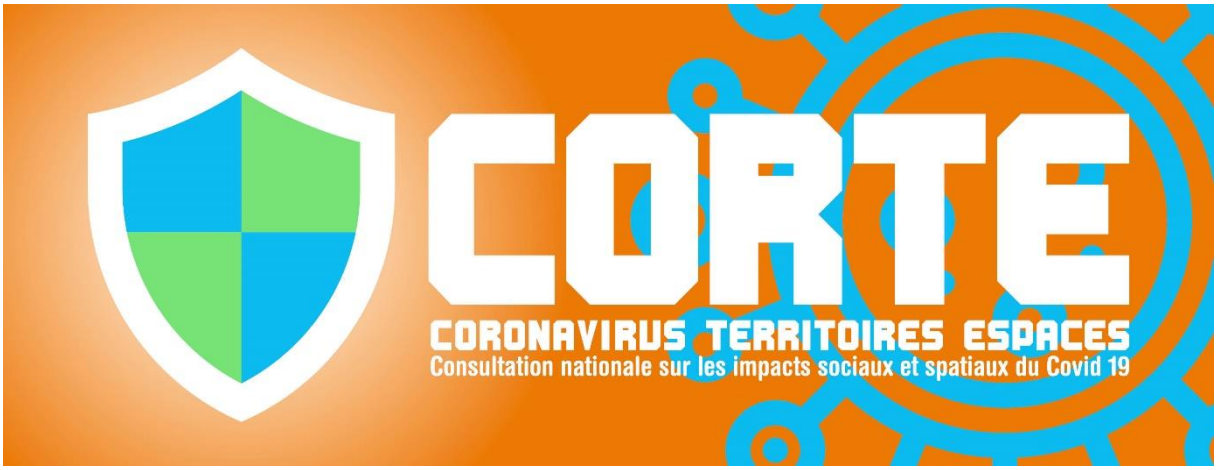


CHRONIQUE DE COVID-19
Une vision critique de la gestion de la pandémie

Antoine Bailly

Table des matières

INTRODUCTION	3
La médicométrie, une vision globale de la santé	
CHAPITRE 1 : DES ERREURS EN CASCADE	4
Les trois stratégies contre les épidémies	4
Erreur politique : le cas chinois	4
Erreur sociale et spatiale : le cas italien	4
Erreur politique et médicale : le cas de l'Iran	5
Erreur d'attentisme : le cas français	5
En Suisse, attentisme et économisme	5
Des gestions efficaces en Asie	6
Singapour : un système sanitaire modèle (rédigé le 4 et le 11 avril) et la deuxième vague	6
Taïwan, on en parle peu...	7
Un cas étonnant : le Japon	7
Un autre cas spécial : les Pays-Bas	7
La Biélorussie ou Bélarus : le nihilisme dictatorial	7
La Suède, des mesures dérisoires et tardives	8
La pandémie aux USA : de la négligence à la guerre perdue	8
Le monde après l'orage	8
Le rôle de l'OMS	9
CHAPITRE 2 : L'ÉCONOMISME EN PÉRIODE DE PANDÉMIE	11
Une préparation variable à la pandémie	11
La fin des jeux !	11
Les masques de protection et la mondialisation	11
Une chaine d'emplois mal rémunérés	12
Extraire la santé de l'économie libérale	12
CHAPITRE 3 : TRANSPARENCE ET INFORMATION	14
Covid-19, des fausses données... pour calmer la population	14
Le Québec et les stratégies pour les tests	14
Des chiffres en question ?	14
Une mine de "fake news"	15
Ischgl et les principes médicométriques : faut-il croire les autorités ?	15

L'Autriche : un confinement rapide et une reprise anticipée	16
Verbier, un nouvel Ischgl ?	16
Le carnaval, bon pour la diffusion	17
Le rôle de l'Etat	17
Centralisme ou fédéralisme pour lutter contre la pandémie	17
Evaluer les risques en Valais	18
CHAPITRE 4 : TEMPS ET ESPACE	20
Le temps de l'épidémie, le temps de la recherche	20
La grippe asiatique (1957)	20
Ces seniors qui ne comprennent rien !	20
Les homes pour personnes âgées : la double peine !	21
Le retour à la ruralité	21
Les croisières en rade	22
Une vie de confiné	22
Les leçons du confinement	23
La peur de manquer	24
CHAPITRE 5 : SORTIR DU CONFINEMENT	25
Ergoter sur la fin de la pandémie...	25
La vie ou l'économie	25
Une cacophonie de sortie de crise	25
Le retour des psy !	26
CHAPITRE 6 : LA MÉDICOMÉTRIE EN QUESTION	27
Présentation de la médicométrie	27
Définition de la médicométrie	27
Du concept de maladie à celui de santé	27
Pour une vision à long terme des objectifs de santé	28
Encart : Services de santé et développement régional	28
Les cinq principes de la médicométrie	28
Le risque en matière de santé	28
Encart : Le risque épidémiologique	29
Les limites de la sécurité	30
La modélisation spatio-temporelle du risque	31
Les arbitrages	32
Des objectifs pour le 21ème siècle	32
BIBLIOGRAPHIE	32

CHRONIQUE DE COVID-19
Une vision critique de la gestion de la pandémie

Antoine Bailly

INTRODUCTION

Ces chroniques de géographe de la santé sont des réactions, au jour le jour, face à l'évolution de la pandémie du Covid-19, aux succès et aux erreurs faites. Les prises de position sont celles d'un médicomètre qui, depuis les années 1980, se bat pour défendre une approche globale de la santé, intégrant bien sûr l'éthique médicale, les aspects d'efficience, mais ce qui est plus rare, les conséquences sociales et spatiales des décisions, et les replace dans un contexte temporel.
De nombreuses publications ont été faites dans le domaine, des recherches appliquées pour éviter des fermetures, dangereuses pour les régions périphériques, les "numerus clausus" alors que l'on prévoyait une chute dans l'encadrement médical, la concentration abusive des soins de haut niveau, le libéralisme ambiant qui pousse à tout monétariser. La pandémie, au-delà de la gravité de la situation, nous oblige à tirer les leçons de notre gestion passée et actuelle, c'est ce que proposent les textes qui suivent.

La médicométrie, une vision globale de la santé (rédigé début mars)

Dès les années 1980, la médicométrie proposait cinq principes pour une vision globale de la santé, intégrant l'éthique, l'économique, le temporel, le social et le spatial. Peu de chercheurs en ont tenu compte surtout pour les principes incorporant temps et espace. La pandémie rappelle l'utilité de ces éléments, en particulier la proximité sociale ou spatiale, l'urgence des mesures en jours et pas en semaines, et l'expérience des pandémies passées.
La médicométrie nous rappelle aussi que l'économique, pour la gestion hospitalière, ne se résume pas à des calculs de stocks et de lits ! Il faut aussi intégrer les flux et ne pas supprimer des lits dans les hôpitaux sans en mesurer l'impact général. Beaucoup de pays riches ne peuvent hospitaliser tous les cas sérieux de Covid-19 et faire de dépistages à grande échelle ! Pour les masques, les réactifs, le matériel, nous dépendons de pays extérieurs qui eux aussi en ont besoin...

La santé n'est pas un bien comme un autre. Pas plus que l'éducation, nous rappelait Kuznets, un prix Nobel dès les années 1970. Et ce n'est pas une marchandise, comme les tenants du libéralisme tendent à nous le faire croire... c'est un service public, non rentable directement. Beaucoup de pays ont restreint le nombre d'hôpitaux, de lits, de personnels, laissant au privé les juteux secteurs opératoires.

La pandémie montre la limite de cette pensée, surtout que les mêmes tenants de ce libéralisme appellent l'aide de l'Etat pour leurs entreprises, suite à la crise économique générée par la pandémie. Le rôle des Etats est remis à l'honneur, car la vie de nos sociétés développées dépend beaucoup des services publics, surtout en période de crise. Et il faut accepter que leur logique de fonctionnement ne soit pas la même que celle des entreprises privées... On tendait à l'oublier !

CHAPITRE 1 : DES ERREURS EN CASCADE

Depuis le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS, 2002-2003) ou le Middle East Respiratory Syndrome (MERS, 2012) la recherche sur les coronavirus aurait pu être poursuivie... tel n'a pas été le cas dans la plupart des pays, aucun d'entre eux n'ayant mis la priorité sur la lutte contre d'éventuelles pandémies virales, malgré d'autres infections, comme Ebola. Négligence qu'une partie du monde paie en 2020 !

Les trois stratégies contre les épidémies (rédigé le 1er avril)
Nous allons le voir, dans chaque pays, en fonction de la place de l'économique et de la santé dans les politiques nationales, en fonction de la culture, en fonction de la gravité de la situation, en fonction des régimes politiques, des mesures différentes sont prises. Plus ou moins rigoureuses, elles peuvent être classées en trois stratégies :
1. Testez, testez, testez, proposé par l'OMS, surtout depuis la déclaration du 11 mars sur la pandémie. Stratégie utilisée en Corée du Nord, en Chine, à Taïwan, à Singapour... Il s'agit de tester un maximum de personnes, d'isoler les cas positifs et de les mettre en quarantaine, et de faire une enquête (par les téléphones portables) sur leurs fréquentations, les 10 à 15 jours précédents, pour mettre également les contacts en quarantaine. L'efficacité est redoutable, mais coûteuse pour les enquêtes et porte atteinte à la vie privée (amendes sérieuses en cas de non respect, informations personnelles révélées). Par contre, l'économie peut continuer à fonctionner.
2. La contamination générale : immunisation "de troupeau". Cette solution est la plus simple, laisser le virus se répandre pour que toute la population soit touchée, puis immunisée. Stratégie utilisée en Bélarus, en Suède et en début de crise aux Etats-Unis et en Grande Bretagne. L'avantage est l'immunisation générale, donc pas de difficultés de sortie de crise, si plus de 60-70% de la population est touchée. L'inconvénient est lié au blocage des systèmes hospitaliers saturés et au nombre de décès élevé (1,3% de la population selon le Lancet, 8% de la population âgée pour le Covid-19, voir plus en cas de non-soins pour les plus fragiles : plus de 10% pour les plus âgés).
3. Le confinement total ou partiel. C'est la mesure la plus appliquée, en particulier lorsque la préparation à la pandémie a été oubliée ! Stratégie utilisée en Chine (en janvier), puis en Italie, Espagne, et enfin aux Etats-Unis, Grande Bretagne. En confinant des villes, des régions, des pays, les déplacements des populations sont limités, donc les contacts entre humains, surtout s'ils restent à la maison (et sortent uniquement pour des achats alimentaires et sanitaires). L'avantage est de réduire le pic de l'épidémie et de pouvoir soigner les cas graves dans des hôpitaux moins saturés. L'inconvénient est de bloquer tout vie, sociale et économique. Et de ne pas savoir la durée du confinement, ni même comment on en sortira, car partie de la population ne sera pas immunisée, en absence de vaccins.

Après ce résumé des mesures, voyons maintenant comment les pays agissent et réagissent.

Erreur politique : le cas chinois
Première erreur politique en Chine, le foyer initial : enfermer, critiquer les premiers médecins lanceurs d'alerte ! Leur faire avouer leurs erreurs comme au temps de l'inquisition en Europe... Certes, ils seront réhabilités, mais deux mois trop tard : dès le début décembre 2019, à Wuhan, des cas sont détectés et le marché aux poissons et fruits de mer (et autres animaux) ne sera fermé que le 31 décembre 2019 ! La censure se prolongera... avec l'arrestation en janvier de 8 médecins, dont le fameux Li Wenliang, décédé en février. On ne faisait que des radios pour la détection, non remboursées en cas de non-infection ! Résultat au 22 février : 77'000 cas et 240 morts !
Grave erreur politique. Mais en isolant plus tard 56 millions de personnes, le président Chinois montre sa fermeté et pourra se targuer d'une victoire en avril... alors que la diffusion aurait pu être matée à la source. L'arme majeure, le confinement, restait sa seule alternative, après les erreurs de départ, erreurs politiques pour éviter des critiques du régime... et le valoriser ensuite face à la population et au monde. Mais qui est dupe ?

Erreur sociale et spatiale : le cas italien (rédigé le 7 mars)
Codogno. Personne, hors de Lombardie, ne connaissait cette ville avant le 13 février : un premier patient, avec un syndrome respiratoire, un cadre de la firme Unilever qui avait partagé un repas avec

une personne rentrée de Chine et hospitalisée... Personne ne pense, avant le 19 février, au Covid-19. Et pour cause, il n'y avait pas officiellement de lien avec le foyer de Wuhan... sauf ce lien personnel. La diffusion sera rapide, dès le 22 février.
Erreur médicale et sociale car les chinois sont nombreux dans la région, puis spatiale car on oubliait la mondialisation, et les liens (immigration souvent illégale) Chine-Lombardie. Résultat : écoles fermées, puis confinement des communes, puis de la Lombardie... et de l'Italie le 7 mars 2020...
Le premier ministre, Conte, en prenant des mesures drastiques, voit sa popularité croître : "Restons à distance aujourd'hui, pour nous embrasser chaleureusement demain"... Et le confinement commence à faire effet vers le 19 mars à Codogno... plus tard ailleurs vu les erreurs, comme le match de foot à Milan en février, comme nous le verrons plus tard... Mais l'Italie est l'un des pays les plus touchés.

Erreur politique et médicale : le cas de l'Iran (rédigé le 27 mars)
Ce cas est plus simple. Un régime qui n'accepte pas la critique, comme en Chine. Qui possède un système médical peu adapté, et qui ne l'avoue pas. Un nombre de cas faibles puisqu'il n'y a pas de tests, jusqu'au jour où l'un des ministres est touché... et puis, un taux de mortalité élevé par rapport aux cas connus et validés, vu l'état du système hospitalier. Et une pandémie qui va durer jusqu'à ce que le confinement donne des résultats. Trop tard, pas de prévention, un régime aveugle ! Et des conséquences lourdes pour le pays, avec un taux de mortalité le plus élevé du monde, par rapport aux cas testés ! Et on accuse le Grand Satan de la contamination !

Erreur d'attentisme : le cas français (rédigé le 17 mars)
Attentisme ou alarmisme... la Chine est loin, l'économie est à privilégier face à un virus lointain. N'annulons pas un match de football, Lyon-Juventus le 26 février, quand le gouvernement italien interdit certaines rencontres en Italie... N'annulons pas une rencontre évangélique à 2000 personnes à Mulhouse, ou chacun aime son frère ou sa soeur comme dans une secte en Corée, foyer premier de l'infection de ce pays. Et les contaminations explosent dans le Haut-Rhin dès le 7 mars.
Pas à pas, sont fermées écoles et crèches... et les grands parents gardent leurs petits enfants ! Avec une explosion des cas dans l'Oise, en Alsace...

Il ne faut pas annuler les élections municipales, alors pas de mesure véritable avant le discours du président Macron du 13 mars, un vendredi. On endigue, mais pas de fermeture des bars, restaurants... avant le dimanche 15, jour d'élections maintenues. L'Italie l'avait fait le 7 mars ! Et les cas électoraux positifs seront nombreux !
Le confinement, même si le président ne prononce pas ce terme, ne sera annoncé que le 16 mars, pour répondre à l'urgence (doublement des cas tous les 3 jours), après les mesures de fermeture des lieux non essentiels... La France n'est pas prête et ses hôpitaux seront saturés dans les régions contaminées... la crise va durer.

En Suisse, attentisme et économisme (rédigé le 27 mars)
Le 15 mars, 800 cas de plus en l'espace d'un jour en Suisse. Premier cas de Covid-19 confirmé, le 24 février. Et en 3 semaines 2300 cas positifs alors qu'on ne fait pas de dépistage systématique (pourquoi ? Nous le saurons plus tard). Et en station, en Valais, pas de remontées mécaniques, mais bars, restaurants, terrasses restent ouverts ! Par contre, le Tessin ferme tous les restaurants, magasins, à partir de minuit le 14 mars ! Fédéralisme et non cohérence dans les décisions ! Si on en appelle à la solidarité entre générations, au moins faudrait-il des décisions communes...
Ce sera fait le 16 mars, par une déclaration d'état d'urgence du Conseil fédéral. Les règles seront enfin presque identiques dans tous les cantons, mais pas de confinement. Par contre, 8000 militaires seront appelés en soutien sanitaire et de contrôle. Mais toujours pas de dépistage systématique... le meilleur moyen de contrôler la diffusion selon l'OMS malgré quelques essais cantonaux.

Nous sommes les meilleurs, notre système de santé est performant... prudence proverbiale. Même quand l'Italie, le 1er mars, décide le confinement spatial d'abord de la Lombardie, et des provinces voisines. Bien des Italiens en résidence secondaire restent dans les stations de ski, grands parents et jeunes enfants en tête ; et les frontaliers continuent de passer la frontière pour servir l'économie et la

santé. Il faudra 7 jours pour que le Tessin et les Grisons ne soient plus la cour de récréation des Lombards !

Pour le Conseiller d'Etat vaudois Philippe Leuba, le Conseil fédéral, avec ses faibles mesures avant le 13 mars, allait trop loin. Il fallait privilégier l'économie, thème classique chez les libéraux, qui ne voient pas que la diffusion et la durée de la pandémie coûtera cher à l'économie. Laisser les frontières ouvertes, les salles de culture à 1000 personnes, alors que les conséquences de la réunion évangélique de 2000 personnes à Mulhouse commençaient à contribuer à diffuser le virus même en Suisse !
Le représentant du gouvernement fédéral, Daniel Koch, à l'apparence sinistre, après avoir évité toute mesure rapide (car nos hôpitaux sont prêts, disait-il), annonce "la vague est maintenant arrivée" ! C'était pourtant à lui de prévoir, en sachant comment Singapour ou la Corée avaient, à l'amont, bloqué la pandémie... il ne disait pas que nous avions des pénuries...

Certes, les mesures prises le 13 mars sont sérieuses, mais tardives ! La phase 1 "endiguement", isolement des patients Covid-19, aurait dû être maintenue, pour suivre tous les malades et leurs contacts. La Corée et Singapour l'ont fait, la Suisse préfère renoncer "au diagnostic à grande échelle" (par manque de réactifs, nous annonce-t-on le 18 mars), et au suivi-traçabilité des cas. On préfère parler de phase 2 "protection des fragiles", vieux, malades et soignants, ce qui est nécessaire, mais pas suffisant... et seulement en phase 3 de parler de mesures générales sur le territoire... en laissant une marge de manoeuvre aux cantons, fédéralisme oblige ! Comme si dans une réunion à 50 on ne risquait pas la contagion ! L'Italie a fait de la mobilité contrôlée, du confinement, une arme contre la pandémie, dès début mars. Il faudra attendre 2-3 semaines pour en évaluer les résultats. Pour la Suisse, cette première semaine de laxisme en mars laissera des traces pour la gestion du système de soins et l'économie. On le constate le 27 mars avec 197 décès, 1390 nouveaux cas en 24 heures et 12'161 cas confirmés... ce qui veut dire que 12% des 97'000 tests sont positifs ! Là encore le confinement va durer, étant trop léger...

Des gestions efficaces en Asie (rédigé le 24 mars)
Plusieurs pays asiatiques, au premier front face à la pandémie, Hong-Kong, Corée du Sud, Singapour... ont développé des stratégies rapides et efficaces durant la croissance rapide du nombre des patients. Sans doute le confucianisme et l'expérience des épidémies récentes (MERS 2012) ont-ils facilité la préparation et le contrôle systématique des populations : dépistage rapide même en voiture. Jusqu'à 25000 par jour en Corée, qui avait tardé à interdire des rassemblements religieux. Suivi systématique des cas positifs et de leur entourage, avec mise en quarantaine de tous. Dans ces cas les tests médicaux ont été renforcés par l'utilisation de logiciels spatiaux (géolocalisation) et d'amendes graves en cas de non-respect du confinement, pour réduire la pandémie en trois semaines, sans arrêter toute la vie du pays. L'utilisation des moyens de géolocalisation pour suivre les patients et leur entourage, même si elle touche à la vie personnelle, est le moyen le plus efficace pour bloquer la pandémie.

Pourquoi ne l'avoir pas fait en Europe et en Amérique ? Difficile à expliquer, sinon par manque d'anticipation, en particulier pour les tests, les réanimateurs, et les lits d'hôpitaux aigus et l'utilisation des possibilités du numérique. Même si les foyers, au moment initial, étaient plus aisés à localiser en Corée, constatons l'absence de préparation de plusieurs pays européens et au caractère lent des processus décisionnels. Les pays asiatiques, depuis le SRAS et le MERS, ont préparé des mesures modernes pour bloquer les diffusions de pathologies, ce que le reste du monde n'a pas fait !

Singapour : un système sanitaire modèle (rédigé le 4 et le 11 avril) et la deuxième vague
Nous l'avons vu, Singapour est dans les pays exemplaires : tests systématiques, isolement des cas positifs et de leurs contacts, politique stricte de quarantaine. Et toutes les rares arrivées à l'aéroport de Changi sont mises en quarantaine, la frontière fermée. A Singapour, le premier ministre affirme le 14 mars "je me sens plus en sécurité que partout ailleurs". Il est vrai que début avril 2020, il n'y avait que 1100 cas et 6 décès, dont 540 importés, grâce à la fermeture des frontières et le contrôle strict du port.

Pourtant, à partir du 5 avril, les résidents doivent collecter des masques réutilisables. Les écoles obligatoires ferment le 3 avril, comme une série de bureaux, de lieux de contact (restaurants, cafés, attractions, musées...), à partir du 7 avril jusqu'au 4 mai.
Le port sera presque fermé (sauf les activités maritimes qui assurent le flux de biens). Pourquoi ce durcissement ? Car le nombre de cas indigènes commence à croître début avril et, à Singapour, on prend des mesures immédiates, car le pays anticipe deux cycles d'incubation, il applique donc un confinement partiel, dont la fermeture des lieux de travail. Le problème de la deuxième vague est ainsi posé. Même avec des mesures strictes, il ne faut pas baisser la garde.

Taïwan, on en parle peu... (rédigé le 10 avril)
Taïwan ne fait pas partie de l'OMS et peu de médias en parlent. Et pourtant c'est le premier pays à avoir pris des mesures contre la diffusion du Covid-19. A l'écoute de l'opposition chinoise, le gouvernement a pris au sérieux les messages alarmants des médecins de Wuhan et dès le 1er janvier 2020 tous les passagers entrant dans l'île étaient contrôlés et une politique unifiée mise en place : prévenir, dépister, isoler les cas positifs et leurs contacts et fabriquer les kits de dépistage, les masques etc... Rappelons que Taïwan n'est qu'à 130 km de la Chine et que vu le nombre de touristes chinois, le pays était au premier rang de la pandémie.
Le résultat est à la hauteur puisqu'en avril 2020, il n'y avait que 44 cas, mais 1 seul décès, avec des données transparentes et une politique constante. Il faut ajouter que depuis l'épidémie du SRAS en 2003 qui avait entrainé 37 décès, les risques de pandémie sont considérés majeurs sur l'île à l'égal des cyclones et des tremblements de terre. Il y a donc prévention et anticipation.

Un cas étonnant : le Japon (rédigé le 6 avril)
Après l'immobilisation désastreuse du Diamond Princess Cruise à Yokohama, où les 3711 passagers ont dû rester à bord 14 jours en février 2020, générant 696 infections, le Japon se trouve dans une situation plus favorable que les pays européens : 644 cas le 15 mars. Pourquoi ? Par son caractère insulaire et la protection des frontières (Chine, Corée et Iran), mais aussi par des habitudes sociales et culturelles favorisant une certaine distance entre les personnes, par le port habituel de masques, par des habitudes de propreté. La courbette japonaise serait-elle efficace contre la pandémie ? Il est plus facile d'éviter les contacts physiques au Japon que dans les pays latins... mais cela serait-il suffisant, même dans une île ? Là encore, l'espace, la distance devient un élément essentiel pour limiter la diffusion, renforcée par les méthodes modernes de suivi des patients.
Mais le 5 avril, il a quand même fallu avoir recours à un confinement léger pour éviter la diffusion de plusieurs foyers. Les consignes sont respectées et la deuxième vague devrait être maitrisée.

Un autre cas spécial : les Pays-Bas (rédigé le 24 mars)
Les Pays-Bas choisissent une tout autre voie, celle de "l"immunité collective" et refusent le confinement. Selon les autorités de ce pays, le 16 mars, le premier ministre Mark Rutte, il faut qu'un maximum de personnes développent naturellement des anticorps du Covid-19. Et combien de décès par cette stratégie ? Cela n'est pas évoqué. Pour éviter le pic de saturation, le pays ferme quand même écoles, cafés, maisons closes... et bloque tout rassemblement de plus de 100 personnes jusq'au 1er juin. A la frontière avec la Belgique, qui elle, confine la population, le passage est interdit ! On découvre ainsi que l'ex-Benelux n'existe plus. Et que chaque pays de l'Union Européenne prend ses propres mesures...

La Biélorussie ou Bélarus : le nihilisme dictatorial (rédigé le 29 mars)
En Bélarus la vie continue en mars 2020. Dans ce pays de 9,5 millions d'habitants, aux portes de l'Union Européenne, cafés, restaurants sont ouverts, même le championnat de foot se poursuit. Le président (dictateur) Alexandre Loukachenko, parle de "psychose", affirmant que la panique est plus dangereuse que le virus. Il encourage les habitants à continuer de travailler... car le "tracteur guérit tout le monde" ; avec le sauna et la vodka !
Seules petites précautions, des prises de température à l'entrée des stades, des gants pour les supporters et une demande aux plus de 65 ans de rester chez eux. Mais les opposants (rares) parlent d'économies sur les pensions de retraite... et de crise économique si les tracteurs ne se vendent plus !

La Suède, des mesures dérisoires et tardives (rédigé le 6 avril)
La Suède ne copie pas les autres pays européens. Il a fallu attendre le 18 mars pour la fermeture des universités et lycées. Mais crèches et enseignement primaire restent ouverts. On encourage le télétravail mais pas de confinement. Bars, restaurants, parcs pour enfants sont ouverts, comme les stations de ski. Le pays raisonne en termes d'immunité collective (dite de "troupeau") pour que plus de la moitié de la population attrape le virus, protégeant l'autre moitié. Il faut ajouter que le pays est le moins bien équipé en lits d'hôpitaux en Europe (2,2 pour 1000, 3 fois moins qu'en France) et en équipements médicaux
Résultat au 3 avril, sur 5568 infections officielles, la mortalité est de 308, mais de 477 le 6 avril et 770 le 10 avril, pour un pays de 10,3 millions d'habitants. Alors que le Danemark voisin (avec 187 décès le 6 avril) va lever ses restrictions le 15 avril, comme la Norvège qui a la moitié de la population et dix fois moins de décès. Mais depuis début avril la Suède doit limiter les rassemblements et déconseiller les sorties aux plus de 70 ans, c'est un début de confinement tardif, qui va retarder la reprise...

La pandémie aux USA : de la négligence à la guerre perdue (rédigé le 31 mars 2020)
Aux USA, le premier cas confirmé le 20 janvier 2020 est dans l'ouest, Etat de Washington, lors du retour d'un homme de 35 ans de Wuhan. Ce qui permet au président Trump d'affirmer sur CNBC, deux jours plus tard, que "tout est sous contrôle". Et ce n'est que le 29 février, malgré des conseils de son administration "Act now to prevent an american epidemic", que le président décide de lancer la fabrication de tests et de préparer l'Amérique à la pandémie.

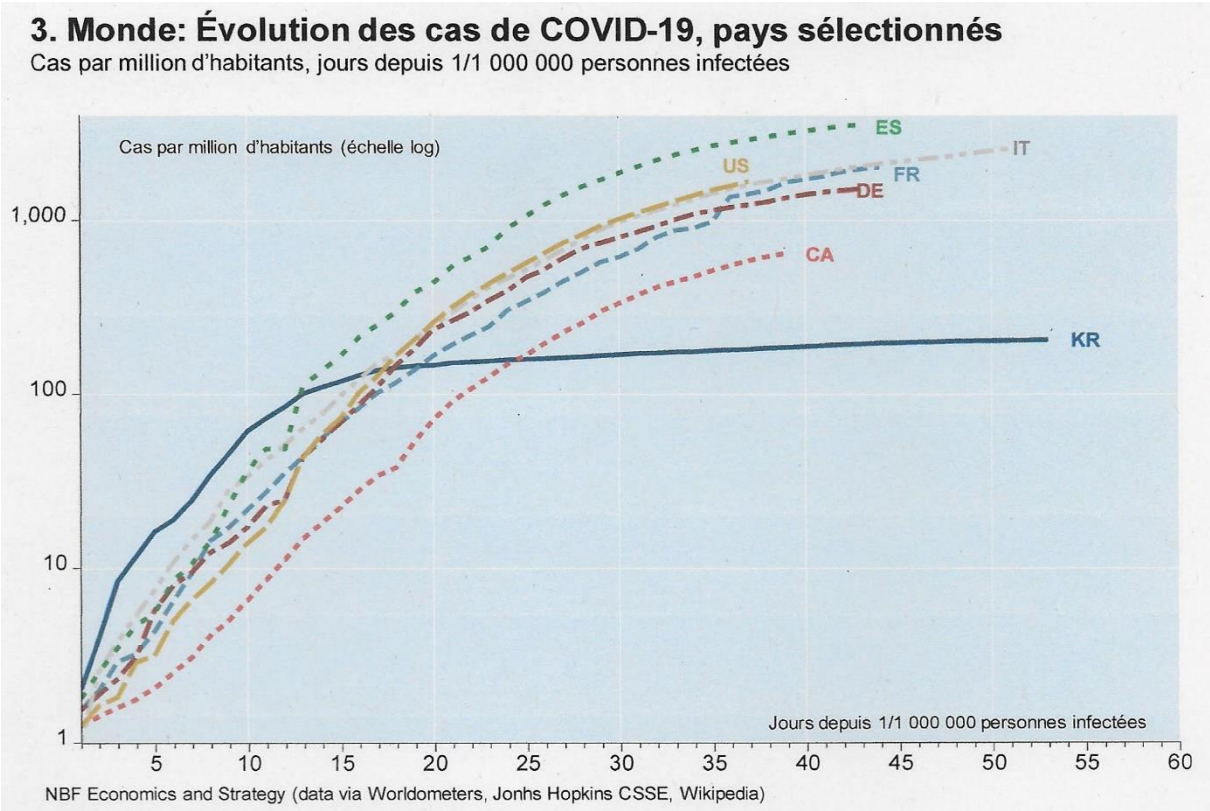
Six semaines perdues ! Pour des raisons économiques, l'administration préférait laisser le pays travailler... Fin mars, 163'000 cas officiels et 3000 décès ; des chiffres qui ne font qu'augmenter. Un fiasco aux proportions incroyables, écrit Ron Klain qui a supervisé la lutte contre Ebola. Pour la présidence, il suffirait d'interdire les voyages vers l'Asie et l'Europe, faisant de l'Amérique une île. Mais le virus est là, et il n'y a pas assez de tests disponibles, le système hospitalier n'est pas prêt en lits, ventilateurs, dans les aires les plus touchées, New York, le Maryland, la Louisiane et la Californie. Et des Etats, comme l'Arizona, gardent golfs et restaurants ouverts, même si le 29 janvier le président s'était déclaré comme un "président de guerre", et nommait le vice-président Mike Pearce comme coordinateur de la lutte contre le virus. La FEMA (Federal Emergency Agency) est dirigée par le gendre de Trump, Jared Kushner, qui n'est pas un épidémiologiste. Le 30 janvier (jour de déclaration de l'urgence mondiale par l'OMS) Trump déclare "nous n'avons que 5 cas. Tout va bien se passer".

Résultat, fin mars, l'administration Trump doit envoyer d'urgence 400 ventilateurs à New York... selon le gouverneur, il en faudrait 30'000 ! Des hôpitaux sont installés. Mais la diffusion s'élargit dans presque tout le pays, même si New-York, le Maryland et la Louisiane sont les pus touchés. L'épicentre de la pandémie devient l'Amérique du Nord, pour avoir négligé la préparation et avec un système de santé peu social.

Le monde après l'orage (rédigé le 5 avril)
Entre la fin du confinement, promis par les politiques dès début avril, comme la cloche de l'école avant la récréation, et la promesse de jours meilleurs. Les stars de la voyance, journalistes, médecins, ... de tous bords, annoncent la bonne nouvelle pour "bientôt", même s'ils n'avaient pas vu l'arrivée de la vague.
Y aura-t-il la fin du désordre libéral, et plus d'éthique et de solidarité à la sortie ? Plus jamais ça, préparons l'après... ce fut déjà dit en 1919-1920 après la grippe espagnole. Déjà les néolibéraux fourbissent leurs armes pour la remise en marche de la machine économique ; grâce à notre société libérale nous pouvons reprendre la vie de nos entreprises, et donner de l'emploi... Et aux Etats-Unis, le 5 avril, Trump veut une reprise rapide du sport professionnel : "ce sera plutôt tôt que tard". On ne sait pas ce qu'en pense son conseiller en santé, Anthony Fauci, qui lui est un vrai épidémiologiste... mais a peu droit à la parole.
Les troupes libérales se préparent avant le fameux "plateau" de la pandémie. Avec un plan sanitaire, mais l'économie d'abord ! Le Centre d'Etudes Conjoncturelles (KOF) de l'ETH Zurich prévoit début avril que les entreprises surendettées n'investiront pas à l'avenir... L'Etat devrait prendre en charge partie des loyers ou des intérêts de leurs dettes. "Tout ce que nous ne faisons pas maintenant coûtera

plus cher plus tard". Mais n'est-ce pas retourner à la situation ancienne, alors que des changements fondamentaux sont nécessaires ?
Priorité 1 : Selon nous, une première priorité sera la revalorisation des métiers de base, dans tous les secteurs clefs indispensables à la vie quotidienne, alimentation, soins, transports, communication, vente, artisanat... Pourquoi ne pas le faire par une meilleure répartition des salaires, en limitant ceux des chefs d'entreprise, des "bullshit jobs", et des stars-sportifs de haut niveau, et en taxant fort les revenus du capital (actions, dividendes).
Priorité 2 : Il faut profiter ensuite de la faiblesse des actions et obligations pour que l'Etat puisse investir, et contrôler, certains secteurs clefs, les transports, la santé, la poste, la fabrication de biens (médicaments, masques, machines sanitaires) et d'aliments. Toutes les compagnies aériennes, par exemple, vont demander de l'aide : l'Etat peut acquérir des actions de ces compagnies, pour les aider à redécoller, mais aussi pour les contrôler. Il en va de même pour les compagnies de chemin de fer, et pour de grandes entreprises qui jouent un rôle majeur dans les économies nationales (énergie, alimentation, information et communications). Une participation à l'actionnariat est un moyen de contrôle, hors des politiques libérales mondialisées.
Priorité 3 : La santé et l'éducation sont des secteurs clefs de la vie dans les pays développés ; l'Etat doit conserver son monopole de gestion, non pas seulement au niveau obligatoire de l'éducation, mais aussi aux niveaux universitaires pour former assez de soignants, de professeurs, d'ingénieurs, d'enseignants. Investir pour le futur dans ces secteurs est le garant de la qualité de vie de demain.
Priorité 4 : Au vu des faiblesses de la mondialisation, du chacun pour soi, une série de biens et de services doivent être fabriqués dans chaque pays, en cas de crise (sanitaire, risques naturels, risques technologiques...). Stocks alimentaires, de pétrole, mais aussi de médicaments, de machines pour soigner, pour communiquer, pour transporter...
On le constate, les aides seront nécessaires pour sortir de la crise, mais il faut bien les diriger, pour que les Etats puissent disposer d'une bonne autonomie en cas de crise et ne pas se quereller pour recevoir des biens et services de base.

Le rôle de l'OMS (rédigé le 2 avril 2020)
L'OMS (WHO en anglais) a-t-elle été à la hauteur lors des débuts de la crise ? Le débat est ouvert, surtout depuis que le Directeur général, le Dr Tedros Adhanom Ghelreyerus a déclaré le 11 mars 2020 l'état de la "pandémie".
Nous nous trouvons en pleine géopolitique. Pour fonctionner, l'OMS a besoin des données par pays (194 Etats membres), mais certains pays ne communiquent pas ou sont lents à le faire. Et les Etats membres financent à 51% le budget de l'OMS ! Par exemple la Chine n'a donné ses indications qu'avec retard, et pour cause, les autorités centrales n'avaient pas reconnu, en janvier, l'état de crise à Wuhan. Mais le Directeur général, un Ethiopien, qui avait été élu avec les voix chinoises, n'a émis des critiques (légères) que fin mars. Un mélange de politique et de santé mondiale, en contradiction !
D'autres Etats critiquent l'OMS (par exemple les Etats-Unis qui sont le premier contributeur, devant le Royaume Uni et le Japon), dont le discours est "testez, testez, testez..". ce qu'ils ne sont pas en mesure de faire par manque de prévention ou d'investissement dans les infrastructures de santé. Le Directeur général ajoute "le Covid-19 révèle combien sont fragiles nombre de services et de systèmes de santé", illustrant une incapacité à faire appliquer le slogan. Il pousse timidement les membres du G20, réunis le 23 mars, à "faire tout ce qu'il faudra pour venir à bout de la pandémie"... Voeux assez pieux.
La pandémie est mondiale, le virus n'a pas de frontière. Or nous vivons encore au 19ème siècle, avec des gouvernances sanitaires étatiques, inadaptées à la mondialisation et aux nouvelles pathologies qui se répandent, comme on le constate avec le H1N1, Ebola, ou le Covid-19. Mais les organisations mondiales ne peuvent pas donner de décisions contraignantes, ce sont de grands principes... respectés ou non. Souvent des partenaires privés (Fondation B. et M. Gates ; contributeurs majeurs du budget de l'OMS) sont plus actifs que les Etats. Est-ce la solution ? Pour nous, une vraie gouvernance mondiale, à une époque de mobilité planétaire, est devenue indispensable : une géopolitique de la santé-monde.



Source : FBN – Economie et Stratégie (Banque Nationale du Canada)

11. Monde: Cas confirmés de COVID-19, pays sélectionnés

Nombre de nouveaux cas quotidiens par million d'habitants, moyenne mobile 7 jours

	2020-02-09	2020-02-16	2020-02-23	2020-03-01	2020-03-08	2020-03-15	2020-03-22	2020-03-29	2020-04-05	2020-04-12
Belgique	0.01	0.00	0.00	0.01	2.44	8.46	31.00	91.64	109.15	122.72
Espagne	0.00	0.00	0.00	0.25	1.80	21.77	64.07	156.87	157.47	107.51
États-Unis	0.00	0.00	0.01	0.02	0.20	1.28	12.99	47.08	84.13	94.34
France	0.01	0.00	0.00	0.26	2.18	9.41	23.20	52.90	115.33	87.05
Royaume-Uni	0.00	0.01	0.00	0.06	0.50	2.35	9.03	29.12	59.52	76.75
Portugal	0.00	0.00	0.00	0.00	0.42	3.01	18.98	61.09	74.45	74.33
Suisse	0.00	0.00	0.00	0.45	5.18	31.15	88.18	122.98	104.85	72.15
Pays-Bas	0.00	0.00	0.00	0.08	2.14	7.31	25.79	55.98	58.70	65.01
Italie	0.00	0.00	0.36	3.63	13.42	41.03	81.23	91.05	73.83	64.75
Turquie	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	2.08	13.52	30.24	50.62
Suède	0.00	0.00	0.00	0.18	2.62	11.34	12.63	24.46	43.36	50.60
Allemagne	0.01	0.00	0.00	0.19	1.55	8.11	32.56	63.52	64.89	47.32
Israel	0.00	0.00	0.02	0.15	0.84	2.51	11.06	55.52	69.04	44.81
Canada	0.02	0.00	0.01	0.05	0.16	0.88	3.91	16.69	32.65	34.27
Autriche	0.00	0.00	0.00	0.22	1.43	12.00	43.21	82.63	51.79	30.06
Finlande	0.00	0.00	0.00	0.13	0.44	5.70	9.85	15.83	17.71	26.99
Norvège	0.00	0.00	0.00	0.50	4.14	27.54	30.67	50.04	36.97	22.08
Brésil	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.10	0.93	1.82	4.62	7.43
Japon	0.01	0.03	0.09	0.12	0.24	0.37	0.31	0.72	1.63	4.07
Corée du Sud	0.03	0.01	1.60	8.73	9.97	2.36	2.05	1.91	1.82	0.77
Chine	2.26	3.37	0.86	0.27	0.09	0.01	0.02	0.04	0.02	0.05

FBN Économie et Stratégie (données de https://coronavirus.jhu.edu/map.html, Worldometers, Wikipedia)

Source : FBN – Economie et Stratégie (Banque Nationale du Canada)

CHAPITRE 2 : L'ÉCONOMISME EN PÉRIODE DE PANDÉMIE

Une préparation variable à la pandémie (rédigé le 25 mars)

Qui s'est préparé à la pandémie du Covid-19 ? Les pays touchés par le SRAS, le MERS... et diverses pandémies virales : la Corée, Taïwan et même Singapour. Recherche sur les virus, stockage de matériel de détection et de traitement, préparation de structures hospitalières, mise en place de mesures de suivi spatial des patients (géolocalisation)... Des pays qui anticipent, comme le conseille la médicométrie, en mettant en valeur les critères temps et espace.

Mais dans les pays à idéologie libérale, on préférait parler de coûts de la santé, de réduction des lits hospitaliers, de fermeture des hôpitaux régionaux. Quant à stocker des masques ou autres protections non rentables, c'eût été une aberration malgré des simulations de pandémie, comme en Suisse, en 2014. Résultat, la France manque de masques, l'Italie de respirateurs, la Suisse de réactifs (fabriqués en partie aux USA). Et la concurrence se renforce par des protectionnismes nationalistes et la recherche du profit (masques vendus à 3 euros !).

L'idéologie libérale s'avère incapable de répondre aux besoins de la santé, préférant les secteurs rentables, et n'étant pas intéressée par le long terme, la couverture médicale régionale. Le profit et la valeur des actions ne sont pas dans les critères de la médicométrie, ce sont l'éthique et la solidarité ; le social pour que tous les cas soient traités ; le temps long de l'histoire (souvenez-vous encore de la poliomyélite après-guerre, d'Ebola maintenant, et de la grippe espagnole après la première guerre mondiale) ; et l'espace (des régions, nations) pour que les besoins puissent être couverts localement.

Les premières leçons de la pandémie montrent que les pays bien préparés n'ont pas eu à confiner leurs habitants dans un premier temps et que l'économie a pu se maintenir... Quand les économistes libéraux qui gèrent nos hôpitaux et nos ministres comprendront-ils que la santé n'est pas un bien comme un autre ?

La fin des jeux ! (rédigé le 25 mars)

"Du pain et des jeux" disait-on chez les Romains, des jeux et de la bière pourrait-on dire actuellement, au point que les manifestations sportives sont devenues un enjeu économique majeur, avec de plus en plus d'argent en cause : nouveaux stades, contrats de télévision, fédérations richissimes, salaires et cachets indécents des stars et des dirigeants.

L'arrivée de la pandémie bouleverse ce monde de l'argent et des loisirs, même si les gouvernements ont tardé à arrêter les regroupements de foules : match Lyon-Juventus le 26 février, devant un stade plein, et 3000 supporters du Piémont, région déjà touchée par la pandémie ; match Atalanta Bergame-Valence, avec 10'000 supporters espagnols, qui vont ramener le virus en Espagne, et la ville de Bergame qui va avoir le plus haut taux italien de cas et de décès.

Personne ne conteste le rôle du match Bergame-Valence, au stade San Siro de Milan, le 14 février, dans l'explosion du nombre de cas en Lombardie et en Espagne. La menace était jugée lointaine, mais le virus était déjà sur place (premier décès italien le 21 février près de Padoue" et sera transmis en Espagne...

Il faudra presqu'un mois pour que les fédérations décident de l'annulation de l'Euro de foot et que d'autres, comme le CIO, décident le report des Jeux Olympiques au Japon (ce qui coûterait 2.6 milliards de francs selon les organisateurs). Les enjeux financiers sont lourds : payer des salaires énormes pour les stars sans revenus des chaînes de télévision, sans le public qui achète ses tickets et les boissons du stade ! La pandémie génère la crise du monde sportif professionnel... serait-ce un moyen pour revenir à une conception du sport pour tous, non pas le sport spectacle, le sport canapé, mais les sport comme activité.

Les masques de protection et la mondialisation (rédigé le 20 mars)

La pénurie de masques de protection (et d'autres moyens de lutte contre le COVID-19) pose, à nombre de pays occidentaux, la question des stocks stratégiques, des faiblesses de la mondialisation et du "just in time" : en économie libérale, les stocks ont un coût, et pour gagner 23 centimes par masque, il vaut mieux les faire venir de pays à main d'oeuvre bon marché.

Le résultat en Europe... pénurie de masques et soignants, travailleurs sans protection. Les gouvernants n'avaient pas renouvelé les stocks... datant souvent de la période H1N1. Peu d'usines nationales pour produire des masques à échelle suffisante, au point, ce qui est touchant et rappelle la deuxième guerre

mondiale, que des petites entreprises ou même des tricoteuses, créent des masques ! Jolis, mais peu efficaces.
Egoïsmes nationaux, chacun garde ses masques, ou s'ils transitent par un pays tiers, ne les livrent pas. Ainsi l'Allemagne bloque-t-elle des arrivages de Chine, destinés à la Suisse... Chacun garde ses réactifs, ses machines à ventiler. La solidarité n'existe plus, sauf pour la Chine qui peut montrer au monde sa maîtrise de la pandémie et la reprise de ses productions en mars.
Les limites de la mondialisation sont atteintes et celles de l'économie des flux, comme celles de l'économie libérale en matière de santé. Il faudra en tirer les leçons, et réapprendre à faire des stocks stratégiques, pas seulement de pétrole et d'aliments de base, mais aussi de produits de santé. Il faudra aussi relancer la production de ces biens dans tous les pays. Ce n'est pas du protectionnisme, mais gouverner c'est prévoir, ce que nos autorités occidentales ont souvent oublié. Ainsi pourrait-on être solidaire de ceux qui sont dans le besoin.

Une chaine d'emplois mal rémunérés (rédigé le 30 mars)
Dans l'ouvrage "Pour une santé de qualité en Suisse"[1] nous écrivions, pour réfléchir à une politique sanitaire globale et durable, penser le système "c'est être organisé face aux pathologies émergentes ou encore inconnues (...), c'est anticiper" (p. 19). Et nous proposions de "réorganiser le fonctionnement du système de santé pour mieux le gérer en tenant compte de ses effets induits" (p. 20). Le réorganiser d'abord en revalorisant les professions de santé, des soignants aux nettoyeurs, transporteurs, cuisiniers, ambulanciers...
Avec la crise liée à la pandémie, nous nous rendons compte que la plupart de ceux qui sont au front sont les mal rémunérés de la société, des infirmiers aux personnels d'accueil. Et ce faisant, on constate que ceux qui travaillent encore pendant le confinement, éboueurs, chauffeurs, agriculteurs, artisans, employés de supermarchés, tous ceux que le sociologue Rémy Oudghiri appelle "la république des invisibles", sont aussi souvent les plus mal payés. Par contre, on trouve en télétravail tous ce que les américains qualifient de "bullshit jobs", intermédiaires bien rémunérés. La crise révélatrice des inégalités ! Le système de santé ne peut pas tourner sans un ensemble d'activités, non valorisées depuis plus de 50 ans..., on ne parlait que de tertiarisation, d'innovations techniques, d'intelligence artificielle. Il faut revenir sur terre, sans nier les impacts du progrès... il faut surtout nourrir la population, cultiver, transporter, nettoyer, vendre... une chaine d'activités. On avait oublié que pour soigner, il fallait vivre en société.
S'en souviendra-t-on après le pic de la crise ? Espérons que les autorités le comprennent "pour un développement durable de la filière santé qui considère le secteur économique et social comme un réel investissement" (p. 143).

Extraire la santé de l'économie libérale
Une première leçon à tirer de la pré-gestion et de la gestion de la pandémie : on ne peut considérer la santé comme un bien comme un autre. Après cette expérience malheureuse, cette absence de stocks de médicaments, de réactifs, de machines, voire dans certains pays de lits d'hospitalisation, peut-on laisser l'économie libérale gérer la santé ?
Rien n'empêche les Etats qui le souhaitent de rester dans une économie libérale, fondée sur l'offre et la demande, pour les produits qui ne sont pas de première nécessité... pour beaucoup c'est un choix démocratique. Mais certains secteurs de biens et services doivent en être exclus... ce n'est pas nouveau : l'alimentation est-elle totalement régulée par l'offre et la demande ? Non, car nombre de pays se préoccupent d'autosuffisance alimentaire, de garantir des ressources et distribuent des aides aux producteurs agricoles, même au niveau de la PAC en Europe. L'armée, qui représente en général entre 2 et 4% du PIB, n'est pas plus que la police dans cette logique libérale, même si certains pays commencent à faire appel à des entreprises militaires, sortes de barbouzes et de vigiles, pour limiter leurs dépenses ! L'éducation, dans de nombreux pays, au niveau obligatoire, reste le fait des gouvernements locaux ou nationaux ; même si les universités de pays comme les USA ou la Grande Bretagne sont en concurrence, il reste à l'éducation une vocation citoyenne.
Et la santé ? Elle fut longtemps le fait des églises, puis des corporations... avec la révolution sanitaire du XIXème siècle, les Etats ont construit et géré les hôpitaux, mais le privé s'est introduit dans les

[1] Bailly A., Bernhardt M., Gabella M., *Pour une santé de qualité en Suisse*, Paris, Economica, 2003

secteurs les plus rentables, laissant aux Etats la formation dans les hôpitaux universitaires et la gestion des cas graves, peu susceptibles de rapporter ! Il est temps de dire que la santé n'a pas à être rentable ! C'est un domaine où l'on doit former, soigner, investir. En résumé la santé n'est pas un coût, mais un investissement.

CHAPITRE 3 : TRANSPARENCE ET INFORMATION

COVID-19, des fausses données... pour calmer la population (rédigé le 20 mars)
4840 cas positifs, annonce l'Office Fédéral de la Santé Publique suisse le 19 mars... dont 664 en cours d'analyse. Que signifient ces chiffres ? Peu de choses, sauf un accroissement de 1000 cas depuis le 18 mars ! Mais ce ne sont que les cas testés, et peu de patients, ayant le COVID-19 le sont, sauf au-delà de 65 ans avec de multiples pathologies, ou des cas à risques, ou... des cas de personnes connues, riches, politiciens, sportifs.
Ce sont les mêmes passe-droits dans tous les pays occidentaux, où les tests sont rares, faute de réactifs et de prévention. Aux USA, lorsque les joueurs de la NBA se font tester, alors que l'américain moyen ne le peut pas, D. Trump répond "c'est la vie" ! Lui a pu être testé... comme la plupart des stars et autres sportifs de haut niveau. Il faut payer (plus de 300 USD pour un test privé), c'est le caractère sélectif des tests. Pas d'égalité des chances et où est la solidarité ? Alors quid du nombre de cas en Suisse, où l'on ne fait qu'environ 2000 tests par jour ? Selon certains analystes, par exemple le géographe P. Dessemontet, il y aurait déjà 10'000 cas début mars, non testés...
Quelle est donc l'image globale ? La courbe épidémique des cas testés positifs est claire pour l'évolution de la pandémie, pas pour le nombre de personnes infectées. Selon mon évaluation (par analogie aux politiques et sportifs infectés), le chiffre devrait être, avec les cas asymptomatiques, de plus de 25'000 à la mi-mars, par analogie aux groupes testés.
On est loin du laisser-aller prévu en Grande Bretagne, où sans mesure, près de 60% de la population devrait être contaminée pour arrêter l'épidémie (avec une probabilité de 260'000 décès selon les épidémiologistes). Les mesures sont utiles pour freiner la diffusion, mais les chiffres ne reflètent pas l'ampleur de la contamination.
Ce qui nous pousse à reparler du passeport santé qui aurait dû être informatisé de longue date. On l'évoquait dans les années 1990 ! Une carte santé informatique, sécurisée permettrait de mieux suivre les patients, leur nombre et de planifier les suites de la pandémie...

Le Québec et les stratégies pour les tests (rédigé le 24 mars)
Un cas statistique particulier ? Jusqu'au mardi 24 mars, les mesures prises au Québec montraient que les efforts des autorités (fermeture de toutes les activités non essentielles, confinement) avaient pour conséquence une pandémie moindre que dans les autres provinces canadiennes... Alors que se passe-t-il le 25 mars ? Le gouvernement québécois annonce que 28'000 personnes ont été testées (3,3 tests pour 1000 habitants). En comparaison, l'Alberta en fait 8 pour 1000 habitants... Et ces tests révèlent 4.8 % de positivité au Québec, 1,2 % en Alberta. Les mesures prises sont-elles peu efficaces ? Fausse conclusion, ce n'est pas que les Québécois soient plus touchés, mais parce qu'au Québec les tests sont réservés aux personnes à risque (âgés, et surtout de retour de voyage).

Par manque de capacité, comme dans nombre de pays européens, la stratégie a été de cibler les cas à risque de propagation ; les statistiques des cas positifs varient donc, suivant les échantillons testés... ce qui explique près de 30% de cas testés positifs à Verbier, station la plus touchée en Suisse par les travailleurs mobiles et les résidents secondaires. Et au Québec 60% des cas positifs sont liés aux retours de voyage !

Nous n'avons pas ces données fiables en Europe, dommage car elles seules permettent, par échantillon de la population, d'évaluer l'ampleur de la contagion. En Corée et à Singapour, les tests systématiques, suivis d'une analyse des fréquentations et de la géolocalisation des personnes mises en quarantaine avec des amendes conséquentes en cas de non-respect (2000 USD), ont permis de réduire la pandémie. Par pénurie de tests, le Québec a fait une partie du chemin. Reste à généraliser les tests par catégorie de risques et à prendre des mesures que permettent notre société connectée de contrôler la diffusion du Covid-19... ce sera fait plus tard, sans doute... trop tard pour certains !

Des chiffres en question ? (rédigé le 31 mars)
Fin mars, des comparaisons entre pays deviennent-elles possibles ? Certains épidémiologistes s'interrogent sur le cas chinois : avec une population confinée de plus de 60 millions d'habitants et 80'000 cas, il n'y aurait eu que 253 décès, alors qu'en Italie on note au 31 mars 11'500 décès pour

98'000 cas avérés, et en Espagne 7340 décès ! Dans le monde, le rapport est de 33'000 décès pour 700'000 cas fin mars.
Les chiffres crédibles seraient de dix fois supérieurs... que les Chinois commencent à connaître via l'utilisation des urnes funéraires... 35'000 urnes distribuées aux 7 crématoriums de Wuhan ! Le Qing Min, fête des morts où les Chinois vont déposer les cendres des défunts dans les tombes de famille, aura lieu le 5 avril 2020. La réalité dépasse les chiffres officiels... et tous les pays sont dans ce cas, tant que l'on n'a pas d'idée précise sur le pourcentage de population infectée, par des tests systématiques, et le véritable nombre de décès liés au virus (hôpitaux, maisons pour personnes âgées, domicile...).

Une mine de "fake news" (rédigé le 24 mars)
Tous les scandales, toutes les crises font l'objet, depuis quelques années, de "fake news". Cela est devenu une mode pour certains, profitant de la liberté des réseaux sociaux et de la crédulité d'un certain public ! Le Covid-19 ne fait pas exception.
En janvier, quand le virus était en Chine, l'idée d'une contamination volontaire par le Grand Satan américain était dans l'air... reprise en février-mars en Iran. La contamination aurait été le fait d'une équipe sportive des USA, en Chine, à Wuhan précisément. En remontant l'historique de la pandémie, bien apparue en Chine dans la région de Wuhan, cela n'a pas beaucoup de sens.
Alors passons au complot des pays occidentaux et des caisses de retraite qui ne peuvent plus faire face à des populations de plus en plus âgées. Sur fond de réforme des retraites, abandonnées dans tous les pays depuis le début de l'épidémie, serait-ce crédible ? A condition de disposer d'un arsenal de produits bactériologiques... et de pouvoir les diffuser. Un peu court comme raisonnement, car les caisses de pension s'effondrent suite à la crise économique générée par la pandémie. On peut aller jusqu'à la malédiction du Pharaon et à la fin du monde !
Mais ces "fake news" proposent aussi de prévenir, de guérir... en consommant de l'ail, du fenouil, du panais, du gin en abondance, en absorbant une cuillère de phosphate de chloroquine, suite aux conseils du président Trump qui a trouvé le médicament miracle ! On croit rêver... mais déjà un décès par absorption de cette nivaquine et de ses conséquences cardiaques. Même le sucre pourrait être bénéfique, et la cocaïne aussi ! C'est du "n'importe quoi" ; mais on en parle... croyances loufoques, montrant l'imaginaire créé par la crise.

Ischgl et les principes médicométriques : faut-il croire les autorités ? (rédigé le 17 mars)
Petite histoire spatiale de Covid-19, qui tourne malheureusement mal. Dans la station de ski aux pistes réputées du Tyrol autrichien, Ischgl, existent beaucoup de bars après-ski, où les consommateurs se tassent l'après-midi dans une ambiance musicale et alcoolisée. Au bar Kirzloch, un des tenanciers allemand a été testé positif au Covid-19 le 15/02... mais il continue à travailler dans cette bonne ambiance, étant asymptomatique... jusqu'à ce que lors d'un vol retour des skieurs, de Munich à Keflavik (Islande), après le trajet en bus d'Ischgl à Munich, le 29.02, 14 membres d'un groupe soient testés positifs par le contrôle sanitaire islandais. Les autorités locales en informent l'Autriche et le Tyrol, mais Ischgl rejette la responsabilité sur un voyageur italien, aussi testé positif, et le directeur de la santé du Tyrol, Franz Katzgraben, affirme que la contamination est "improbable". Le bar ne fermera que le 7/03 et il faudra attendre le 14 mars pour que le ministre de la santé autrichien accepte la responsabilité de la diffusion... et la négligence. Un peu tard car 32 tyroliens de l'entourage du barman sont testés positifs et 491 personnes provenant d'Autriche sur 1198 sont comptabilisées positives en Norvège, et sur 156 cas de Covid-19 au Danemark, 60 viennent d'Ischgl. Un exemple de diffusion spatiale

Dans l'un des premiers colloques de médicométrie, nous posions quatre principes pour comprendre les pandémies[2] :
P1 : Interdépendance spatiale, basée sur la mobilité spatiale des hommes, "la diffusion d'épidémies" est un exemple classique : "ce n'est pas le virus qui circule mais les gens".
P2 : Asymétrie des relations, en fonction des dotations en facteurs pathogènes. Des lieux sont plus touchés, d'autres moins. Inégalités aussi des équipements.

[2] Bailly A., Périat M., *Médicométrie régionale*, Paris, Anthropos,1984.

P3 : Des phénomènes localisés dans un espace donné doivent être expliqués par des facteurs causals localisés dans d'autres espaces... de la Chine au monde dans notre pandémie, ou d'Ischgl en Islande !
P4 : La diffusion spatiale est un principe médicométrique de base... diffusion par les personnes en proximité spatiale. Mais il faut comprendre les calculs exponentiels et non linéaires pour comprendre la diffusion, ce que les politiques ignorent !

A partir de ces principes, il est possible de prévoir la diffusion des pandémies, même en cas de rejet de la responsabilité par certaines autorités qui ont privilégié l'économie touristique à la santé de la population. Un tel aveuglement est classique, aux Etats-Unis avec les premières réactions de Donald Trump, parlant d'une situation banale et qu'il fallait "se détendre", de Boris Johnson préférant laisser la pandémie se développer pour ne pas mettre en cause le fonctionnement économique, tout comme le conseiller d'Etat Vaudois P. Leuba, décriant les premières mesures du Conseil fédéral mi-mars.
Bien des autorités en Europe ont minimisé la diffusion et n'ont pas établi de probabilités à partir de ces principes... et n'ont pas anticipé la pandémie. Cela coûte cher au système de santé, en pertes de vie, et cela coûtera encore plus cher à l'économie.
Et qui ira encore à Ischgl en 2021 ? Pour relancer la station il faudra recréer une image positive sur fond d'égoïsme touristique. Prévoir pour mieux traiter rapidement, tel est le message de la médicométrie.

L'Autriche : un confinement rapide et une reprise anticipée (rédigé le 6 avril)
Après le désastre d'Ischgl, puis un "cluster" de cas au Tyrol et leur diffusion européenne fin février, non reconnue par les autorités dans un premier temps, l'Autriche a pris des mesures rapides. Comme les premiers cas de contamination venaient d'Italie, la frontière a été fermée, sauf pour les voyageurs pouvant présenter un certificat médical attestant un test négatif pour le Covid-19 et dès le 26 mars toutes les frontières terrestres ont été contrôlées le 15 mars... les stations de ski ont fermé et un confinement strict prévu. Le Paznauntal, Sankt Anton et Heiligenblut ont été mis en quarantaine (qui n'est levée que le mardi 7 avril).
Les résultats étant efficaces (220 morts et 12'000 infections pour 9 millions d'habitants) l'Autriche sort de crise dès le 14 avril : petits magasins, commerces de jardinage et bricolage ouverts. Il est prévu une seconde ouverture le 1er mai (sauf la restauration – hôtellerie). Mais le port du masque est obligatoire en public... ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays européens...
Le gouvernement a été l'un des premiers en Europe à décréter le confinement, il est le premier à vouloir retourner progressivement à la normalité. Avec 110'000 tests réalisés, le pays voit plus clair que d'autres en Europe... Était-il mieux préparé, après l'erreur des premiers "clusters" ?

Verbier, un nouvel Ischgl ? (rédigé le 24 mars)
Verbier, comme Ischgl, est une station de ski réputée, qui attire des skieurs de toute l'Europe, Grande-Bretagne et Italie en tête, sans oublier les citadins suisses aisés. Le week-end du 14-15 mars, c'est encore la fête sur les terrasses, avec le temps printanier splendide. Mais le 20 mars les médecins du nouveau centre médical de Sembrancher, dans le Val de Bagnes où se trouve la station, tirent la sonnette d'alarme : 60 cas positifs et ce n'est que la pointe de l'iceberg. D'où leur demande pour un confinement de la station, voire du Val de Bagne, car plus de 30% de la population semble touchée ! Réponse négative du Conseil d'Etat valaisan, qui est informé dès le vendredi, passant la balle au gouvernement fédéral. Nous n'avons pas le droit de prendre de telles mesures. Et le lundi, l'Office Fédéral de la Santé annonce (sic), "Isoler un foyer épidémique n'est pas une solution pour limiter la propagation..." Quelqu'un au niveau fédéral a-t-il fait des recherches sur la diffusion ? C'est toujours à partir d'un foyer, d'un nid, qu'une pathologie, ou tout autre information se met à circuler !
Et à Verbier, tout circule. Les travailleurs qui, sur les chantiers, peuvent se contaminer, et qui logent souvent dans une grande promiscuité. Les résidents secondaires, Lombards, Piémontais, qui ne seraient pas autorisés en Italie à se rendre dans ces stations ; en Valais ils le peuvent et échappent ainsi au confinement. Les résidents secondaires Genevois et Confédérés qui sont venus en masse faire la fête dans des chalets bondés... et se mettre à l'abri... Un faux abri car il y a officiellement plus de 500 cas positifs en Valais à cette date !
A nouveau des retards, des passe-droits sociaux et des demi-mesures. Les médecins qui sont au front ne sont pas écoutés... c'est encore plus grave.

Le carnaval, bon pour la diffusion (rédigé le 28 mars)
Il n'y a pas que les matchs de foot pour créer des foyers de diffusion du Covid-19. Nous avons déjà évoqué les rencontres de sectes religieuses en Corée, premier centre de la pandémie dans ce pays, et des évangélistes à Mulhouse, foyer de la diffusion en Alsace – Grand-Est – Franche-Comté et ailleurs, de la Suisse au Canada. Parlons maintenant des mouvements de foule simples, comme un carnaval ou un enterrement.

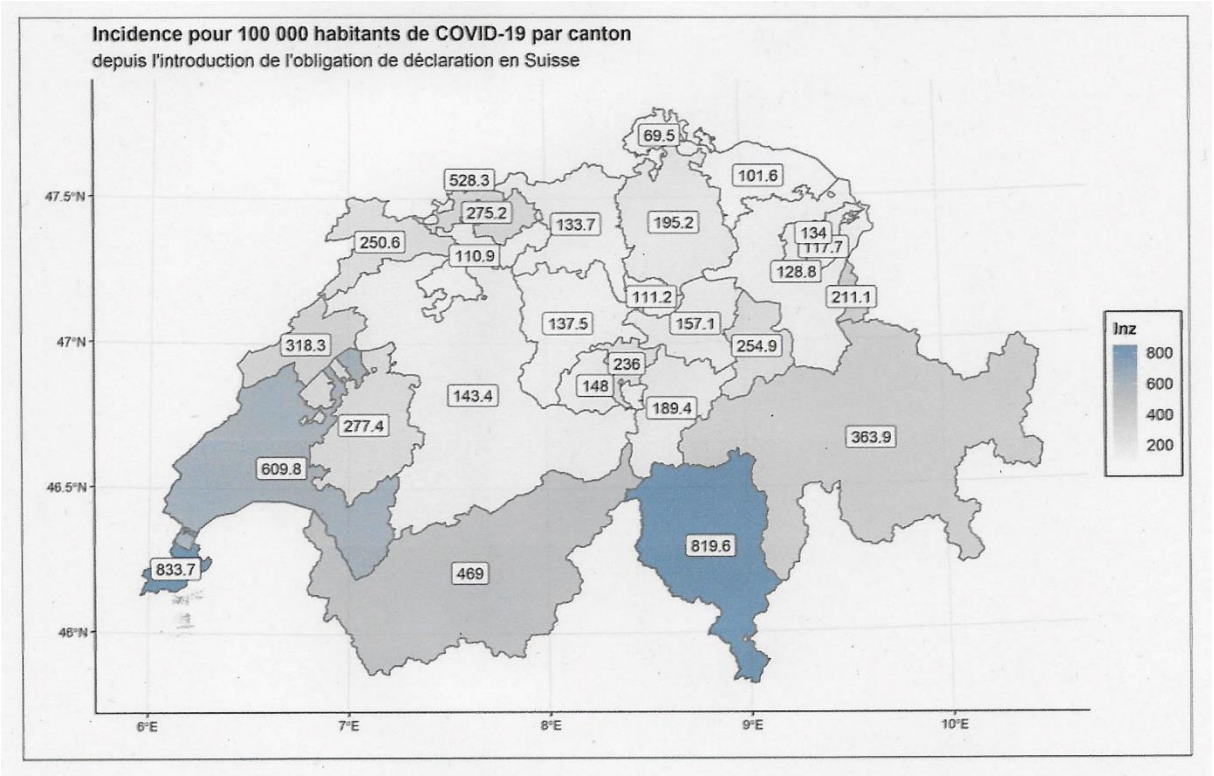
Pour un enterrement en Valais, à Savièse, il est normal de rendre hommage au défunt... combien de contemporains vont assister en mars, de leur foyer ou maison ? Le résultat est là, le 27 mars. 4 décès dans la maison pour personnes âgées de Savièse, et plusieurs dans les environs... et la pandémie s'étend à d'autres EMS du Valais.
Mais pour sourire, parlons du carnaval, ces fêtes de fin d'hiver où chacun se libère des contraintes sociales... Pas de chance, le carnaval de la Nouvelle Orléans est à son pic le 25 février. Boissons échangées, partage de colliers et... de virus, retrouvailles chaudes ! Premier cas déclaré le 9 mars et 7 jours après une centaine de cas positifs... et 235 cas positifs et 83 morts en Louisiane au 27 mars, un mois après. Le Covid-19, grâce aux rassemblements populaires, ou de "people" (voir le cas de la Grande Bretagne, Prince Charles, Premier Ministre, Ministre de la santé touchés) va vite, très vite.

Le rôle de l'Etat (rédigé le 25 mars)
En période de crise, l'Etat, au sens Etat Nation, reprend ses droits. Il suffit de se souvenir de la crise de 1929 et des politiques keynesiennes, de la deuxième guerre mondiale et de l'après-guerre avec la naissance de l'Etat social, et même de la crise des "subprimes" en 2009, qui avait entrainé un appui étatique au monde bancaire. Mais depuis les années 1980, l'occident démocratique s'était accoutumé au libéralisme et à la mondialisation. En libéralisant autoroutes, aéroports, universités, hôpitaux... Seules les puissances comme la Russie et la Chine proposaient un autre modèle autocratique, mais teinté de libéralisme : les Etats sont actionnaires des grandes entreprises mondialisées.

Dans chaque pays, depuis mars 2020, les mesures de contrainte sont devenues strictes, les dirigeants tiennent des discours de guerre. Certains utilisent le numérique, la géolocalisation pour contrôler la population. Ces mesures sont-elles contraires à la démocratie, s'interrogent-on ?
Dans les pays fédéraux, c'est la cacophonie : aux USA, seul 30% des habitants sont en confinement au 22 mars, surtout New York et la Californie. D'autres états, comme l'Arizona, laissent leurs golfs ouverts ! L'exemple coréen et chinois, d'autorité centrale, est donné en contre-exemple... La conception du rôle de l'Etat est questionnée, même si population et entreprises s'accordent sur la nécessité d'aides financières, tous partis confondus : 4'000 milliards de dollars prévus aux USA, soit un cinquième de la richesse annuelle produite par l'économie américaine. Finie l'austérité et les 3% de déficit budgétaire autorisé en Union Européenne, les banques centrales achètent les obligations d'Etat et font tourner la planche à billet... pour relancer l'économie, alors que la pandémie n'est pas arrêtée fin mars. Pour des raisons politiques chaque gouvernement montre sa force... et la Chine et Cuba envoient médecins et matériel en Italie... Un bon coup de publicité pour ces régimes.
Que restera-t-il à l'issue de la pandémie ? Des nationalisations, comme pour les compagnies aériennes, les aéroports, les industries de base ? Une idée que l'on ne concevait plus depuis l'ère Thatcher... Va-t-on replanifier l'économie et l'aménagement du territoire ? Il le faudra, sans doute.

Centralisme ou fédéralisme pour lutter contre la pandémie (rédigé le 31 mars 2020)
Le contrôle du gouvernement chinois sur la pandémie est mis en valeur, après les mesures sur Wuhan et sa région ; les autorités chinoises, très directives, montrent que l'autoritarisme permet le contrôle de la crise, et la reprise de l'économie ! Est-ce l'exemple à suivre ? La Corée du Sud a utilisé une autre méthode que le confinement : tester systématiquement, isoler les cas positifs et leurs contacts, les mettre en quarantaine. Grâce à la géolocalisation, ce contrôle par le haut est possible et l'économie peut continuer à fonctionner.
Et le fédéralisme dans ces processus ? Beaucoup parlent de cacophonie à propos du Canada, de l'Allemagne, de la Suisse. Le fédéralisme signifie que chaque région, land, canton peut prendre, en partie, des mesures sanitaires pour tenir compte de l'évolution de l'infection et de la culture de la population. Ainsi en Suisse, certains cantons, proches de l'Italie, ont pu opter pour des mesures

anticipées et plus rigoureuses que celles Conseil fédéral. Cela semble étrange aux tenants du centralisme, mais cela permet un confinement partiel et non total... une différence pour la population. Ajoutons que dans les systèmes fédéraux, les provinces, cantons etc., étant responsables de la santé, ont conservé plus d'infrastructures de santé que les Etats centralisés qui calculent sur des bases statistiques et économiques nationales les dépenses de santé et le nombre de lits. On ne peut dans un Etat fédéral mécontenter la population locale ! Et fermer un hôpital est difficile. Résultat la densité d'hôpitaux et de lits, nettement plus élevés en Suisse et en Allemagne qu'en France ou en Suède, ce qui profite aux patients gravement atteints du Grand Est, envoyés à Stuttgart, Bâle ou Bonn ! Certes, il y a un coût, mais cet investissement dans le tissu local n'est-il pas utile, comme le prouve la pandémie ? Les hôpitaux régionaux restent des infrastructures indispensables même si l'on ne fait pas de la médecine de pointe. Des personnels formés, des lits, des équipements sont disponibles, en cas de crise.



Source : Office fédéral de la santé publique, 14 avril 2020

Evaluer les risques en Valais (rédigé le 4 mars)

La pandémie, qui ne nous surprend pas, est l'occasion de rechercher ce qui a été fait en matière de prévention des risques. Nous l'avions évoqué en médicométrie en citant Kates[3] qui travaille sur la variété des risques naturels et technologiques, en les classant en fonction de leur contrôle possible, avec 4 grands types de comportement : la négation du risque, l'acceptation passive, la volonté de prendre des mesures et la fuite. La pandémie actuelle montre que nos autorités ont évolué de la négation à la volonté de mesures, souvent tardives. Il en va de même pour la population, en ajoutant la fuite de celles qui ont quitté les villes dès la phase de confinement, Parisiens en province, Milanais en Valais, populations aisées aux Caraïbes en jets privés...

Comme dans tous les Etats, des études appliquées ont été menées, par exemple dans le canton du Valais, qui subit régulièrement avalanches, inondations, éboulements. Le rapport de l'Observatoire Cantonal des Risques (OICR) classe en ordre d'importance : la coupure de l'électricité, le tremblement de terre et depuis le cas du H1N1 le risque de pandémie... ce qui permet de mobiliser 350 membres de la protection civile en mars 2020, mais cela n'a pas permis de stocker médicaments et équipements supplémentaires. Les hôpitaux ont pu se préparer à la pandémie, au vu de ce qui se passait en

[3] Kates R., Natural Hazards in Human Ecology, Natural Hazard Working Paper, No 14, Toronto, 1970.

Lombardie, en Vénétie, et prendre des mesures, alors que la politique cantonale était de rationaliser (supprimer parfois des lits, des sites d'urgence). En réalité, les politiques n'envisagent pas le risque de pandémie, pas plus que celui de tremblement de terre, pourtant probable... avec des dégâts et des morts en cas d'occurrence. Nos sociétés n'aiment pas investir pour un risque incertain.

CHAPITRE 4 : TEMPS ET ESPACE

Le temps de l'épidémie, le temps de la recherche (rédigé le 27 mars)
Nous sommes à peine au milieu de la pandémie en Europe, à ses débuts aux Etats-Unis, et déjà on entend "sortir l'économie de la crise".
C'est vrai que le confinement généralisé a provoqué un ralentissement économique et une crise boursière... il fallait y penser avant la pandémie, car des Etats, comme Singapour, la Corée, Taïwan, n'ont pas stoppé leur économie et ont utilisé d'abord les armes de l'innovation numérique. Et le Japon continue à produire, sans confinement majeur.
Quand on entend certains dirigeants mettant la priorité à la reprise économique, et non à la santé, on peut s'interroger sur les limites d'une civilisation qui privilégie la croissance à la vie. Le temps de l'épidémie nous est donné par l'exemple chinois : 2 mois de confinement strict et une période de transition longue et progressive, avant une reprise ordonnée.

Le temps de la recherche, d'un médicament ou d'un traitement, est aussi long, très long, car il faut tester, vérifier, pour ne pas faire plus de dégâts que le virus. Quant à celui du vaccin, c'est en années qu'il se compte.
Mais aux USA, et dans plusieurs pays, les élections sont proches et l'on ne peut se présenter avec un bilan économique catastrophique. Il fallait anticiper la pandémie, ce qui n'est pas le fort des autorités qui ont fondé leur gestion sur les équilibres budgétaires, sur les coupures en santé et en éducation...
Il faut maintenant faire des stocks, lancer des productions de médicaments, de machines, aider les hôpitaux et le personnel soignant. C'est la première priorité. Ensuite, faire vivre les populations touchées par la crise, aides personnelles et aux entreprises, là encore hors économie libérale. Ensuite les votations montreront ce que les populations souhaitent. Vivre comme avant ou préparer une société nouvelle.

La grippe asiatique (1957) (rédigé le 4 avril)
Qui s'en souvient ? La mémoire des sociétés est courte...
Partie du Yunnan et de Guizhai en Chine fin 1956, la grippe asiatique s'étend à Singapour en février 1957, Hong-Kong en avril, et elle va tuer plus de 2 millions de personnes et infecter 20% de la population mondiale. C'est en septembre qu'elle touche l'Europe occidentale. En Valais, collèges (avec dortoirs comme à Saint-Maurice), casernes (comme à Brigue) deviennent les pôles de la contagion. Mais contrairement au Covid-19, les personnes âgées de plus de 70 ans étaient immunisées par la grippe de 1919. Ce sont les jeunes, les cardiaques, les femmes en fin de grossesse qui sont les plus touchés.
C'est dans les années 1950 qu'a été développé un réseau mondial de surveillance et le rôle de l'OMS s'est renforcé. Mais tient-on compte des recommandations de l'OMS dans certains pays en 2020 ?
La grippe espagnole fut plus dramatique, car personne n'était immunisé contre le H1N1. Apparue aux Etats-Unis, au Kansas début 1918, elle fut baptisée espagnole, le seul pays non en guerre à donner à cette époque des informations sur la pandémie. Mais il y avait eu des cas avant, en 1916 en France, sur des soldats indochinois. C'est en 1918 que la pandémie déferle sur le monde : importée par les troupes américaines venues aider les armées alliées, elle atteint toute l'Europe occidentale en octobre, puis toutes les colonies de ces pays. Seule l'Australie peut imposer des quarantaines efficaces. Une troisième vague marquera l'année 1919 ; 27% de la population mondiale sera touchée, avec une mortalité de 2 à 10% des personnes infectées, au total plus de 20 millions de morts.
Cette pandémie a montré la mondialisation de l'infection et a permis de lancer l'ancêtre de l'OMS (Comité d'Hygiène de la Société des Nations). Mais la notion de risque sanitaire a été oubliée par bien des pays... sauf en Asie. Mémoire courte, pensée libérale, il n'y a que peu de réflexions à la fois historiques et prévisionnelles.

Ces seniors qui ne comprennent rien ! (rédigé le 26 mars)
Dès le début de l'épidémie en Chine d'abord, puis en Italie fin février, il était de bon ton de parler d'un virus étrange, lointain, né de la consommation des Chinois, chauves-souris crues et pangolin, objets de plaisanterie ! Fin février l'inquiétude gagne et le 8 mars, des mesures de confinement sont imposées en

Italie du Nord, puis dans tout le pays... mais c'est encore loin de nous, tant qu'on peut profiter de ce pré-printemps de réchauffement climatique !
Les médias, parlant de la diffusion du virus par le match de foot à Milan du 19 février, n'inquiètent pas les seniors. Certes, Venise et Milan sont vides, comme l'était Wuhan ! Mais la vie continue, on ne voit pas le virus !
C'est avec les premières mesures de confinement partiel ou total que certains seniors commencent seulement à s'inquiéter. Ce n'est pas la guerre, comme en 1940, mais la liberté de mouvement est entravée... et même, le canton du Tessin va interdire le 22 mars la fréquentation des commerces aux plus de 65 ans ! Difficile à croire, les seniors sont toujours jeunes, malgré les chiffres de la mortalité. Et vers le 26 mars, ils sont encore nombreux à faire leurs achats. La nourriture est parfois apportée par les jeunes, mais pour les remercier ils vont acheter un gâteau à la boulangerie ! Et lorsqu'on apporte les plats préparés à la porte, une question : "tu restes pour manger ?" Changer les habitudes n'est pas simple et quand on vit seul, le magasin reste l'ami, le lieu de compagnie... !

Les homes pour personnes âgées : la double peine ! (rédigé le 26 mars)
Qu'on les appelle EMS en Suisse, EPHAD en France, tous les regroupements gériatriques s'inquiètent, à raison, de la pandémie. Ce sont des "bombes à retardement", du moment où sont concentrées des personnes fragiles. Le cas du navire de croisière Princess Cruise à Yokohama nous avait prévenu : la diffusion du virus est rapide en milieu confiné et la mortalité augmente rapidement.
Les résultats en mars sont effrayants. 19 corps abandonnés à Madrid dans une résidence pour personnes âgées ; il n'y avait plus de soignants ! 21 décès à Cornimont dans une maison de retraite des Vosges... et les exemples se multiplient dans tous les pays.
Même si le confinement total, la quarantaine, sont obligatoires dans ces résidences, les soignants, nettoyeurs, cuisiniers... doivent venir travailler. Et s'ils ne sont pas testés, ils ne sauront pas s'ils peuvent ou non contaminer les populations. Il suffit d'une personne qui va changer la vie de 20, 30, 40...
Pour les personnes âgées, être obligé de rester en home est déjà une pénalité due à l'âge. Les mettre en quarantaine sans visite des familles est une double peine. Et s'ils risquent la "peine capitale" n'en parlons pas ! La solitude totale, le désespoir des personnels ?
La question du regroupement, sur des espaces restreints, de personnes fragiles en cas de pandémie se pose. Les familles qui voulaient, pour une période donnée, reprendre leurs grands-parents n'ont pas pu le faire. Et elles ne peuvent pas non plus faire leur deuil, vu les précautions sanitaires et l'interdiction des regroupements de personnes. Pas le choix pour les résidents sinon la solitude et la quarantaine... certains vont-ils s'échapper ?

Le retour à la ruralité (rédigé le 23 mars)
En Cornouailles, mi-mars, les touristes britanniques, même ceux ayant des résidences secondaires, ne sont pas les bienvenus. Répulsion semblable pour les non-résidents dans les zones rurales françaises. Parisiens non souhaités, ils troublent le calme, viennent consommer dans des magasins rares et peu approvisionnés. En Suisse, en stations valaisannes, on regarde les immatriculations : italiennes souvent, car des familles sont restées pour éviter le confinement, genevoises, vaudoises, parisiennes parfois. Replis sur la campagne comme pendant la deuxième guerre mondiale.

Les régionalismes réapparaissent, suite à la pandémie : les Italiens sont jugés contagieux, allant occuper des lits d'hôpitaux trop rares ! Les urbains sont regardés comme des étrangers, profitant de la crise pour venir à la campagne ! Rares sont les cas d'entraide, comme ces patients alsaciens graves, soignés dans des hôpitaux allemands, bâlois et jurassiens du fait de la pénurie en France. Il faut dire que sans les frontaliers français le système de santé helvétique fonctionnerait mal !

La crise génère de nouvelles philosophies de vie, à la campagne, dans des petites villes, jugées plus saines, plus libres ; le confinement y est plus aisé et les circuits courts permettent l'approvisionnement local, sans queues, sans hautes densités. La vie se déroule, lentement, mais sans heurt. Le temps agréable du printemps permet d'écouter, de regarder, de sentir la vie nouvelle, hors des cadences et du stress urbain. La crise serait-elle le catalyseur d'une nouvelle façon de vivre ? Dans le calme, avec les

petits magasins, une vie que les jeunes ne voulaient plus. La ruralité, c'était pour les vieux... et maintenant ?

Les croisières en rade (rédigé le 30 mars)
Tout le monde a en mémoire la saga du Diamond Princess, avec ses 3711 passagers, dont 10 avaient été testés positifs au Covid-19 ; résultat du confinement, plus de 621 cas positifs à bord en 15 jours, le 17 février ! Le virus a contaminé un passager sur 6 ! Un naufrage sanitaire ! Aveu d'échec pour un isolement sur un navire où la moitié des passagers ne disposent pas de hublots aux fenêtres, où la ventilation passe de cabine en cabine.
Le 29 mars, le Zaandam de la Holland America Line, obtient l'autorisation de traverser le canal de Panama, après que tous les ports de la côte ouest de l'Amérique du Sud aient refusé de l'accueillir depuis le 14 mars (départ de Punta Arena). Le Rotterdam, appelé à l'aide par la compagnie, a reçu les passagers non infectés. Mais 73 passagers et 113 membres d'équipage ont été testés positifs. On peut s'étonner que cette croisière n'ait pas été annulée, les contagions sur les navires de croisière étant nombreuses, même avant le Covid-19 : gastroentérites, typhoïde, sans parler des grippes classiques.

Le monde des croisières était en pleine expansion, de nouveaux navires sont construits dans le monde, des petits, luxueux, aux gros avec plus de 6000 passagers, tourisme de masse oblige. Les dirigeants doivent maintenant faire face à une crise majeure, les ports ne voulant plus les accueillir lors de la pandémie. Il y avait déjà bien des critiques à leur égard, pollution de l'air, faible rentabilité lors des escales, tourisme de masse dans certaines villes portuaires... mais celle-ci est la plus grave : sans doute au moins 2 mois sans mouvement, alors que les navires ne s'arrêtent presque jamais, sauf pour les approvisionnements et une semaine par année pour les réparations. Les navires doivent rejoindre des ports (qui les veulent), en Italie pour Costa ou MSC. Mais pour ceux qui battent des pavillons de complaisance, pour des avantages financiers de travail, Malte, Bahamas, Liberia, Panama, la recherche de ports est plus délicate ! Qui veut et peut stocker ces imposants navires ? Avec un pavillon du Panama qui veut accepter les passagers du Zaandam ?

Parcourir le monde en croisière ? Est-ce la fin ? Nous en doutons, mais seuls les plus forts survivront.

Une vie de confiné (rédigé le 29 mars)
Tout le monde en parle, les radios font des émissions spéciales. Ne serait-ce pas l'occasion de changer de mode de vie ?

Tout d'abord, confiné ne veut pas dire se laisser aller, sans horaires, en pyjama, pas rasé, nous rappelle-t-on... Ensuite confiné peut vouloir dire responsabilité, face à la vie matérielle, sociale et familiale. Organiser, communiquer, cuisiner, vivre en petite cellule, pour un moment !

Certes, les inégalités ressortent. Vivre confiné en petit HLM ou en maison avec jardin, ou en famille avec ses enfants ou seul dans une petite surface, ne génère pas du tout les mêmes conséquences sociales et psychologiques. D'abord disons que le confinement est une mesure ancienne, pour éloigner les malades de la société, sans penser plus loin. Pestiférés, pulmonaires, lépreux étaient (et sont encore) confinés. Et faute de mieux, cette arme spatiale réapparaît actuellement, faute d'utiliser d'autres moyens ! Mais dans les sanatoriums, les léproseries... les malades étaient confinés, pas la population. Politiquement, c'est positif de montrer que l'on peut enfermer pour une courte période. Un chef fort donne l'exemple de l'ordre public, et espère ainsi monter dans les sondages pour la nouvelle élection.

Enfin, ce confinement, accepté en général, permet d'évacuer les autres problèmes : de retraite en Europe, d'élection en Amérique, de pouvoir strict en Chine. En période "de guerre", comme certains disent, être confiné n'est pas être au maquis... libre, critique, c'est être avec tout le monde : "restez chez vous".

Le côté positif pour le confiné, c'est, peut-être, se retrouver face soi, à sa vie... avec une entraide entre voisins d'âge différent. S'appuyer pour faire les achats, échanger par les balcons et les jardins (quand on en a), et même chanter pour remercier les soignants.

Mais c'est aussi source de conflits spatiaux : pas de confinement aux Pays-Bas quand la Belgique est strictement confinée... il faut recréer la frontière avec douaniers, armée... Confinement faible en Suisse, alors que la France voisine organise des mesure coercitives, autorisation de déplacements pour les achats, le médecin pendant 1h., pendant que les Genevois et les Valaisans frontaliers sont libres et se promènent au bord du lac ! Au point que le préfet de Haute Savoir s'en offusque ! Chaque pays conçoit la mobilité possible de la population à sa façon : responsabiliser ou contraindre ? Ce sont là les limites d'une fermeture spatiale, plus ou moins acceptée... déjà en Italie du Sud, au bout de 14 jours de blocage spatial, les populations montrent leur mécontentement à l'idée d'une prolongation du confinement et commencent à piller les supermarchés... Elles sont moins touchées que le nord par le virus, mais la crise révèle l'existence d'une économie parallèle qui a besoin de la rue et ne peut plus se dérouler normalement. Ordre, désordre... en cas de longue durée y aura-t-il des mouvements de révoltes ? Une bombe sociale, contre les dirigeants, la société ?

Les leçons du confinement (rédigé le 10 avril)
Tous les pays s'interrogent sur la sortie du confinement, surtout en termes économiques... Les régimes libéraux souhaitent une reprise économique majeure. On pense moins aux conséquences du confinement, imposé, parfois dans des conditions rigoureuses aux populations. Vivre à 4 ou 5 dans un 2 pièces, en étant peu informatisé, dans des immeubles denses, sans balcon... La plupart de nos dirigeants, des responsables économiques et médiatiques, qui vivent en villas individuelles, avec jardins, ne connaissent pas cette vie.
Les inégalités entre les conditions d'habitat de la population sont une première leçon du confinement, qui sera renforcée par les inégalités scolaires, certains enfants ne pouvant pas suivre les cours, par manque d'ordinateurs, d'imprimante et de réseau wifi.
Inégalités en matière d'habitat qui sont avant tout sociales, parfois raciales. En France on constate que le département parisien 93, qui concentre une population pauvre, est le plus touché. Aux Etats-Unis, les données sont plus effrayantes : les afro-américains sont plus touchés par le Covid-19 que les WASP (White Anglo Saxon Protestant) ; et en termes d'hospitalisations 33% pour les afro-américains qui comptent pour 13% de la population. Et le nombre de décès est de 42%. En cause, plus de précarité et des emplois plus exposés.
Et peut-être des conditions différentes (diabète, asthme, obésité...) et des disparités en matière d'équipements de santé (hôpitaux, machines...) et d'accès aux soins (assurance maladie souvent inexistante). Les inégalités sociales génèrent une fragilité, une inégalité face au virus.
On parle aussi d'une société plus numérique, pendant et à l'issue de la crise, de télétravail, mais si c'est vrai pour les classes aisées, ce n'est pas vrai pour les soignants, le personnel des magasins, des transports, du nettoyage, où il faut être présent sur la place de travail, ni pour ceux qui n'ont pas accès à cette société numérique, seniors, classes pauvres ou zones blanches sans réseau... Deuxième inégalité majeure pendant et après le confinement entre ceux qui doivent physiquement être présents, et ceux qui n'ont pas accès au numérique et ceux qui possèdent les moyens et d'éducation au numérique.
On évoque aussi l'entraide entre classes d'âge, entre voisins, le retour du "nous" (société) dans une société individualiste, axée sur le "je". On dit que les mesures sont prises pour protéger les fragiles de nos sociétés, malades, seniors... la réalité est autre : c'est pour éviter une saturation des services de santé, mal préparés, soumis aux coupures budgétaires... que les mesures de confinement sont mises en place. Inégalité devant l'information et les discours changeants des autorités. Nous avons évoqué la question des masques ! Pas besoin pour la population en Occident, disaient les autorités, car il n'y en avait pas assez. Qui peut encore croire à ces discours ? La véritable transparence n'existe pas... on profite de la crédulité d'une partie de la population pour montrer les bienfaits des mesures et de la future société qui sera plus humaine, dans une logique de justice spatiale. Attendons donc la sortie de crise... avec crainte d'un retour à la case départ.

La peur de manquer (rédigé le 4 avril)
Dès qu'il y a une crise, une menace militaire, un événement naturel majeur (éruption volcanique, tremblement de terre...), une partie de la population se précipite dans les magasins pour acheter eau, sel, sucre, farine, pâtes, boîtes de raviolis, huile, papier toilette ! Le kit des survivalistes... le papier toilette et les raviolis en plus.
La peur de manquer ? Que ce soit au niveau du peuple ou des autorités, les mêmes angoisses génèrent des stratégies similaires : c'est la FOMO (Feer Of Missing Out) qui permet de croire à la survie... ou à l'inverse la peur de perdre le contrôle.
Au moment où quelques pays parlent d'échanger, de commercer, d'aider les autres, le président Trump décide de ne plus exporter les machines, les médicaments utiles dans la lutte contre le Covid-19. Au niveau suisse, le Conseil fédéral fait dresser un état du stockage de ces mêmes produits par les cantons pour une meilleure répartition.
Il ne faut donc pas s'étonner de la ruée, hystérique et inutile, sur les papiers toilette, un bien bon marché que l'on peut stocker. Mon voisin le fait, je le fais ! En période de crise on se replie sur ses acquis et le papier toilette, synonyme de confort, de modernisme, de sanitaire, est l'un de ces acquis. Inventé (en 1890) par les frères Scott, il s'est modernisé, adouci en papier cellulosique, de triple ou quadruple épaisseur. Pourtant on n'en consomme que 134 rouleaux par personne et par an en Allemagne, 127 en Angleterre, 71 en France ! Mais le sujet est devenu politique.

La Chine, redevenue maîtresse des exportations, montre sa puissance, son appui à l'Italie, la Russie le montre par un envoi de matériel sanitaire aux Etats-Unis, et même Cuba montre à l'Italie l'utilité de son système sanitaire en envoyant médecins et personnels soignants... une géopolitique de l'aide humanitaire... en période de retour au protectionnisme, du chacun pour soi.

CHAPITRE 5 : SORTIR DU CONFINEMENT

Ergoter sur la fin de la pandémie... (rédigé le 12 avril)
Chaque porte-parole de gouvernement y va de ses prédictions : 3 mai, fin avril, juin, voire la fin de l'année... même les épidémiologistes ne le savent pas en l'absence de données précises sur le nombre de personnes immunisées, sur la durée de l'immunisation, sur les traitements et les vaccins possibles... Incertitude ! Mais les milieux économiques poussent les pouvoirs politiques à la réouverture.
La crise va-t-elle entraîner des déconfinements en fonction des régions, de l'âge ? Ou en fonction de la situation économique ? Beaucoup de tenants de l'économie libérale souhaitent une reprise rapide... mais cette stratégie ne risque-t-elle pas de générer une hécatombe de masse, avant que 60-70% de la population ne soit immunisée pour arrêter la pandémie ? Rappelons que les modèles épidémiologiques prévoyaient 40 millions de morts dans le monde (une année de mortalité supplémentaire) sans confinement. Grâce à celui-ci, nous en sommes mi-avril à environ 100'000 décès. Les prévisions nous rappellent les chiffres de la grippe espagnole (20 millions de morts) que l'on croyait révolus, vu les progrès de la médecine. Le Covid-19 nous révèle une certaine réalité, et l'incertitude dans un monde devenu cartésien.

La vie ou l'économie (rédigé le 15 avril)
Une déclaration du vice-gouverneur du Texas fait la une de la presse américaine, mi-avril. Il faut sacrifier les plus fragiles (seniors, malades...) pour que l'économie puisse reprendre. Une philosophie ancienne, appliquée chez les Inuits ou dans les tribus pauvres, où les inutiles devaient disparaître pour laisser la place aux actifs. Ce malthusianisme, au sens de restriction volontaire de la population, par limitation de la natalité ou augmentation de la mortalité, est destiné à limiter la croissance humaine, vue comme exponentielle. Dans le cas de la déclaration il s'agit de donner place à l'économie productive, en laissant la pandémie se développer jusqu'au seuil où elle s'arrêterait.
Selon une étude épidémiologique de l'Université de Harvard, il faudrait pourtant garder la distanciation sociale jusqu'en 2022, tant que l'immunité de groupe n'est pas atteinte, et cette même étude prévoit plusieurs vagues de déconfinement – confinement jusqu'à cette date. Où est la place de la vie, de l'écologie humaine ? Opposition classique entre la philosophie prônant la vie d'abord et l'économie ensuite, entre le bien-être et le système économique... Deux conceptions de nos sociétés, difficilement conciliables.
Ce sont les partis de droite, libéraux et populistes, qui développent les stratégies de sortie de crise pour relancer l'économie... en s'appuyant sur l'idée d'un retour à la démocratie. En général, la réouverture des crèches et écoles est demandée pour concilier vie professionnelle et familiale, réouverture des commerces ensuite pour doper la consommation et bien sûr redémarrer toutes les activités économiques. En même temps, en terminer avec l'Etat providence ! Même s'il doit aider (temporairement) les entreprises et les personnels au chômage. On a l'impression d'un retour à l'époque précédente...

Une cacophonie de sortie de crise (rédigé le 14 avril)
Autriche... déconfinement partiel le 14 avril. Ouverture des petits commerces, retour à l'école primaire. Danemark... déconfinement partiel le 15 avril. Crèches et écoles primaires rouvrent. Allemagne, le 19 avril.
France... pas de déconfinement avant le 11 mai. Italie, pas avant le 3 mai, mais quelques commerces, librairies, laveries peuvent rouvrir.
Comment expliquer cette cacophonie dans la sortie de crise en Europe ? Pourtant des expériences existent : Chine dès la mi-mars et le début avril, avec un retour progressif d'abord pour les personnes immunisées, puis testées, réouverture des commerces et des écoles, suivi des cas positifs. La Corée du Sud, qui n'avait pas arrêté son économie, poursuit dans cette voie, par un suivi strict des cas positifs, comme à Taïwan.
A Singapour, nous avons vu que le suivi par quarantaine et géolocalisation n'avait pas suffi. Il faut dire que l'activité portuaire n'est pas propice à ce suivi strict ! Il a donc fallu à la fois confiner une partie de la population, tout en laissant l'économie fonctionner.

En regardant les données officielles sur les cas de contamination (nouveaux cas pour 7 jours par million d'habitants) à la mi-avril (13 avril), on constate que la Belgique (122), l'Espagne[4] (107), les Etats-Unis (94), la France (87), le Royaume-Uni (77)... peuvent difficilement déconfiner sans risque de relancer la pandémie. L'Autriche est à 30, la Norvège à 22 et la Corée du Sud à 1... La politique est donc d'assouplir les règles, d'autant plus qu'à la même période le nombre de décès moyen pour 7 jours par million d'habitant est à 0,09 en Corée du Sud, 2,32 en Autriche, mais de 27 en Belgique et 14 en France. La qualité du système sanitaire renforce donc la possibilité de déconfiner, s'il est possible de traiter tous les cas graves.
La cacophonie s'explique donc, par la gravité de la pandémie et la qualité du système de soins. Tout le monde n'est pas touché de manière égale, comme nous l'indiquions dans les principes de médicométrie.
Pourtant, la Commission Européenne veut éviter cette cacophonie ! Elle n'y était pas arrivée en début de crise ! Réouverture des frontières extérieures de l'U.E., applications pour le traçage, capacités pour les tests... Ces mesures seront-elles coordonnées entre Etats membres ? A la mi-avril, nous en doutons, car la pandémie n'a pas atteint tous les pays de la même façon... et les actions sont prises dans ce contexte national et régional.

Le retour des psy ! (rédigé le 16 avril)
Avec le confinement, une nouveauté dans les sociétés démocratiques, et même dans celles plus autoritaires, la population se retrouve dans des cellules familiales, avec peu de possibilité de sortir. Dans les pays pauvres ou pour les S.D.F., il ne peut y avoir de confinement ! Mais les autorités font comme si tout le monde était confiné !
On voit alors apparaître dans les médias toute une nouvelle littérature, qui trouve son origine chez les psy (-chiatres, -chologues...), les sociologues, les anthropologues, jusque-là silencieux face à la pandémie. Les magazines, les journaux, les télévisions font appel aux psy pour donner les bonnes recettes, éviter les conflits, bien éduquer les enfants... On va de l'accroissement des naissances dans 9 mois, à l'accroissement des divorces dans 3 mois ! Des violences conjugales au partage des tâches ménagères, à l'anxiété, la confusion, l'épuisement... de l'état psychique des confinés à la méditation... avec comportements à risque.
Il est vrai que le confinement obligatoire autour de la cellule familiale renforce cette unité, ou la fait éclater lorsqu'elle est fragile, ou que les conditions d'habitat ne sont limites. Mais combien de personnes âgées, seules ou en couple, vivent plus ou moins confinées depuis des années, sans que personne ne s'en soucie ? Le confinement des seniors n'était-il déjà pas là ? Maintenant les lignes d'écoute fleurissent.
Alors on donne des recettes, pour la cuisine... A la radio, on revient aux émissions d'après-guerre, où chacune – chacun demande sa chanson, raconte un bout de vie. Les animateurs de radio deviennent les psy des seniors esseulés... On donne des recettes pour dormir mieux, pour partager la vie confinée, dans l'attente de ce virus invisible. Et les sermons de D. Koch, lors des émissions quotidiennes du Conseil fédéral, pénètrent dans les chaumières, tel un messie. Comme le discours humaniste de l'"empereur" Macron, guide des français confinés, ou celui changeant de Trump, accusant l'OMS de la pandémie, pour trouver une victime expiatoire. Parfois (souvent) nos dirigeants, eux, auraient besoin de ces psy !

[4] Le cas de l'Espagne fait exception, les conditions de confinement étaient très stricts, mais le 14 avril, usines et chantiers reprennent par craint d'un effondrement de l'économie, alors que le pic de la pandémie n'est pas atteint...

CHAPITRE 6 : LA MÉDICOMÉTRIE EN QUESTION

Présentation de la médicométrie

Toutes nos réflexions sont celles d'un "médicomètre" qui a toujours souhaité développer une vision globale de la santé. Voeux pieux, car malgré les publications, les congrès, la médicométrie n'a pas rencontré le succès escompté. Pourquoi ? La santé semble une chasse protégée, un domaine que se sont attribué des professions bien établies, des médecins aux directeurs de la santé, chacun ayant ses certitudes et ses sources financières. Pas question de partager ! Lorsqu'on demande des fonds, pour un colloque à la section médecine de la recherche, il nous est répondu que la médicométrie n'est pas de la médecine... allez voir ailleurs... Non elle s'occupe de santé publique et elle est transdisciplinaire.
La transdisciplinarité est son problème fondamental. Créée par un médecin, un économètre et un géographe, elle s'ouvre à toutes les sciences qui s'occupent de santé, sciences humaines, psychologiques, statistique, épidémiologiques, biologiques... disciplines voisines qui ne se connaissent pas et qui développent chacune leurs langages, leurs stratégies... Ainsi le statisticien qui travaille sur des échantillons n'aura-t-il pas les mêmes méthodes que le médecin, avec sa cohorte de patients.
Qui dans les professions de santé est formé au calcul logarithmique, à l'algèbre non linéaire, aux probabilités conditionnelles ? Et pourtant ceci est indispensable en épidémiologie. On le constate avec les erreurs grotesques de médecins, à la radio et à la télé française, dans leurs prévisions de l'épidémie en février 2020 : le médecin, chroniqueur, Michel Cymes (que tout le monde écoute) annonce sur Europe 1 que l'épidémie n'est pas possible en France, un cas peut-être ! Il faut ajouter qu'à l'émission "C à dire" ; un médecin affirmait qu'il n'y aurait pas d'épidémie en France, que s'il y avait 1 cas, il serait contenu et que la France était préparée ! Et la porte-parole du gouvernement Philippe d'ajouter en mars, d'un ton péremptoire, qu'il n'y avait pas de risque de pénurie de masques ! Une infectiologue française connue parlait de "petite grippe" pour les affections au Coronavirus. Les médecins ne sont pas des épidémiologistes, ils n'ont pas la formation mathématique et cartographique pour cela. Et les politiques se prennent pour des médecins, sans en avoir la formation, au premier rang M. Trump, qui donne le bon traitement dans ses allocutions fin mars.
La médicométrie souhaite éviter cette série de "retournements de vestes". C'est en mettant ensemble des spécialistes des domaines variés qui étudient les pandémies (des virologues, biologistes aux mathématiciens), et non seulement un groupe de médecins et de directeurs d'hôpitaux, que l'on peut faire des prévisions précises et étayées, avec une cartographie appropriée en fonction des hypothèses de départ et des expériences vécues lors des pandémies précédentes.
Les textes qui suivent permettent de montrer la rigueur de la médicométrie, loin de la "piffométrie" ambiante ! Tous les textes suivants sont des extraits d'ouvrages écrits il y a plus de 20 ans... bien avant la pandémie du Covid-19, et toujours d'actualité :

Bailly A., Périat M. (dir.), *Médicométrie régionale*, Paris, Anthropos, 1984.
Bailly A., Périat M., *Médicométrie, une nouvelle approche de la santé*, Paris, Economica, 1995.
Bailly A. (dir.), *Risques naturels, risques de société*, Paris, Economica, 1996.
Bailly A., Bernhardt M., Gabella M., *Pour une santé de qualité en Suisse*, Paris, Economica, 2003.

Définition de la médicométrie

La médicométrie a été créée pour favoriser une vision interdisciplinaire de la santé, analyser ses coûts et bénéfices dans une perspective globale, tenant compte de tous les partenaires du système et de son impact dans le temps et dans l'espace des sociétés.

Du concept de maladie à celui de santé

Malgré le caractère difficile d'un sujet qui ne se laisse pas cerner aisément, malgré les confrontations entre les besoins des médecins et des patients, les divergences entre les logiques de l'économiste, du médecin et de l'administrateur, apparaissent deux constats qui donnent un sens à la réflexion et à l'investigation médicométrique :
. Le passage progressif du concept de maladie à celui de santé qui nous fait suggérer, comme Kuznets, que dans ce domaine il vaut mieux parler d'investissement que de coût.
. La prise de conscience du facteur santé dans la vie quotidienne qui engendre une hausse de la consommation individuelle et qui pousse tous les intervenants à chercher de nouveaux modèles de

comportement (tant pour le médecin que pour le patient) puisque pour utiliser la boutade de Sauvy, "la vie n'a pas de prix, mais la santé a un coût".

Pour une vision à long terme des objectifs de santé

Le conflit classique entre les objectifs à long terme des professionnels de la santé et ceux à plus court terme des autorités politiques est actuellement l'un des plus graves pour les systèmes de santé. A trop économiser pour maîtriser les dépenses, on coupe la possibilité de maintenir les recherches de haut niveau. Le long terme est sacrifié à l'économie du moment, l'investissement est oublié au profit du quotidien... Ne l'oublions pas, la justice sociale et le bien-être supposent une égalité devant la maladie ; dès lors, nous sommes devant un choix de société : soit nous acceptons de payer le prix du progrès, des performances médicales modernes, soit nous retournons à une "médecine des symptômes" en acceptant ses travers et ses conséquences, puisqu'une telle médecine n'utilise pas les technologies modernes. La passion du mieux vivre qui anime nos sociétés va à l'encontre d'un tel système et passe par la mise en place d'une politique de santé qui tienne compte tout d'abord du patient, de tous les professionnels de la santé et de la qualité de la vie.

Encart : Services de santé et développement régional

Extr. de : Bailly A., Périat M., "Activités de santé et développement régional : une approche médicométrique", *Géocarrefour*, n° 78/03, 2003, consultable sur : https://journals.openedition.org/geocarrefour/2124

Le terme ‘‘services’’ de santé englobe un ensemble d’activités susceptibles de favoriser le développement économique non seulement en aire métropolitaine mais aussi dans les régions périphériques. Leur répartition est en effet différente de celle des autres services de consommation. Si certains services de santé doivent répondre à la contrainte de proximité par rapport à leur clientèle, d’autres services, spécialisés, ne sont pas obligés de suivre la distribution de la population ; des régions moins peuplées ou périphériques mais bénéficiant d’avantages climatiques ou d’un environnement rural peuvent développer des services de santé spécialisés (par exemple : cliniques d’altitude, centres de réadaptation). Ces services de santé peuvent constituer un maillon important de l’économie d’une région. Souvent, c’est l’un des secteurs économiques où la croissance est des plus rapides. En outre, cette activité peut être orientée vers l’exportation puisqu’elle sert des patients externes. On peut donc parler d’une fonction créatrice d’emplois et entraînant un apport financier dans l’économie locale, ce qui stimule la croissance économique grâce aux multiplicateurs économiques. En opposition à la typologie traditionnelle de l’activité économique de Fischer-Clark qui relègue ces services dans les activités non productives, nous considérons les services de santé (des services hospitaliers aux activités pharmaceutiques) comme des activités économiques ‘‘de base’’, car elles sont non seulement exportables mais elles constituent aussi une réponse à une demande extérieure. Les services de santé ont ainsi un rôle à jouer dans l’investissement local, dans la qualité de vie, et ils contribuent de plus en plus au processus de développement économique. Certains services de santé peuvent influencer le niveau de développement économique de régions périphériques où ils sont souvent le plus grand employeur. Si le développement régional est défini en termes de création d’emplois et d’accroissement de la qualité de vie, les services de santé sont une activité ‘‘de base’’ qui contribuent aux revenus locaux. En attirant de la main d’œuvre qualifiée et des activités complémentaires (sociales, culturelles et économiques) les services de santé jouent un rôle important dans la vie locale. De là découle l’idée que les dépenses, destinées à améliorer la qualité des services de santé dans les régions périphériques, attireront d’autres activités et augmenteront le niveau de développement économique. Toutefois, les expériences de politiques régionales englobant les services de santé sont peu nombreuses parce que ces activités sont toujours considérées comme des dépenses et non comme des investissements. Cette approche traditionnelle persiste parce que les politiques sanitaires n’intègrent que partiellement la notion de multiplicateurs économiques.

Les cinq principes de la médicométrie
Cinq principes ont été présentés par J. Paelinck au premier colloque de médicométrie régionale (Bailly, Périat[5], 1984) :
P1. A priori, les modèles de médicométrie sont à formuler de façon spatialement interdépendante. L'interdépendance est fondamentale, basée sur la mobilité spatiale des êtres humains ; la diffusion des épidémies en est un exemple classique. Mais de façon plus générale, il est admissible qu'il y ait une autocorrélation spatiale entre les indicateurs de santé ou de morbidité ; cela implique que dans la spécification de nos modèles, l'interdépendance devrait être centrale comme principe de formulation des relations.
P2. Un certain nombre de relations spatiales sont asymétriques. Ce principe est illustré par exemple par les structures démographiques divergentes de régions et leurs dotations différentes en facteurs pathogènes. Certaines régions sont très bien équipées et d'autres moins.
P3. Des phénomènes médicométriques localisés dans un espace donné doivent être souvent expliqués par des facteurs causals localisés dans d'autres espaces. Les exemples de ce principe sont multiples ; possibilité d'importer une maladie suite à un voyage ou à celui d'une autre personne, localisation d'hôpitaux spécialisés dans des maladies non endogènes, dans les ports par exemple...
P4. La fonction de diffusion spatiale constitue un principe médicométrique de base. En effet, la conséquence maximale dans l'espace ne se produit probablement pas toujours dans des espaces neutres et contigus ; il y a lieu de vérifier la forme des interdépendances spatiales et la distribution spatiale des effets.
P5. L'espace bi-directionnel est le contenant de base des activités médicales : distances et surfaces comptent, mais aussi une troisième dimension composée du temps ; celle de la durée de l'investissement consenti, celle des héritages anciens, celle de l'innovation future.

Le risque en matière de santé
Le terme risque est familier à tous ceux qui s'intéressent aux processus aléatoires, jeux de cartes, d'argent... et à la maladie. Le risque se définit comme un danger potentiel, plus ou moins prévisible, dans des aires d'étendues variables et d'une durée indéterminée. En matière d'altération de la santé, il peut être naturel ou lié à notre société et à nos technologies.
De tout temps, l'homme a appris à vivre avec le risque, mais le concept a bien évolué depuis le Moyen Age où la peste était le symbole d'une catastrophe à répétition, malédiction d'origine divine, pour épurer le monde de ses péchés. Le risque provenait du Tout Puissant, maître souverain des destinées humaines, et même si l'on cherchait à l'éviter en éloignant les pestiférés ou en quittant les lieux "infectés", l'idée d'assurance-santé n'existait pas, ni celle de riposte rapide et efficace à la catastrophe. Notre rapport au risque est en fait l'aboutissement d'un processus dont l'origine se situe au 18ème siècle, lors de la prise de conscience du lien possible risque-sécurité. Par définition "événement dont l'évolution est incertaine, perçu comme une menace qui suscite la crainte", le risque prend son sens par rapport aux sociétés qui l'identifient et qui le qualifient. Selon Y. Barel le risque est ainsi "objectivé", nommé, avant que les sociétés ne s'en préoccupent. Ainsi des phénomènes qui relevaient au Moyen Age de l'ordre divin, épidémies par exemple, sont-ils représentés maintenant comme des processus à contrôler, qu'il faut prévoir pour en limiter les impacts. Et lorsqu'il y a échec dans la prévention, des coupables sont désignés : médecins ou autorités, qui n'ont pas su évaluer ces menaces potentielles.

Encart : Le risque épidémiologique[6]
Qui connaissait Surat, ville indienne, prospère grâce à ses activités diamantaires, avant que ne soit diffusée, en septembre 1994, l'information sur l'épidémie de peste ? D'abord bubonique, c'est-à-dire transmise du rat à l'homme par les puces, l'épidémie devient pulmonaire en quinze jours, transmise d'homme à homme.
La peste en 1994, comme au Moyen Age, signifie panique, même si elle n'a tué qu'une centaine de personnes ; 400'000 Suratiens ont fui leur ville, disséminant le virus dans tout le pays et, en particulier, à Bombay, cette métropole où ils allaient vendre leurs diamants. Bombay, avec ses grands bidonvilles de la misère, allait-elle devenir le lieu d'explosion de la peste ? La destruction systématique des rats, la

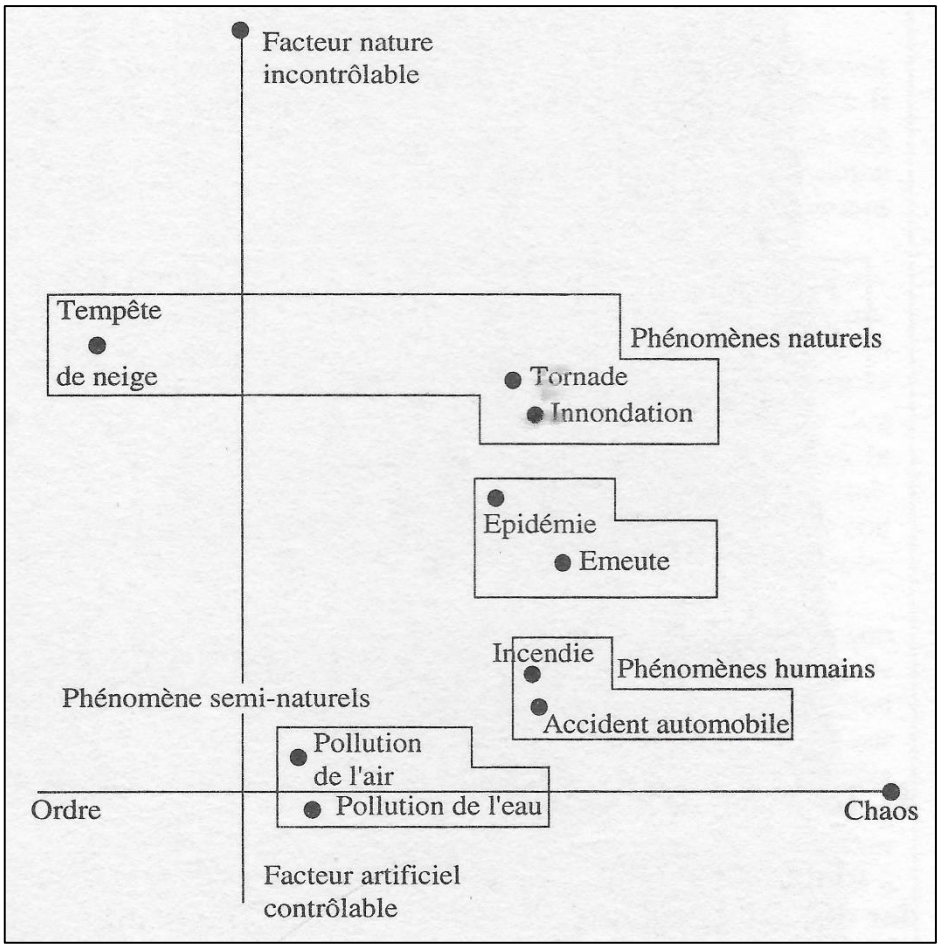
[5] Bailly A., Périat M. (dir.), *Médicométrie régionale*, Paris, Anthropos, 1984
[6] Extr. de : Bailly A. (dir.), *Risques naturels, risques de société*, Paris, Economica, 1996, p.90

mise à feu des ordures a permis d'éviter le pire, mais pour combien de temps, lorsque l'on sait que les services de nettoyage sont quasi inexistants en Inde par manque d'argent ?
L'Occident redécouvre que le terme pestiféré existe ; il s'en protège frileusement en supprimant ses communications avec les régions touchées, sans penser qu'il porte atteinte aux quelques secteurs économiques dynamiques locaux (tourisme, diamant), ce qui ne peut qu'aggraver la misère et les risques d'une nouvelle épidémie.
L'exemple est frappant tout comme celui de la diffusion spatiale du SIDA, qui après une période de transmission dans des groupes connus de la société, se répand de façon hétérosexuelle des centres urbains vers les banlieues. Et lorsque le SIDA favorise d'autres pathologies, la tuberculose par exemple, les risques s'accroissent.
Phénomène étudié par les géographes, la diffusion spatiale des maladies a été pourtant négligée par de nombreux gouvernements, tant nos sociétés étaient certaines de contrôler tous les risques et tant elles étaient sures que l'urbanité et la modernité étaient sources de progrès et de sécurité. Mais le risque zéro n'existe pas, ces épidémies nous le rappellent cruellement et les travaux géographiques qui en montrent clairement causes et conséquences, trouvent une pertinence nouvelle.

Les limites de la sécurité

Malgré la multiplication des institutions d'assurance, des dispositifs curatifs, de soins et le progrès scientifique, l'élimination du risque reste un horizon lointain. On croit, de moins en moins, au mythe cartésien d'identification de toutes les causes pour en assurer la suppression ; l'évolution des dépenses et des investissements en matière de santé rappelle régulièrement l'existence du risque. La conquête de la sécurité atteint des limites et cette notion de limite devient fondamentale dans les politiques de sécurité et de santé publique.
De plus, le risque de santé n'est pas le seul. Burton illustre très bien ce phénomène par son schéma montrant la superposition des risques naturels et technologiques dans nos sociétés en raison de leur complexification. Si certains sont aisément contrôlables (pollution de l'eau) d'autres le sont plus difficilement comme la santé ce qui amène parfois à des décisions aberrantes lorsque des autorités mal informées veulent contrôler totalement la gestion de la filière santé sans tenir compte du caractère aléatoire de la maladie.
De plus, l'interdépendance de ces phénomènes met en question la notion directe de causalité. "La prise en compte du fait qu'un facteur identifié de risque peut être, sur un autre registre, considéré comme un facteur de protection, qu'une solution à une cause supposée de dysfonctionnement peut être à l'origine d'un autre dysfonctionnement... J. Paelinck parle d'allotopie. La prévision du risque consiste alors plutôt à évaluer les risques pour en prévoir une partie. Travail délicat car un risque s'évalue sur sept dimensions (Burton et al.[7]) : l'amplitude, la fréquence, la durée, l'aire, la dispersion spatiale, la rapidité (temps écoulé entre l'apparition de la catastrophe et son intensité maximale) et l'espacement temporel. Suivant la gravité de ces sept dimensions les réponses humaines seront différentes comme l'illustre par exemple le cas du SIDA et les réactions plus ou moins coûteuses et rapides.

[7] Burton I. (et al.), *The environment as hazard*, Oxford University Press, New York, 1978.



Les sept dimensions du risque selon Burton[8]

Le développement de nouvelles pratiques sociales et technologiques – risques professionnels, pollution, stress, accidents de transport, alcoolisme, drogue, sport, alimentation... – font prendre conscience des nouveaux risques et des problèmes de fiabilité de nos systèmes. Des politiques de prévention se développent alors dans certains pays face aux groupes à risques et aux pathologies en expansion. Traiter à la source, améliorer l'information, créer des protections constituent les trois étapes de la prévention. La médicométrie ajoute une étape supplémentaire, celle du calcul des investissements, des risques et des effets de cette prévention. La science révèle des choix et les possibilités d'informer les populations par la présentation des risques, l'explication des mécanismes et l'évaluation des dangers. Elle donne des conseils pour agir. Le concept de responsabilisation des usagers fait alors son apparition : il ne s'agit plus d'éliminer les causes objectives, dais de ls réduire en faisant appel à la responsabilité.

La modélisation spatio-temporelle du risque

Dans une société de "ségrégation urbaine", on peut s'interroger sur les dérives qu'engendre le risque urbain... et ce d'autant plus que ce risque spatial est mal évalué, par manque de données spatialisées précises, traitables par des systèmes d'information géographiques ; la modélisation spatio-temporelle de l'espace SIDA est possible, tout comme il est possible d'évaluer la rapidité et les aires de diffusion de la nouvelle tuberculose en tenant compte des groupes sociaux, des pratiques culturelles, de la densité et des diverses conditions locales.

Cette réflexion nous semble indispensable à une prospective urbaine qui, sans faire de catastrophisme, s'interroge sur l'une des graves questions de nos sociétés contemporaines, celle de la recherche de la sécurité sans atteinte aux libertés individuelles.

[8] Burton I. (et al.), *The environment as hazard*, Oxford University Press, New York, 1978.

Les arbitrages
La représentation que chaque personne se fait du risque et sa conception de la sécurité au plan individuel et global engendrent quatre types de comportements : la négation du risque, l'acceptation passive, la volonté de prendre des mesures et... la fuite. Ceci engendre pour l'Etat et les assurances des interventions normatives pour gérer des situations d'incertitude : campagnes de sensibilisation, participation de la personne aux frais en cas de non-respect des règles, décision de non-remboursement...". Ces processus ne sont pas sans poser les problèmes de la responsabilité des partenaires et des questions sur le rôle des arbitrages de l'Etat et des assurances. Les premières concernent la justification des choix : quelles valeurs économiques et morales vont orienter les choix de remboursement, d'investissement et de prévention ? Les deuxièmes s'interrogent sur la temporalité des décisions : doit-on agir sur le court terme, par analogie avec les mandats politiques, ou sur le moyen et le long terme ? Les troisièmes posent les questions de la pertinence de l'action normative : la prescription et la multiplication des normes sont-elles utiles pour gérer les situations dominées par l'incertitude et les représentations mentales ? Les quatrièmes touchent aux rôles respectifs de l'Etat, des assurances, des professionnels de la santé : l'évolution des coûts ne conduit-elle pas à transférer aux personnes et aux professionnels des charges traditionnellement du ressort de l'Etat et des assurances ? Enfin les cinquièmes concernent les responsabilités : socialisation ou individualisation du risque ? L'incertitude règne en matière de politique de santé comme l'illustrent ces questions, et pour les aborder sereinement il nous semble indispensable dans le contexte d'une vision médicométrique :
. de rappeler les fondements moraux de la notion de "sécurité garantie" par l'Etat en particulier pour les personnes à risques économiques et sociaux ;
. d'insister sur le caractère d'investissement – et non de dépense – de nombreuses actions de santé, tant préventives que curatives, pour le système économique et social ;
. de la nécessité de dépassionner et de dépolitiser les débats sur les coûts de la santé, pour traiter de prospective à moyen et à long terme ;
. de faire participer tous ceux qui contribuent aux risques, entreprises, personnes... aux frais dans un contexte global ;
. d'aborder, dans les analyses médicométriques, les représentations de la maladie et de la filière santé.

Des objectifs pour le 21ème siècle
Au 21ème siècle, la médicométrie propose de traiter de la filière santé comme un investissement économique et social – et non comme un coût – à moyen et à long terme. Elle souhaite la mise en place de conseils médicométriques, au niveau des régions et des nations, pour favoriser l'élaboration de programmes de recherche, de prévention et de traitement, en connaissance de cause de leurs conséquences économiques et sociales. Elle propose enfin une rationalisation – et non un rationnement – des systèmes de santé dans le respect de la qualité de vie, de l'équité sociale et de l'éthique médicale ; autant d'objectifs ambitieux, pour contribuer à 'amélioration de la qualité de vie et du bien-être de nos sociétés (Bailly[9], 2014).

BIBLIOGRAPHIE

Bailly A. (dir.), *Risques naturels, risques de société*, Paris, Economica, 1996.
Bailly A., Bernhardt M., Gabella M., *Pour une santé de qualité en Suisse*, Paris, Economica, 2003.
Bailly A., *Géographie du bien-être*, Paris, A. Colin, 2014.
Bailly A., Périat M. (dir.), *Médicométrie régionale*, Paris, Anthropos, 1984.
Bailly A., Périat M., "Activités de santé et développement régional : une approche médicométrique", *Géocarrefour*, N° 78/03, 2003, en ligne : https://journals.openedition.org/geocarrefour/2124
Bailly A., Périat M., *Médicométrie, une nouvelle approche de la santé*, Paris, Economica, 1995.
Burton I. (et al.), *The environment as hazard*, Oxford University Press, New York, 1978.
Kates R., "Natural Hazards in Human Ecology", *Natural Hazard Working Paper*, Nº 14, Toronto, 1970.

[9] Bailly A., *Géographie du bien-être*, Paris, A. Colin, 2014