



L'épidémie mondiale de Covid-19 que la planète connaît depuis maintenant plus d'un an, la rapidité avec laquelle elle s'est propagée et l'ampleur de la crise sanitaire, économique et sociale qu'elle a engendrée, font naître le besoin de mieux comprendre les événements que nous vivons collectivement. Ce nouveau numéro de *Questions de santé publique* revient sur les épidémies que l'humanité a connues précédemment. Les leçons de l'histoire pourraient-elles nous aider à mieux comprendre la situation que nous vivons ?



Peut-on tirer des leçons de l'Histoire pour la crise du Covid-19 ?

Anne Marie Moulin*, Damiano De Facci**, ***

* CNRS UMR SPHERE 7219, Université Paris 7, bâtiment Condorcet, 4, rue Elsa Morante, 75013 Paris, France. anne.saintromain@gmail.com

** UMR SPHERE, 4, rue Elsa Morante, 75013 Paris, France.

*** UMR LADYSS, bâtiment de recherche Sud, 5, cours des Humanités, 93322 Aubervilliers, France. damiano.defacci@gmail.com

L'annonce officielle de la pandémie par l'OMS, le 30 janvier 2020, a suscité un engouement pour les « leçons de l'Histoire » des épidémies et le harcèlement des historiens par les médias. Cette soudaine soif de repères révélait une tentative de se rassurer sur le scénario à venir avec l'espoir que ces leçons et « retours d'expérience » des épidémies lointaines pourraient nous éclairer. Deux auteurs ont néanmoins contesté l'intérêt de se tourner vers l'histoire des épidémies pour comprendre la pandémie de Covid-19. Avec

l'accusation d'une « histoire immobile¹ », ils entendent critiquer des leçons répétitives et inutiles qui négligent les particularités du contexte et passent sur le détail du vécu des uns et des autres. Beaucoup de témoins contemporains s'avouent aussi désespérés devant une situation qui se trouve être sans commune mesure avec les épidémies précédentes, et ôte toute pertinence aux catégories antérieures tout en imposant de se réorienter, sans trop savoir « où atterrir² ». L'Histoire n'offrirait finalement qu'une boussole bloquée ou au

contraire affolée, bien incapable de nous guider vers une issue à l'épidémie actuelle. Dans ce contexte, il nous faut reposer la question : quelles leçons tirer de l'Histoire pour la compréhension et la gestion de la crise du Covid-19 ?

LEÇONS D'UN PASSÉ LOINTAIN

Quelle leçon la postérité a-t-elle retenue de l'épidémie de peste racontée par Thucydide à Athènes au V^e siècle avant Jésus-Christ³ ?

Inlassablement commenté jusqu'à nos jours, le récit de l'historien grec rend compte d'un désordre total dans la cité, s'accompagnant du rejet des Lois démo-

1. Guillaume Lachenal et Gaétan Thomas, L'histoire immobile du coronavirus. *Cahiers éphémères et irréguliers pour saisir ce qui nous arrive et imaginer les mondes*, n° 2, septembre 2020.

2. Le cri d'alarme de Bruno Latour, 2011.

3. Jacqueline de Romilly (ed). *Histoire de la guerre du Péloponnèse*, Livre II. Paris : Robert Laffont, 1990.

Mars 2021

cratiques qui la gouvernaient. La première leçon de Thucydide porte sur un appel à la raison (*logos*), pour apaiser la panique. La deuxième leçon consiste à rappeler qu'il n'y a pas lieu d'incriminer les dieux comme le fait le poète Homère (dans *l'Iliade*, Apollon envoie les flèches de la peste contre les Grecs pour les punir). Ce n'est pas aux dieux que Thucydide s'en prend, mais à l'anarchie et à l'égoïsme qui gagnent les citoyens, au point de leur faire négliger l'entraide et le devoir sacré des funérailles.

Thucydide donne une autre leçon, selon laquelle il ne faut jamais désespérer : lui-même, témoin oculaire de l'épidémie, a été atteint par la maladie, et il constate à cette occasion qu'au moment de la deuxième vague – car à Athènes aussi il y eut une « deuxième vague » ! – les survivants ne rechutent pas et peuvent sans danger venir en aide à leurs compagnons d'infortune. Ce que Thucydide constate il y a plus de 2000 ans, nous l'appelons aujourd'hui immunité.

Il est une autre leçon de l'Histoire. Sans posséder notre connaissance précise des agents infectieux et de leurs mécanismes de transmission, nos prédécesseurs ont imaginé des mesures de prévention, échafaudé des plans, des dispositifs, et inventé la quarantaine, terme resté longtemps synonyme d'arriération médiévale au point qu'on ne l'employait plus guère jusqu'en 2020, où il fut exhumé et transformé en « quatorzaine ».

L'efficacité du système de quarantaine mis au point par nos ancêtres était telle qu'entre 1660 et 1720, Marseille qui commerçait avec un Orient régulièrement visité par la peste resta indemne grâce à cette seule mesure. Ce système avait été inauguré à Raguse (l'actuelle Dubrovnik en Croatie) en 1383 et à Venise en 1423. Il reposait sur les renseignements recueillis sur le pourtour de la Méditerranée par les consuls (prédécesseurs de nos ambassadeurs). Ces derniers délivraient aux capitaines des bateaux faisant escale, à Marseille par exemple, un document ou « patente » qui pouvait être « nette », ou « brute » (de l'italien *brutta* qui signifie « vilaine »), si des cas de peste avaient été signalés dans le port de départ : ce système était un peu l'équivalent du

« passeport sanitaire » aujourd'hui préconisé pour les voyageurs.

En cas de patente suspecte, il ne restait plus aux membres de l'équipage qu'à purger la quarantaine, sans entrer en contact avec quiconque dans la ville : ils étaient alors relégués dans un lieu isolé, souvent insulaire et parfois situé au bout du monde, d'où il était difficile de s'échapper. En 1720, à l'arrivée du navire le *Grand Saint Antoine*, pourtant suspect, les mesures de protection ne furent pas intégralement respectées et les échevins s'entendirent probablement avec les marins pour récupérer les précieux ballots d'étoffes destinés à la grande foire de Beaucaire. Introduits dans la ville, avec rats et puces, ils furent à l'origine de l'épidémie. On peut suivre dans les archives le signalement par les médecins des premiers cas de peste, identifiés à la vue d'un bubon (ganglion dans l'aîne), dans le quartier central de Marseille, puis la progression inexorable du mal dans la ville. Les malades furent transférés dans des hôpitaux réservés aux contagieux ou séquestrés au domicile sous bonne garde avec interdiction de sortir. Mais ces mesures survinrent trop tard.

Deux années plus tard, à la fin de l'épidémie, plusieurs procès eurent lieu : à la barre des accusés, le capitaine du bateau et le premier échevin de la municipalité, soupçonnés d'avoir fait passer leurs intérêts commerciaux avant le salut de la cité. Si les culpabilités individuelles ne furent pas clairement établies, un fait têtue surnage : si l'on avait appliqué les règlements sanitaires, longtemps avant l'identification des microbes, des vecteurs et des réservoirs de la peste, l'épidémie de Marseille n'aurait probablement pas eu lieu. Ce fut la dernière en Europe. Au même moment, les villes, telles que Bordeaux, qui avaient coupé toute relation avec Marseille, ne connurent pas d'épidémie.

LEÇONS DE MORALE ?

Avant de nous léguer des leçons adaptables à des contextes mouvants, les récits du passé nous font d'abord revivre, par analogie, des émotions fortes dans les

sociétés. Les écrivains s'en sont emparés, contribuant à un imaginaire durable. C'est d'abord le cas de la peur, toujours présente et incitant à la chasse aux boucs émissaires (et à ses excès). Ce phénomène est récurrent, même si l'identité des accusés change au cours des siècles : les pauvres, les mendiants, les étrangers, les réprouvés mais aussi les juifs, les gitans, les protestants... Le gouvernement laisse volontiers faire, tant il craint de se voir reprocher sa mauvaise gestion par les foules, surtout si la faim les tarade. Notons d'ailleurs que le premier souci des édiles de Marseille fut de réquisitionner, après la police, les boulangers et les bouchers. Ceux qui ont vidé les rayons des grandes surfaces lors du confinement de mars 2020 ont en ce sens retrouvé les réflexes d'antan.

Mais la leçon tirée des épidémies est avant tout une leçon de civisme et de solidarité, que reprennent d'ailleurs les associations. Pour Albert Camus dans *La Peste* (1947)⁴, dont le récit se situe à Oran mais qui évoque clairement le souvenir proche du nazisme et de la débâcle morale qui lui est associée, la leçon est claire. Même leçon en 1985 pour le romancier tunisien Lahbib Chabbi, quand il revient sur l'épisode du choléra de 1867 à Tunis⁵ : à une période où la Tunisie est appauvrie et divisée, mûre pour la colonisation, le choléra frappe, et le bon religieux qui se met à boire et à fréquenter les filles annonce la défaite d'une ville qui ne croit plus en elle-même. La métaphore de *la Fêlure* (titre du livre) est toujours d'actualité, elle véhicule une leçon politique et morale : la solidarité fait partie de l'immunité collective et quand elle vacille, notre garde baisse, et nos défenses en sont d'autant amoindries. Mais revenons au début de l'année 2020.

ANTICIPER L'AVENIR

Par contraste avec ces drames historiques, en 2020 nous semblions disposer de tous les outils, tous les principes et toutes les méthodes pour contrer le risque d'épidémie, de quoi faire pâler d'envie nos prédé-

4. Albert Camus. *La Peste*. Paris : Éditions Gallimard 1947.

5. Lahbib Chabbi. *La fêlure, mémoires d'un cheikh*. Tunis : Éditions Salammbô, 1985.



Vue de l'hôtel de ville pendant la peste de 1720, Michel Serre, 1721. © Marseille, musée des Beaux-Arts.

Mars 2021

cesseurs. La preuve en était d'ailleurs que ni le SARS⁶ en 2003, ni le MERS⁷ en 2012 n'avaient atteint les pays d'Europe, et encore moins le virus Ébola. Peut-être qu'au fond nous ne croyions plus à la pandémie, à force de fausses alertes : c'est le classique syndrome de Pierre et le Loup. Tout le monde se souvient de la grippe de 2009 et de l'angoissante annonce de 500 000 morts, puis du soulagement qui a suivi une épidémie de faible amplitude, teinté d'ironie sur les prévisions alarmistes d'une ministre. Cette retombée de l'inquiétude n'a pas été sans effet sur le retard à l'allumage de 2020. Le réveil a été rude.

Des plans de pandémie grippale avaient été mis en place après l'épidémie de 2006 puis revus en 2009 et 2011, donnant le sentiment que nous pourrions parer à toute éventualité. Ces plans avaient tenu compte des leçons de l'Histoire. Le ministre de la Santé Xavier Bertrand avait même invité des historiens, en lien avec le Comité d'initiative et de vigilance civique créé en 2006, à un séminaire, « Le laboratoire du passé », le 20 janvier 2007. Il avait pris au sérieux l'impératif de la préparation aux crises en particulier sanitaires ou mieux la *preparedness*.

La *preparedness*, assortie d'indicateurs, permettant d'aligner les nations sur le même *benchmark* pour une concurrence virtuelle, tenait compte d'un nouveau principe d'action politique adopté par le traité européen de Maastricht en 1992 et introduit dans la Constitution française en 1995 (loi Barnier). Le principe de précaution apportait une garantie d'exhaustivité dans l'examen des risques et le calcul d'une marge de sécurité suffisante reposant sur les hypothèses les plus défavorables, ce qui provoquait le haussement d'épaules de certains économistes devant ce déploiement hyperbolique : « nous n'en avons pas les moyens ! » (Jean de Kervasdoué⁸).

Une veille médicale assurant désormais la détection précoce des épidémies et les progrès de la biologie moléculaire donnant un accès rapide à la formule génétique des pathogènes émergents paraissaient garantir des capacités absolument supérieures pour faire face à l'épidémie, par rapport aux moyens du passé⁹. Le souvenir des épidémies historiques s'estompait devant le triomphe rassurant de l'anticipation.

En 2019, la plupart des pays avaient élaboré des plans ambitieux de préparation aux infections émergentes. Leur évaluation par des experts internationaux sur la base d'une quarantaine de critères mettait les États-Unis et la France au rang des bons élèves. Le déroulement de l'épidémie de Covid-19 a donc été une déconvenue particulièrement cuisante.

LA LEÇON DE DERNIÈRE MINUTE

Pouvons-nous nous fier aux outils dont nous disposons actuellement, pour guetter l'évènement et l'anomalie, identifier les virus qui circulent et étudier leurs mutations, enregistrer et suivre les courbes de morbidité et de mortalité ? Les réseaux de surveillance permettent difficilement de détecter l'anomalie et la reconnaissance d'un nouveau virus. Des données sont bien recueillies et des statistiques élaborées, mais outre que leur recueil doit être scruté avec la plus grande attention, la modélisation qui les exploite ne saurait constituer l'outil prédictif absolu, en ce qu'elle propose, sur la base de certaines hypothèses, plusieurs scénarios possibles entre lesquels il est exclu de se prononcer avec une assurance totale.

Dans les années 1990, le concept de *retex* ou retour d'expérience a été lancé pour identifier les erreurs dans la conduite d'une opération codifiée par un protocole. Cette

démarche, venue des sciences de la gestion, avait été initiée pour l'analyse des catastrophes (par exemple dans les transports). Les administrations parlent aujourd'hui volontiers ce langage de gestionnaire : nous sommes loin des « leçons de l'histoire », à résonance philosophique, situant les épidémies dans une Histoire orientée vers une fin théologique (jugement dernier) ou politique (avènement d'une société sans classes). Or du sens donné à l'Histoire dépendent forcément les leçons qu'on peut en tirer. Le « *retex* » est une relecture du passé fraîchement emmagasiné visant à détecter les signaux faibles passés inaperçus et à comprendre les ratés de l'alerte. On peut ainsi revenir sur les premiers temps de l'épidémie de Covid-19 et reposer la question de la naissance du foyer que nous aurions pu et dû détecter plus tôt. Les Chinois auraient connu des cas de Covid-19 dès le mois d'août 2019, et le virus aurait diffusé en Europe dès cette date. L'enquête menée par des experts internationaux, à la demande de l'OMS, mais autorisée par la Chine seulement un an plus tard, aura-t-elle les moyens d'en dire plus sur le point de départ de l'épidémie dont l'origine (une échappée d'un marché vivant, *via* chauve-souris et pangolins ?) est contestée par la Chine ?

De notre côté, en France, aurions-nous pu détecter le Covid-19 plus tôt, grâce au réseau Sentinelles créé en 1984 pour la surveillance des maladies épidémiques et orienté depuis 2014 sur les affections respiratoires ? Ce réseau fonctionne ordinairement bien dès les premiers froids de l'hiver. Mais en ce janvier 2020, le cours des opérations de routine a été perturbé par l'annonce de l'épidémie en Chine : les médecins français ont pris conscience du risque que pouvait leur faire personnellement courir un nouveau SARS, lors du prélèvement chez leur patient, et la poste s'est émue du danger des courriers adressant les échantillons au centre pastorien de référence. Le système d'alerte a été perturbé. Cependant, l'étude qui a été menée de façon rétrospective et rendue publique le 23 avril 2020¹⁰ n'a pas permis d'établir la présence du virus dans les prélèvements parvenus avant

6. Severe Acute Respiratory Syndrome.

7. Middle East Respiratory Syndrome.

8. Jean de Kervasdoué. *La peur est au-dessus de nos moyens*. Paris : Plon, 2011.

9. Nous avons attendu des siècles pour capturer, lors de la peste de 1891, le microbe coupable, la bactérie dénommée plus tard *Yersinia pestis*, du nom du médecin suisse qui l'identifia à Hong Kong en 1892.

10. Fontanet A, Tondeur L, Madec Y, et al. Cluster of COVID-19 in northern France: A retrospective closed cohort study. *medRxiv* 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.18.20071134>.

février. D'autres pistes pourraient être suivies, comme celle de l'imagerie cérébrale, les neurologues ayant pu explorer des troubles de l'odorat et du goût qui signaient peut-être d'authentiques cas de Covid-19, avant la grande alarme.

Par défaut, l'enquête rétrospective se retourne vers les premiers cas cliniques authentifiés par les virologistes¹¹. C'est à Crépy-en-Artois, dans l'Aisne, qu'est apparu le 25 février le premier patient autochtone, un enseignant qui n'avait jamais mis le pied en Chine et à qui on ne connaissait aucun contact avec ce continent. Où est le patient zéro ? trépignaient les médias. Le virus circulait donc bel et bien à cette date, et si on avait par exemple examiné de près tous les cas de pneumopathies atypiques, fréquentes en ce mois de février, peut-être aurait-on plus tôt détecté un *cluster*, remonté une chaîne de transmission, isolé rapidement les sujets-contacts, bref étouffé « l'œuf de serpent ».

L'ULTIME LEÇON

S'il est facile rétrospectivement de dénoncer les failles de l'anticipation, il est plus difficile d'y remédier définitivement. Comment organiser une surveillance sans faute sans connaître la nature et les modalités de la prochaine épidémie ?

La dernière leçon de l'Histoire est que les pandémies naissent, meurent et renaissent et que nous ignorons encore les lois de leurs cycles, qui permettraient de les prédire sans faute. Tout au plus découvrons-nous non seulement leur impact sur notre vie quotidienne et notre économie mais notre capacité de résilience et d'improvisation. À la vérité, nous ne sommes pas les seuls acteurs de cette histoire, nous sommes immergés dans un monde d'êtres vivants qui participent à une histoire pleine de fureur. Philippe

Sansonetti explique que le SARS était plus virulent que le Covid-19, il tuait davantage mais en même temps était moins contagieux, et seulement contagieux après les premiers symptômes¹². Le Covid-19 disposerait d'une meilleure stratégie, il tue moins et ménage sa monture, il ira donc plus loin que son cousin. Nous essayons de jouer Pasteur contre Darwin, c'est-à-dire recourir à l'atténuation des virus dûment identifiés (procédé pastorien de vaccination) en espérant gagner de vitesse les nouveaux mutants impliqués dans la course à la sélection dont Darwin fait le mécanisme principal de l'évolution, mais il est difficile de tirer de l'Histoire un enseignement définitif, pour la bonne raison qu'il manque toujours quelque chose dans ses fameuses leçons.

Scruter nos plans antérieurs contre les pandémies pour repérer leurs points de faiblesse, améliorer nos structures de veille, les circuits de l'information, la détection des signaux faibles d'alerte, etc., ne saurait suffire à garantir l'avenir. L'excellence de nos administrations et de nos systèmes d'information n'est pas seule en cause, il nous faut encore prendre en compte la relation humains/non humains. Les dispositifs permettant de déceler les futures émergences virales doivent porter sur toutes les activités humaines, y compris dans leurs rapports avec les espèces animales et même végétales, que nous connaissons mal. Sur quoi faut-il concentrer nos efforts de recherche et d'anticipation ? Sur les conséquences de la perte de biodiversité ou de rapprochements inédits avec certaines espèces animales, ou encore l'augmentation massive des migrations humaines, tous phénomènes évoqués dans le déclenchement de la pandémie à Covid-19 ? Ces lacunes dans notre appréhension du monde vivant obèrent notre espérance légitime de lendemains mieux maîtrisés.

Nous avons tendance à considérer les virus comme des êtres inertes dont nous déchiffrons les mécanismes et non des êtres jouant leur partition à leur façon. La figure de l'homme maître d'une nature extérieure observable et maîtrisable n'est qu'un schéma possible pour envisager les possibilités d'émergence. L'anthropologue Philippe Descola a rappelé, à côté du « naturalisme » scientifique, l'existence d'autres postures telles que l'animisme (admettant un psychisme analogue au nôtre chez des animaux) ou le totémisme (nous partageons avec les animaux des caractéristiques physiques, etc.). Qu'est-ce qui nous assure que nous saurons percer l'identité des futurs virus pandémiques quand certains sont probablement déjà nos commensaux (dans les microbiotes de notre corps, par exemple) et font partie de nous-mêmes ? Le vaccin participe d'ailleurs de cette ambiguïté puisqu'il s'intègre à nous-mêmes sans cesser de désigner l'Autre ; l'auto-immunité (ou l'immunité contre le soi) est le cauchemar de l'immunologiste.

La vraie leçon de l'Histoire est celle de l'apprentissage toujours à recommencer des failles de nos sociétés et de l'improvisation dans l'urgence. Ces situations fournissent leur lot de découvertes – ce que soulignent les témoins qui reconnaissent : « nous avons beaucoup appris de l'épidémie ». Comme les guerres (un point contesté !) les épidémies feraient ainsi avancer nos connaissances¹³...

EN GUISE DE CONCLUSION

L'idée que l'histoire des épidémies détient des messages qui ne sont en fait déchiffrables qu'avec du recul est simple et tentante. Ces leçons auraient été régulièrement négligées par la folie des hommes, quand il suffisait de se baisser pour récolter les fruits aigres-doux de l'expertise historique.

L'épisode du Covid-19 a déclenché à la fois une rumination sur la faillite de l'anticipation en France, et une fièvre de comparaisons avec les voisins européens dont certains seraient mieux avisés, tant ils auraient su mener à bien un scénario moderne que nous aurions temporairement raté. La vision

11. Des nouvelles recherches documentent la présence du virus dès novembre-décembre 2019 (Carrat F, Figoni J, Henny J, Desenclos JC, et al. Evidence of early circulation of SARS-CoV-2 in France: findings from the population-based CONSTANCES cohort. *Eur J Epidemiol* 2021 Feb 6 :1-4. doi: 10.1007/s10654-020-00716-2).

12. Philippe Sansonetti. *Covid-19 : chronique d'une émergence annoncée*. In *Une boussole pour l'après*, par 18 professeurs du Collège de France. Paris : humenSciences, 2020 : p 16.

13. Roger Cooter, Mark Harrison, Steve Sturdy (eds). *War, Medicine and Modernity*. Sutton : Thrupp, Stroud, 1998.

LA LEÇON D'HIER : LE VIH¹⁴

Le 7 avril 2020, un groupe de chercheurs et de militants issu des associations françaises de lutte contre le VIH dénonce dans une tribune¹⁵ l'oubli des « leçons du VIH » par les gestionnaires de l'épidémie du Covid-19. À la gestion verticale de la crise, ils opposent l'implication des malades et des citoyens dans la recherche et dans toute décision concernant la prévention et le soin, dont le sida a montré l'exemple. La leçon principale du VIH serait le lien fort entre démocratie et gestion des épidémies et entre « santé publique et droits de l'Homme », illustré par « l'inclusion des populations minoritaires, démunies ou ostracisées » dans la lutte contre l'épidémie.

Interpellés, le président du Conseil scientifique Jean-François Delfraissy et la présidente du CARE¹⁶ Françoise Barré-Sinoussi, deux figures historiques de la lutte contre le VIH, protestent de leur attachement aux valeurs portées par ce combat et s'engagent à promouvoir l'implication des citoyens dans la gestion de la crise. La lutte contre le VIH devient ainsi la référence historique des politiques sanitaires.

Comme toute épidémie, le VIH a entraîné la peur de la contagion et des malades. Malgré les campagnes contre leur stigmatisation et leur exclusion, et le classement du sida comme maladie « transmissible non contagieuse », la représentation de la contagion par simple contact reste ancrée dans l'imaginaire, et ce, même au sein des professionnels du soin. La peur d'être isolés et délaissés face à la mort hante maintenant les malades par temps de Covid-19 comme elle a hanté les malades du sida.

La peur règne encore à propos de la manipulation du corps après la mort : le traitement des morts de Covid-19 suit des protocoles particuliers, afin de préserver le personnel des morgues, qui heurtent la sensibilité des familles et des amis. Induite par les chiffres des décès martelés par les médias et les images obsédantes de la réanimation, la peur est omniprésente dans le contexte

du Covid-19. Les autorités publiques ont aussi « peur de la peur »¹⁷ : elles s'efforcent à la fois d'informer sur les risques et de prévenir la panique, par crainte de devenir les boucs émissaires de la colère populaire, mais il s'agit toujours, comme le relevait la tribune du 7 avril 2020, d'un combat par le haut, à l'inverse du combat par le bas des militants du VIH, qui visait justement à mobiliser un État immobile.

Le scénario du VIH, il est vrai, n'envisageait pas la victoire rapide qui s'esquisse aujourd'hui avec les vaccins censés apporter le salut à l'égard du Covid-19 : il nous confronte à l'éventualité d'un temporaire qui perdure, et qui est fait d'apprentissages réciproques entre médecins, malades et finalement tous les citoyens, sur le long terme. Si le virus VIH a été isolé en 1983 à l'Institut Pasteur, un traitement efficace pour combattre l'infection n'a été trouvé qu'en 1996, tandis que l'espoir du vaccin n'est toujours pas comblé. Mais peut-on écarter la possibilité qu'il nous faille continuer, comme pour la grippe saisonnière, à vivre avec le Covid-19 ?

L'un des soucis majeurs des autorités publiques aujourd'hui est de s'assurer de la confiance des citoyens envers le système médical et le politique. Or les mesures prises pour contrer le Covid-19 prônent au fond une défiance du citoyen envers les Autres ; en particulier, le confinement incite les individus à se replier sur eux-mêmes. Là encore, la « leçon du VIH » par temps d'éclatement de la vie sociale et de suspicion de tous par tous, est de miser sur la confiance qui implique le partage des expériences et libère l'initiative de ceux d'en bas, au lieu de les contraindre à coups de limitations et de sanctions.

L'expérience du VIH avait mis en lumière que l'infection touchait des populations particulières comme la communauté gay, les usagers de drogues, les travailleur(e)s du sexe, et plus généralement les

14. Virus de l'immunodéficience humaine.

15. <https://blogs.mediapart.fr/edition/les-invites-de-mediapart/article/070420/lettre-ouverte-francoise-barre-sinoussi-et-jean-francois-delfraissy>

16. Comité Analyse, Recherche et Expertise.

17. Gérard Fabre. Épidémies et contagions. *L'imaginaire du mal en Occident*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998.

populations marginalisées. La pandémie de Covid-19 à l'échelle mondiale retrouve les inégalités face à la maladie, aggravées par les mesures d'interruption de la vie économique et sociale¹⁸.

La culture de la lutte contre le VIH s'est voulue solidaire, réfractaire aux pratiques de culpabilisation et de stigmatisation. Cette dynamique politique a, de façon exemplaire, fait gagner en efficacité la lutte contre le VIH et remis en question les restrictions des libertés associées aux mesures de santé publique.

La reconnaissance des malades et des personnes à risque de VIH comme sujets de plein droit a entraîné un désenclavement de la biomédecine, qui paraissait irréversible. L'expertise médicale s'est ouverte à la fois aux sciences sociales et aux discours des associations. L'ANRS¹⁹, fondée en 1989, agence pluridisciplinaire – recherches fondamentales et cliniques, sciences humaines et sociales –, a incarné ce tournant en collaborant avec les associations en France et à l'international et en partant travailler sur le terrain en partenariat avec des équipes des pays à ressources limitées. Cette dynamique revenait à contester l'exclusivité du pouvoir détenu par les scientifiques et à s'ouvrir aux savoirs des « usagers de soins ». Par exemple, la participation des patients aux « essais contrôlés », méthodologie soutenue en France par l'ANRS, place les malades au cœur des dispositifs de recherche sur les traitements et de contrôle des procédures. « Les activistes du sida ont mis en circulation de nouvelles formes de crédit d'autorité dans le champ scientifique²⁰. »

L'implication des citoyens ne saurait se réduire à l'adhésion de la population aux mesures prises par les autorités. La confiance se construit par la participation aux décisions, la liberté de parole et la critique des autorités, pouvant aller jusqu'au conflit. Associations et collectifs citoyens sont les meilleurs connaisseurs de la diversité des milieux sociaux, notamment des catégories de la population qui échappent aux statistiques publiques et à l'action de l'État. D'un côté, ils peuvent comprendre, interpréter et faire remonter les problèmes et les attentes du terrain ; de l'autre, ils organisent les réponses locales aux situations de crise sanitaire, élaborent des initiatives innovantes, notamment envers les catégories les plus démunies de la population.

Le VIH a joué un rôle unique dans l'histoire des épidémies : il cible une catégorie particulière de la population et se situe dans un horizon de réduction du risque plutôt que d'éradication. Ses leçons peuvent être pourtant étendues à d'autres pandémies. La leçon principale du VIH pour le Covid-19 est qu'il n'est pas de solution aux épidémies contemporaines, qui ne doit pas passer par l'exposé des griefs, des besoins et des controverses scientifiques, dans tous les lieux où la société peut s'exprimer, partager et proposer des expériences et en un mot prendre part à l'action. L'histoire du VIH a révélé et rappelle aujourd'hui la richesse du potentiel critique des citoyens sur la gestion de la pandémie du Covid-19 et de la santé publique en général.

18. Nathalie Bajos et al. Les inégalités sociales au temps du COVID-19. *Questions de Santé Publique*, n° 40 (numéro spécial), octobre 2020.

19. Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales.

20. Patrick Zylberman. *La guerre des vaccins. Une histoire démocratique des vaccinations*. Paris : Odile Jacob, 2020 : p. 201.

selon laquelle il serait nécessaire d'anticiper n'est pas propre à la question sanitaire. L'enjeu est le même pour la diplomatie qui conjugue aussi la veille et l'anticipation afin de neutraliser les germes... de conflits.

Parlons une dernière fois de ces fameuses leçons de l'Histoire. Un ultime constat, plutôt qu'une leçon, est que l'essentiel du débat politique et administratif à propos du défaut d'anticipation porte aujourd'hui sur l'organisation des structures de veille, l'extraction de l'information utile des *mass data* et sa transcription en schémas d'action à destination de la pyramide organisationnelle (ou du labyrinthe?) de l'administration. Cette remise de l'ouvrage sur le métier, partant d'une analyse des échecs antérieurs (dus aux plans eux-mêmes ou à leur application fautive?) est à son tour porteuse d'espoir, en ce qu'elle motiverait des réformes. Mais sera-t-elle à la hauteur des événements futurs?

Nous sommes frappés par un paradoxe : les enseignements de l'Histoire, à propos des épidémies d'un lointain passé, apparaissent simples, clairs et frappants¹⁹ (voir ci-dessus). Les leçons portant sur le passé proche, en revanche, apparaissent multiples et intriquées, et se mêlent à la recherche de responsabilités ainsi qu'à des mises en cause (immédiates) des structures administratives²⁰ et de leur fonctionnement. Comme si la vision de trop près devenait floue et impliquait trop de monde, trop de choses. Pour une autre raison aussi : les leçons de l'Histoire impliquent que celle-ci a un sens. Or aujourd'hui ce sens nous échappe, il n'appartient plus à une divinité ou à une classe sociale, il se résume peut-être à l'évolution de l'écosystème planétaire dont nous faisons partie. D'où ce paradoxe, les leçons les plus récentes de notre histoire des épidémies sont peut-être celles qui nous concernent et nous échappent le plus.

POUR EN SAVOIR PLUS

Fleur Beauvieux. *Expériences ordinaires de la peste. La société marseillaise en temps d'épidémie (1720-1724)*. Thèse EHESS, Centre Norbert Élias – UMR 8562, Aix-en Provence, 9 décembre 2017.

Simon Cauchemez. *Analysis and modelling to support decision-making during epidemics*. Paris : Institut Pasteur, 2020.

Marie Gaille. L'alerte en santé publique, difficultés anciennes, défis récents et ressources inédites. *ADSP*, mars 2019 ; 106 : 43-46.

Pierre-Louis Laget. Hôpital et contagion. Approche de l'épistémologie historique. *Techniques hospitalières*, novembre-décembre 2020, pp. 1-11. www.techniques-hospitalieres.fr, novembre-décembre 2020 : 785.

Anne Marie Moulin. Prédiction, prévention, précaution. Perspectives historiques et épistémologiques. In *Prévenir, prédire la maladie*. Ilario Rossi (ed). Paris : Aux Lieux d'Être, 2007 : pp. 103-119.

Anne Marie Moulin. Quarantaine, le retour du refoulé. *L'Histoire 2020* ; 470 : 2-4.

19. Nathalie Bajos *et al.* Les inégalités sociales au temps du COVID-19. *Questions de Santé Publique*, n° 40 (numéro spécial), octobre 2020.

20. Henri Bergeron, Olivier Borraz, Patrick Castel, François Dedieu. *Covid-19 : une crise organisationnelle*. Paris : Les Presses SciencesPo, 2020.

PRÉSENTATION DE L'INSTITUT POUR LA RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique (GIS) associant 10 membres. Depuis le 29 mai 2020, il est placé sous la direction de Rémy Slama.

L'IReSP a pour objectif le développement, la structuration et la promotion de la recherche française en Santé Publique afin de renforcer les interventions et politiques visant à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. L'Institut soutient notamment la recherche en promotion de la santé et prévention, la recherche sur les services et politiques de santé, la recherche en santé publique et sciences humaines et sociales relatives à l'autonomie en lien avec l'âge et en lien avec le handicap.

L'objectif général se décline au travers de 5 missions :

- développer et animer les échanges entre les déci-

deurs publics, les institutions impliquées dans la recherche et la surveillance en santé publique, les chercheurs et les autres acteurs intéressés aux enjeux de santé publique ;

- contribuer à l'animation et à la coordination des communautés de recherche en santé publique ;
- élaborer et gérer des Appels à Projets ;
- accroître la visibilité et faciliter l'accès aux résultats de la recherche en santé publique à un large public ;
- promouvoir l'association des parties prenantes aux démarches de recherche notamment dans une perspective de recherche participative.

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IReSP a décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion intitulé

Questions de Santé Publique. Chaque trimestre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un ou plusieurs chercheurs.

MEMBRES DU GIS IRES P

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM), Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), Direction Générale de la Santé (DGS), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Direction générale de la Recherche et de l'Innovation (DGRl), Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), Institut National du Cancer (INCa), Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (Mildeca), Santé publique France