

# Maladies émergentes

## Nouveaux périls, histoire ancienne ?

**Éradiquer les maladies infectieuses semblait chose faite. Or, l'apparition du sida, les épidémies de type Ébola ou encore la résistance de certaines souches aux antibiotiques conduisent à penser que la lutte contre les maladies infectieuses est un combat sans fin.**

L'usage a donc fait justice à la proposition du Dr Grmek, l'expression de « maladie émergente » doit être préférée à celle de maladie nouvelle, souvent trompeuse en ce qu'elle paraît sous-entendre sa non-existence clinique dans le passé, ce qui est toujours difficile à prouver<sup>1</sup>. La notion de « maladie émergente » présente aussi plusieurs atouts d'ordre heuristique : elle met l'accent sur un processus qu'il faut expliquer en faisant appel à des facteurs d'ordre très différent, tout particulièrement la mobilité humaine, l'action de l'homme sur son milieu, l'évolution des micro-organismes. Pourtant, au milieu des années quatre-vingt, ce sont bien les manifestations stupéfiantes d'une maladie nouvelle, le sida, qui ont révélé au public ce que les milieux informés savaient depuis quelques années déjà : les maladies infectieuses ou contagieuses se faisaient à nouveau plus pressantes dans les pays développés. Ce fut une grande surprise car au cours de la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle, elles paraissaient avoir été limitées aux pays pauvres et, de façon exceptionnelle, aux quartiers périphériques peuplés de populations marginalisées, y compris géographiquement.

Ce constat, qu'il conviendrait de nuancer, traduit bien la façon de penser qui s'était progressivement imposée dans nos pays riches : la philosophie des Lumières, les victoi-

res répétées de la médecine avaient réussi à ancrer, parmi les professionnels de la santé puis dans l'ensemble de la population, une sorte d'horizon historique d'éradication des maladies infectieuses. De la vaccine de Jenner aux conséquences des découvertes bactériologiques, en particulier à la suite des travaux de Pasteur et de Koch, de l'arrivée des sulfamides à celle des antibiotiques, l'arsenal préventif puis curatif semblait s'être enrichi d'armes si puissantes et complémentaires qu'on pouvait espérer une disparition prochaine de la plupart des maladies infectieuses et des épidémies. L'histoire fondait cet espoir : n'avait-on pas assisté à l'éradication progressive ou la maîtrise curative de la variole, du choléra, de la typhoïde, de la diphtérie, de la tuberculose, de la poliomyélite, de la grippe et des maladies sexuellement transmissibles ?

### **Éradication des maladies infectieuses : le leurre**

Certes, lorsque la situation sanitaire parut maîtrisée, des analyses historiques et sociologiques de type critique se multiplièrent. L'absence d'un danger épidémique ou infectieux perceptible facilita le développement des approches contestant le caractère décisif de l'intervention de la médecine dans la baisse de la mortalité infectieuse (Mc Keown), ou d'autres plus attentives au contrôle social ou

à la prise de pouvoir sur les corps et sur la société grâce à la médicalisation (Foucault, Illich)<sup>2</sup>. En déplaçant le regard, en évoquant à peine les dangers épidémiologiques qui avaient conduit aux pratiques observées, ces analyses confortèrent la représentation d'un avenir d'éradication, en construction depuis un siècle et demi. Les travaux critiques ont toutefois permis de mieux apprécier l'ensemble des processus à l'œuvre dans la baisse de la mortalité et de ne plus suivre aveuglément les allégations des médecins, corps professionnel en constitution et en voie d'ascension sociale, avide de pouvoir et de reconnaissance. Depuis une dizaine d'années, les positions extrêmes des premières analyses ont été sévèrement critiquées. La tentative de Mc Keown afin de démontrer que la médecine n'avait eu aucun rôle dans la baisse de la mortalité depuis la fin du xviii<sup>e</sup> siècle n'a pas convaincu les historiens. On a montré que les politiques d'hygiène publique et de mise en place des principaux équipements sanitaires avaient probablement joué un rôle crucial dans la diminution de la fréquence des maladies infantiles (gastro-entérites, typhoïde) qui affaiblissaient l'organisme et le rendaient plus fragile aux agressions de la rougeole, de la scarlatine et de la tuberculose. Il est aujourd'hui évident que la vaccination contre la variole a également joué dans le même sens : les organismes n'ayant plus à souffrir des séquelles très graves de cette maladie, ont pu d'autant mieux résister aux atteintes d'autres affections comme la

tuberculose. La diminution de la létalité de celle-ci, bien avant que l'on découvre les traitements antibiotiques efficaces, serait par conséquent autant le résultat des campagnes de vaccination antivariolique et de la « sanitation » que d'une amélioration de la résistance des individus grâce à une meilleure alimentation<sup>3</sup>. Mais la question du rôle de l'alimentation fut si vivement débattue que de nombreux travaux furent entrepris afin d'identifier l'importance de la sous-nutrition et de la malnutrition dans la sensibilité aux différentes épidémies connues<sup>4</sup>.

Tous ces débats ont néanmoins en quelque sorte renforcé l'idée d'une marche vers un futur d'éradication. Les grands travaux épidémiologiques sur le temps long et la situation que nous observons aujourd'hui conduisaient à penser que les micro-organismes pathogènes pour l'homme pouvaient se manifester à la suite de relations nouvelles, par leur intensité ou par leur rapidité, entre continents, à la suite de changements d'activités des hommes et des modifications de leur environnement, ou de la disparition d'un autre micro-organisme concurrent du nouvel apparu<sup>5</sup>... bref, que la lutte contre les maladies infectieuses était un combat sans fin.

Les études épidémiologiques, biologiques et génétiques récentes ont en effet montré que les micro-organismes ne s'imposent que s'ils ne rencontrent pas des glycoprotéines qui leur soient inconnues et fatales (c'est la variété de glycoprotéines différentes qui rend compte de la plus ou moins

grande sensibilité des populations aux attaques)<sup>6</sup>. Mais l'on sait aussi que la succession très rapide de leurs générations les conduit à s'adapter aux situations qu'ils ont déjà rencontrées sur une durée beaucoup plus brève que l'homme. Voilà l'une des causes essentielles des résistances observées de plus en plus à nos thérapeutiques car non seulement aucune famille nouvelle d'antibiotiques n'a été découverte depuis près de deux décennies, mais les échanges à l'intérieur des pays développés et entre les continents n'ont jamais été si nombreux et si rapides.

Au fond, ne sommes-nous pas aujourd'hui dans l'une des situations les plus dangereuses qui soit sur le plan épidémiologique ? À quelque échelle qu'on se place, au sein d'une agglomération, d'un pays, ou sur le plan international, jamais les contacts interhumains n'ont été aussi denses, fréquents, et les déplacements aussi rapides. Dans de nombreux pays, les économies et la vie sociale ont été désorganisées par la guerre, rendant la population plus sensible aux épidémies, y compris récemment (Ébola en Afrique). De l'autre côté, dans les pays développés, un autre phénomène émergent, celui de la marginalisation économique et sociale de millions de personnes, provoque un grand changement d'attitude de ces populations : attentives à survivre et à trouver un toit, leur santé ne constitue pas une priorité, si bien que les traitements antibiotiques interrompus avant leur terme contribuent à entraîner les micro-organismes à l'art du contournement

et à multiplier ainsi les sources devenues résistantes à notre arsenal thérapeutique.

### **En santé publique rien n'est définitivement acquis**

L'ensemble de ces considérations ne remet-il pas en cause la théorie de la transition épidémiologique<sup>7</sup> qui, inscrite elle-même dans le paradigme d'une éradication promise, insistait sur la disparition progressive mais assurée — car tel était le sens de l'histoire — des maladies infectieuses et sur la lente montée des périls sous les traits de toutes les maladies de civilisation et de dégénérescence, idée elle-même fondée sur le discours démographique pessimiste tenu depuis au moins un demi-siècle sur le vieillissement de la population dans les pays développés<sup>8</sup> ? Dans les pays pauvres, la théorie de la transition épidémiologique ne résiste pas à l'évolution des maladies et de la mortalité observée au cours des vingt dernières années (même si dans ce domaine, l'appréciation repose sur des mesures dont le caractère exhaustif a changé). Dans les pays développés, on assiste aujourd'hui à un double discours sur, d'un côté la multiplication des maladies émergentes, de l'autre, la montée des maladies de dégénérescence... Il s'agit d'une situation inédite au point qu'elle semble parfois faire oublier que la mortalité à chaque âge n'a jamais été si faible que depuis quelques années !

Les progrès médicaux ont certes rendu chroniques des maladies qui conduisaient autrefois plus rapidement à la

mort, ils ont permis le dépistage précoce d'atteintes contre lesquelles il est plus aisé d'intervenir, mais la croissance économique des Trente glorieuses, la couverture sanitaire et sociale généralisée, une laïcisation des attitudes devant la vie réduisant la part de la résignation face au malheur, la pratique individualisée de la prévention ont également été des facteurs décisifs de la baisse de la mortalité générale et du recul des maladies infectieuses.

Mais l'inversion est toujours possible. L'exemple des pays d'Europe centrale est à cet égard révélateur : la mortalité des hommes, y compris par infection, à l'âge adulte s'est sensiblement redressée depuis une dizaine d'années ; dans les Républiques de l'ancienne Union soviétique, certaines épidémies dites d'un autre âge ont été observées, la diphtérie par exemple<sup>9</sup>. Dans le domaine de la santé publique, les gains ne sont jamais définitivement acquis. Ils demeurent fragiles, directement dépendants de la vigilance des pouvoirs publics, de la solidité et de la permanence de l'organisation sanitaire et sociale et de l'attitude des individus. Si aujourd'hui, dans les pays développés, les maladies émergentes constituent un tel sujet de débat, en dépit du nombre relativement réduit de décès dont elles sont la cause, n'est-ce pas parce que notre système médico-sanitaire est frappé dans ce que nous pensions collectivement comme l'un de ses pôles d'excellence, la lutte contre les maladies infectieuses ? N'est-ce pas aussi parce que nombreux étaient ceux qui consi-

déraient comme acquise l'éradication de telles maladies ? La mise en avant de la prescription abusive des antibiotiques, ou de leur utilisation approximative par les populations marginalisées, ne constituent-elles pas autant d'indices de la puissance de cette conviction ? Et s'il fallait aujourd'hui vraiment penser l'impossible disparition des maladies infectieuses ?

Patrice Bourdelais

### **Références**

1. M. Grmek, « Le concept de maladie émergente », *History and Philosophy of the Life Sciences*, 1993, vol. 15, 3, 281-296.
2. M. C. Neill, H. William. *Le temps de la peste, essai sur les épidémies dans l'histoire*, 1976, trad. Hachette, 1978. Thomas Mc Keown, *The Modern Rise of population*, Londres, Edward Arnold, 1976.
3. Robert I. Woods, John Woodward (eds), *Urban Disease and mortality in nineteenth century England*, Londres, 1984. Gerry Kearns, « Le handicap urbain et le déclin de la mortalité en Angleterre et aux Pays de Galles (1851-1900) », *Annales de démographie historique*, 1993, 75-105. Simon Szreter, « The Importance of social intervention in Britain's mortality decline. 1850-1914 : a re-interpretation of the role of public health », *Social History of medicine*, 1, 1, 1988, 1-37.
4. P. G. Lunn, « Nutrition, immunité et infection », *Annales de démographie historique*, 1989, 111-124.
5. M. C. Neill, *idibem*.
6. F. L. Black, « Why did they die ? », *Sciences*, 258, 11, 1139-1740.
7. H. Engelhard, « How cells process antigens », *Scientific American*, 1994, 271, 2, 54-61.
8. A. Omran, « The epidemiologic transition : a theory of the epidemiology of population change », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1971, 49, 4, 509-538. A. Omran, « The epidemiologic transition theory : a preliminary update », *Journal of Tropical Pediatrics*, 1983, 29, 305-316.
9. P. Bourdelais, *L'âge de la vieillesse, Histoire du vieillissement de la population*, Odile Jacob, Paris, 1997.
9. M. Marmot, C. D. Ryff, et al., « Social Inequalities in health : next questions and converging evidence », *Social Science and medicine*, 1997, 44, 6, 901-610.