

COMPRENDRE L'HISTOIRE, LA DYNAMIQUE ET LE FONCTIONNEMENT DES EPIDEMIES DANS LE SAHEL

Understanding the history, dynamics and functioning of epidemics in the sahel

MOUHAMADOU ABOUBACAR ABDU

Université Abdou Moumouni de Niamey, Niger

Email : mahamadouaboubacar271@gmail.com

HAMSATOU ZEKIRIYAOU BOULWEYDOU

Université Abdou Moumouni de Niamey, Niger

Email : mzekiriyaouhamsatou@gmail.com

Résumé

L'apparition subite du Covid-19, son expansion dans le monde entier, l'importance du nombre de morts occasionnés en si peu de temps, ont donné lieu à des spéculations dans les milieux scientifiques. Dans le contexte de cette pandémie, les historiens ont été grandement sollicités dans les médias grands publics qui ont donné une visibilité nouvelle à leurs travaux. Ainsi, la crise sanitaire a été lue à travers le récit d'autres épidémies et pandémies plus ou moins récentes. En Afrique sahélienne, la mémoire collective conserve encore certaines grandes pandémies dont certaines sont comparables à celle d'aujourd'hui. La capacité de tirer les leçons de crises précédentes et de les adapter à tout nouveau contexte est une des clés de la gestion des catastrophes, y compris sanitaires. Dans cette proposition centrée sur l'Afrique sahélienne, notre but est de faire une rétrospective des grandes pandémies connues dans l'histoire et de leur gestion. De même, il est question de faire une comparaison des crises sanitaires antérieures à celle d'aujourd'hui dans une perspective historique. Par une application rigoureuse des canons méthodologiques propres aux sciences historiques, la recherche a été faite sur la base des sources écrites et surtout iconographiques.

Mots-clés : Covid-19, pandémie, épidémie, histoire, Afrique sahélienne.

Abstract

The sudden appearance of Covid-19, its worldwide spread, and the sheer number of deaths in such a short space of time, gave rise to speculation in scientific circles. In the context of this pandemic, historians were much in demand in the mainstream media, which gave their work new visibility. In this way, the health crisis was read through the accounts of other more or less recent epidemics and pandemics. In Sahelian Africa, the collective memory still includes some major pandemics, some of which are comparable to the current one. The ability to draw lessons from previous crises and adapt them to any new context is one of the keys to disaster management, including health management. In this proposal, focused on Sahelian Africa, our aim is to take a retrospective look at the major pandemics in history and their management. We will also compare past and present health crises from

a historical perspective. Our research is based on a rigorous application of the methodological canons of the historical sciences, using written and, above all, iconographic sources.

Key words: Covid-19, pandemic, epidemic, history, Sahelian Africa.

Introduction

Épidémies, pandémies, grippe, fièvres de toutes couleurs, peste, sont redoutées depuis l'antiquité pour leur gravité, leur apparition brutale et inattendue, leur extension rapide mais plus encore en raison de la mortalité souvent élevée qu'elles entraînent (J-H. Ricossé et J-A. Husser, 1982, p.145). Dans les pays tropicaux, en Afrique de l'Ouest notamment, les caractères des maladies contagieuses ont été notés mais de façon plus ou moins éparse dès l'époque des grands navigateurs. Leur rôle majeur dans ces régions jadis appelées « pays chauds » ne fut toutefois précisé qu'au XIXe siècle qui vit à la fois les découvertes de Pasteur et de ses élèves et l'expansion des pays européens en zone tropicale (J-H. Ricossé et J-A. Husser, 1982, p.145). Les maladies et les épidémies font depuis longtemps partie du paysage quotidien des sociétés et des hommes de l'Ouest africain, sans que les savoirs populaires ni les connaissances écrites ne puissent remémorer avec précision les épisodes anciens du malheur (C. Becker et R. Collignon, 1998, p.411).

L'apparition subite du Covid-19, sa force de frappe, son expansion dans le monde entier, l'importance du nombre de morts occasionnés en si peu de temps, ont donné lieu à beaucoup de spéculations même dans les milieux scientifiques. Le président français Emmanuel Macron, faisant référence à la grippe espagnole qui a sévit en 1918-1919 a parlé de la « plus grave crise sanitaire depuis un siècle ». L'épidémie de Covid-19, apparue en Chine en novembre 2019, est impressionnante par son ampleur et la rapidité de sa diffusion. Pourtant, elle est loin d'être une catastrophe sanitaire comparable à certaines pandémies du passé, de par sa relative faible létalité¹⁵. Mais c'est la première qui aura entraîné le confinement de la moitié de l'humanité, soit plus de trois milliards d'hommes (J-P. Sardon, 2020, p.4).

L'interconnexion des réseaux de transport rapide accélère la propagation de la maladie avec une vitesse sans précédent dans l'histoire de l'humanité (P. Edwards, 2017, p.3). En effet, la vitesse avec laquelle la pandémie s'est propagée et les pertes humaines, économiques et financières qu'elle a engendré sont autant d'éléments improbables, qu'aucune des nations touchées, même les plus avancées technologiquement, n'aurait pu prédire il y quelques semaines de cela (Deloitte, 2020, p.6). Quelles sont les grandes épidémies que les populations ouest-africaines ont gardé en mémoire ? Peut-on faire une comparaison avec le Covid-19 ?

Parcourir l'histoire, s'avère utile pour trouver des réponses aux craintes légitimes qui nous affectent (T. Ricciardi, 2020, p.31). L'histoire semble se répéter et susciter les mêmes craintes, auxquelles nous répondons de manière identique, malgré les progrès

¹⁵ La létalité ou taux de létalité est le nombre de décès liés à une maladie ou à une affection particulière rapporté au nombre total de cas atteints par la maladie.

de l'humanité (T. Ricciardi, 2020, p.31). À l'aide de quelques documents d'archives, nous faisons une rétrospective des grandes épidémies et épizooties connues dans l'histoire ouest-africaine. De même, nous discuterons des acquis des épidémies antérieures et de la façon dont ces dernières peuvent nous reconforter quant à une meilleure gestion du Covid-19.

1. Approche méthodologique et conceptuelle

Dans la tradition académique de toutes les sciences, il est toujours recommandé à tout chercheur de faire mention de la méthodologie qu'il a mobilisée pour accomplir sa recherche. Dans cet article, nous interrogeons la matérialité spatiale et temporelle des épidémies dans l'espace ouest-africain en développant une approche historique. La démarche méthodologique consiste à faire un état des lieux des épidémies et crises sanitaires ; ceci à travers une revue de la littérature et la capitalisation des bases de données existantes. L'approche historique permet de comprendre l'évolution des événements liés aux maladies et leur gestion par les populations et par les autorités, en particulier pour les processus de prise de conscience et de mémoire du risque (R. Laganier et al., 2000 cité par Bruckmann et al., 2019, p.93). L'analyse historique des pandémies offre un intérêt à la fois scientifique et opérationnel, en venant compléter les résultats déjà obtenus par une méthode fondée sur d'autres analyses. De même, lorsque des études rétrospectives existent sur des événements anciens, celles-ci s'attachent rarement à restituer l'ensemble des caractéristiques d'une épidémie et délaissent fréquemment les conséquences socio-économiques imputables à l'évènement. L'ensemble de ces aspects témoigne finalement de la vision incomplète que nous possédons à l'heure actuelle sur ces événements. La prise en compte de la réponse de la société suite à une catastrophe médicale est notamment rarement prise en considération (M. Boudou, 2015, p.58).

En matière de crises sanitaires, il y a plusieurs concepts dont il faut tenir compte. Le COVID-19 (acronyme anglais de Coronavirus disease 2019) est une maladie infectieuse émergente qui est causée par une souche de coronavirus appelée SARS-CoV-2 et appartient ainsi à une grande famille de virus, les coronavirus. Ces derniers, qui doivent leur nom à la forme de couronne qu'ont les protéines qui les enrobent, font partie d'une vaste famille de virus dont certains infectent différents animaux, d'autres l'homme. Trois coronavirus responsables de SRAS ont été décrits : le SRAS-CoV-1 en 2002 dans le Guangdong en Chine, puis le MERS-CoV responsable du syndrome respiratoire du Moyen-Orient détecté en avril 2012 en Arabie saoudite et aujourd'hui le SRAS-CoV-2 également appelé Covid-19. Ce dernier apparaît hautement transmissible et pathogène (J. Freney, 2020, p.25). Ses symptômes les plus fréquents sont la fièvre, la toux et la gêne respiratoire susceptible d'occasionner le décès du patient, avec un taux de mortalité très fortement dépendant de son âge (Ibanda cité par Kuma, 2020, 5). En effet, l'histoire des maladies endémiques, des épidémies et des pandémies en Afrique montre au contraire que le continent a une longue expérience de la biomédecine (médecine fondée sur l'application des principes

biologiques et physiologiques à la pratique clinique, qui naît en Europe et en Amérique durant les années 1860), de son savoir, de ses techniques et de ses modes d'action (Bernault, 2020 : 62).

Une épidémie (du grec *epi* = au-dessus et *demos* = peuple) est la propagation rapide d'une maladie à un grand nombre de personnes, le plus souvent par contagion. L'épidémiologie la définit par une augmentation du nombre de cas survenant dans une population donnée, pendant une période donnée et dans un lieu donné, atteignant un taux supérieur au taux habituel (S. Landry Faye et al., 2017, p.60). D'un point de vue de santé publique, on peut distinguer deux types d'épidémies qui mobilisent des réponses sanitaires et suscitent des réactions sociales, en partie différentes, que l'on peut qualifier d'émergentes et de réémergentes. Dans le cas des épidémies émergentes, des agents pathogènes non endémiques dans la zone concernée, introduits par la circulation croissante des populations au temps de la globalisation ou issus du "spill over" à partir de réservoirs animaux souvent favorisé par le changement climatique, surprennent à la fois les populations et les systèmes de soins. Dans le cas des épidémies réémergentes, la vaccination de masse a permis de réduire au cours des dernières décennies la prévalence de certaines maladies "anciennes" et connues des soignants et des populations, mais de nouvelles flambées apparaissent du fait de ses insuffisances (intrinsèques ou dues à des situations de crise) (S. Landry Faye et al., 2017, p.60). Les épidémies se déclarent lorsque les microbes trouvent un groupe potentiel d'individus à infecter et disposent d'un moyen (un agent) de transmission d'une personne à l'autre (P. Edwards, 2017, p.2). Peste noire au XIVème siècle, choléra au XIXème siècle, grippe espagnole de 1918 : il est vrai que les épidémies ont toujours existé (La Fabrique Ecologique, 2020, p.12). La première apparition du mot pandémie remonte à 1666. Le médecin Gideon Harvey (1636/7–1702), né aux Pays-Bas, l'emploie dans le premier chapitre intitulé « On the original contagion and frequency of consumptions » de son ouvrage *Morbus Anglicus* édité en 1666 à Londres. Il écrit : « a Pandemic, or Endemick, or rather a Vernacular Disease (a disease alwayes reigning in a Countrey) » (Harvey, 1674).

La définition du terme pandémie est, à géométrie variable selon les ouvrages d'épidémiologie. Une pandémie (du grec *pan* : tout ; *demos* : peuple, population) est une « épidémie de grande ampleur », « une forme d'épidémie s'étendant à un continent, voire à la terre entière », « une épidémie sur une vaste zone, affectant généralement une grande partie de la population et s'étendant ou survenant largement sur une région, un pays un continent ou à l'échelle mondiale ».

Si les définitions s'accordent sur un point, en l'occurrence celui de considérer qu'il s'agit d'une grande épidémie, elles ne précisent pas pour autant si celle-ci est sévère, explosive, voire nouvelle. Pour l'Organisation mondiale de la santé, ce caractère de nouveauté prime. En effet, selon l'OMS, « On parle de pandémie en cas de propagation mondiale d'une nouvelle maladie ». Les pandémies peuvent notamment être classées comme trans-régionales lorsqu'elles touchent au moins deux régions

adjacentes, inter-régionales (au moins deux régions non contiguës) ou mondiales. En 2009, 178 pays ont ainsi été concernés par l'infection au virus grippal H1N1. Aujourd'hui, la pandémie au nouveau coronavirus s'est étendue dans plus de 160 pays. Les pandémies se caractérisent également par des taux d'attaque élevés et par une propagation exponentielle, c'est-à-dire par la survenue d'un très grand nombre de cas en peu de temps. Cette caractéristique épidémiologique est propre à la fois aux infections ayant pour origine une même source et des maladies hautement contagieuses et à incubation courte, comme par exemple, la peste au XIV^e siècle, le choléra en 1831-1832, la grippe en de nombreuses occasions, le Covid-19.

2. Genèse de quelques maladies épidémiques

La mémoire collective ouest-africaine conserve encore de grandes épidémies dont certaines sont comparables à celle d'aujourd'hui. Les périodes les plus citées par les populations sont les années 1931 où des épidémies de rougeole, variole, se déclarèrent dans l'Ouest du Niger, à Tombouctou (Mali) et à Fada-Ngourma (Burkina Faso). Les années 1940, 1950 et 1960, furent marquées par plusieurs affections épidémiques (rougeole, choléra, méningite cérébro-spinales, etc...) dans plusieurs régions ouest-africaines. Ces informations furent confirmées par les archives coloniales et des études relativement récentes. Entre 1935 et 1973, ces vagues épidémiques ont immobilisé des centaines de milliers d'agriculteurs et à chaque fois que la maladie est déclarée, les villes et villages concernés sont placés sous surveillance sanitaire et sous le régime de danger immédiat.

2.1. Tuberculose

Parmi les maladies bactériennes en extension, la tuberculose est certainement une endémie majeure. Pendant plus de quinze ans, après la guerre, elle se diffuse en Afrique, favorisée par l'urbanisation, les mouvements de population et des transformations sociales rapides (J-H. Ricossé et J-A. Husser, 1982, p.162). La tuberculose constitue, à l'échelle mondiale, un sérieux problème de santé publique. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estimait ainsi qu'en 1993, un tiers de la population mondiale était infectée par le bacille de Koch, dont, chaque année, environ 8,8 millions de personnes développent la maladie et 3 millions mourront (Barnes, Barrows, 1993, cité par D. Buchillet, 2001, p.71). Au moment où se développent dans les États des services nationaux qui organisent la lutte, au centre Muraz un laboratoire régional inter-États entreprend des recherches analogues à celles de certaines facultés ou instituts : recensement des souches de bacilles tuberculeux et travaux sur une espèce spécifiquement africaine (*Mycobacterium africanum*), étude de leur sensibilité aux antibiotiques (en raison de la résistance croissante du germe certains antibacillaires), mise au point d'un milieu de transport. Mais des investigations originales sont effectuées pour la première fois dans plusieurs États : enquêtes épidémiologiques dans cinq zones climatiques, souvent couplées avec une étude de la tuberculose animale (Albert, Gidel, Ménard, Le Mao, cité par J-H. Ricossé et J-A. Husser, 1982, p.163).

2.2. Choléra

Apparu en Afrique en août 1970, le choléra s'est étendu rapidement dans l'ouest du continent. L'Organisation de Coopération et de Coopération pour la Lutte les Grandes Endémies ou OCCGE participe dès le début aux mesures de lutte par l'organisation à Bobo-Dioulasso du premier cours régional sur cette maladie en Afrique francophone. Décidé très vite par l'OMS, il permet la réunion à un haut niveau de cadres de la santé. L'enseignement est assuré par une équipe de spécialistes choisis par l'OMS (Lapeyssonnie, Aldova, Kobari, cité par J-H. Ricossé et J-A. Husser, 1982, p.162). Cette action immédiate de formation du personnel se révèle très efficace. En effet, pendant les mois suivants, l'affection étend rapidement (J-H. Ricossé et J-A. Husser, 1982, p.162). Depuis le choléra est solidement implanté en Afrique. Il nécessite une surveillance épidémiologique régulière, avec des laboratoires nationaux de référence et des mesures d'intervention rapide pour assurer la prophylaxie de la létalité, basée sur la réhydratation rapide. Tous les États de l'OCCGE se doivent de demeurer vigilants (J-H. Ricossé et J-A. Husser, 1982, p.162).

2.3. Méningite cérébro-spinale

C'est une maladie qui, sous forme épidémique, affecte fortement l'Afrique depuis le XIXe siècle (Greenwood, 1999, cité par G. Djohy et al., 2015, p.47). Les épidémies touchent environ 14 pays d'Afrique subsaharienne regroupés au sein de la « ceinture méningitique africaine » (Lapeyssonnie, 1963, cité par G. Djohy et al., 2015, p.47). Durant la période 1993-2012, près d'un million de cas présumés ont été notifiés dont 100 000 décès estimés (OMS, 2013). Les origines de la méningite sont d'ordre viral, bactérien, parasitaire ou néoplasique (G. Djohy et al., 2015, p.47). Lors de l'épidémie de méningite de 1962 au Niger, Lapeyssonnie met au point pour la première fois le traitement par injection unique de sulfamide retard. De 1965 à 1974, au centre Muraz, le laboratoire du méningocoque entreprend divers travaux dans la zone dite de la « ceinture de la méningite » (délimitée par les niveaux des précipitations) : isolement des souches de méningocoques dans différentes zones endémiques, interventions lors d'épidémies (permettant des enquêtes de tous ordres). Tous ces travaux, commencés par Etienne de 1969 à 1973, sont poursuivis par Saliou (Etienne et Perraud, 1974 ; Saliou et al., 1978 cité par J-H. Ricossé et J-A. Husser, 1982, p.162). Les premiers essais du vaccin méningococcique sont réalisés en Afrique de l'Ouest : ils vont transformer l'évolution des épidémies. Peu après, le centre Muraz participe aux études sur le traitement de masse par injection unique de chloramphénicol (Rey, 1980, cité par J-H. Ricossé et J-A. Husser, 1982, p.162).

2.4. Rougeole

C'est une maladie bénigne. Elle est pourtant redoutée dans les pays pauvres car elle y cause de nombreux décès (G. Pison, 1998, p.444). L'OMS estime qu'un million d'enfants meurent chaque année de cette maladie dans le monde, ce qui en fait la troisième cause de décès d'enfants après la diarrhée et les infections respiratoires. Au

XIXe siècle, la rougeole était en effet encore une maladie grave dans les pays industrialisés, elle pouvait entraîner la mort, comme aujourd'hui dans les pays pauvres. Des recherches menées au cours des décennies dernières, principalement en Afrique de l'Ouest, permettent de mieux comprendre pourquoi la maladie est parfois grave au point de mettre la vie des enfants en danger. Ces recherches ont également montré que, curieusement, la rougeole pouvait aussi avoir du bon. Le virus responsable de la rougeole est un virus ARN appartenant à la famille des paramyxovirus. La maladie est très contagieuse et si les enfants ne sont pas vaccinés, ils l'attrapent tôt ou tard. On ne devait donc attraper la maladie qu'une fois, et on n'avait besoin d'être vacciné qu'une fois (G. Pison, 1998, p.444). Les résultats des premières vaccinations ont été variables selon les pays. Le vaccin est théoriquement très efficace et inoffensif, mais diverses difficultés d'ordre matériel ou logistique ont pu conduire à certains échecs (Rey, 1980, cité par J-H. Ricossé et J-A. Husser, 1982, p.162).

2.5. Fièvre jaune

La première épidémie connue de fièvre jaune, maladie hémorragique virale aiguë, est apparue dans les régions tropicales d'Amérique où une grande épidémie touche le Yucatan au Mexique, en 1648. Cependant des études récentes (T.P. Monath, M.S. Cetron et D.E. Teuwen, *Yellow fever vaccine*, Saunders Elsevier, 2008, cité par J-P. Sardon, 2020, p.10) de génétique moléculaire montrent que le virus amaril est, en fait, originaire d'Afrique et a été introduit, avec son moustique vecteur, en Amérique par le commerce des esclaves. Dès le XVIe siècle, les marins européens rencontrèrent, en effet, cette maladie, notamment dans le golfe du Bénin. La fièvre jaune, frappant préférentiellement les Européens, nouveaux arrivants dans les territoires où la maladie sévit, constitua un frein à la colonisation en Afrique de l'Ouest (J-P. Sardon, 2020, p.10). Plusieurs vagues de fièvre jaune ont touché le monde au XVIIe, XVIIIe et début du XIXe siècle. La maladie fut, en effet, introduite, de façon répétée, dans les ports par les navires infestés de moustiques « vecteurs jusqu'au début du XXe siècle. Elle provoqua de nouvelles épidémies parfois meurtrières, jusqu'en Europe » (J-P. Sardon, 2020, p.10). En 1940 grâce aux travaux de l'Institut Pasteur de Dakar, Peltier Laigret et Sellards mettent au point un vaccin par scarification qui modifie profondément les aspects épidémiologiques de la maladie en Afrique francophone. Cette technique est largement utilisée en AOF et en AEF jusque vers 1960 dans le cadre des plans quadriennaux de vaccination mixte antivariolo-amarile. Cette formule de prévention se révèle très efficace elle met ces territoires abri de flambées de typhus amaril nom plus ancien de la maladie. Mais pendant plusieurs années le système des vaccinations de masse se relâche quelque peu (J-H. Ricossé et J-A. Husser, 1982, p.162). Cependant en 1969 apparaissent dans plusieurs pays Afrique de Ouest des épidémies plus ou moins importantes de fièvre jaune Nigeria Haute-Volta Mali Togo. La région la plus atteinte est sans aucun doute le Nigeria où sur le plateau de Jos la maladie est très meurtrière alors que le pays est en proie la guerre du Biafra (J-H. Ricossé et J-A. Husser, 1982, p.162). Peu après cette réapparition mena ante de la

fièvre jaune des réunions régionales sont organisées en Afrique Abidjan Entebbe Bobo-Dioulasso afin de définir une nouvelle stratégie qu'il conviendra de poursuivre avec vigilance (Hamon, 1970). Ensuite les travaux se poursuivent dans les pays de l'OCCGE avec appui des Instituts Pasteur de Dakar et Abidjan sur la circulation du virus amaril moustiques vecteurs transmission et sur la couverture vaccinale est-à-dire la proportion des sujets efficacement protégés après vaccination) grâce des enquêtes sérologiques (J-H. Ricossé et J-A. Husser, 1982, p.162).

2.6. Ébola

Le virus Ébola a été découvert en 1976, date de ses deux premières épidémies déclarées simultanément dans les localités de Yambuku et de Nzara, situées respectivement au nord de la République Démocratique du Congo (RDC) et au sud du Soudan (Bowen et al., 1977, cité par S. Loungou, 2015, p.1). Depuis cette époque, ses manifestations, moins massives et surtout beaucoup moins meurtrières, avaient pour territoires cinq pays de l'Afrique centrale (RDC, Congo, Gabon) et orientale (Soudan, Ouganda) (Georges-Courbot, et al., 2002 cité par S. Loungou, 2015, p.1). L'apparition récemment d'une vaste épidémie en Afrique de l'Ouest est donc une première (S. Loungou, 2015, p.1). C'est durant 2014, que l'Ébola (MVE) a « explosé » en Afrique de l'Ouest dans trois pays : la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone. Cette explosion a entraîné une dispersion géographique de la maladie en Afrique : Mali (8 cas, 6 décès), Sénégal (1 cas), Nigeria (20 cas, 8 décès). Transmis par contact direct avec des liquides biologiques (sang, vomissement, etc.), le taux de létalité d'Ébola oscille entre 25% et 90% (F. Bernault, 2020, p.69-70). Au début de l'épidémie en Afrique de l'Ouest, en 2014, les experts occidentaux prédirent une catastrophe de grande ampleur, qui fut démentie par les faits. Pessimiste, l'OMS prévoit que le nombre de personnes affectées, d'ici la fin de l'épidémie, pourrait correspondre à près de dix fois celui des cas recensés depuis 1976¹⁶. Devant de telles perspectives affolantes, qui attestent de l'extrême gravité de la situation, la communauté internationale s'est résolue à décréter Ébola « urgence de santé publique de portée mondiale »¹⁷. La résistance de l'épidémie d'Ébola en Afrique de l'Ouest, plus d'un an après son apparition, questionne les stratégies mises en place aux fins de son contrôle (S. Loungou, 2015, p.10). L'aide internationale, mais surtout l'action des personnels soignants africains et des communautés locales eurent raison de l'épidémie qui ne contamina « que » 28 646 personnes et fit 11 323 victimes (Gomez-Temesio et Le Marcis 2017, cité par F. Bernault, 2020, p.70). Dans une étude importante, l'anthropologue Paul Richards démontre comment l'éradication la plus efficace fut celle dirigée par les soignants et experts africains en liaison active avec la population locale. Au contraire, là où des équipes étrangères agirent seules, la lutte contre la maladie se solda par un échec relatif (Richards 2016, cité par F. Bernault, 2020, p.70). La majorité des cas et des décès ont été notifiés entre août et décembre 2014.

¹⁶ Le Figaro, 30-31 Août 2014, p.9.

¹⁷ Financial Times, August 9-10, 2014, p.3.

L'incidence des cas a ensuite commencé à diminuer grâce à l'intensification rapide des capacités de traitement, d'isolement et d'inhumation sûre dans les 3 pays. Ceci a correspondu à la phase 1 de la riposte. La phase 2 a été une période d'amélioration continue de la surveillance, de la recherche des contacts et des interventions de la participation communautaire et a permis de réduire l'incidence des cas à 5 maximums par semaine à partir de la fin juillet 2015.

3. De la Grippe Espagnole (1918) à la pandémie Covid-19 (2019-2020) : quand l'histoire se répète

La grippe espagnole de 1918 fut une terrible pandémie, clôturant la Première Guerre Mondiale. Elle aurait fait entre 50 et 100 millions de victimes dans le monde et, en Europe, elle entraîna plus de morts que la Grande Guerre. Les premiers cas de grippe apparurent en mars 1918 dans le comte de Haskell dans le Kansas, aux États-Unis (P. Berche, 2020, p.28). L'Amérique qui venait d'entrer en guerre en 1917, aux côtés des Alliés, avait organisé un réseau de camps militaires d'entraînement pour accueillir des centaines de milliers de jeunes recrues volontaires, en partance vers la France. La grippe se répandit à travers ce réseau de bases militaires dans tous les États-Unis, puis en Europe et dans l'ensemble du monde, en quelques mois (P. Berche, 2020, p.28). L'origine de la pandémie de grippe « espagnole » est restée longtemps un mystère. Elle fut révélée par des recherches récentes qui mirent en évidence que son agent était un sous-type du virus de la grippe A, dont la combinaison antigénique est appelée H1N1 (J-P. Sardon, 2020, p.13). Elle aurait touché entre un quart et un tiers de la population mondiale. Elle est considérée comme la pandémie la plus dévastatrice de l'Histoire. Le nombre considérable de victimes s'explique par le fait que, s'agissant d'un virus nouveau, la population ne possédait aucune immunité. Elle sera surnommée "grippe espagnole" parce que la presse espagnole, non concernée par la censure de guerre, sera la première à en décrire les effets (J-P. Sardon, 2020, p.13). C'est donc, à cause de la censure de guerre, que l'on a peu parlé de cette pandémie, à l'époque. De ce fait la grippe espagnole, pourtant responsable de bien plus de morts que la Première Guerre mondiale (18 millions), n'est guère restée présente dans les mémoires collectives, éclipsée par la mémoire très forte de la Première Guerre Mondiale (J-P. Sardon, 2020, p.13-14).

En Afrique, l'une des grandes calamités de l'histoire est la grippe espagnole intervenue en 1918. Elle est évoquée dans les témoignages (sous l'appellation de « *Hungumo* » ou rhume du cerveau) à Niamey, Tillabéri, Tombouctou et Gao¹⁸. Les tirailleurs de retour de la Première Guerre Mondiale affirment que la grippe aurait été occasionnée par les gaz provenant des canons qui infestèrent l'atmosphère : « En respirant l'air provenant de ces régions, on attrape la maladie ». En réalité la grippe maladie fut introduite en Afrique par les bateaux en provenance de la France qui ramenaient les soldats engagés pour la Première Guerre Mondiale. La grippe regagna

¹⁸ Seeda, Avril 2020, p.9.

progressivement les villes puis les campagnes africaines. À l'échelle africaine, cette épidémie, issue de la Première Guerre Mondiale, est considérée comme la plus grande catastrophe démographique connue par l'Afrique : ni la traite, ni la conquête, ni la méningite, ni même la maladie du sommeil, ne tuèrent autant d'africains en si peu de temps. Au total 1,5 à 2 millions de morts pour l'Afrique Noire. À propos de la grippe espagnole, de 1918, Anne Rasmussen, directrice d'études au centre Alexandre Koyré, à Paris, aussi spécialiste de la grippe espagnole de 1918 a dit « *La pandémie de grippe espagnole (1918-1920) était une guerre dans la Grande Guerre* ». Pour les États ouest-africains en conflit avec les extrémistes religieux et le grand banditisme il s'agit en 2020 d'une guerre dans la guerre. Une comparaison entre les deux pandémies celle de 1918 et celle de 2020, donne l'appréciation suivante en guise de comparaison. « Si tous les spécialistes s'accordent à dire qu'une nouvelle pandémie grippale est inéluctable, la situation a bien changé depuis la Grande Guerre : le virus est connu, des traitements existent et un système de veille sanitaire performant est en place. » Mais il y a d'autres facteurs de risque, comme celui de l'avion, qui « a remplacé le train, favorisant d'autant la vitesse de propagation des vecteurs des maladies ». Et effectivement de nos jours c'est l'avion qui constitue le principal facteur aggravant en constituant le lien entre l'Europe, le centre névralgique de Covid-19 et l'Afrique et une population à risque en raison de la fragilité du système sanitaire et la présence de groupes vulnérables au-delà des personnes âgées. En effet, on estime qu'en 2006, 2,1 milliards de voyageurs ont emprunté la voie aérienne. Cela signifie que les maladies ont désormais la possibilité de se propager d'une région géographique à l'autre beaucoup plus rapidement qu'elles ne l'ont fait par le passé. Une flambée épidémique survenant en n'importe quel point du globe n'est qu'à quelques heures de venir menacer n'importe quel autre lieu. Outre qu'elles se propagent plus rapidement, les maladies infectieuses semblent apparaître plus promptement qu'elles ne l'avaient jamais fait auparavant¹⁹. En outre, l'impact des changements climatiques, la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire, la malnutrition chronique, le flux migratoire, l'analphabétisme risquent de favoriser une expansion rapide de la pandémie.

4. Comment les expériences des maladies du passé peuvent-elles aider à faire face au Covid-19 ?

Tout au long de son histoire, l'humanité a dû faire face à des flambées de maladies infectieuses et à d'autres urgences sanitaires dont la propagation a entraîné une mortalité sans précédent et menace la sécurité sanitaire. Faute de meilleures solutions, la réaction de la population a consisté à mettre les malades à l'écart de ceux qui étaient encore en bonne santé et à attendre que l'épidémie touche à sa fin. Avec le temps, les connaissances scientifiques ont évolué, les mesures de confinement se sont perfectionnées et l'amélioration de l'assainissement ainsi que la découverte des vaccins ont permis de maîtriser peu à peu un certain nombre de flambées de maladies

¹⁹ La sécurité Sanitaire Mondiale, rapport sur la santé dans le monde, 2007, p.2.

infectieuses. Malheureusement, les micro-organismes sont bien équipés pour envahir de nouveaux territoires, s'adapter à de nouveaux hôtes ou à de nouvelles niches écologiques, modifier leur virulence ou leur mode de transmission et acquérir une résistance aux médicaments²⁰. Séparer les malades de la population en bonne santé est une pratique ancienne, puisque la Bible et le Coran font déjà allusion à l'isolement des lépreux. Au VIIe siècle, c'était une politique courante en Chine que de consigner les gens de mer et les voyageurs étrangers atteints de la peste. Le terme de « quarantaine » remonte à la fin du XIVe siècle et se rapporte à l'isolement des personnes en provenance de zones infestées par la peste qui débarquaient dans le port de Raguse, à l'époque sous domination de la République de Venise. En 1397, la durée de cet isolement fut fixée à 40 jours (le mot quarantaine vient de l'italien « *quaranta* »). Peu de temps après, d'autres ports de la Méditerranée prirent des mesures analogues. Des actions de santé publique de ce genre se sont répandues et internationalisées au cours des siècles suivants²¹. Chaque fois que nous sommes confrontés à une épidémie ou à une nouvelle peste, nous identifions le coupable et stigmatisons la maladie. Tel en a été le cas, par exemple, avec la grippe espagnole entre 1918 et 1920 ou celle asiatique à la fin des années 1950. Et pourtant, aujourd'hui encore, malgré les progrès de la science et de l'hygiène, l'existence de protocoles reconnus et partagés au niveau international, nous continuons à invoquer la fermeture des frontières, comme si, tout à coup, il suffisait de dresser un mur pour bloquer quelque chose que nous ne percevons même pas à l'odeur. La mondialisation constitue la première explication donnée à ces phénomènes, en imaginant que le monde n'est interconnecté que depuis quelques décennies (Castel, 1996, cité par T. Ricciardi, 2020, p.30). Les gouvernements africains, aguerris par les combats contre le VIH/Sida et Ébola, réagirent dans l'ensemble avec énergie et rapidité à la menace du Covid-19 : contournant la difficulté d'imposer la distanciation sociale, ils prirent des mesures strictes comme le port de masque et des couvre-feux (F. Bernault, 2020, p.70). Outre les frontières, les aéroports, les lieux publics et de culte, les politiques de fermeture s'étendirent également aux établissements scolaires avec, cette fois, des répercussions sur le moyen et le long terme dont il est encore difficile d'évaluer la portée. Sans surprise, le Covid-19 a fait ressortir les stéréotypes sur une Afrique sous-médicalisée, anté-moderne, terrain de sexualités dangereuses, où la pauvreté et un supposé sous-développement scientifique condamneraient les africains à l'impuissance médicale. Or l'histoire des maladies endémiques, des épidémies et des pandémies en Afrique montre au contraire que le continent a une longue expérience de la biomédecine (médecine fondée sur l'application des principes biologiques et physiologiques à la pratique clinique, qui naît en Europe et en Amérique durant les années 1860), de son savoir, de ses techniques, et de ses modes d'action (F. Bernault, 2020, p.62).

Conclusion

²⁰ La sécurité Sanitaire Mondiale, rapport sur la santé dans le monde, 2007, p.1.

²¹ La sécurité Sanitaire Mondiale, rapport sur la santé dans le monde, 2007, p.2.

Au cours de sa longue histoire, l’Afrique a été traversée par des tragédies sanitaires de toutes sortes qui ont fait de nombreuses victimes et ont laissé, très souvent, des empreintes indélébiles dans l’imaginaire sociale mais aussi dans l’organisation de la vie en société (UNESCO, 2020, p.2). Dans le monde en général et en Afrique de l’Ouest en particulier, les épidémies ont tué plus d’êtres humains au cours de l’histoire que toute autre cause. Avec la Covid-19, les épidémies font maintenant partie intégrante des crises qui affectent la planète entière (P. Edwards, 2017, p.3). Grâce aux progrès de la médecine, en particulier en termes de vaccination et d’administration d’antibiotiques, ainsi qu’aux efforts déployés pour améliorer l’environnement urbain au milieu du 20e siècle, on croyait l’époque des grandes épidémies révolue. Pourtant, en ce début de XXIe siècle, nous sommes confrontés à un retour des épidémies, aggravé par la dégradation de l’environnement et la surpopulation. Face à ce risque que l’on sait désormais permanent, il importe de revisiter politiques sanitaires et outils de gestion des crises pandémiques (P. Edwards, 2017, p.3). De plus, l’expérience des crises, en particulier sanitaires, est en Afrique bien plus forte que dans les pays occidentaux. Ce que l’histoire et l’anthropologie démontrent, c’est l’importance du dialogue et de la concertation entre communautés, experts et chercheurs en sciences sociales et de la confiance accordée à la compréhension et aux stratégies locales (F. Bernault, 2020, p.73). L’Afrique a joué un rôle essentiel dans la découverte et le traitement de nombreuses maladies comme le choléra, la rougeole, la trypanosomiase (maladie du sommeil), la variole, la syphilis, la tuberculose et la peste, entre autres (F. Bernault, 2020, p.62). Aujourd’hui encore, avec le développement extraordinaire des moyens de communication qui entraîne une circulation importante des personnes et des biens, des épidémies et pandémies continuent d’y sévir (entre autres le choléra, la fièvre jaune, les méningites à méningocoque, paludisme, sida) (UNESCO, 2020, p.2).

Références bibliographiques

BECKER Charles et COLLIGNON René, 1998, « Épidémies et médecine coloniale en Afrique de l’Ouest », in *Cahiers Santé*, Vol. 8, n° 6, pp. 411-416.

BERCHE Patrick, 2020, « Mort et résurrection du virus de la grippe espagnole », in Les Cahier du Comité pour l’Histoire de l’INSERM, *Histoire de de l’épidémiologie : enjeux passés, présents et futurs*, n° 1, pp. 27-31.

BERNAULT Florence., 2020, « Quelques enseignements de l’histoire des pandémies en Afrique », in Lazar et al., (Dir.), *Les sciences sociales au temps de la Covid-19*, Paris, Presses de Sciences Po, pp. 61-76, téléchargé le 22/10/2020 sur www.cairn.info, le Monde d’Aujourd’hui.

BUCHILLET Dominique, 2001, « Tuberculose et santé publique : les multiples facteurs impliqués dans l’adhésion au traitement », in *Autrepart*, n° 19, pp. 71-90.

DELOITTE, 2020, *Covid-19 : gouverner l’imprévisible. Analyse comparative des différentes stratégies de crises déployées*, 17 p. www.deloitte.com/about, consulté le 31/12/2020.

DJOHY Georges, 2015, « Représentations populaires de la méningite épidémique dans un contexte de changement climatique au Nord-Bénin », in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 33, pp. 47-74.

EDWARDS Paul, 2017, « Épidémies : états des lieux et perspectives. Quels sont les risques ? », in *Recent medical News*, Hannover Re, 4 p. www.hannover-re.com, consulté le 31/12/2020.

FAYE S. Landry et al., 2017, « Épidémies en Afrique de l'Ouest et du centre », in VIDAL Laurent (coord.), *Renforcement de la recherche en sciences sociales en appui des priorités régionales du bureau Régional Afrique de l'Ouest et du centre de l'Unicef : analyses thématiques*, Dakar (SEN) ; Dakar : IRD ; Unicef, pp. 60-86.

FINANCIAL TIMES, August 9-10, 2014, p.3.

FRENEY Jean, 2020, « Comprendre l'histoire, la dynamique et le fonctionnement des épidémies », in *Alternatives Humanitaires*, n° 14, p. 18-37, <http://alternatives-humanitaires.org/fr/2020/07/23/comprendre-lhistoire-la-dynamique-et-lefonctionnement-des-epidemies/>, consulté le 04/12/2020.

GRÜNEWALD François, 2020, « Ce que la crise de la Covid-19 nous dit de nos capacités d'apprentissage », in *Alternatives Humanitaires*, n°14, juillet 2020, p. 48-59, <http://alternatives-humanitaires.org/fr/2020/07/23/ce-que-la-crise-de-la-covid-19-nous-dit-de-noscapacites-dapprentissage/>, consulté le 04/12/2020.

JOURNAL SEEDA, n° 60, Avril 2020, p.16.

LA FABRIQUE ECOLOGIQUE, 2020, *Tirer pleinement les leçons de la crise sanitaire : des propositions fortes et innovantes pour la transformation écologique*, 71 p.

LA SECURITE SANITAIRE MONDIALE, 2007, *Rapport sur la santé dans le monde*, 15 p.

LE FIGARO, 30-31 Août 2014, p.9.

LOUNGOU Serge, 2015, « L'épidémie d'Ébola en Afrique de l'Ouest », in *L'Espace Politique* (Online), n° 26, Online since 14 March 2017, <http://journals.openedition.org/> consulté le 04/12/2020.

PISON Gilles, 1998, « Actualité de la rougeole et de ses épidémies au travers des recherches récentes menées en Afrique de l'Ouest », in *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, Nouvelle Série, Tom. 10, n° 3-4, pp. 443-456.

RICOSSE Jean-Henri et HUSSER Jean-Alain, 1982, « Bilan et avenir de la lutte contre les grandes endémies en Afrique occidentale francophone », in *Cahiers d'études africaines*, vol.22, n° 85-86, pp. 145-168. https://www.persee.fr/doc/cea_0008-0055_1982_num_22_85_2279, consulté le 04/12/2020.

RICCIARDI Toni, 2020, « Les pandémies dans une perspective d'histoire globale », in GAMBÀ Fiorenza et al. (Dir.), *Covid-19 : le regard des sciences sociales*, Genève et Zurich, Éditions Seismo, pp. 29-43.

SARDON Jean-Paul, 2020, *De la longue histoire des épidémies au Covid-19*. Les Analyses de Population & Avenir, 2020, pp.1-30. Hal-02557027 <https://www.population-et-avenir.com/les-analyses-de-populationavenir/>, consulté le 31/12/2020.

UNESCO, 2020, *Quel rôle l'histoire de l'Afrique peut-elle jouer pour répondre aux conséquences sociales et humaines de la pandémie du Covid-19 sur le continent ?* Note conceptuelle, webinaire, juillet 2020, 4 p.