

QUELLES LEÇONS TIRONS-NOUS DU PASSÉ ?

Avant le SRAS-CoV-2, la grippe dite « espagnole » de 1918-1919 avec ses 50 à 70 millions de morts était la dernière pandémie à avoir touché les pays les plus industrialisés. Mais elle a été effacée de la mémoire collective. Que pesaient ces malades alités peu glorieux alors que l'on honorait les millions de héros morts sur le champ de bataille ?

Michel Caraël, docteur en sociologie, coauteur de *L'épidémie de sida occultée en Afrique centrale pendant la décennie 1980*¹.

1. M. Caraël,
Ph. Van de Perre,
E. Karita, Ph. Lepage,
*L'épidémie de sida occultée
en Afrique centrale
pendant la décennie 1980.
L'évidence scientifique
à l'épreuve de la politique.*
L'Harmattan, 2020.

De puis lors, la majorité des nouvelles épidémies a affecté principalement les pays à faible revenu. Le continent africain a dû faire face au VIH, à Ebola, et à d'autres épidémies locales. L'Asie est devenue un terreau favorable aux virus avec une population vieillissante, l'urbanisation, des classes moyennes en expansion rapide, et des interactions humaines-animales étroites.

Environ 75 % des infections émergentes du XX^e siècle – Ebola, VIH, SRAS, H1N1 – ont été des zoonoses. Ces infections animales transmises à l'homme sont provoquées par les mêmes causes : densités humaines, déforestation, accélération de la mobilité des personnes et des aliments. La plupart de ces pandémies, parfois très meurtrières, comme la grippe asiatique en 1957 et celle de Hong Kong en 1968, n'ont pas laissé une forte empreinte historique en Europe.

L'émergence du SRAS-CoV-2 de la famille des coronavirus aurait dû être tout sauf une surprise². Pourtant, à l'exception de quelques États, l'impréparation des gouvernements des pays à haut revenu a été effarante. Souvent dans le passé, ce sont les autorités sanitaires des pays à faible revenu qui ont tardé à faire face à l'urgence. Cette fois, ce sont les pays les plus industrialisés qui ont « gâché »³ la réponse à la crise

du Covid-19, alors qu'ils disposaient en principe des instruments scientifiques et technologiques pour ralentir sa vitesse d'expansion.

Stupeur et tremblements

Chaque épidémie est unique, par ses caractéristiques, ses modes de transmission, la vitesse de sa propagation, les populations qu'elle touche. Pourtant, les études historiques montrent que les débuts de pandémie engendrent souvent les mêmes paniques et exclusions. La faillite des dirigeants est suivie de la tentation de contrôler les populations, accusées d'être responsables des maux qui les accablent.

Lors de la pandémie du sida, les premiers cas avaient été décrits aux États-Unis dès 1981. Le caractère mondial de l'épidémie n'a été reconnu que tardivement, après la découverte du VIH, par l'Institut Pasteur de Paris, et la mise au point des tests sérologiques. Avec l'engorgement des hôpitaux des capitales africaines par les malades du sida, la transmission hétérosexuelle du VIH devint évidente³. L'ampleur de cette pandémie suscita une immense frayeur. La perception du risque d'infection était totalement déconnectée de la réalité. Les premiers programmes nationaux de prévention du VIH ne furent lancés qu'en 1986.

Les pandémies, miroir d'un monde interconnecté ?

Pour les épidémies émergentes, la rapidité des mesures prises dès les premières flambées est déterminante pour limiter l'ampleur du phé-

**La faillite des dirigeants
est suivie de la tentation
de contrôler les
populations, accusées
d'être responsables des
maux qui les accablent.**

2. S. Morse et al. "Prediction and prevention of the next pandemic zoonosis", *The Lancet* n°380, 2012.
3. J.V.R. Prasada Rao, "A tale of two epidemics – Aids and Covid-19", *Hindustan Times*, New Delhi, 3 mai 2020.

nomène. Les temps de doublement du nombre de cas déclarés de Covid-19 en Chine auraient dû déclencher l'alerte dès le début de suspicion d'une transmission d'un être humain à l'autre. Mais la Chine était loin, et l'Europe se sentait différente. En dix mois, plus de 30 millions d'infections sont déclarées dans le monde. Bien davantage quand on prend en compte les 40 % de personnes sans symptômes et non testées. La pandémie compte plus d'un million de morts. Personne ne peut prédire le niveau final de mortalité et de morbidité qu'elle provoquera. Environ 10 % des personnes atteintes présenteraient des séquelles variées pouvant aller jusqu'à l'incapacité de mener une vie normale. Comme cela a déjà été documenté pour d'autres infections à coronavirus⁴.

Tous étaient frappés

La récente « mobilisation » des États contre le Covid-19 a été parfois ressentie injustifiée ou exagérée, comparée à l'indifférence du monde face à la faim ou la crise écologique. On oppose le taux de létalité de Covid-19, d'environ un pour cent, aux 40 millions de morts que provoquent chaque année les maladies non transmissibles. Pourtant, on ne peut mesurer une pandémie à l'aune de ce décompte macabre. Celle-ci a un potentiel de nuisance bien au-delà de la mortalité directe et indirecte : elle peut paralyser l'éducation, l'économie et la fabrique sociale de sociétés entières. Ce fut le cas durant des siècles avec la variole, le typhus, et plus récemment avec le VIH qui frappe surtout la tranche d'âge « productive », particulièrement dans les pays d'Afrique australe.

L'épidémie de peur qui accompagne la pandémie agit-elle comme une forme de vigilance face à l'incohérence des réponses nationales ? Elle est certainement une appréhension des bouleversements sociaux et économiques à venir. Elle a provoqué le confinement parfois spontané, souvent imposé, d'une partie de la population avec une hausse dramatique de la précarité, de la malnutrition et du chômage. La Banque mondiale prédit le basculement dans l'extrême pauvreté de 159 millions de personnes. Les différences de mortalité provoquée par le Covid-19 sont associées à la structure démographique, à la prévalence disparate de l'obésité, de l'hypertension, du diabète, et à la capacité des États à four-

Lu pour vous

Valérie Alaluf, médecin généraliste à la maison médicale Marconi (Forest).

J'ai découvert le livre de Michel Caraël en plein confinement lié au Covid-19. J'étais contrainte à ne voir que peu de patients et à soigner à distance, via le téléphone. Nous étions submergés par des directives qui changeaient chaque jour, souvent contradictoires. Nous ne pouvions tester qu'une minorité de patients. Les résidents des maisons de repos et de soins étaient délaissés, enfermés sans contact avec l'extérieur pour leur protection, ce qui n'a pas empêché un taux de mortalité important. Le personnel à domicile, infirmières, aides familiales, ont continué leur travail, tenaillées par la peur, avec très peu de matériel, mais ne voulant pas abandonner leurs malades. Les personnes sans papiers et sans abris ont été abandonnées à elles-mêmes. Notre travail était peu satisfaisant, nous nous rendions compte que nous étions peu efficaces, que nos soins étaient de piètre qualité.

J'ai été frappée par les similitudes entre les pandémies de sida et de Covid : négationnisme, minimalisation de la gravité de ce qui se déroulait devant nos yeux, impréparation des gouvernements, de l'OMS et du monde scientifique, guerre des chiffres, théories du complot, multiplication de publications sans analyse de la qualité scientifique dans beaucoup de cas, discussions sur le patient zéro entraînant la discrimination des Chinois au début de la pandémie, apparition de gourous aux idées péremptoires, stigmatisation de certains (les « allochtones », les « jeunes Bruxellois ») responsables de l'augmentation des contaminations du fait de leur comportement, désarroi et impuissance des soignants sur le terrain, polémiques sur les traitements et la prévention.

Ce livre nous raconte un épisode méconnu de la lutte contre le sida en Afrique menée par de vrais scientifiques qui gardent leur humanité, capables d'écouter les populations concernées. Les patients ne sont jamais considérés comme des êtres passifs et c'est à partir de leurs capacités et connaissances que la lutte contre la pandémie peut s'organiser. Ce livre nous fait réfléchir sur la pandémie du sida, sur celle du Covid, mais aussi sur celles à venir. ■

4. H. Ahmet, K. Patel, D.C. Greenwood et al., "Long-term clinical outcomes in survivors of severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome coronavirus outbreaks after hospitalisation or ICU admission: A systematic review and meta-analysis", *J Rehabil Med*, n° 31, mai 2020.

La prévention ne peut consister à marteler des messages : elle doit prendre en compte les aspects structurels.

5. H. Zeberg, S. Pääbo, "The major genetic risk factor for severe Covid-19 is inherited from Neanderthals", *Nature Medicine*, 30 septembre 2020.

6. Cl. Dubost, C. Pollack, S. Rey, « Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 », *Les dossiers de la DREE*, n° 62, juillet 2020.

7. P. Brandily, C. Brébion, S. Briole, L. Khoury, *A poorly understood disease? The unequal distribution of excess mortality due to Covid-19 across French municipalities*, Paris school of economics. Working paper n° 44, 2020.

8. S. Papon, I. Robert-Bobée, *Une hausse des décès en mars-avril 2020*. Insee (France).

9. C. Wenham, R. Morgan et al. "Covid-19 : the gendered impacts of the outbreak", *The Lancet*, n°395, 2020.

10. Inserm, *Premiers résultats des enquêtes de santé publique de l'Inserm sur la Covid-19, facteurs de risque individuels et sociaux*, 9 octobre 2020.

11. Sciencono, *Bulletin épidémiologique* du 18 septembre 2020.

12. A. Roy, Gallimard, 2020.

13. www.gavi.org/fr.

Sud a dû faire face à une haute prévalence de Covid-19. Ce qui n'a pas empêché les épidémies locales, y compris dans les bidonvilles, les chantiers de construction, les camps de réfugiés et les prisons.

Les premiers de « corvée »

Le SRAS-CoV-2 est trop souvent décrit de façon abstraite et biologique comme un virus qui circule entre des corps. Mais il n'infecte pas seulement des cellules ; il évolue avec les relations familiales et sociales, les pratiques de soins pour les personnes âgées, l'utilisation des transports en commun, les conditions de logement et de travail et l'accès aux soins.

Pour le sida, il a fallu longtemps pour documenter le rôle des déterminants des comportements sexuels à risque, comme les rapports de pouvoir et de genre, les migrations, les inégalités de revenu et d'accès à la prévention et aux soins. Pour le Covid-19, les connaissances sur l'hétérogénéité des risques d'infection et de mortalité et leurs causes socioéconomiques émergent peu à peu⁶.

En France, une étude a montré une mortalité double du Covid-19 dans les communes les plus pauvres par rapport aux autres municipalités⁷. Les conditions de logement et une exposition au risque professionnel représentent jusqu'à 60 % de la différence de mortalité entre les municipalités pauvres et les autres.

Une autre étude a comparé le nombre de décès en France entre mars-avril 2019 et 2020 en plein pic de Covid-19. L'excès de mortalité varierait selon le pays de naissance des personnes décédées⁸ : 22 % pour les décès de personnes nées en France, 54 % pour les personnes nées en Afrique du Nord et 114 % pour les personnes nées en Afrique subsaharienne. Quand on prend en compte la structure professionnelle, les re-

venus et les conditions de logement, la catégorie d'origine géographique disparaît, en France comme aux États-Unis ou en Grande-Bretagne. La prévention ne peut consister à marteler des messages : elle doit prendre en compte les aspects structurels comme les conditions de travail, de vie et de logement.

Dans les pays à haut revenu, le taux de mortalité par coronavirus est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Celles-ci sont plus souvent infectées par le coronavirus, car elles sont plus nombreuses à travailler dans les secteurs mal rémunérés de première ligne⁹. Les saisonniers et les personnes sans-papiers soumis à des conditions de travail précaires et illégales ont également montré des taux de contamination élevés¹⁰.

En Belgique, les statistiques de mortalité du Covid-19 par commune soulignent une concentration des infections parmi les communes les plus denses et les plus pauvres¹¹. D'autres études en cours portent sur l'importance du taux d'infection sur les lieux de travail, notamment dans le secteur de la santé et les maisons de repos et dans le secteur informel où les communautés d'origine étrangère sont surreprésentées.

Un portail entre le monde d'hier et le prochain¹² ?

La pandémie du SRAS-CoV-2 pourrait-elle provoquer un changement vers un monde plus solidaire ? L'importance des services publics a été reconnue, des mouvements de solidarité ont été créés pour atténuer la crise et la rendre plus humaine, avec une attention accrue pour les personnes âgées et le personnel de santé. D'autres indications sont de mauvais augure, comme le préfinancement public des géants pharmaceutiques par les États les plus riches (13 % de la population mondiale) pour obtenir la moitié des futures doses de vaccins. Cet usage de fonds publics se fait sans l'exigence d'un accès universel au vaccin, ce que réclament des coalitions comme Covax¹³.

Les leçons du sida ont montré que sans une forte implication des réseaux, des acteurs de la santé et des communautés touchées, les réponses à la pandémie resteront autoritaires et parcellaires, et creuseront les inégalités.

Reste un futur incertain, plus proche du monde d'hier que d'un lendemain enchanteur. ■