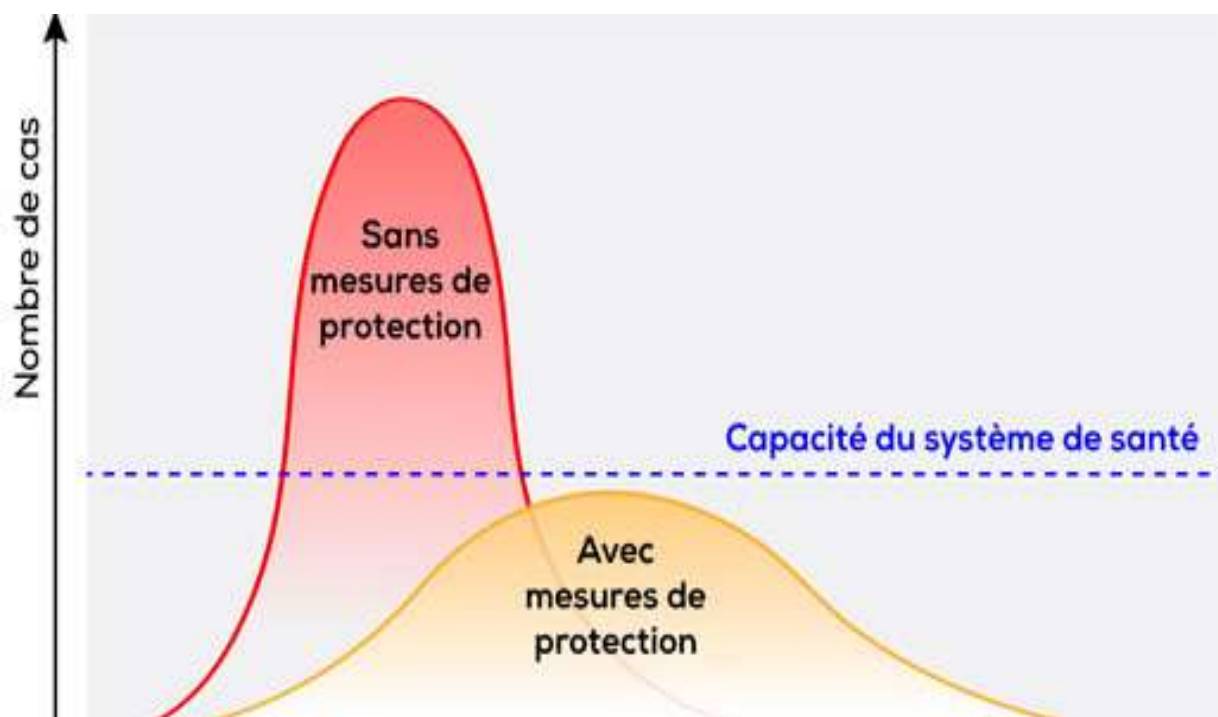




14 MAI 2020

FACE AUX INCERTITUDES ET INCONNUES, MIEUX COMPRENDRE LES DYNAMIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

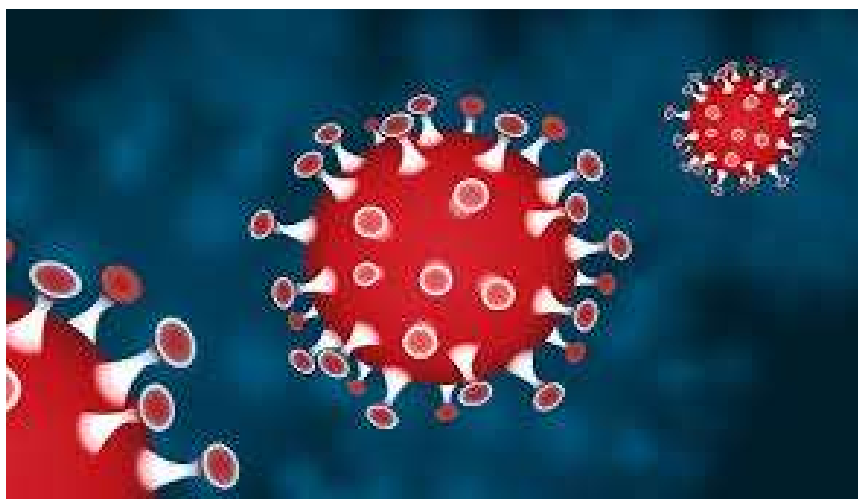
PRÉAMBULE

Comme il le fait régulièrement dans le cadre de crises complexes, multifactorielles et potentiellement durables, le Groupe URD déclenche deux processus :

- Rappel des leçons tirées des grandes crises sanitaires du passé (voir : https://www.urd.org/wp-content/uploads/2020/04/20200402_Crises-sanitaires_FINAL-2.pdf)
- Mise en place d'un processus de type « observatoire de la crise et d'évaluation en temps réel », dont l'objectif est de fournir des synthèses, analyses et recommandations.

La présente note est la deuxième production de l'Observatoire COVID qui mettra régulièrement à jour et différentes contributions sur des sujets précis :

- Santé ;
- Sécurité alimentaire et économique ;
- Cohésion sociale ;
- Migrations et mobilités.



Le Groupe URD produit des documents stratégiques dans le cadre d'une convention avec le MEAE (Centre de crise et de Soutien et Direction Générale de la Mondialisation) et l'Agence Française de Développement (AFD). Ce travail permet de renforcer la qualité des interventions autour des crises (avant, pendant, après) au niveau international et sur les sujets d'actualité du secteur. Le contenu de ces documents n'engage que leurs auteurs.

Résumé

Le système immunitaire de la personne est à ce stade - en l'absence de traitement et de vaccin - le seul capable d'éliminer le SARS-CoV-2 chez un patient. S'il s'avère généralement très efficace, il laisse malgré tout une morbidité et une mortalité plus importante que les gripes saisonnières. Le COVID 19 impacte spécialement les plus de 60 ans et les personnes présentant des pathologies associées comme les maladies pulmonaires, cardiovasculaires, etc.

Les efforts faits pour la recherche du traitement et du vaccin sont essentiels mais prendront encore du temps. En attendant cet événement tant espéré, la meilleure manière d'éviter les morts et malades est d'empêcher que les humains rentrent en contact avec le virus. Aujourd'hui, la véritable protection n'est donc pas médicale mais dans l'application des gestes barrières et des comportements appropriés.

La capacité de transmission du virus étant très importante, toute personne doit être considérée comme possible cas asymptomatique ou pré-symptomatique du COVID-19. Ceci demande un changement profond dans la stratégie de prévention : port du masque, lavage des mains et distanciation physique restent les seules mesures à ce stade qui soient socialement réalistes, économiquement viables, susceptibles d'être mises en place rapidement et applicable au niveau mondial. Dans ce cadre, les agents communautaires sont de première importance pour promouvoir ces gestes barrières et comportements, mais aussi pour orienter le patient et mettre en place les mesures protégeant le personnel de santé.

Il est enfin urgent d'améliorer le niveau d'« éducation » du monde journalistique et des réseaux sociaux afin de réduire la sursaturation en informations non suffisamment vérifiées. Déterminer s'il s'agit d'une réaction spécifique d'un individu ou de l'apparition d'une nouvelle symptomatologie qui doit faire trembler le monde est très difficile à distinguer pour des experts, voire impossible à court terme.

Éviter le catastrophisme en première page des médias permettrait plus facilement de promouvoir les gestes qui recevront l'adhésion de la population – et des autorités – et permettront de protéger l'économie des familles, des pays, mais aussi les services de santé jusqu'au « fin fond » de la brousse. Même après l'apparition d'un vaccin efficace, ces gestes resteront essentiels au vu des risques de mutation. La santé publique en général en bénéficiera face aux autres maladies transmissibles par les voies aériennes.

INTRODUCTION

Le monde entier s'intéresse à un minuscule agglomérat de molécules, le SARS-CoV-2, pour son mode de reproduction au sein des cellules humaines : le virus pénètre ces cellules sans lesquelles il ne pourrait survivre et les cellules contaminées meurent, libérant des millions de copies qui en infesteront d'autres à leurs tours. L'hôte de ces cellules, par ses éternuements, sa toux et autres sécrétions le transmettra à d'autres personnes. Le système immunitaire du patient réagit plus ou moins rapidement et fortement afin d'éliminer le virus. Beaucoup de personnes ne s'en rendent pas compte - les asymptomatiques -, d'autres auront une symptomatologie modérée voire sévère dénommée « grippe » par le grand public. Cependant, certaines personnes n'ont pas de réponse immunitaire suffisante à une réponse exagérée, ou encore présentent des conditions de santé « associées » telles que des problèmes respiratoires chroniques, cardiovasculaires et autres, qui ne leur permettent pas de résister aux effets secondaires de l'invasion virale. Elles mourront chez elles, dans des maisons de retraite ou dans des unités de soins intensifs. Ce sont ces situations extrêmes - symptômes graves, morts - et la grande capacité du virus à se transmettre qui ont changé en quelques semaines la réalité du globe en donnant lieu au confinement de plus de 4 milliards de personnes. « Abstraits » et minuscules, le virus - le SARS-CoV-2 - et la maladie - COVID-19¹ - sont devenus des réalités concrètes et particulièrement puissantes sous la forme d'une pandémie planétaire.

¹ Le virus est officiellement dénommé SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2) et la maladie : COVID-19 (corona virus disease 2019) [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it#:~:text=ICTV%20announced%20%E2%80%9Csevere%20acute,on%2011%20February%202020.](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it#:~:text=ICTV%20announced%20%E2%80%9Csevere%20acute,on%2011%20February%202020.)

ÉTAT DES LIEUX DES CAPACITÉS DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Cinq mois après le début de l'épidémie, il n'existe pas encore de traitement pour combattre le virus *per se*. Seul le système immunitaire de la personne envahie par le SARS-CoV-2 a, à ce jour, la capacité de l'éliminer. Dans l'état actuel des connaissances, la médecine sauve les vies en réduisant les effets secondaires de la multiplication du virus et/ou en réduisant l'impact des causes de co-morbidité afin de laisser le temps à système immunitaire du patient d'activer sa réponse. En général, le système immunitaire permet au patient de guérir en éliminant le virus puis le protège d'une réinfection en gardant une mémoire de l'infection mesurable par la présence d'anticorps. Dans le cas présent, des rapports sérieux ont toutefois généré des craintes en documentant plusieurs cas de réinfection par le même SARS-CoV-2² chez la même personne, notamment en Corée du Sud³ mais aussi apparemment dans plusieurs pays européens. On ne sait pas encore s'il s'agit de réelles réinfections ou de cas liés à des erreurs de détection dues aux limites des tests disponibles.

Il faudra par ailleurs se méfier de certaines solutions qui semblent évidentes mais posent aussi beaucoup de questions. Ainsi, l'envoi de grandes quantités de matériel biomédical sophistiqué et inconnu (comme certains respirateurs) fragilise en général encore plus la capacité de réponse. Par le passé, beaucoup de matériel a ainsi été envoyé dans de nombreuses structures de santé à travers le monde et les squelettes de ses équipements hantent encore de nombreux couloirs et cours des hôpitaux dans l'hémisphère sud. Il s'agirait plutôt de supporter des solutions simples, peu coûteuses et connues du personnel^{4 5 6}.

GUERRE DES CHIFFRES

La défense immunitaire individuelle est la plus efficace mais certains patients seraient morts d'une hyper-réaction immunitaire. Cette possibilité a déjà été avancée dans le passé, par exemple dans le cas de la grippe aviaire (H5N1) virus apparenté à la grippe dite espagnole de 1918 où la cytokine - molécule immunitaire aidant à coordonner les cellules immunitaires pour combattre l'infection - serait produite en si grande quantité que l'inflammation qu'elle engendrerait, détruirait les propres cellules de la personne hôte. D'autres études n'ont toutefois pas confirmé cette théorie⁷. Néanmoins, face à une série de rapports réalisés à partir de cette hypothèse notamment en Chine pour le COVID-19⁸ et la SARS en 2003⁹, un groupe de Keck School of Medicine of USC (Los Angeles) a débuté une étude sur un traitement défini comme contre-intuitif en administrant des immunosuppresseurs¹⁰, mais il est encore trop tôt pour déterminer l'issue de l'étude.

² <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/faq.html>

³ 116 cas rapportés le 13 avril 2020 en Corée du Sud.

⁴ Le test (RT-PCR) disponible et utilisé à ce jour détecte la présence du virus et non les anticorps indiquant que le système immunitaire a réagi précédemment ou récemment. Le postulat est que des débris de virus continuent à être détectés sans que la personne ne fasse une deuxième infection (cf. <https://news.un.org/en/story/2020/04/1062612>).

⁵ <https://asia.nikkei.com/Spotlight/Coronavirus/Recovered-coronavirus-patients-immunity-in-question-WHO-says>

⁶ Dr Maria van Kerckhove, OMS Genève.

⁷ <https://www.nih.gov/news-events/nih-research-matters/immune-system-storm-may-not-be-key-bird-flu-deaths>

⁸ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.06.20032342v1>

⁹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12867568>

¹⁰ <https://keck.usc.edu/timing-of-immune-response-to-covid-19-may-contribute-to-disease-severity/>

Ce cas rares - comme par exemple la présence de micro-embolies ou des réactions inflammatoires des cellules recouvrant la partie interne de vaisseaux sanguins - sont donc des cas extrêmement intrigants, pour lesquels des scientifiques ont développé des hypothèses qui sont habituellement maintenues dans les cercles scientifiques et auxquelles ils voudraient que leur nom soit rattaché si cela se révèle exact. Ces hypothèses sont très utiles à la recherche mais inonder l'opinion publique par ce genre d'information encore non validée peut induire des effets négatifs, décrédibiliser la recherche et favoriser les rumeurs.

D'autres chiffres, comme le nombre de morts, inquiètent également. Ainsi, au 11 mai 2020, l'ensemble des pays rapportaient un total de 282 244 morts¹¹ associées au COVID-19. À titre de comparaison, la grippe saisonnière coûte en moyenne chaque année la vie à 291 000 personnes et jusqu'à 646 000 les années les plus meurtrières, sans faire la une des journaux au quotidien. S'il est encore trop tôt pour déterminer précisément combien de personnes meurent du COVID-19 par rapport au nombre de personnes qui l'ont contracté, les estimations ne font que diminuer en raison du grand nombre de cas suspects. En Corée du Sud ou en Suisse où les tests ont été appliqués largement, la mortalité serait autour d'1%¹². Un chiffre qui reste dix fois supérieur à la grippe annuelle aux États-Unis et qui laisse penser que cette pandémie sera plus meurtrière.

Les premières déclarations nationales de cas de COVID-19 ont toutes été reconnues comme ayant plusieurs semaines de retard sur les premiers cas. Ceci est d'autant plus explicable que ce virus, contrairement à ce qui était perçu au début de la pandémie, a une grande capacité à se transmettre discrètement par les personnes asymptomatiques. Une bonne nouvelle semble toutefois apparaître : l'immunité acquise serait très largement supérieure au nombre de cas rapporté mais malheureusement encore très inférieure au pourcentage nécessaire pour avoir une protection de groupe^{13 14}. Dans ce domaine, les méthodes utilisées sont des estimations mais leurs tendances sont irrévocables même si les cas de COVID-19 sont beaucoup plus nombreux qu'estimé actuellement. Le nombre de morts restant le même, le pourcentage de morts par rapport au nombre de cas COVID diminue donc. En revanche, un tel nombre d'asymptomatiques augmente énormément la transmission et touche donc une population bien plus grande que perçu au départ. Paradoxalement, le nombre de morts absolu au niveau mondial sera bien plus grand pour un virus que pour une maladie bien plus mortelle comme Ebola mais qui touche une population bien moindre. C'est ce paradoxe qui fait dire que le COVID-19 est bénin – parce qu'un seul pourcent des personnes en meurt - mais qui, au niveau d'un pays, fait trembler les dirigeants. Cela veut en effet également dire que l'ensemble de la population doit prendre des mesures de prévention (ou un jour se vacciner) pour diminuer la surcharge hospitalière et le nombre global de décès.

Jusqu'à ce jour, contrairement à beaucoup d'autres épidémies à maladie transmissible, la mortalité est plus élevée dans les pays au plus grand produit national brut¹⁵¹⁶. Une partie de ces différences considérables

¹¹ https://ourworldindata.org/covid-deaths?country=OWID_WRL

¹² *The Lancet Respiratory Medicine*, Jason Phua and colleagues 1

¹³ Christian Bommer, Professor Sebastian Vollmer, Göttingen University : Average detection rate of SARS-CoV-2 infections has improved since our last estimates but is still as low as nine percent on March 30th

¹⁴ Dayton G. Thorpe (Université de Californie) estime qu'aux États-Unis, 4,8 % de la population totale a déjà contracté le COVID-19, soit 39 fois le nombre de cas déclaré.

¹⁵ <https://ourworldindata.org/grapher/tests-of-covid-19-per-thousand-people-vs-gdp-per-capita>

¹⁶ À titre illustratif, au 11 mai 2020, le nombre de morts rapporté par million d'habitants était très élevé en Europe par exemple (569,38 en Espagne, 404,15 en France et 88,53 en Allemagne), plus bas en Amérique du Sud (54,19 au Brésil, 121 en Équateur et 9,42 en Colombie), en Amérique centrale (57 au Panama, 1,37 au Costa Rica), moins de 2 personnes dans les pays subsahariens et moins de 1 dans le Sud-Est asiatique (Laos, Cambodge...) <https://ourworldindata.org/grapher/total-covid-deaths-per-million>

est attribuée aux modes de calcul¹⁷ et aux différences de qualité des systèmes de suivi des statistiques sanitaires (sous-reportage, problèmes de qualité des données, délais de transmission). Pourtant, avec la durée de la crise, le renforcement accéléré des systèmes de collecte et de gestion des données – grâce aux efforts de nombreux ministères de la Santé avec le soutien de l'OMS, de l'Union africaine, et de certains bailleurs - et la persistance du différentiel, se pose la question des causes de ces différences des mortalités et morbidités selon les contextes. Mille et une causes ont été avancées : formes de la pyramide des âges, différences génétiques, sélection naturelle dans des milieux très agressifs, climat, etc.

Pour toutes ces raisons, il apparaît plus pertinent de mesurer le poids réel du COVID-19 en mesurant l'excès de mortalité, c'est-à-dire en calculant combien de personnes sont mortes en plus durant la période COVID-19 par rapport au nombre de morts sur une même période durant les années précédentes. En effet, la mortalité des pays qui n'ont pas connu de grosse catastrophe (épidémie, tsunami...) s'avère assez stable. Cette méthode est donc de loin préférable tant que les pays n'ont pas changé leur manière de comptabiliser et EUROMO montre bien cette différence pour 24 pays¹⁸. Les tableaux montrent en effet des différences très importantes, surtout pour les tranches d'âges supérieures. Le sens de certains résultats reste toutefois à élucider, comme par exemple le nombre d'années ou de mois de vie que le SARS-CoV-2 « enlèverait » aux personnes qui en décèdent.

Le nombre de décès liés au COVID-19 dans les pays sub-sahariens demeure pour l'instant en dessous de la situation désastreuse crainte au début de la crise. Mais il y a encore certaines incertitudes quand on connaît les difficultés de recueil et de remontée des informations et statistiques médicales rencontrées dans de nombreux pays, les retards de publication et les biais politiques qui peuvent entraver cette publication. Toutefois, les quelques informations collectées sur les activités dans les cimetières semblent pour l'instant indiquer que les pays du Sud ne sont pas face à une hausse de mortalité massive comme on le voit lors des épidémies de choléra ou d'Ebola. L'évolution de la mortalité dans les semaines à venir reste encore incertaine et si elle augmente, reste à savoir de combien. Mais là encore toutes les spéculations sont permises sur la dynamique épidémiologique : faut-il s'attendre à ce que mortalité et morbidité augmentent fortement dans les pays du Sud ? Où serons-nous confrontés à un scénario complètement différent de ce qu'a connu l'Europe, avec une faible mortalité ?

QUELLES OPTIONS POUR GÉRER LA PANDÉMIE ?

La prise en charge médicale reste liée au repérage des symptômes de la « grippe » et aux pathologies sous-jacentes. Or, il s'est très vite avéré que le problème est moins d'ordre technique – savoir comment traiter – que de gestion des structures de santé. Dans de nombreux pays développés, en Europe mais aussi en Amérique et en Asie, les structures hospitalières ont très vite été saturées, obligeant de fait les autorités à utiliser le seul outil disponible pour réduire la tension sur les services en limitant la transmission du virus : le confinement généralisé. Dans les pays en voie de développement, la question du traitement se pose différemment. En effet, même si le nombre absolu de personnes ayant besoin de soins intensifs reste très inférieur à ce que l'on a vu dans de nombreux pays dits riches, il déborderait rapidement les capacités hospitalières dans des pays où le système de santé offre encore moins de lits (et surtout de lits dans les

¹⁷ Certains pays rapportent par exemple uniquement le nombre de personnes décédées dans les hôpitaux, d'autres pays seulement les cas avec test laboratoire positif.

¹⁸ <https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid>

services d'urgence) par habitant¹⁹. De plus, le risque d'amener un patient COVID-19 dans un service sous-dimensionné et manquant des équipements de base pour la protection du personnel est à très haut risque. Enfin, la saturation du système empêche de soigner les autres pathologies et freine les patients qui doivent consulter par peur d'attraper le COVID-19 au sein d'une institution médicale.

Dans ce contexte, plusieurs grandes questions se posent, à commencer par la question éthique qui a été mise en lumière par les débats sur le triage. Qui prendre en priorité dans les services ? Faut-il exclure les patients COVID-19 par risque de contaminer un hôpital ? (sachant qu'en l'absence de tests, comment déterminer s'il s'agit vraiment d'infections COVID-19) Ce mécanisme risque d'empêcher des patients avec une symptomatologie similaire au COVID-19 d'accéder aux services de santé possédant le traitement nécessaire à sa survie ou de freiner l'accès des patients à leurs traitements habituels (SIDA, Malaria, Tuberculose, etc.). Les systèmes de filtrage (*screening*) et de triage sont particulièrement critiques.

Par ailleurs, comme l'ont prouvé les épidémies d'Ebola et de choléra dans de nombreux contextes, la gestion de ce genre d'épidémie dépendra fortement des capacités et du dynamisme des mécanismes de prévention et de gestion des cas au niveau le plus bas des pyramides de santé. Les agents communautaires sont ainsi la force de beaucoup de pays du Sud. Les reconnaître, leur donner les moyens de fonctionner, de se protéger et de les former sont de première priorité. En effet, faute d'un traitement, la clé est à la fois la capacité de supporter la grande majorité des patients qui ont toutes les chances de survivre dans leur communauté, de contribuer à la rupture des chaînes de transmission et évidemment de protéger ces échelons vitaux du bas de la chaîne de santé.

Face à un manque important de connaissances sur la maladie, à une forte incertitude sur la mise au point et la disponibilisation de traitements et de vaccins, mais aussi aux enjeux de protéger la population et la capacité des services de santé, seule l'application systématique des gestes barrières et des comportements adaptés peut limiter l'impact de la pandémie. Au vu du nombre de personnes asymptomatiques et de la forte transmissibilité du virus, le port du masque par tous en dehors de chez soi et spécialement dans tous les endroits fermés semble la meilleure manière de protéger la population. Cette seule mesure appliquée par 60 % de la population pourrait interrompre suffisamment la transmission pour la passer un taux inférieur à 1²⁰. Ceci – en plus du lavage des mains qui est utile pour tous au Sud comme au Nord, à la campagne comme à la ville – accentuerait les chances de prévenir l'extension du COVID-19 tout en renforçant l'hygiène face à de nombreuses autres maladies. Ces règles de base de la prévention ont en outre l'avantage d'être simples et faciles à respecter, comme l'ont démontré de nombreux pays asiatiques ou africains. Il est en effet inconcevable de préférer jouer avec la surcharge des soins de santé et risquer un nouveau confinement de la population alors qu'il est possible de recourir à des moyens de protection peu coûteux.

Détecter les trajectoires de contamination est un travail laborieux mais très utile et de fait, le dépistage des cas contact est une mesure de santé publique très utile et efficace quand le nombre de cas n'est pas trop important. Mais cette recherche lève de nombreuses réticences dans de nombreux pays par rapport à l'acceptabilité des outils de « tracking » qui sont en train de se développer : ils sont en effet assez intrusifs sur la vie privée ouvrent des portes dangereuses pour la démocratie. Rendre ce type de dépistage volontaire pourrait néanmoins être préférable à ne pas l'avoir du tout.

¹⁹ Par ailleurs, l'expérience d'autres catastrophes a montré l'absurdité de vouloir augmenter subitement les capacités d'un système hospitalier au milieu d'une crise en achetant des équipements au-delà des capacités existantes des plateaux techniques et des systèmes de maintenance biomédicale.

²⁰ Lian Tian Cornell University calibrated intervention: <https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/2003/2003.07353.pdf>

COMPÉTITION ENTRE SCIENTIFIQUES, GUERRE DES LABORATOIRES

Au niveau mondial, d'innombrables recherches ont été lancées et se poursuivent. Pour une fois, la difficulté n'est d'ailleurs pas le financement mais la multiplicité des initiatives. D'un côté, une partie de la communauté scientifique a fait montre d'un réel esprit de collaboration (partage des données, mise en place de systèmes de « revue par les pairs » des productions scientifiques, etc.) ; de l'autre, le manque de collaboration - voire la compétition croissante entre certains chercheurs, laboratoires pharmaceutiques et gouvernements - s'est affirmé, compétition qui s'inscrit dans des recherches de renommée ou de profit, mais va à l'encontre des enjeux collectifs.

Le défi est de taille et, à ce jour, 119 candidats recherchent un vaccin, tandis que de nombreuses initiatives explorent d'autres pistes, notamment en matière de traitement. Assurer la cohérence, l'éthique, la rapidité, la rigueur et l'économie des moyens s'avère un enjeu essentiel et doit être au cœur de la coopération internationale. Le rôle de l'OMS, de grandes coordinations régionales comme l'Union africaine, la Commission européenne, la CARICOM, la Commission Économique de l'Asie et le Pacifique (ESCAP), et d'institutions comme la Fondation Bill et Melinda Gates, sera fondamentale. Cette coordination doit permettre de choisir et de mener à bien rapidement un nombre suffisant d'initiatives pour écourter le temps de production habituelle d'un vaccin qui dure entre 18 mois et 5 ans.

GÉRER L'INFORMATION MÉDICALE DANS UN MONDE DE RÉSEAUX SOCIAUX ET DE RUMEURS

L'ouverture soudaine du monde à toutes les informations de manière presque instantanée et souvent sorties de leurs contextes n'offre plus le temps nécessaire à la science et encore moins aux grandes institutions internationales pour statuer si oui ou non un passeport immunitaire pourrait être délivré ou si le cas rare détecté est un véritable danger comme certains le dépeignent sur les réseaux sociaux. Le combat entre l'instantané tant recherché par l'humain d'aujourd'hui et la vérité factuelle ne fait que débiter. La libre circulation de l'information - parfois générée intentionnellement par des groupes d'intérêt - favorise la multiplication des rumeurs, des fausses informations, de campagnes de calomnie, etc., obligeant la presse à s'en faire l'écho et mettant les autorités et la science dans une position inconfortable. Ainsi, la sursaturation d'informations hyper-morcelées devra trouver un mode de régulation sous peine de diminuer encore les chances de construire l'élan international si nécessaire pour protéger chacun. Un travail de fond avec les médias est de plus en plus essentiel pour promouvoir des débats sereins sur les risques sanitaires, leurs effets systémiques ainsi que sur les mesures à prendre et leurs impacts possibles sur les économies et les sociétés. Il en va de la démocratie et de la paix sociale dans la plupart des pays du monde.



Siège du Groupe URD

La Fontaine des Marins
26170 Plaisians – France
Tel : +33 (0)4 75 28 29 35

urd@urd.org

www.urd.org

SUIVEZ-NOUS SUR

