



La Lettre Médicale du Congo

Magazine d'expression des professionnels de la santé du Congo

Numéro Spécial PANDEMIE COVID19

La lettre de la rédaction

Mesdames et Messieurs,

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Le Comité de rédaction a le plaisir de vous annoncer la parution du dixième numéro de la Lettre Médicale du Congo.

Cette revue diffusée exclusivement en ligne se veut être un mode d'expression de l'ensemble des professionnels de santé. Son but est de favoriser les échanges et de faire partager à la communauté médicale et paramédicale les expériences professionnelles en vue d'une amélioration des pratiques de chacun.

Le comité de rédaction a également le plaisir de vous informer que La Lettre Médicale du Congo est désormais répertoriée dans l'**Index Medicus Africain** accessible à l'adresse suivante : <http://Indexmedicus.afro.who.int/>.

Cette base de données est gérée par la bibliothèque du bureau régional de l'OMS depuis 1993. Elle permet de répertorier les publications africaines pour faciliter une visibilité mondiale et encourager les publications locales.

Vous trouverez ci-après les instructions aux auteurs permettant de soumettre des travaux, conformément aux recommandations internationales.

En souhaitant une bonne réception de ce magazine en ligne, veuillez croire en l'expression de nos salutations cordiales et confraternelles.

Rédacteurs en chef :

Pôle chirurgical : Dr Jean Patrice Binuani.Angers, France.

Pôle médical : Dr Patrice Serge Ganga-Zandzou...Roubaix, France.

Responsable de la publication :

Dr Richard Bibi. Tours, France.

Responsable de la communication

Dr Florian Diakabana. Paris, France.

Membres de la rédaction :

Dr Jean Claude Ban.....Evreux, France

Dr Bertin Ebikili.....Le Mans, France

Dr Daniel Mbey.....Pontivy, France

Dr Raymond Mizele.....Orléans, France

Pr Alain Mouanga.....Brazzaville, Congo

Dr Roland Rizet.....Brazzaville, Congo

Pr Paulette Yapi Yapou....Abidjan, Côte d'Ivoire

Dr Hubert Ythier.....Roubaix, France

Dr Lionel-Ange Pougui.....Gatineau, Canada

Dr Monique L. Goma.....Baltimore, USA



Instructions aux auteurs

La lettre médicale du Congo publie des articles originaux, des éditoriaux, des articles de revue, des cas cliniques, des notes techniques et des lettres à la rédaction.

Les articles doivent être soumis par voie électronique au comité de rédaction :

lalettremedicaleducongo@gmail.com

• **Politique de conflit d'intérêt** : un conflit d'intérêt se présente lorsque l'auteur entretient une relation, notamment d'ordre financier, avec un organisme ou une société commerciale pouvant influencer son travail. Pour publier un article dans le Journal, les auteurs doivent divulguer tout conflit d'intérêt, réel ou potentiel, en lien avec leur sujet, par l'intermédiaire du « Formulaire auteur » qui leur est envoyé par l'éditeur. Les affiliations des auteurs, y compris leurs liens aux entreprises dont les produits sont cités dans l'article, doivent apparaître dans la page de titre du manuscrit. Le Journal peut décider de ne pas publier un article sur la base de ces informations. La déclaration de conflit d'intérêt est publiée dans le Journal.

• **Vie privée et consentement éclairé des patients** : la vie privée des patients doit être respectée. Toute information d'identification (nom, référence hospitalière, etc.) doit être supprimée du texte comme des figures avant publication. Si une information permettant l'identification du patient est impérative à des fins scientifiques, elle doit s'accompagner d'un consentement éclairé écrit de la personne (ou de son tuteur). Dans le cas de l'utilisation d'une photographie présentant le visage d'un patient, le consentement éclairé de ce dernier est requis, l'anonymat complet étant dès lors difficile à mettre en œuvre.

Manuscrit

Les manuscrits complets sont soumis au format Word.

La disposition du manuscrit est la suivante :

- page de titre ;
- résumés et mots-clés ;
- texte comprenant :
 - 1) Introduction, 2) Patients et méthodes, 3) Résultats, 4) Discussion dans le cas des articles originaux,
 - 1) Introduction, 2) Observation, 3) Discussion, 4) Conclusion pour les cas cliniques;
- références, tableaux et légendes des figures.

La longueur maximale des manuscrits dactylographiés (figures et références exclues) dépend de la rubrique de publication :

- articles originaux : 15 pages ;
- éditoriaux : 6 pages ;
- articles de revue : 20 pages ;
- cas cliniques : 4 pages ;
- lettres à la rédaction : 2 pages.



Numéroter les références, les illustrations et les tableaux en fonction de leur ordre d'apparition dans le texte et en utilisant des chiffres arabes.

Limiter le nombre d'abréviations, définir le terme complet correspondant lors de sa première apparition dans le texte et éviter l'emploi des abréviations dans le titre et le résumé.

Citer les entreprises pharmaceutiques ou biomédicales dont le matériel est mentionné dans le texte en indiquant, entre parenthèses, le nom de l'entreprise et sa localisation géographique. Indiquer les remerciements et les sources de financement en fin de texte.

Page de titre

La page de titre inclut le titre de l'article, le prénom et le nom de chaque auteur, le nom des services et des institutions d'où provient le travail, le nom, l'adresse, le téléphone, l'adresse mail et/ou le fax de l'auteur correspondant.

Résumés et mots-clés

Un résumé en français et/ou anglais n'excédant pas 200 mots accompagnent le manuscrit. Ce résumé sera structuré de la façon suivante : objectif ; méthodes ; résultats ; conclusion. Les résumés des articles de revue, cas cliniques et notes techniques n'ont pas besoin d'être structurés. Pour ces deux derniers types d'articles, la longueur du résumé ne doit pas excéder 75 mots.

Références

Les références sont numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (chiffres arabes entre crochets). Les communications personnelles, manuscrits en préparation et autres données non publiées ne doivent pas figurer dans la liste des références mais seront cités dans le texte entre parenthèses. Le nombre de références est limité à 20 pour les articles originaux, 8 pour les cas cliniques et 5 pour les notes techniques. Les titres des journaux sont abrégés selon l'Index Medicus. Les références sont présentées dans le format dit « de Vancouver » :

- **Périodiques** : Fedoruk LM, Jamieson WR, Ling H et al. Predictors of recurrence and reoperation for prosthetic valve endocarditis after valve replacement surgery for native valve endocarditis. J Thorac Cardiovasc Surg 2009 ; 137 : 326-33.

Indiquer tous les auteurs jusqu'à 6 ; lorsqu'il y a plus de 6 auteurs, citer les 3 premiers suivis de la mention « et al. ».

- **Livres** : Shields TW, LoCicero J, Reed CE, Feins RH, eds. General thoracic surgery. 7th ed. Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

- **Chapitre d'un livre** :

Fox KAA. Reperfusion injury. A clinical perspective. In : Yellon DM, Jennings RB, eds. Myocardial protection : The pathophysiology of reperfusion and reperfusion injury. New York : Raven Press Ltd, 1992 : 151-63.

Si la référence est un résumé, celui-ci doit être identifié en tant que tel par la mention « Abstract », figurant entre parenthèses après la page correspondante.

Tableaux

Ils sont numérotés en chiffres arabes dans l'ordre de leur première citation dans le texte.

Le contenu des tableaux ne doit pas faire double emploi avec celui du texte. Les abréviations figurant dans un tableau seront définies en bas de celui-ci. Le tableau est accompagné d'un titre explicatif.

Figures et illustrations

Les schémas, figures, photos et autres illustrations sont numérotés en chiffres arabes dans l'ordre de leur première citation dans le texte. Ils doivent être soumis sous format jpeg haute définition (300 dpi). Chaque figure comporte un titre explicatif



Sommaire

Lettre de la rédaction

Instructions aux auteurs

Sommaire

Billet du comité de rédaction

ÉDITORIAL

- Les Carnets du Confinement aux Temps de la COVID-19.
J-C. Ban.

ARTICLES MEDICAUX

- Conséquences du confinement lié à la pandémie COVID-19 sur les pathologies chroniques. *B. Ebikili.*
- Confinement ou l'attente troublée de la maternité et de la paternité. *D. Pouehe.*
- Les tests de dépistages virologiques et sérologiques de la COVID-19 et l'interprétation des résultats obtenus au cours des différentes phases de la maladie. *H. Loemba.*
- Covid-19 et confinement: « De la peur sur les villes aux désordres dans les cultures ». *J-C. Ban, C. Moukouta.*

REFLEXIONS SOCIETALES

- L'étouffoir sanitaire? *I. Kissangou.*
- Les rapports institutionnels ou la Diplomatie à l'épreuve de la Covid 19 et du confinement.
J-C. Ban.
- Confinée dans l'Est parisien. *P. Mavoungou.*

IN MEMORIAM

- † Hommage au Professeur Lazare KAPTUE NOCHE
- † Hommage au Professeur Charles GOMBE MBALAWA

Contact



Billet du comité de rédaction

Le comité de rédaction de la lettre Médicale du Congo a le plaisir de vous adresser le 10^e numéro de la revue, après 6 années d'existence.

La parution de ce dernier numéro a été différée en raison de la finalisation du site web de la revue que vous pourrez à présent consulter à l'adresse :

lalettremedicaleducongo.com

Ce site abritera dorénavant tous les numéros de la revue diffusés depuis sa création en 2015.

Ce numéro spécial est exclusivement consacré à la pandémie qui touche l'ensemble de la planète. En effet, la pandémie à Covid 19 sévit depuis plus d'un an sur les différents continents avec d'importantes conséquences socio-sanitaires, économiques et psychologiques. Depuis le début de sa survenue, différentes vagues épidémiques ont été observées avec un continent africain qui semble moins touché. Les espoirs de vaincre cette pandémie reposent sur la généralisation de la vaccination anti covid qui paraît être l'arme la plus efficace contre son expansion. Cependant, cette mesure de protection adoptée par plusieurs pays, suscite de nombreuses réticences des populations craignant des effets secondaires parfois sévères décrits chez plusieurs individus. Les questions particulières de la vaccination feront l'objet de futures publications.

Le présent numéro aborde d'autres problématiques soulevées par la crise sanitaire liées à la covid 19.

*Dans son éditorial, **JC Ban** évoque le vécu des populations lors des phases de confinements avec adaptation à un nouveau mode de vie.*

L'ensemble des pays de la planète s'est organisé pour répondre à la pandémie à la covid 19 et ainsi s'adapter à la crise sanitaire mondiale et ses conséquences.

*Les conséquences de cette pandémie sur l'évolution des affections chroniques sont évoquées par **B Ebikili**, dans une revue de la littérature.*

*La nécessaire réorganisation de l'accueil des patients, de leurs familles, ainsi que de l'exécution des soins médicaux au sein d'une maternité durant la crise sanitaire est décrite par **D Pouehe**.*



H Loemba souligne l'intérêt des tests virologiques et sérologiques dans le diagnostic de la covid 19 au cours des différentes phases de la maladie.

Le vécu et les répercussions sociales, psychologiques et culturelles sont présentées par *JC Ban* et *CS Moukouta* au cours de la pandémie, du décès des patients et du processus de deuil.

I Kissingou nous livre une analyse des impacts juridiques des mesures prises par les autorités gouvernementales sur les libertés publiques fondamentales et individuelles.

A travers une analyse de la presse, *JC Ban* nous relate des conflits institutionnels inter-états mais aussi des tentatives de réponses face à cette pandémie.

P Mavoungou témoigne de son expérience du confinement dans une grande ville française.

Enfin, deux Hommages rédigés par *JM Metoul Adicollé* et *A Aleba*, ont été rendus aux Professeurs *Lazarre Kaptue Noche* et *Charles Gombe Mbalawa*, respectivement professeur honoraire du Cameroun et recteur honoraire du Congo Brazzaville. Ces 2 éminentes personnalités nous ont quittées récemment après avoir accompli leurs devoirs laissant ainsi un grand vide parmi leurs nombreux élèves.

Nous vous en souhaitons une agréable lecture.

Le Comité de rédaction



Les Carnets du Confinement aux Temps de la COVID-19.

J-C Ban, MD.

Psychiatre, Praticien Hospitalier ESRP/ SAMSAH/ EANM SALAGNAC (Dordogne)
Psychiatre, Consultant, C.H du Cœur de Corrèze, TULLE

Nous sommes quasiment à un an de la mise en place des mesures de confinement décidées lors de la première vague de la pandémie à la Covid-19. Depuis, La situation d'urgence sanitaire demeure, la vie économique et la vie quotidienne, simplement, n'ont pas repris leurs cours habituels. Comme pour « tenter de conjurer le sort », nous avons choisi de dépoussiérer nos notes, images, réflexions et éléments de méditation du temps du confinement pour les mettre en partage et susciter d'autres vues pour sortir de la morosité ambiante.

Libre rédaction :

- Témoignages/ Récits,
- Articles,
- Réflexions de tous types (clinique, pharmacologique, biologique, juridique, économique, financière, institutionnelle, philosophique, socio-anthropologique, théologique.....),
- Analyses/ critiques d'articles,
- Pratiques institutionnelles.

La pratique médicale de l'isolement parasitaire, infectieux (bactérien et viral) et psychiatrique est connue de très longue date. Elle relève comme dans le domaine judiciaire de la personnalisation, de l'individualisation du « traitement ». Elle vise à mettre à l'écart « pour un temps », le malade, le sujet qui a transgressé « hors d'état de nuire » au grand nombre de ses proches, de ses concitoyens. Mais, voilà que dans la procédure du confinement, « tous sont enfermés pour échapper au virus », expérience autant angoissante qu'atypique. En effet, dans la procédure d'isolement, un individu ou des individus sont identifiés par la « Société » comme malades ou perturbateurs ; c'est donc de cette identification que découle la mesure. Or, en mars 2020, lorsque la procédure est engagée, les tests de dépistage de la Covid-19 connaissent encore une grande période de balbutiements. Ainsi, le confinement dans sa formule : « RESTEZ CHEZ VOUS » consiste à maintenir chez elles (avec leurs proches) des personnes bien portantes en apparence, des personnes atteintes de maladies chroniques et des personnes malades mais « pas encore suffisamment malades pour se rendre à l'hôpital ». Il s'invite alors au débat la question fondamentale de la restriction des libertés individuelles

suscitant des oppositions et contestations par-ci et par là. Cette question se pose encore avec beaucoup d'acuité dans les lieux de privation de liberté où la surpopulation donc la promiscuité sont au rendez-vous. Force est de constater que la gravité de la situation pandémique et le discours martial employé vont pour un temps faire consensus.

Le domicile, forteresse de protection contre le virus va se transformer pendant des semaines interminables en lieu de travail, de scolarisation des enfants, de pratique du sport mais demeurera toujours aire de vie commune dans laquelle il conviendra de ne pas se marcher dessus ni de « pomper l'air des autres » signant ainsi les nouvelles modalités interactives. Dans cette pénible attente, certains tenteront de s'instruire, lire, écrire ou méditer; d'autres occuperont leurs mains à bricoler et d'autres encore consacreront cette pause sanitaire, à prendre soin de leurs proches en améliorant leurs qualités culinaires. Néanmoins, cette nouvelle coexistence permanente devrait se faire selon les mesures édictées de règles d'hygiène et de distanciation physique. Comment alors réorganiser l'aire familiale, concilier vie familiale et mesures barrières ?

La claustration au domicile, nous l'évoquons plus haut s'intégrait dans le contexte « d'un plan martial » décrété par le Président de la République dont l'allocution au ton grave était marquée par la réitération : « Nous sommes en guerre ». Les jours suivants, faute « d'équipements militaires adaptés », étaient couronnés d'insuccès : la population « tombait », les soignants aussi. Certains d'épuisement, d'autres de la même maladie que leurs malades (suscitant un temps dans le monde, discriminations et violences à leur encontre) et d'autres encore au prix de leurs vies.

L'expérience du confinement aura donc débuté dans l'effroi avec le constat de débordements des services de réanimation, la multiplication des transferts routiers, ferroviaires et aériens de patients et le nombre quotidien et croissant de morts inhumés avec la plus grande célérité. C'est un état de sidération à l'échelle nationale et internationale, traduction d'un état de catastrophe. Pendant ce temps de réclusion, certains de nos contemporains vont puiser dans leurs ressources pour en ressortir la notion de contentement, d'autres allant même jusqu'à vivre une vie quasi-ascétique. « A chacun sa recette, ce qui compte c'est survivre ». Il convient de rappeler l'inquiétante pause économique et financière faisant du poste des dépenses alimentaires, la presque exclusivité des dépenses des ménages. Dans cette troisième vague de la pandémie évoluant crescendo, les mesures de couvre-feu renforcées voire d'évocation de reconfinement viennent réveiller les émotions, les paroles longtemps contenues. Il s'agit dans ce projet d'accueillir ces émois, de les partager et de demeurer solidaires.



Conséquences du confinement lié à la pandémie COVID-19 sur les pathologies chroniques.

B. Ebikili, MD

Néphrologue, Praticien Hospitalier. ESPIC-ECHO, CH, Le Mans

Résumé

La pandémie de maladie à Coronavirus 2019 (COVID-19) est une urgence de santé publique mondiale sans précédent qui a radicalement changé notre quotidien.

Face à l'évolution de la pandémie de la COVID-19, les gouvernements de nombreux pays ont mis en place, des actions afin de ralentir la progression du virus mais aussi pour réduire le nombre de contaminations en limitant les interactions sociales par des mesures de confinement. Si le confinement empêche la propagation du virus et contribue à réduire le nombre de contaminations, du fait de l'état de sédentarité imposé, il contribue indirectement à l'aggravation de certaines pathologies du fait du retard de diagnostic et de prise en charge. Ce travail, basé sur une revue de la littérature mondiale, montre l'impact négatif du confinement sur l'évolution de ces maladies chroniques avec un sur-risque de complications et de décès extrahospitalier souvent d'origine cardiovasculaire.

Summary

The 2019 coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic is an unprecedented global public health emergency that has radically changed our daily lives. Faced with the evolution of the COVID-19 pandemic, governments of many countries have taken actions to show the progression of the virus but also to reduce the number of infections by limiting social interactions through containment measures. While confinement prevents the spread of the virus and helps reduce the number of infections, due to imposed sedentary lifestyle, it indirectly contributes to the aggravation of certain pathologies due to delayed diagnosis and treatment. This work is based on review of the literature, shows the negative impact of confinement on the course of the chronic diseases with an increased risk of complications and out-of-hospital death, often of cardiovascular origin.



1. INTRODUCTION

A ce jour, le nouveau coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu (SARS-COV-2), responsable de la pandémie COVID-19, a infecté plus de 100 millions de personnes et causé directement plus de 2 millions de décès dans le monde.

Pour prévenir la propagation du virus et soulager la pression sur les systèmes de santé, les gouvernements ont imposé les mesures d'isolement. Ces stratégies ont certes limité l'impact de la première vague de COVID-19 mais ont paradoxalement perturbé les parcours de soins habituels pour les affections non COVID avec toutes ses conséquences (1).

Face au confinement destiné à freiner la propagation de l'infection à la COVID-19, la plupart des patients ont dû renoncer à leur suivi habituel en présentiel et opté pour une Téléconsultation avec leur médecin traitant ou leur spécialiste, voire des échanges par mail pour renouveler des ordonnances. Si pour beaucoup de patients, ce moyen de suivi à distance a permis d'éviter le contact rapproché et le risque de contamination dans les structures de soins, pour d'autres, ils n'ont eu guère de choix que de se rendre impérativement dans les structures spécialisées pour leurs soins. C'est le cas, des patients nécessitant une chimiothérapie pour cancers, des insuffisants rénaux traités par hémodialyse, des diabétiques avec complications multiples, des patients avec pathologies cardiovasculaires instables...

2. Quelles conséquences du confinement de la pandémie CODID-19 sur ces pathologies.

En France, près de 20 millions de personnes sont atteintes de pathologies chroniques qui requièrent, de façon régulière et constante, des soins médicaux, des consultations médicales. Parmi elles, plus de 10 millions de personnes souffrant d'hypertension artérielle, environ 4,5 millions de diabétiques, 3,5 millions suivis pour une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), 3 millions atteintes d'insuffisance rénale chronique (dont environ 90 000 traités pour insuffisance rénale terminale nécessitant un traitement de suppléance, 55% en dialyse et 45% greffés) et 400 000 nouveaux cas de cancers diagnostiqués chaque année en plus des patients déjà traités en oncologie.

Quelles conséquences, la pandémie de COVID-19 a-t-elle eue sur le suivi et la prise en charge de ces patients atteints de pathologies chroniques ? Combien de patients ont-ils renoncé à leurs consultations pendant le confinement avec quelles conséquences ?

Plus de 600 000 patients devront sortir pour des soins, dont près de 320 000 suivent chaque année des chimiothérapies, plus de 210 000 bénéficient de séances de radiothérapies et 82 000 doivent être dialysés.

En l'absence de traitements efficaces du SARS-COV-2 (COVID-19), les mesures de distanciation physique et le confinement restent les moyens les plus efficaces pour lutter contre la propagation de l'épidémie. Ces mesures peuvent avoir des répercussions non seulement économiques et sociales, mais aussi médicales, notamment chez des patients suivis pour des maladies chroniques (1, 3)



La réorganisation des systèmes de soins et la peur des patients d'être contaminés par la COVID-19 ont eu des répercussions sur le retard ou l'absence de prise en charge des autres pathologies.

Ainsi en Italie, durant la semaine du 12 au 19 mars 2020, par rapport à la même semaine de l'année 2019, De Rosa et al. (2), rapportent une baisse du nombre d'hospitalisation pour infarctus du myocarde ou de syndromes coronariens aigus ST- ou ST+, respectivement de 48% ($p < 0,001$), de 26% ($p = 0,009$) et de 65% ($p < 0,001$). De même, le nombre d'arrêt cardio-respiratoire survenus dans la région de Lombardie a augmenté de 53% durant le mois de mars par rapport au mois de mars de l'année précédente.

En France, une enquête réalisée par l'institut de sondage IPSOS (4) auprès d'un échantillon de 5001 personnes représentatives de la population française âgée de 18 ans et plus, au sein desquelles 1300 personnes souffraient de certaines pathologies chroniques (diabète, cancers, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale chronique, hypertension artérielle ...) a montré que 51% des personnes ont renoncé à au moins une consultation médicale en ville ou à l'hôpital et que 30% de personnes souffrant de pathologies chroniques considèrent que l'épidémie a eu un impact important sur leur prise en charge, 8% ont arrêté ou retardé leur traitement, 3% ont renoncé à tout soin.

Ce phénomène de «renoncement» global concerne toutes les pathologies. Ainsi cette renonciation concerne 52% de patients diabétiques (contre 51% pour l'ensemble des patients chroniques), 51% patients atteints de cancers, 52% des maladies respiratoires, 51% de patients hypertendus. Ce phénomène de renonciation a été plus accentué chez certaines personnes atteintes de pathologies chroniques, 61% chez des patients atteints d'insuffisance rénale chronique dialysés, 64% des patients atteints de maladies chroniques du foie, 63% des patients suivis pour une maladie immunitaire et 62% chez des patients sous traitement immunosuppresseur.

Ce renoncement s'adresse le plus souvent aux patients de moins de 35 ans (42%) qu'aux patients âgés, ceux de 65 ans et plus (21%)

Les orientations mondiales sur les mesures de confinement pour la prévention du COVID-19, mettent un accent particulier sur les populations vulnérables, notamment celles atteintes des pathologies chroniques. Si ces recommandations sont cohérentes pour éviter la propagation de l'infection SARS-COV-2, elles semblent cependant en contradiction avec les soins et le suivi de ces populations.

Pour ce qui est du diabète, la prise en charge peut être complexe, et il est souvent nécessaire de maintenir des interactions régulières patients-soignants pour l'éducation thérapeutique, pour les prescriptions des médicaments mais aussi pour la prise en charge éventuelle des complications et tout retard de prise en charge peut avoir des conséquences sur l'évolution de la maladie (5). Une des faiblesses de la réponse actuelle au COVID-19 est l'accent mis sur les hospitalisations et moins sur l'importance des soins primaires pour garantir la continuité des soins.

Pour ce qui est de la pathologie cardiaque, Andersson et al., dans une étude récente (6), évaluant l'impact du confinement sur l'incidence de la maladie cardiaque dans la



population danoise, observent, une aggravation liée au confinement. Le taux d'insuffisance cardiaque apparue entre le 1er janvier et le 11 mars était comparable pour 2020 et 2019 (1,83 en 2020 contre 1,78 pour 1000 patients-année en 2019, $p = 0,19$), tandis que les hospitalisations pour aggravation de l'insuffisance cardiaque étaient légèrement en hausse en 2020 par rapport à 2019 (1,04 contre 0,93 pour 1000 patients-année, $p = 0,02$). Pendant cette même période de confinement, le taux de nouveaux diagnostics d'insuffisance cardiaque était en baisse (1,26 pour 1000 patients-année en 2020 contre 2,26 pour 1000 patients-année en 2019, $p < 0,0001$) et le taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque également en baisse pour 2020 par rapport à 2019 pendant le confinement (0,6 pour 1000 patients-année pour 2020 contre 0,99 pour 1000 patients-année pour 2019, $p < 0,0001$). La mortalité était similaire avant et après le confinement. Pas d'impact observé sur la mortalité à court terme mais un risque potentiel à long terme en raison de la sous-médication éventuelle.

Butt et al. (7) dans une étude de cohorte récente, analysant la mortalité toutes causes confondues et les lieux de décès au sein de la population Danoise, avant, pendant et après le confinement lié à la pandémie COVID-19, n'ont pas trouvé une différence en termes de mortalité globale des patients atteints de pathologies cardiovasculaires, comparativement à la même période de l'année précédente, malgré les mesures de confinement. Ils ont cependant observé, une baisse de la mortalité hospitalière d'origine cardiovasculaire qui était, malheureusement contrebalancée par une mortalité extrahospitalière plus élevée pendant la période de confinement. Drieskens et al. (8) en Belgique, évaluant l'impact du confinement sur les comportements sur un échantillon de 28029 personnes âgées de 18 ans et plus ont constaté après 6 semaines de confinement, une prise de poids chez 28%, en grande partie liée à la baisse de l'activité physique mais aussi à la consommation d'alcool et des boissons sucrées.

Marijon et al. dans une étude observationnelle (9) évaluant l'incidence des arrêts cardiovasculaires hors hôpital (OHCA) en Ile de France pendant la période de pandémie et du confinement du 16 mars au 26 avril 2020 par rapport aux périodes non pandémiques de 2012 à 2019 sur les mêmes semaines, montre une augmentation de l'incidence des arrêts cardiovasculaires qui est passée de 13,4 par million d'habitants pour les années précédentes (IC (%)) à 26,6 par millions d'habitants en 2020 ($p < 0,0001$). Bien que la démographie des patients n'ait pas beaucoup changé pendant la période de confinement par rapport à la période précédente (âge moyen 69 ans vs 68,5 ans), il a été observé un taux plus élevé de décès à domicile, 90% en 2020 contre 76% sur la période précédente ($p < 0,0001$).

Aajal et al. au Maroc (10), évaluant l'impact du confinement de deux mois chez 100 patients atteints de pathologies cardiaques non COVID dont 27% de coronaropathies, 40% de valvulopathies et 37% d'insuffisance cardiaque (22% de ces patients traités pour une ACFA et plus de la moitié pour une hypertension artérielle) ont observé sur cette période de deux mois, une prise de poids significative de 1,71 kg ($p < 0,001$) soit une augmentation de de l'IMC de 0,58 kg/m² ($p < 0,001$). Le pourcentage des patients avec hypertension artérielle systolique ≥ 140 mmHg est passé de 38 à 44% soit une augmentation de 6% tandis que le pourcentage de pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg est passé de 21 à 15% soit une baisse de 6%, sans

toutefois enregistrer de différences significatives. L'apport calorique a augmenté de 33 à 46% et l'apport en sel a augmenté de 4 g/j. La dyspnée stade 3 de NYHA est passée de 32 à 40% soit une augmentation de 8%. Le confinement dans cette étude a entraîné une augmentation de l'incidence d'événements cardiovasculaires de 10% avec 2 cas d'infarctus du myocarde dont un décès, un décès pour insuffisance cardiaque en phase terminale et 3 hospitalisations pour insuffisance cardiaque congestive.

3. DISCUSSION

Au-delà de la mortalité directe causée par le virus, il existe des conséquences liées à la désorganisation de système de santé. Le confinement et les restrictions des mouvements imposés par plusieurs pays, ainsi que la peur de la contamination dans les hôpitaux ont conduit les patients à hésiter d'appeler les services d'urgence (SAMU) ou de se présenter aux urgences, ce qui entraîne une sous-médicalisation et/ou des retards de prise en charge médicale. A cela il faut ajouter des activités médicales de routine reportées, y compris les hospitalisations programmées qui sont annulées pour se concentrer sur les patients atteints de COVID-19 et éviter une exposition inutile de patients stables au risque de contamination à l'hôpital. Tout ceci ayant des effets délétères sur la santé de la population particulièrement souffrant des maladies chroniques avec un sur-risque de décès par arrêts cardiaques hors hôpital.

Le confinement du fait de la baisse de l'activité physique, entraîne un bilan énergétique positif chronique, en raison de la sédentarité et un risque de suralimentation avec pour conséquence une prise de poids (**8, 11**). Cette prise de poids pouvant avoir des conséquences métaboliques, telles une augmentation de la résistance à l'insuline et des graisses totales, surtout abdominale et enfin une augmentation de la sécrétion des cytokines pro-inflammatoires. Tous ces facteurs étant associés au développement du syndrome métabolique, qui à son tour augmente le risque de maladies chroniques et des complications cardiovasculaires (**10, 11**).

Les conséquences du confinement sur la morbi-mortalité peuvent être multifactorielles et complexes et ne s'expliquent pas par le seul changement de comportement alimentaire ou la réaffectation des ressources hospitalières. Les patients peuvent retarder, ignorer ou ne pas réagir du tout aux symptômes de la maladie cardiaque et tout ceci ayant pour conséquences une prise en charge tardive au stade des complications. Une étude suédoise, évaluant l'impact du confinement par rapport au niveau de scolarité (**12**) a montré une baisse d'hospitalisation dans les populations avec un niveau de scolarité faible ou moyen alors qu'aucune différence n'était observée chez des patients ayant un niveau de scolarité élevé. Tout ceci soulève des inquiétudes concernant la sous-médicalisation, qui sans prise de conscience et sans action pourrait creuser l'écart en termes de morbi-mortalité au domicile.



4. CONCLUSION

L'infection à SARS-COV-2 (COVID-19) est une pathologie pouvant avoir des conséquences graves par atteinte directe du virus, notamment chez les personnes âgées avec un taux de mortalité élevé en l'absence de traitements clairement identifiés à ce jour. Cependant les mesures de restrictions, dont le confinement qui ont été mises en place pour freiner l'extension de la pandémie, peuvent avoir des conséquences, non seulement économiques et sociales mais aussi médicales indirectes du fait du retard ou de l'absence de prise en charge, sur l'évolution à court terme des pathologies chroniques, telles, les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'insuffisance rénale chronique ou les cancers. Les conséquences de ces confinements sur le long terme restent à évaluer.



REFERENCES

1. Cannata A, Bromage D, McDonagh T. The collateral cardiovascular damage of COVID-19 : only history will reveal the depth of the iceberg.
Eur Heart J. 2021; **00**, 1-4.
2. De Rosa S, Spaccarotella C, Basso C, Calabro MP, Curcio A, Filardi PP, Mancone M, Mercurio G, Muscoli S, Nodari S, Pedrinelli R, Sinagra G, Indolfi C; on behalf of Società Italiana di Cardiologia and the CCU Academy investigators group. Reduction of hospitalisation for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 Era.
Eur Heart J. 2020; **41** (22) : 2083-2088.
3. Baldi E, Sechi GM, Mare C, Canevari F, Brancaglione A, Primi R, Klersy C, Palo A, Contri E, Ronchi V, Beretta G, Reali F, Parogni P, Facchin F, Bua D, Rizzi U, Bussi D, Ruggeri S, Visconti LO, Savastano S. Out of hospital cardiac arrest during the COVID-19 outbreak in Italy.
New Engl J Med. 2020; **383** : 496-498.
4. Mercier E. Maladies chroniques et confinement : à quel point les patients ont-ils renoncé à se soigner.
Enquête IPSOS/AMGEN pour DATACOVID, avril 2020.
5. Beran D, Peronne SA, Perolini MC, Chappuis F, Chopard P. Beyond the virus : Ensuring continuity of care for people with diabetes during COVID-19.
Primary Care Diabetes, 2021 ; **15**(1) : 16-17.
6. Andersson C, Gerds T, Fosbøl E, Phelps M, Andersen J, Lamberts M, Holt A, Butt JH, Madelaire C, Gislason G, Torp-Pedersen C, Køber L, Schou M. Incidence of New-Onset and Worsening Heart Failure Before and After the COVID-19 Epidemic Lockdown in Denmark: A Nationwide Cohort Study.
Circ Heart Fail 2020, **13** : 7274.
7. Butt JH, Fosbøl EL, Gerds TA, Andersson C, Kragholm K, Biering-Sørensen T, Andersen J, Phelps M, Andersen MP, Gislason G, Torp-Pedersen C, Køber L, Schou M. All-cause mortality and location of death in patient with established cardiovascular disease before, during, and after the COVID-19 lockdown: a Danish Nationwide Cohort Study.
European Heart Journal 2021; **00**, 1-9.
8. Berger N, Vandevijvere S, Gisle L, Braekman E, Charafeddine R, De Ridder K, Demarest S. Short-term impact of the COVID-19 confinement measure on health behaviour and weight gain among adults in Belgium.
Archives of Public Health, 2021, **79**: 1-10.
9. Marijon E, Karam N, Jost D, Perrot D, Frattini B, Derkenne C, Sharifzadehgan A, Waldmann V, Beganton F, Narayanan K, Lafont A, Bougouin W, Jouven X. Out-of-hospital cardiac arrest during the COVID-19 pandemic in Paris, France: a population-based, observational study.



The Lancet, 2020; **5** : 437-443.

10. Aajala A, ElBoussaadania B, Haraa L, Benajibaa C, Boukouka O, Benalia O, Ouadfela O, Bendoudoucha H, Zergounea N, Alkattana D, Mahdib Z, Najdib A, Raissun Z. Les conséquences du confinement sur les maladies cardiovasculaires. Annales de Cardiologie et d'Angéologie, 2021; **70** (2) : 94-101.
11. Martinez-Ferran M, De La Guia-Galipienso F, Sanchis-Gomar F, Pareja-Galeano H. Metabolic impacts of confinement during the COVID-19 Pandemic Due to Modified and Physical Activity Habits. Nutrients, 2020, **12**(6) : 1549.
12. Andersen J, Strandberg-Larsen K, Gerds T, Gislason G, Torp-Pedersen C, Blanche P, Andersson C, Køber L, Fosbøl E, Phelps M, Kragholm K, Andersen MP, Østergaard L, Butt J, Schou M. Risk of major cardiovascular events according to educational level before and after the initial COVID-19 public lockdown: a nationwide study. J Epidemiol Community Health, 2021, **0**: 1-7.



Confinement ou l'attente troublée de la maternité et de la paternité.

D. Pouehe, MD.

Gynécologue Obstétricien. Praticien hospitalier, Centre Hospitalier de Sens

INTRODUCTION

L'apparition de la pandémie à covid-19 a entraîné des modifications psycho-socio-sanitaires, économiques et financières dans le monde. Aucun état n'est épargné.

Les décisions des différents gouvernements s'appuient sur les recommandations de leurs comités scientifiques respectifs.

Depuis plusieurs mois, l'épidémie à coronavirus sévit sur la planète, hante les esprits et envahit les médias.

Aucune thérapeutique ne s'est avérée totalement efficace pour traiter la covid-19. Tester, tracer et isoler reste le trépied pour tenter de limiter cette pandémie.

L'espoir majeur reste l'avènement du vaccin. Mais pour l'instant la seule arme reste le confinement pour casser la courbe de contamination et diminuer le nombre d'hospitalisations en réanimation.

La vie de la population est impactée par l'angoisse que génère cette infection à coronavirus SARSCoV-2 ou Covid-19 sans compter les nombreuses problématiques que nous allons aborder sous le prisme obstétrical.

BUT

L'objectif de cette réflexion était de souligner l'impact de cette pandémie sur l'organisation du travail dans une maternité.

ANALYSE DE LA SITUATION

L'épidémie de Covid-19 oblige les établissements de soins et plus particulièrement les maternités à élaborer des procédures spécifiques de prise en charge.

Ces procédures nécessitent de s'approprier des techniques nouvelles (notamment habillage / déshabillage) et une organisation complexe avec la mise en place d'un circuit dédié permettant de limiter la contamination du personnel et des autres patientes.

Il est donc un devoir moral et professionnel pour les personnels de santé de se faire vacciner pour éviter de contaminer les patients, car la Covid-19 peut être considérée dans ce contexte comme une infection nosocomiale lorsqu'un patient entre dans un hôpital pour une



maladie déterminée, et est contaminée par le personnel ou un autre malade durant son séjour hospitalier.

Les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ne sont pas du tout abordés dans ce présent travail.

L'impact de la pandémie à la Covid-19 dans les maternités touche tous les secteurs essentiels d'activités :

- le secrétariat
- la salle de naissance
- le service d'hospitalisation

Notre secrétariat est composé de 3 unités : l'accueil physique, l'accueil téléphonique et la saisie ou la frappe.

Selon les recommandations édictées le 27 avril 2020 par le CNGOF (Collège National des Gynécologues-Obstétriciens français), la survenue brutale de la crise sanitaire a amené les hôpitaux à interdire les visites dans tous les services (1).

Pour la situation particulière des maternités, la présence d'un accompagnant s'est vue limitée à la seule période d'accouchement et des deux heures du post-partum, (position du CNGOF du 27 mars 2020) (2).

Si cette position semblait acceptable au moment de la crise, il apparaît difficile de la maintenir si la situation épidémiologique se stabilise.

Il est de coutume que la naissance soit un événement de la vie souvent préparé en commun par le couple. L'importance des enjeux psychiques de la périnatalité amène certaines sociétés savantes à faciliter la présence de l'accompagnant auprès des femmes enceintes sous réserve de la possibilité de mise en œuvre des mesures barrières et un engagement de l'accompagnant à les respecter.

Une possibilité a été donnée à l'accompagnant d'assister aux seuls examens échographiques morpho-biométriques du 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre ainsi qu'à l'accouchement.

A l'accueil physique du secrétariat, l'absence de filtre comme dans certains hôpitaux engendre des comportements d'incivilité faits de menaces verbales obligeant les secrétaires à faire appel aux agents chargés de la sécurité. Les secrétaires font aussi l'objet de propos désobligeants. Les secrétaires n'ont pas à gérer le flux des accompagnants qui investissent et envahissent le secrétariat, engendrant une situation de stress notoire.

Par ailleurs, on relève une baisse d'activité en raison des annulations des rendez-vous par crainte de contracter la maladie à l'hôpital. De ce fait, certaines patientes estiment que les troubles qualifiés de mineurs peuvent attendre.

Le secrétariat chargé de l'accueil téléphonique est saturé par les multiples appels qui sollicitent un report du rendez-vous.

Des circuits d'accès aux consultations et aux soins sont élaborés et bien fléchés. Pour éviter l'attroupement des patientes dans les salles d'attente, les horaires de consultation ont été étalés et prolongés à 30 minutes au lieu de 15 ou 20.

Les salles d'attente sont adaptées de sorte que les couples soient suffisamment à distance les uns des autres (> 1 m).



Les règles sont toutes aussi strictes dans les salles de naissance. L'accompagnant s'engage à rester « confiné » pendant toute la durée de sa présence afin d'éviter au maximum les allées et venues. Les tests rapides de recherche de la Covid-19 sont réalisés avant l'entrée en salle de travail. La négativité du test rassure bien entendu le personnel. Mais lorsque la parturiente refuse de faire le test, étant libre de l'accepter ou non, le personnel est alors très inquiet car exposé devant la méconnaissance du statut virologique de la parturiente. En l'absence du partenaire ou d'un accompagnateur, la parturiente est plus stressée et la présence du personnel (sage-femme et auxiliaire de puériculture) est rassurante et nécessaire.

Les exigences d'un test covid-19 par PCR sont plus que nécessaires au risque de bloquer une salle d'accouchement pendant toute la durée de la désinfection, rendant difficile la gestion des salles d'accouchement.

Les pères ne sont tolérés que lors de l'accouchement. Cette situation est frustrante pour le couple et particulièrement pour la jeune parturiente qui a besoin du réconfort moral et psychologique par la présence de son partenaire ou d'une personne de son choix. Il y a en plus la contrainte de garder le masque pendant toute la durée du travail et éventuellement de ne l'ôter qu'au moment des efforts de poussée.

Dans le service d'hospitalisation, on relève :

- une baisse d'activités car il y a moins de pathologies (accouchements prématurés et menaces d'accouchement prématuré) et en conséquence une accalmie de l'activité en néonatalogie ;
- une diminution du nombre de visiteurs (absence de grand-mère, tante, etc...) ;
- une diminution de l'empathie et du contact humain, le personnel paraissant à tort moins sympathique.
- les Auxiliaires de puériculture et les Sages-femmes sont réticentes à prendre le bébé dans les bras par crainte de contamination en cas de méconnaissance du statut virologique de la parturiente;
- des problèmes d'organisation relatif à la baisse d'effectif du au cas de contamination entraînant l'indisponibilité de membres du personnel.
- toutefois, cette situation a permis de susciter un intérêt intellectuel du personnel avec participation à des cellules de crise, sortie de la routine et mise en place de visioconférences hebdomadaires par le réseau Périnatal entre autres. Ces temps d'échange ont été particulièrement appréciés.

Parmi les problèmes rencontrés, du point de vue de l'organisation, on peut citer :

- l'impact sur les effectifs, avec le confinement pour raison médicale de certains agents, jugés à risque car porteurs des maladies chroniques ou ataviques à risque ;
- la réadaptation du planning en fonction des absences ;
- l'impact psychologique en début de première vague, avec des agents, pour certains, très soucieux ;



- la communication auprès de l'équipe pour la prise en charge d'une patiente covid-19 +, ou suspecte de réalisation des tests, le circuit patient au sein du Centre Hospitalier.
- la mise en place de circuits, afin de limiter les passages des patientes ;
- la communication auprès des patientes pour faire connaître les circuits (réseaux sociaux)
- la restriction des visites adaptées en conséquence ;
- la baisse d'activités en maternité et en néonatalogie.

Sur le plan des mesures préventives des femmes enceintes au travail pendant la pandémie Covid-19, le CNGOF a été sollicité à plusieurs reprises concernant les mesures d'éviction des femmes enceintes, en particulier au troisième trimestre de la grossesse.

D'une manière générale les recommandations du 27 avril 2020 par le CNGOF (Collège National des Gynécologues-Obstétriciens français stipulent que les femmes enceintes doivent faire l'objet d'une précaution particulière comme chacun des soignants (1). Le risque associé semblant proche de celui de la population générale - au moins au premier trimestre et au deuxième trimestre de la grossesse - il n'y a pas de justification pour une éviction systématique à ces termes ; néanmoins des mesures d'adaptation spécifiques au cas par cas en fonction des facteurs de risque individuels et des risques obstétricaux habituels peuvent être mises en place.

Les femmes enceintes au troisième trimestre ont en revanche un risque accru de présenter des formes graves voire critiques, en particulier si elles ont des facteurs de risque surajoutés (obésité, âge > 35 ans, antécédent de grossesse pathologique, HTA au cours de la grossesse actuelle, diabète), même si ce surrisque est probablement moins important que les patientes plus âgées avec une comorbidité importante.

Il est donc évident de concevoir la nécessité de recourir à l'aide de tous les soignants pour faire face à la crise mais il est recommandé de limiter l'exposition des soignants, en particulier les femmes enceintes, sur des postes exposés au coronavirus, en excluant systématiquement les femmes enceintes des unités dédiées Covid et de recourir aux mesures barrières les plus strictes possibles.

Dans tous les cas, si des mesures d'éviction adaptées ne peuvent pas être mises en œuvre, il revient à l'employeur d'appliquer le protocole national pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise chez des personnes considérées comme vulnérables en instaurant le télétravail et, s'il est impossible, le placement en chômage partiel en lien avec la médecine du travail, et ce y compris chez les femmes enceintes exerçant des soins à la personne (3).

En l'état actuel des connaissances sur la Covid-19, les femmes enceintes sont de manière générale des sujets fragiles qui nécessitent une grande diligence. Par précaution, le Haut Conseil de Santé Publique a classé les femmes enceintes à partir du troisième trimestre comme personnes à risque (4). Elles doivent être vigilantes, respecter minutieusement les gestes barrières et peut-être envisager le confinement des femmes enceintes ou alors limiter



leur présence dans les lieux publics car il existe aujourd'hui plusieurs centaines de milliers de porteurs sains.

Dans ce contexte épidémique, les femmes enceintes s'inquiètent légitimement des conditions de suivi de leur grossesse, de leur accouchement et retour à la maison.

CONCLUSIONS

Durant cette pandémie, on assiste ainsi à une désorganisation totale des soins en maternité. Des circuits d'accès aux consultations et aux soins externes ont été modifiés. Pour éviter la pléthore des patientes dans les salles d'attente, les horaires de consultation ont été étalés dans le temps et prolongés. Le travail des Agents de sécurité s'avère ardu car il faut d'une part filtrer les entrées et d'autre part répondre à certaines agressions. Certes, il ne faut pas céder à la psychose mais on pourrait résumer la problématique d'une phrase lapidaire « tout le monde est Covid+ jusqu'à preuve du contraire ». C'est pourquoi une stratégie, nationale de dépistage des patientes vis-à-vis de la Covid-19 a été préconisée avant la prise en charge et l'entrée en salle de naissance. De la prudence doit s'imposer, car la vérité de ce jour ne sera pas obligatoirement celle des prochaines semaines ou prochains mois.

Seul l'avènement du vaccin et la stratégie de vacciner toute la population restent salutaires pour une reprise normale du mode de vie antérieure.

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.



REFERENCES

1. Recommandations du 27 avril 2020 par le CNGOF (Collège National des Gynécologues-Obstétriciens français).
2. Position du CNGOF sur la présence d'un accompagnant en maternité dans un contexte de COVID-19 27 avril 2020.
3. Protocole national pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19 Actualisé au 29 octobre 2020.
4. Haut Conseil de la santé publique AVIS Haut Conseil de la santé publique. Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics 20 avril 2020.



Les tests de dépistages virologiques et sérologiques de la COVID-19 et l'interprétation des résultats obtenus au cours des différentes phases de la maladie.

H Loemba, MD, PhD.

Clinicien-chercheur, Virologue.

Faculté de Médecine, Université d'Ottawa.

Consultant en Santé et Sécurité à l'Hôpital Montfort.

Président du Comité de prévention des Infections.

Médecine du VIH-SIDA, Services de Santé de l'Université d'Ottawa (UOHS).

Expert/ Consultant auprès de l'OMS-Afrique en VIH.

Membre, Task-Force Régionale à Ottawa pour les vaccins contre la Covid-19.

e-mail: hloemba@rogers.com

Mise en contexte sur les tests de dépistage de la Covid-19 :

Le contrôle de la pandémie de la Covid-19 repose en grande partie sur le dépistage des cas de Covid-19 afin de les isoler et retracer les contacts, tout en prenant d'autres précautions de prévention (1, 2). Les tests pour la COVID-19 se divisent en trois catégories : les tests d'amplification des gènes ou tests RT-PCR, les tests d'antigène, qui détectent des parties du virus SARS-CoV-2, et les tests d'anticorps qui détectent les immunoglobulines que les gens produisent lorsqu'ils ont été infectés par le virus.

Les tests d'amplification des gènes ou tests RT-PCR représentent les tests de référence pour le diagnostic de la phase aiguë du Covid-19 (3, 4, 5), et ils nécessitent un équipement complexe, coûteux et un personnel technique spécialisé (3, 4, 5). Ces tests RT-PCR ont une sensibilité et une spécificité analytiques supérieures à 95% (6, 7, 8) ; en général, la valeur prédictive positive des tests PCR pour la Covid-19 est excellente et approche les 99%, toutefois, il n'existe pas de test standard unique (6, 7, 8).

Les tests de détection rapide des antigènes ont également été développés (9, 10, 11, 12). Cependant, en comparaison avec les tests RT-PCR, les tests de détection rapide d'antigènes manquent de sensibilité et en raison du risque accru de résultats faussement négatifs, ils sont considérés comme un complément aux tests RT-PCR (11, 12). Des tests moléculaires rapides ont aussi été développés mais leur utilisation au point de service est encore très limitée.

Une Revue Cochrane englobant plusieurs études, menées sur des tests rapides pour le SRAS-CoV-2, a rapporté que la sensibilité des tests d'antigène était variable et la sensibilité moyenne était faible à 56,2%. Pour les tests moléculaires rapides, la sensibilité rapportée par ces études était plus cohérente et la sensibilité moyenne était de 95,2% (13). Les tests sérologiques quant à eux permettent de déterminer si une personne a été exposée au SARS-CoV-2, en identifiant la présence dans l'organisme d'anticorps produits suite à l'infection (14,

15). Ces tests d'anticorps ont une utilisation limitée dans le diagnostic. De plus, leur performance demeure sous optimale avec des risques élevés de biais et d'hétérogénéité (14, 15, 16).

Aperçu sur les phases de la maladie à Covid-19 et l'évolution des marqueurs virologiques et sérologiques.

Une classification en quatre étapes de Covid-19, comme le montre la figure ci-dessous, a également été considérée, la réplication virale se produisant principalement pendant les deux premières étapes et un sujet infecté est principalement contagieux pendant ces deux premières périodes.

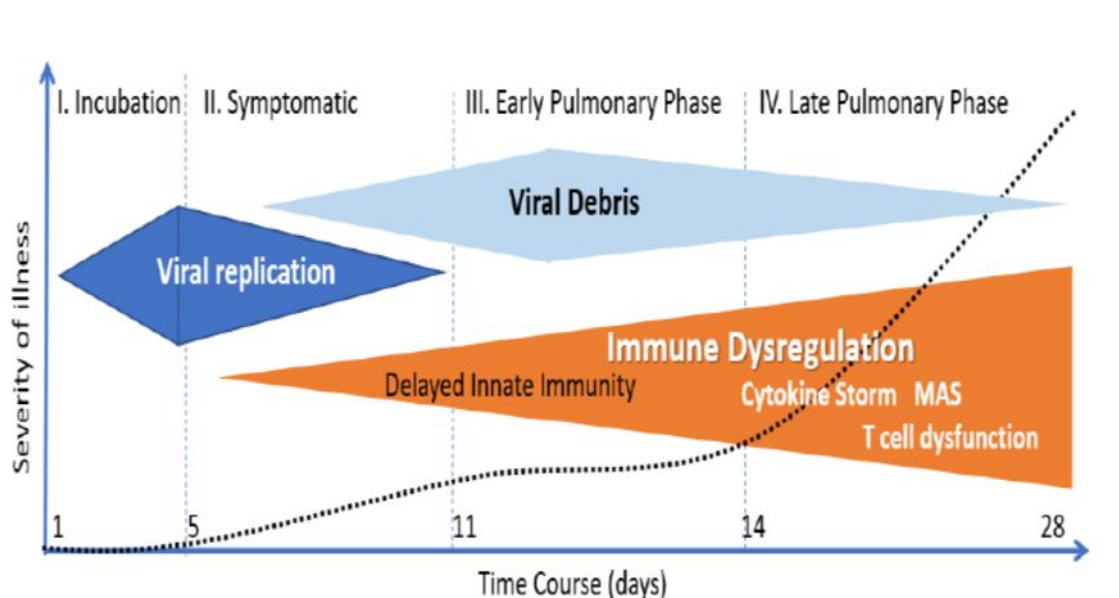


Figure 1 :adaptée de EVMS Critical Care COVID-19 Management Protocol 11-03-2020 | evms.edu/covidcare.

Ce schéma illustre bien l'évolution de l'acide nucléique virale (ARN) lors de la réplication virale suivie de la présence de débris viraux, et puis le chevauchement avec la réponse immunitaire innée qui évolue vers une réponse immunitaire adaptative avec une possibilité de dysfonction cellulaire d'où la tempête inflammatoire au cours de la maladie. Le test de détection de l'ARN viral peut être négatif s'il est fait au cours des 3 premiers jours suivant l'exposition à la maladie.

Par contre le test de détection de l'ARN viral peut permettre d'identifier très tôt les patients asymptomatiques qui peuvent commencer à transmettre la maladie de 72h à 48 heures avant le début des symptômes et en infecter d'autres au cours de la semaine qui suit le début des symptômes, et pendant les 2 premières semaines de la maladie, il n'y a très peu d'anticorps.



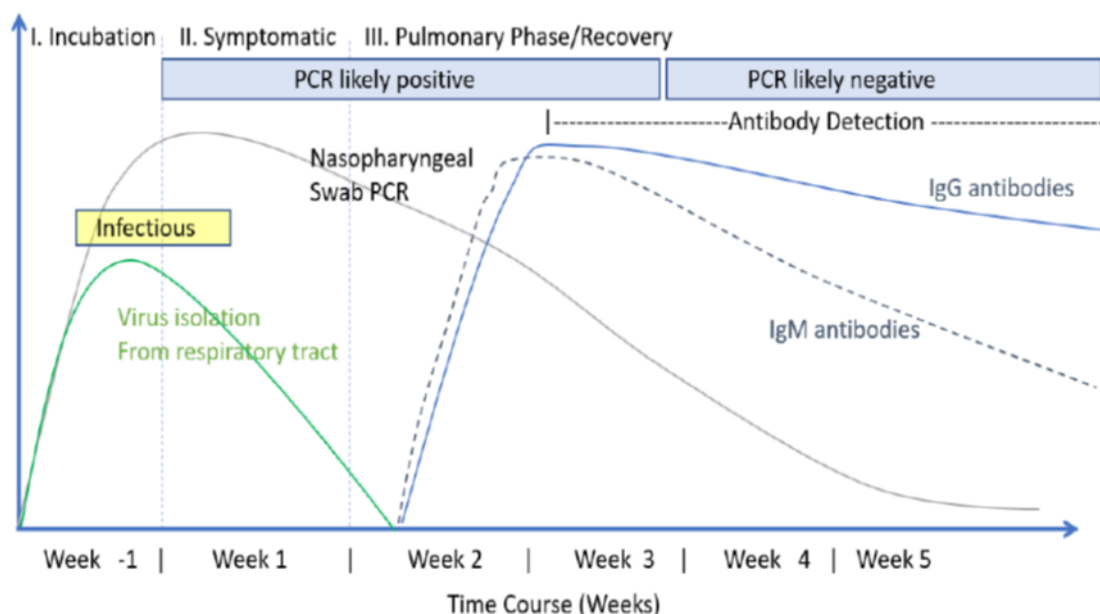


Figure 2 : adaptée de EVMS Critical Care COVID-19 Management Protocol 11-03-2020 | evms.edu/covidcare.

Résultat des tests			Interprétation clinique
RT - PCR	IgM	IgG	
+	-	-	Le patient est probablement dans la période fenêtre au début de l'infection.
+	+	-	Le patient est probablement dans les premières phases de l'infection.
+	+	+	Le patient est dans la phase active de l'infection
+	-	+	Le patient est probablement dans la phase tardive ou bien phase récurrente de l'infection.
-	+	-	Le patient est probablement dans les premières phases de l'infection ; car le résultat RT-PCR peut être un faux négatif.
-	-	+	Le patient est probablement guéri de l'infection et vient de récupérer.
-	+	+	Le patient est probablement dans la phase de convalescence de l'infection, ou bien le résultat RT-PCR peut être un faux négatif.

Tableau I : illustration de l'interprétation clinique et les scénarios possibles lors d'un test PCR et/ou sérologique fait chez un patient atteint ou suspecté de Covid-19.



Opinion

Il est nécessaire d'avoir une surveillance épidémiologique accrue liée à la pandémie à Covid-19; la difficulté d'accéder aux tests PCR au point de service reste un défi en raison de plusieurs facteurs, dont l'envoi d'échantillons d'un patient dans le laboratoire spécialisé, les longs délais d'attente de quelques jours pour recevoir les résultats, un besoin d'équipement spécialisé et de personnel technique. La détection rapide des personnes infectées par Covid-19 représente une urgence. Il est essentiel d'obtenir d'autres tests alternatifs en complément avec les tests PCR, en particulier lorsque l'on est au plus fort de la deuxième vague de cette pandémie. Ces tests complémentaires, simples, rapides, moins chers et faciles à utiliser peuvent être utilisés de manière ciblée et bien encadrée. Ceci aurait l'avantage de permettre une identification plus rapide des patients infectés, sur place, au point de service, au bout de quelques minutes, et isoler ces cas positifs en attendant de compléter les tests PCR pour la confirmation du diagnostic de Covid-19. Autrement dit, si ces personnes infectées sans le savoir n'étaient pas détectées à temps, et se basant juste sur le test PCR, ces personnes auraient amplement le temps d'infecter bien d'autres personnes autour pendant plusieurs jours, y compris pendant les jours d'attente des résultats des tests PCR conventionnels.

En ce qui concerne les tests rapides d'antigène, ces tests sont plus habilités à être positifs et détecter la maladie à Covid-19 chez les patients qui sont symptomatiques, et en particulier au moment où ils sont plus capables de transmettre la maladie.

Les individus peuvent être testés positifs pour le SARS-CoV-2 par réaction en chaîne par polymérase en temps réel (RT-PCR) après avoir cessé d'être infectieux. Mais les tests positifs basés sur la détection de l'antigène SARS-CoV-2 montrent une utilité temporelle qui correspond à la période où le virus se réplique plus activement. Ainsi un test d'antigène rapide pourrait donc être un prédicteur précis du potentiel d'un individu à transmettre le SRAS-CoV-2. (17).

Une combinaison des différents tests avec une utilisation bien ciblée, peut s'avérer utile au cours des différentes vagues de la pandémie à Covid-19, surtout en prévision de la montée en puissance des nouvelles souches mutantes ou variants de ce virus Sars-Cov2 de la Covid-19. Une utilisation optimale des différents tests qui ont été développés, peut permettre une meilleure surveillance de l'épidémiologie et le contrôle des infections contre Covid-19; et cela limiterait sa propagation dans nos communautés.

En définitive, l'interprétation finale d'un test fait à un moment donné de la maladie à Covid-19 chez un patient doit prendre en compte plusieurs éléments importants, y compris les paramètres de performance du ou des tests utilisés, la prévalence de l'infection dans le milieu où le test est utilisé, ainsi que les valeurs prédictives positives et négatives du test. Par conséquent, la tolérance pour les seuils de sensibilité et de spécificité pour un type de test donné variera en fonction de la raison pour laquelle ce test a été prescrit et aussi en fonction de la conduite à tenir qui suivrait un tel test dans le cas où le résultat sera soit positif ou négatif.



REFERENCES

1. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, Haagmans BL, Lauber C, Leontovich AM, Neuman BW, Penzar D, Perlman S, Poon LLM, Samborskiy D, Sidorov IA, Sola I, Ziebuhr J. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus — the species and its viruses, a statement of the Coronavirus Study Group. *Nat Microbiol* 5, 536–544 (2020).
2. WHO. WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020.
<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-sremarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020> (WHO, 11 February 2020).
3. Corman VM, Landt O, Kaiser M, Molenkamp R, Meijer A, Chu DKW, Bleicker T, Brünink S, Schneider J, Schmidt ML, Mulders DGJC, Haagmans BL, van der Veer B, van den Brink S, Wijsman L, Goderski G, Romette JL, Ellis J, Zambon M, Peiris M, Goossens H, Reusken C, Koopmans MPG, Drosten C. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by realtime RT-PCR. *Eurosurveillance* - Volume 25, Issue 3, 23 January 2020.
4. Vandenberg O, Martiny D, Rochas O, Van Belkum A, Kozlakidis Z. Considerations for diagnostic COVID-19 tests. *Nat Rev Microbiol* 19, 171–183 (2021).
5. Loeffelholz MJ, Tang YW. Laboratory diagnosis of emerging human coronavirus infections—the state of the art. *Emerg Microbes Infect.* 2020 Dec;9(1):747-756.
6. Surkova E, Nikolayevskyy V, Drobniowski F. False-positive COVID-19 results. Hidden problems and costs. *Lancet Respir Med.* 2020 Dec;8(12):1167-1168.
7. Watson J, Whiting PF, Brush JE. Interpreting a covid-19 test result. *BMJ* 2020; 369: m1808.
8. Mayers C, Baker K. Impact of false-positives and false-negatives in the UK's COVID-19 RT-PCR testing programme. June 3, 2020. Government Office for Science (GOS) for the Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE).



9. Lambert-Niclot S, Cuffel A, Le Pape S, Vauloup-Fellous C, Morand-Joubert L, Roque-Afonso AM, Le Goff J, Delaugerre C. Evaluation of a rapid diagnostic assay for detection of SARS-CoV-2 antigen in nasopharyngeal swabs. *J. Clin. Microbiol.* 2020 ; 58 : e00977-20.
10. Nagura-Ikeda M, Imai K, Tabata S, Miyoshi K, Murahara N, Mizuno T, Horiuchi M, Kato K, Imoto Y, Iwata M, Mimura S, Ito T, Tamura K, Kato Y. Clinical evaluation of self-collected saliva by RT-qPCR, direct RT-qPCR, RT-LAMP, and a rapid antigen test to diagnose COVID-19. *J. Clin. Microbiol.* 2020 : 58 : e01438-20.
11. Mertens P, De Vos N, Martiny D, Jassoy C, Mirazimi A, Cuypers L, Van Den Wijngaert S, Monteil V, Melin P, Stoffels K, Yin N, Mileto D, Delaunoy S, Magein H, Lagrou K, Bouzet J, Serrano G, Wautier M, Leclipteux T, Van Ranst M, Vandenberg O, LHUB-ULB SARS-COV-2 working diagnostic group, Gulbis B, Brancart F, Bry F, Cantinieaux B, Corazza F, Cotton F, Dresselhuis M, Mahadeb B, Roles O, Vanderlinden J. Development and potential usefulness of the COVID-19 Ag Respi-strip diagnostic assay in a pandemic context. *Front Med (Lausanne).* 2020; 7: 225.
12. Mak GCK, Cheng PKC, Lau SSY, Wong KKY, Lau CS, Lam ETK, Chan RCW, Tsang DNC. Evaluation of rapid antigen test for detection of SARS-CoV-2 virus. *J Clin Virol.* 2020 Aug; 129: 104500.
13. Dinnes J, Deeks JJ, Berhane S, Taylor M, Adriano A, Davenport C, Dittrich S, Emperador D, Takwoingi Y, Cunningham J, Beese S, Domen J, Dretzke J, Ferrante di Ruffano L, Harris IM, PriceMJ, Taylor-Phillips S, Hoo- L, Leeftang MMG, McInnes MDF, Spijker R, Van den Bruel A, CochraneCOVID-19 Diagnostic Test Accuracy Group. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 8. Art. N°.: CD013705.
14. Ong DSY, de Man SJ, Lindeboom FA, Koeleman JGM. Comparison of diagnostic accuracies of rapid serological tests and ELISA to molecular diagnostics in patients with suspected COVID-19 presenting to the hospital. *Clin Microbiol Infect* 2020; 26: 1094.e7e-1094.e10.
15. Van Elslande J, Houben E, Depypere M, Brackenier A, Desmet S, André E, Van Ranst M, Lagrou K, Vermeersch P. Diagnostic performance of 7 rapid IgG/IgM antibody tests and the Euroimmun IgA/IgG ELISA in COVID-19 patients. *Clin. Microbiol. Infect.* 2020; 26: 1082-1087.
16. Bastos ML, Tavaziva G, Abidi SK, Campbell JR, Haraoui LP, Johnston JC, Lan Z, Law S, MacLean E, Trajman A, Menzies D, Benedetti A, Khan FA. Diagnostic accuracy of serological tests for covid-19: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020; 370: m2516.



17. Pekosz A, Cooper CK, Parvu V, Li M, Andrews JC, Manabe YC, Kodsi S, Leitch J, Gary DS, Roger-Dalbert C. Antigen-based testing but not real-time PCR correlates with SARS-CoV-2 virus culture.

Clin Infect Dis. 2021 Jan 20 : ciaa1706.



Covid-19 et confinement: « De la peur sur les villes aux désordres dans les cultures».

JC. Ban, MD¹. CS. Moukouta PhD²

¹Psychiatre, Praticien Hospitalier ESRP/ SAMSAH/ EANM SALAGNAC (Dordogne)
Psychiatre, Consultant, C.H du Cœur de Corrèze, TULLE

²Psychologue, Service de Psychogériatrie-CH Philippe Pinel, AMIENS,
Maître de conférences, Université de Picardie, Jules Verne, Amiens

Résumé

La survenue de la pandémie Covid-19, la mise en place des mesures de confinement pour tenter de l'endiguer et la déclaration de l'état d'urgence sanitaire sont autant d'éléments qui ont pris de court nos contemporains, créant une situation singulière de détresse psychique et sociale. Dans cette « course inégale », démarrée par surprise, le virus a pris et maintenu de l'avance sur les humains. Autant sa propagation est marquée par la célérité, autant toutes les activités des humains subissent un ralentissement majeur. Nous avons ici choisi, de montrer, chez l'être social qu'est l'homme, les conséquences de l'entrave de ses interactions sociales en termes de soutien des malades Covid-19 et de l'accompagnement des défunts.



INTRODUCTION

Tel un train à très grande vitesse, l'épidémie à Covid-19, partie de Wuhan a parcouru le monde entier. Tel un train fou, elle a emporté dans différentes gares des « voyageurs » : personnes âgées, personnes atteintes des maladies chroniques et fauché d'autres encore sur son parcours, des personnes indemnes de toute pathologie, sans pour autant qu'on arrive pour l'instant à lui opposer un heurtoir. Dans sa course effrénée à très grande vitesse, elle a cependant ralenti la vie des humains sur tous les plans, créant ainsi un état majeur d'anxiété, entravant les interactions sociales et réduisant à sa partie congrue, l'activité économique.

La méconnaissance de la maladie, les errements relatifs aux recommandations sanitaires et politiques, l'angoisse majeure des citoyens vont contribuer à l'émergence des premiers troubles socio-culturels. La consigne « Restez chez vous » s'avère très vite anxiogène. En effet, elle s'adresse à presque tout le monde mais aussi à certains malades en quête de diagnostic devant l'apparition de manifestations cliniques diverses mais pas suffisamment malades pour se rendre à l'hôpital ou pour faire appel au SAMU. Plus tard, les émeutes, les affrontements, la violence vont occuper le devant de la scène, par exemple à proximité des cimetières. Troubles opposant voisins des cimetières, familles endeuillées et les forces de l'ordre suscités par la hantise de la contamination post mortem aboutissant ainsi à la stigmatisation des défunts de la Covid-19 et de leurs familles (1). Pour cerner au mieux cette réalité, nous avons pris le parti d'aborder trois points. Le premier point met en évidence l'une des caractéristiques de cette maladie à savoir le vécu solitaire d'une réalité. Autrement dit une pandémie qui se vit en étant « coupé des siens » ; la maladie vécue dans la solitude. Le second point porte sur les bouleversements culturels qu'elle induit. Enfin, le dernier point mettra la focale sur la question de la culpabilité, du vécu d'impuissance devant le chaos induit par l'inattendue pandémie avant de conclure sur une note d'ouverture vers l'inventivité, la créativité auxquelles nous sommes convoqués pour tenter de se relever, de rebondir malgré la sidération inaugurale.



La Covid-19 : La maladie vécue dans la solitude

Avec la Covid-19, l'on apprend que: « Quand on aime, on s'éloigne de ses proches pour les protéger. ». L'isolement, prescription thérapeutique rencontre l'éloignement, l'isolement social du patient. « Coupé de tout », il ne reste plus au patient isolé, à domicile que les vociférations, pour se faire entendre par ses proches. Encore faut-il avoir suffisamment de souffle ou le téléphone. Ici, il convient de souligner toute la place, l'importance prises par le téléphone mobile, ses applications, la tablette numérique, l'ordinateur portable...qui ont largement tenté de combler le vide créé par « la quarantaine ». C'est aussi le téléphone, fil de la vie, qui va permettre le lien avec les équipes hospitalières en charge du patient isolé ou admis en réanimation.

Quand ils sont maintenus à leur domicile, la douleur se retrouve dans la narration de ses patients évoquant leur « quarantaine » tantôt au sous-sol, tantôt dans les chambres du grenier ou encore dans la dépendance de la maison familiale, quand ce n'est dans une chambre d'hôtel. La douleur, encore, à l'évocation de ce plateau repas déposé devant la porte de la chambre. Hospitalisé, c'est le régime de l'absence de visites « isolement oblige », faisant de la Covid-19, d'après les patients « La maladie de la solitude ou la maladie vécue dans la solitude ». Or, culturellement, le temps de la maladie, est bien celui qui voit habituellement l'émergence de la solidarité familiale, entre proches et amis. En ce sens, la famille et les proches sont à concevoir d'un point de vue anthropologique comme un « appareil à penser commun » où la maladie est vécue comme un « intrus » qui vient menacer l'homéostasie familiale. Ainsi elle doit être combattue collectivement (2). Or, force est de constater qu'avec la Covid-19, l'ordre des choses a été totalement changé.

Faudrait-il ajouter un autre aspect celui notamment des soins. En effet, les soins à domicile ont permis dans la majorité des cas le rétablissement, parfois le transfert à l'hôpital en cas de complications; tandis que la fin de l'hospitalisation a conduit au retour à domicile ou bien à l'adresse dans un établissement de soins de suite et de rééducation après le temps passé en réanimation. C'est ici qu'il convient d'évoquer l'un des paradoxes de cette maladie «nouvelle»: des malades applaudis par ceux qui les ont pris en soin, confirmant et renforçant les efforts accomplis lors de leur séjour et l'angoisse, la perplexité et l'ignorance des proches quant à l'accueil à leurs réserves, au tout début de la pandémie.

Aussi, les soignants eux-mêmes seront aussi applaudis chaque soir à 20h par la population, par les balcons et fenêtres de leurs appartements avant de devenir, dans plusieurs villes d'Europe, victimes des agressions de certains, victimes aussi d'actes de discrimination. En effet, identifiés et confondus avec ceux à qui, ils prodiguaient les soins, ils étaient considérés comme des vecteurs de la maladie ; c'était ainsi leur isolement social que certains des acteurs de ces discriminations voulaient leur imposer.



COVID-19 ET BOULEVERSEMENTS CULTURELS

1- Le temps de la maladie

Habituellement, la maladie est souvent le moment de la mobilisation de la cellule familiale, des amis et des proches. Culturellement, elle est vécue comme attaque du groupe social (au-delà de l'attaque de l'individu, de la personne). Son traitement est donc de nature sociale. Ainsi, dans l'univers Téké, Chez les N'Gangulu au Congo, MBAN LOUMPELE (3) définit « La régulation mantique en milieu traditionnel comme une procédure diagnostique ou un ensemble de procédures complexes et articulées permettant de détecter la cohérence sociale (désordre, rupture d'interdits, non-respect des institutions léguées par l'ancêtre par l'intermédiaire de la mémoire collective. La régulation mantique a pour objet de régler les tensions sociales de façon à maintenir en permanence un équilibre psycho-social nécessaire à l'individu et au groupe social conformément à leurs images dans l'univers des significations. C'est un système qui fonde son efficacité sur les liens existentiels qui unissent : la personne singulière, l'organisation sociale actuelle du groupe (parenté) et la mémoire collective ancestrale.»

La maladie, ouvre la voie à la consultation culturelle, à la consultation dans le cadre de la procédure de la mantique. Elle vise l'interrogation de la mémoire collective, ancestrale auprès de celui qu'on nomme Ngaavouaa. Ngâa, signifiant Tradipraticien et Vouaa, examen, questionnement ancestral. Cette démarche peut être individuelle ou collective (groupe de parenté/lignée). La présence du patient n'est habituellement pas requise. Cette consultation première éclaire sur la nature de la relation sociale conflictuelle personnalisée entre agresseur(s) et agressé(es). Des résultats de cette consultation découlera la convocation de l'instance de parenté tenant lieu de conseil de santé et constituée des membres de la famille dans une combinatoire à 4 éléments ou lignées.

Pour chaque adulte ou enfant malade :

- Représentants famille paternelle de son père ;
- Famille maternelle de son père ;
- Famille paternelle de sa mère ;
- Famille maternelle de sa mère et la convocation de l'instance nommé Onkwù ou espace de confrontation de la parentèle ou espace ou lieu de mise à jour du conflit révélé par la consultation mantique.

L'instance dite Onkwù devient donc un moyen d'action du groupe sur le patient et constitue aussi pour le patient, une demande de « lieu », d'espace puisque son issue thérapeutique en dépend. Onkwù demeure aussi, dans la tradition Ngangulu, une instance de juridiction ancestrale (3).

Or, dans le cas de la Covid-19, le rôle de la famille voire de la communauté dans la recherche diagnostique « semble étouffée » du fait entre autres de l'unicité du diagnostic dans la période, des restrictions des libertés et des déplacements en vigueur. Ici, nous reprenons la



formule: «Restez chez-vous». Comment rassembler la famille ou mieux les familles en temps de confinement ou de couvre-feu ?

Une fois de plus, il convient de constater que dans les faits, le malade Covid-19 subit la distanciation du lien social qui sera de nouveau présente en cas d'issue fatale de la maladie.

2) Le temps écourté du deuil ou le temps écrasé

Au nombre des bouleversements culturels imputables à la Covid-19, on note également la célérité des inhumations, transformant la mort « en urgence » non médicale mais sanitaire. Or chaque culture dispose de ses rituels de fin de vie, d'accompagnement de ses morts dans leurs dernières demeures (4). On note dans la même période aussi des transferts différés de corps de défunts d'un pays à l'autre pour raisons sanitaires (Absence de certificat médical), cf RSI (Règlement sanitaire international), RID (régime d'inhumation digne), créant la situation de veillées sans dépouille. On peut cependant se souvenir que dans la plupart des cultures : « La dépouille ne peut demeurer seule, elle doit être veillée, célébrée à la fois pour lui rendre hommage mais aussi pour affirmer le rang de son clan, son ancrage social » (4).

Malgré les restrictions de liberté (couvre-feu, confinement), organiser un temps de veillée, c'est rassembler des personnes proches autour des proches d'un malade décédé de Covid-19. Proches qui sont donc considérés comme personnes-contact ; l'angoisse de mort est présente, la « mort rode » autour de la famille, autour de la veillée aussi. Les mesures barrières, les masques tentent de rassurer mais la veillée est aussi le lieu pour célébrer le défunt, on ne peut rester indifférent aux breuvages, à la nourriture servis et le « masque tombe le temps du partage ».

Tous les morts n'auront «pas la chance d'avoir une veillée» car avec la Covid-19, on observe : « A peine malades, déjà morts et déjà enterrés ». Situation traumatique déjà compliquée par un autre traumatisme social, celui de l'inhumation à la va vite, dans la plus stricte intimité et aux frais de l'état, comme un indigent : c'est ici, après l'écrasement du temps, l'écrasement du rang social du défunt et de sa famille. Ici, on pourrait ajouter : unicité du diagnostic pour tous les patients, unicité du « traitement social pour tous les défunts ».

3) Désordres culturels/Culpabilité–Sentiment d'impuissance

De l'annonce du décès d'un proche à l'inhumation, différents rituels concourent à accompagner la famille endeuillée. Il existe une temporalité qui permet de structurer la période de la veillée mortuaire allant de l'annonce du décès à la levée de corps puis aux funérailles. Le temps de la veillée est normalement, celui de la célébration du défunt : chants, lectures, prière, histoires et anecdotes racontés à son sujet, pans biographiques, des danses. C'est le temps des condoléances, de soutien et de réconfort à la famille. C'est aussi le temps de la mise en place des cotisations de solidarité (familles, proches, amis, voisins) et le temps de l'élaboration concertée du calendrier des funérailles tenant compte des lignées familiales. C'est aussi le temps où en fonction du rang social du défunt de l'organisation des invitations des « Administratifs ou des Politiques » personnalités ayant été proches de lui. Des points



importants comme : la vêtue du défunt, le choix du cercueil, le véhicule funéraire et la logistique du convoi mortuaire seront donc étudiés et consignés. Lorsque, malheureusement le Coronavirus Covid-19 impose la sortie urgente de l'hôpital pour la morgue et quasi-immédiatement le cimetière, les rituels « sont attaqués », les familles endeuillées s'effondrent encore : « Elles ont l'impression de jeter les leurs dans la fosse » (5). Plus que la culpabilité, c'est un sentiment d'impuissance qui envahit les uns et les autres : « de n'avoir pu rien faire le temps de l'hospitalisation », isolement oblige et pire de ne pouvoir cette fois-ci « être capable de préparer un voyage digne dans l'autre monde ». C'est donc d'un deuil sans réconfort dont il s'agit, un vécu d'abandon des défunts au lieu de les accompagner dans leur passage vers l'au-delà. Dans une de nos publications (2) l'un des nôtres en référence à la fable du laboureur et ses enfants a mis en surbrillance l'importance du travail de deuil dans le cadre de la prise en charge psychologique des endeuillés.

Rappelons quelques vers de cette jolie fable : Un riche laboureur, sentant sa mort prochaine, fit venir ses enfants, leur parla sans témoins. [...]». La suite de ces vers dit que le père leur transmis des secrets de la vie qui leur vaudront force et courage pour le reste de leurs jours. Cette fable qui date du XVIIe siècle met en exergue la période historique séculaire qu'Ariès (6, 7), nomma la mort apprivoisée. « L'homme de ces temps-là, écrit Ariès, était profondément et immédiatement socialisé ». À propos des rituels de mort et de deuil, il précise que « la mort au lit était un rite apaisant, qui solennisait le passage nécessaire, le trépas ». Le trépas et la mort d'un proche impliquaient les parents, enfants, amis, voisins. Le travail du trépas est une phase déterminante dans le processus de deuil. Fauré (8) le formule en ces termes : « Les derniers instants de la vie sont déterminants dans la façon dont on va traverser le deuil ». Les derniers événements, les derniers discours, les gestes, les actes du mourant, dans son interaction avec l'environnement, recèlent une charge affective intense. Ainsi, dans cet instant pathétique du mourir, le sujet mourant tente de ressaisir et assimiler tout ce qui n'a pu l'être dans sa vie pulsionnelle, comme s'il tentait de se mettre complètement au monde avant de disparaître. Le plus souvent, une personne est nécessaire ; acceptant d'être l'objet sur lequel se concentre la libido, elle doit être fiable et supporter un certain flou sur son identité pour constituer avec le mourant, la dernière dyade (9). Si ce travail n'est pas réalisé comme il en est le cas dans le cadre de la Covid-19, l'on arrive à des situations de deuils compliqués. En général, il se fait jour des perturbations transitoires au niveau biopsychosocial chez la personne endeuillée ; mais, faute de ressources intra et interpersonnelles adéquates, ces perturbations peuvent devenir sévères et chroniques. Plusieurs concepts désignent ce syndrome : deuil compliqué, deuil complexe persistant (DSM 5), deuil prolongé (CIM-XI). Le deuil compliqué est caractérisé par des sentiments de choc, de tristesse, de colère persistante, par des difficultés à accepter la perte, par la détérioration de sa vie sociale et professionnelle au-delà d'une période moyenne de six mois.

Une autre caractéristique de la Covid-19 est une de ses conséquences majeures : la fermeture de l'espace aérien. La douleur de ce deuil déjà compliqué vient davantage se compliquer avec les « passagers bloqués » ne pouvant se rendre au sein de leur famille pour partager ces moments singuliers. Ici, les larmes versées au cours des veillées des « autres



familles » géographiquement proches serviront en partie à pleurer ses propres morts, non accompagnés dans les délais.

4) Comment faire ? Quelles suites à donner à ces deuils sans réconfort ?

Dans la magie infantile, nous ferions du « rembobinage », nous ferions recours à la touche REW/REMOTE du magnétoscope pour reculer le temps. Or, dans la vie adulte, les choses sont « malheureusement » bien différentes.

D'aucuns choisiront le recueillement sur la tombe du défunt : cérémonie de recueillement organisée par la famille, après la construction du monument funéraire. D'autres préféreront reprendre une séquence de la veillée mortuaire (veillée sans dépouille à veiller) : il s'agira de reprendre quelques jours de veillée terminés par la construction du monument funéraire puis le recueillement organisé par la famille. Cette seconde procédure a l'avantage de « rouvrir le temps » initialement écrasé par la Covid-19. Elle permet la célébration, l'hommage au défunt et à sa famille. C'est le rappel de son ancrage social, celui de sa famille en dépit de l'inhumation expéditive qui l'a séparé brutalement de ses contemporains. Cette réouverture du temps permet enfin de tenter de reprendre la maîtrise, après une succession d'épisodes chaotiques (maladie, hospitalisation, décès puis enterrement) ayant totalement échappé à la gestion, au contrôle des proches. C'est donc une nouvelle organisation temporelle et spatiale qui voit le jour avec le calendrier de la construction du monument funéraire, de la mise en place de la procédure nommée : Oyeein, chez les N'gangulu (3) l'annonce de la durée du deuil et de l'échéance de son retrait.

M'ban Loumpele (3) précise que Oyeein: O-ye-ein est synonyme de « en parler ». Comme Onkwù, il s'agit d'un Conseil, d'un espace de rassemblement et aussi de la parentèle ; Onkwù dans les situations pathologiques et Oyeein dans les suites de décès, au sein des familles. En cette période où il convient d'inventer toute solution pour apaiser les humains en souffrance, d'autres enfin se tourneront, éloignés, des leurs, vers le requiem ou la messe de requiem ou, solliciteront une prière pour les âmes des défunts. Quoiqu'il en soit, il convient de se souvenir de ce joli proverbe malgache : « **Les morts ne sont vraiment morts que lorsque les vivants les ont oubliés** ».

CONCLUSION

L'histoire des pandémies fait partie de l'histoire de l'humanité. Au plan scripturaire par exemple, dans l'ancien testament (Exode, Lévitique), la quarantaine, l'isolement sont déjà évoqués comme des prescriptions en cas de maladies contagieuses. La survenue inattendue d'une pandémie vient interroger les certitudes des sociétés, révéler leurs fragilités et vulnérabilités dans leurs organisations mais aussi dans leur interdépendance. Le niveau de développement industriel et socio-économique atteint au 21^e siècle est apparu à la fois comme facteur de propagation de la pandémie (facilité de déplacement des humains d'une

ville à l'autre voire d'un continent à l'autre) mais aussi comme facteur de solidarité entre Etats. Un coup d'arrêt porté sur le cours « habituel » de la vie au travers du confinement a été accueilli au début comme « salubre », avec tout de même une importante note anxieuse correspondant à la nouveauté de la mesure venant et s'inscrivant elle-même comme tentative de rempart face à la pandémie récemment annoncée. C'est le cours de la pandémie et donc du confinement qui vont confronter les uns et les autres aux douloureuses restrictions des libertés individuelles. Vie nouvelle, sans perspectives alors même que l'activité télévisuelle mondiale se montre de plus en plus inquiétante quant à l'évolution de la pandémie. Faut-il alors considérer le monde actuel comme un malade en réanimation ? Ou faut-il s'armer de patience, le temps de la recherche scientifique et espérer comme ceux qui nous ont précédé que la pandémie s'arrêtera comme elle s'était installée. Dans l'attente, des actions voient le jour par ci par là, dans différents domaines scientifiques, économiques, sociaux et de solidarité. Les initiatives d'entraide reconnues certes mais jugées insuffisantes par certains ne suffiront pas à apaiser la souffrance d'un certain nombre de nos contemporains confrontés aux pertes d'emplois, à la maladie, aux décès des proches. A la lumière de ce qui précède, le monde est probablement un malade en réanimation mais ne relève pas de soins palliatifs, cependant en situation de transition vers une existence nouvelle qui naturellement diffèrera de la vie d'avant la pandémie. Comme dans toute situation traumatique, l'historicité du 21^e siècle se déclinera en « avant la Covid-19 » et en « après la Covid-19 ».



REFERENCES

1. MBan Loumpele R. Esquisse d'une psychologie compréhensive du système mantique traditionnel dans ses relations avec l'articulation des symboles fondamentaux au sein de l'univers de sens NGANGULU (CONGO). Laboratoire de Psychologie pathologique. Université de Haute Bretagne, RENNES II. Thèse de Doctorat de Psychologie, 1993.
2. Kokou-Kpolu K, Moukouta CS, Bacqué MF, Kpelly DE, Baugnet L. L'accompagnement du mourir et le deuil créateur dans le contexte de La perte du conjoint. Etudes sur la mort/2 N°150, 135-149. Ed. L'Esprit du temps, 2016.
3. Moukouta CS. La Maladie mentale : Représentations, Itinéraires thérapeutiques au CONGO. PARIS, PAARI, 2004.
4. Yang G. Deuil et funérailles, le deuxième fléau en Afrique !
Agoravox.fr - Jeudi 5 Août 2010.
5. Blaise L. Le Monde, 19 Avril 2020.
6. Aries P. Essais sur l'histoire de la mort en Occident.
Editions du Seuil 1974.
7. Aries P. L'homme devant la mort.
Editions du Seuil, 1977.
8. Faure C. Vivre le deuil au jour le jour.
Albin Michel, 2012.
9. De M'Uzan M. De l'art à la mort.
Itinéraires psychanalytiques, Paris. PUF, 1983.



Réflexions sociétales

Chronique juridique

L'étouffoir sanitaire ?

I. KISSANGOU, PhD.

Professeur associé à l'Université de Brazzaville
Membre de l'IHEJ, Institut des hautes études sur la Justice de Paris

La panique sanitaire, telle une vague très inquiétante, a déferlé sur le monde. Depuis mars 2020, nous essayons tant bien que mal d'en maîtriser l'expansion: maîtrise scientifique, indissociablement culturelle et sociale, tant les effets du virus sont une calamité dans tous les domaines, car même la santé mentale est impactée.

Ce n'est pas forcé les mots que dire que le phénomène est proprement un fait social total qui, au-delà du champ biomédical, concerne toutes les sphères de la société, un objet d'étude pour toutes les disciplines. Car, il bouscule les relations humaines dans leurs composantes les plus individuelles, tout comme les comportements collectifs ; il touche à la médecine et à la recherche, mais également à la politique et à la démocratie, au droit et à l'économie, à la santé publique et à l'éducation.

Force est de constater que l'interrogation à laquelle cet article tente d'apporter quelques éléments de réponse évoque davantage un débat de juristes qu'il ne restitue toute la complexité de la crise épidémique. Au sein des publics les moins avisés, les libertés publiques fondamentales, en particulier leur respect, est un principe au cœur des démocraties. Difficile dans ces conditions de s'y retrouver dans ce coronavirus qui autorise la mise en parenthèse d'un certain nombre de valeurs qui constituent le socle du contrat social.

Du côté de la doctrine juridique, ce questionnement sur la possibilité ou non de gérer une crise dans un cadre juridique «normal» est endémique. Il est même lancinant à chaque catastrophe. A l'ère de la panique sanitaire, il est lié aux risques induits des états d'exception pour les libertés. Ce débat abîme dans une certaine mesure la réflexion sur l'existence d'un impératif de protection de la santé. Question complexe s'il en est puisque le fait d'énoncer une thèse signifie aussi choisir un camp dans un débat philosophique sur la hiérarchie des valeurs qui est houleux. En langage philosophique, on appelle cela concilier la liberté, l'égalité et la fraternité qui sont des valeurs fondamentales et la santé qui est un bien. Le moins qu'on puisse dire, c'est que cette conciliation n'est pas une chose facile, et le temps de crise ajoute à la complexité de l'exercice.

C'est pourquoi nous nous proposons ici d'apporter des éléments de réflexions sur les impacts de cette crise et les raisons du contrôle juridictionnel (II), à partir d'une situation de catastrophe sanitaire et du cadre juridique pour y faire face. (I)



I. La PANIQUE SANITAIRE

L'étude du droit positif révèle le poids de l'impératif de protection de la santé des personnes (A), et simultanément le faible recours aux droits fondamentaux et au rôle de contre-pouvoir des assemblées parlementaires pour en assurer la garantie.

A. Le bien et le contresens

Nous nous engageons à contresens. Ainsi nous alerte le sondeur d'âme, le philosophe. En effet, les êtres humains sont des êtres de sens. Or, dans la vie, il arrive qu'on se fasse piéger et qu'on oublie ce qui a du sens pour nous. Notre société est entrée dans une logique dingue celle qui consacre le triomphe de la santé comme la valeur ultime, la valeur des valeurs. Il est hautement probable que ce à quoi nous assistons ne se réduit pas seulement à la fin de la solidarité intergénérationnelle, mais l'étranglement sanitaire en tant que tel : l'effacement des valeurs universelles essentielles.

Si l'on considère que la santé n'est qu'un bien alors, on conviendra que c'est une pauvre idée, une idéologie, que celle qui fait de la santé la valeur ultime. Certains philosophes comme André Comte-Sponville se sont penchés sur la naissance puis l'emprise qu'elle a conquise dans nos imaginaires et nos représentations. Il constate que le piège du «panmédicalisme» se referme là où la santé est promue au rang de valeur suprême. Cela signifie que la priorité des priorités devient celle des plus fragiles au risque de sacrifier deux générations de jeunes au bénéfice de la santé de leurs parents et grands-parents. Contresens s'il en est aussi bien sur l'existence humaine et sur la solidarité intergénérationnelle où, traditionnellement les plus âgés se sacrifient davantage pour les jeunes générations. Par un glissement effroyable, l'aptitude à encaisser les effets socialement dévastateurs induits par des choix scientifiques discutables va devenir une sorte de sens.

De nombreuses voix s'élèvent, comme des injonctions à ne pas tout sacrifier à l'intérêt de la santé publique, même en cas de crise épidémique grave. En langage de bon sens, on appelle cela concilier gestion sanitaire et l'exigence de sauvegarde de l'intérêt général et des libertés fondamentales. Nous verrons que ces exercices de conciliation ne sont pas un chemin semé de pétales de roses, notamment en période de crise, et c'est la raison pour laquelle il est temps de son bon sens et son sang-froid. La peur est toujours une piètre conseillère. Car, s'il est indéniable que la santé est un bien important, il n'en demeure pas moins que la justice, la liberté, l'amour sont des valeurs supérieures.

B. Le cadre et les mesures de restrictions des libertés inédites

Depuis longtemps les démocraties ont été poussées à établir des règles dérogatoires



au droit commun pour pouvoir agir dans des situations où l'ordre public, l'intérêt national et la sécurité des populations sont lourdement menacés. C'est pourquoi un cadre juridique d'exception a été décidé et suivi en même temps par la rédaction de très nombreux textes afin de faire face à la crise sanitaire. Le gouvernement et le Parlement dans la plupart des pays se sont retrouvés au pied du mur. Dès que le covid 19 a commencé à se propager sur le territoire français, un régime juridique particulier a été institué afin de conférer à l'autorité administrative un cadre d'intervention clair et organisé.

Cette extension des pouvoirs de l'exécutif a été dénommée : « l'état d'urgence sanitaire ». Elle s'appuie sur deux cadres spécifiques. Il y a d'abord un fondement, que l'on peut considérer comme classique, celui de la théorie des circonstances exceptionnelles, définie dans l'arrêt Heyriès, l'un des grands arrêts du Conseil d'État à la fin de la première guerre mondiale, et selon laquelle l'autorité administrative peut exceptionnellement déroger aux règles normales de compétence, de forme et d'objet des actes administratifs lorsque les circonstances l'exigent impérativement. (1) Le juge administratif admet ainsi, que l'existence d'une situation grave et exceptionnelle justifie que les mesures administratives soient contrôlées à l'aune d'une légalité arrangée, marquant la prégnance du pouvoir discrétionnaire de l'administration, faisant en termes juridiques une ample traduction de la pensée de Montesquieu : « il y a des cas où il faut mettre, pour un moment, un voile sur la liberté comme on cache la statue des dieux ».

En fait le premier cadre résultait d'une loi de 2004, (2) et la traduction législative de la théorie des circonstances exceptionnelles dans le code de la santé publique, en cas de « menaces sanitaires graves », remonte à mars 2007. (3)

Traduction tardive s'il en est et que l'on doit à un vide juridique qui a nécessité la modification de la loi de 2004. « L'histoire de cette loi a un nom : le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère. Dans les années antérieures au début de l'épidémie, en 2003, le droit de la santé français, comme celui de tous les pays développés, avait eu tendance à considérer que les grandes pandémies mondiales étaient terminées. Soudain, le SRAS a montré que la France était tout à fait démunie de moyens juridiques pour prendre des mesures adaptées à une pandémie inconnue. Avec des questions très concrètes et extrêmement délicates sur lesquelles tout le monde séchait. Exemple : le Vietnam expulse des français malades vers la France ; la France est-elle obligée d'accueillir sur son sol, à Roissy, ses propres citoyens expulsés et malades, ou peut-elle leur refuser cet accès par crainte qu'ils infectent tout le territoire? La question a été posée au Conseil supérieur d'hygiène publique, où je siégeais alors en tant que juriste. Le Quai d'Orsay ne le savait pas, les collègues internationalistes que je consultais non plus. La révélation de ce vide juridique, tout comme la montée croissante des menaces de zoonoses (ces infections d'origine animale pouvant s'étendre aux populations humaines) dans le monde ont conduit à l'adoption de la loi de 2007, qui vise à doter la France des moyens légaux de faire face à de telles situations.», explique Didier Trichet, Professeur émérite en droit public à Paris-II, Président d'honneur de l'association française de droit de la santé.

Aux origines des annonces des restrictions fortes de déplacement par le Chef de l'État

et de l'imposition par le Premier Ministre du confinement consistant en l'interdiction pour toute personne de se déplacer hors de son foyer, sous réserve d'exceptions limitativement énumérées et soumises à justifications, (4) il y a donc la combinaison de ce fondement à ses pouvoirs de police générale. (5)

Et là surgit la solution nouvelle, le vote d'une loi instituant un nouvel « état d'urgence sanitaire ». Pour bien en comprendre les raisons, il convient de ne pas perdre de vue le fait que ces bases juridiques se sont révélées loin du compte. L'article L-3131, stipule que, en cas de menace sanitaire grave, le ministre chargé de la santé peut prescrire « toute mesure proportionnée aux risques encourus ». Ce faisant, en confinant en quelque sorte le Ministre de la Santé dans le seul champ de la prévention, le législateur est resté au milieu du gué en 2007. Car, si l'utilité de la théorie des circonstances exceptionnelles est indéniable pour justifier des mesures ponctuelles, cela est moins vrai pour fonder une stratégie globale de « guerre » contre une pandémie aussi difficile. Le gouvernement a eu alors des jugements plus appropriés à la variété des mesures nécessités par la crise, à leur caractère général et continu dans le temps, mais aussi à la garantie des libertés dans une sorte de flottement intentionnel dans la mesure où les mesures envisagées sont dépourvues de détermination préalable et de garantie procédurale. (6)

Ce déclenchement du nouvel état d'urgence a sensiblement étendu les pouvoirs de police administrative: les plus marquantes à son entrée en vigueur étant les réquisitions de matériel médical, les mesures d'hygiène et le confinement généralisé exigé sur ce fondement par le décret du 23 mars 2020. Ayant clarifié et ordonné le cadre juridique de sa gestion de crise, le gouvernement a ensuite pris, via les ordonnances, toute une panoplie de mesures visant à adapter l'organisation administrative, économique et sociale du pays. Dans ce but, plus de 70 ordonnances ont été prises dans les domaines les plus divers, allant par exemple du travail et des politiques sociales à la santé, en passant l'institution d'un dispositif de chômage partiel et la prolongation des droits sociaux, l'éducation, les banques et entreprises, ou encore la culture et le sport.

Cet état d'urgence aide aussi à prendre du recul sur nos émotions, à comprendre notre propre ressenti et celui des autres ; la clairvoyance, la lucidité face aux difficultés ont gagné en acuité : les critiques ont suscité l'émergence d'un discours d'une partie de l'opinion devenue le pourfendeur de mesures liberticides prise dans un cadre bien légal, celui du droit d'exception. Certains n'ont pas hésité à qualifier d'inédite pour les gens de notre génération, cette restriction des libertés publiques. Si l'application du texte de 2007 n'avait suscité qu'une faible jurisprudence, en dehors d'une ou deux décisions assez partielles du Conseil d'État sur les conséquences indemnitaires d'un dommage causé par la vaccination durant la pandémie de grippe A (H1N1), la nature des mesures prises actuellement pour lutter contre le SARS-CoV-2 ne sont pas dépourvus d'impact sur le rôle du Conseil d'État, en particulier en tant que juge. Comme le montre et le montrera l'abondant contentieux qui s'est fixé autour d'ordonnances.



II. IMPACTS des REGIMES D'EXCEPTION et CONTROLE du POUVOIR JURIDICTIONNEL

Il découle de la description du cadre juridique d'exception que d'une part que la protection de la santé est un impératif partagé dans les diverses branches du droit et que cet impératif ne se décline pas sous l'angle de « valeur », encore moins de valeur suprême. Au lieu de s'étendre sur l'existence ou non de la santé comme valeur fondamentale, ce qui conduirait à une exégèse sur la distinction entre la notion de bien et de valeur, il serait plus judicieux d'examiner deux autres pistes de réflexion. La première consister à tenter de considérer avec sérieux les menaces que font peser ces régimes d'exception et les lois circonstances au travers de leurs impacts aussi bien juridiques, politiques, économiques et psychologiques.

La seconde vise à situer à posteriori en mettant en exergue l'appréciation du juge sur le bien-fondé des politiques gouvernementales mises en œuvre pour relever le défi de la crise.

A. Impacts

Avec le recul que nous avons aujourd'hui, on est attristé par l'extrême diversité, à tous les points de vue, des effets de cette crise sanitaire.

On peut identifier dans cet état d'urgence sanitaire trois grandes catégories d'impacts.

Les premiers effets sont d'ordre économique. Celui qui essaie de prendre la mesure de la situation dans laquelle nous sommes s'aperçoit que pour la première fois depuis 1990, la pauvreté s'est accrue au niveau mondial après trois décennies successives de recul. De nouvelles analyses révèlent que l'objectif de la Banque Mondiale qui consistait à éradiquer l'extrême pauvreté à l'horizon 2030 et à ramener à 30% le taux de la population qui vit sous le seuil de pauvreté est largement compromis. Cette crise renvoie certaines régions du monde à plus de trente ans en arrière.

Dans une deuxième catégorie figurent les impacts psychologiques qui tendent à démontrer le stress majeur qu'engendre un événement aussi long, lourd et inquiétant. « A côté de la crise sanitaire elle-même, il y a le risque de mortalité que nous encourons, mais aussi le risque que nous sentions tous moins bien ; il n'y a pas, à ce stade, d'accompagnement de la population d'un point de vue psychologique et psychiatrique. Or, cette crise pourrait devenir une catastrophe psychologique », s'alarmait le Professeur Nicolas Franck, psychiatre et Chef de pôle au centre hospitalier le Vinatier à Bron dans le Rhône.(7)

Mais sans doute est-ce sage, dans le même temps, de s'être contraint à repenser cette catastrophe annoncée. Aussi ajoute-t-il dans un entretien à France info que: « La santé mentale doit être prise en compte comme une dimension importante de la crise. Il faut une écoute structurée de la population, une communication nationale sur le sujet et que les structures de santé mentale soient aidées financièrement. Nous devons aussi former

d'avantage de psychiatres. Les gens ne vont pas forcément se plaindre, mais ils vont rester en souffrance, chez eux. Les personnes anxieuses et déprimées vont rester malheureuses: certaines se suicideront, d'autres seront dans une souffrance larvée, prolongée. C'est une catastrophe et j'espère que nous l'éviterons».

Une troisième catégorie comprend enfin les incidences juridiques remettant en cause la séparation des pouvoirs et le bon fonctionnement de la vie démocratique. On pense ici aux régimes d'exception et aux lois de circonstance ainsi qu'aux menaces qu'ils font peser sur l'État de droit. Même si la loi du 23 mars 2020, par exemple, ne se contentait pas seulement d'amplifier les pouvoirs de police administrative et qu'elle encadre aussi de façon assez strict l'action du gouvernement, il peut être relevé que la force de ces menaces est proportionnelle à l'urgence dans laquelle les gouvernements sont sommés d'agir et que, comme ce fut le cas au pic de l'épidémie, les assemblées parlementaires sont privées de leur aptitude à être de véritables contre-pouvoirs. Le besoin des citoyens inquiets, pour ne pas dire sceptiques à l'égard de l'action de l'exécutif est aussi un besoin de contre-pouvoir. Celui-ci renvoie désormais au pouvoir juridictionnel la lourde charge de jauger le bien fondé des politiques gouvernementales mises en œuvre pour lutter contre la crise.

B. La fonction de contrôle du juge administratif

Dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire, le Conseil d'État a su rester fidèle aux principes libéraux de l'État de droit et poursuit son rôle de contrôle effectif des mesures prises dans ce cadre. En effet, le Conseil d'État n'est pas habituellement juge de la loi; celle-ci ne peut donc pas être directement attaqué devant lui; de même, il n'en contrôle pas la constitutionnalité (rôle qui incombe au Conseil constitutionnel); tout comme d'ailleurs il ne vérifie la conformité de celle-ci aux engagements internationaux du pays que par la voie de l'exception, lors de son application à un cas particulier. Par contre, il est juge des ordonnances aussi longtemps qu'elles n'ont pas été ratifiées; ce qui fait que ces dernières demeurent des actes administratifs et peuvent par conséquent faire l'objet d'un recours devant le juge administratif. C'est pourquoi de nombreux contentieux se sont noués autour d'ordonnances.

Cela se mesure à la diversité et l'ampleur des questions posées au juge administratif qui ont été tant exceptionnelles que nombreuses. Les demandes sont de plusieurs ordres et peuvent être classées en trois catégories.

La première, plus traditionnelle, regroupe les demandes de suspension d'actes juridiques pris pour faire face à l'épidémie. À cela s'ajoute une seconde catégorie où l'on peut trouver les demandes qui tendaient à adapter l'organisation des services publics dans l'optique d'une protection plus qualitative des personnels et des usagers. Dans la troisième catégorie figurent les requêtes contestant les grandes orientations de la politique sanitaire du gouvernement. On peut ici se référer aux requêtes sollicitant le juge à sommer le gouvernement d'autoriser la prescription hydro-électrolytique etc... Une lecture des réponses à ces requêtes à la lumière de l'office du juge des référés serait plus appropriée d'autant qu'elle affirme la volonté du Conseil d'État d'apporter des solutions immédiates et concrètes

aux atteintes décelées. Aux origines de tant de sollicitations du juge administratif, on trouve les procédures d'urgence dont il dispose depuis plus de deux décennies et l'efficacité n'est plus à démontrer. Il ressort de l'appréciation de ce qu'on appelle désormais le «contentieux Covid» que d'une part le Conseil joue un rôle essentiel au service de l'État de droit et d'autre part que cette protection est rarement formulée en termes d'empiétement sur les domaines politiques et scientifiques.

* *
*

Aux origines de cette crise sanitaire que nous vivons, on ne trouve pas l'économie mais des choix politiques qui ont fait passer la vie avant les profits.

Le fait que l'état d'urgence sanitaire et les décisions du Conseil d'État dans ce cadre renforcent l'idée que le juge administratif est un juge protecteur des libertés et des droits fondamentaux ne saurait occulter l'autorisation de la mise entre parenthèse d'un certain nombre de valeurs qui fondent le contrat social au nom de la santé. De surcroît, une société des inégaux n'est pas une société apaisée.

Il serait, dans ce contresens, du plus grand intérêt, pour notre société, qui a jeté aux oubliettes ses valeurs suprêmes, de se surélever en quelque sorte en se dotant d'un vrai récit émancipateur. Il n'est pas rare qu'en effet le bon sens devenu le bon sens des affaires ne fassent pas rêver et qu'on ait besoin, comme une ancre de sérénité provisoire, de saisir l'opportunité d'une génération et d'une crise pour un monde plus juste. Il n'est pas rare non plus que des intellectuels ou des jeunes, que n'enchantent guère la perspective de commentateur des mesures d'un quelconque demi-dieu tout puissant qui décide de tout, préfère la dignité de la parole qui ne se réduise pas à entrer dans le jeu d'une fausse dialectique d'un pouvoir qui prend à la légère les menaces sur l'état de droit. Connotations insurrectionnelles qui ont de quoi donner des sueurs froides aux trouillomètres branchés. On peut redouter une sorte de cercle vicieux du pas plus qu'on ne peut supporter et de ceux qui refusent de rentrer dans le débat sur le questionnement d'un confinement ou non ce mois-ci. Un va et vient entre ceux qui flairent la manipulation dès le départ et ceux qui rêvent de se doter d'un système de plus en plus intrusif, rêvant d'usages aussi bien civils que militaires. On a compris que c'est le partage mondial des informations génétiques qui nous vaut le séquençage immédiat du coronavirus Sras-Cov-2 et le lancement des vaccins anti-covid-19. Et si beaucoup de compétitions ont des objectifs moins bien généreux en dépit d'une coopération qui conduit à des produits sauveurs de l'humanité ?

Ce qui nous dé-souverainise, nous rend impuissants n'est pas inéluctable. Le retour à l'action concrète, ici et maintenant demeure possible, à condition que l'héritage des valeurs



fondamentales se combine aux volontés organisées. La politique a reconquis une part d'autonomie par rapport au règne des scientifiques. Peut-être même que la perspective des siècles de refus du risque qui nous attendent à la suite de cet étau sur les libertés va-t-elle favoriser l'évolution dans le bon sens de la situation politique et idéologique. C'est notre rôle d'être vigilants sur le long terme pour que nos libertés fondamentales soient restaurées. Il n'en demeure pas moins que la restauration de nos libertés ne se fera pas sans une sagacité du veilleur.



REFERENCES

1. CE 28 juin 1918, Heyriès, Rec. 651, GAJA 2019, 22e éd., n° 29, sur le droits des fonctionnaires à obtenir communication de leur dossier même en période de guerre ; CE 28 février 1919, Dames Dol et Laurent, Rec.208, GAJA, 22e éd., n°31, sur une autre application de la théorie, mais où le Conseil jugea cette fois que le préfet avait fait un usage « légitime » de ses pouvoirs.
2. Loi n°2004-806 du 9août 2004 relative à la politique de santé publique.
3. Loi n°2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.
4. Décret n°2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19.
5. Bruno Lassere, Vice-Président du Conseil d'État, «Le Conseil d'État face à la crise du covid-19 », intervention du 17 septembre 2020 à l'occasion des journées juridiques et administratives franco-croates, Split.
6. Cf, en ce sens, J.Petit, « L'état d'urgence sanitaire », AJDA, 2020. 833
7. Il est l'auteur de Covid-19 et détresse psychologique : 2020, l'odyssée du confinement , Paris, Odile Jacob, 2020



Chronique de presse

Les rapports institutionnels ou la Diplomatie à l'épreuve de la Covid 19 et du confinement.

J-C BAN, MD.

Psychiatre, Praticien Hospitalier ESRP/ SAMSAH/ EANM SALAGNAC (Dordogne)
Psychiatre, Consultant, C.H du Cœur de Corrèze, TULLE

En cette période de claustration à domicile, nous nous adonnons à la lecture (livres, journaux, revues...), nous nous informons quotidiennement en regardant la TV ou suivons l'actualité sur le net. Des images, des mots, des phrases parfois viennent ajouter les maux à la catastrophe en cours en milieu hospitalier et dans les EHPADs. On peut noter alors qu'on est situation de guerre déclarée contre la Covid-19, « Il n'est pas nécessaire d'être ennemis pour se combattre ». Ce propos est de Axel GYLDEN (Info, L'Express 01/04/2020), il annonce la guerre des masques entre états, voire entre états appartenant à l'Union européenne et ce en pleine pandémie de Covid-19.

Dans le même temps, la solidarité annoncée pour endiguer la pandémie va très vite se fissurer voire s'évanouir face à la demande d'aide financière sollicitée par certains états aux Institutions financières internationales. Chose curieuse, un processus de sélection, d'élection verra le jour dans l'octroi de cette aide aux états démunis sur des critères de management des états plutôt que se fondant sur la gravité de la situation pandémique, la mise en danger de populations vulnérables. Ce sont donc ces deux aspects principaux que nous tenterons de passer en revue, nous fondant sur les analyses des spécialistes du domaine et aussi des Journalistes et éditeurs.

“LA GUERRE DES MASQUES”

On l'appellera ainsi parce que le masque est la partie la plus visible d'une panoplie d'articles médicaux qui ont été à l'origine de contentieux entre différents pays de la planète. A côté des masques, on pourrait citer les gants, différents équipements de protection individuelle d'une manière générale (sur blouses, sur chaussures, visières, ...) et les respirateurs.

«La guerre des masques est ouverte au regard de la presse ce matin, malgré les appels de l'ONU, à la coopération. C'est la règle de chacun pour soi qui semble primer». Le masque, désormais objet de convoitise, de trafics de diverses sortes mais objet curieusement rejeté par une frange de la population au motif d'atteinte à la liberté individuelle. Cette situation aboutit aux drames dont des contaminations en masse et encore plus déplorables telles que

la mort aux USA, à Michigan du vigile Calvin MUNERLY «tué dans l'exercice de ses fonctions pour avoir demandé à une cliente de bien vouloir mettre son masque». Occasion de rappeler, ici l'inscription dans le marbre à l'Office International du Travail (OIT): «Si vis pacem, cole justitiam»: Si tu veux la paix, cultive la justice.

1. LA CHRONIQUE DES CONTENTIEUX

✓ *France info* 22/03/2020 : « **Coronavirus : La République Tchèque vole des masques à l'Italie** »

Le 20/03/2020, un avion chinois se pose à Prague, en République Tchèque avec dans ses soutes des centaines de milliers de masques donnés par la Chine à l'Italie. Les autorités tchèques récupèrent les masques pour les donner aux autorités locales. L'affaire fait scandale puisqu'il s'agit de deux pays de l'Union européenne.

✓ **Les Américains détournent les masques destinés à la France.**

La presse canadienne rapporte le 01/04/2020 *Radio Canada*: «Une cargaison de 4 millions de masques sanitaires est chargée dans un avion à destination de la France. Les Américains se présentent à l'aéroport en Chine, sur le tarmac et marchandent avec le fournisseur. Ils proposent de payer la marchandise en argent comptant; marché conclu. L'avion qui devait partir pour la France, décolle en direction des USA. L'information est complétée par Newsletter du *Monde* qui évoque une troisième guerre mondiale qui ne dit pas son nom, en rapportant que les USA ont racheté à la Chine des masques, gants et tenues de protection destinés à la France et au Brésil.

✓ Le lendemain, 02/04/2020 *L'Express*, info du jour, annonce :

A Lyon, le 05/03/2020, **la France réquisitionne 4 millions de masques appartenant à l'entreprise suédoise Mölnlycke** (Entreprise spécialisée dans les produits médico-chirurgicaux jetables), masques qui transitaient par l'hexagone, à destination de l'Italie et de l'Espagne. Cette réquisition qui intervient 2 jours après la signature du décret de réquisition par le président Macron provoque la colère, l'indignation et la stupeur des autorités suédoises.

A. GYLDEL, *L'Express* 01/04/2020 rappelle que les deux Etats appartiennent à l'Union européenne, sont alliés sur les plans militaires et c'est un comble, sont cosignataires d'un partenariat stratégique économique dont l'un des volets concerne le secteur de la santé. Il a fallu l'intervention du gouvernement suédois annonce, *le Progrès de Lyon* pour que le Secrétariat général de la Défense et de la Sécurité nationale accepte de céder la moitié du stock à l'Italie et à l'Espagne, à titre dérogatoire.



- ✓ Le 04/04/2020, *RFI* publie:
BERLIN, «**Les policiers allemands devront encore attendre les 200.000 masques FFP2** qui leur étaient destinés raconte la *Deutschewelle*», la cargaison en transit à Bangkok aurait été interceptée par les Américains. La réaction des autorités berlinoises ne s'est pas fait attendre par la voix de son ministre de la santé.
- ✓ PAYS-BAS Le 28/03/2020 *LE SOIR.be* :
« **Les Pays-Bas rappellent des centaines de milliers de masques importés de Chine** et distribués dans les hôpitaux néerlandais car ils ne répondaient pas aux critères de qualité » a indiqué le ministère de la santé. Le rappel concerne près de la moitié d'un lot de 1,3 million de masques FFP2, soit 600.000 unités selon la télévision publique néerlandaise *NOS*.
- ✓ TURQUIE: **La Turquie a annoncé l'interdiction d'exporter des matériels médicaux et aurait même refusé d'honorer des commandes de matériels pour l'Italie et la Belgique.** Concernant la Belgique, *RTBF.be* du 30/03/2020 titrait: «Commande avortée de 5 millions de masques: que s'est-il réellement passé?». A propos du refus d'exportation du matériel médical, un communiqué de la Direction générale du trésor public français publié en date du 31/03/202 met en garde les entreprises françaises qui se verraient approcher par des fournisseurs turcs proposant du matériel médical. Ce communiqué insiste sur le fait que les ministères habilités ne délivrent plus d'autorisation d'exportation des matériels et équipements médicaux contrairement au mécanisme dit de «Pré-autorisation» annoncé par les autorités turques.
- ✓ EN FRANCE: «**La débâcle française**»: **Tensions entre le gouvernement et les présidents de régions**: «guerre interne des masques», ici aussi sur le tarmac des aéroports. *Le Monde*, 10/04/2020 (G. ROF Correspondant Marseille et J.P TENOUX, Correspondant Besançon): La guerre des masques comme l'a nommé le ministre de l'intérieur, Christophe CASTANER a démarré le 02/04/2020 sur le tarmac de l'aéroport Bâle-Mulhouse (Haut- Rhin), puis elle s'est enflammée trois (3) jours plus tard au même endroit lorsque des soldats des 516^e et 511^e régiments sont venus saisir manu militari quatre (4) millions de masques de protection dont ceux commandés par la région Bourgogne – Franche Comté et le département des Bouches du Rhône.



2. LE LEXIQUE DES CONTENTIEUX

A titre anecdotique, « Lorsque Mamadou est présenté en comparution immédiate devant le Juge pour un énième acte délictueux (Vol de scooter), il lance au Juge qu'il était fatigué, très fatigué pour rejoindre sa Cité, il a donc emprunté le premier scooter qu'il avait trouvé sur son chemin. Cette allégation prête à sourire, mais la solennité des lieux et de l'évènement conduisent à étouffer le rire. Entre Etats ayant signé des accords internationaux, voire au sein même de certains Etats, des comportements dignes des temps du « Far West » seront observés avec flagrance lors de la pandémie comme si avec la crise sanitaire, les règles d'éthique, les lois internationales et la diplomatie s'évanouissaient au 21^e siècle.

«Vol, détournement, subtiliser, rafler,... voilà le genre de vocabulaire employé lorsque les Tchèques ou les Américains s'emparent des masques à destination d'un pays tiers.» Il est des informations dont on parle moins ou bien dont on parle nettement différemment : «Ce sont eux les voleurs, nous, ce n'est pas pareil.», c'est le manichéisme qu'évoquent un certain nombre de journalistes.

Le lexique est très fleuri, riche en mots, verbes et expressions dont nous rapporterons quelques-unes et leurs auteurs. On peut inventorier, pour exprimer l'appropriation des masques des uns par les autres:

- ⇒ Fraude,
- ⇒ Vol, vol de cargaisons
- ⇒ Détournement,
- ⇒ Saisie,
- ⇒ Contrebande,
- ⇒ Marché parallèle
- ⇒ Actes de piraterie moderne,
- ⇒ Marché sauvage du masque,
- ⇒ Lutte sans merci
- ⇒ Pratiques guerrières,
- ⇒ Foire d'empoigne,
- ⇒ Far West,
- ⇒ S'accaparer,
- ⇒ Réquisitionner.

En réponse à l'interception à Bangkok par les Américains des 200. 000 masques FFP2 destinés aux policiers Berlinoises, Andréas GEISEL, ministre de l'intérieur de Berlin n'a pas mâché ses mots : Il a estimé que les Etats Unis s'étaient rendus coupables d'un acte moderne de



piraterie. Même en temps de crise planétaire, les règles du Far West ne devraient pas s'appliquer a renchérit le ministre, exhortant les autorités fédérales allemandes à exiger de leurs homologues américains qu'elles se plient aux lois internationales (RFI 04/04/2020). On rappellera aussi l'imbroglia belgo-turc du masque:

A propos de la commande avortée de 5 millions de masques FFP2, la ministre de la santé publique : Maggie De BLOCK et le ministre Philippe De BACKER, président de la Taskforce Shortages déclarent: «qu'un fournisseur malhonnête a provoqué une rupture de contrat, pour la commande de millions de masques FFP2. Un fournisseur affirme dans la presse que le cabinet de la ministre de la santé a annulé une commande pour notre pays de millions de masques FFP2. Il ne mentionne pas qu'il a lui-même violé les accords avec l'intention de tirer profit de la crise sanitaire mondiale.»

RTBF.be 30/03/2020 qui a publié l'information ajoute que des documents démentent la ministre de la santé. Paris- Match a publié les bons de commandes et quelques extraits de courriels qui n'accréditent pas la thèse du gouvernement.

Courrier international 05/04/2020: « La guerre des masques est déclarée ». Alors que le discours officiel préconise désormais le port du masque pour endiguer la propagation de l'épidémie de Covid-19, tous les pays se sont lancés dans une course effrénée pour s'en procurer, quitte à s'asseoir sur les principes de loyauté.

LES CONTENTIEUX AUX FRONTIERES DES ETATS

Le Principe de réciprocité

Mesures unilatérales de fermetures des frontières avec pour conséquences la mise en difficulté de nombreux voyageurs et aussi des travailleurs transfrontaliers ; petit tour d'horizon :

- **Allemagne/France** « Bons et mauvais élèves de la Covid-19 », fermeture de la frontière allemande aux travailleurs Transfrontaliers, mise en place de tests de dépistage pour permettre la circulation pour raisons professionnelles ;
- **Espagne/France** : *Sud-Ouest*, Jeudi 11 juin 2020 : Selon le principe de réciprocité, la France maintient les restrictions à sa frontière espagnole jusqu'au 21 juin en réciprocité des mesures imposées par Madrid;
- **Royaume Uni / France** : *France info* 22/08/2020 « Depuis Samedi 15/08, le Royaume uni impose 2 semaines d'isolement aux voyageurs en provenance de la France ». La réciprocité de la quarantaine instaurée par le Royaume uni est-elle vraiment appliquée en France ?
- **UE/ Pays africains**, 2020/07/06 *Afroptimisation*: « L 'Afrique applique le principe de la réciprocité à l'UE qui fait volte-face » Tidiane DIOUWARA ;



- **Chine / Pays africains à Canton :** *Le Monde*, Laurent LARCHER, le 14/04/2020: « A Canton, des Africains sont stigmatisés en raison de la pandémie de la Covid-19. Les propos et mesures racistes dont ils ont été l'objet (interdiction d'accès aux restaurants, confinement sans préparation minimale) ont provoqué une vive émotion en Afrique. ».



PEUT-ON FAIRE LA GUERRE SANS ARMER SES ALLIES ?

OU

LES DEMANDES FINANCIERES DES PAYS AUX IFI¹ DANS LE CADRE DE LA PANDEMIE COVID-19

Face à une crise comme celle de la Covid-19 (pandémie), le critère retenu pour suspendre ou annuler le remboursement de la dette devrait être la nécessité de combattre le virus et ses conséquences sur l'économie.

Or des critères d'élection se multiplient venant troubler davantage la sérénité des populations déjà traumatisées par la maladie et devant en plus payer les conséquences de stratégies de gouvernance de leurs pays souvent imposées par les Institutions Financières Internationales.

Le Monde Afrique Développement publie le 15/04/2020 : « Coronavirus : Aucun pays africain ne sera épargné par la crise économique ». Le Fonds monétaire international confirme dans le même temps l'entrée en récession du continent, avec un recul du PIB de 1,6% « le pire résultat jamais enregistré ». Curieusement, la demande d'aide financière de certains Etats africains pour faire face à la pandémie de Covid-19 rencontre l'opposition d'un certain nombre de créanciers, suscitant des tensions çà et là. Nous résumons ici les arguments et charges des uns et des autres.

1. MORATOIRE DE LA DETTE ET CONTROVERSES.

LA CROIX.com publie le 16/04/2020 : « LA COMMUNAUTE INTERNATIONALE S'ENTEND SUR LA DETTE DE L'AFRIQUE » :

«La Communauté internationale a décidé de suspendre pour un an le remboursement des dettes des pays africains les plus menacés par la crise sanitaire du coronavirus. Une initiative approuvée par les instances internationales et ONG. Dans un temps record, banquiers centraux et ministres de finances ont donné leur accord sur le moratoire des dettes des pays les plus pauvres fait remarquer G. ODHIAMBO, à l'*AFP*. En France, le président MACRON souhaite que ce moratoire puisse déboucher sur une annulation totale des dettes. Il a fait de ce moratoire une de ses priorités affirmées le 13 avril à la télévision : « Gagner contre la Covid-19, c'est gagner en Europe et gagner en Afrique ». Bien entendu que, outre les répercussions financières et humanitaires engendrées par la crise sanitaire, c'est la hantise d'une épidémie « décalée » qui provoquerait « un risque de reprise de la pandémie en Europe ».

«Les Etats africains respirent». Une quarantaine de pays africains concernés par la suspension immédiate sur une durée de douze mois de dettes de créances.

¹IFI: Institutions financières internationales



2. COVID-19 et SUSPENSION DE LA DETTE : LA FAUSSE BONNE IDEE DU G20.

L'initiative du G20 a été accueillie par les Instances internationale, les ONG, pas toutes et le groupe des 8 grands noms africains de la politique et de l'économie, cosignataires de la Tribune : « Il faut alléger la dette africaine pour combattre le coronavirus » en date du 11/04/2020 signale *Jeune Afrique économie* dans sa parution du 20/04/2020.

La plupart des arguments converge vers l'insuffisance des mesures prises par le G20, l'absence de corrélation entre la lutte contre le coronavirus et l'affectation de la dette non payée : Afrocentricity, OXFAM, EURODAD², CADTM³. Ainsi, il ressort :

- a) Seule une partie de la dette est concernée par le moratoire, environ le quart. Elle correspond à la dette contractée auprès des instances internationales, des créanciers gouvernementaux, soit précisément 24% de la dette totale selon le Réseau européen sur la dette et le développement ;
- b) Selon EURODAD, les pays à revenus moyens qui comptent parmi les plus fortement touchés par la pandémie sont exclus du moratoire du G20. L'impact bénéfique du moratoire apparaît limité étant donné la réticence des prêteurs privés et multilatéraux à y participer ;
- c) Le moratoire entré en vigueur à la date du 1^{er} mai 2020 ne signifie qu'une suspension temporaire du service de la dette jusqu'au 31 décembre 2020 et prolongé secondairement jusqu'en juin 2021, ne signifie pas annulation de la dette. EURODAD dans un rapport au vitriol compare les mesures du G20 à la tentative dérisoire d'écoper l'eau du Titanic avec un seau.

²**EURODAD**: Réseau de 54 ONG de 25 pays européens Travaillant sur les questions liées à la dette, au financement du Développement et à la réduction de la pauvreté

³**CADTM**: Comité pour l'abolition de la dette illégitime, anciennement Comité pour l'annulation de la dette du tiers monde.



Quant à CADTM, il condamne les mesures du G20 sur la base des arguments suivants :

- 1) L'absence de la Chine, des créanciers privés (banques, fonds d'investissement, fonds voutours) à la table de l'ISSD (Initiative de suspension de paiement de la dette) alors qu'ils sont les principaux créanciers des pays les plus endettés de la planète ;
- 2) Il considère que les pays du G20 s'inscrivent dans la continuité de la politique du FMI et de la Banque mondiale consistant principalement en la mise en place des financements d'urgence sous forme de prêts, l'application des mesures d'austérité et un soutien infaillible aux créanciers, refusant ainsi l'annulation de la dette.

Le CADTM observe qu'aux USA et en Europe, depuis le début de la crise sanitaire, les banques centrales ont débloqué en quelques semaines plus de 500 milliards de \$ US démontrant par-là, l'existence de solutions adaptées à la pandémie.

Le CADTM conclut enfin qu'il existe trois arguments de droit international qui peuvent être invoqués pour justifier des annulations ou des répudiations de la dette à savoir :

- le cas de force majeure,
- l'état de nécessité,
- et le changement fondamental des circonstances.

CONCLUSION

La pandémie à la Covid-19 toujours en cours a révélé « l'animalité » de l'être de parole qu'est l'homme au travers de la guerre des masques, traduisant l'instinct de survie au mépris des lois de sociabilité, mettant à rude épreuve des amitiés et des ententes bâties de longue date. Elle a montré aussi les limites ou l'absence d'anticipation des gouvernants dans la constitution de la réserve des équipements selon la formule : « Gouverner, c'est prévoir ». Elle a montré enfin la place prépondérante occupée par la Chine, pourtant point de départ de la pandémie, mais devenue le temps de la crise, l'atelier du monde puis le lieu des enchères sur les tarmacs de ses aéroports. La pandémie via le confinement a ralenti presque l'ensemble des activités économiques de la planète ajoutant ainsi à la crise sanitaire des conséquences sociales et économiques lourdes n'épargnant aucun pays de la planète et venant donc aggraver la situation financière et sociale des pays les plus précaires. Néanmoins des efforts de solidarité ont vu le jour, considérés comme insuffisants mais rappelant l'interdépendance des humains. Le cours de la pandémie est émaillé de décès sur l'ensemble de la planète, sans la moindre considération du portefeuille et du statut social. Le confinement lui, n'aura non plus épargné personne même si les conditions de la réclusion au domicile étaient relativement tributaires du portefeuille.



Témoignage et expérience personnelle

Confinée dans l'Est parisien.

P. Mavoungou.

Conseillère Financier Banque postale PARIS 11^{ème}.

Lundi 9 mars 2020, me trouvant en repos (RTT) à domicile, je reçois un appel de ma directrice m'annonçant que l'agence doit fermer ses portes pour une durée d'au moins quatre semaines. Tous mes rendez-vous auprès des clients ont été décommandés.

Aussitôt, il s'en suit une conversation téléphonique en familles pour savoir, quelle attitude adoptée face cette situation, allons-nous nous confiner ensemble ou pas ?

Tous les médias indiquent que ce virus semblait s'attaquer de façon virulente aux personnes âgées et le nombre de décès survenant dans les EHPADs qui ne cesse d'augmenter est effrayant. C'est ainsi que mes filles probablement par amour pour leur mère et désir de protection, décident de me préserver en tant que personne âgée, en évitant tout contact avec ma personne.

Sur le plan professionnel, je me pose des questions. En effet, je ne suis plus en RTT, le bureau est certes fermé, mais je n'ai aucune justification écrite de mon arrêt de travail. Une chose est sûre, je ne suis pas en vacances. C'est vrai qu'il règne une atmosphère de fin du monde, mais je voulais quand même savoir ce que prévoit le droit dans ces circonstances.

Ce n'est pas à moi d'aller chercher dans le code du travail, après tout, je ne suis pas à l'initiative de la fermeture de l'agence. J'interroge donc ma hiérarchie et très rapidement un groupe WhatsApp est formé. Il nous est demandé de prendre des rendez-vous auprès de médecins pour prescription d'arrêt maladie. Tout ceci est bien logique n'est-ce pas ?

Qu'importe, c'est la fin du monde et je m'exécute. Avant tout, il faut trouver un médecin qui daigne me recevoir. Je découvre à mes dépens que les médecins sont des humains qui tiennent aussi à leur vie. Je découvre la téléconsultation, qui semble une avancée, mais à laquelle je n'adhère pas pour le moment.

Ainsi, depuis le samedi 7 mars, alors que j'étais chez moi, pensant avoir la liberté de mes mouvements, je me trouve confinée seule et découvre l'attestation de sortie. Avant je signalais les autorisations de sortie de mes filles dans le carnet de correspondance, maintenant, je dois signer une attestation pour m'autoriser à sortir, qui l'eut cru ?



Je vis dans l'Est de Paris, dans un des quartiers les plus populaires et vivants de la capitale. Je constate que je n'entends pratiquement plus mes voisins,

- où sont-ils tous passés ?
- Est-ce que ce virus venu d'ailleurs les aurait touchés ?

La vie semble s'être arrêtée. Je ne regarde plus la télévision vu les images macabres qui y défilent, telles que les halles du marché de Rungis transformées en morgue. Je note qu'il s'y dit tout et son contraire. Les autorités parlent d'abord de l'inutilité des masques, puis de leur nécessité rendant tout port obligatoire, en passant par l'invincibilité des jeunes vis à vis du virus que l'on connaît peu. J'ai quitté mon appartement quelques rares fois pour me rendre dans le local à poubelle et n'ayant croisé personne, j'ai compris que chacun s'était cloîtré chez soi par peur du virus.

Avant la venue de ce virus, j'étais persuadée que la vie s'arrêterait le jour où nous quitterions ce monde, mais j'ai découvert une phase de pause. J'étais en vie et en pause. Moi qui d'ordinaire vit entourée, me retrouve confinée seule, pour combien de temps, je n'en sais rien. Je découvre combien la vie peut être fragile. Il y a lieu de s'interroger sur les dispositions prises ou non pour ses proches.

Toujours en mars 2020, alors que les masques sont encore une denrée plus que rare, puisque réservés aux seuls soignants, j'ai sillonné les pharmacies de mon arrondissement et me suis cru dans le film « le dernier survivant ». Il n'y avait pas de vie, si ce n'est quelques rares véhicules.

Une urgence familiale m'a conduit dans le centre de Paris, le rare et courageux chauffeur UBER qui a bien voulu m'y emmener m'a pris pour une MARTIENNE. C'est d'ailleurs lui qui m'a offert mes premiers masques. Était-ce de la philanthropie ou pour se protéger lui-même ? Quelle que soit la raison, je l'en remercie. Quelques jours plus tard, le virus tant redouté touchait ma famille, un de ses membres venait d'être hospitalisé et plongé dans un coma artificiel pendant trente jours.

L'agence avait prévu de fermer ses portes pour quatre semaines au moins, le temps de voir comment évolue la pandémie. Entre-temps, le directeur général du groupe s'est retrouvé à l'assemblée nationale devant les députés. Il s'est vu reprocher le fait de n'avoir pas maintenu un service de proximité. Il n'a donc pas eu d'autre choix que de nous faire reprendre le chemin du bureau. Voilà comment le virus qui inquiète un pays tout entier, au point de le mettre à l'arrêt va cesser de l'être pour certaines entreprises selon nos députés. Tel un soldat appelé au front, je repris le chemin du bureau. Les rues étaient désertes, j'ai une appréhension, au moment de reprendre le métro. Des signalétiques COVID ont été installées, quelques sièges sont condamnés. Désormais les rames ne sont occupées qu'au tiers de leur capacité. Il y règne une atmosphère bizarre, les saltimbanques et autres quêtes du métro ne sont plus là. Les grandes places de l'Est parisien, place Edith PIAF, place GAMBETTA, place Martin NADAUD et



la place de la République pour ne citer que celles-là, sont toutes désertes. Je repense à cette expression que beaucoup d'entre nous connaissent et qui trouve tout son sens face à cette situation, « vanité des vanités, tout est vanité ». Le monde entier est à l'arrêt, la COVID 19 a mis sur pause toutes nos préoccupations quotidiennes, tous nos projets. J'ai dû revoir mes priorités, de toutes les façons, il ne pouvait en être autrement. Les salles de sport étant fermées, j'ai découvert qu'on pouvait faire du sport chez soi. J'ai également découvert le culte dominical chez soi. Nous avons tous survécu au fait de ne plus aller au cinéma, au théâtre, je suis persuadée que quand le moment sera venu d'y retourner, je saurai apprécier ces instants. Je sais désormais que tout peut s'arrêter. En même temps que le masque est devenu un incontournable de la garde-robe, le vocabulaire courant s'est enrichi. Désormais nous entendons tous parler de cluster, de distanciation sociale, de mesures barrières, etc. Quand je croise et reconnais un visage familier sous un masque, que ce soit dans la rue ou dans les parties communes de l'immeuble, une joie réciproque s'exprime. Nous prenons désormais des nouvelles de nos familles respectives. J'ai lu quelque part que « S'inquiéter n'effacera pas les problèmes de demain, cela ne fait qu'enlever la paix d'aujourd'hui », même s'il est vrai que la vie doit reprendre ses droits, pour autant, comment faire pour retrouver une paix dans ces moments que nous vivons ?

Au bureau, nous avons à disposition les masques, les gants et autre gel hydro-alcoolique. Une organisation de travail a été mise en place. Des équipes ont été constituées, en horaires aménagés, et un jour sur deux pour éviter que les équipes ne se croisent. Aucun rendez-vous n'est assuré en présentiel, nous sommes là pour maintenir le lien et répondre aux questions de nos clients. Désormais nos bureaux sont équipés de plexiglass, je doute fort que cela suffise à protéger du virus. Même entre collègues, il n'est plus question de serrer la main, il en est de même avec les clients. On se salue par des coups de coudes, et tout ceci est devenu normal.

De toutes les façons, il y aura un avant et un après covid. Dans quelques mois, je vais devenir grand-mère pour la première fois, je m'imagine dans quelques années expliquant à mon petit-fils qu'il fut une époque où pour nous saluer, nous serions les mains et nous faisions la bise, peut-être reviendrai-je vous écrire pour vous donner sa réaction.



IN MEMORIAM

HOMMAGE à des HOMMES D'EXCEPTION

Hommage au Professeur Lazare KAPTUE NOCHE

Hématologue de formation, le professeur KAPTUE était l'enseignant que l'on attendait impatiemment chaque année lors de ses missions d'enseignements, pour nous dispenser des cours théoriques et pratiques, à l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSSA) aujourd'hui Faculté des Sciences de la Santé (FSSA).

L'hématologue a pour principaux outils de travail : le sang et la moelle osseuse.

A l'image de la moelle osseuse, siège de l'hématopoïèse où naissent les érythroblastes qui se divisent et forment des hématies voyageant dans nos vaisseaux pendant la vie, le **Pr KAPTUE** a été la cellule souche qui, par ses enseignements à travers l'Afrique à former de multiples élèves et collaborateurs.

Très tôt durant nos études de médecine, il nous a appris qu'on pouvait faire en même temps de la clinique, de la biologie et de la thérapeutique ; ceci était déterminant dans un contexte de pénurie de spécialistes en Afrique.

D'autres que moi, s'exprimeront certainement mieux sur son itinéraire médical brillant ainsi, que la qualité de son enseignement théorique et clinique, particulièrement appréciés à l'INSSSA.

Je souhaiterais davantage rendre hommage, à l'homme de très grande culture ; au contact chaleureux qui savait autant parler qu'écouter, donner que recevoir dans la simplicité d'un maître, voire d'un père.



Il est surtout celui qui a su relever plusieurs défis, dont 4 à mon sens méritent d'être soulignés :

- défi de formation ;
- défi de recherche ;
- défi dans la prévention et la santé publique, dont son action auprès du ministère de la santé au Cameroun ;
- défi clinique à travers sa clinique privée accompagnant les patients atteints des maladies chroniques.

Enfin, même si votre disparition authentifie la séparation et place l'être disparu dans l'éternité du souvenir, pour nous, étudiants de l'INSSSA vous resterez à jamais dans nos mémoires. Et, ce d'autant plus qu'il y a environ 40 ans, vous avez posé les jalons qui suscitent aujourd'hui de l'espoir dans l'évolution de l'hématologie en plein bouleversement.

A titre d'exemples :

- La prise en charge de la drépanocytose (réactivation du gène de l'hémoglobine F qui permet de diminuer considérablement la gravité de la drépanocytose);
- La guérison de certaines formes de lymphomes, notamment hodgkiniens;
- L'espérance de vie des patients myélomateux qui a doublé en une décennie;
- L'usage des thérapies ciblées dans la LMC et d'autres syndromes myéloprolifératifs;
- Et la place prépondérante que prend l'immunothérapie aujourd'hui avec notamment les CAR-T;
- Enfin l'émergence de la société francophone d'hématologie africaine présidée par le **Pr ELIRA DOKEKIAS**.

Aussi, permettez-nous aux noms de l'ensemble des étudiants de l'INSSSA, de vous remercier pour tout le temps que vous avez consacré à notre formation et surtout de vous dire notre admiration pour votre vie d'exception.

Dr JM. ADICOLLE

Hématologue. Centre D'Onco-hématologie- Radiothérapie. 91130 Ris Orangis, France.



Hommage au Professeur Charles GOMBE MBALAWA

Mardi 20 Avril 2021, le Professeur Charles GOMBE MBALAWA nous a quitté à l'âge de 70 ans.

C'était notre maître et notre précurseur.

C'est avec beaucoup de tristesse que nous avons appris le décès très rapide d'un des monuments de la Médecine Congolaise et Africaine.

Point n'est besoin de souligner sa brillante carrière Hospitalo-Universitaire et administrative qui va et sera longuement décrite lors des différents hommages institutionnels.

Cependant, retenons que le professeur Ch. GOMBE MBALAWA était la figure de proue de la cancérologie en Afrique.

Il est celui qui a structuré et développé la cancérologie au Congo.

Il a aidé la plupart des pays d'Afrique Noire à leur tour à mettre en place l'enseignement et la pratique de cette discipline.

Il a ainsi été l'un des pionniers fondateurs de l'Organisation Africaine Pour la Recherche et l'Enseignement en Cancérologie, AORTIC qu'il présidera durant plusieurs années.

Pour nous anciens de la faculté de médecine du Congo, qui a été le professeur Ch. GOMBE MBALAWA ?

La première rencontre a eu lieu dans les couloirs et salles des cours au sein de l'INSSSA (Institut Supérieur des Sciences de la Santé) à l'époque. Nous avons été vite marqués par son éloquence, la clarté de ses enseignements et sa rigueur intellectuelle.

Nous avons eu la chance de suivre ses cours passionnés et passionnants d'anatomie-pathologie puis de cancérologie clinique qui étaient pourtant difficiles à assimiler.

La seconde rencontre avec le professeur Ch. GOMBE MBALAWA remonte à la période de notre pratique Hospitalière.

Nous découvrons alors le Médecin, l'Humaniste, très dévoué, toujours au service et à l'écoute de ses patients et de ses collaborateurs.

Il n'hésitait pas à utiliser parfois ses propres moyens matériels et financiers pour aider les patients très démunis.

Le professeur Ch. GOMBE MBALAWA a eu une grande influence sur les parcours professionnels de certains d'entre nous.



Nous lui en sommes tous reconnaissants et le remercions vivement d'avoir contribué avec autant de science que de ferveur à notre formation et au développement de la cancérologie au Congo.

Que son épouse et ses enfants reçoivent nos condoléances les plus sincères.

Dr A. ALEBA

Oncologue médical. Centre hospitalier de NIORT, France.



Contacts

Pour tout contact avec la revue adresser votre courriel à l'adresse mail suivante :

lalettremedicaleducongo@gmail.com

Les membres du comité de rédaction peuvent être contactés de façon individuelle aux adresses suivantes :

✉ **Rédacteurs en chef :**

Pôle chirurgical : Dr Jean Patrice Binuani
Pôle médical : Dr Patrice Serge Ganga-Zandzou

JPBinuani@chu-angers.fr
psgangazandzou@hotmail.com

✉ **Responsable de la publication :**

Dr Richard Bibi.

cesarhyve@yahoo.fr

✉ **Responsable de la communication**

Dr Florian Diakabana.

flodiak@hotmail.fr



Consultation du site Web

lalettremedicaleducongo.com

