

Les virus rôdent dans les rues sombres, la nuit...

Le 17 mars 2020, la France a décrété son premier confinement devant la Covid-19, faisant 4 512 morts sur une population de 66 millions d'habitants, dans un pays qui subit environ 180 000 décès par infections respiratoires tous les ans. Pas de quoi paniquer. Les statistiques de mortalité étaient-elles alarmantes ?



Bien au contraire, la saison grippale 2019-2020 s'avérait quasi-inexistante. Bref, il ne se passait rien et pourtant, obéissant à des injonctions mystérieuses autour d'un virus inconnu qui ne faisait aucun dégât apparent, la France comme bien d'autres appliqua un dispositif étranger à tous les spécialistes des maladies infectieuses : le confinement. Ce confinement a-t-il eu un impact sur la dangerosité de la COVID-19?



Observons la mortalité en France et en Suède, l'un des rares pays européens à avoir refusé de confiner sa population. On ne constate aucune différence significative de mortalité dans ces deux pays : sur l'année 2020, la Suède a souffert d'une mortalité de 9,43 ‰ et la France de 9,95 ‰. Globalement, même si la France a souffert de la plus mauvaise situation, la différence est minime.

En Suède 53 % des plus de 70 ans décédés officiellement de la COVID19 sont morts en maison de retraite et non à l'hôpital. La moitié des plus de 70 ans n'ont pas bénéficié d'une prise en charge hospitalière (1), ce qui tend à montrer que le facteur déterminant dans la maîtrise de la mortalité de la COVID-19 est la qualité de la prise en charge médicale. On peut raisonnablement penser que d'un point de vue sanitaire le confinement n'apporte aucun bénéfice. Mais est-il néfaste sur le plan sanitaire ?

Aaby et Leeuwenburg (2) étudient comment le virus de la rougeole frappe différemment les cas secondaires infectés à domicile et les cas primaires contaminés à l'extérieur. Les malades infectés chez eux ont trois fois plus de chances de mourir que ceux touchés à l'extérieur. Les auteurs attirent l'attention sur l'influence de l'intensité de l'exposition au pathogène sur sa létalité, plus importante en milieux confinés comme le sont les environnements domestiques.

La Covid-19 n'est bien sûr pas comparable à la rougeole ; mais ce travail met en évidence le rôle néfaste que pourrait avoir une stratégie de confinement sur une maladie virale.

Avec la rougeole, un confinement tel qu'appliqué en 2020 aurait provoqué une hécatombe. Le confinement n'est donc pas une démarche qui va de soi dans un contexte viral. Il semblerait tout de même que le SARS-CoV-2 se propagerait davantage au sein d'une population confinée.

C'est du moins la conclusion d'une grande étude séro-épidémiologique menée par le Ministère de la santé espagnol en collaboration avec l'Institut de santé Carlos III (3), les services de santé des communautés autonomes et l'Institut national des statistiques.

Des effets néfastes du confinement ont cependant été relevés par les autorités françaises. Le groupement d'intérêt scientifique EPIPHARE a été constitué fin 2018 par l'ANSM et la CNAM pour mener des études de pharmaco-épidémiologie à partir des données de santé. Il a publié plusieurs rapports concernant l'usage des médicaments durant l'épidémie de la COVID-19.

Les taux de contamination au SARS-CoV-2 ont été mesurés dans différentes catégories de population. Les contaminés ne tombaient pas forcément malades; mais tous ont croisé le virus (anticorps positifs). Les populations confinées ont été contaminées dans une proportion de 6,3%, tandis que les travailleurs l'ont été à 5,3%. La différence est significative ; elle montre que le SARS-CoV-2, à l'instar de la rougeole, est plus contagieux dans une population confinée.

Nous constatons a posteriori que le confinement des populations accroît la diffusion du virus SARS-CoV-2. Un article de Bendavid, Oh, Bhattacharya et Ioannidis, publié en janvier 2021 (4), étudie la pertinence des stratégies de confinement pour contrôler la diffusion de la Covid-19. Les auteurs comparent les politiques dans différents pays : l'Angleterre, la France, l'Allemagne, l'Iran, l'Italie, les Pays-Bas, l'Espagne, la Corée du Sud, la Suède et les États-Unis. Parmi ces pays, seuls la Corée du Sud et la Suède n'ont pas confiné. La conclusion de ce travail est que les stratégies de confinement n'ont semblé apporter aucun bénéfice dans la gestion sanitaire de la COVID-19.

Le rapport 4 du 5 octobre 2020 (5), couvrant la période de confinement du 16 mars au 10 mai 2020, résume la situation en ces termes : « *L'épidémie de Covid-19 avec toutes ses conséquences organisationnelles dans la filière de soins et sur la population en général a profondément déstabilisé la consommation de médicaments de ville en France.* » Cette étude confirme une forte diminution de la délivrance et de l'utilisation de produits qui nécessitent une administration par un professionnel de santé (à l'exception des anxiolytiques et antidépresseurs).

Cet effondrement de la consommation sur toute la période du confinement et après n'a pas fait l'objet d'un rattrapage. La vaccination accuse également un fort déficit six mois après le début du confinement. L'instauration de traitements à visée cardio-vasculaire et antidiabétiques pour les nouveaux malades a fortement diminué durant le confinement. Les conséquences de telles baisses ne se voient pas immédiatement mais elles se révéleront sans doute ultérieurement.

D'un point de vue épidémiologique, le confinement semble donc inutile. D'un point de vue politique, il répond aux angoisses des pouvoirs inquiets. Les techniques efficaces pour contrôler les maladies infectieuses sont toutes fondées sur la séparation des personnes saines des malades. Pour diluer le virus et non le concentrer, ce que font les méthodes agrégatives que sont le confinement et le couvre-feu. Le confinement concentre spatialement les personnes et le couvre-feu concentre temporellement l'activité. Dans les deux cas, ces démarches concentrent le virus par promiscuité. Elles répondent à un désir de contrôle politique des populations en soumettant les activités individuelles à l'autorité de l'État ; mais elles n'ont ni a priori, ni a posteriori un quelconque rapport avec la médecine.

Collectif Covid Médecins 974

Colcovmed974@gmail.com

Twitter : @Covid974

Ce 12 février 2021, Ile de La Réunion

[1] Socialstyrelsen, « Statistics on number of COVID-19 deaths », onglet «Place of death», lien sur le site du Socialstyrelsen.

[2] Aaby Peter, Leeuwenburg Johannis, « Patterns of Transmission and Severity of Measles Infection: A Reanalysis of Data from the Machakos Area, Kenya », *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 161, no. 2, 171–174 (février 1990), www.jstor.org/stable/30126070. Accessed 3 Feb. 2021. *Journal of the Royal Statistical Society Series B*, vol. 13 no. 2, 238–241 (mai 1951), <https://www.jstor.org/stable/30126070>.

[3] ENE-Covid, « Estudio ENE-Covid-19 : primera ronda », Estudio Nacional de seroEpidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España (ENE-Covid), rapport du premier tour (13 mai 2020), lien sur le site du Ministère de la Santé espagnol.

[4] Bendavid Eran, Oh Christopher, Bhattacharya Jay, Ioannidis John P. A., « Assessing mandatory stay-at-home and business closure effects on the spread of COVID-19 », *European Journal of Clinical Investigation* (5 janvier 2021), doi : 10.1111/eci.13484.

[5] EPIPHARE, « Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid19 – point de situation jusqu'au 13 septembre 2020 », rapport 4 (5 octobre 2020), lien sur le site d'EPIPHARE.