PANORAMA DE PRESSE

09/04/2020 07h43

Université de Paris - Semaine du 2 au 9 avril 2020

Panorama réalisé avec Tagaday

SOMMAIRE

À LA UNE
(2 articles)

LE FIGARO.fr
vendredi 3 avril 2020 21:58

À Paris, une batterie d'imprimantes 3D pour endiguer le coronavirus (694 mots) — Page 5

Une soixantaine de machines ont été installées à l'hôpital Cochin pour créer les milliers de pièces de matériel médical dont auront besoin patie...

Libération
mardi 7 avril 2020

Lila Bouadma, la bûcheuse de Bichat (1081 mots) — Page 7

C'est la nuit profonde dans ce bureau du service de réanimation de l'hôpital Bichat, dans le nord de Paris. Il est tard. Li...

NOS ÉTUDIANTS SE MOBILISENT
(1 article)

Libération
mercredi 8 avril 2020

«Moi aussi, j'ai envie d'être quelqu'un qui fait juste son travail» (1588 mots) — Page 10

Il trépigne depuis deux semaines dans son appartement. «C'est le parfait moment, cette crise. Pouvoir aider. Se sentir util...

RECHERCHE MÉDICALE
(4 articles)

ouest france INTERNET
lundi 6 avril 2020 15:34

Coronavirus. Près d'un tiers des patients décédés souffrait de diabète (299 mots) — Page 14

Coronavirus. Près d'un tiers des patients décédés souffrait de diabète Les personnes diabétiques sont considérées comme particulièreme...

NORMANDIE.fr
samedi 4 avril 2020 04:51

Coronavirus. Traiter le Covid-19 : « Ce que nous voulons obtenir, c'est une réponse carrée ! » (1097 mots) — Page 16

En poursuivant votre navigation, vous acceptez l'utilisation de cookies et technologies similaires qui permettront l'utilisation de vos données par les so...

Aujourd'hui en France INTERNET
jeudi 2 avril 2020 15:34

Symptômes du Covid-19 : une étude montre trois types d'évolution de la maladie (560 mots) — Page 19

Une nouvelle étude, publiée dans la prestigieuse revue The Lancet Infectious Diseases, apporte des précisions sur trois différentes possibilités...

Le Point.fr
mardi 7 avril 2020

« Les premiers résultats d'efficacité d'un vaccin contre le coronavirus pour fin mai » (1242 mots)
« Les premiers résultats d'efficacité d'un vaccin contre le coronavirus pour fin mai » VIDÉO. Les chercheu...
Page 21

LE COVID-19 VU PAR LES SCIENCES SOCIALES
(1 article)

Le Monde.fr
mercredi 8 avril 2020

Comment la rhétorique complotiste détourne la science en période d'épidémie (1689 mots)
« Citoyens enquêteurs », militants extrémistes ou politiciens populistes citent des études scientifiques à l'appui de leurs propos...
Page 26

TRIBUNES
(2 articles)

l'Opinion
vendredi 3 avril 2020
06:00

Coronavirus: «Le monde politique devient l'auberge espagnole de l'opportunisme idéologique» (1006 mots)
Les faits : Professeur de sociologie à l'université Paris-Diderot, Gérald Bronner est membre de l'Académie nationale de médecine, de l'Académie des techno...
Page 31

LA TRIBUNE HEBDOMADAIRE
samedi 4 avril 2020

Alimentation et démocratie: rejoignons-nous maintenant, pour après (1339 mots)
OPINION. Le risque de recommencer notre vie comme auparavant est bien réel. Il faudra certainement revenir sur les engrenag...
Page 33

À LA UNE

N° 12079
mardi 7 avril 2020
Édition(s) : Principale
Page 24
1081 mots - 4 min





PORTRAIT

LE PORTRAIT

Lila Bouadma, la bûcheuse de Bichat

Tenace et concentrée, cette réanimatrice à Paris est membre du conseil scientifique Covid-19 mis en place par Emmanuel Macron.

C'est la nuit profonde dans ce bureau du service de réanimation de l'hôpital Bichat, dans le nord de Paris. Il est tard. Lila Bouadma est fatiguée. *«D'ordinaire je dors mal, mais là, je rentre tellement épuisée que je n'ai jamais aussi bien dormi. Je m'endors avec mon téléphone.»* On ne connaît pas Lila Bouadma. C'est une voix claire, sincère, directe. Amicale aussi. Elle fait partie du fameux conseil scientifique que préside Jean-François Delfraissy pour conseiller Emmanuel Macron. Et depuis le début, elle est sur le pont. *«Un portrait de moi ?»* Réponse : *«Je n'ai guère le temps. Ou alors tard le soir.»* Rendez-vous téléphonique est pris à 22 heures.

Les médias, les projecteurs ou les interviews ne sont manifestement ni sa préoccupation ni son jardin. Il est d'ailleurs quasi impossible de trouver une photo d'elle sur Internet. Discrète au point d'être presque invisible. Lila Bouadma n'a pas 50 ans. Elle est née près de Belfort. Ses parents, Algériens, sont arrivés quelques années auparavant. Son père était ouvrier dans une usine de fil de fer, sa mère femme de ménage. Ses parents ne savaient ni lire ni écrire. Elle a cinq frères et sœurs, elle est au milieu de la fratrie. *«Je n'avais pas besoin d'occuper la place de l'aînée»,* avoue-t-elle sans hésiter. Et on la croit.

Elle est d'un bloc comme un rocher breton, ou comme les montagnes de la Kabylie. *«Je déteste le soleil !»* nous dit-elle fortement. Allez savoir pourquoi. En vacances, elle va surtout en Bretagne, *«pour le vent, l'air, le souffle».* La voilà tout en haut de la carrière médicale. Et elle l'avoue : *«Réanimateur, c'est un métier. Cela ne s'improvise pas.»* Et ajoute : *«Il faut savoir ne pas s'énerver.»* On la sent à sa place, sans état d'âme. *«Jamais je n'ai hésité. J'ai toujours dit que je ferais ma médecine. La raison ? Je ne sais pas. Peut-être parce que mon petit frère a failli mourir ? Je vais vous surprendre, mais si je n'avais pas fait médecine, j'aurais été militaire. J'aime ce monde-là, la hiérarchie, ce côté ordonné, l'action aussi.»* Et précise : *«La contestation, non, ce n'est pas mon fort. Je préfère agir.»* D'ailleurs, elle n'a pas participé au mouvement de défense de l'hôpital public. On a deviné, elle ne se voit pas en rebelle mais comme une travailleuse acharnée.

Bichat sera donc sa maison. C'est un drôle d'hôpital. Un lieu énorme, peu accueillant, planté au bord du périphérique. C'est une tour sans charme aujourd'hui condamnée. En 1995, quand Lila Bouadma arrive, Bichat a déjà une longue histoire. Il est accolé à l'ancien hôpital Claude-Bernard, lieu historique des maladies tropicales où avaient été pris en charge les premiers malades du sida. A l'époque, le service de la réanimation et les maladies infectieuses étaient étroitement liés. *«J'ai beaucoup aimé,* nous affirme-t-elle. *J'avais un chef de service en réa, le professeur Bernard Régnier, qui était impressionnant. Quand il faisait la visite, je comprenais ce qu'il disait. Il expliquait, c'était intelligent et passionnant.»* En 2005, elle est nommée professeure, c'est-à-dire le sommet. *«C'est quelqu'un d'une grande rigueur. Elle est parfois un peu intransigeante, dure vis-à-vis d'elle-même»,* lâche son maître qui ajoute, comme un père : *«Elle est acharnée au travail, peut-être trop. Il m'arrivait de lui dire qu'il n'y avait pas que cela dans la vie.»* Manifestement, le professeur Régnier n'a guère été écouté. Elle vit seule, sans enfant. Dit n'avoir aucun regret. *«Je savais que je n'en aurais pas, j'avais déjà donné, peut-être comme maman avec mes frères et sœurs.»*

Elle devient spécialiste des infections nosocomiales, ces maladies attrapées à l'hôpital. Méthode, rigueur, organisation. Elle ne laisse rien au hasard. *«J'aime ce que les autres ne font pas»,* avoue-t-elle. Et ce n'est pas sans satisfaction qu'elle nous dit que dans son unité, il n'y a presque pas eu de contamination au Covid-19 parmi le personnel. *«Je suis très regardante. Emmerdeuse sûrement.»* D'autant qu'elle entretient une relation très forte avec le personnel soignant. *«En réa, si les infirmières sont bonnes, alors, tout est bon !»* raconte le professeur Régnier.

A Bichat jamais quitté, elle va tout côtoyer : Sras, H1N1, le Mers puis Ebola, et maintenant la folie inatten-

due du Covid-19. L'endroit est devenu un lieu de référence. Aujourd'hui, sur 32 lits de réa, 32 sont occupés par des Covid-19. Et les surprises s'accumulent, inquiétantes. *«On a des patients jeunes. Sur 26, nous en avons 17 de moins de 52 ans. Des patients qui ont peu de fragilités, tous un peu en surpoids, mais avant, ils vivaient normalement.»* C'est ainsi, une épidémie sans pareil, un coronavirus sans queue ni tête qui échappe aux modèles. Avec Yazdan Yazdanpanah, qui dirige les maladies infectieuses à Bichat - lui aussi membre du conseil scientifique -, ils travaillent depuis des années sur ces nouveaux agents infectieux. Ils s'entendent bien, sont de la même génération. *«Yazdan a eu cette intuition qu'un jour, il y aurait une pandémie et qu'il fallait se servir de médicaments qui existaient. On en discutait beaucoup, c'était une théorie. Maintenant, on y est.»* Le conseil scientifique a une réunion téléphonique quotidienne à 11 heures. *«Jean-François Delfraissy, je ne le connaissais pas. On travaille bien, la mayonnaise a pris.»* Elle aime ce groupe : *«Je ne sais pas pourquoi, nous ne sommes pas les meilleurs scientifiques du monde, mais c'est l'idée de rendre service, de rendre un avis collégial.»* Et que pense-t-elle de Didier Raoult, lui aussi membre du conseil ? *«Je ne le connais vraiment pas. L'important, c'est de prouver au plus vite l'efficacité de certaines molécules. Si c'est la sienne, peu importe, tant mieux !»*

Voilà. Il est tard. Elle va prendre son vélo pour rentrer chez elle dans le XIXe. *«Depuis les événements, je suis tombée deux fois, il faut que je fasse attention.»* A un autre moment, elle nous a confié : *«J'ai le mal des transports, je n'aime pas aller loin.»* Elle vote à gauche. Elle nous dira aussi : *«Ce portrait, je ne le lirai pas. J'ai une phobie du papier journal, je ne supporte pas, je ne peux même pas le toucher. C'est comme ça.»* On découvre peu après sur une photo qu'elle n'a pas un cheveu, atteinte d'alopécie.

On ne connaît pas Lila Bouadma, juste ces quelques mots échangés. Voilà, en tout cas, une combattante, une samouraï, une habitante de la tour Bichat. Elle est acharnée, terriblement bien à sa place. Et aussi mystérieuse que la guerre qu'elle mène en avant-garde.

1971 Naissance près de Belfort.Mars 2006 Praticienne hospitalière.Octobre 2015 Professeure des universités.Mars 2020 Entre au conseil scientifique.

En raison du confinement, les entretiens et photos du portrait de dernière page peuvent être réalisés à distance. ■

par Eric Favereau

Tous droits réservés Libération 2020
567ae5e0lc102907f0cc03d2a90501296fd42872f596635fdc1f5d8

Coronavirus : les hôpitaux de Paris innovent pour fabriquer du matériel médical

Retrouvez le reportage de France Tv en cliquant sur le lien suivant : https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-les-hopitaux-de-paris-innovent-pour-fabriquer-du-materiel-medical_3900043.html

En France, des centaines d'initiatives se mettent en place depuis plusieurs jours. À l'hôpital Cochin à Paris, une opération a vu apparaître des dizaines d'imprimantes 3D, permettant la fabrication de pièces essentielles pour les soignants.

C'est une mini usine, en plein cœur de l'hôpital Cochin, à Paris. 60 imprimantes 3D viennent d'y être installées pour y fabriquer le matériel manquant des hôpitaux parisiens. Jusqu'à 3 000 pièces par semaine, des visières de protection, des poignées, ou même une pièce qui doit permettre de transformer un masque de plongée en respirateur artificiel. "*Ce type de dispositif médical, s'il fallait le faire avec une procédure industrielle habituelle, ça prendrait plusieurs mois de conception puis de fabrication*", explique le docteur Roman Hossein Khonsari, chirurgien maxillo-facial à l'hôpital Necker (Paris).

Une production quantitative en seulement 48 heures

"*On est obligé de répondre à des besoins critiques de manière très rapide, et cette technologie est la seule qui permette en 48 heures de passer d'un prototype à une production en grande quantité, fiable, et qui puisse être distribuée au sein des hôpitaux de l'AP-HP*", ajoute-t-il.

Coronavirus : à Paris, une mini-usine d'impression 3D fournit aux soignants le matériel qui leur manque

Retrouvez le reportage de TF1/LCI en cliquant sur le lien suivant :

https://www.lci.fr/high-tech/coronavirus-a-paris-hopital-cochin-une-mini-usine-d-impression-3d-fournit-aux-soignants-le-materiel-qui-leur-manque-2150247.html

IMPRESSION 3D - Alors que le coronavirus continue de se propager, les hôpitaux de Paris se lancent dans la production en 3D d'équipements leur faisant cruellement défaut. Une mini-usine a été installée à côté de l'hôpital Cochin. Une première dans l'Hexagone.

06 avr. 2020 23:15 -
Elles carburent 24 heures sur 24. Dans une mini-usine établie dans le parc de l'Abbaye de Port-Royal qui jouxte l'hôpital Cochin à Paris, soixante imprimantes 3D débitent à jet continu des filaments de plastique pour fabriquer en urgence les milliers de pièces de matériel médical dont les hôpitaux parisiens ont cruellement besoin. Confronté à une demande inédite pour faire face à la pandémie de Covid-19, les hôpitaux parisiens ont fait un bond en avant dans le futur, en créant en quelques jours la plus grande plateforme d'impression 3D au monde au sein d'un hôpital. Du jamais-vu.

Initié sous l'impulsion du Dr Roman Khonsari avec l'appui de la startup tricolore Bone3D, le projet "3D COVID" s'est monté en à peine dix jours, mobilisant une cinquantaine de médecins, ingénieurs, développeurs et entrepreneurs du secteur privé. Une prouesse à la hauteur de l'urgence. "Selon le type d'équipement et sa complexité, on sera capable de sortir de 300 objets par jour à 3000 par semaine", promet le Dr Khonsari, chirurgien maxillo-facial de l'hôpital Necker, un des grands promoteurs en France de cette technologie promise à un bel avenir dans le domaine médical.

Les pièces produites au sein de cet atelier futuriste, parmi lesquelles des visières de protection pour le visage, des valves pour respirateur artificiel d'urgence ou encore du matériel d'intubation, sont fabriquées via protocole préalablement homologué et validé par un comité scientifique en amont. "Même en temps de crise, on ne peut se permettre le moindre défaut (...) les matériels ne peuvent pas lâcher en cours d'intervention", souligne le Dr Khonsari.

Cinq personnes mobilisées jour et nuit

Le site de production a déjà commencé à sortir des pièces simples, pour des dispositifs d'aspiration, des masques de réanimation, des montants de lunettes de protection et même des poignées pour ouvrir les portes avec l'avant-bras, sans les toucher. "Il reste des équipements qu'on ne peut pas produire en 3D, comme des surblouses, par exemple. Mais pour les trois-quarts, c'est possible", assure le chirurgien. La liste des matériels disponibles sera mise à jour pour les soignants sur la plateforme 3dcovid.org, qui centralise aussi les propositions émanant d'entreprises et de particuliers.

Une valve imprimée en 3D. – BONE3D
Pour faire tourner cette usine futuriste, une équipe de cinq personnes est mobilisée jour et nuit, à la fois pour assurer le suivi la production et dessiner les pièces via des logiciels via des logiciels de modélisation 3D. "Pour faire simple, nous produisons toute la plomberie qui sert au fonctionnement des machines de réanimation. Ce sont un peu comme des Lego, mais en beaucoup plus technique. Ces pièces sont essentielles et les stocks sont vides. Or elles permettent de sauver des vies", explique à LCI le Dr Jérémy Adam, qui dirige la jeune pousse Bone3D, spécialiste de l'impression médicale 3D.

Mais un certain nombre de dispositifs sont protégés par des brevets ou les droits de propriété intellectuelle. Par conséquent, ils doivent être dessinés en 3D via des logiciels, avant d'être imprimés. "A la différence des makers, nous n'imprimons pas à tout-va, souligne le PDG de Bone3D. Lorsque nous réalisons une nouvelle pièce, elle subit d'abord toute une batterie de tests sur des poumons artificiels. A partir du moment où celle-ci est validée, nous pouvons commencer à la produire en série et en grande quantité", précise le PDG de Bone3D. Les modèles sont ensuite partagés en open-source sur la plateforme 3dcovid.org.

"Plusieurs centaines de milliers d'euros"

Le projet de l'AP-HP bénéficie d'un financement du groupe de luxe français Kering, dont le PDG n'est autre que François Pinault. Selon *Le Figaro*, la facture se chiffre "à plusieurs centaines de milliers d'euros". A l'avenir, ce type de plateforme d'impression 3D pourrait néanmoins se généraliser au sein des hôpitaux. "Tout serait fait directement sur place, cela permettrait de gagner en réactivité et d'améliorer la gestion des stocks. Et en échange, les fabricants de ces matériel médical toucheraient des royalties", suggère Jérémy Adam. Plusieurs hôpitaux dans d'autres régions de France ont contacté la startup Bone3D pour faire face à la pénurie de matériel.

Coronavirus : quand l’impression 3D vient au secours des hôpitaux

Retrouvez le reportage de CNEWS en cliquant sur le lien suivant : https://youtu.be/RNwvCw0B_II

Par Nicolas Cailleaud, Camille Baron -
Mis à jour le 04/04/2020 à 14:36 Publié le 02/04/2020 à 09:07

Visières de protection, valves, matériels d'intubation... Plusieurs milliers d'imprimantes 3D connaissent une nouvelle mission en France : celle de soutenir la production de matériel pour les personnels médicaux. L'AP-HP vient d'annoncer la mise en fonction le 1er avril d'un dispositif inédit à l'hôpital Cochin. L'abbaye de Port-Royal, adjacente à l'établissement, vient d'accueillir une soixantaine d'imprimantes high-tech pour mener à bien le projet «3D Covid».

Celui-ci vise à fabriquer de nombreux produits à la demande des soignants et tous sont homologués. «De 300 à 3.000 objets liés à leurs activité pourront être produits chaque semaine», a expliqué au Midi Libre le Dr Roman Hossein Khonsari, chirurgien à l'hôpital Necker, qui a notamment porté ce projet. Plusieurs ingénieurs de la société Bone 3D, spécialisée dans l'impression 3D de matériel médical, viendront se relayer afin de répondre aux demandes des personnels de santé.

Des sociétés privées réquisitionnent leur parc d'imprimantes

Parallèlement, d'autres sociétés françaises d'impression 3D ont mis leurs imprimantes au service de la santé. C'est le cas de Dagoma, basée à Roubaix, qui a requisitionné son parc de 300 imprimantes 3D pour produire des visières de protection.

Le site est en capacité de produire plus de 20.000 visières par semaine, en suivant un procédé homologué par plusieurs médecins de CHU.

LE FIGARO.fr
vendredi 3 avril 2020 21:58
694 mots - 3 min

À Paris, une batterie d'imprimantes 3D pour endiguer le coronavirus

Une soixantaine de machines ont été installées à l'hôpital Cochin pour créer les milliers de pièces de matériel médical dont auront besoin patients et personnels soignants face au Covid-19.

À l'abbaye de Port-Royal, dans l'odeur boisée de la salle capitulaire, le portrait tricentenaire de mère Angélique Arnaud préside une assemblée de cubes électriques. Entre les lambris et les colonnes de chênes, des dizaines d'imprimantes 3D ont pris place. On en trouve le même nombre dans la pièce d'en face. Soixante au total, qui ronronnent en coulant à jet continu des filaments de plastiques pour fabriquer en urgence les milliers de pièces de matériel médical dont les hôpitaux parisiens ont cruellement besoin.

À voir aussi - Coronavirus: l'hôpital Cochin va produire en 3D des équipements médicaux

» LIRE AUSSI - Une appli de «tracking» contre le Covid-19: le numérique entre fantasme et acceptation

Il n'aura fallu que cinq jours pour que l'idée se concrétise. «*C'est l'université de Paris qui est à l'initiative de ce projet en partenariat avec l'AP-HP, et avec le soutien du groupe Kering*», affirme Gérard Friedlander, doyen de la faculté de médecine de l'université Paris-Descartes. Les bouches restent closes sur le montant de la somme avancée par le géant du luxe, mais le cachet avancé s'élèverait à plusieurs centaines de milliers d'euros.

Assez pour permettre la mise en place de ce dispositif hors norme, et son financement pour les quatre prochains mois, logistique et ingénieurs compris. Ces derniers, au nombre de cinq, ont été détachés sur ce projet par la start-up française Bone 3D, spécialisée dans l'impression de pièces de matériel médical. Ces éléments qui manquent cruellement alors que l'afflux de patients vers les hôpitaux ne tarit pas.

«*C'est un des projets qui va permettre de franchir la crise*», explique le docteur Roman Hossein Khonsari en présentant les machines. Ces imprimantes offrent en effet la possibilité de produire, rapidement et en grande quantité, du matériel en plastique pour les soignants et le traitement des malades : visières de protection pour le visage, valves pour respirateur artificiel d'urgence, matériel d'intubation, masques, poignées, et plus encore.

«*Les seules choses que ces machines ne peuvent pas imprimer, ce sont des masques et des surblouses*», vante sans trop d'exagération le doyen Friedlander, «*mais des entreprises partout en France reconvertissent leurs lignes de production pour faire face à ces besoins*».

Là est la grande différence avec une imprimante 3D. Alors qu'il faut plusieurs jours pour modifier une ligne de production, une imprimante 3D permet de créer dans la même journée des pièces différentes, et de passer du dessin d'un modèle virtuel à la création à grande échelle de prototypes en quelques heures seulement. C'est à la création des dessins et patrons de pièces, et à leur mise

en production, qu'œuvreront 24 heures sur 24 les ingénieurs de Bone 3D et les équipes de l'AP-HP.

«*Nous sommes en lien avec l'Agence de l'équipement des produits de santé, qui nous communique des listes de dizaines de pièces requises, ça serait impossible à fournir sans ces imprimantes*», abonde Roman Hossein Khonsari. «*C'est tout simplement la plus importante plateforme d'impression 3D de matériel médical d'Europe.*»

» LIRE AUSSI - Des robots et des imprimantes 3D pour les PME

Posé sur une table au milieu des machines, un écran d'ordinateur affiche en relief le modèle d'une valve en cours d'impression. À côté, ouvert, un croquis au stylo noir de la même pièce. Une illustration de la réactivité de ce dispositif, qui se réinvente au fur et à mesure que les commandes arrivent, et devrait prochainement pouvoir se mettre au service des services hospitaliers des autres régions de France. «*Nous avons choisi d'installer cet ensemble dans l'hôpital Cochin, au plus près des malades, mais ce n'est pas que pour Paris*», affirme le doyen Friedlander. «*On le mobilisera pour les autres régions à mesure que la vague avancera.*»

À voir aussi - Dr Mascret répond: quelles sont les différences entre les tests sur le Covid-19?

par Pierre Sautreuil

Tous droits réservés lefigaro.fr 2020
bd7f752cl2b0ca0e208a0db21a0c31326ee44f7bf5936c5e17633dc

NOS ÉTUDIANTS SE MOBILISENT

N° 12080
mercredi 8 avril 2020
Édition(s) : Principale
Pages 14-15
1588 mots - 6 min





«Moi aussi, j'ai envie d'être quelqu'un qui fait juste son travail»

Etudiants en médecine et élèves infirmiers sont nombreux à venir en renfort dans les hôpitaux. Une entrée en matière souvent éprouvante.

Il trépigne depuis deux semaines dans son appartement.*«C'est le parfait moment, cette crise. Pouvoir aider. Se sentir utile, réaliser ce qu'on veut faire à la base, quoi.»* Eliot, 22 ans, en quatrième année de médecine à Paris, a embauché lundi comme infirmier à l'hôpital Saint-Joseph, dans le XIVe arrondissement. *«Faut pas non plus que je sois un boulet. Mais j'envisage cela comme une expérience assez stimulante»*, dit le futur médecin, avec un peu d'appréhension et, surtout, de l'impatience. *«Ça fait du bien de se sentir utile, ne pas subir. C'est un privilège»*, estime, quant à lui, Mathis, en deuxième année. Lui aussi commence cette semaine, en enfilant une blouse de «renfort aide-soignant» à l'hôpital Saint-Louis.

En pleine crise du Covid-19, toutes les bonnes volontés - y compris les apprenties bonnes volontés - sont accueillies à bras ouverts. Plan d'attaque : *«Les troisième année font du secrétariat, comme répondre aux familles, faciliter les trajets des brancardiers et ambulanciers. Pour les "2A"* [deuxième année, ndlr] *comme moi, notre mission, c'est le bionettoyage. On doit assister les infirmiers ou aides-soignants qui entrent dans les chambres des malades»*, explique Mathis. Lui reste dans le couloir, chargé de retranscrire les constantes dans le classeur ad hoc, puis de nettoyer poignées de porte et hublots extérieurs, tout cela pour *«limiter au maximum les va-et-vient»* avec les zones à risque. Jade, qui sera infirmière diplômée dans quelques mois, occupe le même poste à Lyon. Là-bas, ils appellent cela les *«aides-soignantes circulantes»*. Ces petites mains facilitent le travail des soignants, ou les remplacent parfois quand les effectifs manquent. Comme Thibault, 21 ans et étudiant en troisième année de médecine, missionné dans un service de gériatrie parisien : *«On a besoin de nous, parce que les aides-soignants et les infirmiers titulaires sont appelés dans les services Covid. Et pas mal sont infectés aussi. On permet de soulager des équipes déjà en sous-effectif chronique toute l'année.»*

Depuis la flambée de l'épidémie, les étudiants sont nombreux à s'être portés volontaires. De tous horizons. Médecins en herbe, bien sûr : depuis l'activation du fameux «plan blanc» le 6 mars et la réorganisation dans les hôpitaux, beaucoup d'externes - ces étudiants de quatrième, cinquième et sixième année d'études - ont vu leur stage se terminer plus tôt que prévu et sont donc mobilisables. Mais aussi les élèves de kiné ou de dentaire. Gérard Friedlander, doyen de la faculté de médecine de l'université Paris-Descartes, frétille : *«Le 1er avril, on avait 360 redéploiements d'étudiants, dont 76 infirmiers, 119 aides-soignants ou brancardiers, 11 à la logistique, 84 qui sont à Covidom* [plateforme de télésuivi médical installée dans le centre de documentation du campus Picpus de l'AP-HP] *et 72 déployés au Samu et dans les centres 15. Nous avons de la gratitude et de l'admiration. On fait uniquement du bénévolat. Pas besoin de réquisition pour l'instant.»*

«C'est extrêmement frustrant de rester chez soi»

Cela dépend tout de même des secteurs. Des élèves d'une école d'infirmiers lyonnaise racontent ces messages un peu ambigus de la direction, invitant les volontaires à se manifester en précisant que *«ces missions sont nécessaires pour valider votre année»*... *«Autant dire qu'on n'a pas vraiment le choix,* commente l'une des étudiantes. *De toute façon, la plupart d'entre nous voulaient participer. Sinon, il y a de quoi se poser des questions sur le métier qu'on s'apprête à faire, non ?»*

A d'autres endroits, le nombre de volontaires dépasse les besoins... Avec parfois une forme de frustration, voire de culpabilité. Mathias, interne à Strasbourg, s'en désole : *«C'est un peu la drôle de guerre. Avec de nombreux collègues internes en neurologie, on a le fusil au pied, mais on attend l'ouverture d'un nouveau service d'hospitalisation Covid.»* Pour l'instant, il n'a aidé «que» trois demi-journées au Samu, pour faire de la régulation téléphonique. *«C'est extrêmement frustrant de rester cantonné chez soi. J'ai beaucoup moins de travail que d'habitude, mais les collègues infirmières ou les médecins en réanimation subissent une fatigue et un stress extrêmes. Moi, je ne mérite pas qu'on m'applaudisse le soir, parce que je ne peux pas aider.»* Oriane, en cinquième année et confinée à Paris, opine : *«Quand on est ex-*

terne, on veut faire partie des équipes médicales. Sinon, on a l'impression d'être à côté de l'endroit où tout se passe.» Dans sa fac, ce sont les élus (les élèves représentants) qui proposent des missions sur des groupes Facebook privés, et c'est limite la bagarre. *«Il y a tellement de volontaires et trop peu de missions, en l'espace d'une heure tous les postes sont pris.»* Oriane avait d'abord postulé pour intégrer une équipe du Samu. Elle vient finalement d'être appelée pour un poste d'assistante de recherche clinique à Necker.

Eliot, en quatrième année de médecine, est devenu infirmier, et Mohamed a été affecté dans un service de médecine générale. Photo Marie Rouge pour Libération

Certainement débordés par l'afflux initial de volontaires, les hôpitaux passent de l'improvisation à une organisation cadrée d'un point de vue légal. *«Dès l'instant qu'ils travaillent à l'hôpital, les étudiants de la faculté de médecine sont des travailleurs hospitaliers comme les autres, donc protégés et couverts de la même manière,* assure le doyen Friedlander. *C'est plus compliqué pour les envoyer dans les Ehpad, car il faut rédiger des conventions particulières à chaque fois.»* Un arrêté du 28 mars fixe la rémunération : les étudiants de médecine exerçant un job d'infirmier sont payés comme des infirmiers, ceux occupant un poste d'aide-soignant sont rémunérés comme des aides-soignants…

«Je suis impressionnée par ce que je vois»

Les étudiants restés sous le statut de stagiaire au moment du confinement sont en revanche désavantagés, comme Charlotte (1), étudiante en cinquième année de médecine. Libérée de son service de chirurgie orthopédique à l'annonce du «plan blanc», elle a été très vite envoyée en réanimation. Depuis, elle enquille les gardes avec des malades du Covid-19 pour une indemnisation de 210 euros par mois. Elle note les constantes, remplit les protocoles de recherche qui sont ensuite envoyés aux attachés de recherche clinique. La semaine dernière, elle était mi-brancardière mi-infirmière. *«Mini-interne»* aussi. Charlotte a quelques patients attitrés, même si un médecin plus expérimenté la supervise constamment. La rémunération, elle n'y pense plus. *«C'était une évidence pour moi de rester là où je suis utile. Je suis impressionnée par ce que je vois à l'hôpital, les personnels sont hyper présents, tous font des horaires de fou.»*

Forcément, vivre cette crise de l'intérieur aux prémices de leur carrière les interpelle puissance XXL. Pas tant sur le sens du métier : *«En ce moment, il y a une sorte d'idéalisation autour du corps médical et paramédical, alors qu'ils font juste leur travail,* pose Oriane. *Ils le font très très bien, mais c'est leur mission. Et moi aussi, j'ai envie d'être quelqu'un qui fait juste son travail.»* Mais tous s'interrogent sur *«l'état de l'hôpital»,* qu'ils découvrent *«complètement dans le dur»,* pour reprendre les mots de Mohamed, parti renforcer l'équipe de médecine interne de la Pitié-Salpêtrière à Paris : *«Pour trouver des gants, il faut faire les fonds de tiroir, les déstocker de la réserve.»*

Ils se retrouvent plongés dans le vif, sans ménagement. Comme Selma (1), étudiante en deuxième année, qui dès le début de son volontariat a dû préparer *«des kits décès»*, en regroupant dans une petite pochette le certificat de décès et d'autres documents. *«On doit aussi s'assurer qu'on a assez de draps pour envelopper les défunts. Il en faut deux par corps. Hier, on avait juste le nécessaire pour les quatre décès du jour. On a dû demander à la famille d'un défunt de rester dehors, ça m'a brisé le cœur. Je les ai vus devant l'hôpital pleurer leur père. On n'a pas le temps de prendre en charge convenablement le deuil des familles.»* Elle a fini la journée *«chamboulée et bousculée».*

«A l'hôpital, on s'en prend plein la figure»

«C'est tellement le rush que tu t'actives très vite, tu ne réfléchis pas trop», pointe Jade, en cinquième année de dentaire. Elle s'est retrouvée catapultée dans le service de gériatrie de l'hôpital Charles-Foix d'Ivry-sur-Seine, à l'étage des patients diagnostiqués positifs au Covid. Un environnement radicalement différent de l'univers de Covidom, où l'étudiante œuvrait bénévolement jusqu'alors : *«Là-bas, ma mission était de rassurer par téléphone des malades anxieux, qui craignaient d'avoir le Covid car ils avaient de la fièvre ou un peu de toux. Ici, on s'en prend plein la figure. A l'hôpital, l'ambiance est hyper anxiogène, avec des pancartes "Covid-19" affichées partout. Psychologiquement, je pense que ça va vite être difficile.»*

Dans la région lyonnaise, Julia (1), future infirmière, parle d'une voix un peu chancelante, même si elle ne doute pas un instant d'être là où elle doit être. Depuis le début de la crise, elle fait des vacations dans une caserne de pompiers, où elle intervenait déjà comme volontaire. Elle est habituée aux situations d'urgence, elle a appris à agir avec calme et rigueur pour être efficace. Mais en l'écoutant, on mesure la difficulté du moment. Elle ne veut pas trop s'épancher de peur de trahir le secret médical, mais à mots couverts elle exprime l'impuissance face à *«ces situations où tu n'as aucune prise»* : *«Tu arrives, la personne parle, semble aller à peu près. Et en l'espace de vingt minutes, elle désature. Tu fais tout ce qu'il faut, tu donnes de l'oxygène, et rien ne marche.»* Comme cet homme

embarqué en urgence devant son épouse désemparée, qui n'était pas autorisée à l'accompagner. Julia décrit aussi ces équipiers, pourtant professionnels aguerris, qui reviennent d'intervention sans décrocher un mot durant un long moment, le visage marqué. *«On le vit. On se rend compte à quel point c'est violent.»*

(1) Les prénoms ont été modifiés. ■

par Sylvain Mouillard, Marie Piquemal, Anaïs Moran et Guillaume Krempp

Tous droits réservés Libération 2020
dc7da5e7ld70af0d805402e2d20d01fb68f40273f51f69c70c55cfb

RECHERCHE MÉDICALE

lundi 6 avril 2020 15:34
299 mots - 1 min

SANTÉ/VIRUS/CORONAVIRUS

: HTTP://WWW.OUEST-FRANCE.FR

Coronavirus. Près d'un tiers des patients décédés souffrait de diabète

Coronavirus. Près d'un tiers des patients décédés souffrait de diabète

Les personnes diabétiques sont considérées comme particulièrement vulnérables face au coronavirus. Plusieurs études chinoises, américaines et italiennes révèlent qu'entre un quart et un tiers des patients décédés du Covid-19 étaient diabétiques.

Les personnes diabétiques ont un risque accru de développer une forme grave du Covid-19, cette pneumonie donnée par le coronavirus Sras-Cov 2. C'est en effet ce qu'explique le professeur Ronan Roussel, chef du service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition de l'hôpital Bichat à Paris. Si on a du diabète, on a plus de risque d'avoir une forme sévère de Covid-19, a-t-il ainsi déclaré à nos confrères de *France 3*.

Le professeur Roussel s'appuie sur des études chinoises, mais aussi américaines et italiennes sur la question. Selon ces premières analyses, être diabétique multiplierait par 2 à 4 le risque de décès lié à l'infection du coronavirus.

Selon le médecin qui est aussi coordinateur de la Fédération des services hospitaliers de diabétologie parisiens, ces études révèlent qu'entre un quart et un tiers des malades décédés après une contamination au Covid-19 sont diabétiques.

Beaucoup de diabétiques chez les plus de 75 ans

En France, entre 6 et 8 % de la population souffrent de diabète, indique *France 3*. Un chiffre qui augmente plus fortement encore chez les personnes âgées. Selon la Fédération française des diabétiques, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus souffrant de diabète en France atteint en effet 26 % (1 sur 4).

Pour faire face à l'inquiétude des diabétiques et répondre à leurs interrogations, un site et une nouvelle application baptisés Covidiab ont été mis en service par l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et l'Université de Paris.



Un médecin utilise un glucomètre sur le doigt d'un patient diabétique (photo d'illustration).

Un médecin utilise un glucomètre sur le doigt d'un patient diabétique (photo d'illustration).

stock.adobe.com

Tous droits réservés ouest-france.fr
5c77756bl1106806d0fc0b82f304a1476864f77ed5856a69bc168dd

Coronavirus. Traiter le Covid-19 : « Ce que nous voulons obtenir, c'est une réponse carrée ! »

En poursuivant votre navigation, vous acceptez l'utilisation de cookies et technologies similaires qui permettront l'utilisation de vos données par les sociétés de Paris-Normandie et des tiers comme les régies publicitaires partenaires, afin de réaliser des stats d'audiences, vous offrir des services, contenus éditoriaux et publicités liés à vos centres d'intérêts.

La professeure France Mentré dirige le département d'épidémiologie, biostatistiques et recherche clinique de l'APHP et de l'Université de Paris, et supervise la méthodologie de l'étude DisCoVeRy menée par l'Inserm afin de déterminer l'efficacité de différents traitements, dont l'hydroxychloroquine, dans le traitement du

Covid-19. Entretien.

Où en aujourd'hui l'étude DisCoVeRy ? Le nombre de patients nécessaire est-il atteint ?

France Mentré : « Nous avons prévu d'inclure 3 100 patients en Europe, dont 800 en France. En dix jours [entretien réalisé le 1er avril 2020, Ndlr], nous avons déjà inclus plus de 300 patients en France. Ce chiffre total de 3 100, correspond au calcul statistique du nombre de sujets nécessaire pour mettre en évidence des différences entre les traitements, si elles existent. Lorsqu'une étude est inconclusive, c'est-à-dire lorsqu'elle ne montre pas de différence, ce qui est le cas de certaines études récentes, c'est soit parce qu'il n'y a pas de différence, soit parce que l'effectif est trop faible pour montrer quelque chose de statistiquement significatif. Ce défaut, que nous qualifions de "manque de puissance", est très souvent lié à des échantillons de trop petite taille. Or, pour les statisticiens comme moi, les résultats sur de très petites études, qu'ils soient positifs ou négatifs, ne sont pas significatifs tant qu'ils ne sont pas confirmés par un nombre minimal de patients. L'idée de notre étude, et de l'étude Solidarity conduite par l'OMS, est donc d'aller "beyond reasonable doubt", c'est-à-dire "au-delà du doute raisonnable". Ce que nous voulons obtenir, c'est une réponse carrée : oui, ça marche ou non, ça ne marche pas. Et le seul moyen de l'obtenir, c'est d'avoir un nombre de patients important. »

« Cette méthodologie a fait ses preuves »
Covid-19. L'ANSM alerte sur les possibles «effets secondaires graves» des traitements, après 3 décès suspects

Cette étude ne concerne pas un, mais plusieurs médicaments. Pourquoi?
« Nous avons exactement cinq bras pour l'évaluation en parallèle de quatre traitements, ce qui est très inhabituel. L'autre différence avec ce qui se fait habituellement, c'est l'adaptabilité, qui va nous permettre de stopper l'évaluation de traitements qui s'avéreraient inefficaces. Cela a déjà été fait pour le virus Ebola, où une étude menée par le NHS* a débuté avec quatre traitements

pour se concentrer sur deux. Cette méthodologie a fait ses preuves et nous a largement inspirés pour notre propre étude DisCoVeRy. »

Comment compile-t-on et analyse-t-on les données recueillies dans le cadre d'un tel projet ?

« Nous avons mis en place un outil numérique de recueil des données hébergé sur un serveur sécurisé, ce qui permet aux médecins et aux techniciens d'étude clinique de faire remonter les données sur les patients de manière quotidienne. De notre côté, nous nous assurons que ce travail est réalisé et nous préparons la phase suivante : lors de la première analyse intermédiaire, qui est prévue pour la mi-avril, toutes ces données seront extraites et introduites dans des programmes statistiques que nous avons élaborés. Nous travaillons de cette façon pour gagner du temps et pouvoir obtenir une première exploitation statistique rapide et fiable. »

« Des choix éclairés »
Dans la population, l'heure est à l'urgence, comme le montre l'attrait pour l'hydroxychloroquine. Mais vous avez besoin de temps pour délivrer un résultat fiable…

« C'est d'autant plus important que tous ces médicaments ont peut-être une efficacité, mais aussi des toxicités potentielles. Nous devons donc être en mesure de faire des choix éclairés, et éviter ce qui s'est passé avec Ebola, où il y a eu des milliers de petits essais qui n'ont pas permis de déterminer les meilleures réponses thérapeutiques. Nous avons un devoir de santé publique, qui est de pouvoir affirmer ou infirmer l'efficacité de ces antiviraux vis-à-vis de ce virus. Et c'est ce à quoi nous travaillons. »

Tous les traitements que vous testez dans le cadre de l'étude sont-ils prêts à être fabriqués en masse ?

« Pas tous. Nous testons notamment le Remdesivir, qui avait été testé contre Ebola et qui ne dispose pas d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le moment. Il va être diffusé par voie intraveineuse et, en l'état des connaissances in vitro, est assez prometteur. Si cela était confirmé par l'étude, il faudrait encore qu'il obtienne cette AMM ou une autorisation temporaire d'utilisation. »

Étude et observation
Le CHU d'Angers lance une étude nommée Hycovid afin « de clore le débat sur l'hydroxychloroquine ». Est-elle complémentaire de DisCoVeRy ?

« Oui, tout à fait, d'autant qu'il s'agit d'une étude "hydroxychloroquine contre placebo", alors que la nôtre ne comprend pas de placebo. L'étude d'Angers va être réalisée sur 1 300 patients divisés en deux bras [placebo et hydroxychloroquine, Ndlr] pendant huit jours, en appliquant une randomisation (choix aléatoire) des patients. Elle s'appuie donc sur une méthodologie très solide, qui va permettre de répondre par oui ou par non à la question de l'efficacité du traitement. »

En quoi, justement, les études du professeur Didier Raoult n'étaient-elles pas satisfaisantes sur le plan méthodologique ?

« Le premier point de méthode, c'est de ne pas avoir constitué un groupe contrôle avec randomisation. Or, actuellement, dans le monde, il y a quinze études menées en Asie, aux États-Unis, en Israël et en Europe, qui toutes sont en train d'évaluer l'efficacité de l'hydroxychloroquine dans le cadre d'essais randomisés. Ce qui a été fait à Marseille relève à mon sens plus de l'étude observationnelle que de l'essai. Il existe certes des techniques qui n'utilisent pas la randomisation, mais elles nécessitent un grand nombre de patients et demandent à être ajustées. Ce n'est pas du tout ce qui a été fait par les équipes du Pr Raoult. »

Les attentes sont évidemment immenses. Quand serez-vous en mesure de publier de premiers résultats ?

« Une première analyse intermédiaire interviendra à la mi-avril. Elle sera effectuée non pas par nous, mais par un comité de statisticiens indépendant, qui ne nous préviendra qu'en cas d'indication majeure comme la nécessité d'abandonner un traitement qui s'avérerait inefficace. Mais ces premiers résultats s'appuieront sur un nombre très limité de patients et ne devraient pas déboucher sur la découverte immédiate du traitement. L'essai devra donc se poursuivre avec des analyses intermédiaires régulières. »

(*) : National Health Service, le système de santé publique du Royaume-Uni

Pour en savoir plus: www.inserm.fr



https://www.paris-normandie.fr/resources/pn/images/illustration-abonnement-coeur-article.png

Aujourd'hui en France
INTERNET

jeudi 2 avril 2020 15:34
560 mots - 2 min

SOCIÉTÉ

Symptômes du Covid-19 : une étude montre trois types d'évolution de la maladie

Une nouvelle étude, publiée dans la prestigieuse revue The Lancet Infectious Diseases, apporte des précisions sur trois différentes possibilités d'évolution des tableaux cliniques du nouveau coronavirus. Elle porte sur les cinq premiers cas de Covid-19 identifiés en France, et en Europe, entre le 24 et le 29 janvier, admis à l'hôpital Bichat à Paris et au CHU de Bordeaux (Gironde).Elle a été réalisée par les équipes du service des maladies infectieuses et tropicales de ces deux hôpitaux, en collaboration avec les chercheurs d'Université de Paris, de l'Inserm et de l'Institut Pasteur, des Hospices civils de Lyon, du CNRS - UMR 5308, Ecole normale supérieure de Lyon et de l'Université Claude-Bernard-Lyon.Initialement détectés par l'Institut Pasteur, ces cas concernent trois hommes (âgés de 31 ans, 48 ans et 80 ans) et deux femmes (âgées de 30 ans et 46 ans), tous d'origine chinoise, qui avaient voyagé en France depuis la Chine vers la mi-janvier. « En dépit du nombre très limité de patients, les travaux menés, qui ont fait l'objet d'une publication le 27 mars 2020 au sein de la revue The Lancet Infectious Diseases, ont permis d'identifier trois types très différents de présentations cliniques », écrit l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) dans un communiqué.Parfois une aggravation vers 10 jours« Le premier type est une présentation clinique frustre, très peu symptomatique, avec évolution spontanée rapidement favorable malgré une forte présence de virus SARS-CoV-2 au niveau nasopharyngé dès le début de la maladie ».« Le deuxième type de présentation comprend deux phases. Avec une phase initiale rassurante et une aggravation secondaire environ 10 jours après le début de la maladie, malgré une diminution de la charge virale au cours de cette période dans les échantillons nasopharyngés ».« Le troisième type est une présentation grave d'emblée évoluant rapidement vers une défaillance multiviscérale avec une charge virale élevée persistante dans les voies respiratoires inférieures et supérieures et la détection de virus dans le plasma ».Grave d'emblée chez le patient âgéL'étude ajoute que ces trois différents tableaux cliniques sont apparus chez des profils de patients assez distincts : « la forme frustre chez les deux patientes, la forme biphasique chez les deux patients jeunes et la forme grave d'emblée chez le patient âgé ». LIRE AUSSI > Perte du goût et de l'odorat, toux, fatigue… ce que l'on sait des symptômes du Covid-19« Malgré le temps écoulé et les événements passés depuis la description de ces premiers cas, cette typologie des différentes présentations cliniques semble se confirmer au travers de l'expérience clinique de la phase épidémique. Elle paraît intéressante pour mieux comprendre l'histoire naturelle de la maladie COVID-19 et contribuer à la prise en charge thérapeutique adaptée à chaque situation », estime, dans un commentaire cité dans le communiqué, Le Pr Xavier Lescure, premier auteur de cette étude, adjoint du Pr Yazdan Yazdanpanah, chef du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Bichat, et dernier auteur de cette étude initiée sous l'égide du réseau REACTing.« Cette étude suggère que l'immense majorité des patients n'ont pas besoin de traitement, souligne le Pr Xavier Lescure. Mais elle illustre la nécessité d'identifier rapidement les patients qui pourraient s'aggraver secondairement en fonction d'un terrain par-

ticulier ».



L'hôpital Bichat à Paris où est survenu le premier décès d'un patient hospitalisé pour le Covid-19 en France.

L'hôpital Bichat à Paris où est survenu le premier décès d'un patient hospitalisé pour le Covid-19 en France.

LP/Arnaud Journois

par Marc Payet

Tous droits réservés aujourdhui-en-france.fr 2020
ce78a5cal900980200c80c62cf07a13c64a48d74758566449b539ff

Le Point.fr

mardi 7 avril 2020
1242 mots - 5 min

SANTÉ

: LEPOINT.FR

« Les premiers résultats d'efficacité d'un vaccin contre le coronavirus pour fin mai »

VIDÉO. Les chercheurs de l'Institut Pasteur multiplient les travaux pour trouver un vaccin et un traitement. Le directeur scientifique de l'institut fait état des avancées.

L'établissement, qui a permis de mettre au point de nombreux vaccins depuis plus d'un siècle (contre la rage, la diphtérie, mais aussi la fièvre jaune, notamment), est en première ligne dans le combat contre la pandémie. Interview avec Christophe d'Enfert, directeur scientifique de l'Institut Pasteur.

Le Point : L'Institut Pasteur a mobilisé, dès le mois de janvier, deux structures : le centre national de référence des virus des infections respiratoires (CNR) et la cellule d'intervention biologique d'urgence (CIBU). Comment les travaux de ces équipes s'articulent-ils aujourd'hui face à la pandémie de coronavirus ?

Ingénieur agronome et docteur de l'Institut National Agronomique Paris-Grignon, diplômé de l'Université Paris 7 (DEA de Microbiologie et HDR), Christophe d'Enfert a été nommé directeur scientifique de l'Institut Pasteur en octobre dernier. Il y est professeur, depuis 2002, au sein de l'unité Biologie et pathogénicité fongiques qu'il dirige. © François Grady/ Institut Pasteur-Christophe d'Enfert : Nous sommes organisés en « task force » pour répondre à la crise. Aujourd'hui, à l'Institut Pasteur, plus de 200 chercheurs travaillent quotidiennement sur la réponse à l'épidémie. Nous nous sommes organisés pour répondre à toute une série de questions : d'abord pour comprendre le développement épidémique du Covid-19, ensuite pour développer une réponse vaccinale, enfin pour mettre en place des stratégies thérapeutiques efficaces.

Où en sommes-nous sur chacun de ces points ?

Dès le 29 janvier, le centre national de référence des virus des infections respiratoires a mis au point un test permettant de diagnostiquer la maladie à un stade précoce : par amplification du matériel génétique du virus, obtenu à partir d'échantillons biologiques prélevés chez les malades. Ces tests dits RT-qPCR ont été déployés dans les hôpitaux. La caractérisation du génome du virus obtenu des premiers patients français nous a permis de constater que le vi-

rus qui circule en FranceFrance est très peu différent de celui qui a frappé la ChineChine. Nous avons, dès lors, concentré nos efforts sur la mise au point d'un vaccin.

Comment ?

Nous développons ici trois programmes de recherche en parallèle. La première approche, qui est probablement la plus prometteuse, tire parti du vaccin contre la rougeole. Ce vaccin est basé sur l'utilisation d'une souche de virus de la rougeole atténuée, dont le patrimoine génétique peut être modifié pour lui permettre de présenter à sa surface une protéine du coronavirus. Ce vaccin recombinant est d'abord testé chez l'animal pour sa capacité à provoquer une réponse immunitaire dirigée contre le coronavirus. Si cette réponse est observée, alors sa capacité à protéger l'animal contre une infection par le coronavirus est testée. C'est par cette même méthode qu'un vaccin contre le chikungunya a pu être développé, qui entre en phase 3 clinique, mais aussi des vaccins contre d'autres maladies virales, comme celles dues au Mers-CoV, au Sras-CoV-1 ou la fièvre de Lassa, qui ont atteint différents stades de développement clinique.

Lire aussi « Si le virus n'est pas vaincu en Afrique, le monde entier sera en danger »« Si le virus n'est pas vaincu en Afrique, le monde entier sera en danger »

Quand pourrons-nous tester un premier vaccin contre le coronavirus ?

Nous attendons les premiers résultats d'efficacité chez l'animal pour fin mai. À partir de là, nous pourrons développer un premier lot clinique et lancer les phases tests à l'automne. Traditionnellement, il faut compter un an avant la mise sur le marché… si tout va bien.

Ce qui nous amène à l'automne 2021 ?

Compte tenu de l'urgence, nous espérons que les phases de tests pourront être le plus possible raccourcies.

Lire aussi : ces dix maladies qui ont fini par perdre la batailleces dix maladies qui ont fini par perdre la bataille !

Aux États-UnisÉtats-Unis, des vaccins sont déjà en phase de tests. Pourquoi pas chez nous ?

Un laboratoire teste à Seattle une formule de vaccin très innovante utilisant une molécule d'ADN qui permet la production d'une des protéines du virus. Si cela marche chez l'homme, ce sera le premier vaccin de ce type jamais mis au point. Notre méthode de « vaccin recombinant » sur la rougeole est peut-être plus lente, mais nous en connaissons à la fois l'efficacité et, surtout, l'innocuité. Mais vous devez savoir que nous explorons aussi des vaccins basés sur des virus atténués de la famille du HIV, nous défrichons aussi des vaccins ADN.

Et en matière de traitement de la maladie proprement dite ?

Là encore, nous travaillons sur plusieurs approches pour essayer de bloquer la réplication du virus lorsqu'il est mis en contact avec des cellules. Nous examinons si certaines molécules qui ont déjà des autorisations de mise sur le mar-

ché ou pour lesquelles des données précliniques ou cliniques existent peuvent empêcher la progression du virus.

Comme la chloroquine ?

L'activité antivirale de la chloroquineL'activité antivirale de la chloroquine est connue, mais la question est de connaître son efficacité réelle sur l'homme. Plusieurs études cliniques auxquelles nous ne participons pas sont en cours et devraient répondre à la question de son efficacité chez l'homme. L'Institut Pasteur travaille à la mise en place d'une étude clinique dans laquelle des approches de chimioprophylaxie seront évaluées.

Lire aussi Pourquoi la chloroquine du professeur Raoult les rend-elle tous fous ?Pourquoi la chloroquine du professeur Raoult les rend-elle tous fous ?

Plusieurs équipes soulignent l'efficacité du BCG contre le coronavirusl'efficacité du BCG contre le coronavirus. Qu'en pensez-vous ?

Il semblerait que les personnes ayant été vaccinées contre la tuberculose soient aussi prémunies contre d'autres agents pathogènes. Le BCG semble stimuler les cellules responsables de l'immunité. Dans ce domaine, nous distinguions jusque-là une immunité innée et une immunité adaptative dotée d'un effet mémoire. Nous nous rendons compte que, pour l'immunité innée aussi, il semble y avoir un « effet mémoire » contre certains effets pathogènes. Le BCG stimule cet effet mémoire, ce qui pourrait expliquer son efficacité contre le Sras-CoV-2.

Étudiez-vous aussi les possibilités ouvertes par l'utilisation de sérums prélevés chez des personnes guéries ?

La sérothérapie est une technique qui a fait ses preuves, à commencer dans le traitement de la diphtérie. Et, dans une moindre mesure, d'Ebola. Nous n'avons pas de travaux pour évaluer la sérothérapie. Par contre, nous essayons d'isoler des lymphocytes B qui produisent des anticorps contre le coronavirus de façon à pouvoir par la suite produire des anticorps monoclonaux qui pourront être utilisés en thérapeutique. Nous ne sommes bien sûr pas les seuls à rechercher de tels anticorps monoclonaux qui ciblent le virus. D'autres anticorps monoclonaux, qui ciblent des médiateurs de l'immunité, sont actuellement évalués par de nombreuses équipes dans le monde pour voir si on peut arriver à bloquer la réponse immunitaire et empêcher ce que l'on appelle l'orage cytokinique, responsable d'une évolution critique de la maladie.

Lire aussi Déconfinement : en quoi consiste le test sérologique ?Déconfinement : en quoi consiste le test sérologique ?

Combien de chercheurs travaillent sur le Covid aujourd'hui dans le monde ?

Difficile à dire. Je dirais une communauté de chercheurs de 5 000 à 10 000 personnes.

Et coopèrent-ils vraiment ?

Les données scientifiques circulent aujourd'hui bien mieux que par le passé.

Nous travaillons en réseau. Mais la concurrence est très importante. C'est indéniable.

Votre institut est-il mis à contribution pour accoucher d'une stratégie de déconfinement efficace ?

Le conseil scientifiqueLe conseil scientifique qu'a réuni l'exécutif pour définir la politique à mettre en place en la matière compte deux représentants de l'Institut Pasteur : un épidémiologiste et un modélisateur. Nous répondons à toutes les sollicitations pour offrir aux politiques des données scientifiques permettant de se faire une vision claire de l'état d'immunité global de la population. Nous disposons d'outils de tests sérologiques pour y parvenir.

Propos recueillis par Baudouin Eschapasse

Tous droits réservés lepoint.fr 2020
d375f52bl160190340e60be2250521fa6784107a65d967252f2ba7b

LE COVID-19 VU PAR LES SCIENCES SOCIALES

Le Monde.fr

mercredi 8 avril 2020
1689 mots - 7 min

NEWS : LE MONDE.FR

Comment la rhétorique complotiste détourne la science en période d'épidémie

« Citoyens enquêteurs », militants extrémistes ou politiciens populistes citent des études scientifiques à l'appui de leurs propos parfois conspirationnistes.

Des références à une étude prépubliée puis retirée, un brevet biologique interprété de travers, ou encore des liens vers de pseudo-portails scientifiques au contenu orienté… Depuis le début de la crise sanitaire, d'innombrables faux articles et vidéos complotistes citent des études savantes à l'appui de leur démonstration. Et avec succès.

Très populaires sur les réseaux sociaux, ces messages ont rallié 26 % des Français à la thèse conspirationniste du virus créé en laboratoire, selon un sondage IFOP/Conspiracy Watch. « On est dans la pantomime de discours scientifiques sérieux. Et, pour beaucoup de gens, cela fait illusion », déplore Rudy Reichstadt, directeur de Conspiracy Watch, site d'information spécialisé dans la lutte contre le complotisme.

Prenons un exemple qui a largement circulé sur les réseaux sociaux et ailleurs : un vrai-faux journal télévisé, qui explique que le virus responsable du Covid-19 n'aurait rien de naturel, mais aurait été créé par un laboratoire financé par le milliardaire George Soros afin d'anéantir les populations chinoise et japonaise. Il convoque deux experts médicaux, une liste de brevets en génie biologique, et une étude pointue de 2007 sur l'enzyme humain auquelle s'accrochent les coronavirus.

Et si cette théorie fumeuse était accréditée par la science ? Il faut prendre le temps de creuser pour s'apercevoir que non : les spécialistes n'en sont pas ; les brevets montrés n'ont aucun rapport ; l'étude pointue a été lue de travers. Qu'importe, ce montage vidéo, mis en ligne par le site conspirationniste suisse d'extrême droite Kla.tv, a figuré, au début de mars, parmi les liens les plus partagés en France sur Facebook.

Un classique du complotisme…

La référence aux études scientifiques est une figure rhétorique classique des théories conspirationnistes, explique Marie Peltier, historienne et autrice d'Obsessions : dans les coulisses du récit complotiste (Inculte, 2018).

« Il s'agit pour les idéologues du complot à la fois de critiquer tous les discours d'autorité, notamment scientifiques, et en même temps de s'en servir pour discréditer les discours qui sont hostiles à leurs thèses. Le tout entraînant le lecteur dans un très grand nombre de références, souvent contradictoires, qui entretiennent un véritable doute paradigmatique. »

Julien Giry, docteur en science politique de l'université Rennes-I, fait remonter cette stratégie aux thèses complotistes apparues dans les années 1960, après l'assassinat de John Fitzgerald Kennedy, « avec des citations, des titres

universitaires, des notes de bas de page »…

… revitalisé par l'explosion des prépublications

La grande nouveauté, c'est l'évolution récente de la pratique universitaire, avec sa course au nombre de publications et surtout l'explosion dans les années 2010 des plates-formes ouvertes, comme BioRxiv, où sont envoyés d'innombrables articles qui n'ont pas été validés par des pairs, comme l'exigent les revues à comité de lecture.

« On peut y mettre des études beaucoup moins solides et n'importe qui peut aller les chercher et les interpréter à sa manière, sans avoir la rigueur ou la compétence nécessaire pour distinguer une simple étude de quatre pages d'une analyse scientifique d'ampleur revue par les pairs », s'inquiète Alexandre Moatti, historien des sciences à l'université Paris-Diderot, auteur d'Alterscience : postures, dogmes, idéologies (Odile Jacob, 2013).

C'est ainsi qu'à la fin de janvier, sur le site BioRxiv, une préétude indienne sur des « insertions à la similitude étrange » entre le SARS-CoV-2 et le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) a été repérée et mondialement reprise par la complosphère afin de promouvoir la thèse d'un virus créé en laboratoire. Elle a depuis été déjugée par les spécialistes et ses propres auteurs, mais continue d'être citée comme référence par les partisans de la thèse d'un virus de laboratoire.

Des experts qui gonflent leurs titres

Cette mobilisation de la science est en effet à sens unique. « Le savoir est exclusivement mis en avant quand il va dans le sens de la thèse voulue, constate Julien Giry. Le reste est écarté au prétexte que ce seraient des agents ou des idiots utiles du complot. Un tri est opéré. »

Les sites Internet et les chaînes YouTube conspirationnistes ont même leur propre carnet d'adresses d'experts qui pourraient approuver leurs thèses, dont la légitimité est volontiers exagérée. « Ces scientifiques hétérodoxes s'expriment en dehors de leur sphère d'expertise ou gonflent leurs titres. Ils sont présentés comme des génies visionnaires, alors que leurs positions sont souvent ultramarginales, voire inexistantes, dans le monde scientifique », précise M. Giry. C'est le cas d'Andrew Wakefield, figure antivaccin, qui est en réalité gastro-entérologue.

A contrario, un ennemi d'un jour peut se transformer en allié de circonstance. Ainsi, alors que les sphères conspirationnistes jettent habituellement l'anathème contre les médias télévisés mainstream, elles ont récemment repris un reportage de 2015 de la télévision italienne RAI sur des expériences de virologues chinois sur des chauves-souris.

« Comme toujours dans le complotisme, ce qu'on discrédite peut par ailleurs devenir un argument quand cela sert notre propre posture, résume Marie Peltier. C'est dans ce rapport d'ambivalence aux discours d'autorité que se niche l'un des nœuds des problèmes de désinformation actuels. »

Les bons scientifiques et les mauvais scientifiques

Cette rhétorique est d'autant plus sournoise que, au contraire d'une approche scientifique, elle laisse peu de place à la contradiction et au débat. Comme le formule avec humour Stephan Lewandowsky, professeur à l'université de Bristol :

« Un théoricien du complot reçoit [les preuves allant contre ses idées] comme les preuves d'une conspiration plus large (pour créer un gouvernement mondial ou que sais-je) qui implique le gouvernement, la justice, Soros, et toute personne qui a un jour été dans la même queue de supermarché qu'Al Gore dans les années 1970. »

Ces lectures orientées des travaux scientifiques s'adossent en effet souvent à une vision manichéenne du monde. « Il y a les bons scientifiques et les mauvais », ironise Rudy Reichstadt, qui s'étonne de la violence avec laquelle sont traitées sur les réseaux sociaux les personnes qui critiquent le professeur Didier Raoult, infectiologue décrié par ses pairs pour sa méthodologie, mais très populaire notamment chez certains théoriciens du complot. Ils sont accusés de faire partie d'un grand complot pharmaceutique, voire qualifiés de « scientifiques collabos », s'étrangle M. Reichstadt.

« Raoult est devenu l'homme providentiel pour beaucoup de personnes. Les gens disent qu'il a une solution, point. Il y a là une tentation antiscientifique. »

Des experts victimes de harcèlement en ligne

La rhétorique complotiste, revendicative, imperméable à la critique, semble avoir définitivement gangrené le débat public. Au point de donner lieu à des vagues d'intimidations décomplexées. En février, le compte Twitter du site conspirationniste d'extrême droite Zero Hedge avait été suspendu pour harcèlement. Il avait accusé un chercheur chinois de l'Institut de virologie de Wuhan d'avoir créé le virus responsable du Covid-19, publié ses informations personnelles et invité sa communauté à « lui rendre visite ».

En France, Karine Lacombe, une des multiples scientifiques ayant mis en garde contre le manque de preuves scientifiques de l'efficacité de l'hydroxychloroquine contre le Covid-19, a fait l'objet d'une campagne de harcèlement en ligne liée à ses liens d'intérêts avec des laboratoires pharmaceutiques. Elle a fini par fermer son compte Twitter.

Aux Etats-Unis, le docteur Anthony Fauci, directeur de l'Institut national des allergies et maladies infectieuses, est l'un des premiers à avoir sonné l'alarme et demandé des mesures de confinement d'urgence pour lutter contre le coronavirus – en dépit de la posture rassurante de Donald Trump. M. Fauci, qui est le principal conseiller sanitaire de l'administration américaine, a fait l'objet de multiples accusations à caractère complotiste sur les réseaux sociaux, rapporte le New York Times, et vit désormais sous protection.

« La science est dévoyée tous azimuts »

Derrière ces dérives, une réalité : l'activité complotiste est souvent portée par des objectifs politiques. Mi-mars, le porte-parole du ministère des affaires étrangères chinois, Zhao Lijian, partageait ainsi un lien vers Global Research, faux portail scientifique connu pour diffuser des théories du complot, parce

qu'il servait la rhétorique antiaméricaine de la Chine. Pour Marie Peltier, « le complotisme est devenu une véritable arme politique et certains l'utilisent tout simplement à des fins mercantiles ou encore électoralistes ».

Certaines sphères sont spécialistes en la matière. Selon les chercheurs américains en biologie Jedidiah Carlson et Kelley Harris, l'extrême droite est la communauté non universitaire la plus active sur BioRxiv, et la plus influente dans la médiatisation et la décontextualisation d'études scientifiques. En France, les électeurs du Rassemblement national (RN, ex-Front national) sont les plus perméables aux théories du complot, et Marine Le Pen a récemment jugé « de bon sens » de questionner l'origine du virus.

Pour autant, le profil des conspirationnistes ne se réduit pas à un camp politique. « Les antivaccins, on en trouve aussi beaucoup à gauche », rappelle Alexandre Moatti à titre d'exemple. Il importe de distinguer deux types de démarche très différents, estime Julien Giry :

« Les groupes organisés d'extrême droite ont un savoir-faire et une expertise, presque une légitimité à diffuser des thèses complotistes. Mais il ne faut pas les mettre sur le même plan que ceux que j'appelle les "citoyens enquêteurs", qui partent d'un événement donné, se posent des questions, ce qui est sain, et aboutissent à des hypothèses parfois complotistes. »

Le défi de la médiation scientifique

Entre les deux, un continuum existe, nourri en France d'un an et demi de tensions sociales, de « balkanisation » de l'information et de parole publique contestable. « On ne peut pas dire que le gouvernement est complotiste, mais lui aussi affirme des contre-vérités sous forme scientifique pour masquer une forme d'impéritie, quand il prétend qu'on n'a pas besoin de masques », rappelle Alexandre Moatti, désolé de constater qu'« en ce moment la science est dévoyée tous azimuts ».

Dès lors, quelle médiation scientifique opposer à ce détournement quasi généralisé de la science ? C'est toute la question, alors que l'ère du « tout vidéo » et les algorithmes sensationnalistes de YouTube sont un terreau propice aux montages racoleurs et mensongers. « Ces discours entrent en concurrence avec une vulgarisation scientifique de qualité. Mais il nous appartient à nous tous d'éduquer les gens à faire la différence entre les deux. Et des vidéos de vulgarisation scientifique très bien sur YouTube, cela existe aussi ! », rappelle M. Moatti. Et de citer l'intervention sur France Culture de l'infectiologue Didier Sicard à propos des origines animales du virus comme exemple de pédagogie.

« Les cas les plus extrêmes et caricaturaux ne sont personnellement pas ceux qui m'inquiètent le plus, car on peut relativement facilement les contredire par l'argumentation, estime Marie Peltier. La défiance, elle, ne se contredit pas aussi aisément. »

par William Audureau

Tous droits réservés Copyright(c) Le Monde
cc7665bdl9706005e0f004c2170d019b6184df7605906638f81cd14

TRIBUNES

l'Opinion

vendredi 3 avril 2020 06:00
1006 mots - 4 min

NEWS : LOPINION.FR

Coronavirus: «Le monde politique devient l'auberge espagnole de l'opportunisme idéologique»

Les faits : Professeur de sociologie à l'université Paris-Diderot, Gérald Bronner est membre de l'Académie nationale de médecine, de l'Académie des technologies et de l'Institut universitaire de France. Spécialiste des croyances sociales, il est l'auteur de *Déchéance de rationalité* (Grasset, 2019) et de *La Démocratie des crédules* (PUF, 2013).

Chaque politique y va de son explication de la crise. Etes-vous surpris ?

Cette crise est inédite. Lorsque des êtres sociaux sont confrontés à un phénomène incertain et dramatique, en haut de l'Etat comme en bas de l'échelle sociale, il y a un immense besoin de sens. C'est une tentation anthropologique, un réflexe herméneutique d'interprétation du réel. Comment admettre qu'un accident biologique malheureux est à l'origine d'une immense catastrophe ? Les récits rendent un service intellectuel que le réel ne rend pas. Historiquement, les épidémies ont été lues comme une punition divine. Avec le coronavirus, le monde politique et religieux devient l'auberge espagnole de l'opportunisme idéologique.

Comment distinguer l'idéologie de la sagesse consistant à tirer des leçons ?

La crise révèle la dépendance de la France à l'égard d'autres pays, pour les tests ou les médicaments. C'est un fait, pas une herméneutique. Cela diffère du discours selon lequel la Nature nous adresse un ultimatum. Mais il faut prendre garde à la démagogie tirée des faits. Penser les conditions de notre indépendance alimentaire, énergétique, sanitaire est raisonnable. Dire qu'il faut se recroqueviller sur la souveraineté nationale, à l'inverse, est caduque puisque les questions épidémiques, écologiques, migratoires, financières sont transnationales. Ce qui a manqué, au contraire, est la coordination mondiale. Avec plus de coordination, la Chine n'aurait pas menti sur la maladie et les Européens auraient été attentifs aux informations des scientifiques asiatiques. Pourquoi chaque pays a-t-il utilisé des stratégies différentes ? Veut-on d'un monde où les nations se battent pour acheter du matériel vital aux populations ? Où chaque pays se met à stocker 1 milliard de masques ? C'est la lutte de tous contre tous qui aboutira au désintérêt collectif. La seule conclusion est d'avancer dans la coopération internationale.

La peur de la mondialisation semble prendre le desssus…

C'est une mythologie. L'idée que le virus s'est répandu à cause de la mondialisation est une erreur. Si nos corps voyagent, la probabilité de diffusion de l'épidémie dans un temps court augmente. Mais dans l'histoire de l'humanité, la peste noire ou la grippe espagnole ont ravagé des populations entières. La différence, c'est qu'elles se répandaient en plus de temps, et que nous n'avions pas les moyens technologiques pour y faire face. La réponse au Covid-19 viendra de la mondialisation. Par la technologie : la médecine, le vaccin, le numé-

rique. La science ne progresse que grâce aux interactions mondiales. Les chefs de service de réanimation français examinent en temps réel les données des études chinoises. Si le virus s'est propagé, c'est parce qu'un marché ne respectait pas les règles sanitaires que la modernité a inventées et diffusées par les échanges mondiaux, pas parce qu'il a été créé volontairement en laboratoire !

La crise menace-t-elle la rationalité du débat public ?

Les rationalistes sont démunis, ils n'ont à proposer que la formule de Nietzsche : «Laissez venir à moi le hasard». Le besoin de sens reflète la fébrilité de l'esprit humain, qui peine à accepter le hasard malheureux. Voilà pourquoi le complotisme, qui offre un récit en concurrence sur le marché cognitif, séduit un quart des Français. Cela dépasse les thèses conspirationnistes. Après l'accident nucléaire de Fukushima, la peur a été telle que les gens l'ont associé à un grand nombre de victimes, alors qu'il n'y a pas eu de mort. Une confusion narrative brouille la mémoire, et pousse une lecture du monde qui se coule dans des sillons établis. Le grand récit disponible, aujourd'hui, c'est celui de la décroissance et de la collapsologie.

Comment, dans la confusion ambiante, savoir qui a raison ?

Gare aux rétro-prévisionnistes : le futur est facile à prédire quand il est passé ! On peut faire crédit au gouvernement de l'incertitude ; la pandémie a donné lieu à une infodémie, une arborescence de données concurrentes. Mais si on avait regardé l'information auprès des meilleurs chercheurs, dans la revue *Science*, tout était là. Il était possible de comprendre que la méthode coréenne fonctionnait, comme il est compréhensible qu'on ne l'ait pas fait… En face, les propositions de Marine Le Pen sont à déplier sur le long cours : si on avait pratiqué une économie étatisée, aurait-on un système de santé résilient ? Si chaque nation s'était recroquevillée sur elle-même, aurait-on ce niveau de technologie et de recherche ? Mieux vaut être humble dans la crise plutôt que de dire *j'avais raison*.

Tous droits réservés lopinion.fr
7f7ed596lcd05a0290e705d2920331276d04b27215596fadb7ecfd3

LA TRIBUNE HEBDOMADAIRE

samedi 4 avril 2020
Édition(s) : édition principale
Page 120
1339 mots - 5 min



Alimentation et démocratie: rejoignons-nous maintenant, pour après

OPINION. Le risque de recommencer notre vie comme auparavant est bien réel. Il faudra certainement revenir sur les engrenages qui nous ont amenés à nous protéger les uns les autres en désertant les rues du monde entier. Mais en attendant, la sphère alimentaire qui nous concerne tous, risque d'entrer rapidement en crise. On ne peut que s'inquiéter des signaux qui remontent, et des chemins que nous risquons d'emprunter. Par Dominique Hays* et Christian du Tertre**.

Deux événements risquent de conjuguer leurs effets : le renforcement des règles de confinement (lien : https://www.latribune.fr/economie/france/covid-19-le-gouvernement-francais-veut-un-week-end-de-confinement-strict-842897.html) a conduit l'État à fermer les marchés de plein vent (lien : https://www.latribune.fr/economie/france/fermeture-des-marches-de-plein-air-une-catastrophe-economique-843131.html), pénalisant bon nombre de petits producteurs locaux, très souvent engagés dans le bio, alors qu'une partie croissante de nos concitoyens, dans ce contexte de crise, se tournait vers eux. Parallèlement, un appel au volontariat a été lancé par le ministre de l'agriculture pour aider les grandes exploitations à faire face à la pénurie de main-d'œuvre qui s'annonce (lien : https://www.latribune.fr/entreprises-finance/transitions-ecologiques/main-d-oeuvre-debouches-les-multiples-defis-des-agriculteurs-face-au-covid-19-843165.html). Bien que l'on puisse comprendre la nécessité de certaines décisions, la situation est paradoxale au moins par l'iniquité qu'elle provoque : les nouvelles formes d'agricultures vertueuses sont réduites à rechercher par elles-mêmes d'autres alternatives de production et de distribution, alors que les moins vertueuses, fragilisées par le recours désormais impossible à la main-d'œuvre de l'Europe de l'Est, peuvent compter sur l'appui du ministère de l'agriculture pour recruter les volontaires aux champs. C'est une double peine pour les agriculteurs et les commerçants des marchés de plein vent qui sont les véritables antidotes aux effets délétères de la globalisation et de l'industrialisation de l'alimentation.

Lire aussi: Agriculture : la crise conforte le modèle, plus résilient, des circuits courts (lien : https://www.latribune.fr/entreprises-finance/transitions-ecologiques/agriculture-la-crise-conforte-le-modele-plus-resilient-des-circuits-courts-844008.html)

Cette situation provoque également une inquiétude chez les « mangeurs », dirigés par contrainte aux portes des grandes surfaces et en droit de douter de la volonté gouvernementale à engager des orientations alimentaires soucieuses de la santé des personnes et de l'environnement. Un consensus s'était pourtant construit, ces dernières années, dans une partie grandissante de la population, pour soutenir l'émergence d'écosystèmes locaux de production et de diffusion de denrées, pour peu que ces derniers rendent leur offre accessible à tous.

Nourrir : le temps d'un doute...

À l'inverse du « tout préparé », du snacking, des substituts alimentaires fortement technologisés, à l'inverse d'une agriculture hors sol, proie des GAFA, fondée sur la concurrence, l'alimentation relocalisée, simple, saine et nourricière crée des formes de coopérations locales vertueuses. Elles s'avèrent être des ressources, en temps de crise, notamment sanitaire, pour assurer la sécurité alimentaire entre villes et campagnes proches.

Lire: "Les maires ont la responsabilité d'assurer l'autonomie alimentaire des villes" (lien : https://www.latribune.fr/entreprises-finance/transitions-ecologiques/les-maires-ont-la-responsabilite-d-assurer-l-autonomie-alimentaire-des-villes-840117.html)

Encore faut-il que l'on puisse travailler dans cette sphère d'activité selon des règles et des formes qui assurent la santé des personnes engagées dans cette période de confinement. Comment concilier alors confinement et activité de travail, notamment dans les sphères d'activités relevant de l'alimentation de proximité ? Les réponses à ces questions sont loin d'être évidentes. Elles exigent cependant de se pencher sur les vertus et le caractère thérapeutique de l'activité de travail. Il nous apparaît nécessaire de penser de manière articulée la lutte contre un agent externe (le virus), le maintien

de la santé mentale générée par l'activité de travail et le travail comme fondement de l'économie. Le confinement, à lui seul, ne permet pas d'articuler ces trois dimensions qui sont pourtant interdépendantes.

Lire: Coronavirus : "Face à cette crise, la notion de relocalisation ne suffira pas" (lien : https://www.latribune.fr/entreprises-finance/transitions-ecologiques/covid-19-l-urgence-remet-en-meme-temps-en-cause-la-notion-de-relocalisation-843299.html)

Le sens et la reconnaissance du travail au rendez-vous

Faut-il aller au travail ou s'en retirer ? Existe-t-il une voie conciliant la lutte contre la pandémie et le maintien de l'activité de travail dans les sphères alimentaires de proximité ? Le confinement est présenté comme indispensable pour enrayer la pandémie sur le plan purement médical. Certes, il est accepté par la grande majorité d'entre nous. Cependant de nombreux foyers garderont des séquelles du travail forcé à la maison ou de l'absence d'activité de travail. Le télétravail improvisé, vécu dans la promiscuité, est source de grandes tensions tant dans les séquences de travail que dans la vie familiale. Pour l'écrasante majorité des personnes qui n'ont ni logement spacieux, ni jardin, les conseils pour redécouvrir « le sens de l'essentiel » ne font pas long feu. Constatons, aussi, qu'après deux semaines de restriction, dans nombre de cas, même physiquement épuisés, ceux qui se rendent au travail se portent mieux sur un plan psychique malgré le risque d'exposition !

Le sens et la reconnaissance du travail sont plus que jamais au rendez-vous. La crise sanitaire révèle leur caractère vital. La situation de crise met, aussi, en évidence l'ensemble des services et des biens indispensables à la survie (lien : https://www.latribune.fr/entreprises-finance/industrie/alimentation-eau-dechets-l-inquietude-monte-dans-les-services-essentiels-842678.html), assumés par ceux qui occupent des emplois très souvent mal payés : livreurs, éboueurs, aides-soignants, chauffeurs routiers, maraîchers... Le retour de l'économie réelle, des activités de travail réalisant des services indispensables à la vie, mérite d'être souligné, face à la finance de marché et aux services éphémères reposant sur des emplois à haut revenu. Cette violente confrontation à l'économie réelle conduit à prendre conscience de la façon dont la financiarisation et le pilotage gestionnaire des entreprises comme des institutions publiques - notamment des hôpitaux - ont coupé des réalités du quotidien, ont affaibli leur capacité à tenir leur mission et à reconnaître le travail réel.

Le pays tient face à cette crise grâce, d'un côté, aux personnes assumant ces emplois vitaux, de l'autre, aux mouvements de générosité et d'entraide initiés localement par des citoyens, certains commerces, entreprises et associations. Le pays tient grâce au rôle central de l'activité de travail associée aux activités bénévoles et citoyennes. Ces acteurs montrent qu'ils sont debout, aux côtés des plus éprouvés par la crise, avec des moyens logistiques limités, avec des personnes souvent « sans grade ni qualité distinctive particulière », mais déterminés à servir. Ces personnes sont profondément utiles. C'est aussi le cas dans la sphère de l'alimentation de proximité. Il est essentiel de soutenir dès maintenant les nouvelles modalités de coopération qui permettent de tenir les services du bien vivre alimentaire, afin de reconnaître ceux qui y travaillent et d'articuler santé mentale et lutte contre la pandémie. Dans cette perspective, nous appelons à la création de « pôles territoriaux de coopération économique » bio réunissant tous les acteurs de la chaîne sur ces enjeux.

Vers une démocratie sociétale

Tous ces projets, toutes ces actions que nous devons mettre en œuvre dès maintenant et à la fin de l'épisode Covid-19, qui concernent tant la finalité du travail réel que sa reconnaissance, méritent d'être soutenus, discutés sur un plan politique ; car s'y joue le devenir de notre société. Les personnes qui s'y engagent de manière prolongée et déterminée ont besoin, d'un côté, de faire corps en se reconnaissant mutuellement, de l'autre d'être en mesure d'agir. Ces engagements peuvent être source d'émancipation à condition que de nouvelles formes d'organisation du travail émergent, se généralisent et se pérennisent. Chacun pressent que ce sont des conditions à réunir pour que s'instaure un nouveau rapport à la politique qui nous permette de sortir de l'impuissance, de l'incantation et du pessimisme critique.

La constitution d'une troisième dimension de la démocratie apparaît essentielle tant pour donner une nouvelle dimension et une nouvelle réalité à la démocratie que pour être en mesure de soutenir l'engagement des acteurs dans les transitions écologiques, économiques, sociales et sociétales, y compris en phase de crise. Cette troisième forme de la démocratie, en reposant sur l'engagement de chacun, ne relève plus d'une démarche de délégation et de représentation, mais de l'action quotidienne. Cette troisième dimension de la démocratie est ouverte à tous, ici et maintenant.

___

*Dominique Hays est président du

Réseau Cocagne et directeur de l'Ecopôle alimentaire.

**Christian du Tertre est professeur émérite de sciences économiques à l'Université de Paris, directeur scientifique du laboratoire ATEMIS (Analyse du travail et des mutations dans l'industrie et les services) et président de l'Institut européen de l'économie de la fonctionnalité et de la coopération. ■



"La situation est paradoxale au moins par l'iniquité qu'elle provoque : les nouvelles formes d'agricultures vertueuses sont réduites à rechercher par elles-mêmes d'autres alternatives de production et de distribution, alors que les moins vertueuses, fragilisées par le recours désormais impossible à la main-d'œuvre de l'Europe de l'Est, peuvent compter sur l'appui du ministère de l'agriculture pour recruter les volontaires aux champs."

par Dominique Hays Et Christian Du Tertre

Tous droits réservés 2020 La Tribune
277de53ald708108406e0e42b70f41e462a41877352c68e988b5ebd