

Module 4 Video Class 2: Interview with Thomas Frieden (French)

Bonjour. Bienvenue dans les vidéos de notre cours "Journalisme en temps de pandémie : Couvrir le COVID-19 maintenant et dans l'avenir". Nous sommes maintenant dans le module 4 du cours où nous regardons à quoi va ressembler la vie dorénavant. Et aujourd'hui, nous sommes rejoints par le Dr. Tom Frieden, qui était auparavant directeur des US Centers for Disease Control and Prevention, et est maintenant président de l'organisme sans but lucratif Resolve to Save Lives. Dr. Frieden, merci beaucoup d'avoir rejoint ce cours.

C'est un plaisir d'être ici avec vous.

Comme je vous l'ai dit avant que nous commençons, beaucoup de nos étudiants viennent de l'extérieur de l'Amérique du Nord. Beaucoup d'entre eux ne connaissent pas nos structures de santé publique. Pourriez-vous leur dire en bref ce qu'est Resolve to Save Lives, et comment vous avez choisi de réagir à la pandémie de coronavirus ?

Je suis médecin formé en médecine interne, santé publique, épidémiologie et maladies infectieuses. J'ai été commissaire à la santé de New York pendant près de huit ans, puis directeur du CDC américain durant près de huit ans. Et quand j'ai quitté cela, j'ai pu m'associer à trois grands mécènes pour lancer Resolve to Save Lives, une initiative de l'organisation sanitaire globale Vital Strategies.

Nous sommes à but non lucratif. Nous travaillons en partenariat avec les gouvernements et la société civile du monde entier, et pour sauver des vies nous avons eu deux grands domaines d'intervention. Premièrement la santé cardiovasculaire, qui est vraiment négligée à l'échelle mondiale, et nous avons pour objectif de prévenir 100 millions de décès sur une période de 30 ans grâce à des initiatives ciblées.

Notre deuxième initiative a été la prévention des épidémies. En ce sens, nous avons travaillé avec des pays principalement africains pour renforcer les systèmes d'alerte rapide et d'intervention rapide ainsi que les systèmes de prévention de la propagation des maladies infectieuses. Dès le moment où nous avons entendu parler de l'épidémie de coronavirus, nous étions profondément préoccupés. En fait, nous avons un bureau en Chine. Et il vient d'embaucher une nouvelle directrice nationale, et nous avons dû décider si elle devait venir à New York pour son intégration. Elle est venue, nous avons pu à pu l'orienter, et elle est retournée en Chine juste au moment où tout explosait. Nous avons donc suivi cette situation de très près dès le premier jour, en travaillant en étroite collaboration avec des pays, en particulier en Afrique (où nous avons des bureaux au Nigéria, en Éthiopie, et un programme solide en Ouganda et ailleurs). Et plus récemment, nous avons commencé à travailler ici à New York et aux États-Unis, qui sont maintenant l'épicentre de la pandémie.

Quelle est votre évaluation du point où se trouve le monde face au COVID-19, et où diriez-vous qu'il y a eu des succès ou des problèmes notables ?

Je pense utile de préciser que nous sommes dans le pire événement infectieux depuis 100 ans. C'est aussi grave que la pandémie de 1918, 1919. À New York, où nous avons eu plus de 20 000 morts, c'est dévastateur, et c'est un avertissement pour n'importe quelle ville du monde d'à quel point cela peut être grave. Toutefois, il existe des différences vraiment importantes. À New York et en Italie et dans d'autres pays à revenu élevé, vingt à vingt-cinq pour cent des gens ont plus de 65 ans. En Afrique, c'est 4 pour cent. Et en Afrique, vous avez une mortalité concurrentielle, comme on l'appelle, du VIH, de la tuberculose, du paludisme, des maladies évitables par la vaccination, de la rougeole, de la mortalité maternelle, de la mortalité infantile... Cette mortalité est extraordinairement élevée, et sensible aux interventions sanitaires.

Donc, si vous interrompez les soins dans certaines régions du monde, vous obtiendrez plus de décès par manque de soins que par le COVID. Même ici, à New York, il y a plus de 4 000 décès qui sont sans explication. Ils sont en excès, au-dessus des niveaux historiques. S'y ajoutent les près de 20 000 décès COVID

Vous avez posé la question des bonnes nouvelles, et je dois dire qu'il y a des succès dans le monde entier. Nous avons vu, par exemple, des pays d'Asie habitués au SRAS travailler très rapidement pour accélérer les tests, le traçage des contacts, l'isolement et la quarantaine. C'est ce que nous appelons la "stratégie de la mise en boîte" : test, isolement, suivi des contacts et quarantaine. Quatre côtés différents d'une boîte. Ensemble, ils peuvent enfermer le virus, pour que nous puissions nous en sortir en tant que société. Et nous avons vu des pays du monde entier le faire bien. Singapour, Allemagne, Ghana, Éthiopie, Ouganda, Nouvelle - Zélande. Des résultats vraiment impressionnants.

Aux États-Unis, nous avons commencé à parler de traçage des contacts il y a deux mois. Je suis spécialisé dans la tuberculose, et nous pratiquons le traçage des contacts depuis environ 100 à 120 ans dans le domaine de la tuberculose, et j'ai travaillé sur cela pendant trois décennies. Donc c'est très familier pour moi, mais c'est difficile, engagé, c'est une compétence spécialisée. Mais quand on parle de recherche de contacts aux États-Unis, les gens disent : « Qu'est-ce que c'est ? » Quand on en parle en Afrique, ils disent : « OK, on connaît. » Parce qu'ils le font tout le temps, pour la fièvre de Lhassa, pour Ebola, ou Marburg, la typhoïde, la rougeole — pour de nombreuses maladies infectieuses différentes.

Nous voyons donc des choses qui marchent dans l'engagement communautaire. Nous voyons des communautés se rassembler pour lutter. Nous voyons des succès dans la collaboration scientifique : sept mille articles sur la pandémie. Mais j'ai l'impression d'avoir quatre emplois à temps plein. L'un d'eux est de suivre la science. Un autre est de suivre les médias. Un troisième de répondre aux demandes de conseils émanant de pays, de villes, d'États, d'organisations, de toutes sortes d'entités du monde entier. Et le quatrième, bien sûr, est de diriger notre groupe, Resolve to Save Lives, avec lequel nous travaillons partout en Afrique pour développer une réponse efficace et adaptée, qui équilibre la protection des personnes contre l'épidémie et la protection de notre économie.

Et il ne faut pas opposer l'un et l'autre. Ce serait une très mauvaise conception, ce que j'appelle une pseudo-dichotomie. Nous avons une pseudo-dichotomie entre ouvert et fermé. Voyez : nous les humains, nous aimons trop simplifier : en fait quand nous sommes fermés, nous ne sommes pas fermés. Tout le monde ne reste pas à la maison, il y a encore beaucoup de gens qui travaillent, qu'il s'agisse de soignants, d'épiceries ou d'autres choses essentielles. Beaucoup de choses sont ouvertes. Et quand nous serons ouverts, nous ne serons pas complètement ouverts. Pas comme avant le COVID. En tous cas pas d'ici à ce que nous ayons un vaccin, ce qui pourrait durer un an ou deux - ou jamais : nous ne savons pas avec certitude s'il y aura un vaccin. Je suis optimiste qu'il y en aura un. Nous devons faire tout ce que nous pouvons pour l'avoir, mais nous devons agir comme si il n'y en aurait pas.

Une autre pseudo-dichotomie est l'économie versus à la santé publique. Ce matin, nous avons publié quelque chose sur le blog du journal Foreign Affairs. J'aurais vraiment aimé qu'on l'ait titré : « C'est la pandémie, stupide. » Parce que ce que nous pouvons faire pour relancer notre économie, c'est maîtriser la pandémie ! Ce n'est pas comme si quelques personnes devaient mourir pour qu'on puisse retourner au travail. Ce n'est pas comme ça que ça marche ! Si vous regardez autour du monde, les endroits qui ont sauvé le plus de vies, les endroits qui ont empêché le plus d'infections, sont les endroits qui ont protégé leur économie le mieux. Notre économie est la meilleure quand nous la centrons sur les gens.

Je pense donc qu'il y a des bonnes choses dans le monde entier, et je pense qu'il y a des leçons vraiment importantes à apprendre dans le monde entier. Et une des choses qui me réconfortent, c'est que nous apprenons les uns des autres. Nous regardons la Nouvelle-Zélande, l'Afrique du Sud, Singapour et d'autres endroits dans notre pays ou dans le monde pour trouver les meilleures pratiques et partager ces pratiques et travailler ensemble contre le virus. Parce qu'en fin de compte, c'est nous contre eux, ça c'est une dichotomie importante qui est réelle. Mais le « nous » ce sont les humains, et le « eux » ce sont les virus.

Je pense que nos étudiants qui viennent d'Afrique subsaharienne seront réconfortés d'entendre que certaines de ces nations sont en fait des références dans la réaction au virus. Ce n'est pas une perspective qu'on entend très souvent. Mais je dois vous demander votre évaluation de la réponse des États-Unis, car jusqu'à présent, notre pays était très haut sur l'indice mondial de

sécurité sanitaire. On a supposé que sa santé publique serait la meilleure au monde dans sa riposte au virus, et cela ne semble pas s'être joué de cette façon.

Eh bien, les États-Unis sont l'épicentre de la pandémie, et New York est l'épicentre de l'épicentre. Et c'est triste de le dire, mais nous avons trébuché sur les tests, de manière problématique. Et cela a induit des semaines et des semaines de propagation du virus que nous n'avons pas vues. Et à cause de cela, nous avons eu une infection beaucoup plus étendue à New York, Seattle et ailleurs que nous n'aurions dû.

Le CDC n'a pas été autorisés à parler au public durant cette riposte, et combattre une pandémie sans le CDC au front, c'est comme se battre avec une main attachée derrière le dos. Néanmoins, les Américains avec raison font confiance au CDC. Il y a là 20 000 personnes qui consacrent leur vie à protéger les gens. Nous avons eu 1,2 milliard de clics sur le site Web du CDC. Ils ont publié 1 000 documents d'orientation, et c'est toujours le meilleur endroit pour obtenir de l'information, des conseils et des recommandations pour vous protéger, votre famille, votre travail, votre école, votre garderie. Mais il y a d'énormes difficultés ici, et nous commençons à peine à y faire face. On doit faire mieux dans les maisons de retraites. Tout lieu concentré est potentiellement explosif pour la propagation du COVID, y compris les prisons, les refuges pour sans-abri, les logements bondés.

Et l'une des choses pour lesquelles nous n'avons vraiment pas encore une bonne réponse est la questions des bidonvilles dans les pays à faible revenu, où l'absence d'assainissement et de lavage des mains, ainsi que l'entassement favorisent la propagation explosive du COVID.

Vous avez mentionné que votre organisation avait publié une sorte de feuille de route sur ce qu'il faut faire d'ici, un plan de réouverture de la société. Pourriez-vous en parler une minute ?

Je pense que les gens on compris le concept d'aplatir la courbe, qui peut être trompeur parce que les métaphores simplifient trop. Mais ce qui n'a pas été largement compris, c'est que nous aplatissons la courbe pour rendre possible une politique de mise en sécurité. Et cela signifie plusieurs choses. D'abord améliorer notre capacité à pister le virus. Et aussi améliorer notre système de santé afin que les unités de soins intensifs ne soient pas débordées, que les professionnels de santé ne soient pas infectés et que les soins de base puissent continuer, de sorte que nous n'ayons pas de décès évitables non liés au COVID.

Cela signifie aussi repenser et réimaginer notre société pour qu'il y ait des désinfectants pour les mains partout, pour que nous portions tous des masques, de sorte que nous n'entrions pas dans la nouvelle réalité juste pour être de nouveau obligés de nous ré-enfermer chez nous. Il faut penser à changer la façon dont nous faisons ces choses.

Et cela signifie aussi renforcer notre système de santé publique, ce que j'appelle « la stratégie de la mise en boîte ». Test, isolement, traçage des contacts, quarantaine. Cette boîte peut garder le virus en respect, de sorte que lorsqu'il y a un cas, il y ait une réponse rapide, et qu'il ne devienne pas un foyer. Ou s'il s'agit d'un foyer, qu'il y ait une réponse rapide et étendue, et le foyer ne devienne pas une épidémie, ne submerge pas nos systèmes. C'est d'une importance cruciale. Renforcer la santé publique, protéger les personnes vulnérables, renforcer notre système de soins de santé, continuer les soins de bases. Tout cela peut faire une grande différence.

En dehors des points de cette "boîte", qu'est ce qui sera, selon vous, le plus difficile à réaliser ?

Tout. Vous savez, un journaliste m'a posé une la semaine dernière, et je n'ai pas répondu aussi efficacement que je l'aurais voulu. Le journaliste a demandé : « Quelle est la chose principale que nous devons faire ? » Et la meilleure réponse aurait été : « La principale chose que nous devons faire est de comprendre qu'il n'y a pas une chose principale que nous devons faire. » C'est une pandémie virale. C'est très, très difficile à affronter, et cela nécessite une réponse globale.

Nous n'avons pas assez de tests aux États-Unis. Mais cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas grand-chose à faire. Il y a encore beaucoup à faire pour accélérer la recherche des contacts et améliorer l'isolement, que ce soit dans les hôpitaux, les maisons de retraites, les établissements correctionnels, les abattoirs ou dans les maisons de retraite. Ce que de nombreuses autorités

n'ont toujours pas reconnu, c'est que si vous avez 12 personnes vivant dans un deux pièces, c'est absurde d'y renvoyer quelqu'un avec le COVID. Il faut les sortir. Peut-être dans un hôtel ou un motel, où ils pourraient être soignés en toute sécurité jusqu'à ce qu'ils soient guéris de la maladie et qu'ils ne soient plus infectieux.

Il en va de même pour les contacts de quarantaine. Si vous êtes en quarantaine avec votre grand-mère de 90 ans, c'est dangereux. Nous devons donc reconnaître que lorsque nous ferons des patients et de leurs contacts les VIP du système, ils seront plus susceptibles de faire le nécessaire pour se protéger et cela nous protégera tous également. Fondamentalement, nous sommes tous dans cette affaire ensemble, et en travaillant ensemble, nous aurons les meilleures chances d'y parvenir en toute sécurité.

Dernière question : nous avons abordé, jusqu'ici, ce que nous devons faire immédiatement. À votre avis, à quoi ressemblera notre vie dans six mois, un an, deux ans, maintenant que nous entrons dans cette nouvelle normalité ?

Il y aura une nouvelle normalité, et personne ne peut prévoir l'avenir. Si nous avons un traitement très efficace ou si nous avons un vaccin sûr et efficace... En particulier un vaccin pourrait changer la donne, cela nous ramènerait à proximité de notre réalité d'avant COVID. Pas exactement là, mais près. Mais faire parvenir un vaccin à sept milliards de personnes n'est pas une petite affaire, et il y faudra une véritable solidarité et des programmes ciblés. Un traitement efficace aurait un effet proche.

Mais quoi qu'il arrive avec le COVID, je l'espère, une chose se produira, c'est que nous reconnaitrons qu'il est dans notre intérêt de combler les lacunes vitales qui existent dans le domaine de la préparation, partout dans le monde. Nous savons qu'il y a des angles morts, des endroits où nous ne détecterons pas une épidémie si elle démarre, des endroits où nous ne pourrions pas l'arrêter même si nous la détectons. Et il y a des millions de morts par an à cause de maladies évitables que nous ne parvenons pas à prévenir. Nous devons renforcer les systèmes mondiaux de détection, d'intervention et de prévention. Nous devons renforcer les systèmes qui nous assureront la sécurité. C'est une police d'assurance, et nous devons le faire aux États-Unis et à l'échelle mondiale. Et il y en a assez du sous-financement de la santé publique.

Nous finançons les soins quarante fois plus que la santé publique dans ce pays. Et pourtant, la plupart de nos progrès en matière de santé proviennent de la santé publique. Ne serait-ce pas génial si nous allouions les ressources en fonction de cette équation ? On ne fait pas ça. On ne le fait pas du tout dans ce pays. Il y a des années, j'ai écrit un article intitulé « Un système de soins comme si la santé comptait ». Parce que si vous regardez le système de soins aux États-Unis, nous le structurons sur beaucoup de critères, certains très importants, mais aucun de ceux-ci n'est « de combien avez-vous amélioré la santé ? ».

Un système de soins comme si la santé comptait. » Je pense que c'est ce que nous allons retirer de cette expérience et certainement de l'expérience des 8 600 étudiants de ce cours.

Dr. Frieden, merci beaucoup d'avoir passé ce temps avec nous.

Merci. Et bonne chance à vous tous, et faites de bons articles parce que cela a une importance cruciale.