

« Nous ne sommes pas à la hauteur de l'épidémie »

L'ancien directeur général de la santé William Dab, déplore la « médiocrité » de la politique de prévention.

Entretien

Professeur émérite au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), où il était il y a peu titulaire de la chaire Hygiène et sécurité, William Dab est médecin et épidémiologiste. De 2003 à 2005, il a été directeur général de la santé et avait démissionné en raison de désaccords sur la politique de santé publique avec le ministre de la santé d'alors, Philippe Douste-Blazy. Il livre une analyse critique de la réponse française au Covid-19.

Paul Benkimoun

Quelle est votre appréciation de la situation sanitaire de l'épidémie de Covid-19 ?

Un premier élément à prendre en compte est qu'actuellement nous avons un décompte de la morbidité et de la mortalité directement liée au virus. En fait, nous aurons aussi à déplorer des répercussions sur la santé à moyen terme qu'on peut appeler indirectes parce que ce n'est pas le virus qui sera en cause, mais les complications chez les patients souffrant de maladies cardiaques, pulmonaires, rénales, etc.

Ces complications ont deux origines. Le Covid-19, qui entraîne un alitement, qui est un facteur de risque important chez les personnes âgées. Et le fait que le suivi des malades chroniques est moins bon parce que le système de soins est saturé par l'épidémie. Il faut donc s'attendre au total à plusieurs dizaines de milliers de décès directement et indirectement liés à l'épidémie.

Et sur l'évolution de l'épidémie ?

Je suis frappé par le fait qu'après quatre semaines de confinement, la courbe épidémique n'est que ralentie. Nous restons avec un flux important de malades chaque jour. Trois raisons peuvent expliquer cela.

D'abord le confinement n'est qu'imparfaitement respecté. En particulier, ceux qui continuent de travailler et qui prennent les transports en commun peuvent se contaminer, alors que le port du masque n'est pas généralisé.

Ensuite, on peut se demander s'il n'y a pas une transmission aérienne du virus et pas seulement par les gouttelettes. Cette question est débattue, notamment cette semaine dans la revue Nature. Enfin, et cela me semble très grave, on laisse retourner chez elles des personnes contagieuses à la sortie de l'hôpital ou du cabinet du médecin parce qu'elles n'ont pas besoin de soins. Elles peuvent alors contaminer leurs proches. Comment l'éviter quand on vit dans un petit appartement ?

Que faudrait-il faire ?

Cela fait des jours que plusieurs instances, dont le conseil scientifique du gouvernement, recommandent de mettre ces personnes, de même que leurs contacts, en isolement dans des hôtels (qui sont vides) ou des lieux fermés analogues. La maire de Paris le demande aussi, mais il ne se passe rien.

De façon générale, dans les mesures adoptées, il y a un mélange d'excellence et de médiocrité. L'excellence, ce sont les soins. Des centaines de vie ont été sauvées par l'héroïsme des soignants et des aidants, ainsi que par un effort sans précédent qui a permis de doubler nos capacités de réanimation et de désengorger les hôpitaux saturés. C'est vraiment remarquable.

En revanche, en matière de prévention, nous ne sommes pas à la hauteur de l'épidémie.

Pourquoi ?

La seule mesure de prévention est en réalité le confinement généralisé assorti de recommandations d'hygiène. Autrement dit, on fait peser sur la population la totalité des efforts de prévention. Ça ne peut pas marcher et le coût humain est effrayant avec un cortège d'inégalités sociales qui s'aggravent. Réalise-t-on bien ce que cela représente pour une famille avec disons deux enfants qui vit dans 50 m² avec les deux parents en télétravail et les enfants qui doivent faire l'école à la maison ?

Si l'effort de prévention est partagé, cela peut tenir encore quelque temps, mais, s'il ne se passe rien d'autre, il y aura des mouvements de révolte. Or l'adhésion du public est une condition pour casser l'épidémie. Le macro-management ne suffit pas. Il faut une capacité de micro-management.

Je considère que nous entrons dans une période où le confinement aura plus d'inconvénients (économiques, psychologiques, familiaux, médicaux) que de bénéfices.

Que peut-on faire d'autre ?

D'abord de l'épidémiologie de terrain. Comment se fait-il que ce soient des épidémiologistes britanniques qui ont estimé la proportion de Français infectés ? Comment lutter contre une épidémie sans connaître son étendue ? Des enquêtes par sondages hebdomadaires par téléphone ou Internet permettraient de suivre son évolution. C'est facile à réaliser. Ce n'est pas complètement fiable, mais c'est mieux d'être dans le brouillard que dans le noir absolu. En attendant que des tests sérologiques soient déployés à grande échelle, même avec des imperfections, ce type d'enquête par sondages répétés nous donnerait une tendance sur l'évolution de la prévalence de l'infection.

De même, il faut comprendre pourquoi on a encore tant de nouveaux malades. Où ont-ils été contaminés ? On ne peut pas enquêter sur tous les cas, mais, là encore, une procédure d'échantillonnage suffirait à fournir des indications sur les circonstances de l'infection. Dans les CHU, de nombreuses études cliniques sur d'autres thèmes que le Covid-19 sont actuellement suspendues. Les professionnels de santé qui les réalisent sur le terrain et ont un savoir-faire pourraient être mobilisés à cette fin.

Autre exemple, il y a des dizaines de milliers de patients qui prennent quotidiennement de l'hydroxychloroquine pour des maladies rhumatismales. Cela fait plus de deux mois qu'il y a un débat sur ce traitement. Pourquoi ne sait-on pas si ces patients sont moins atteints par le coronavirus que les autres ? Nous avons des bases de données accessibles pour faire ce travail et une agence du médicament pour le faire.

Ensuite, on ne dit pas clairement à la population quand les masques et les tests arriveront. Si on ne le sait pas, il faut le dire. Aucun déconfinement n'est envisageable sans ces outils. De même, quand les soignants seront-ils enfin correctement protégés ? On n'entend pas la réponse.

Enfin, il faut un commandement unifié et moins de bureaucratie.

Que voulez-vous dire ?

Je vais vous donner un exemple personnel. Dès le début de l'alerte, je me suis inscrit à la réserve sanitaire. Il y a une semaine, je reçois un message me demandant si je suis prêt à appuyer au plan épidémiologique une ARS [agence régionale de santé] dans un département d'outre-mer. Je réponds immédiatement que je suis volontaire et que je libère tout mon agenda jusqu'à fin juin. Au bout de six jours, pas de réponse. Je fais savoir que je trouve cela anormal en situation d'urgence. Je reçois alors comme réponse que mon dossier administratif n'est pas complet. Il manque la copie de mon diplôme de docteur en médecine (qui est à mon bureau, donc inaccessible) et un certificat d'aptitude médicale. Je n'aurai pas l'odieuse pensée de déranger un confrère surchargé pour qu'il atteste que je suis apte à faire de l'épidémiologie ! Le président de la République a déclaré la guerre, mais les services continuent de fonctionner comme en temps de paix.

En 1917, la première chose qu'a faite Georges Clemenceau en devenant président du Conseil et ministre de la guerre, c'est de se débarrasser des bureaucrates sans valeur ajoutée, voire à valeur négative. Ensuite, il a obtenu des Alliés un commandement unifié. On multiplie les instances, les conseils, les comités qui font de leur mieux, mais il n'y a pas le souci des détails, ils n'ont pas de rôle opérationnel. Quand Clemenceau visitait le front au péril de sa vie, ce n'était pas seulement pour soutenir le moral des troupes. C'était aussi pour vérifier que l'intendance suivait.

Pour gagner contre une épidémie, il faut trois conditions : la surveillance, la réactivité et un commandement resserré qui fait un lien opérationnel entre la doctrine et le terrain.

Etes-vous pessimiste ?

Oui, au moment où nous nous parlons. Non, si les principes de base de la lutte contre les épidémies sont enfin mis en œuvre de toute urgence en s'affranchissant des contraintes administratives que le gouvernement a désormais les outils juridiques de lever.

Cette situation illustre jusqu'à la caricature la faiblesse de la santé publique française. On mise tout sur les soins sans réaliser que la prévention est un investissement très rentable. Chaque fois que l'on dépense 100 euros dans le domaine de la santé, 96 % vont aux soins et 4 % à la prévention organisée. C'est cela que nous payons, comme nous payons l'incurie de la gestion de l'amiante – 100 000 décès cumulés.

Tous les soirs à 20 heures, nous applaudissons nos soignants. Je me demande si nous ne devrions pas siffler tous les midis les carences de la prévention de terrain jusqu'à ce qu'elle devienne efficace.

Paul Benkimoun