évaluaient le nombre de décès dus au Covid-19 à 68 000 pour 2020, Gilles Pison et France Meslé de l'INED notaient que ce chiffre était supérieur à l'augmen-

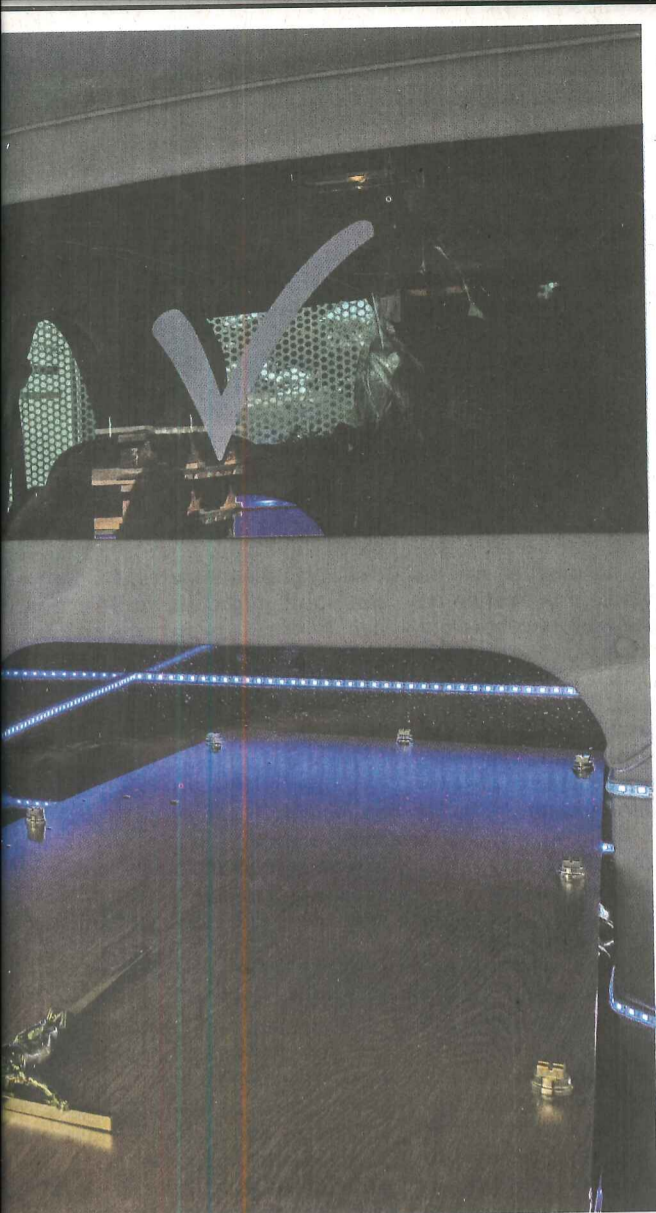
tation du nombre de décès entre 2019 et 2020: 55 000. « Cela vient du recul d'autres causes de décès comme la grippe et les accidents de la circulation », écrivaient les deux chercheurs.

Quant au CépiDc, il suit une partie des décès en temps réel, grâce aux certificats électroniques de décès. Mais ceux-ci restent très minoritaires (20 % au début de la pandémie, de 25 % à 30 % actuellement) par rapport aux certificats papiers, envoyés avec des semaines voire des mois de décalage.

Pour Jean-Marie Robine, qui plaide pour un système réactif de suivi de la mortalité depuis la canicule de 2003 – à la suite de laquelle avaient été mis en place les certificats de décès électroniques –, la situation actuelle est incompréhensible. « On devrait pouvoir communiquer avec fiabilité sur les décès de la veille. La solution serait simple: rendre obligatoire pour tout médecin la certification électronique des décès dans les quarante-huit heures », martèle le démographe. ■

SANDRINE CABUT

POUR LES DIX DERNIERS MOIS DE 2020, L'ÉCART EST DÉJÀ DE PLUS DE 11 000 DÉCÈS ENTRE LES DONNÉES DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE ET CELLES DE L'INSERM



de 65 ans ou plus. « Globalement, plus la mortalité intervient à un âge élevé mieux elle est acceptée », relève M. Raude. Le choc de ces 100 000 morts est difficile à apprécier car elle est aussi indissociable des autres décès. En 2020, l'Insee a enregistré 654 000 décès en France métropolitaine et estime à 42 000 la surmortalité liée à l'épidémie due au coronavirus, soit bien plus que les 65 000 décès liés au Covid recensés au 31 décembre par Santé publique France. « Les décès par Covid-19 ont frappé en priorité des personnes fragiles souffrant d'autres maladies. Une fraction d'entre elles seraient de toute façon décédées en 2020, même en l'absence d'épidémie », expliquent Gilles Pison et Anne Meslé, chercheurs à l'Institut national d'études démographiques, dans la revue *Population & Sociétés*. Ces derniers avancent aussi « le recul d'autres causes de décès comme la grippe et les accidents de la circulation » pour expliquer le différentiel moins élevé que décompte des morts liés au Covid, mais le bilan définitif ne sera pas connu avant 2024, temps d'analyser les certificats de décès.

Arrivée d'un corbillard au crématorium de Dunkerque (Nord), le 7 avril. A droite : Cathy Gryson, maîtresse de cérémonie des pompes funèbres, s'apprête à partir pour l'église.

AIMÉE THIRION
POUR « LE MONDE »

Les pompes funèbres accueillent des familles « en état de sidération »

Gérants et salariés de la dernière entreprise familiale de Dunkerque témoignent des frustrations engendrées par les contraintes sanitaires

REPORTAGE

DUNKERQUE (NORD) - envoyé spécial

C'est un beau roman, c'est une belle histoire... La chanson de Michel Fugain succède aux accents graves de la *Rhapsodie hongroise numéro 2* de Franz Liszt. D'une célébration à l'autre, toujours la même peine. Dans la salle de recueillement du crématorium Grand Littoral de Dunkerque (Nord), les cérémonies d'adieu se suivent. Ce mercredi d'avril, le bâtiment blanc qui jouxte le grand cimetière de la ville a accueilli six services ; la veille, cinq.

Depuis quelques semaines, la société de pompes funèbres Vandebussche, dernière entreprise familiale de la cité de Jean Bart face aux chaînes omniprésentes, qui compte une trentaine de salariés, travaille sans relâche. Selon ses cogérants, Adrien, 29 ans, et son cousin Charles, 38 ans, la « troisième vague », depuis le début de l'année, est plus forte que les offensives du printemps et de l'automne 2020. Et les chiffres de la mairie de Rosendaël, une ancienne commune rattachée à Dunkerque – où sont déclarés les morts de l'hôpital –, le confirment : 179 décès ont été comptabilisés du 1^{er} février au 15 mars, contre 131 pour la même période en 2020.

Au crématorium, tout est organisé afin que les familles ne se croisent pas. Mais toutes ressentent la même frustration face aux contraintes imposées par la situation sanitaire. Lors de la cérémonie pour leur père, Jacques (les familles ont préféré taire les noms des défunts), 98 ans, les quatre fils, sexagénaires, déplorent l'absence d'une grande partie de cette famille nombreuse : cinq enfants et leurs conjoints, quinze petits-enfants et dix-sept arrière-petits-enfants, sans oublier les amis et le personnel de l'Ehpad Saint-Antoine-de-Padoue, à Lille.

Une heure plus tard, c'est la famille de Joël, mort à 69 ans, qui ressent la même insatisfaction. « Il était artisan coiffeur, tout le monde le connaissait à Loon-Plage et il aurait aimé avoir un enterrement à la hauteur de qui il était », proteste Cléa, l'une de ses filles. Car, que le décès soit dû au SARS-CoV-2 ou non, les règles pour les cérémonies – qui n'ont cessé de changer tout au long de la pandémie – s'imposent : trente personnes au maximum au crématorium, et même au cimetière, qui est pourtant en plein air. Les sorties d'église deviennent compliquées à gérer, l'assistance ayant tendance à se rassembler.

Un métier de vocation

Dans leurs costumes, gris anthracite pour les hommes, bleu marine pour les femmes, les maîtres de cérémonie, figés et attentifs aux proches du défunt, servent de repères. « Nous sommes des balises auxquelles ils peuvent s'accrocher, des professionnels qui doivent assurer pour que ce moment du "passage" soit le plus doux possible », explique Cathy Gryson, 34 ans, qui a choisi, après avoir travaillé dans la restauration, de rejoindre la famille Vandebussche en février.

C'est un métier de vocation, affirment les employés, jeunes pour la plupart. La pandémie, avec son surcroît de morts, les risques accrus, n'a pas empêché Anne Taylor, 45 ans, d'intégrer aussi la société. Depuis un an, elle est assistante funéraire, après avoir été directrice de recrutement pour une agence d'interim. Derrière son bureau, recouvert d'une plaque de marbre gris et séparé par une vitre, virus oblige, elle accompagne les familles dans l'organisation des funérailles, le choix du cercueil et du monument funéraire, les conseils pour les nombreuses démarches administratives. « C'est très éprouvant, le volume est énorme, avec l'arri-

« ON A DÉJÀ LA PRESSION NATURELLEMENT, NOUS N'AVONS PAS LE DROIT À L'ERREUR. AVEC LE COVID, C'EST PLUS TENDU »

ADRIEN VANDEBUSSCHE
cogérant d'une société
de pompes funèbres

vue du variant britannique, on a doublé l'activité. Les familles sont en état de sidération avec le Covid. Elles n'ont pas pu dire au revoir au défunt, même le voir, et se retrouvent en petit nombre pour la cérémonie », raconte M^{me} Taylor. Ce qui reconforte n'existe plus : les condoléances sur le parvis de l'église ou au crématorium, la petite collation au café du coin ou au domicile de la famille. « Le deuil est devenu fantôme, le lien autour du défunt est rompu », ajoute l'assistante funéraire.

Dans son bureau, elle reçoit Chantal, qui a perdu son époux, Patrick, à l'âge de 67 ans, mort après avoir contracté le variant anglais. Sans la présence de sa fille, Chantal serait perdue. « Il était sportif, actif, il conduisait la voiture, s'occupait des courses, de tous les papiers », confie-t-elle, les yeux rougis par le chagrin. Le couple de sexagénaires a été diagnostiqué positif le 26 février, « la veille de notre anniversaire de mariage », et Patrick a dû être hospitalisé.

Quand il est passé en réanimation, l'hôpital de Dunkerque étant saturé, c'est Tourcoing, à une centaine de kilomètres, qui l'a accueilli. Une difficulté matérielle de plus pour Chantal, à la retraite inexistante, qui doit maintenant payer le rapatriement du corps. Anne Taylor essaye de la rassurer. « Cela fait beaucoup d'informations en peu de temps et, avec le Covid, tout est plus compliqué, ajoutant de l'im-

patience à la détresse », décrit la professionnelle, tout en tendant une attestation de funérailles qui permettra aux membres de la famille éloignés de Dunkerque de pouvoir rejoindre la cérémonie.

Adrien Vandebussche confirme. « Tout le monde est plus à cran, on doit être encore plus vigilant. On a déjà la pression naturellement, car l'enterrement de son papa ou de sa maman, on ne le vit qu'une fois, nous n'avons pas le droit à l'erreur. Avec le Covid, c'est plus tendu », avance-t-il, tout en assurant « faire le plus beau métier du monde ». Et de citer fièrement la victoire de Sébastien, un croque-mort, à la 3^e édition de l'émission « Le Grand Oral », organisé le 30 mars sur France 2, devant les autres candidats, professeur, étudiant... « Nous sommes condamnés à rester dans l'ombre, du porteur au maître de cérémonie, du marbrier au thanatopracteur, comme s'il était indécemment nous mettre en lumière », a déclamé le lauréat.

Une invisibilité qui passe mal

Charles Vandebussche dénonce aussi cette invisibilité. « Pourquoi avons-nous été oubliés s'agissant de la possibilité de se faire vacciner, alors que nous sommes particulièrement exposés ? C'était la même chose lors de la première vague, avec les masques qui manquaient », proteste-t-il.

Les syndicats revendiquent aussi la reconnaissance de l'exposition des métiers du funéraire. Le 6 avril, les trois fédérations professionnelles ont écrit au premier ministre, Jean Castex. Elles réclament de pouvoir bénéficier « de l'accès prioritaire à la vaccination ou la possibilité de faire garder les enfants à l'école », dont ils sont privés. Une situation « ni acceptable ni compréhensible » pour ces professionnels exposés, indispensables dans l'accompagnement des familles endeuillées. ■

RÉMI BARROUX

TIRER UN ENSEIGNEMENT

Lors d'une épidémie de grippe, l'excès de mortalité peut atteindre 7000 à 15000 décès », souligne à titre de comparaison Franck Chauvin, président du Haut Conseil de santé publique et membre du conseil scientifique, en appelant que la population bénéficie d'une immunité collective contre ce virus qui pourrait autrement « faire des ravages ». Le SARS-CoV-2 – virus à l'origine du Covid – s'est en revanche attaqué à une population naïve, et le rôle des mesures très strictes de limitation des contacts ont permis de limiter sa diffusion et le nombre de décès.

Pour que l'empreinte des disparus ne s'efface pas, un collectif de chercheurs dont il fait partie a lancé il y a un peu plus d'un an un projet baptisé « Covid-19 Ad Memoriam ». L'objectif est de « collecter, archiver et analyser » les traces laissées par la pandémie sous forme d'écrit, de photos, de vidéos et d'enregistrements, afin « que les générations futures n'oublient pas », explique l'anthropologue Stéphanie Atlani-Duaud, présidente d'Ad Memoriam et membre du conseil scientifique. « Il ne s'agit pas tant de se souvenir que de tirer un enseignement de qui nous est arrivé pour être plus fort », souligne-t-elle.

Un colloque doit être organisé fin mai en partenariat avec le Comité consultatif national d'éthique pour aborder la question de la mort, de la fin de vie et du deuil pendant la pandémie, en particulier dans les Ehpad. Le traumatisme pour les familles et la société est pas tant lié aux chiffres qu'à la façon dont ces décès se sont passés », analyse Franck Chauvin rappelant les mesures de protection strictes adoptées : interdiction des visites, mise en bière immédiate, impossibilité de voir les défunts. « Les Ephad complètement fermés, ça a été un traumatisme extrêmement important pour les familles et pour les résidents qui se sont retrouvés isolés, insiste-t-il. C'est cela qui va rester. » ■

CHLOÉ HECKETSWEILER

« Ces morts ont été pas et pleurés collectivement »

Pour la psychologue Marie-Frédérique Bacqué, une célébration est nécessaire pour surmonter la crise

ENTRETIEN

Marie-Frédérique Bacqué, psychologue et psychanalyste, est professeure de psychopathologie clinique à l'université de Strasbourg, directrice du Centre international des études sur la mort. Elle lance « Covid-deuil », une étude sur la place pour le deuil en période d'épidémie.

La France va passer la barre des 100 000 morts du Covid-19 et pourtant on a l'impression qu'ils sont devenus invisibles...

Ces morts ont été « neutralisés ». Ils ne sont ni identifiés ni pleurés collectivement. Ils ont d'abord été présentés tous les soirs à partir de mars 2020 essentiellement pour faire peur. S'il leur avait été ajouté le nombre quotidien de morts hors Covid-19, alors les Français auraient pu relativiser les effets de la pandémie. En 2019, il y a eu 613 243 morts en France. Cela signifie entre 1600 à 1700 morts par jour en France. Or, ces morts, personne n'en a jamais donné un aperçu aussi dramatique avant l'épidémie. Imaginons un instant que depuis toujours, le nombre de morts soit annoncé quotidiennement, ne serions-nous pas plus empathiques et moins paniqués ?

N'étions-nous donc pas prêts au printemps 2020 à entendre le bilan macabre du journal télévisé ?

Ces annonces des journaux télévisés du soir avaient surtout une fonction de prévention



DRFP

par la peur, mais aucunement hélas par la compassion. Cette nouveauté a créé un choc. Des parents qui s'exclamaient quotidiennement en entendant le nombre de morts ont entraîné leurs enfants dans l'angoisse. Or, la mort, cela s'apprend progressivement. Aussi, je prône une pédagogie de la mort dès la maternelle pour limiter ces effets d'annonce. La mort n'est qu'une transition vers un autre état, certes irréversible, mais ce passage implique une reconnaissance de toute la société.

Tous les jours, je reçois des messages poignants de personnes qui souhaitent participer à notre recherche : « Votre étude permettra une reconnaissance des endeuillés du Covid qui se sentent laissés sur le bord de la route », nous disent-elles en substance. Elles regrettent principalement les premières mesures, qui ont interdit à certains de revoir leur proche. Malgré les efforts des soignants, des familles n'ont pas pu formuler leurs adieux. Elles n'ont pas pu organiser une cérémonie qui leur procure les bienfaits des rites funéraires. Quand la famille, les amis et le voisinage sont absents, on constate le manque d'une caractéristique anthropologique de l'espèce humaine : nous avons besoin de nous réunir autour de nos morts. La collectivité apporte deux dimensions lorsqu'elle entoure le défunt : la reconnaissance de ce qu'il était, mais surtout le fait que le groupe social subsiste. La présence du groupe face à la mort, c'est ce qui rend vitale la cérémonie.

Alors d'où vient cette forme d'indifférence face aux morts du Covid-19 ?

Il n'y a pas d'indifférence des Français face à la mort. C'est plutôt le gouvernement qui a semblé indifférent parce qu'il a réagi de façon urgente et pragmatique en montrant que les morts constituaient une menace. La « nouveauté » de la révélation de notre mortalité a d'abord induit un choc, puis un détournement. Notre attitude a globalement justifié les propositions de l'historien Philippe Ariès : l'individualisme augmente et la mort est chassée de nos sociétés. En Occident, les progrès scientifiques et la médicalisation de la vie ont compensé la diminution des pratiques religieuses. Or, ces pratiques permettent à l'humanité de supporter ce que ses capacités cognitives lui font percevoir : nous allons mourir et avec nous nos civilisations et tous nos biens. La médicalisation de nos existences est un bienfait incommensurable, cependant, le fantasme d'un pouvoir médical absolu diminue la spiritualité et les croyances collectives. La mort devient un échec,

« CES ANNONCES DES JOURNAUX TÉLÉVISÉS DU SOIR AVAIENT SURTOUT UNE FONCTION DE PRÉVENTION PAR LA PEUR, MAIS AUCUNEMENT HÉLAS PAR LA COMPASSION »

quelque chose qui se cache, dont on parle peu. Avec les patients endeuillés, nous avons beaucoup parlé de cette souffrance ressentie lors de cérémonies trop rapides et trop discrètes.

Il y a un an, tous me disaient : « On reprendra la cérémonie le 2 novembre, on invitera tout le monde lors de l'anniversaire de sa mort. » L'anniversaire a eu lieu et ils n'ont pas « eu le courage » de célébrer à nouveau. Ceux qui ont été accompagnés ont pu élaborer leur peine dans l'espace psychique que constitue un groupe de parole ou un entretien avec un psychologue, un bénévole d'association ou un médecin généraliste. Mais ceux qui n'ont pas pu trouver ces ressources sont encore très vulnérables. Je pense aux maisons de retraite médicalisées dans lesquelles la solitude a atteint un extrême avant les vaccinations. Les personnes âgées dépendantes sont celles qui ont le plus souffert de la perte de leurs proches et de leur environnement.

Cette indifférence n'est-elle pas le résultat de cette résilience dont les Français sont invités à faire preuve depuis le début de la crise sanitaire ?

Si la France comme entité collective souhaite récupérer de cette crise sanitaire, il semble nécessaire qu'une célébration des morts et des vivants ait lieu. Pourquoi les morts et les vivants ? Parce que les morts n'ont pas accompli d'acte valeureux ou patriotique, mais parce qu'ils ont trouvé une mort injuste, une mort collective, non marquée comme elle le mérite. La restriction des rites funéraires redouble la souffrance de la perte, essayons de l'amoindrir par une pensée collective. Relier les vivants aux morts serait une façon de rendre hommage aux soignants et aux Français qui ont été touchés par la crise.

Nos apprentissages tirés de l'épidémie sont nombreux socialement. Nous nous sommes mis à distance les uns des autres, nous nous sommes rapprochés de la maladie et de la mort. Nous en tirons des enseignements si nous sommes capables d'en parler. Si nous ne parlons pas de nos morts, leur deuil sera difficile, voire impossible. Créons ces espaces de parole pour nos morts pendant le Covid-19. Si la minute de silence permet de montrer son respect en arrêtant toute activité pour les morts, seule la parole permet de penser à eux. D'autre part, en permettant aux Français de s'exprimer, ils pourront tirer une réflexion sur cette année pleine de frustrations et modifier leur façon de vivre. L'objectif de « Covid-deuil » est justement de comprendre ce que la menace de mort, la mort d'un proche

non accompagné et la restriction des rites funéraires a produit sur les individus.

On se focalise sur les morts du Covid, mais il y a tous les autres morts qui sont encore plus invisibles. Le travail de deuil est-il plus difficile pour ces familles ?

Ce qui frappe est le double phénomène de l'accent mis sur les morts de la pandémie uniquement, comme si les Français ne mouraient plus d'autre cause. Je m'intéresse à toutes les familles. Depuis mars 2020, environ 600 000 familles ont vécu des restrictions dans l'accompagnement de leur mort. Le processus du deuil établit une continuité entre l'avant et l'après-mort. Finalement, le mort devient un nom sur un arbre généalogique. Mais dans tous les cas, il est à sa place. Les morts accidentelles, les défunts non retrouvés et ceux qui n'ont pas été célébrés entraînent des complications du deuil. Nous sommes dans ce cas avec le Covid-19. C'est le moment d'en limiter les difficultés psychologiques, car nous avons aussi à assumer les effets anxio-dépressifs du confinement.

Notre relation à la mort a-t-elle changé à l'aune de cette crise ?

L'épidémie s'inscrit dans la tendance générale d'un changement de notre rapport à la mort. La place du corps des morts se réduit, les religions sont moins sollicitées, certains voudraient éliminer « le temps perdu du deuil », d'autres éradiquer la mort. Le débat sur l'euthanasie est emblématique. Les Français sont massivement pour, or la sédation profonde et continue jusqu'au décès ne les satisfait pas : parfois chaotique, trop longue, pas assez radicale. Les familles sont partagées, elles ont besoin d'une préparation pour accompagner leur proche, mais elles voudraient que tout se passe de façon magique, sans souffrance, sans les affres de l'agonie.

Du côté des malades qui demandent une aide à mourir, on observe une forme de revendication solipsiste pour se passer de toute discussion avec les proches. Or, la mort est affective et culturelle. La mort passe par l'échange symbolique avec le groupe familial, par la culture dans son annonce collective et sa reconnaissance publique. La fin de la vie ne peut pas être édulcorée et les émotions liées à la perte étouffées. Le Covid-19 a littéralement anticipé un modèle des conséquences affectives et sociales d'une réduction des aménagements ancestraux du deuil. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR STÉPHANE MANDARD

Place de la science, responsabilités... Questions sur un désastre

Le lourd bilan humain invite à interroger la façon dont l'épidémie a été gérée en France et à en tirer des leçons

ANALYSE

Pourquoi s'attacher, comme à un fétiche, à une date ou à un chiffre, alors qu'un désastre est en cours, jour après jour, mort après mort, depuis plus d'un an ? 100 000 personnes au moins sont mortes du Covid-19 en France. Paradoxalement, énoncer l'énormité de ce chiffre, c'est d'abord souligner, comme le répète l'épidémiologiste Dominique Costagliola, dont les nombres sont le métier, que derrière eux, « il y a des gens ». Que la routine des bilans quotidiens, hypnotique puissant et morbide, ne doit pas nous insensibiliser sur les drames humains qu'ils recouvrent : un être qui s'éteint – même vieux, même fragile, même gros, est-on tenté de rappeler face au cynisme qui affleure parfois –, c'est une famille et des proches en deuil, une équipe médicale en échec, une mémoire et une promesse qui disparaissent.

Noter que 100 000 personnes sont décédées ici, c'est s'interroger sur l'origine de ce désastre planétaire : un virus, particule inanimée, émerge en Asie, et c'est chacune de nos vies qui se retrouve prise en otage. Que le SARS-CoV-2 ait une origine « naturelle » et nous ait atteints en raison d'une promiscuité induite avec les chauves-souris, ou qu'il ait « fuité » d'un laboratoire, la

conclusion n'est pas si différente : se faire maître et possesseur de la nature implique des responsabilités, qu'il convient d'endosser pleinement – qu'il s'agisse de climat, de biodiversité, ou d'un agent microscopique.

Arrogance et « génie français »

Souligner que 100 000 personnes sont mortes en France, c'est se demander s'il aurait pu en être autrement. Au 12 avril, selon les données de l'université Johns Hopkins, rapportée à la population, la mortalité cumulée par Covid-19 dans notre pays est 8 % supérieure à celle de la Suède, tandis que celles du Brésil, des Etats-Unis et du Royaume-Uni sont respectivement, 14 %, 16 % et 28 % plus élevées. Mais elle est chez nous 55 % plus forte qu'en Allemagne, les Australiens sont proportionnellement 40 fois moins décédés du

QUE LE COVID AIT UNE ORIGINE « NATURELLE », OU QU'IL AIT « FUITÉ » D'UN LABORATOIRE, SE FAIRE MAÎTRE ET POSSESSSEUR DE LA NATURE IMPLIQUE DES RESPONSABILITÉS

Covid que les Français, et les Néozélandais 270 fois moins... L'arrogance que d'aucuns nous prêtent aurait-elle quelque fondement ? Quand le « génie français » regardait l'Italie se débattre avec le virus, début 2020, comme s'il s'agissait d'un pays sanitaire arriéré. Quand nous avons fait de même un an plus tard, face au Royaume-Uni confronté à son variant, sans en tirer plus de leçons pour nous-mêmes.

Dire que 100 000 personnes sont mortes, c'est questionner la place de la science en France. Suffit-il d'avoir quelques champions pharmaceutiques guidés en partie par une logique de profit, des instituts comme celui légué par Pasteur où l'on cultive les « esprits bien préparés », pour être à l'abri ? La preuve est faite que non. Que la recherche fondamentale – avec parfois un soupçon de chance – est le pilier des découvertes, et que ne pas miser sur elle, comme les gouvernements et les entreprises ont oublié de le faire depuis des années, a été une erreur majeure. Les vaccins, si précieux aujourd'hui, n'ont pas été développés en un an, un record inimaginable hier, mais sont le fruit de décennies de recherche, a rappelé Anthony Fauci, le « M. Covid » américain.

Déplorer la mort de 100 000 personnes, c'est constater une nouvelle fois que la santé publique est le parent pauvre

de la médecine. Prévenir plutôt que guérir : chacun connaît la sagesse du propos, mais qu'était-il advenu de nos stocks de masques ? Pourquoi tant de lits hospitaliers ont-ils été fermés ces dernières années – quand bien même, face à une marée épidémique, les places en réanimation finissent toujours par être insuffisantes ? Pourquoi ne dispose-t-on toujours pas d'une stratégie « tester-tracer-isoler » et d'un contrôle des voyageurs dignes de ce nom ? Pourquoi ignore-t-on les avis des épidémiologistes quand ils énoncent une réalité toute bête : on combat plus efficacement un phénomène exponentiel à ses débuts, quand la courbe est plate ou presque.

Une réalité cruelle

Constater que 100 000 de nos concitoyens sont décédés, c'est aussi ouvrir les yeux sur une réalité cruelle : nous ne sommes pas égaux face au Covid-19. Il tue plus dans les quartiers défavorisés, dans les habitats petits et surchargés, parmi les travailleurs de première et seconde lignes, là où les comorbidités sont prévalentes, où la médecine peinait déjà à atteindre et protéger les plus fragiles. Faire ce bilan, c'est se demander aussi si le « quoi qu'il en coûte » d'Emmanuel Macron n'a pas touché ses limites quand l'économique et le sanitaire ont été opposés – alors qu'« ils se complètent », a

CONSTATER LES CARENES DU POLITIQUE (ET ELLES N'ONT PAS MANQUÉ) NOUS DÉDOUANE-T-IL DE RENOUER AVEC LE SENS DU COLLECTIF ?

plaidé le conseil scientifique –, et si la valeur conférée à la vie humaine a pu alors en pâtir.

Se retourner sur ces 100 000 morts « officiels », c'est avoir conscience que ce chiffre est déjà dépassé, et néglige les victimes invisibles du Covid, engendrées par les déprogrammations, les retards au diagnostic et à la prise en charge, notamment pour les cancers ou les maladies cardiaques et circulatoires – ceux-ci représentant respectivement 30 % et 25 % des quelque 600 000 décès enregistrés chaque année en France. C'est ne pas oublier non plus le cortège de drames causés par ailleurs par cette épidémie. Les survivants affaiblis, les infectés souffrant de Covid long, les victimes de la crise économique et sociale, tous ceux dont la santé mentale vacille, les soignants marqués par ces vagues sans fin. Rendre hommage à ces 100 000 morts, c'est aussi s'interroger sur nos responsabilités in-

dividuelles, sur nos postures. Le respect des mesures de distanciation et de confinement, le renoncement à certaines libertés fondamentales, l'amputation de notre vie sociale, ont sauvé des centaines de milliers de vies, si on se réfère aux bilans dessinés par les modélisations en cas d'inaction.

Mais avons-nous fait assez, chacun à sa place, pour respecter des consignes qui se résument à des préceptes simples : réduire les contacts interindividuels diminue mécaniquement la circulation du virus. Doit-on attendre des injonctions venues d'en haut pour s'y conformer ? Peut-on tergiverser face à la protection vaccinale, dès lors que la supériorité du rapport bénéfice/risque de celle-ci est assurée – surtout en tant que soignant ? Constater les carences du politique (et elles n'ont pas manqué) nous dédouane-t-il de renouer avec le sens du collectif ?

Saluer la mémoire de ces 100 000 personnes disparues, tout en redoutant les morts encore à venir, c'est enfin se demander ce que nous ferons, en tant que société, dans quelques mois, quand la tempête sera passée, et que nous aurons touché l'autre rive de cet océan démonté. Les oublierons-nous ? Ou ferons-nous en sorte que le monde d'après ne permette plus une telle tragédie ? ■

HERVÉ MORI

De gauche à droite et de haut en bas : Johann Wu, infirmier à l'hôpital Avicenne de Bobigny, le 12 avril ; Rebecca Hami, aide-soignante à l'hôpital Nord de Marseille, le 8 avril ; Manon Franceschi, aide-soignante dans le même hôpital, à Saint-Victoret (Bouches-du-Rhône), le 8 avril ; Alison Farez, aide-soignante à la polyclinique de Grande-Synthe (Nord), le 8 avril.

JULIEN DANIEL/MYOP, OLIVIER METZGER ET LUCIE PASTUREAU/HANS LUCAS POUR « LE MONDE »

Pour les soignants, « cela devient difficile d'annoncer des décès à la chaîne »

Réanimateurs, infirmiers et aides-soignants ont vu la mort s'inviter plus que d'ordinaire dans leur routine de travail. Pour certains, elle est venue rappeler cette facette du métier qu'ils avaient presque oubliée

TÉMOIGNAGES

La mort, Julien Le Marec, réanimateur à la Pitié-Salpêtrière, à Paris, a l'habitude de la côtoyer. « C'est notre métier, on sait faire », dit-il sans prétention. Sauf que d'ordinaire, des patients aussi gravement atteints que les malades du Covid-19, « on en accueille un par semaine, peut-être deux. Là, c'est 22 ou 25 d'un coup et ça dure depuis un an. On continue à faire notre travail et on se blinde parce que sinon, on ne s'en sortirait pas. Mais ça commence à devenir difficile d'annoncer des décès à la chaîne », témoigne le médecin de 31 ans, à l'heure où la barre des 100 000 décès en France est en passe d'être franchie. La semaine dernière, j'ai vu trois familles trois jours de suite pour leur annoncer qu'un papa ou un frère allait mourir d'ici quelques heures. Psychologiquement, c'est lourd. »

Au printemps 2020, il régnait une sorte de naïveté autour de la maladie, y compris parmi les médecins réanimateurs. Depuis, quand Julien Le Marec ou ses confrères intubent un patient, « on sait comment ça peut se finir », dit-il. Certes, les pratiques ont évolué. Lors de la première vague, les patients étaient intubés à peine admis en réanimation, aujourd'hui, davantage d'entre eux sont placés sous oxygène à haut débit et l'intubation est souvent décidée plus tard, lorsqu'il n'y a plus d'autre choix.

Mais paradoxalement, cette meilleure prise en charge est plus compliquée à vivre pour les équipes soignantes. « Quand les patients décèdent, c'est plus dur émotionnellement, parce qu'on a eu le temps de mieux les connaître et de "s'attacher" à eux », raconte Julien Le Marec. Les patients et leurs familles sont par ailleurs plus familiers de la réanimation et son vocabulaire abscons. « Il y a un an, quand on disait "on a mis votre proche sous respirateur", c'était très virtuel et lointain. Aujourd'hui, les gens savent ce que

cela signifie, et nos annonces génèrent un stress beaucoup plus important », constate-t-il.

Ce stress des pronostics vitaux engagés, Johann Wu, infirmier de chirurgie orthopédique à l'hôpital Avicenne, à Bobigny (Seine-Saint-Denis), l'ignorait dans sa pratique quotidienne avant mars 2020. Dans son activité ordinaire, il ne croisait qu'exceptionnellement la problématique des fins de vie. « En temps normal, on est ici pour faire du curatif, pas du palliatif, résume-t-il. Les patients arrivent "cassés", avec des fractures ou blessés, et quand ils ressortent, ils vont bien. »

Aussi son quotidien a-t-il basculé du jour au lendemain avec le passage de son service en unité « post-réa » au printemps 2020. Sa routine, où se succèdent les opérations du genou ou celles des épaules, a radicalement changé pour quelques mois, laissant place à la mesure des gaz du sang, à l'installation de respirateur, l'oxygénation, la vérification de la saturation... Et, parfois, les appels au service mortuaire pour venir chercher des corps dans les chambres.

« Quand un patient décédait, il fallait lui faire une toilette mortuaire, le mettre dans deux sacs... Des fois, il arrivait qu'un malade soit placé dans un lit où se trouvait encore un corps vingt minutes plus tôt, ça faisait très bizarre », se souvient-il douze mois plus tard. Aujourd'hui, il a retrouvé son service, mais est régulièrement dépêché en unité Covid.

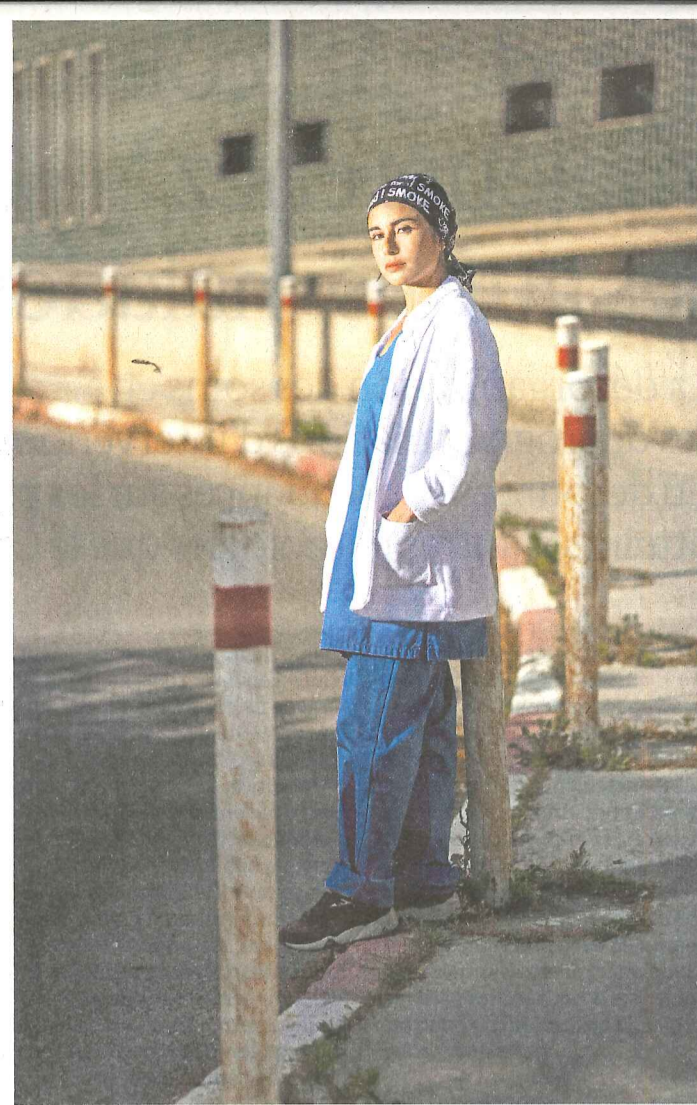
Rester debout

Le fait d'être ainsi confronté à la mort « nous ramène un peu à la réalité de l'hôpital. En chirurgie orthopédique, nous vivons un peu dans notre bulle. L'accompagnement de fin de vie fait partie intégrante de notre métier, ça a été une grosse piqûre de rappel, développe Johann Wu. Humainement, ça a été extrêmement éprouvant. Ce n'est pas quelque chose qu'on peut faire sur le long terme. Ça abîme. »

Dans un premier temps, il a beaucoup interiorisé, évitant de s'épancher auprès de ses proches. Puis l'infirmier a ressenti le besoin de se tourner vers les psychologues et les psychiatres mis à disposition des soignants par l'hôpital. Johann Wu a aussi consulté à l'extérieur pendant quelque temps et reconnu que ça lui « a fait du bien d'extérioriser, car à l'hôpital, peu importe ce qu'il se passe, on a une "posture professionnelle" ».

« HUMAINEMENT, ÇA A ÉTÉ EXTRÊMEMENT ÉPROUVANT. CE N'EST PAS QUELQUE CHOSE QU'ON PEUT FAIRE SUR LE LONG TERME. ÇA ABÎME »

YOHANN WU
infirmier



Dans la bouche des uns et des autres, l'entraide entre soignants est quasi unanimement mise en avant pour justifier la capacité à rester debout durant cette période où la mort s'invite plus qu'à l'ordinaire dans leur quotidien. « Parfois, on peut avoir deux ou trois décès sur le même poste... C'est difficile de rentrer avec ça à la maison... Il y a beaucoup de discussions entre nous, ça nous arrive aussi de faire un peu d'humour pour essayer de dédramatiser et éviter de craquer », raconte Alison Farez, aide-soignante à la polyclinique de Grande-Synthe (Nord).

Depuis le début de la troisième vague, l'établissement privé, spécialisé en gériatrie, affiche 25 % de décès, « ce qui est énorme, habituellement on en a très peu dans notre service de court séjour », poursuit sa collègue Angélique Rolland. Durant sa formation, l'infirmière n'avait jamais imaginé vivre une telle situation : « On voyait ça dans les films... », souligne-t-elle, laconique.

À l'autre bout du pays, Rebecca Hami, infirmière en réanimation à l'hôpital Nord de Marseille

et diplômée depuis moins d'un an, est arrivée en septembre parmi les recrues en CDD pour lutter contre l'épidémie de Covid-19. Si la jeune femme de 23 ans avait effectué un stage dans cette spécialité fin 2019 et n'ignorait donc pas complètement ce qui l'attendait, elle était loin d'imaginer « cette ampleur et cette pression ». Il lui a fallu acquérir des compétences spécifiques pour gérer les patients malades du Covid : être prête à réaliser plusieurs fois par jour des « décubitus ventraux » en retournant le patient sur le ventre, et à prendre en charge des patients « ECMO » – un système de circulation extracorporelle pour oxygéner le sang destiné à certains malades en état critique.

« Blindée »

Aussi « pro » soit-elle, Rebecca Hami ne cache pas qu'en voyant les patients et leurs familles, il lui arrive encore de faire, parfois, « un transfert sur [elle], sur [s]es proches ». Arrivée au même moment en contrat « renfort Covid » dans l'établissement mar-

« ON SE REMET TOUS EN QUESTION, MAIS UNE FOIS QUE LA CRISE SERA PASSÉE, ÇA NOUS AURA ENDURCIS »

ANGÉLIQUE ROLLAND
infirmière

seillais, Manon Franceschi mettait, elle, pour la première fois un pied en « réa », deux mois après avoir obtenu son diplôme d'aide-soignante. « J'ai toujours voulu travailler en réa, j'ai choisi ce métier aussi avec ses inconvénients », insiste la jeune femme de 22 ans.

Plus de six mois après, la dureté exacerbée du métier dans ce contexte n'a pas eu raison de son enthousiasme. « Je ne suis pas du tout éecœurée, au contraire. Et si je surmonte cette phase, je ressortirai de cette expérience blindée », assure la jeune aide-soignante, qui espère bien rester dans le service.

C'est aussi le sentiment qui habite Angélique Rolland : « On se remet tous en question, mais une fois que la crise sera passée, ça nous aura durcis », abonde l'infirmière, confortée dans son choix de carrière, tout comme sa collègue Alison Farez. Surtout, toutes et tous veulent croire qu'ils ne font « pas ça pour rien », comme le formule Rebecca Hami, et qu'« il y aura un après, où tout ça sera derrière nous ». ■

ÉLISABETH PINEAU

Des dégâts collatéraux majeurs chez les autres malades

La désorganisation des soins et les déprogrammations d'interventions ont eu de lourdes conséquences sur les patients atteints d'autres pathologies que le Covid-19

Cent mille morts du Covid-19 en France, mais combien de décès indirects, liés à la désorganisation des soins qui a entraîné une prise en charge trop tardive de certaines urgences vitales et des retards dans le diagnostic et le traitement de maladies graves ? A l'heure de la troisième vague épidémique, il reste difficile de quantifier avec précision les pertes de chances occasionnées depuis mars 2020 pour les patients atteints d'un cancer ou d'une pathologie cardiovasculaire... « Les morts provoquées par cette pandémie ne se limiteront pas à celles du Covid-19. Il conviendra d'y ajouter les décès, ces prochaines années, de toutes les personnes privées de soins ou de diagnostic », ont alerté 27 associations de patients dans une tribune publiée dans *Le Monde* le 6 avril.

Les dégâts collatéraux se traduiront en termes de vies humaines, mais aussi de dégradation de la qualité de vie et de souffrances psychiques. « C'est extrêmement inquiétant, c'est un véritable drame humain, un drame sociétal », alerte Gérard Raymond, président de France Assos Santé, qui regroupe 85 associations de patients.

Depuis le début de la pandémie, le système de santé est bouleversé. Les chiffres pour l'année 2020 sont édifiants : 2,2 millions de séjours hospitaliers ont été annulés ou reportés (dont 900 000 en chirurgie), indique la Fédération hospitalière de France (FHF).

Ces déprogrammations concernent parfois des interventions dites « légères », comme la chirurgie de la cataracte (-20 % en un an). Mais « un nombre très important d'interventions lourdes, voire vitales, ont été déprogrammées sans être rattrapées en cours d'année », alerte la FHF. Par exemple en neurochirurgie et chirurgie du rachis. Toujours en 2020, les prises en

charge médicales en pédiatrie ont chuté d'environ 20 %, même hors période de confinement, et l'activité de greffe de 25 %. Celle-ci n'a d'ailleurs pas repris normalement cette année. « Un an après, nous nous trouvons devant le même défi que pendant la première vague, estime Zaynab Riet, déléguée générale de la FHF, d'autant qu'elle intervient après une année épuisante pour les professionnels de santé. » Mais le contexte diffère de 2020, où certaines urgences médicales comme les accidents de la route étaient fortement réduites du fait du confinement strict.

Des situations de détresse

« Le retentissement à moyen terme de ces déprogrammations est encore difficile à évaluer, mais ne sera pas négligeable », a souligné le professeur Axel Kahn, président de la Ligue contre le cancer. « Le plus grave est de ne pas se faire dépister et diagnostiquer, poursuit-il. Alors qu'environ 400 000 cancers sont habituellement diagnostiqués chaque année, il y a eu 23 % de diagnostics en moins en 2020, soit environ 80 000. » Cette tendance se poursuit en 2021, avec quelque 8 200 diagnostics en moins chaque mois, soit plus de 100 000 diagnostics manquants à ce jour.

La moindre consommation de produits pour examens radiologiques et coloscopies, relevée dans le dernier rapport d'Epi-phare, atteste de ce retard, tout comme la diminution des mammographies dans le cadre du dépistage national du cancer du sein. De surcroît, la qualité des soins peut être dégradée. Si les opérations urgentes sont maintenues, les prises en charge sont plus compliquées. Les cures de chimiothérapie et les radiothérapies peuvent être reportées, voire annulées, le suivi des consultations espacé.

En fine, l'impact sur la mortalité de ces patients s'annonce important. In fine, l'impact sur la mortalité de ces patients s'annonce important.

In fine, l'impact sur la mortalité de ces patients s'annonce important.

In fine, l'impact sur la mortalité de ces patients s'annonce important.



Réunion sur le planning des blocs opératoires à l'hôpital Bichat, à Paris, le 9 avril. JULIE BALAGUÉ POUR « LE MONDE »

« 400 000 CANCERS SONT HABITUELLEMENT DIAGNOSTIQUÉS CHAQUE ANNÉE. IL Y A EU 23 % DE DIAGNOSTICS EN MOINS EN 2020, SOIT ENVIRON 80 000 »

AXEL KAHN
président de la Ligue
contre le cancer

tant. Hors Covid, un mois de retard entre le diagnostic et l'instauration des traitements entraîne une hausse de la mortalité de 6 % à 8 %, selon une compilation de 34 études portant sur sept types de cancer, publiée dans le *British Medical Journal (BMJ)* en novembre 2020. Ce chiffre s'accroît à mesure que le retard augmente. En France, cela représente une surmortalité minimale de 13 500 personnes dans les cinq à six ans qui viennent, selon les estimations de la Ligue contre le cancer à partir de cette publication du *BMJ*.

« Nous ne souhaitons pas avoir à choisir entre deux types de cancers ! », a alerté un collectif de quatre-vingt-neuf chirurgiens dans une tribune publiée dans *Le Monde* le 6 avril. Il demande « la sanctuarisation, coûte que

coûte, d'un périmètre chirurgical minimum et le maintien d'un parcours de soins incluant un accès préservé à la consultation et ce, quelle que soit la situation épidémique ».

Personnes âgées très touchées

Quant aux personnes âgées, qui ont déjà payé un lourd tribut à la pandémie, elles sont aussi très touchées en matière de dégâts collatéraux, et ceci depuis le premier confinement.

Ainsi, entre le 2 mars et le 19 avril 2020, un excès de mortalité de 30 % a été enregistré chez les plus de 65 ans, et même de 40 % chez les hommes de 85 ans, selon des données de l'Insee, reprises dans le dernier rapport « Charges et produits » de l'Assurance-maladie (septembre 2020). « Une partie de cet excès de mortalité est certainement liée au Covid-19, que la personne vive à son domicile ou réside en Ehpad, mais un tel excès de mortalité, surtout sur les patients les moins âgés, est probablement dû à d'autres causes et notamment au non-recours [aux soins] », pointe le document.

« Pendant la première vague, il y a eu une diminution importante des visites de médecins dans les Ehpad, la désorganisation du système de soins a probablement entraîné autant de dégâts collatéraux et de décès indirects que le Covid lui-même », estime Olivier

Guérin, président de la Société française de gériatrie et de gérontologie (et membre du conseil scientifique Covid-19 depuis février). Pour le gériatre, il ne s'agit pas tant de pertes de chances lors d'urgences vitales (comme un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral) que des conséquences de la perte d'un suivi concret de maladies chroniques : diabète, insuffisance cardiaque, rénale...

« A la sortie du premier confinement, nous avons assisté à une augmentation des décompensations d'insuffisance cardiaque, indique ainsi le professeur Guérin. Il y a eu aussi beaucoup d'aggravations de troubles du comportement chez des personnes âgées, notamment celles confinées en famille. Les familles ont amené leur proche aux urgences parce qu'elles craquaient après ce long huis clos, on sait que l'hospitalisation accroît la désorientation. »

Comme de nombreux médecins, le gériatre du CHU de Nice insiste aussi sur les pertes de chance fonctionnelles, par exemple pour des personnes qui devaient se faire poser une prothèse de hanche ou de genou, et dont l'intervention a été repoussée à plusieurs reprises. Un retard a priori non vital, mais qui peut avoir des conséquences majeures en termes de perte d'autonomie. ■

SANDRINE CABUT
ET PASCALE SANTI

Depuis un an, les rites funéraires religieux perturbés

Face aux restrictions sanitaires, les responsables religieux ont dû s'adapter pour tenter d'accompagner au mieux les familles endeuillées

Une célébration insolite s'est tenue le 14 février à la synagogue de la rue de la Roquette, à Paris (11^e arrondissement). Des représentants catholiques, protestants, musulmans, bouddhistes s'étaient joints à leurs hôtes juifs afin de prier « pour les endeuillés et la fin de la pandémie ». Tour à tour, chacun a prononcé des paroles selon son rite et chanté selon sa tradition. La synagogue était comble. L'initiative a fait école et un rendez-vous similaire s'est tenu dimanche 11 avril dans une église du 12^e arrondissement.

Serge Benhaïm, le président de la synagogue, a tout de suite accepté cette « messe des religions » imaginée avec son voisin de la Roquette, Antoine Guggenheim, le curé de Notre-Dame-d'Espérance. Le prêtre a monté une cellule de réflexion avec des représentants de différentes traditions religieuses, pour se poser, reprendre haleine et réfléchir à ce qui s'est passé depuis les premiers décès et le premier confinement. Des mois qui ont bouleversé les rites funéraires, l'accompagnement des morts et

celui des endeuillés. « Par-delà nos différences, nous avons constaté les mêmes souffrances, relève Serge Benhaïm. Il fallait réfléchir à ce qu'on peut faire pour se réconcilier avec la mort. »

Avec sa soudaineté, sa part d'inconnu, ses mesures sanitaires abruptes, l'épidémie a défiguré les conditions sociales du trépas. Ce temps dont les religieux sont par fonction des experts. Plus qu'à tout autre étape de la vie, pratiquants et non-pratiquants ont recourus à eux - si 30 % des enfants reçoivent le baptême, 70 % des obsèques sont religieuses -, les plaçant aux premières loges pour observer cette commotion et son impact.

Parce que la fête de Pourim avait rassemblé de nombreux fidèles juste avant le premier confinement, les communautés juives ont été particulièrement frappées. « En Ile-de-France, nous avons eu huit fois plus de morts que le reste de la population, dit Serge Benhaïm, responsable au Consistoire central de la hebra kadicha, le service des obsèques. Ça a été terrible. » Dominique Hernandez, pas-

teur au temple réformé du Foyer de l'âme, à Paris (11^e), a été confrontée à autant d'enterrements, en mars et avril 2020, que sa paroisse en connaît habituellement en un an. « La détresse des familles est aujourd'hui plus grande encore ; ils ne s'attendaient pas à une telle virulence de la deuxième vague, avec des décès plus jeunes », témoigne Patrice Sonnier, vicaire épiscopal du diocèse de Paris pour la pastorale des funérailles.

Solitude du mourant

Avant même la question du rite religieux s'est posée celle de la solitude du mourant, puis du défunt. Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et dans les hôpitaux, les visites ont rapidement été interdites. Et quand les chambres funéraires étaient pleines, des corps ont dû être placés dans des camions frigorifiques ou à Rungis. Ce qui transforme symboliquement « une masse affective » en « un morceau de viande, commente Serge Benhaïm. Dans la religion

juive, on demande pardon au défunt une dernière fois. En être privé a été d'autant plus difficile que cela fait partie du processus de deuil. »

S'y sont ajoutées les restrictions aux enterrements. « Ça, je ne le pardonnerai jamais ! », a lancé une femme n'ayant pu voir un proche avant sa mort ni aller à ses obsèques, à Antoine Guggenheim. « On l'a empêchée de vivre cette mort comme un moment de sa biographie », décrypte le prêtre. « On s'est occupé des morts et on a oublié les familles », résume Serge Benhaïm.

Les rites religieux ont été perturbés, voire interdits, comme la toilette rituelle prescrite dans les religions juive et musulmane. Aidesoignant en chambre mortuaire, Samad Akkrach la considère pourtant comme « une continuité des soins ». « Nous considérons que le défunt a des droits sur nous », explique son associé Saïd Oubiskarne, de l'association Tahara, qui s'occupe des funérailles de personnes démunies ou « abandonnées ». Ils se sont adaptés à la situation en faisant des « toilettes sèches », en rappelant que « bien s'occuper du

défunt, c'est bien s'occuper des familles ». Reste que, « si la toilette rituelle n'a pas été faite, cela revient à dire qu'on a mal enterré le défunt », abonde Serge Benhaïm.

« Vous avez dix minutes »

Les catholiques, hormis le cercle immédiat, n'ont pas pu se retrouver dans l'église autour du cercueil et, pas plus que les protestants, autour des paroles de la Bible ou des proches du défunt. Au tout début, Dominique Hernandez a même inventé des cérémonies par téléphone pour des familles éparpillées. Une célébration religieuse, demandée dans son contrat d'obsèques par une personne sans famille, a dû être pratiquée à l'institut médico-légal, raconte Pierre Moyret, accompagnateur des familles en deuil au diocèse de Paris.

Mais bien souvent, le temps a manqué dans les cimetières débordés. « Vous avez dix minutes », s'est entendu dire le pasteur, tandis que dix autres corbillards patientaient à l'entrée du crématorium. « Les familles étaient bousculées, n'avaient pas le temps de se

poser dans une célébration qui est pourtant là pour aider les vivants », commente-t-elle. « On n'a pas donné aux familles le temps de s'inscrire dans un parcours funéraire », ajoute le père Sonnier. A la mi-octobre, le diocèse de Paris a même organisé cinq veillées de prière avec les familles endeuillées qui n'avaient pu dire au revoir à leurs proches.

Les responsables religieux interrogés n'incriminent pas les intervenants. Ils reconnaissent que les pouvoirs publics, de l'Etat aux municipalités, se sont efforcés de mettre de l'huile dans les rouages. Les pompes funèbres ont été rappelées à leur mission de service public, les carrés musulmans ont fini par être étendus dans certaines villes, les employés municipaux des services funéraires se sont multipliés. Il n'empêche. Pour eux, résume Antoine Guggenheim, l'épidémie a entravé « le rite accompli autour de l'invisible, qui signifie l'appartenance à l'humanité de ceux qui sont morts. Les morts ont été le lieu du scandale ». ■

CÉCILE CHAMBRAUD

Dans le monde, un bilan encore sous-estimé

Trois millions de personnes sont officiellement décédées du Covid-19, mais le comptage varie selon les pays

Le bilan de l'épidémie de Covid-19, qui a contaminé 137 millions de personnes dans le monde, approche des 3 millions de morts, avec une nouvelle accélération des décès ces dernières semaines, notamment au Brésil et en Inde : si le nombre de morts a atteint 2 millions au bout d'un an, il n'a fallu que trois mois pour approcher ce nouveau seuil. Les variants plus virulents, détectés pour la première fois au Royaume-Uni, au Brésil et en Afrique du Sud, ainsi que la lassitude de la population face aux mesures sanitaires et aux restrictions pourraient expliquer cette nouvelle vague. Mais d'un continent à l'autre, voire d'un pays à l'autre, les causes de décès renseignées fluctuent, selon qu'elles sont enregistrées en lien avec le coronavirus, en milieu hospitalier ou à domicile. Le comptage varie également en fonction de la solidité des systèmes sanitaires, sociaux et statistiques, et du degré de transparence politique.

Des ballons symbolisant les vies qui pourraient être sauvées par la vaccination contre le Covid-19, devant le Congrès national à Brasilia, au Brésil, le 7 avril, Journée mondiale de la santé.

ERHALDO PERES/AP

L'espérance de vie touchée en Europe

Les 52 pays de la grande Europe, qui s'étend à l'est jusqu'à la Russie et à l'Azerbaïdjan, enregistrent près de 1,1 million de décès. Le Royaume-Uni, la Russie, la France, l'Italie et l'Allemagne concentrent 60 % des décès liés au coronavirus sur ce continent. Toutefois, c'est la petite République tchèque qui déplore le plus grand nombre de morts par rapport à sa population, avec 263 décès pour 100 000 habitants, suivie par la Hongrie (245), la Bosnie (225), le Monténégro (223) et la Bulgarie (208).

L'Espagne recense, pour sa part, un peu plus de 75 300 morts. En décembre 2020, le gouvernement de Pedro Sanchez avait dû réévaluer à la hausse le nombre de décès sur la période de mars à mai 2020, aboutissant à un chiffre supérieur de 70 % aux données fournies à l'époque. Fin mai, le ministère de la santé faisait état de 27 127 décès liés au Covid-19, donnée passée à 45 684 morts après révision par l'Institut national de la statistique.

En Belgique, la surmortalité a atteint 16,6 % au cours de l'année 2020, selon les données de l'Institut de santé publique Sciensano. Soit 17 966 décès de plus que les années précédentes, une hausse largement attribuée au Covid-19 et, pour une petite part, à la canicule d'août (1 500 morts estimés). Pour Thierry Eggerickx, chercheur au Fonds national de la recherche scientifique et professeur de démographie à l'Université catholique de Louvain, la pandémie a entraîné une réduction de l'espérance de vie de 1,1 an pour les hommes et de 0,9 an pour les femmes.

Aux Pays-Bas aussi, l'espérance de vie se trouve affectée et a diminué de neuf mois pour les hommes, de six mois pour les femmes. Le pays comptait 169 000 morts en 2020, avec un taux de surmortalité d'environ 10 %, plus accentué dans le sud-est du pays (+ 14 %) qu'au nord (+ 5,6) et davantage chez les hommes (+ 12 %) que chez les femmes (+ 8 %).

En Pologne, la pandémie a produit un véritable effet ciseaux sur la démographie, en tirant aussi bien les naissances que les décès à leur pire niveau depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Le solde naturel, déjà négatif ou nul

EN POLOGNE, LA PANDÉMIE A TIRÉ NAISSANCES ET DÉCÈS À LEUR PIRE NIVEAU DEPUIS LA FIN DE LA SECONDE GUERRE MONDIALE

depuis 2012, est tombé en 2020 à - 129 000, contre - 36 400 l'année précédente. Ce résultat s'explique par une surmortalité, toutes causes confondues, de 20 % - un record dans l'Union européenne. Sur les 486 000 décès, « seuls » 28 500 ont été attribués au Covid-19, à cause des insuffisances de la politique de test.

Dans toute l'Europe centrale et orientale, plusieurs indices statistiques indiquent que le nombre de morts du Covid-19 a été sous-évalué. En Serbie, par exemple, la surmortalité des douze derniers mois dépasse de plus de 15 000 décès les données de l'année précédente, alors que le gouvernement ne fait officiellement état que de 5 270 morts dus au SARS-CoV-2.

En Russie, la question de la sincérité des chiffres s'est posée dès le début - qu'il s'agisse du nombre de malades ou de la mortalité. Sur ce dernier point, le pays se distingue par un mode de comptage particulièrement restrictif, puisque seuls les patients décédés à l'hôpital, avec plusieurs tests positifs effectués de leur vivant, sont pris en compte. Ce sont ces décès que l'agence sanitaire Rospotrebnadzor transmet quotidiennement à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et qui sont utilisés pour les comparaisons internationales. Une comptabilité différente de celle tenue par l'agence de statistique Rosstat, qui avance des chiffres supérieurs. Mais il a fallu attendre fin décembre 2020 pour voir les autorités évoquer ce décalage, devenu impossible à ignorer. La vice-première ministre chargée de la santé, Tatiana Golikova, avait alors cité la surmortalité constatée entre janvier et novembre 2020 (229 700 décès de plus que l'année précédente), en estimant que « plus de 81 % » étaient dus au Covid-19, ce qui multiplie par trois - voire par quatre - les chiffres officiels.

Depuis, le mode de comptage russe n'a pas évolué. D'avril 2020 à février 2021, la surmortalité se situe donc entre 376 000 et 415 000, selon les points de comparaison, ce qui fait de la Russie l'un des pays où la mortalité est la plus élevée. Au 31 mars, le bilan officiel faisait état de 96 000 morts dues au Covid-19.

De lourds bilans sur le continent américain

Les Etats-Unis enregistrent plus de 562 000 morts, selon l'université Johns-Hopkins, soit environ 19 % de la totalité des décès imputés au Covid-19 dans le monde. Mais les chiffres sont régulièrement réévalués au niveau des Etats car, dès octobre 2020, l'American Medical Association avait estimé que seulement 67 % de la surmortalité enregistrée entre mars et août 2020 avait été attribuée à la pandémie. Ce qui permet de conclure à une probable sous-évaluation, là aussi.

Surtout, les statistiques ont montré, dès les premiers mois, une surmortalité parmi les minorités ethniques, principalement chez les Afro-Américains, les Latins et les Amérindiens. A titre d'exemple, les résultats corrigés en fonction des catégories d'âge du département de la santé de la ville de New York, la métropole la plus touchée, ont fait apparaître un taux de mortalité lié au Covid-19 de 22,8 pour 100 000 personnes chez les Latins, de 19,8 pour les Afro-Américains et de respectivement 10,2 et 8,4 pour les Blancs et les Asiatiques (dénomination qui inclut, aux Etats-Unis, l'Asie de l'Ouest, dont l'Inde).

Cet impact s'est traduit par un accroissement de l'écart entre l'espérance de vie des Afro-Américains et celle des Blancs, désormais de six années. Celle des Blancs a reculé de 0,8 an depuis 2019 (de 78,8 à 78 ans) quand les Afro-Américains ont perdu 2,7 ans (de 74,7 à 72) et les Latins, 1,9 an (de 81,8 à 79,9), selon un rapport des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, publié en février.

Dans la partie sud du continent, la situation sanitaire est catastrophique au Brésil, avec plus de 350 000 morts (le deuxième bilan le plus lourd au monde en valeur absolue), alors que les courbes de l'épidémie ne cessent de grimper.

Le Pérou a dépassé la barre des 50 000 morts annoncés mi-mars. Néanmoins, selon les données du registre national des décès (Sinadef), au moins 125 000 seraient dus au coronavirus, soit plus du double. Ce décalage n'a fait que croître : le ministère péruvien de la santé ne prend plus en compte que les morts confirmées par un

LE TADJIKISTAN A ARRÊTÉ SON DÉCOMPTÉ OFFICIEL EN JANVIER À 13 308 CAS ET 90 DÉCÈS, ET ANNONCÉ LA FIN DE LA PANDÉMIE SUR SON TERRITOIRE

test positif alors que le Sinadef, lui, inclut les morts « suspectes », ou « compatibles » avec le Covid-19 (des cas suspects présentant des symptômes d'infection respiratoire aiguë sévère, ou diagnostiqués par un certificat médical).

Au Chili, les décès officiellement comptabilisés comme cas de coronavirus sont supérieures à l'excès de mortalité noté en 2020 (plus de 15 000 morts) par rapport à 2019, selon des données en cours de validation. « Le Chili fait partie des groupes (...) de pays où la pandémie n'a pas été bien contrôlée », remarque Ricardo Baeza-Yates, chercheur à l'université de Northeastern (Etats-Unis), dans un article pour la fondation Ciper. Ses calculs, basés sur des chiffres provisoires, relèvent le bond statistique des décès pour « signes généraux » ou « causes mal définies », qui seraient des cas de coronavirus non établis. A ses yeux, le nombre de morts du Covid-19 serait plus proche de 21 000 que des 16 608 décès officiellement retenus pour 2020.

Au Mexique, fin mars, le ministère de la santé a discrètement reconnu 120 000 décès de plus que les chiffres officiels, portant le total à plus de 321 000 morts. Une surmortalité qui aggrave sérieusement le bilan officiel dans ce pays peu coutumier des tests, où les gens meurent à la maison.

Des écarts importants en Asie

L'OMS a reconnu la gravité de la situation en Inde, qui a enregistré, début avril, une augmentation record des infections, devenant le deuxième pays après les Etats-Unis à afficher plus de 100 000 nouveaux cas en un jour. Il reste toutefois difficile de déterminer l'ampleur de la mortalité due à l'épidémie. Même si le pays figure en deuxième position de

ceux ayant diagnostiqué le plus de cas positifs depuis un an (13,7 millions), derrière les Etats-Unis et devant le Brésil, le géant d'Asie du Sud n'affiche « que » 171 000 morts, soit environ 3,4 fois moins que les Etats-Unis et plus de 2 fois moins que le Brésil en valeur absolue. Ce score, étonnamment bas, pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population. Mais l'Inde sous-évalue sans doute largement le nombre de morts, surtout dans les campagnes. Plus de deux décès sur trois surviennent à domicile, sans que la raison soit déterminée post mortem et les corps sont, dans leur majorité, incinérés dans la journée. Pour Prabhat Jha, chercheur à Toronto (Canada) et expert de la mortalité en Inde, « la sous-estimation du nombre de victimes du Covid-19 est certaine, mais dans des proportions relativement modestes dans les grandes villes, entre 10 % et 20 % ». Dans les zones rurales, en revanche, l'écart avec la réalité pourrait être bien plus important ».

Avec une population de près de 220 millions de personnes, le Pakistan, qui a recensé en un an 730 000 contaminations et plus de 15 000 morts, assure être confronté à une nouvelle vague, « pire que celle ayant touché le pays en 2020 ». Quant aux données transmises par le voisin afghan, elles ne refléteraient pas, selon l'ONU à Kaboul, la réalité des dégâts, le Covid-19 étant tu car vécu souvent comme une maladie honteuse. L'Afghanistan, avec près de 37 millions d'habitants, disait ainsi avoir enregistré, entre mars 2020 et fin février 2021, 55 000 cas de coronavirus et 2 451 décès.

L'Asie centrale semble aussi avoir particulièrement sous-évalué le nombre de décès. Au Kazakhstan, seules 3 078 personnes en seraient mortes, selon les chiffres officiels... Alors que de juin à août 2020, au plus fort de la pandémie, la surmortalité était de 85 %, avec 28 000 décès de plus par rapport à la même période l'année précédente. Le Kirghizstan voisin et l'Ouzbékistan, pays le plus peuplé d'Asie centrale, présentent eux aussi des disparités entre le bilan officiel et la mortalité constatée.

Le Tadjikistan a, lui, arrêté son décompte officiel en janvier à 13 308 cas et 90 décès, et annoncé

la fin de la pandémie sur son territoire. Quant au Turkménistan, pays autoritaire et très fermé, il n'a officiellement enregistré aucun cas depuis le début de la crise. Ce qui n'a pas empêché une équipe de l'OMS, en visite en juillet 2020, de s'inquiéter de la croissance du nombre des « maladies respiratoires aiguës ou des pneumonies ».

Dans ce tableau dramatique, le Japon fait figure d'exception. Le pays n'aurait pas de morts « cachés » du Covid-19 et la pandémie aurait même contribué à une baisse de mortalité, le nombre de décès ayant diminué de 9 373 (0,7 %) par rapport à 2019. Une situation un peu différente de la Corée du Sud, où les décès ont augmenté de 3,1 % en 2020 (307 764), selon le ministère de l'intérieur et de la sécurité. Un surcroît de mortalité difficile à attribuer au seul coronavirus, qui n'a officiellement fait « que » 900 victimes en 2020.

Manque de tests en Afrique

Par manque de tests, aucune évaluation fiable de la circulation du virus n'est possible en Afrique, où la prépondérance massive des formes asymptomatiques ou modérées du Covid-19 contribue également à la sous-évaluation des contaminations. Le 7 avril, le nombre de morts déclarés par les 55 pays du continent s'élevait à 114 337, soit 4 % des décès dans le monde.

En Afrique du Sud, le Centre de recherches médicales (SAMRC) a révélé, en février, que selon ses calculs, les décès supplémentaires enregistrés dans le pays entre mai 2020 et février 2021, s'élevaient à 137 000, soit plus de trois fois le chiffre déclaré à l'OMS.

En Zambie, une étude a été menée dans la plus grande morgue de Lusaka entre juin et septembre 2020. « Trois cent soixante-quatre cadavres ont été testés et dix-neuf sont apparus positifs au SARS-CoV-2. Personne n'avait été testé avant de mourir, même si des symptômes du Covid-19 étaient dans certains cas visibles », notent les chercheurs de l'école de santé publique de l'université de Boston (Etats-Unis), qui ont conduit l'étude. ■

ISABELLE MANDRAUD ET NOS CORRESPONDANTS





REPORTAGE

A l'hôpital Bichat, « on se demande quand ça va s'arrêter »

Au sein de l'établissement du nord de Paris, les soignants font face à une vague aussi haute que celle de 2020, avec des patients plus jeunes et moins de renforts

Plantés face à l'entrée des urgences, les cerisiers en fleur du square Henri-Huchard défient la haute tour sombre de l'hôpital Bichat. Dans le pâle soleil du printemps, les ambulances et véhicules de pompiers défilent sous leurs pompons roses. Il y a un an jour pour jour, le 8 avril, la première vague de Covid-19 atteignait son pic, avec plus de 7 000 patients hospitalisés en soins critiques dont près de 2 700 en Ile-de-France. Sur le parking, dans l'ombre de cet édifice construit dans les années 1970, quelques soignants prennent l'air, en Crocs et pyjamas pastel, avant de disparaître d'un pas pressé. Quelques minutes volées à un jour qui semble sans fin, tant la troisième vague de l'épidémie a des airs de retour à la case départ, avec déjà 5 705 malades en réanimation, dont plus de 1 700 en Ile-de-France.

Ce matin-là, dans le service de réanimation médicale et infectieuse, l'ambiance est électrique. Dans l'une des unités « Covid », quatre soignants entourent une retraitée de 62 ans dont le cœur montre des signes de faiblesse. En quelques minutes, plusieurs hypothèses sont avancées pour tenter d'établir un diagnostic, mais, à côté du lit, le moniteur de surveillance s'affole. « On n'a pas le temps. Il faut l'aider avant qu'elle ne fasse un arrêt cardiaque. Elle va très très mal », tranche Etienne de Montmollin, réanimateur, de plus en plus inquiet, en regardant le visage pâle et impassible de sa patiente, relié au respirateur par un long tuyau bleu. Dans un bruissement d'emballages en plastique et de claquement de gants, le chirurgien cardiaque appelé en urgence tente de la sauver grâce à une ECMO, un système de circulation extracorporelle destiné à pallier la défaillance des poumons ou du cœur.

« Il est quelle heure là ? 11 heures, déjà ! », lance Kumarini Fauquet, essoufflée, à la sortie d'une chambre en remontant ses lunettes sur ses cheveux sombres. « Je sors d'un marathon, je n'ai pas vu le temps passer », confie l'aide-soignante en plaisantant avec les deux infirmières de son équipe. Quatre des cinq patients dont elle s'occupe – dont un père de famille de 43 ans endormi près de la photo de ses enfants – sont sous ECMO : du jamais-vu depuis le début de l'épidémie. « On fait tout pour tout le monde, mais il y a beaucoup, beaucoup, de décès », témoigne cette mère de famille qui travaille dans le service depuis vingt et un ans. « Dès qu'un patient décède, on a à peine le temps d'y penser qu'un autre prend déjà sa place. On est comme des robots », lâche-t-elle. Les statistiques sont impitoyables : in fine, 40 % des patients sous ECMO ne « passent pas le cap ».

De part et d'autre des « galeries » où les soignants se relaient toutes les douze heures, la quasi-totalité des 16 « patients Covid » sont « endormis », intubés et ventilés. Au-dessus des portes, de petits drapeaux britanniques et sud-africains ont fait leur apparition pour identifier les patients infectés par ces variants plus contagieux, et plus mortels selon

certaines études. Les places étant comptées, les malades « éveillés », placés sous oxygène à haut débit, sont hospitalisés « dans les étages », principalement dans le service de pneumologie et dans le service des maladies infectieuses et tropicales.

« Il n'est pas question de « trier » les malades, et d'avoir à choisir entre deux personnes qui attendent dans le couloir », insiste Jean-François Timsit, chef du service de réanimation médicale et infectieuse, qui s'inquiète davantage des conséquences d'une prise en charge « dégradée ». « On intubera les deux, en se débrouillant pour faire sortir un autre patient plus vite, ou en laissant dans un autre service un malade un peu limité », explique le médecin, la voix fatiguée. Inquiet du « désespoir » qui gagne certains soignants, une question le tient éveillé la nuit : « Comment va-t-on faire ? » « L'épuisement, ça ne fait pas de bruit », lâche-t-il, éccœuré que des mesures n'aient pas été prises plus tôt pour endiguer cette nouvelle vague épidémique.

« ON NE SENT PAS QU'ON S'ÉTEINT »

Tout au bout de la réanimation, dans le « pop-up store » de l'hôpital, comme l'ont baptisé les soignants, trois infirmières anesthésistes échangent des plaisanteries. « On a l'air d'être les bras ballants, mais on quette les sonnettes », lance Catherine Yablonsky, affectée depuis peu à cette unité « éphémère » aux murs peints en orange « disco ». La troisième vague a de nouveau mis leurs vies sens dessus dessous, avec son cortège de gardes et d'heures supplémentaires. « On est les variables d'ajustement », souligne la soignante. Tout comme les « patients non Covid », « qu'on n'arrive plus à soigner ».

Hospitalisé il y a une semaine, Mohamed, 48 ans, paraît, lui, tiré d'affaire. Ce père de trois enfants pense avoir été contaminé par sa femme, qui travaille dans une crèche. « Une de ses collègues, malade, est venue travailler au lieu de s'isoler », raconte-t-il encore essoufflé, regrettant que certains « jouent ainsi avec la vie des gens ». Assis sur un fauteuil, dans sa blouse à l'imprimé de l'AP-HP, il s'estime chanceux. « Je n'arrivais plus à respirer », se souvient-il, encore étonné de la rapidité avec laquelle son état de santé s'est dé-

gradé. « On ne sent pas qu'on s'éteint. C'est ce qui fait que la maladie est aussi dangereuse », décrit cet homme jusque-là en parfaite santé.

Pour d'autres, l'histoire s'est arrêtée là. Au sous-sol, dans la chambre mortuaire, neuf noms ont été inscrits en rouge sur le grand tableau blanc où figure l'identité de chaque défunt. Il s'agit des patients jugés contagieux car le Covid-19 les a emportés moins de dix jours après l'apparition des symptômes. Ils sont emballés dans des housses blanches, et seuls leurs visages pourront être présentés à la famille, pour quelques minutes de recueillement.

C'est un « mieux » par rapport à l'automne, où les morts devaient être placés immédiatement dans un cercueil scellé, mais cela n'a pas pour autant apaisé toutes les discussions avec les familles endeuillées. « Certaines nous assurent que les symptômes ont démarré depuis plus de dix jours, mais n'ont pas de test PCR le démontrant. Qui croire ? », soupire Yannick Tolila-Huet, responsable de la chambre mortuaire, qui, après une année harassante, s'avoue « fâchée contre le monde entier ». « C'est un casse-tête, il faut être juriste pour s'occuper des morts », peste-t-elle, devant sa tasse de thé, posée sur une toile cirée à carreaux flashy.

JEU DE TETRIS GÉANT

A l'extérieur, dans le couloir, plusieurs femmes en boubou traditionnel africain patientent. Leur parente, une femme de 43 ans, s'est éteinte dans la matinée des suites du Covid-19. Mince silhouette dans la housse blanche zippée, son visage à la peau noire et lisse apparaît paisible. Gauthier Dehaine l'apprête avec délicatesse avant de la recouvrir d'un drap jaune pâle et de la replacer à côté de la vingtaine de défunts alignés dans la chambre mortuaire. Chaque mois, entre 100 et 110 sont enregistrés contre 70 à 80 auparavant. « On se demande quand ça va s'arrêter », se désespère Yannick Tolila-Huet, en contemplant face à elle une reproduction du *Portrait d'une jeune femme* de Raphaël, affublée d'un masque chirurgical bleu.

Vendredi 9 avril. C'est le jour du « conseil de bloc opératoire », un « Yalta » hebdomadaire des salles d'opérations. Depuis le début de l'épidémie, une part plus ou moins impor-

tante des lits de réanimation chirurgicale est occupée par des patients atteints du Covid-19, ce qui limite d'autant les possibilités d'intervention. Au cours de cette troisième vague, des centaines d'opérations ont déjà été déprogrammées, mais la direction de l'AP-HP souhaite aller encore plus loin et libérer 59 lits de soins intensifs, contre 42 actuellement. « On a été obligés de convertir la salle 2 », annonce à l'assemblée Aurélie Gouel, anesthésiste et coprésidente du conseil de bloc, tout en soulignant qu'il n'est « pas possible » d'aller au-delà de ces quatre lits supplémentaires, sauf à faire une croix sur les cancers et les urgences. A Bichat, près de 60 % des opérations ont déjà été déprogrammées.

Les yeux cernés au-dessus de son masque, voilà des mois qu'elle négocie avec les chirurgiens des différentes spécialités les créneaux dont ils pourront disposer. « Je n'ai même plus le temps de faire mon métier d'anesthésiste, sauf pendant mes gardes ! », lance-t-elle, en montrant une liasse de tableaux avec des cases multicolores qu'elle compare à un jeu de Tetris géant. « J'ai toujours autant de blocs, mais de moins en moins de cases pour les poser », ironise-t-elle. Ici, chacun défend ses urgences et ses priorités, au risque de créer un embouteillage si des patients nécessitant une réanimation sont opérés sans avoir été programmés. « Je ne cherche pas à vérifier ce que vous faites, c'est pour le bien-être des malades », insiste Aurélie Gouel, en rappelant qu'« elle n'a pas fait médecine pour être flic ».

Ce jour-là, quatre malades en salles de réveil requièrent des soins critiques, pour une seule place en réanimation, dont les lits sont majoritairement occupés par des greffés pulmonaires. « On est en train de se demander lequel on va choisir », illustre Philippe Montravers, chef du service d'anesthésie-réanimation, en rappelant que, au-delà des interventions planifiées, il faut aussi garder une marge de manœuvre pour les urgences, comme ce jeune homme poignardé dans la nuit. Seule bonne nouvelle : le pic de la vague serait pour bientôt : « Le 11 avril dans la version optimiste, avec environ 1 700 patients en réanimation, et le 25 avril dans la version pessimiste, avec envi-

« COMMENT
VA-T-ON FAIRE ?
L'ÉPUISEMENT,
ÇA NE FAIT PAS
DE BRUIT »

JEAN-FRANÇOIS TIMSIT
chef du service
de réanimation médicale
et infectieuse