

**Vous êtes spécialiste en santé publique et avez été médecin chef des grandes endémies au Gabon en 1989. Vous estimez que les pouvoirs publics font fausse route avec le confinement et la façon dont il entend lutter contre le coronavirus. Pourquoi ?**

Le confinement est une stratégie très utile... en cas de catastrophe nucléaire. Dans le cas des maladies transmissibles, la stratégie de confinement d'une population n'a jamais fait partie des mesures de santé publique de lutte contre les épidémies. J'ai appris l'existence de cette stratégie comme tout le monde au printemps dernier. L'efficacité du confinement pour lutter contre les épidémies n'a donc jamais pu être établie, encore moins évaluée. C'est parce qu'il ne s'agit pas de se protéger d'un danger extérieur comme une retombée radioactive, mais d'un danger qui peut déjà être en nous, que le confinement se contenterait de favoriser la transmission au sein des personnes d'un même foyer, qui iront ensuite diffuser le virus à la moindre sortie. De plus, réduire la « santé » à l'absence de « morts » relève d'une interprétation très réductrice de la vie car la définition de la santé est un état de bien-être physique, mental et social complet, selon la définition même de l'OMS. Selon cette définition, on peut donc estimer que le confinement, loin de protéger la santé, est au contraire très nuisible. Aussi, si nous appliquons les critères classiques en médecine de bénéfice risque, nous pourrions facilement admettre que le risque du confinement étant très important et le bénéfice faible, le rapport bénéfice risque tend vers zéro.

**Le gouvernement cherche pourtant de cette manière à décaler le pic de l'épidémie pour éviter l'engorgement des hôpitaux. Cela vous semble-t-elle être une mauvaise stratégie ?**

Une épidémie de virus respiratoire a une courbe ascendante et descendante, d'où son nom de courbe en cloche. La décroissance survient spontanément quelles que soient les mesures prises. Commenter sur d'hypothétiques effets de « relâchement », du couvre-feu ou du confinement dès qu'il y a un début de montée, de plateau ou de descente, est une attitude de bonimenteur car personne ne connaît à l'avance l'évolution naturelle de l'épidémie qui se superpose aux mesures prises. Confinement ou pas, la courbe descendra de toute façon pour quantité de raisons liées à l'écosystème du virus composé d'une multitude de cofacteurs inconnus. Une preuve en est la courbe épidémique de la Suède qui n'est pas très différente de celle de la France sans avoir assigné sa population à résidence. Aplatir la courbe pour décaler le pic n'a aucun impact sur le nombre total de malades et de décès car l'aire sous la courbe



## Confinement : « Une mauvaise stratégie »

Docteur en médecine, spécialiste de la santé publique et des maladies infectieuses, Ariel Beresniak estime que l'organisation mise en œuvre par le gouvernement pour lutter contre la pandémie n'est pas la bonne. Il explique pourquoi

reste la même. C'est cependant un effet utile pour soulager les ressources du système de santé. Encore faut-il utiliser des mesures de distanciation sociales efficaces dont on connaît l'efficacité comme la fermeture des transports en commun et des écoles. Mais ce n'est pas ce que le pouvoir exécutif a privilégié.

**Que proposez-vous pour endiguer l'épidémie ?**

En premier lieu, une épidémie est l'augmentation rapide d'une maladie et non la simple augmentation du nombre de tests positifs. Sinon il suffirait de détecter des virus Herpès ou des bactéries staphylocoques dorés avec qui on a usage de cohabiter pour décréter des épidémies hypothétiques et affoler la population. Le nombre de « cas » présenté tous les jours pour surveiller

l'épidémie n'a donc aucun sens. Ce qui est important est de suivre le nombre de malades confirmés présentant des symptômes de la maladie.

Tous les moyens existent pour endiguer une épidémie, mais une excellente organisation mettant en œuvre ces moyens fait défaut. La prévention consiste d'abord en la promotion des mesures individuelles (lavage de mains et masques en cas de promiscuité avec un grand nombre de personnes en milieu fermé) et à l'organisation du dépistage.

**On ne peut cependant pas reprocher aux autorités publiques de ne pas faire la promotion des gestes barrière et du dépistage...**

Oui, mais encore faut-il que le dépistage soit organisé en utilisant des tests dont on connaît parfaitement la sensibilité et la sensibilité, ce qui n'est toujours

pas établi à l'heure actuelle où une certaine variabilité sur le territoire existe à propos du seuil de cycles d'amplification des tests PCR, et donc de leur capacité à détecter des faux positifs.

Encore faut-il que les tests puissent être réalisés immédiatement en cas de suspicion de symptômes et que les résultats soient disponibles rapidement pour proposer un isolement et un traitement précoce adéquat. En ce qui concerne les traitements des personnes malades, la préservation de la liberté de prescription des médecins est fondamentale car ce n'est pas au ministère de la Santé d'imposer ou d'interdire des stratégies thérapeutiques. Une excellente prise en charge ambulatoire dès les premiers signes de la maladie serait déjà un excellent moyen pour contribuer à désengorger les hôpitaux. De plus, la construction

d'hôpitaux éphémères comme en Chine ou l'installation de lits dans des stades comme en Pologne ne doit pas faire peur malgré leur caractère « cataclysmique ». Cela pourrait au contraire démontrer une excellente adaptabilité à l'évolution de la situation épidémiologique.

L'hôpital du futur doit être modulaire, à géométrie variable pour pouvoir absorber les grands fléaux. Il serait aussi temps de desserrer le numerus clausus en médecine et bien payer infirmières et médecins pour que la profession soit attractive. Enfin on parle beaucoup des lits de réanimation mais on parle moins de leur niveau d'équipement. Il ne suffit pas, par exemple, que les pouvoirs publics commandent en urgence 10 000 respirateurs à Air Liquide, s'ils ne commandent pas les bonnes machines ! On s'est aperçu après coup que 85 % des

respirateurs commandés étaient inutilisables en services de réanimation, car adaptés uniquement au transport de malades... On parle peu aussi des fameuses ECMO permettant une oxygénation extracorporelle des patients en détresse respiratoire sévère. Ces équipements permettent de réduire drastiquement la mortalité et leur déploiement a été largement recommandé dans les épidémies de grippe. Très utiles aussi dans les Covid très sévères, très peu de centres en sont équipés, ce qui crée parfois des conflits entre les familles pour l'accès à ces techniques qui sauvent des vies. Il existe une plateforme ECMO en cardiologie à l'Hôpital de Bastia et une aussi en réanimation à l'hôpital d'Ajaccio mais en cas de futures épidémies à virus respiratoire, cela reste très insuffisant en Corse.

## « Le vaccin, une arme de plus mais pas la solution unique »

**Que pensez-vous du vaccin proposé par Pfizer ? Représente-t-il un vrai espoir de sortir enfin de cette crise ?**

C'est une excellente nouvelle de recevoir de bonnes données préliminaires d'efficacité d'un vaccin, bien que l'annonce du 9 novembre dernier ait été destinée aux marchés financiers. Il faut bien entendu attendre les résultats définitifs d'efficacité et savoir sur quelle population le vaccin a été testé. Il est probable que la population de l'essai clinique de Pfizer soit constituée de patients jeunes avec une bonne immunité, alors que la population cible du futur vaccin concerne surtout les patients fragiles, comme les sujets âgés avec une faible immunité. Or il n'est pas certain que le futur vaccin

fonctionne aussi bien dans cette population. Par ailleurs, le problème de tolérance à moyen et long terme ne pourra être réglé qu'avec un recul de plusieurs années. N'oublions pas le fiasco du vaccin contre la dengue de Sanofi qui a demandé de longues années de développement et était porteur de beaucoup d'espoir. Peu après la commercialisation, les vaccinations ont dû être suspendues quand on s'est aperçu que la dengue était beaucoup plus sévère chez les sujets vaccinés que chez les sujets non vaccinés... Enfin il ne suffit pas d'avoir un vaccin efficace et bien toléré pour se débarrasser d'une épidémie. Sinon, des épidémies comme la grippe, les méningites ou encore la rougeole auraient disparu depuis long-

temps. Il faudrait pouvoir l'administrer à une grande partie de la population, ce qui peut prendre beaucoup plus longtemps que la durée spontanée de l'épidémie. On disposait en France en 2009 lors de la pandémie de grippe H1N1 de 94 millions de vaccins, or seulement 5 millions de personnes ont été vaccinées. Raison pour laquelle je suis convaincu qu'un bon vaccin efficace et bien toléré sera une arme en plus dans la panoplie de lutte contre la pandémie, mais certainement pas la solution unique.

**Au début de la crise sanitaire, vous avez fait partie d'un groupe informel de spécialistes insulaires de la santé. Ensemble, vous aviez proposé une**

**enquête de prévalence en Corse. Elle n'a pu se faire. Pourquoi ?**

Le projet d'étude représentative de séroprévalence en Corse n'a jamais pu démarrer malgré le soutien de l'ensemble des professionnels et des institutions en Corse. Le dossier a été transmis en avril par la CPAM à la CNAM pour demander un simple tirage au sort sur la liste des assurés sociaux. Celle-ci n'a simplement pas daigné répondre. Des études de séroprévalence ont bien été réalisées un peu partout sur le continent et au-delà, mais aucune n'est représentative à ce jour. En effet, seul un tirage aléatoire de la population permet de garantir la représentativité de l'échantillon et donc de connaître le dénominateur. Le statut insulaire de la

Corse aurait été un excellent territoire pilote pour réaliser cette étude et guider les mesures de santé publique. C'est en tout cas en Corse qu'une telle étude a été proposée la première fois.

**Serait-elle toujours utile aujourd'hui ?**

Bien entendu l'intérêt d'une enquête représentative de séroprévalence est toujours pertinent, voire encore plus aujourd'hui avec la recrudescence automnale actuelle. Il me semble toutefois que les pouvoirs publics ne sont pas pressés d'obtenir les vrais chiffres de l'épidémie : soit parce qu'on pourrait leur reprocher de ne pas les avoir cherchés plus tôt, soit parce que cela pourrait rendre plus compliquée la justification des mesures prises jusqu'à aujourd'hui...

INTERVIEW

Propos recueillis par  
**Caroline Marcelin**

REPÈRES

Docteur en médecine, spécialiste en santé publique et maladies infectieuses, Ariel Beresniak a été médecin chef de la surveillance des grandes endémies au Gabon (1989), a travaillé avec l'Organisation mondiale de la santé sur l'évaluation de plans de préparation contre les pandémies. Il a coordonné un programme de recherche européen comparant le coût et l'efficacité de 18 mesures de santé publique contre la grippe pandémique. Il est professeur invité à l'université russe d'économie Plekhanov et est l'auteur de plusieurs ouvrages dont l'Economie de la Santé, Ed Elsevier Masson.