

Printemps 2020 – Printemps 2021 : retour à la case départ ?

Category: Santé

écrit par Jérémy | 15 avril 2021

Note # 5 du groupe de réflexion sur la crise sanitaire

Mars 2021, presque jour pour jour la date anniversaire du premier confinement, retour à la case départ. Le chef de l'état l'a dit lui-même le 31 mars : « Nous avons tout fait pour prendre ces décisions le plus tard possible ». C'est peut-être justement le problème, si on rembobine le film il y a quelques mois. Le variant anglais est alors déjà majoritaire en Grande Bretagne, les hôpitaux sont rapidement débordés et on apprend que ce variant est plus contagieux et aussi plus virulent (il fait plus de morts chez des gens plus jeunes et en bonne santé). Réaction logique de la Grande Bretagne : mise en place de mesures de restriction importante des interactions sociales, associées à une accélération de la vaccination. A l'époque de la décision du confinement en Grande Bretagne (5 janvier dernier), 50 000 nouvelles contaminations par jour, et un desserrement progressif qui commence le 8 mars avec la réouverture des écoles. Il a fallu un mois de restrictions (entre le 5 janvier et le 6 février) pour revenir à un niveau de contaminations à 18 000 cas par jour et la barre des 5000 cas par jour est franchie au 31 mars seulement. Nous sommes actuellement près de 40 000 cas par jour en France, donc pas très loin de la Grande Bretagne le 5 janvier, et on nous promet « seulement » 4 semaines de confinement... Alors que la Grande Bretagne, qui a vacciné plus vite que nous, a réouvert les écoles deux mois après le début de son confinement...

Nous avons vu ce qu'il s'est passé en Angleterre, comment n'avons-nous rien pu faire pour éviter que la même vague

déferle sur nous ? Alors que nous savions que ce variant dont nous surveillions la circulation sur notre territoire était plus contagieux et plus mortel ?

Attentisme ou intervention

Le conseil scientifique, dans son avis du 11 mars détaillait les deux stratégies possibles : La stratégie attentiste, ou l'intervention précoce. La stratégie attentiste (qui est donc celle que nous avons eu), a consisté à attendre que les hôpitaux soient au bord de la saturation (voir déjà en saturation), pour renforcer les mesures. Ce qui implique d'accepter un nombre mensuel relativement élevé de décès (environ 10 000), d'accepter un certain nombre de burn out chez les soignant.es déjà épuisé.es au bout de longs mois d'une crise sanitaire qui ne s'est jamais arrêtée pour eux. C'est donc à ces soignant.es, héroïne.os d'hier, que notre président a demandé un « effort » ce 31 mars, tout en sachant pertinemment qu'il les envoyait à nouveau « au front » avec toujours aussi peu de ressources. Cela ne sous-entend pas seulement accepter les morts et/ou les séquelles liées au COVID, mais également, par le biais des déprogrammations (qui atteignent jusqu'à 80% des activités de bloc opératoires dans certains hôpitaux), les morts ou les aggravations de maladies de patient.es qui ont vu des explorations ou des opérations reportées depuis 6 mois à 1 an maintenant. Ceci est déjà démontré pour certains cancers (dont les découvertes sont faites plus tardivement) et pour les maladies cardiovasculaires comme les infarctus ou les AVC. Pourquoi est-on obligé de déprogrammer à l'hôpital ? Parce que les personnels de bloc opératoire et leurs machines sont utilisés pour faire de la réanimation des patients COVID. Quand les blocs opératoires ne suffisent plus, dans certains hôpitaux, on transforme actuellement le restaurant du personnel en salle de réanimation...

La stratégie de l'intervention précoce, l'autre stratégie possible, consistait à intervenir dès le moment où des signaux

clairs d'un rebond prévisible de l'épidémie se sont manifestés, avant que les hôpitaux soient proches de la saturation et obligés de déprogrammer (ce qui était le cas déjà mi-février pour nous). Cette approche aurait permis de diminuer le nombre de décès et d'hospitalisations. Les mesures mises en place peuvent également être plus localisées, en fonction de l'incidence dans une zone donnée, et levées plus rapidement car la vague étant moins haute, on met moins de temps à la faire redescendre à un niveau acceptable. D'autre part, on peut tester précocement différentes stratégies plus ou moins strictes, alors que quand on est en situation de saturation, on est obligé de prendre des mesures strictes d'emblée.

Le choix gouvernemental «assumé » de l'attentisme

Le gouvernement actuel a donc fait un choix assumé, celui de n'agir qu'en dernière minute. Donc celui de sacrifier un certain nombre de vies et d'accélérer un peu plus la mort lente de l'hôpital public à travers la détresse des soignant.es qui, petit à petit, quittent le navire écœuré.es de tant de mépris après un an « d'efforts ». Pourtant, nous n'avons jamais été aussi près d'une potentielle sortie de crise. Dans tous les pays où les campagnes de vaccination ont pu être menées rapidement, associées initialement à une décrue du nombre de cas du fait de mesures efficaces de contrôle de la circulation virale, la vie « normale » reprend peu à peu son cours. Les vaccins actuellement disponibles sont efficaces sur le variant anglais. La vaccination est bien la clé pour sortir de cette pandémie. Cependant, des vaccins placés sous le monopole des firmes pharmaceutiques, dont l'objectif est le profit, vendus à prix d'or et réservés aux pays riches, ne seront jamais une solution durable à celle-ci. C'est pourquoi la levée des brevets sur les vaccins pour favoriser un accès le plus large possible à la vaccination est une nécessité absolue.

Les vraies solutions pour sortir de cette crise demeurent :

– Investir massivement dans les moyens de l'hôpital public et plus largement dans le système de santé, car les structures de soins primaires et de prévention se sont montrées particulièrement sous-utilisées dans cette crise (notamment concernant la mise en place de la vaccination), notamment du fait du sous-investissement qu'elles ont subi depuis de nombreuses années. Cet investissement n'aura pas un effet immédiat sur la crise sanitaire, mais permettra d'envisager un vrai avenir pour la santé publique de ce pays et pour l'avenir de l'hôpital actuellement menacé.

– Faire baisser au maximum la circulation virale tout en vaccinant le plus largement possible en même temps. Vacciner alors que le virus circule beaucoup est moins efficace car les individus peuvent se contaminer avant que leur vaccination soit efficace, et par ailleurs, le risque de voir apparaître des mutants résistants au vaccin est plus grand. Afin de faire baisser la circulation virale, des mesures de confinement associant une limitation des déplacements inter-régionaux, une réouverture retardée et contrôlée des écoles (à $\frac{1}{2}$ jauge) et la systématisation du télétravail (en imposant des jauges comme lors du déconfinement en mai et en ne comptant pas seulement sur la bonne volonté des employeurs comme c'est le cas aujourd'hui). Etant donné que seule une minorité des contaminations se produisent en extérieur (environ 5%), les sorties en extérieur peuvent rester autorisées.

– L'accès à la vaccination pour tous les pays ne peut avoir lieu sans une levée des brevets sur les vaccins. Celle-ci est une nécessité urgente.

Groupe de réflexion sur la crise sanitaire

(chercheuses.eurs, praticien.nes et militant.es d'Ensemble et d'Ensemble Insoumis)