

Emmanuel Baron: « L'épidémie de Covid-19 nous renvoie avec brutalité aux inégalités de santé »

Quels sont les premiers enseignements de la réponse à la pandémie de Covid-19 gérée en Europe ? Pour Emmanuel Baron, directeur général d'Epicentre, l'épidémie de Covid-19 interroge cruellement la façon dont la médecine s'est développée au Nord et au Sud, autant qu'elle nous oblige à trouver des solutions d'urgence.

(propos recueillis par Olivier Falhun, texte diffusé le 2 avril 2020 sur le site associatif de MSF)

Qu'est-ce qui caractérise une épidémie comme celle du Covid-19 ?

Tout d'abord, dans les activités menées par Epicentre et MSF, nous sommes rarement confrontés à une épidémie qui nous touche dans notre quotidien à Paris autant que sur le terrain.

Une des caractéristiques marquantes du Covid-19, c'est le temps passé en réanimation pour les cas les plus graves, environ une quinzaine de jours. A l'hôpital, l'épidémie mobilise beaucoup de personnel, de matériel et de lits. Tout cela congestionne nos systèmes de santé et, de ce point de vue, je ne vois pas comment les choses pourraient s'améliorer en France avant deux mois.

Un autre point critique de cette épidémie est le manque d'informations, de données chiffrées et précises. Ces lacunes limitent considérablement la portée de notre réflexion à propos des actions envisageables dans les pays où l'on travaille. Car si on dispose des expériences décrites par nos collègues qui prennent des patients en charge, on ignore encore beaucoup d'éléments. Par exemple, que sait-on de l'impact du coronavirus chez les patients séropositifs ? Cela fait sans doute partie des informations collectées dans les pays situés au cœur de l'épidémie, mais on peine à le savoir aujourd'hui.

Dans ce registre des pathologies associées, on peut aussi se demander si la notion d'âge est le seul facteur déterminant de la sévérité des cas de Covid-19. On sait que les sujets jeunes développent moins souvent des formes graves ; mais jusqu'à quel âge est-on jeune ? Il y a beaucoup d'endroits en Afrique où les comorbidités des personnes âgées de 40 ou 45 ans ne sont pas dépistées. Et quand elles le sont, elles ne sont pas forcément bien contrôlées par les traitements disponibles. Ces personnes constituent certainement une population fragile bien que relativement « jeune » selon nos critères. Ce point est déterminant car il s'agit sans doute d'une population prioritaire vers laquelle nous devons porter nos efforts d'information, de dépistage, de prise en charge médicalisée. On peut donc s'accrocher à l'espoir d'une jeunesse épargnée par les effets les plus funestes du Covid-19, à condition de le prendre uniquement pour ce qu'il est : un espoir.

Le manque de connaissances liées à l'évolution clinique de la maladie est une autre question : quand et sur quels critères doit-on craindre que l'état d'un patient s'aggrave ? Cela aura une importance lorsqu'il faudra surveiller des patients qui se présentent dans un état initial peu sévère.

Ces interrogations participent d'un constat plus que d'une critique adressée aux cliniciens et épidémiologistes européens ou asiatiques. Je mesure d'autant la difficulté de faire remonter en temps presque réel ces informations que nous-mêmes, sur nos terrains, sommes parfois peu instruits de l'histoire de nos patients, de leur profil, de leurs trajectoires sociale et médicale.

Enfin cette épidémie nous renvoie de façon extrêmement brutale aux inégalités de santé. Encore une fois, on réalise à quel point le développement de la médecine et des techniques de soins recouvre des réalités différentes entre le Nord et le Sud. Ce constat doit nous conduire au passage à nous interroger sur la notion d'accès aux soins quand, en Afrique, cette épidémie

nous révèle que le problème est peut-être moins celui des brevets que celui du manque d'oxygène ou de compétences.

A partir de la situation actuelle et des débats publics qu'elle provoque, notamment en Europe, existe-t-il des éléments dont on puisse s'inspirer pour orienter les opérations de MSF sur le terrain ?

De façon générale, on ne peut pas s'appuyer sur des informations très solides pour dessiner les modes d'intervention de demain. Par exemple en France, on ne dispose d'aucune donnée officielle sur les facteurs de risques ou pour déterminer la létalité hospitalière du Covid-19. Les délais de notification des cas ou des décès sont par ailleurs aléatoires. Les cas ne sont que les cas confirmés, et les décès – le Directeur Général de la Santé en France l'a récemment admis –, ne sont qu'une partie – « faible » ajoute-t-il – de la réalité. Autant dire que l'image est floue. Or, on sait d'expérience que le fait de ne pas centraliser l'information et de ne pas y investir les moyens nécessaires prive la réponse d'une boussole absolument cruciale. Quand j'entends aujourd'hui les questionnements sur les politiques menées par les Coréens, les Anglais, les Espagnols, les Suédois, les Italiens ou les Allemands, je me dis que pour éclairer les différences, il faudrait un minimum d'informations solides, homogènes et disponibles. Mais elles n'existent pas, ou trop peu. Comment expliquer par exemple l'écart entre le nombre de morts enregistrés en Allemagne et en France ? La cause du décès est-elle recherchée de la même manière partout ? Y a-t-il un sens à calculer et [comparer les létalités](#) quand les politiques de tests sont ou ont été à ce point différentes ? D'autant qu'aucun d'entre nous ne peut soutenir *mordicus* qu'il n'a pas fait un épisode de Covid-19. Sur le paquebot Diamond Princess, on a estimé que 18% des cas positifs étaient asymptomatiques. Aujourd'hui on n'en sait guère davantage, et quand on interroge les experts publiquement, ils sont incapables de répondre à nombre de ces questions.

Sans attendre, MSF avance toutefois sur les « piliers » de la réponse dictés par ce que l'on sait déjà de l'épidémiologie de la maladie. Pas besoin de preuves pour traiter des malades qui ont besoin d'oxygène, pour fournir de l'eau et du savon, pour protéger les équipes soignantes et d'autres acteurs en lutte contre le Covid-19 et s'occupant d'autres causes de morbidité. Quant à la définition d'une politique de dépistage et d'isolement des patients suspects (et – si possible – confirmés), la question est de savoir comment faire, en pratique, pour être efficace tout en restant réaliste.

Est-ce que la politique du confinement appliquée majoritairement en Europe pourrait répondre avec efficacité à l'expansion de l'épidémie en Afrique ?

Les Européens ne sont pas les seuls à appliquer cette politique. Même l'Inde s'y est mise ! Le but est d'abord d'alléger la charge sur nos services de réanimation. Mais comment réfléchir au confinement quand on ne dispose même pas de capacités de prise en charge ? L'isolement est bien entendu une façon de couper les chaînes de transmission pour réduire le nombre de cas. Mais l'expérience avortée de la semaine dernière en RDC (en raison de tensions sociales) montre que ce ne sera pas facile partout. Dans certains endroits, le confinement des familles peut aussi mener rapidement à la constitution de clusters importants.

Les autres moyens de la réponse représentent également un enjeu d'importance. Il faudra des masques en quantité astronomique, quand la demande est aujourd'hui mondiale et provoque un goulet d'étranglement : d'où la nécessité d'explorer d'autres pistes de fabrication. On le sait aussi : il faudra recourir massivement à des soins intensifs peu disponibles sur le terrain. Or il n'y aurait par exemple que 50 respirateurs en Ouganda, et pas plus de 10 réanimateurs à Yaoundé au Cameroun. Certes, il existe des dispositions acquises au fil du temps face aux épidémies, des réactions salutaires façonnées par l'expérience des administrations africaines

par exemple, mais à condition qu'elles ne soient pas elles-mêmes touchées : et quand on voit que cinq ministres sont aujourd'hui infectés par le Covid-19 au Burkina Faso, on a de quoi s'inquiéter. Enfin, la demande mondiale de nouveaux tests de diagnostic rapide devrait également exploser dès qu'ils seront enregistrés par les autorités de régulation.

La levée du confinement

Avec le confinement, une grande partie de la population reste certainement « naïve » : elle n'a pas beaucoup été en contact avec le virus. C'est le cas par exemple dans l'Ouest de la France. Et si les Parisiens se sont récemment rendus en Bretagne, c'est pour se confiner ; il n'est donc pas sûr là-bas que le virus fasse aujourd'hui tache d'huile (encore une idée reçue mais plausible qui reste à démontrer). Que se passera-t-il toutefois quand on permettra à des millions de gens de circuler à nouveau et qu'ils viendront se mêler à une population plus naïve qu'eux ? La date de cette levée sera dictée par plusieurs paramètres : niveau d'acceptation sociale du confinement, disponibilité des moyens diagnostiques, disponibilité d'un traitement efficace, évolution de la courbe épidémique et particulièrement du nombre de cas hospitalisés, projections de modélisation de la dynamique spatiale et temporelle de l'épidémie, etc. Il s'agit donc là d'une décision politique très lourde, compliquée à mettre en œuvre et qui demandera encore un minimum d'acceptation sociale.

Dans ces conditions, quelles sont les options possibles dans la lutte contre le Covid-19 pour les systèmes de santé les plus démunis ?

Outre les mesures barrière de prévention (rappelons l'importance de l'eau et du savon) et la protection du personnel soignant (un impératif absolu), un idéal serait d'utiliser là aussi des tests de manière à isoler les malades, mais en l'absence de tests rapides, il s'agit là d'une illusion. Certes, le directeur général de l'OMS enjoint les Etats de procéder à de nombreux tests, mais encore faut-il en avoir les moyens et savoir qui on cible. A l'heure actuelle, la capacité à diagnostiquer la présence du virus (par une méthode sophistiquée : la PCR) à large échelle est limitée dans la majorité des pays où l'on travaille. Si on ne teste que les patients symptomatiques (encore faudrait-il définir ce qu'est un patient symptomatique), on peut imaginer pouvoir les isoler chez eux. Mais non seulement ça paraît difficile dans de nombreux contextes, mais on court de surcroît le risque de se faire déborder par des cas peu symptomatiques. Et là, c'est la tache d'huile : beaucoup de gens sont porteurs du virus, et diffusent alors la maladie sans forcément s'en rendre compte.

Il est d'ailleurs probable que cela se soit passé en France dans une proportion qui n'est pas bien définie ; on peut alors se retrouver avec des foyers qui s'allument de partout, et des capacités diagnostiques complètement débordées.

Pour toutes ces raisons, une solution passerait par la mise à disposition d'un traitement dans nos contextes d'intervention. Quand on ne dispose pas de techniques de réanimation, il faut impérativement un traitement qui puisse agir avant que l'état d'un patient ne s'aggrave. Aussi devons-nous tester rapidement ce qui pourrait s'avérer efficace d'autant qu'aucune molécule ne s'impose aujourd'hui.

Peut-on justement nourrir l'espoir d'obtenir un traitement dans des délais raisonnables ?

Rien n'effacera les drames vécus et que nous allons probablement vivre encore. Mais il nous faut déjà souligner que la situation aurait été pire il y a dix, vingt ou trente ans. Les délais d'aujourd'hui sont extrêmement courts : il n'a fallu que quelques semaines depuis la découverte du virus chez l'humain pour en décrire le génome par des méthodes extrêmement pointues et développer ensuite un test diagnostique par PCR. Le vaccin est lui aussi parti sur un rythme de développement accéléré étonnant. Dans ces deux cas, il semble y avoir

aujourd'hui un alignement entre la volonté politique, les priorités publiques, le travail des équipes scientifiques et, on peut l'espérer, les capacités industrielles.

Pour les traitements, le scénario n'est cependant pas le même : il existe quelques pistes, certaines étant probablement hors de portée de nos pays d'intervention. Le [remdesivir](#) est un antiviral potentiellement intéressant par exemple, mais je ne vois pas encore bien comment – si ça marche – l'utiliser à large échelle en raison de ses contraintes d'utilisation (une perfusion) et sa faible disponibilité (actuellement, on ne peut même plus le donner à titre compassionnel aux Etats-Unis). Quant à l'hydroxychloroquine, nous avons de sérieuses réserves sur la manière dont les études ont été menées. Mais aucune perspective ne doit être écartée, et c'est la raison pour laquelle nous souhaiterions étudier cette piste.

Il y a toutefois certaines choses que l'on a apprises dans les épidémies : il faut à la fois bien décrire et documenter la prise en charge des patients, et prendre le temps de bien faire les études, sinon on risque de le payer longtemps. Dans l'histoire de MSF et d'Epicentre, plusieurs études ont été menées dans les situations d'urgence : sur le traitement de la shigellose, de la méningite, du choléra, de la malnutrition. C'est un point fort de notre culture commune. Au cours de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014, de nombreuses initiatives de recherche ont par ailleurs été prises au nom de l'urgence mais de façon imparfaite : elles n'ont débouché sur aucun résultat qui aurait pu faire référence. En revanche, au cours de l'épidémie de 2018-2019 en RDC, une étude randomisée sur quatre bras a été menée : deux traitements ont montré leur efficacité. Voilà la différence ! La notion d'urgence ne doit pas nous conduire à faire de la recherche au rabais ; elle ne doit jamais être une excuse pour bâcler des études.

Quelles sont les trois priorités pour Epicentre ?

1. Proposer des stratégies de surveillance et une modélisation en soutien au déploiement opérationnel.
2. Mettre en place, recueillir et analyser les données des patients pris en charge avec une activité de recherche plus fine sur certains projets et sur certaines catégories de patients (femmes enceintes, enfants malnutris, patients co-infectés par le VIH ou la tuberculose, etc.)
3. Conduire des projets de recherche avec des institutions scientifiques et des ministères sur de nouveaux tests diagnostiques, sur un traitement prophylactique chez le personnel soignant et sur un traitement chez les patients (Niger, Cameroun, Sénégal).