

Corona et salutogenèse

Quelle contribution peut produire la médecine anthroposophique en soins lors de la pandémie au covid-19 ?

Harald Matthes

Au début de cette année l'attention de l'OMS fut attirée sur un genre nouveau de virus, au moment où soudainement, quarante-et-une personnes développèrent une grave inflammation pulmonaire, autour du marché de fruits de mer [seafood, en anglais dans le texte, *ndt*] dans la ville chinoise de Wuhan. L'agent pathogène mis en évidence se présentait comme un coronavirus (SARS-CoV2) et il passe pour responsable une nouvelle zoonose, à savoir un agent d'une maladie transmissible naturellement des animaux vertébrés à l'homme et inversement. De telles zoonoses peuvent représenter un haut danger potentiel, étant donné que le système immunitaire de l'être humain n'a pas été capable d'édifier une immunité contre cet agent infectieux. D'autres infections passent pour des zoonoses virales telles celles provoquées par les virus Ebola, du SIDA, de la grippe aviaire (SARS-1), Nipah, du Nil occidental, MERS-CoV et zika. Les taux de létalité (= taux de mortalité lors de l'infection) s'élevaient pour Ebola, entre 50 et 90%, pour le SIDA, sans thérapie, à 100% la première année, pour les zoonoses apparues dernièrement comme la fièvre à virus Nipah, 40 à 70% et pour le MERS-coronavirus, 20 à 40%. Avec cela se posa donc d'emblée la question de la dangerosité pour l'être humain du Covid-19, inconnue jusqu'à présent.

En Chine, après quelques hésitations, on réagit par des mesures drastiques — comme la mise en quarantaine massive de cohortes (toute la ville de Wuhan, avec environ 11 millions d'habitants), confinements de force, cessation de la liberté de voyager et de se déplacer, arrêt de la circulation publique, dispositions contraignantes, port de masques de protection en public etc. — Ceci fut co-décidé avec l'OMS ou selon le cas recommandé. Mais après quelques 80 000 personnes touchées par une infection au covid-19, aucuns faits épidémiologiques et cliniques fiables ne purent s'en dégager de source sûre, étant donné que la transparence et la qualité des données étaient bien limitées.¹ Ce n'est qu'après une large diffusion de l'épidémie dans d'autres états asiatiques, comme le Japon, la Corée du sud, Singapour et Hongkong, que des données fiables purent enfin être recueillies et évaluées. Il se révéla une nature double : d'une part, de nombreuses infections se déroulaient de manière asymptomatique et modérée, de 80 à 90,1% des personnes infectées ne présentant aucuns ou quelques rares symptômes, tels que raclements de gorge, toux sèche ou légers symptômes grippaux.² D'autre part, 5 à 8% des personnes au maximum, présentaient des symptômes plus graves et 1 à 2,5% de celles-ci nécessitaient un traitement médical intensif en réanimation. À cette occasion, on peut décrire précocément une patientèle à risques : personnes âgées (de plus de 70 ans) affectées de multi-morbidités, de problèmes pulmonaires préalables, d'hypertension, du diabète, d'obésité et de faiblesse immunitaire (par exemple suite à l'effet secondaire des médicaments). Ce groupe, d'au maximum 2,5 % d'infectés, présentaient une évolution grave ou selon le cas, une défaillance pulmonaire dramatique accompagnée d'une grave détresse respiratoire (*sARDS = severe Acute Respiratory Distress Syndrome* — [syndrome aiguë de détresse respiratoire sévère]) ainsi que des défaillances multiples (reins, défaillances cardiaque et circulatoire, etc.). Dans ce groupe, en dépit des soins intensifs modernes, se présente une mortalité située entre 30 et 70%. Chez les personnes hautement multi-morbides (de plus de 85 ans) et ceci en dépit de la procédure de respiration artificielle (*ECMO = Extracorporelle Membranoxigenierung* — [Oxygénation membranaire extracorporelle]), le taux de mortalité est de 90%. La létalité d'ensemble de toutes les personnes infectées se situe entre 0,3 jusqu'à 0,7% et même dans des régions insuffisamment équipées au plan médical, ce taux atteint entre 1 et 3%. Le problème principal de toutes ces données de létalité estimatives, ce sont les données insuffisantes quant au nombre exact des personnes infectées, puisque 80% de cette infection se développe en sourdine et de plus les malades n'ont pas été précisément testés. Avec cela, il va de soi que l'infection par le virus SARS-CoV-2, en référence à son taux de létalité d'ensemble, représente un risque nettement inférieur à celui de l'infection par d'autres zoonoses et surtout deux ou trois fois inférieur à celui saisonnier de l'influenza (A ou B).

Ce virus provoque donc des évolutions cliniques totalement diverses, de sorte que — à côté de la caractérisation du virus lui-même [très variées plus de 1500 souches de virus covid-19 déjà identifiées à l'IHUMI de Marseille, *ndt*] — c'est précisément son interaction avec l'être humain qu'il faut étudier. Ainsi cela fut-il évident dès le début que les évolutions graves de l'affection étaient conditionnées par l'hôte humain, à savoir par une réaction hyper-inflammatoire de celui-ci au contact du virus.³

Dualisme du système médical

¹ Adam J. Kucharski *et al.* : *Early dynamics of transmission and control of COVID-19 : a mathematical modelling study* : *The Lancet – Infectious Diseases* 2020.

² Kenji Karako *et al.* : *Analysis of COVID-19 infection spread in Japan on stochastic transition model*, dans *BioScience Trends* 2020 ; Hiroshi Nishiura *et al.* : *The Rate of Underascertainment of Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infection : Estimation Using Japanese Passengers Data on Evacuation Flights*, dans : *Journal of Clinical Medicine*, Vol. 9/2 (2020).

³ Voir Pio Conti *et al.* : *Induction of pro-inflammatory cytokines (IL-1 and IL-6) and Lung inflammation by Coronavirus-19 –COVI-19 or SARS-CoV-2) : anti-inflammatory strategies*, dans : *Journal of Biological Regulators and Homeostatic Agents*, vol. 34/2 (2020) ; Yajing Fu *et al.* : *Understanding SARS-CoV-2-Mediated Inflammatory Responses : From Mechanisms to Potential Therapeutic Tools*, dans *Virologica Sinica* (2020) ; Puja Mehta *et al.* : *COVID-19 : consider cytokine storm syndromes and immunosuppression* *The Lancet* du 16 mars 2020.

[Bref, pour le dire clairement, si vous mourez, c'est quand même un peu parce que vous y mettez anthroposophiquement un peu du vôtre ! *Ndt*]

Deux façons de voir déterminent essentiellement notre système médical actuel :

1. l'évaluation médicale *pathogénétique* interroge le « pourquoi » d'une maladie. Des infections par des virus ou des bactéries sont pathogènes et nous rendent malades en cela. Des facteurs de risques déterminés (âges, facteurs de co-morbidité, etc.) conditionnent le cours et la gravité de la maladie. Les stratégies de traitement qu'on en retire tentent d'anéantir le pathogène ou selon le cas d'en triompher [par exemple, en réduisant ici la charge virale, voir les réflexions du Pr. Raoult qui sont très intéressantes sur ce point entre autres, parce qu'elles l'ont guidé sur une thérapie efficace sous certaines conditions bien précises concernant cette fameuse charge virale *ndt*]. Il en ressort en Allemagne un système de santé « rempli de sollicitudes ».
2. l'évaluation *salutogénétique* s'interroge par contre : « Comment resté-je en bonne santé, comment me maintiens-je en bonne santé ? Le dessein est conduit ici sur des facteurs et des ressources de l'individu qui le protègent. Les réponses du système de santé concernent alors la capacité individuelle, l'aide apportée au soi et l'évolution résiliente.

La vision dominante de la médecine conventionnelle occidentale est jusqu'à aujourd'hui nettement celle de l'orientation pathogénétique. Dans la médecine complémentaire, au contraire, c'est l'impulsion salutogénétique qui est au premier plan. La médecine anthroposophique en tant que médecine moderne intégrative, relie de manière irrécusable les deux visions, étant donné qu'en aucune façon, ces deux préceptes ne s'excluent réciproquement et qu'au contraire ils se complètent plutôt.⁴ En prenant en compte les différents systèmes de valeur médical des évaluations différentes peuvent en résulter.

Les *stars* de la pandémie coronarienne sont les virologues dans le système médical pathogénétique. Ces spécialistes passent pour des experts pour le nouveau pathogène et ont constamment accompagné et conseillé depuis le début les politiques au sein des conférences fédérales. Ils ont mis en branle une spirale de l'angoisse jamais existante jusque-là, hyper-enflammée par les médias, exploitée avec reconnaissance par la politique, laquelle dans un pareil cas fait émerger des hommes forts et autoritaires. La terminologie guerrière leur sied comme standard d'expression et leur permet de présenter les restrictions aux libertés comme dépourvues de tout autres alternatives ce qui revient à dire qu'aucune résistance ne sera tolérée.

Les prescriptions édictées prennent nonobstant des accents tonitruants, car la loi sur la protection contre l'infection (*IfSG : InfektionsSchutzGesetz*) érige bien, certes, dans son § 28, une limitation aux droits fondamentaux, mais attention, seulement lorsque celle-ci est prononcée par les « autorités compétentes [en matière de santé, *ndt*] », c'est-à-dire par les dispensaires et non pas par le gouvernement du *Land*. Si des structures fédérales au sein de l'éducation-formation, la science et aussi dans les questions de santé sont aussi prises en compte sinon comme essentielles, alors c'est à présent par une modification de l'*IfSG* de la Fédération que la souveraineté d'action dans les endémies d'importance nationale doit se voir conserver à l'avenir. Celui à qui revient la responsabilité de définir de telles endémies, n'est pas déterminé, lui, par mesure de précaution. Ceci est donc l'heure de l'exécutif — sans légitimation par le législatif, et sans discours démocratique. Or c'est à peine si un juriste constitutionnel ose publiquement trouver quelque chose à y redire. L'opposition se rétracte, ceux qui osent penser autrement se voient diffamés et les dénonciations redeviennent le sport favori du peuple de ceux qui sont soi-disant corrects. La qualité naturelle des mesures individuelles ne doit même plus apparemment être expliquée, puisque celle-ci est déjà exigée de tous côtés dans les médias. Le resserrement poussé par la peur de l'horizon décisionnel rencontre beaucoup plus un large assentiment et la considération des partis gouvernementaux et passe en ce moment pour renforcée. Or le foyer qui rend tout cela possible se trouve uniquement dans la mise à l'écart de ce covid-19 menaçant.

But d'une stratégie de mise à l'écart du covid-19.

Quelle évaluation salutogénétique en résulte-t-il à présent pour la pandémie du covid-19 ? Aucune zoonose, nouvellement apparue n'a jamais pu être refoulée dans le règne animal. Lors d'une plus large diffusion, comme celle que représente la pandémie, le virus doit être amené à l'endiguement au moyen d'une immunité de groupe. Or seules des infections localisées peuvent être plus longuement endiguées au moyen de mesures de confinement (quarantaines) et de mises à l'écart forcées. Lors d'une pandémie, il faut donc disposer d'une capacité immunologique par infection ou vaccination. Comme cette dernière ne sera pas disponible avant 2021 et que son efficacité demeurera incertaine, il faut trouver une stratégie qui désigne clairement les buts à atteindre et le chemin pour y parvenir. Or cela requiert une collaboration de divers domaines de la médecine, comme des épidémiologistes, des infectiologues, des médecins intensivistes réanimateurs, des pédiatres, des hygiénistes, des mathématiciens, etc [pour en avoir une idée voir la présentation de l'équipe autour du Pr. Raoult de l'IUHMI de Marseille sur *youtube*, c'est impressionnant !, *ndt*]. Une évaluation sur le covid-19 nécessite donc la vision d'ensemble et un discours scientifique, par exemple à l'appui et au moyen d'une commission ad-hoc. Au lieu du coup d'œil étriqué sur le pathogène SARS-CoV-2, c'est un examen attentif du risque qui doit s'ensuivre et avec cela une stratification du risque selon divers scénarios.⁵ Des problèmes complexes exigent une procédure différenciée lors de laquelle, outre l'évaluation médicale, les options d'action doivent être évaluées aussi aux plans psychosocial, sociétal et économique. Un savoir ne doit plus rester le pouvoir d'un seul individu, au contraire il doit

⁴ Michaela Glöckler, Matthias Girke & Harald Matthes : *Anthroposophische Medizin und ihr integratives Paradigma [Médecine anthroposophique et son paradigme intégratif]* dans Rahel Uhlenhoff (éditeur) : *Anthroposophie in Geschichte und Gegenwart [L'anthroposophie dans l'histoire et actuellement]* Berlin 2011, pp.515-612.

⁵ Voir les analyses des modèle épidémiologiques dans la vidéo : *Stimulating an epidemic*, 2020 — www.youtube.com/watch?v=gxAarasdIs&t=822

s'intégrer chez tous et devenir la responsabilité sociale. Les vraies forces de la démocratie sont les querelles dialogiques, le discours et les débats. Si ceux-ci se rabougrissent, tous les signaux d'alarme en Allemagne doivent se mettre à retentir ! Une force erronée s'est toujours démasquée en compensation comme une faiblesse.

À longue échéance, c'est donc toujours nécessairement l'immunité de groupe qui est l'objectif le plus haut, afin que l'infection au covid-19 perde aussi sa létalité pour les groupes à risques. L'objectif de salutogenèse pour l'immunité individuelle, c'est-à-dire l'expérience d'apprentissage corporel de l'individu vis-à-vis du covid-19, apporte à long terme cette seule et unique solution. L'échéance moyenne, doit être la minimisation des dommages psychosociaux et économiques pour la société par la restriction des contacts et l'évitement d'une transgression des capacités de soin représente donc le but à court terme.

Au lieu de laisser les systèmes de soins locaux en arriver au bord de l'effondrement, une action supranationale, dotée d'une coordination centrale et d'un « tourisme médical européen », devrait répartir à des moments différents, les besoins des régions particulières en postes de respiration artificielle nécessaires en médecine intensive, sur les capacités d'accueil de l'ensemble. Alors que, par exemple au début d'avril en Italie, en France et en Espagne, la capacité d'accueil en lits de médecine intensive était déjà épuisée, au même moment en Allemagne, 70 % des lits en médecine intensive restaient encore vides.

Au lieu de restrictions générales de contact et de provoquer ainsi un *shutdown* dans la société et l'économie, une procédure différenciée et adaptée aux risques serait moins destructrice. Seul 20% de la population allemande peut être considérée comme constituant un groupe à risques en prévision d'une évolution difficile de l'infection au covid-19. Une protection conséquente de ce groupe, en l'éloignant le plus possible du 80% restant, accompagnée conséquemment de tests réalisés sur les personnes au contact, pourrait minimiser la transmission de l'infection au covid-19 de celle-ci. La grande majorité de la population formerait peu à peu une immunité de groupe avec des évolutions relativement douces de l'infection et les dommages sociétaux et économiques en seraient nettement moindres. Mais au lieu de cela les restrictions générales de contact furent décrétées et les capacités limitées de test utilisées seulement pour les porteurs de symptômes (environ 15% des infectés), quoiqu'on sût précisément que les jeunes traversaient l'infection avec assez peu de symptômes tout en étant susceptibles de contaminer fortement le groupe à risques. Avec des ressources limitées en tests et en matériel, utiliser celles-ci sur l'ensemble de la population c'est tomber ainsi dans des situations de manque permanent (en masques, vêtements de protection, postes de respiration artificielle) et c'est moins efficace que de les utiliser de prime abord sur les 20% du groupe à risques.

L'exemple de Havelhöhe

L'hôpital en communauté *Havelhöhe* à Berlin fut l'un des premières cliniques qui mirent en place une telle médecine ambulatoire pour le traitement de l'épidémie au corona. Au moyen de conseils par une *hotline* téléphonique, des tests et diagnostics selon le cas et des recommandations comportementales, ce lieu s'est développé comme le lieu de conseils pour l'infection au covid-19, le plus important de Berlin, avec 600 contacts quotidiens. De nombreux médecins en dispensaire firent part au début d'une peur devant cette pandémie et arrêterent leur activité sur le virus covid-19 et sa clarification, ainsi nos jeunes collaborateurs se virent dans la nécessité de visiter d'autres groupes de population et de les apaiser. Des pédiatres renoncèrent à prendre en charge les enfants atteints de fièvre et les adressèrent à la consultation ambulatoire corona de *Havelhöhe*. De celle-ci se recrutèrent donc ensuite de plus en plus de cas positifs au SARS-CoV-2 et de malades graves, de sorte que bientôt dut être mis en place un service de traitement de l'infection d'une capacité d'accueil de 35 lits. Dans le même temps, les capacités d'assistance respiratoire furent triplées et atteignirent 49 lits de médecine intensive et du personnel nombreux fut rapidement formé à partir de services normaux de l'hôpital pour venir en aide à ce service.

À partir de l'entourage de la clinique, plus de 40 soignants et 30 médecins furent recrutés. La plus grande détresse vécue par les patients lors de leur traitement fut l'isolement ! Avec la détresse respiratoire et la fièvre, l'oppression de l'âme augmente. Le plus important pour eux c'était la rencontre et la proximité humaines. Ils désiraient des propositions de soins psychologiques et affectionnaient les applications de soins comme les cataplasmes, les liniments et compresses.

En définitive, la pandémie au Covid-19 s'avère comme une crise de la culture de la rencontre. Des virologues sont en train de mener par la peur la société et la politique en réduisant ainsi le regard au travers d'un tunnel. Le discours inter professionnel dans la science se voit exclu et la politique aussi perd sa faculté de débattre et fait une démonstration de soi-disant force par des restrictions et décrets sous la menace d'amendes.

La médecine anthroposophique en tant que système médical intégratif ne méconnaît en aucun cas le caractère pathogène du SARS-CoV-2, elle permet au contraire par son caractère intégratif authentique aussi d'y adjoindre à côté un aspect de salutogenèse. En surmontant la peur, une offre de médecine globale put être établie à *Havelhöhe* pour traiter l'infection au covid-19, ce qui déclencha une grande reconnaissance de la part de la population et dans les médias.

Die Drei 5/2020.

(Traduction Daniel Kmiecik)

Le prof. Dr. med. **Harald Matthes** est médecin-chef et dirige l'hôpital anthroposophique en communauté *Havelhöhe* à Berlin.