



VERS UNE MEILLEURE PRÉPARATION AUX PANDÉMIES

Les épidémies sont inévitables, mais investir dans la prévention et la préparation nous permettrait d'atténuer leurs effets

Jay Patel et Devi Sridhar

Benjamin Franklin a dit qu'« une once de prévention vaut une livre de guérison », autrement dit : mieux vaut prévenir que guérir. Il a aussi mis en garde que « si vous ne vous préparez pas, vous vous préparez à échouer ». L'importance de la prévention n'a été que trop évidente dans la catastrophique pandémie de COVID-19 : tant de vies perdues, de moyens d'existence perturbés,

d'économies fermées. La pandémie a été douloureuse, et elle nous a donné une leçon d'humilité en faisant voler en éclats les anticipations relatives aux pays les mieux préparés à une telle urgence de santé publique. En dépit de leur richesse et de leur préparation apparemment meilleure, de nombreux pays développés ont enregistré des taux de mortalité dus à la COVID-19 nettement supérieurs à ceux de

plusieurs pays en développement, une situation que peu auraient anticipée avant la diffusion du virus tout autour de la planète.

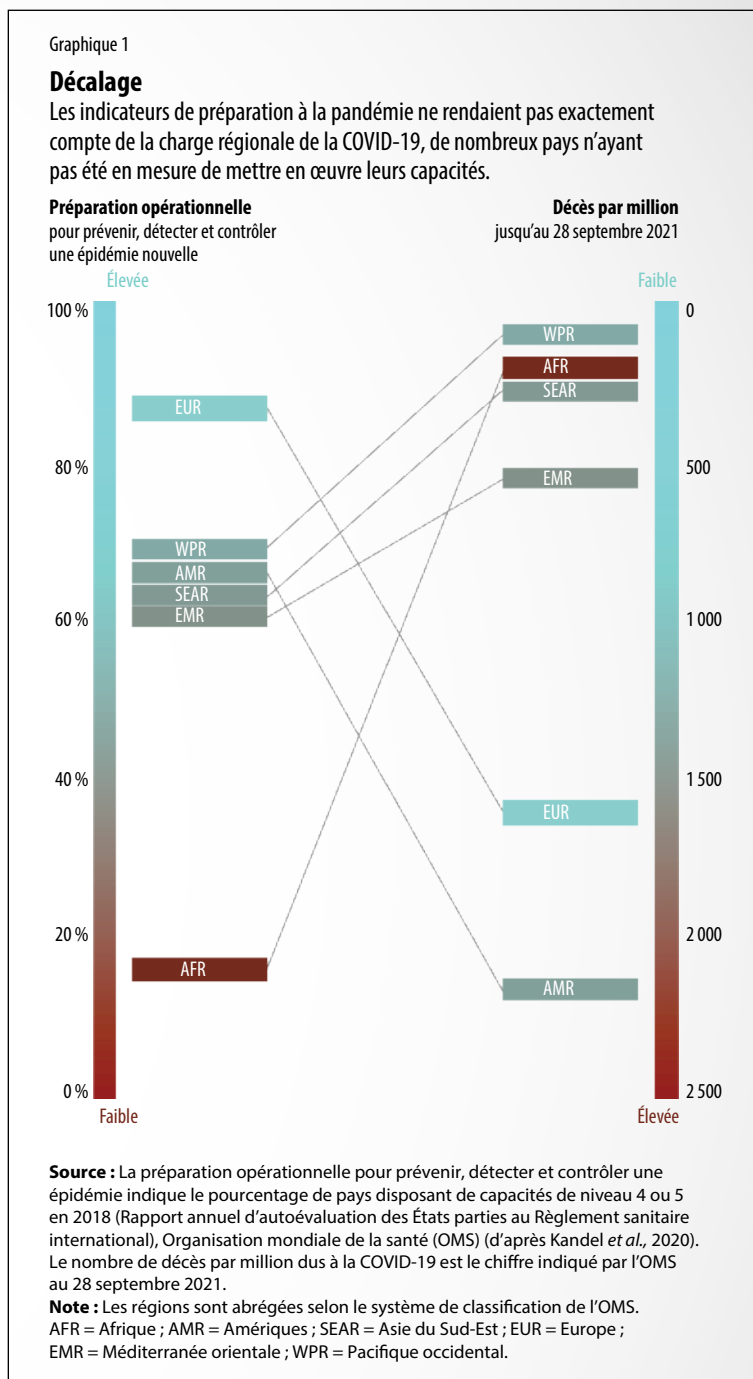
Nous ne savons peut-être pas comment les pays s'en sortiraient lors de la prochaine pandémie, mais nous pouvons être certains que, tôt ou tard, le monde sera à nouveau confronté à une épidémie dangereuse — peut-être plus vite que nous le croyons. Mais, même si la prochaine pandémie est inévitable, nous ne sommes pas obligés de l'aborder à l'aveugle. Des mesures réfléchies prises aujourd'hui pour investir dans la santé et renforcer les systèmes de fourniture de soins de santé nous assureront une meilleure préparation pour faire face au prochain défi sanitaire mondial.

Indicateurs chamboulés

En 2019, l'indice mondial de sécurité sanitaire (Global Health Security Index) plaçait les États-Unis au premier rang des pays les mieux préparés à gérer une épidémie et le Royaume-Uni au second. Deux ans après le début de la pandémie, les États-Unis détiennent le record mondial de victimes de la COVID-19, avec plus de 700 000 décès, tandis que le Royaume-Uni a enregistré sept fois plus de décès que le chiffre de 20 000 qui, selon le conseiller scientifique en chef de son gouvernement en mars 2020, aurait été un « bon résultat ». Les classements de l'indice mondial de sécurité sanitaire, établis à la suite de plus de cent questions portant sur des dizaines d'indicateurs et de sous-indicateurs, n'ont pas été à la hauteur du nouveau virus.

De même, sur la base d'une autoévaluation de l'application de son Règlement sanitaire international (RSI) réalisée en 2018, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) jugeait que 86 % des pays d'Europe étaient aux plus hauts niveaux de préparation à une pandémie, ce qui en faisait la région la mieux préparée — au moins sur le papier — à affronter une pandémie inédite. En fait, parmi toutes les régions du monde, l'Europe arrive en deuxième position par le taux de mortalité imputable à la COVID-19, avec 1 294 victimes pour un million de personnes. En Afrique, en revanche, où l'OMS considérait que seulement 15 % des pays étaient correctement préparés, moins de 205 décès par million d'habitants ont été rapportés (graphique 1).

Les indicateurs prédictifs n'ont pas su prendre en compte l'aide que l'expérience de précédentes épidémies apporterait aux pays d'Afrique de l'Ouest pour lutter contre la COVID-19. Au Libéria, les réformes engagées après l'épidémie d'Ébola de 2014–16 pour standardiser et améliorer les soins de santé communautaires ont porté leurs fruits lorsque les premiers cas d'infection au coronavirus ont été détectés.



En Sierra Leone, les équipes de santé publique ont adapté les mesures ciblées de quarantaine appliquées aux patients suspects et confirmés d'infection au virus Ébola pour isoler les cas de COVID-19. La collaboration internationale encouragée lors d'épidémies précédentes a aussi démontré sa valeur : en février 2020, l'Institut Pasteur de Dakar au Sénégal était l'un des deux seuls laboratoires en Afrique capables de dépister le SARS-CoV-2 avec des tests

Graphique 2

Intérêt de l'investissement

Investir dans la préparation aux pandémies et dans leur prévention est très rentable.

Opportunités d'engagements du G20

15 milliards de dollars



Financement international annuel minimum

ou

■ = 10 milliards de dollars

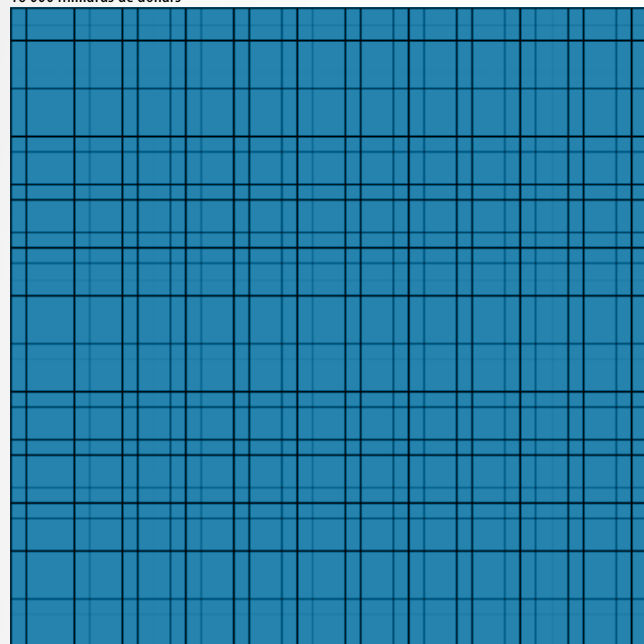
75 milliards de dollars



Financement international minimum sur cinq ans avec des investissements soutenus les années suivantes

Coût estimatif de la COVID-19

16 000 milliards de dollars



Source : Les engagements du G20 sont basés sur le rapport intitulé A Global Deal for Our Pandemic Age du groupe indépendant de haut niveau sur le financement du bien commun mondial aux fins de la préparation et de l'intervention en cas de pandémie. La perte économique estimée due à la pandémie de COVID-19 est l'estimation la plus basse de McKinsey & Company.

gratuits dont les résultats étaient connus en 24 heures au maximum. Le personnel du laboratoire de Dakar a partagé son expertise et proposé des formations hors du Sénégal et, en avril 2020, 43 pays d'Afrique étaient en capacité de diagnostiquer la COVID-19.

Dans l'intervalle, certains des systèmes de santé les plus solides du monde, comme le Servizio Sanitario Nazionale italien, et des plus grands, comme le Sistema Único de Saúde brésilien, ont été si terriblement débordés par la pandémie qu'ils ont frôlé l'effondrement. Aujourd'hui encore, la fourniture des services de santé essentiels ordinaires reste fragile dans ces pays.

Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné dans les pays qui semblaient avoir des infrastructures de santé résilientes ? Comme l'a dit le médecin américain Paul

Farmer, il faut quatre éléments pour des soins de santé efficaces : « du personnel, du matériel, des locaux et des systèmes ». Face à la montée précoce de la transmission communautaire, le gouvernement britannique a tenté d'augmenter rapidement les capacités en construisant plusieurs hôpitaux d'urgence. Il a dépensé 736 millions de dollars sur ces hôpitaux baptisés « Nightingale », qui sont restés majoritairement inutilisés alors que les capacités hospitalières existantes s'approchaient du point de rupture. Pourquoi ? Ajouter des locaux, du matériel et des systèmes était vain si l'on n'avait pas assez de personnel formé.

En revanche, face aux premiers signes de transmission locale de la COVID-19, les pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie de l'Est ont adopté une approche plus ascendante du renforcement des capacités et ont ainsi en grande partie évité d'avoir à confiner en 2020. En quatre décennies, la Thaïlande a recruté un vaste réseau de volontaires, qui a été mobilisé pour aider aux aspects logistiques de la riposte, assurant une couverture jusqu'aux zones les plus reculées. Au Viet Nam, la mobilisation des structures de gouvernance locales a facilité une coordination communautaire efficace des quarantaines et de l'auto-isolément. Au Japon, la formation rapide des infirmiers du secteur public a permis d'opérer un traçage rétrospectif et prospectif complet des contacts et de déceler les principaux clusters de transmission dans les premières semaines de l'épidémie. La mise en place d'interventions de soutien et les pouvoirs conférés aux collectivités locales ont aidé de nombreux pays à freiner la transmission du virus et à éviter des mesures plus strictes et plus générales.

Investir dans la prévention et la préparation

La pandémie de COVID-19 a clairement démontré l'intérêt d'investir dans la santé. À l'avenir, nous devons considérer la sécurité sanitaire comme un investissement, et non comme un coût ; en 2025, la COVID-19 aura un coût économique mondial de 16 000 à 35 000 milliards de dollars, selon les estimations de McKinsey & Company et un panel indépendant du G20. Si une meilleure préparation diminuait ce coût ne serait-ce que modestement, le retour sur investissement, en termes absolus, serait considérable (graphique 2).

Différences de politiques publiques mises à part, les sociétés caractérisées par une prévalence de maladies chroniques non transmissibles et de fortes inégalités structurelles s'en sont mal sorties face au nouveau virus. L'éradication des premières comme des secondes requiert un plan stratégique à long terme, mais ce serait un pas essentiel sur la voie d'un

monde plus durable. L'investissement dans la santé paie des dividendes par deux fois : d'abord lors d'urgences aiguës de santé publique, ce qui recouvre le défi croissant de la résistance aux antimicrobiens, puis en construisant des sociétés en meilleure santé et plus équitables — deux composantes essentielles de la sécurité sanitaire. Heureusement, pour les gouvernements qui cherchent des progrès à court terme, à l'échelle des cycles électoraux, ce second dividende apporte une valeur rapide et continue dans les soins de santé au quotidien. À titre d'exemple, le gouvernement finlandais a reconnu qu'une bonne stratégie de santé publique pour la COVID-19 nécessitait des financements agiles et généreux, mais que ceux-ci offriraient en retour une meilleure protection budgétaire et une reprise économique plus rapide.

Une autre leçon de la pandémie de COVID-19 est que la science tient ses promesses lorsqu'elle est soutenue par les pouvoirs publics. La plupart des experts de la santé n'auraient pas dit qu'un agent pathogène à l'origine d'une pandémie était *sans précédent*, mais ils pourraient employer le terme pour décrire la rapidité de l'innovation et des découvertes scientifiques tout au long de la pandémie de COVID-19. Le développement de multiples vaccins sûrs et efficaces contre la COVID-19 ne doit rien à la chance ; c'est au contraire le fruit de plusieurs décennies d'investissement dans la recherche scientifique. Les gouvernements ont pris appui sur leurs investissements précédents pour accélérer le développement et la distribution des vaccins à un moment où le monde avait désespérément besoin de solutions thérapeutiques. Lors de prochaines crises sanitaires mondiales, le soutien des pouvoirs publics à la science et à la technologie, y compris en période d'incertitude, sera impératif.

Le COVAX, qui était censé assurer l'équité mondiale en matière de vaccination, n'a pas tenu ses promesses. Ce mécanisme destiné à procurer des vaccins aux pays à faible revenu et aux pays à revenu intermédiaire n'a pas la puissance financière pour faire baisser les prix, ce qui le repousse à la queue des acheteurs et le réduit à dépendre des dons. Pour reprendre une citation figurant sur la couverture d'un précédent numéro du *Lancet* : « les pays riches se sont encore plus mal comportés que dans nos pires cauchemars », accumulant des stocks excessifs de vaccins et, dans le cas du Canada, commandant des doses égales à dix fois sa population. La construction et l'expansion de centres de fabrication de vaccins dans les régions à faible revenu aideraient à mettre plus vite un terme à la phase aiguë de la pandémie et fourniraient une infrastructure pour combattre d'autres maladies infectieuses.

À l'échelle mondiale, la pandémie a révélé les insuffisances des accords de sécurité sanitaire tels que

Une autre leçon de la pandémie de COVID-19 est que la science tient ses promesses lorsqu'elle est soutenue par les pouvoirs publics.

le RSI, qui oblige légalement 196 pays à développer des capacités pour rapidement signaler les épidémies et prendre des mesures. Comme on l'a vu pendant la pandémie, de nombreux pays n'ont tenu qu'en partie leurs engagements, soit qu'ils connaissaient mal le règlement, soit qu'ils l'ont bafoué délibérément. Un plus grand respect du RSI aurait assurément produit des mesures plus rapides qui auraient mieux protégé la santé publique.

Bien que la pandémie ait révélé ses insuffisances, le RSI reste incontestablement essentiel pour l'architecture sanitaire mondiale pour les pandémies, et il peut être utile dans toute urgence sanitaire lorsqu'il est respecté. Des ajustements sont nécessaires, notamment adopter un mécanisme d'alerte plus nuancé et donner à l'OMS le pouvoir de contrôler en continu et d'améliorer le respect du régime d'ensemble par les États membres. Pour qu'un RSI modernisé soit fructueux, l'OMS doit avoir le soutien financier, le pouvoir et la confiance nécessaires pour garantir un meilleur respect de ces règles qui pourraient sauver des vies. Une augmentation de 1 milliard de dollars par an des contributions obligatoires à l'OMS serait un début.

Les réussites et les échecs enregistrés pendant la pandémie de COVID-19 nous ont montré ce que nous devons faire pour être mieux préparés à la prochaine pandémie. Et, comme Benjamin Franklin avait averti, si nous ne nous préparons pas à cet événement, nous devons nous préparer à un nouvel échec — et à ses conséquences. **FD**

JAY PATEL est chercheur au Global Health Governance Programme, Université d'Édimbourg, où **DEVI SRIDHAR** est professeure et titulaire de la chaire de santé publique.

Cet article s'inspire de l'ouvrage de Devi Sridhar (à paraître), *Preventable: The Politics of Pandemics and How to Stop the Next One*.

Bibliographie :

Group of Twenty (G20). 2021. "A Global Deal for Our Pandemic Age." Report of the High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response.

Kandel, N., S. Chungong, A. Omaar, and J. Xing. 2020. "Health Security Capacities in the Context of COVID-19 Outbreak: An Analysis of International Health Regulations Annual Report Data from 182 countries." *Lancet* 395 (10229): 1047–53.

McKinsey & Company. 2021. "How Might the COVID-19 Pandemic End?" July 19.