

« L'expérience des épidémies s'est perdue en France »

L'infectiologue Renaud Piarroux prône un suivi étroit des cas sur le terrain, parallèlement au confinement

En région parisienne, des foyers Covid-19 plus actifs dans certaines communes et certains arrondissements

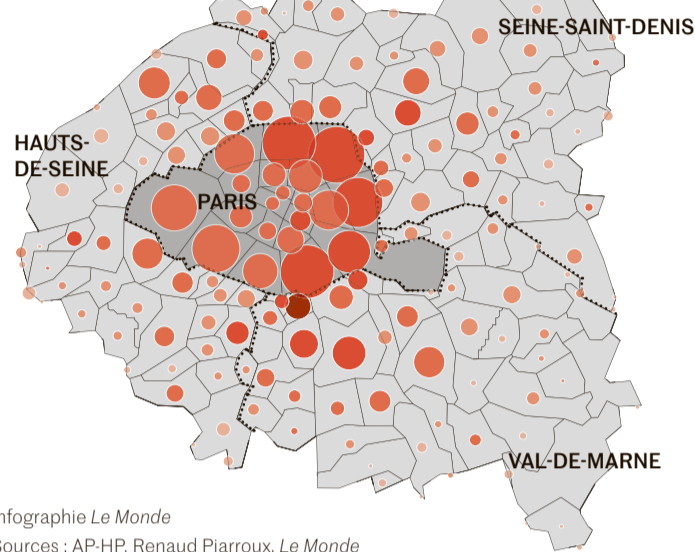
Localisation des patients testés positifs au Covid-19 dans les hôpitaux de l'AP-HP*, selon leur code postal de résidence

○ 10 ○ 50 ○ 150 patients

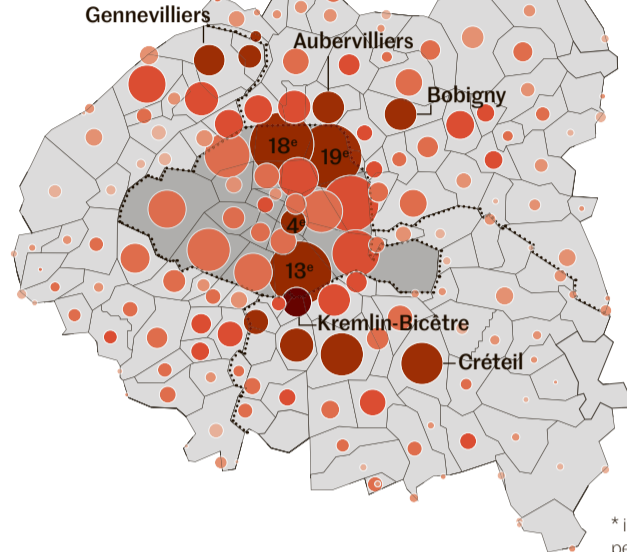
Nombre de tests positifs pour 10 000 habitants

de 0 à 2 de 2 à 4 de 4 à 7 de 7 à 11 de 11 à 16 plus de 16

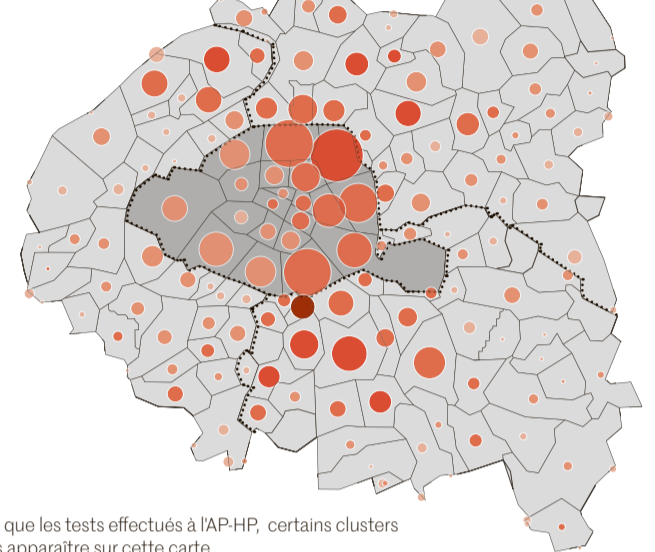
Semaine d'instauration du confinement
du 12 au 18 mars



Deuxième semaine
du 19 au 25 mars



Troisième semaine
du 26 mars au 1^{er} avril



Infographie Le Monde

Sources : AP-HP, Renaud Piarroux, Le Monde

* ici ne figurent que les tests effectués à l'AP-HP, certains clusters peuvent ne pas apparaître sur cette carte

ENTRETIEN

Professeur à la faculté de médecine de Sorbonne Université, chercheur et chef du service de parasitologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris, Renaud Piarroux avait révélé que le camp des casques bleus népalais déployés en Haïti après le séisme de 2010 était bien la source de l'épidémie de choléra qui avait ravagé l'île moins d'un an après, faisant 10 000 morts. Il avait aussi proposé une approche de la lutte communautaire par des équipes d'intervention rapide, ce qui a permis d'éliminer ce fléau. Face à l'épidémie de Covid-19 en France, cet épidémiologiste de terrain plaide pour une approche ciblée sur les cas et l'application de mesures de suivi étroit des contacts.

Nous entamons la quatrième semaine de confinement. Qu'a-t-il apporté jusqu'à présent ?

Ces trois premières semaines de confinement ont atténué la vague épidémique et nous ont évité de subir une déferlante qui aurait pu nous noyer en submergeant les capacités de notre système de soins. La France connaît une épidémie dont la trajectoire est comparable à celle qu'a subie l'Italie une semaine à dix jours avant nous. Au début, elle était assez limitée. Le 17 mars, jour de l'instauration du confinement, nous en étions à 7700 cas et 175 décès, beaucoup moins que les 10 000 morts, et même au-delà, actuels. Un confinement met toujours du temps à produire ses effets. Le week-end qui a précédé sa

« Lorsque l'on vient au contact des populations, il y a des gens qui se révèlent des aides et des relais précieux »

mise en place, il faisait beau, les gens étaient dehors, ils étaient incités à aller voter pour le premier tour des municipales... Beaucoup de contaminations ont eu lieu à cette période. Le temps que l'infection incube, que les gens tombent malades, soient hospitalisés, nous avons retrouvé une forte hausse des cas dans les quinze jours ayant suivi l'instauration du confinement, comme en Italie.

Comment la situation a-t-elle évolué depuis ?

Elle se calme un peu depuis une semaine. Il existe une tendance à la baisse du nombre de nouveaux cas mais celle-ci est lente, en plateau. Le confinement a permis d'infléchir la courbe de l'épidémie. Cependant, les services de réanimation sont pleins, souvent dans l'incapacité d'accepter de nouveaux malades, travaillant presque à flux tendu. Pour gérer cet afflux exceptionnel, il a fallu une énorme mobilisation de tous. Il y a trois semaines, nous parlions de 400 patients qu'il faudrait accueillir en réanimation à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Nous avons actuellement 2500 patients en ré-

animation en région parisienne, à l'AP-HP, dans les hôpitaux périphériques, les cliniques... Mais nous n'avons pas été débordés comme cela a été le cas en Lombardie, à Madrid, à Londres ou à New York. Le confinement a permis d'obtenir un équilibre précaire entre les capacités du système de soins et l'arrivée de nouveaux patients. Cet équilibre a aussi été rendu possible par un énorme effort de transferts de patients vers des hôpitaux d'autres régions moins touchées : plus de 160 malades à ce jour transférés depuis la région parisienne.

Le premier ministre a évoqué une sortie du confinement alors que le président du conseil scientifique insiste sur son prolongement...

Cette première vague a déjà fait plus de 10 000 morts et il y aura encore beaucoup de décès parmi les malades hospitalisés, de l'ordre de 35 % d'entre eux. A quoi s'ajoutent les patients qui meurent dans les Ehpad, à leur domicile... Quand on considère l'épidémie et les résultats préliminaires des tests sérologiques [qui permettent de savoir si une personne a été infectée], nous constatons que le confinement a empêché beaucoup de cas, mais que, dans leur grande majorité, les Français n'ont pas rencontré le virus. Si l'on relâche trop vite le confinement, chaque personne infectée en contaminera plus d'une, ce qui nous confrontera à une épidémie encore plus forte qu'actuellement. Sans confinement et sans mesures additionnelles, l'épidé-

mie repartira, avec un nombre de nouveaux cas qui peut doubler tous les trois jours. En dix jours, il pourrait être multiplié par dix !

Bien sûr, le confinement est très difficile à supporter, sans parler de la catastrophe économique qu'il provoque. Certains pays, comme l'Autriche, qui a un niveau de transmission inférieur au nôtre, envisagent de lâcher du lest à la mi-avril. La France ne peut pas se le permettre. Nous avons échappé de très peu à ce qu'on connait ou connaissait la Lombardie ou New York, avec un hôpital de campagne géant dans Central Park. Pourtant, il n'est pas possible de continuer indéfiniment le confinement tout en ayant des hôpitaux surchargés et qui doivent aussi pouvoir accueillir des personnes atteintes d'autres maladies graves.

Concrètement, quelle stratégie faudrait-il mettre en œuvre ?

La France n'a pas adopté la stratégie de certains pays qui ont déployé des équipes pour identifier les cas, rechercher les porteurs du coronavirus dans leur entourage, isoler tous les porteurs parallèlement au confinement. Cette méthode implique de nombreux tests, des enquêtes épidémiologiques et l'isolement de toutes les personnes qui pourraient être porteuses du virus. Aujourd'hui, quand un malade vient aux urgences à l'hôpital et qu'il ne remplit pas les critères d'une hospitalisation, il repart avec une fiche donnant quelques consignes, une invitation à s'inscrire sur Covidom [application gratuite de suivi

à domicile], mais on ne lui donne pas de masques, ni de solution hydroalcoolique. Ainsi, il est susceptible de contaminer d'autres personnes sur son trajet ou à son domicile. S'il n'est pas isolé, on a des chaînes de transmission, comme en témoigne la survenue de nouveaux cas trois semaines après l'entrée en vigueur du confinement. Il faut identifier et isoler les malades et les porteurs.

Pourquoi cette méthode n'est-elle pas systématiquement appliquée ?

L'expérience des épidémies et de leur gestion sur le terrain s'est perdue en France, si l'on excepte le monde humanitaire, mais MSF n'est pas dans le tour de table des cellules de crise. Du coup, des réflexes manquent, comme celui d'aller voir au plus près du terrain où sont les cas, d'établir une courbe épidémique sur des endroits précis, même si cela implique un énorme travail. Il est nécessaire d'avoir des équipes mobiles qui viennent voir les familles où il y a des cas pour les informer, les aider à se protéger pour éviter la transmission, les tester et isoler les porteurs du coronavirus.

Bien sûr, outre les problèmes de disponibilité des tests, cela pose celui de l'acceptabilité de l'isolement, soit au domicile, soit dans un hôtel ou un autre lieu. Mais, si cette méthode n'est pas appliquée, nous resterons trop longtemps avec trop de cas. Nous devons recréer ce savoir-faire, comme nous avons su créer des places en réanimation. Cela doit se faire pendant le confinement en renforçant la

surveillance là où existent des clusters. D'où l'importance de la cartographie des cas.

Qu'apporte cette approche cartographique ?

Elle permet de guider les interventions. On constate par exemple de nombreux cas dans les 18^e et 19^e arrondissements de Paris, là où se forment beaucoup d'attroupements. Aujourd'hui, il n'est pas possible de fournir deux masques par jour à toute la population, mais plus nous diminuerons le nombre de cas, plus nous aurons de possibilités d'interventions ciblant les zones encore atteintes. En intervenant, nous pouvons chercher des solutions avec la population. L'expérience des épidémies montre que, lorsque l'on prend le soin de venir au contact des populations, il y a des gens qui se révèlent des aides et des relais précieux.

Le traçage par l'utilisation des données de téléphonie mobile contribuerait-il à la démarche que vous proposez ?

Le traçage permet de localiser les cas de manière anonyme. Les données personnelles – adresse, numéro de téléphone... – dont disposent par exemple les centres 15 à partir des appels ne peuvent pas être utilisées, du moins pour l'instant. Alors, de grandes entreprises ont proposé des solutions numériques totalement anonymisées. Mais cela transforme les cas en points et je ne sais pas faire porter un masque à un point, ni l'aider à protéger ses proches. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR
PAUL BENKIMOUN

L'Elysée décide de limoger le directeur de l'ARS Grand-Est

La confirmation par Christophe Lannelongue du maintien d'un plan de réduction des postes et des lits à Nancy avait suscité un tollé

La polémique aura été vite tranchée. Le limogeage de Christophe Lannelongue, directeur de l'Agence régionale de santé du Grand-Est, a été acté mercredi 8 avril en conseil des ministres. En poste depuis 2012, il était dans la tourmente depuis qu'il avait confirmé lors d'une conférence de presse, samedi, le maintien d'un plan de restructuration dans les hôpitaux de Nancy (Meurthe-et-Moselle), avec une réduction du nombre de lits.

En pleine crise du Covid-19, à l'heure où tout le monde célèbre les « blouses blanches », ces pro-

pos ont entraîné une levée de boucliers et un démenti du ministre de la santé, Olivier Véran : « Tous les plans de réorganisation sont évidemment suspendus. »

Dans ce plan, validé en juillet 2019 par le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (Copermo), l'Etat s'engageait à reprendre une partie de la dette du CHRU et à y investir à hauteur d'un demi-milliard d'euros, en contrepartie d'une vaste réorganisation. Celle-ci prévoyait le regroupement des activités, actuellement étalées sur sept structu-

res, au sein d'un seul site. Mais le plan devait aussi intégrer des mesures d'économies, dont la suppression de 174 lits et 598 postes, via des non-remplacements de départs en retraite. M. Lannelongue avait assuré, lors de la conférence de presse : « Il n'y a pas de raison de remettre en cause [le plan] pour le CHRU de Nancy (...). Le dossier devrait être examiné début juin. (...) La trajectoire reste la même. »

Une prise de position à contretemps, alors que le Grand-Est subit de plein fouet l'épidémie de Covid-19 : 1574 personnes y sont

mortes et 4801 y sont hospitalisées, à la date du 6 avril. Le CHRU de Nancy, dont le maire Laurent Hénart (Mouvement radical) préside le conseil de surveillance, a critiqué dès samedi dans un communiqué une communication « totalement décalée » et un choix « déconcertant et indécent (...) à l'heure où les équipes vont au bout de leur investissement personnel ».

Un « fusible »

Interrogé par Le Monde, Arnaud Robinet, maire (LR) de Reims et président régional de la Fédération hospitalière de France, dé-

nonce de son côté une décision « purement politique ». Pour lui, M. Lannelongue, ancien du cabinet de Marisol Touraine au ministère de la santé, joue le rôle de « fusible, limogé pour avoir confirmé la politique de santé menée par le gouvernement ».

« Ce n'est pas moi qui ai approuvé ce plan. C'est la ministre de l'époque, Agnès Buzyn, et je rappelle qu'il a été approuvé localement », se défendait d'ailleurs l'intéressé, dimanche. De fait, en décembre 2019, en pleine campagne municipale, Laurent Hénart avait salué sur Twitter ce projet, quali-

fié « d'étape historique ». « La politique sanitaire pré-crise paraissait de bon sens », se justifie M. Hénart auprès du Monde, « c'était une politique par temps calme ». La donne a changé, estime-t-il, se félicitant désormais de ce limogeage, une « clarification bienvenue ». « Si on est en guerre, on a pour seul objectif de gagner la guerre, pas de compter les munitions. » Une médecin, Marie-Ange Desailly-Chanson, actuellement inspectrice générale des affaires sociales, est pressentie pour remplacer le fonctionnaire écarté. ■

SAMUEL LAURENT