

NOTE DE RÉFLEXION N°10

JUILLET 2020

COVID-19, ET APRÈS : NEXUS, FRAGILITÉS ET ENDÉMICITÉ



PRÉAMBULE

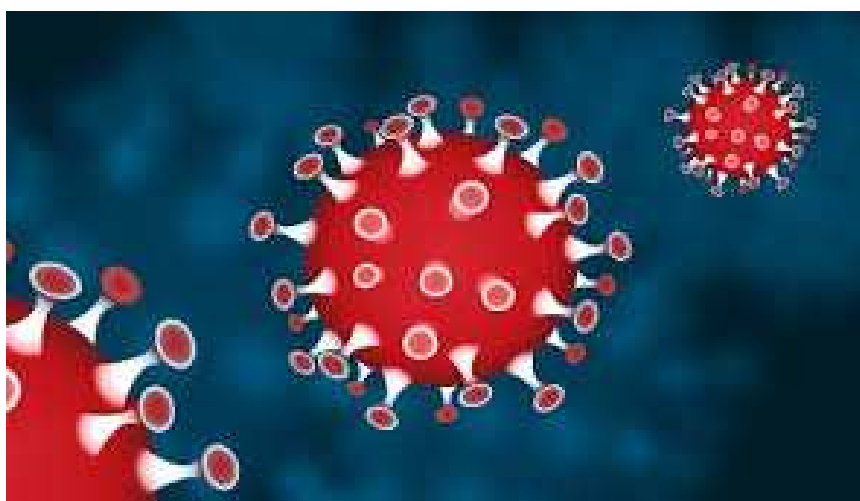
Comme il le fait régulièrement dans le cadre de crises complexes, multifactorielles et potentiellement durables, le Groupe URD déclenche deux processus :

- Rappel des leçons tirées des grandes crises sanitaires du passé (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.

Dans ce cadre, l'équipe de l'Observatoire COVID-19 a produit toute une série de notes **sur des sujets précis** :

- Santé ;
- Sécurité alimentaire, agricole et économique ;
- Cohésion sociale et tensions sociales ;
- Migrations et mobilités ;
- Éducation ;
- Conflits ;
- Nexus urgence-développement...

La présente note est la dixième note produite par l'Observatoire COVID-19. Elle présente notre analyse sur les enjeux de gestion de l'après-crise dite COVID-19, dans une approche « nexus », avec une attention particulière à la diversité des situations et aux enjeux d'apparition d'une forte endémicité du virus.



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

La pandémie dite COVID-19 fait ressortir la diversité des situations et des choix politiques face à une agression sanitaire majeure. Elle met encore plus en évidence un monde multiple pour lequel il faudra trouver des solutions adaptées et originales face aux différents problèmes sanitaires, socio-économiques et politiques. Il n'existe malheureusement pas de solution linéaire, prédictible et applicable à tous les pays pour demain par rapport aux demandes pourtant souvent très claires et fortes d'aujourd'hui.

Premières à être entrées dans la zone de forte accélération de la transmission, la Chine, l'Europe continentale, et plusieurs autres pays d'Asie semblent avoir mis la situation plus ou moins rapidement sous contrôle, malgré de fréquents « clusters » de recontamination à contrôler grâce à des mesures extrêmement rudes de confinement, dont le prix économique et social est encore à estimer. Depuis, la multitude des résurgences et l'apparition régulière de nouvelles zones dans lesquelles le virus circule activement inquiètent. Les cinétiques de contamination restent extrêmement préoccupantes aux États-Unis en raison du laisser-faire de plusieurs États, et de façon plus générale dans les Amériques, ainsi qu'en Australie, en Inde et dans certains pays du Moyen-Orient, notamment en Israël, dans les pays du Golfe et en Iran pour des raisons diverses et sans unanimité des experts. Enfin, la dynamique est encore très difficile à saisir en Afrique où certains pays semblent encore relativement épargnés tandis que dans d'autres, la contamination s'accélère.

Dans les pays où le nombre de cas est élevé, les mesures obligatoires contraignantes comme le confinement s'imposent immédiatement car elles diminuent dans les semaines qui suivent le nombre de cas. Cependant, les mesures de prévention qui se sont mises en place dans les pays ayant fait respecter le confinement généralisé sur l'ensemble ou une très large partie du territoire comme en Chine, en Asie du sud-est ou en Europe, visent à ne plus devoir y recourir au vu des énormes répercussions économiques, sociales et mentales. La stratégie maintenant utilisée est un mélange de mesures généralisées mais plus « légères » comme la distanciation sociale, le lavage des mains ou le port du masque et des mesures plus contraignantes mais limitée géographiquement et liées à un système d'alerte performant.

Les pays du Sud ont un pourcentage beaucoup plus élevé de populations très vulnérables et ont d'autant plus de motifs de s'opposer aux mesures contraignantes généralisées étant donné le manque de capacités des États à financer les pertes d'emploi ou même le personnel médical, l'impossibilité de garder les distances dans les quartiers surpeuplés ou d'atteindre les zones de guerre, ou encore la méfiance totale vis-à-vis des autorités politiques. Les pays fragiles ont d'énormes défis mais aussi une fenêtre d'opportunité unique avec une approche plus équilibrée entre l'urgence et le développement, et peut-être la possibilité que certains pays ne traversent pas la phase d'urgence qu'ont connue de nombreux pays affectés jusqu'à maintenant. En investissant directement et fortement sur des activités de développement des politiques sanitaires visant à l'adoption de gestes barrières peu coûteux mais généralisés, ces pays réduiront les risques politiques, préviendront les morts et protégeront leurs futures car ces mesures resteront utiles pour toutes les autres épidémies sur le long terme.

Face aux grandes incertitudes qui demeurent sur l'évolution du COVID-19 et à la forte probabilité de voir s'installer une endémicité du SARS-CoV-2, que faire ? Les programmes d'urgence resteront nécessaires car des flambées continueront à apparaître mais avec des effets et des durées bien inférieurs s'ils sont conçus de manière complémentaire avec les programmes de développement des systèmes de santé publique ancrés dans la préparation, la prévention et la qualité des systèmes d'alerte.

En somme, un vrai Nexus urgence-développement s'impose.

INTRODUCTION

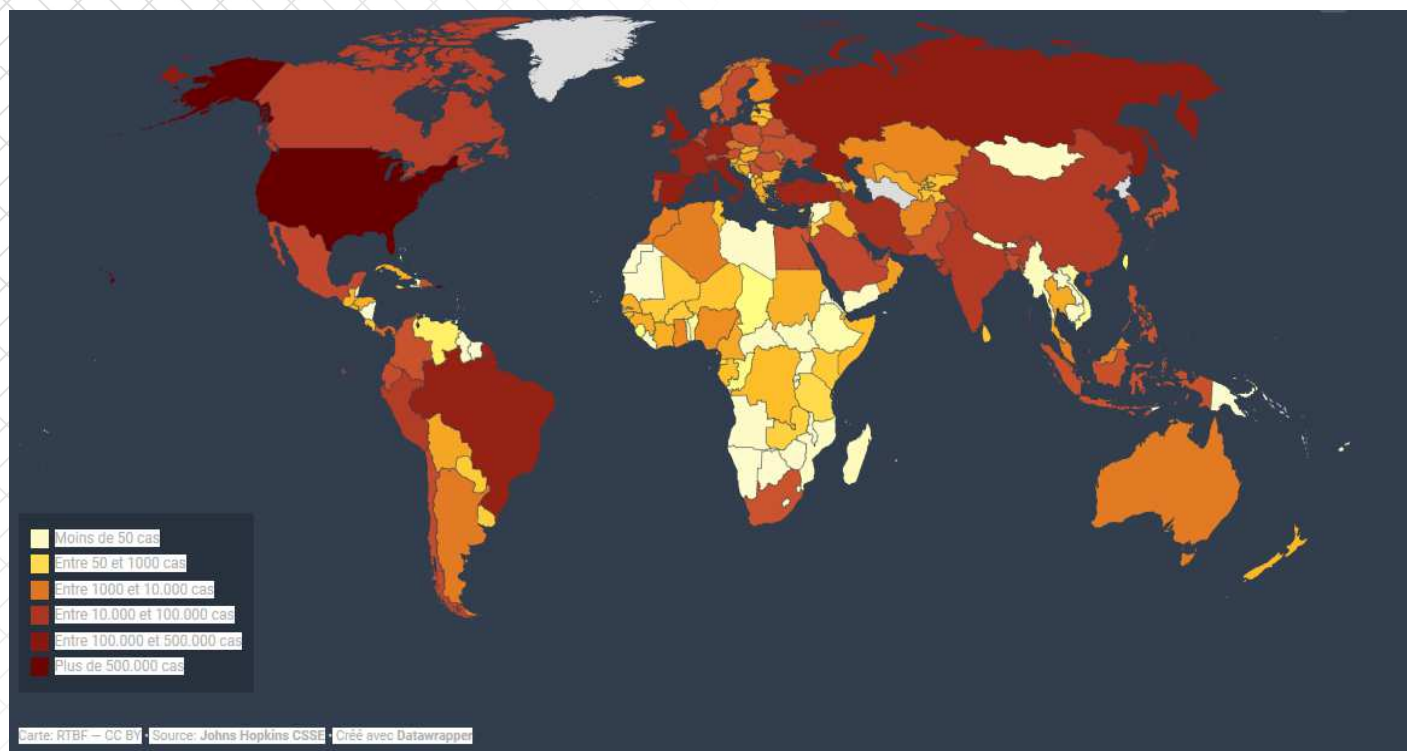
À ce jour, la dynamique de la pandémie reste extrêmement complexe et imprévisible. Fin mai, plus de 90 % de la population mondiale n'avait pas encore été exposée au virus. Dans une vaste majorité des pays du Sud, ce pourcentage était bien au-delà de 99 %. Depuis, les choses ont évolué dans des directions très diverses. D'après l'OMS, la pandémie a touché plus 8,2 millions de personnes et causé au moins 550 000 morts dans le monde depuis fin décembre 2019. Premières à être entrées dans la zone de forte accélération de la transmission, la Chine, l'Europe continentale et plusieurs autres pays d'Asie semblent avoir mis la situation plus ou moins rapidement sous contrôle (malgré de fréquents « clusters » de recontamination à contrôler), ceci grâce à des mesures extrêmement rudes de confinement, dont le prix économique et social est encore à estimer. Depuis, la multitude des résurgences et l'apparition régulière de nouvelles zones dans lesquelles le virus circule activement inquiètent. Les cinétiques de contamination restent extrêmement inquiétantes aux États-Unis, et, de façon plus générale, dans les Amériques, ainsi qu'en Australie, en Inde et dans certains pays du Moyen-Orient, notamment en Israël, dans les pays du Golfe et en Iran. Enfin, la dynamique demeure très difficile à saisir en Afrique où certains pays semblent relativement épargnés tandis que, dans d'autres, la contamination s'accélère. Enfin, dans de nombreux pays, le manque d'informations systématiques et solides laisse encore la porte ouverte aux multiples hypothèses et controverses, ainsi qu'au changement continu de mesures de réponse à prendre.

Comme les grandes pandémies d'avant l'ère chrétienne et du Moyen Âge, le virus suit et continuera de suivre voyageurs et flux de populations. Sa saisonnalité n'est pas établie, pas plus que la force et la durée des immunités collectives acquises. Face à l'incertitude sur les dynamiques à venir, c'est donc à de fortes présomptions d'une endémicité largement partagée qu'il faut penser le futur - ce fameux « monde d'après » -, tant sur le plan sanitaire, que dans les domaines sociaux, économiques et politiques.

Aussi, pour réfléchir à la dynamique de la pandémie, celle d'aujourd'hui et celles possibles de demain, nous tenterons ici d'avancer non pas de façon générale, mais ancrée dans les dynamiques géographiques complexes et diverses prises par la pandémie à travers le monde.

1. LES DIFFÉRENTES DYNAMIQUES DE LA PANDÉMIE SELON LES CONTINENTS

Si la pandémie créée par le SARS-CoV-2, dite COVID-19, nous apprend quelque chose en matière de gestion des crises sanitaires, c'est que la diversité de l'impact sanitaire dépend, y compris au sein d'un même pays, de la capacité de réponse et des choix politiques. Ceci demandera une grande agilité et une imagination très créative pour trouver des solutions adaptées aux différents problèmes sanitaires, socio-économiques et politiques continuellement changeants qui résultent de l'interaction entre la pandémie et les mesures prises pour la gérer.



L'épidémie de COVID-19 dans le monde (Cette carte permet de visualiser la présence et l'amplitude de la pandémie et de repérer les pays les plus touchés depuis le début de l'épidémie. En revanche, elle ne permet pas une estimation de la situation au jour le jour).

1.1. LES AMÉRIQUES

Le continent américain se trouve au cœur de la pandémie, notamment les États-Unis qui se sont transformés en colosse aux pieds d'argile. C'est en effet le pays le plus touché avec plus de 135 000 morts à la mi-juillet 2020, et les scènes de fosses communes à Hart Island (île de New York) ont marqué les esprits. Viennent ensuite le Brésil (plus de 70 000 morts à ce jour) et le Mexique (31 119 morts). Dans ces pays qui comptent parmi les plus riches du continent, la caractéristique de la réponse a été « la non réponse », voire la politisation extrême de la « non-réponse » par les plus hautes autorités de l'État, parfois contre les avis du personnel de santé ou des acteurs des autorités issues de la décentralisation.

L'Amérique latine - qui était relativement protégée jusqu'il y a peu - est devenue début juin le nouvel épice de la pandémie, souffrant comme dans les pays du Nord d'explosions de cas dans les grandes villes telles Sao Paulo, Lima ou Santiago. C'est par la saturation des systèmes d'urgence, voire des systèmes funéraires (morgues, cimetières), que ces pays ont commencé à comprendre la gravité de la pandémie et par l'apparition de clusters (nombreux malades en peu de temps dans une zone relativement limitée) que des décisions ont été prises, notamment pour adapter les mesures aux réalités locales.

1.2. L'AFRIQUE

Beaucoup d'interrogations subsistent quant aux différents scénarios de la pandémie pour l'Afrique. De fait, la pandémie a progressé très lentement pendant des mois, suscitant ainsi de nombreux espoirs. Malheureusement, l'accélération est réelle depuis la mi-juin. L'OMS a la première souligné qu'« Il avait fallu 98 jours pour atteindre la barre des 100 000 cas

[de coronavirus en Afrique] et 18 seulement pour franchir celle des 200 000 »¹. Si l'accélération est claire, il reste encore une très forte hétérogénéité des niveaux de contamination et des rythmes de transmission selon les pays. Selon l'Africa CDC (rattaché à l'Union africaine, et qui coordonne les Centres africains de prévention et de lutte contre les maladies), cinq pays concentrent à eux seuls 63 % des nouveaux cas : l'Afrique du Sud, le Cameroun, l'Égypte, le Ghana et le Nigeria. À l'évidence, étant donné l'état des systèmes de prise en charge et d'urgence hospitalière, une situation devenant hors contrôle serait catastrophique. Aussi, la plupart des gouvernements ont mis en place un mélange de mesures préventives pouvant aller jusqu'au confinement de zones entières, notamment urbaines. Pour les populations, notamment les plus pauvres qui survivent avec quelques dollars par jour, cette impossibilité de travailler pour nourrir leur famille est évidemment insoutenable. Les chantiers et les marchés alimentaires des villes africaines restent donc très actifs même si l'on commence à voir apparaître des masques. Dans les campagnes, le virus circule encore relativement peu et on notera que le virus est arrivé par des visiteurs extérieurs venant soit de Chine, soit d'Europe. La transmission à l'intérieur des terres dans certains pays semble également souvent liée aux mouvements de troupes et de personnel de l'aide internationale, comme c'est le cas des villes du Nord Mali.

1.3. L'ASIE

Si tout a débuté en Chine, celle-ci a très vite pris des mesures extrêmes, dès le 20 janvier 2020 d'abord à Wuhan, capitale de la province du Hubei, lieu d'apparition du COVID-19, puis sur l'ensemble de son territoire. Plus de 60 millions de personnes ont ainsi été mises en quarantaine dans le Hubei, et l'on estime que près de 600 millions de Chinois ont vécu plusieurs semaines en confinement strict. La résurgence de la pandémie dans certaines zones, y compris Beijing en juin et dans certaines régions proches de la Corée du Nord et de la Russie, montre que la crise n'est pas réellement sous contrôle. Certains pays, comme la Corée du Sud, Taiwan ou Singapour, mettent en place très rapidement, sur la base des expériences acquises lors des épidémies de SRAS, un fort contrôle des flux de voyageurs, des dépistages précoces et systématiques, un suivi des cas contacts avec test systématique et des mises en quarantaine *ad hoc*. Dans ces pays, une communication transparente via les moyens technologiques, la responsabilisation de la population, un dépistage massif et une recherche effective des cas contacts permettant de repérer rapidement les foyers de contamination, a permis une gestion efficace de la pandémie.

Des pays moins bien dotés en moyens technologiques mais aux régimes assez autoritaires, comme le Cambodge et le Vietnam, ont de leur côté très vite pris des mesures efficaces, avec contrôle et mise en quarantaine obligatoire, voire fermeture des frontières (notamment du Vietnam avec la Chine), la mise en place de tests et de recherches des cas. Les congés du Nouvel An khmer ont également été annulés. Dans ces pays, les crises sanitaires du passé et le haut niveau de pollution urbain ont fait du masque un accessoire déjà quotidien et il a été très facile d'inciter les populations à le porter. De même, les coutumes de salutations à distance (notamment le « way ») permettent d'éviter les embrassades et autres effusions très contaminantes. Les ministères de la Santé de ces pays ont basé tous leurs efforts sur la prévention au niveau communautaire. On notera néanmoins des craintes importantes des sociétés civiles sur les questions des droits humains dans le cadre des lois d'urgence adoptées.

1.4. L'EUROPE

L'Europe a été une zone très diverse en termes de dynamiques de la pandémie et de réponse sanitaire. Dans certains pays, face à la croissance rapide du nombre de cas et à la saturation des services d'urgence, la stratégie a été le confinement total et strict pour « aplatir la courbe » et diminuer la pression sur les systèmes de santé. Dans d'autres, une attitude plus souple a été choisie, proposant des mesures générales mais non obligatoires, comme en Suède et en Grande-Bretagne où les gouvernements ont tenté d'obtenir une immunité collective tout en évitant des impacts

¹ <https://www.jeuneafrique.com/1004618/societe/coronavirus-une-explosion-des-contaminations-est-elle-possible-en-afrique/>

désastreux au niveau économique. Les études sérologiques montrent qu'après plusieurs mois, moins de 10 % de la population a développé des anticorps, soit beaucoup moins que les 80 % nécessaires pour atteindre l'effet visé. La recrudescence des zones à forte contamination (« clusters ») qui entraînent de nouveaux confinements - en Allemagne, Italie, Espagne, etc. - montre combien la pandémie est loin d'être endiguée. Si l'on n'a pas pour l'instant de seconde vague massive, la vigilance épidémiologique doit rester la norme tandis que les comportements à risques devraient être évités. On en est loin hélas et le virus continue de circuler, ce qui risque de s'accélérer avec les déplacements liés aux vacances d'été. Le comportement du coronavirus à l'automne, avec son climat plus frais et le retour vers des espaces plus confinés, demeure inconnu, mais les inquiétudes sont importantes. Aussi, en l'absence d'une immunité naturelle ou acquise par vaccin suffisante, il est irresponsable de relâcher les mesures de contrôles seulement au vu des améliorations statiques des derniers mois.

1.5. LE MOYEN-ORIENT

Le Moyen-Orient était sorti à la fois affaibli et renforcé de la crise dite du MERS (*Middle East Respiratory Syndrome*), lié à une variante du coronavirus qui l'a frappé à partir de 2012. Le MERS-CoV présentait des caractéristiques permettant de le classer parmi les causes de maladies émergentes éventuellement susceptibles d'évoluer en pandémie². Ceci a évidemment alerté l'OMS et les CDC qui l'ont donc rapidement ciblé dans leur veille écoépidémiologique⁵. En raison de son caractère hautement pathogène et des symptômes qu'il provoque, ce virus a été comparé dès les premiers rapports le concernant au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) qui venait de frapper l'Asie, avec suspicion là encore, d'une origine animale. Deux ans après l'identification du MERS-CoV, plus de 15 pays étaient encore touchés par le MERS-CoV, pour un total de 937 cas dont 341 décès. Le 16 juin 2015, l'OMS annonçait un total mondial de 1 293 contaminés (+34 % par an) et 458 morts (+31 % par an), répartis dans 25 pays (au Moyen-Orient, mais aussi en Afrique, en Europe, en Asie). S'il s'avère assez mortel, avec une létalité d'un peu plus d'un cas sur trois, il a finalement été jugé relativement peu contagieux malgré une forte inquiétude lors de l'apparition du premier cas aux États-Unis. Un certain nombre de restrictions avaient déjà été mises en place en 2013 pour limiter les risques lors du Grand Pèlerinage du Hadj et de la Oumra (petit pèlerinage) à la Mecque, avec les préconisations du ministère de la Santé ciblant les personnes âgées et celles souffrant de maladies chroniques comme le diabète, les problèmes respiratoires et les maladies affectant le cœur et les reins. C'est donc dans ce contexte où la sensibilité politique du risque épidémique est très élevée que le COVID-19 a frappé le Moyen-Orient.

Encore marqués par le MERS, certains gouvernements ont réagi au COVID-19 de manière très rapide et volontariste. Les États membres du Conseil de coopération du Golfe (CCG) ont rapidement construit des hôpitaux de campagne destinés au traitement des victimes, tandis que des pays comme la Jordanie mettaient en place non seulement un confinement mais aussi un véritable couvre-feu avec peines de prison en cas de non-respect. Une des grandes difficultés a été la mise en place des mesures dans les lieux de culte ou, lors du Ramadan, des mesures permettant de prévenir la transmission lors des prières et des retrouvailles du soir lors de la rupture du jeûne quotidien. Pour autant, de façon générale, c'est une relativement forte discipline individuelle et collective qui a prévalu, largement inspirée par les craintes liées à la crise du MERS, mais aussi à la nature plutôt autoritaire de nombreux régimes de la zone.

Au Moyen-Orient, la grande zone d'inquiétude est centrée sur l'Iran où la pandémie semble prendre des proportions inquiétantes, dans les pays du pourtour iranien (notamment l'Afghanistan) où le système de santé est très faible et en Syrie dans la partie en conflit. De fait, assez peu d'informations sur la dynamique de la pandémie filtrent hors de ces pays en conflit. L'Iran avait officiellement confirmé ses premiers cas de coronavirus en février et pris un certain nombre de mesures mais ce pays reste de loin le plus touché par la pandémie au Proche et Moyen-Orient, dépassant mi-juillet la barre des 12.500 morts. Si les autorités envisagent un retour des mesures de restrictions dans la capitale (Téhéran) pour contenir la propagation du virus, la pandémie a atteint des niveaux dramatiques et les mesures pour la gérer auront un impact dévastateur pour des populations dont l'économie quotidienne est déjà mise à bas par les embargos économiques imposés par les Américains.

En Israël et dans les Territoires palestiniens occupés, la situation est complexe. Après avoir réagi assez vite avec des blocages de frontières et l'imposition de quarantaines à l'arrivée sur son territoire, le gouvernement israélien a mis en place, avec l'aide des services de sécurité, un système de traçage électronique controversé. L'armée et les services sont en première ligne de la réponse, y compris pour les approvisionnements en masques et respirateurs. Par ailleurs, la complexité de la société israélienne fait apparaître de fortes résistances aux mesures barrières, notamment dans les communautés les plus traditionnalistes qui représentent une partie importante de la population affectée. Alors que la situation s'était considérablement améliorée à partir de mai, le 6 juillet, une nouvelle flambée du nombre de personnes contaminées (1000 nouveaux cas par jour) et une augmentation alarmante du nombre de décès ont poussé le gouvernement à adopter une nouvelle série de restrictions.

On notera enfin les efforts réalisés pour laisser entrer du matériel et du personnel soignant dans la bande de Gaza où le premier décès a été rapporté début mai.

1.6. ANALYSE COMPARATIVE : PLUS DE QUESTIONS QUE DE RÉPONSES

La diversité constatée est la source de nombreuses incompréhensions de la part tant des dirigeants que des populations, ce qui rend très complexe la gestion de la crise et la réflexion sur « l'après ». Nul ne se doutait que l'Italie allait devenir un premier foyer si important, ni que l'Espagne et la France allaient suivre. Aucune explication totalement convaincante ne permet d'expliquer que la moitié sud de la France a un comportement épidémique très différent du nord, que la République dominicaine a 15 fois plus de cas que son voisin Haïti, pourtant plus pauvre et au système de santé délabré, ou que d'importantes différences existent entre Panama et son voisin le Costa Rica.

Pourquoi un habitant de pays pas encore réellement touché ou dans lequel la pandémie est encore en phase incertaine et n'a pour l'instant tué personne de son entourage devrait-il suivre des recommandations qui ont fait vaciller les systèmes de santé de pays beaucoup plus riches et font s'écrouler les économies des pays les plus puissants ? À ce titre, les jets de pierre de certains Haïtiens sur des ambulances COVID nous interpellent. Dans le monde, le nombre de désordre sociaux spontanés a ainsi augmenté depuis le début de l'épidémie. On note en effet plus de 1 100 nouvelles situations de tension sociale forte et de violence non armée dans plus de 90 pays depuis le 11 mars 2020. Les manifestations sont plus nombreuses et principalement dirigées contre les forces de l'ordre faisant respecter les mesures de confinement, contre des travailleurs de la santé ou même contre des personnes simplement suspectées d'être contaminées. Dans d'autres contextes, des chefs politiques nient la réalité de la pandémie et adoptent même des comportements à risques. Ces dénis de réalité, émis au nom de la préséance de l'économie sur la santé, ont conduit le Premier ministre britannique, le président du Brésil et bon nombre de conseillers des présidents américain et russe mais aussi du Premier ministre indien soit à l'hôpital, soit en quarantaine, et ont surtout incité les populations à ne pas prendre en compte les conseils de base de santé publique : masques, distance physique, etc. Autant de comportements qui ont causé des accélérations fulgurantes de la contamination, du nombre de décès et de l'encombrement des systèmes de santé.

En ce qui concerne les pays africains, beaucoup pensaient que la jeunesse des populations, la chaleur, les résistances acquises dans des milieux souvent peu salubres ou l'utilisation très fréquente de la chloroquine allaient s'avérer des protections. Or, il s'avère que ce n'est pas si simple. La pandémie progresse aussi, certes à un rythme ralenti dans les villes, savanes et forêts d'Afrique, mais le coronavirus est arrivé en RDC via un voyageur revenant d'Europe et a frappé fort Tombouctou et Kidal, par le biais de personnel contaminé de la MINUSMA.

Les endroits jugés de façon classique à haut risque épidémiologique, tels que les faubourgs de Lagos ou les bidonvilles de Calcutta, n'ont pas nécessairement connu l'évolution redoutée - une croissance accélérée du nombre de cas - alors que New York voyait en revanche se développer une situation dramatique. Question de temps disent certains experts, mais le temps est justement la variable qui manque pour faire face aux pandémies.

Les temps politique et épidémiologique sont en effet très différents. Le politique doit agir, sur la base d'une information imparfaite, d'une connaissance incomplète et de scénarios très divers, voire opposés. Le chercheur doit

quant à lui développer et tester des hypothèses puis mettre en place des protocoles expérimentaux solides pour obtenir des résultats à discuter avec les pairs, et reproductibles. Si les difficultés sont énormes au vu du manque de connaissances, certaines actions sont cependant gagnantes quelle que soit l'évolution temporelle de l'épidémie. Entre les deux, les populations s'interrogent, s'inquiètent et souffrent, tant de la pandémie que des mesures prises pour la gérer, et tout ceci en régime d'*infoxication*, d'*infodémie* et de questionnement sur la réalité des phénomènes et de la pertinence des décisions prises. De même, si d'autres difficultés sont liées à la politisation de l'épidémie et de sa gestion dans de nombreuses zones du monde, des leçons sont néanmoins à tirer.

2. QUELLE GESTION DE L'APRÈS-PANDÉMIE ?

Des mesures contraignantes de contrôle semblent avoir été bien acceptées dans certains contextes grâce à l'empathie de ses dirigeants – comme l'a démontré la Première ministre de Nouvelle-Zélande. Dans d'autres pays, c'est par la constance dans les justifications et les mesures (Allemagne) ou encore par l'obligation sans alternative comme imposée par des régimes autoritaires qui ont l'habitude de voir les ordres appliqués sans trop de réactions (Chine, Cuba...).

Des situations de contamination explosives continueront à se produire, mais dans l'état des connaissances actuelles, la localisation de ces prochaines zones à forte contamination n'est pas prévisible sur le moyen terme. Seul un système d'alerte très sensible permettra d'identifier les situations d'urgence et de prendre les mesures pour couper au plus vite les chaînes de transmission. Un suivi global et permanent - en testant toute la population - n'est pas réellement possible, en particulier dans les pays fragiles où les questions économiques et de capacité des systèmes de santé deviennent vite prégnantes.

En revanche, la mise en place de systèmes d'investigation épidémiologique (identification des trajectoires des cas, tests et traçage des cas contact) avec de petites équipes mobiles, bien formées et équipées, et déployables dès la moindre rumeur, même si c'est loin d'être parfait, a le mérite d'être possible sur la base des expériences passées dans de multiples endroits, notamment en Ouganda face à Ebola. Ceci devrait faire partie de tout système de contrôle de l'épidémie.

Les documents de procédures, guides opérationnels et autres documents d'appui produits après les pandémies précédentes et depuis le début de celle-ci couvrent un ensemble de mesures très larges. Les plus intéressantes sont celles qui s'avèrent particulièrement utiles pour un nombre important de pays. Cela renvoie à deux catégories :

- les États possédant des systèmes sanitaires solides et dotés de ressources financières et humaines mais qui ont néanmoins eu beaucoup de difficultés pour contrôler la pandémie ;
- les États qui, n'ayant les moyens ni techniques, ni financiers, ni humains, doivent choisir des mesures peu coûteuses et qui devront probablement s'appliquer sur le long terme, même après la découverte d'un vaccin efficace dans le cas d'une mutation ou d'un autre virus.

Il s'agit de l'arsenal de la prévention, qui va de l'éducation de masse à la mise en place rapide de directives comportementales diffusées dans les communautés en s'appuyant sur les *leaders* locaux d'opinion en passant par les mécanismes d'alerte. À la différence du médicament qui peut être pris immédiatement par une personne ou du vaccin qui peut être inoculé à des franges de populations plus ou moins importantes selon la stratégie choisie, les mesures de prévention demandent un changement de comportement de l'État qui doit faire confiance à sa population et de la population qui doit faire confiance à l'État. Un patient prendra ainsi un médicament sans hésiter si son voisin fait la même chose. En revanche, une personne hésitera à porter le masque *a fortiori* si son voisin ou le président ne le fait pas. Ces changements comme le port

systématique de masques, la distanciation physique ou le lavage des mains demandent du temps, beaucoup de temps et des constants rappels, mais ils ont l'avantage de servir bien au-delà du COVID-19, que cela soit pour le choléra ou d'autres maladies contagieuses, et de réduire de 30 % la consommation d'antibiotique².

L'investissement le plus efficace en termes de coûts, de vies sauvées et de protection des plus vulnérables, encore plus pour un pays sans ressources, n'est pas dans la réponse mais dans les stratégies de prévention à développer sur le long terme, ainsi que des plans nationaux et programmes dans lesquels le SARS-CoV-2 devra être considéré comme endémique. Chaque pays doit dans les plus brefs délais, en fonction de sa culture, du type de son gouvernement et de ses ressources, arriver à trouver un équilibre dans les actions de prévention (gestes barrières et système « test-quarantaine ») pour maintenir la transmission au plus bas niveau et préparer et adapter sa société à de nouveaux modes de vie, relations sociales et économies prenant en compte cette nouvelle endémicité.

L'aide à la réponse rapide pour maîtriser les aspects d'urgence de la pandémie est critique mais en l'absence de vision à long terme, elle ne permettra pas de réponse résiliente au risque pandémique, voire de façon générale à une crise systémique. De manière un peu contre-intuitive, la réduction du nombre de morts dépend en réalité d'un changement de comportement à long terme. L'urgence est donc de renforcer aussi le plus rapidement possible les programmes de développement complet des systèmes de santé publique (de la place du village au service de santé) et d'alternative économique et alimentaire, ainsi que d'investir sur le long terme. Il faudra par exemple trouver les moyens pour maintenir les réseaux d'agents locaux de santé ou d'agents communautaires qui seront au cœur des mécanismes de prévention et des systèmes d'alerte. Le manque de préparation de l'ensemble des pays du monde au risque pandémique est en effet flagrant malgré les annonces faites depuis plus de trente ans mais aussi depuis les avertissements du SRAS ou du MERS. Il est fort possible que prochainement, tous les pays soient affectés par une nouvelle épidémie.

Le COVID-19 a fait ressortir l'un des paradigmes clés de la gestion de catastrophe : la nécessité de se mettre très vite en mesure de faire face à des problèmes multisectoriels et multidimensionnels. Comme dans le cas d'une catastrophe majeure, l'autorité en charge de gérer la crise, de promouvoir les mesures de protection des populations, de gérer les flux (la gestion des pandémies passe souvent par la gestion de flux multiples), d'éviter les sur-accidents, etc., ne peut pas être le secteur santé. Une approche interministérielle s'impose, s'appuyant sur les savoir-faire des mécanismes de type « protection civile » et sur ceux des secteurs économiques et sociaux. Cette leçon sera capitale pour la prochaine épidémie.

² [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(20\)30209-1/abstract](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(20)30209-1/abstract)

EN CONCLUSION

Les pays fragiles se retrouvent face à d'énormes défis mais aussi face à une fenêtre d'opportunité unique. Tout comme ces pays sont passés directement au téléphone portable en éludant le stade du téléphone fixe, certains pourraient éviter l'impasse du « tout pour l'hôpital », investir fortement sur l'éducation sanitaire à tous les niveaux et renforcer sur le long terme le triptyque « Education à la santé - Alerte sanitaire - Prévention et adoption rapide des bons comportements ».

Cette évolution ne concerne pas les seuls pays fragiles. Partout dans le monde, il devrait être possible d'utiliser une partie des moyens mobilisés en réponse à la pandémie COVID-19 pour investir dans ce triptyque dont l'efficacité connue agira sur le long terme et pour toutes les autres épidémies.

À ce stade, partout dans le monde et face à la forte probabilité de voir s'installer une endémicité du coronavirus, les pays du Sud devraient être encouragés à utiliser au moins une partie des moyens mobilisés dans le cadre de la réponse à la pandémie COVID-19 pour investir dans le triptyque « Éducation-Alerte-Préparation/Prévention » dont l'efficacité connue persistera sur le long terme et sera utile pour toutes les autres épidémies.

Les pays et les bailleurs qui les soutiendraient alors donneraient un vrai sens à leur action en mettant en pratique le concept de « Nexus urgence-développement », ici et là-bas.



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

