

Coronavirus COVID 19 : le dépistage doit être généralisé

Annie Thébaud-Mony

30 mars 2020

<https://blogs.mediapart.fr/annie-thebaud-mony/blog/300320/il-y-urgence-le-depistage-du-coronavirus-covid-19-doit-etre-generalise>

Ayant eu le privilège de travailler pour ma thèse d'état en sociologie de la santé¹, avec les acteurs de la stratégie de lutte contre la tuberculose dans les années 1970 – 1980, je souhaite apporter ici quelques enseignements tirés de l'expérience de ceux qui furent les pionniers de la lutte contre les maladies infectieuses, dans les pays où ces maladies étaient endémiques, en particulier la tuberculose. Je pense à Wallace Fox ((décédé en 2010), le chef de file du programme du *Medical Research Council* (MRC) à Londres², qui a développé le traitement standard mondial de la tuberculose après avoir mené dans les conditions de l'Inde, le premier essai de traitement ambulatoire de la tuberculose à la fin des années 1950. Je pense à Pierre Chaulet (décédé en 2012), professeur de pneumologie à l'université d'Alger dès la fin de la guerre de libération de l'Algérie, qui fut, en collaboration avec Wallace Fox, un deuxième acteur essentiel de la lutte anti-tuberculeuse³, en Algérie et beaucoup plus largement en Afrique et en Asie. Ensemble et avec d'autres, ils n'ont eu de cesse de contribuer, au sein de l'OMS, à la mise en œuvre de programmes de dépistage et traitement, accessibles aux pays les plus pauvres de la planète, pour les populations les plus démunies.

Alors que nous sommes contraints au confinement, en voyant se déployer une stratégie strictement hospitalière et réservée aux cas critiques des victimes du coronavirus (et au dépistage des « grands » de ce monde), je souhaite apporter quelques éléments de réflexion aux débats en cours, sur la base de cette expérience.

Mes questions sur la stratégie mise en œuvre en France

Alors qu'en Allemagne, en Islande, en Australie, sans même parler de la Corée du Sud, la stratégie choisie a été d'ouvrir très largement à toute la population l'accès à des tests de dépistage du COVID 19, la France a réservé aux seuls cas graves, et en milieu hospitalier, la pratique des tests, y compris pour le personnel soignant souvent démunie des moyens de protection indispensables et qui déjà paie un lourd tribut à cette absence cruelle de démarches de dépistage et de prévention.

Le ministre de la santé se contente jour après jour de faire le décompte des morts, à l'exclusion de statistiques dignes de ce nom qui pourraient être établies, si la prescription des tests était enfin décentralisée au niveau des centres de santé et médecins généralistes, en lien avec des laboratoires de ville. Qui connaît mieux les personnes et leurs « contacts » que le médecin traitant ?

¹ Thébaud-Mony A. *Besoins de santé et politique de santé - analyse des travaux de l'OMS 1974-1978. Deux études de cas : tuberculose, nutrition et politique de santé en Algérie et au Québec*. Thèse pour le doctorat d'état es lettres et Sciences Humaine. Université R. Descartes, Paris V Sorbonne, Paris 1980.

² <https://www.theguardian.com/world/2010/apr/04/wallace-fox-obituary>

³ Pierre Chaulet, *Stratégies de lutte antituberculeuse*, Encyclopédie Médico-chirurgicale, 6019 A 31, 11-1984

Pourquoi attendre que les malades voient leur cas s'aggraver pour faire les tests ? Comment assurer, à partir d'hôpitaux surchargés, un suivi des contacts de ces cas, permettant ainsi une connaissance individuelle et collective de l'épidémie ?

Pourquoi, faute de dépistage organisé au niveau des soins de première ligne, maintenir un état de suspicion généralisée de chacun vis-à-vis des autres, de tous les autres ? Serait-ce par mesure d'économie, étant donné le prix des tests, ou bien faut-il y voir la persistance d'une idéologie médicale élitiste, doublée d'un refus de l'exécutif de prendre toute la mesure de la catastrophe sanitaire en cours ? Ou encore, une nouvelle manifestation d'une santé publique « hors-sol », toujours plus éloignée des réalités concrètes vécues de la santé, de la maladie et de la mort ?

Une autre stratégie est possible

Une autre stratégie est possible, celle qui a fait ses preuves depuis les lendemains de la 2^e guerre mondiale, dont Wallace Fox et Pierre Chaulet furent en leur temps des acteurs-clé. L'OMS s'est inspirée de leurs travaux pour élaborer des guides techniques de contrôle des épidémies comme celle de la tuberculose. C'est aussi en référence à ce type d'expérience que l'OMS et l'UNICEF ont élaboré ensemble à la fin des années 1970, la stratégie des soins de santé primaire (Alma Ata), qui consacrait une décentralisation des services publics de santé au plus près des populations et une réorganisation des relations centre – périphérie, entre hôpitaux et soins de première ligne⁴. Sans les plans d'ajustement structurels et la privatisation des services de santé voulus par le FMI et la Banque Mondiale pour l'ensemble des pays dits en développement, cela aurait pu permettre une substantielle réduction des inégalités sociales de santé. Ce qui fut imaginé à l'époque est d'une brûlante actualité, à l'heure du coronavirus COVID19.

Le contrôle des maladies infectieuses, bactériennes ou virales, est possible en alliant :

- dépistage précoce sur la base de symptômes peu graves, au niveau des soins de première ligne ;
- isolement des malades ou porteurs sains (avec arrêt de travail immédiat), par rapport aux personnes non contaminées,
- recherche des sujets-contacts avec les malades eux-mêmes, principalement au niveau familial et professionnel, et dépistage systématique chez ces contacts ;
- mise en place d'une stratégie de traitement en fonction de la gravité, sachant que plus tôt se fait une prise en charge médicalisée après diagnostic, tenant compte de l'état du malade, de ses fragilités ou maladies chroniques antérieures, plus les chances de guérison sont réunies ;
- Vérification de la négativation par le test lui-même, complété par la recherche d'anticorps.
- Mise en place de protocoles de recherche opérationnelle, visant non seulement l'efficacité dépistage-traitement, mais l'efficacité globale de la stratégie mise en œuvre.

En France, les soins de première ligne sont assurés par les généralistes, quelque soit le mode d'exercice. Il est totalement incompréhensible que ces praticiens qui connaissent leurs patients et leurs antécédents médicaux, mais aussi les familles de ces derniers et leur activité professionnelle, aient été marginalisés dans la prise en charge de l'épidémie. Le monopole des tests est encore à ce jour hospitalier, c'est-à-dire loin des

⁴ A. Thébaud-Mony, *op. cit.*

lieux habituels de soins de première ligne. D'où l'engorgement des services hospitaliers et les refus de tests, qui représentent une forme de non-assistance à personne en danger.

Il en est de même en ce qui concerne le traitement. En phase épidémique, en parallèle de protocoles d'essais thérapeutiques visant à expérimenter de nouvelles molécules, l'administration sous contrôle médical de médicaments déjà connus est souhaitable, puisque les phases d'expérimentation du médicament ont déjà été accomplies.

En revanche, et sans entrer dans une mise en concurrence quelque peu absurde entre un médicament connu de très longue date et des molécules encore inconnues, un protocole rigoureux d'évaluation des résultats du traitement, de son efficacité, de ses échecs, est le moyen de contrôler non seulement l'efficacité intrinsèque du médicament par rapport à cette indication dans un traitement antiviral, seul ou en association avec un antibiotique, mais aussi l'efficacité du traitement. Celle-ci concerne alors les résultats du point de vue collectif : diminution du nombre de cas relevant de la réanimation, diminution de la charge virale, possibilité d'administration du médicament en première ligne en ambulatoire si le traitement peut être administrée dès les premiers symptômes, ce qui peut diminuer drastiquement le coût global de la prise en charge, et surtout participer positivement immédiatement à la décroissance de l'épidémie.

Pour une surveillance médicale particulière en santé au travail

Un des points noirs (parmi les autres !) de la stratégie choisie par le gouvernement est le fait de ne pas avoir instauré **le test obligatoire pour tous les travailleurs contraints de rompre le confinement pour aller travailler**, sachant qu'ils sont dans l'incertitude absolue de ce qui les menace. Les « gestes- barrières » ne sont pas suffisants pour garantir un niveau de sécurité effectif.

S'agissant d'un risque grave et mortel, le COVID-19 doit relever d'une surveillance médicale renforcée telle que définie dans le code du travail⁵, fondée sur la pratique systématique de tests de dépistage, permettant aux personnes de savoir si elles sont ou non contaminées. Si elles le sont, un arrêt de travail immédiat avec confinement doit être décidé, doublée d'une procédure d'accident du travail comme dans le cas du personnel soignant confrontée à une contamination HIV ou hépatite C. Tous les sujets contacts de cette personne doivent également bénéficier de tests de dépistage, ce qui est le moyen de rompre la chaîne de contamination. Un suivi médical des cas et des cas-témoins doit également être mené afin de surveiller les suites de la contamination.

Dans une perspective de santé publique, tous les cas et cas-témoins devraient être recensés, avec un enregistrement rigoureux de leur devenir. C'est alors que les statistiques établies prendraient un sens.

Alors que le gouvernement se targue d'être en « guerre » contre le virus, pourquoi la loi « d'urgence sanitaire » n'a-t-elle pas inscrit le coronavirus sur la liste des maladies ouvrant droit à une surveillance médicale renforcée dans le cadre de la santé au travail ? Sachant que des cas positifs mais a-symptomatiques sont ainsi laissés dans l'ignorance de leur propre contamination, pourquoi ne pas avoir instauré l'accès au dépistage systématique de tous les travailleurs contraints de travailler ? Et pourquoi

⁵ Code du travail art. [R. 4624-18](#)

avoir maintenu en fonctionnement des activités économiques non essentielles à la vie, ce qui retarde d'autant le moment où cette épidémie prendra fin.

En France, ce 30 mars 2020, à Vitrolle près d'Aix-en Provence, des salariés de Carrefour ont décidé d'exercer leur droit de retrait. Deux des leurs sont atteints : l'un du service sécurité est en réanimation, l'autre du rayon boucherie qui présentait des symptômes a été testé positive⁶. Malgré les demandes syndicales, la direction refuse de fermer les rayons non essentiels à la vie (électro-ménager, bricolage). Des cas étant survenus, tous les salariés de ce supermarché devraient avoir accès à un test de dépistage, ainsi que les clients qui le demandent, aux frais de Carrefour. Mais sur cela aussi, les ministres du travail et de la santé restent totalement muets.

Les conséquences de cette absence de stratégie de dépistage en milieu professionnel sont dramatiques sur le plan individuel, puisque déjà des décès de travailleurs atteints sont survenus ces dernières semaines. Mais elles le sont terriblement aussi au niveau collectif, puisque en n'ayant pas généralisé le dépistage en milieu de travail depuis le début de l'épidémie ni même de celui du confinement, le pouvoir empêche que les effets préventifs de ce dernier porte ses fruits en termes de réduction de la croissance de l'épidémie. Et cela constitue aussi une stratégie d'effacement des traces, puisque rien n'est recensé et, comme chacun sait, les morts ne parlent pas de ce qui les a tué. Seuls les vivants peuvent constituer une mémoire des victimes. Encore faut-il le vouloir!

En conclusion : un regard sur les expériences d'autres pays

Un simple regard sur quelques stratégies étrangères montre l'importance du dépistage dans la lutte contre la présente épidémie. En Islande, chaque personne qui le demande peut être immédiatement testée. En Australie, le test peut être prescrit par le médecin généraliste local ou par le service des urgences d'un hôpital. Il est effectué dans les laboratoires de santé publique de toute l'Australie et pas seulement à l'hôpital. Les Allemands ont pris cette maladie au sérieux dès le mois de décembre 2019. Ils ont procédé à des tests et ont consacré d'énormes ressources à la recherche des sources de propagation communautaire. Ceci, afin que la cause de chaque chaîne de contamination puisse être trouvée, et que ceux qui y sont liés de quelque manière que ce soit puissent être avertis, isolés, testés, soignés...

Dans la petite ville de Vo, dans le nord de l'Italie, l'une des communautés où l'épidémie est apparue pour la première fois, la totalité de la population de 3 300 personnes a été testée - 3 % des résidents ont été testés positifs, et parmi ceux-ci, la majorité n'avait aucun symptôme, ont déclaré les chercheurs. La population a été testée à nouveau après deux semaines de confinement et d'isolement. Les chercheurs ont constaté que la transmission avait été réduite de 90 % et que tous ceux qui étaient encore positifs étaient sans symptômes et devaient rester en quarantaine.

En France, malgré des offres de service de laboratoires publics, le gouvernement ne s'est toujours pas engagé sur la voie du dépistage. Selon Mediapart (29 mars 2020) : *« Les laboratoires publics de santé animales alertent depuis près de deux semaines le ministère de la santé sur leur capacité de produire en grand nombre des tests. Quatre présidents de départements sont montés au créneau »*. Pourquoi le pouvoir refuse-t-il ?

⁶ AFP, 30 mars 2020