

DE LA GRIPPE ESPAGNOLE AU CORONAVIRUS : 1920-2020 : RETOURS HISTORIQUES SUR DEUX PANDEMIES.

OLIVIER BUIRETTE

Docteur en Histoire contemporaine

Qualifié Maître de Conférences

Université Sorbonne Nouvelle

Directeur CEDIMES France

olivier.buirette@sorbonne-nouvelle.fr

Résumé

Une comparaison entre la grippe espagnole du début du XXe siècle et la situation gérée par la covid notamment, mais pas seulement, dans les PECO montre que les solutions pourraient bien être autant politiques que médicales et que l'UE a ainsi un grand rôle à jouer pour parvenir à leur mise en place.

Mots-clés : Grippe espagnole covid 19 comparaisons

Abstract

A comparison between the Spanish flue at the beginning of the 20 th century and the situation managed by covid, particularly, but not only, in the CEECs shows that the solutions could well be as much political as medical and that the EU thus has a major role to play, to achieve their implementation.

key words: Spanish flue covid comparison

Classification JEL Z0

Je souhaiterais évoquer quelques chiffres pour commencer entre la Grippe Espagnole et Covid fin 2020 : La Grippe Espagnole fit 100 millions de morts en 1920, contre 1,5 millions pour le Covid (fin 2020). Un demi milliards d'êtres humains contaminés en 1920... 70 millions en 2020... La population mondiale était en 1920 de 1,8 milliards d'habitants contre 7,8 milliards en 2020.

1920, année pourtant où le monde sortait du premier effroyable conflit mondial, fut pourtant une année terrible, en effet alors que la première guerre mondiale s'achève, voilà qu'une grippe atypique se déclenche pour devenir une effroyable pandémie qui devait décimer une bonne partie de la population mondiale en deux ans à peine. Notre but ici sera d'opérer un rappel historique de la dernière grande pandémie planétaire avant celle du coronavirus afin de livrer au lecteur un élément de comparaison avec ce qui nous concerne depuis bientôt presque

un an, tant je reste convaincu que le recul du passé est bien là pour tenter d'éclairer notre présent et un peu dissiper les incertitudes dans lesquelles nous nous débattons.

D) Rappel historique : la grippe espagnole

La pandémie grippale de 1918, dite « grippe espagnole », est une pandémie de grippe A (H1N1) due à une souche particulièrement virulente et contagieuse qui s'est répandue de 1918 à 1919. Bien que les premiers cas connus soient apparus aux États-Unis, on lui a attribué le nom de « grippe espagnole » car l'Espagne, non impliquée dans la Première Guerre mondiale, fut le seul pays à publier librement les informations relatives à cette épidémie.

Cette pandémie a fait de 20 à 50 millions de morts selon l'Institut Pasteur, et peut-être jusqu'à 100 millions selon certaines réévaluations récentes, soit 2,5 à 5 % de la population mondiale.

Selon l'historien Niall Johnson qui se base sur la fourchette basse, les plus grandes pertes ont touché l'Inde (18,5 millions de morts, soit 6 % de la population), la Chine (4 à 9,5 millions de morts selon les estimations, soit 0,8 à 2 % de la population), l'Europe (2,3 millions de morts en Europe occidentale, soit 0,5 % de la population) et les États-Unis (entre 500 000 et 675 000 morts, soit 0,48 à 0,64 % de la population).

Avant cette grippe de 1918, des pandémies de grippe se produisaient dans le monde en moyenne trois fois par siècle. Les flambées de grippe s'accélérent au fur et à mesure des siècles : « de 1700 à 1889, l'intervalle moyen entre deux pandémies est de cinquante à soixante ans. À partir de 1889, cet intervalle n'est plus que de dix à quarante ans. Cette accélération peut être due à une plus facile propagation du virus, entre autres liée à l'accroissement de la population, à l'urbanisation et à la plus grande fréquence des échanges internationaux ».

L'origine de la pandémie a d'abord été difficile à établir, plusieurs hypothèses ayant été suggérées :

Le rapport de recherches de Michael Worobey, Guan-Zhu Han et Andrew Rambaut, validés par Neil M. Ferguson de l'Imperial College de Londres, situe les premières souches entre 1889 et 1900, sur des jeunes Américains ayant développé des anticorps, invalidant de fait la thèse d'une épidémie qui aurait été importée de Canton en 1918. Selon le Professeur Berche, « De mauvaises conditions sanitaires, des populations affaiblies et de grands rassemblements. » « On pense que la grippe espagnole est apparue d'abord au Kansas où elle a contaminé de jeunes soldats américains, qui étaient réunis trois mois dans des camps de formation militaire, à raison de 50 000 à 70 000 individus, avant de traverser le pays et de prendre la mer pour l'Europe ».

Les cas précoces et mortels d'infections respiratoires signalés dès 1916 dans le camp britannique d'Étaples dans le Pas-de-Calais (France), où les Britanniques installèrent le plus grand complexe hospitalier de tous les temps, et à Aldershot au Royaume-Uni, pourraient être à l'origine de l'épidémie. Le camp d'Étaples en particulier concentrait « tous les ingrédients pouvant favoriser l'émergence d'une pandémie grippale : surpeuplement, cochons vivant à proximité d'oies, de canards, de poulets et de chevaux, et gaz utilisés en grande quantité ».

L'historien Pierre Darmon enfin a signalé plusieurs épidémies de pneumonies ayant touché les travailleurs annamites en France entre 1917 et 1918.

Au fil des années, des travaux scientifiques ont été publiés, affinant l'origine géographique du virus, et semblant valider scientifiquement les États-Unis : le rapport de l'*Oxford Academy*, publié dans le magazine *Evolution, Medicine, and Public Health*, volume 2019, étudie les trois thèses qui avaient jusque-là été évoquées (États-Unis, France et Chine), et réfute la Chine arguant que les écrits de l'époque s'appuyaient uniquement sur des données symptomatiques, et non sur la science, la microbiologie en 1918 étant peu développée. Le rapport valide donc, données à l'appui, une origine au Kansas.

Loring Miner, un médecin du Kansas rural, rencontra des cas dans les premières semaines de 1918. Miner, alerté par le taux de mortalité envoya un rapport aux autorités sanitaires. Quelques semaines plus tard, l'un des premiers foyers épidémiques aurait éclaté, vers la base militaire de Fort Riley au nord-est de l'État. L'épidémie se serait propagée ensuite à la fois en Amérique du Nord et vers l'Europe, lors du débarquement de la force expéditionnaire américaine à Bordeaux en avril 1918.

Les débuts de cette pandémie sont discrets, car le virus n'est pas initialement mortel : l'origine du virus-père de la grippe de 1918, dite « grippe espagnole », est restée pendant longtemps incertaine.

Dès les années 1916-1917, la « pneumonie des Annamites » fait des ravages parmi les ouvriers ou soldats d'origine indochinoise présents en France, qui meurent de façon fulgurante de syndromes respiratoires aigus. Il est suspecté que cela soit la première vague de cette grippe.

Le premier cas est officiellement enregistré le 4 mars 1918 dans le camp militaire de Funston dépendant de Fort Riley au Kansas. Le patient zéro aurait été un certain Albert Gitchell, un fermier appelé sous les drapeaux, contaminé par l'un de ses oiseaux, lui-même contaminé par un oiseau sauvage renforçant ainsi encore une fois l'hypothèse aviaire. La maladie s'y étend, et dès avril elle apparaît dans un cantonnement britannique à Rouen. L'épidémie se répand rapidement, par le biais des mouvements de troupes alliées, d'abord à Glasgow en Grande-Bretagne, au mois de mai, puis aux États-Unis, et enfin en Italie et en Allemagne, atteignant son apogée durant le mois de juin 1918, moment où les premiers cas sont signalés en Nouvelle-Écosse.

Ces pays sont en guerre et censurent les informations sur la maladie pour ne pas affecter le moral des populations. Aussi, quand en mai 1918 la grippe atteint l'Espagne, la presse espagnole est-elle la première à en décrire les effets. C'est pour cette raison que l'épidémie a souvent été qualifiée en Europe de « grippe espagnole », sauf en Espagne où elle porte le sobriquet de « Soldat napolitain ».

En juillet, l'Europe considère l'épidémie comme pratiquement terminée, bien qu'ayant atteint un nombre élevé d'individus, surtout dans les armées, mais s'étant manifestée sans gravité, étant de courte durée, et avec des symptômes classiques.

Simultanément à ces épidémies internationales, d'autres foyers épidémiques plus restreints sont observés en Inde et en Nouvelle-Zélande, en juillet, et en Afrique du Sud, en août. On ignore

aujourd'hui encore s'il s'agit d'une seule ou de différentes souches, toutes n'engendrant cependant que des symptômes bénins.

Septembre 1918 : l'épidémie américaine devient mortelle

C'est aux États-Unis, dans la région de Boston, aux environs du 14 septembre, que les premiers cas mortels d'une grippe, bientôt tristement connue sous le nom de « grippe espagnole », sont signalés.

À compter de cette date, cette vague virale, bien qu'étant dans la lignée directe de la précédente, se caractérise par une mortalité 10 à 30 fois plus élevée que les épidémies grippales habituelles, soit un taux de mortalité moyen situé entre 2,5 et 3 % des grippés. Les symptômes, auparavant décrits comme bénins par un journal de l'époque, sont « une tendance à l'hémorragie des attaques aux poumons, dont le résultat était souvent fatal. L'épidémie sévit avec plus de sévérité en octobre »

Du fait de sa grande contagiosité, l'épidémie se répand partout où les voyageurs contaminés, civils ou militaires, vont au gré des transports ferroviaires et maritimes de cette époque, inconscients du danger et de la puissance meurtrière de ce qu'ils portent. Dès le 21 septembre 1918, dans l'ensemble du Nord-Est des États-Unis, des côtes américaines du golfe du Mexique, ainsi qu'en Californie et dans la majorité des grandes villes de l'Est américain, sont signalés des décès dus à la grippe : c'est le début d'une augmentation significative et anormale du nombre de cas mortels.

Dans le même temps, les premiers cas sont signalés en Europe, le virus y est probablement apporté par le biais de renforts américains venus aider les armées alliées. Une semaine plus tard, début octobre 1918, c'est l'ensemble du territoire des États-Unis et de l'Amérique du Nord qui est atteint. Il aura suffi de 15 jours à ce virus pour être présent dans toute l'Amérique du nord.

C'est alors seulement que l'épidémie prend réellement une ampleur considérable. En effet, si elle était déjà présente dans l'ensemble de ces territoires, le nombre de contaminés n'était pas encore très élevé. Et c'est seulement après sa dissémination que le nombre de contaminés explose.

Aussi, c'est le mois d'octobre 1918 qui voit le plus de cas mortels aux États-Unis : un taux de mortalité de près de 5 % chez les malades, soit, rapporté à la population entière (30 à 40 % de la population est atteinte), un taux de mortalité global de 2 %. L'État américain, ainsi que la population, prennent soudainement conscience de l'importance de cette épidémie.

C'est sur le même schéma que l'Europe, puis le reste du monde, sont à leur tour atteints.

Octobre 1918 : l'épidémie devient pandémie

À Seattle, le poinçonneur a ordre de ne pas laisser monter les passagers non munis de masques. Durant près d'un an, les transports et l'économie de tous les pays seront affectés par les mesures d'hygiène.

Dans tous les pays, les hôpitaux sont débordés et il faut construire des hôpitaux de campagne.

Les États-Unis sont brutalement submergés par cette épidémie nouvelle. Bon nombre de villes américaines sont paralysées du fait du grand nombre de malades, ainsi que du grand nombre de personnes refusant d'aller travailler. Alors que les médecins américains, désemparés, sans aucune information ou aide possible, font face à cette épidémie du mieux qu'ils le peuvent, une infirmière sur quatre meurt. Alors que cette épidémie, à son apogée de puissance aux États-Unis, y sème le chaos, le désarroi, et surtout la mort, l'Europe compte ses premiers morts dans les rangs des militaires alliés. Avec son arrivée en Europe, ce virus devint international, ce qui annonce déjà son originalité.

Suivant la même évolution qu'aux États-Unis, la maladie, partant du Nord-Est de la France, conquiert bien vite l'ensemble des tranchées alliées ainsi que le territoire français et, du fait des mouvements de troupes britanniques, gagne la Grande-Bretagne.

Vers le 15 octobre, l'épidémie atteint, en France, puis en Angleterre, une importance considérable. Avec une à deux semaines de décalage, l'Espagne, l'Italie, l'Allemagne et l'ensemble des pays limitrophes comptent leurs premiers morts. De là, l'Europe étant à l'époque le centre colonisateur du monde, des bateaux, avec à leur bord des marins grippés, partent vers l'Afrique, l'Amérique du Sud, les Indes et la Chine, ainsi que vers l'Océanie, ces marins colportant vers ces terres alors encore épargnées une épidémie qui, de fait, devient alors pandémie.

Fin octobre et début novembre, d'abord en France et en Grande-Bretagne, ensuite dans l'Europe entière durant le mois de novembre 1918, l'épidémie devient aussi grave qu'aux États-Unis. Max C. Starkloff, médecin de la ville de Saint-Louis (Missouri) met en place un des premiers cas de distanciation sociale en médecine moderne, en ordonnant la limitation du nombre de personnes pouvant s'attrouper et en fermant les écoles. Saint-Louis a ainsi un des taux de mortalité les plus bas des États-Unis (moins de 60 pour 100 000 environ, six semaines après que les premiers cas ont été signalés).

Cependant, les populations européennes, affaiblies par quatre ans de guerre et de pénuries, subissent des pertes, pires encore que celles des États-Unis, proportionnellement à leur population. Des villes entières sont paralysées, autant par la maladie que par sa crainte. Aux États-Unis, l'épidémie perd enfin de sa force, après deux mois de choc : septembre, mois de la propagation, et octobre, mois des morts.

En Europe, pour la France et la Grande-Bretagne, après une propagation en octobre (avec déjà un grand nombre de morts), c'est principalement novembre, en raison des infrastructures sanitaires débordées, qui voit les plus grandes vagues de mortalité. Pour les autres pays d'Europe, la période de propagation s'étend de mi-octobre à mi-novembre, celle du pic de mortalité, de mi-novembre à mi-décembre. La censure de guerre limite l'écho médiatique de la pandémie, les journaux annonçant qu'une nouvelle épidémie touchait surtout l'Espagne, pays neutre publiant librement les informations relatives à cette épidémie, alors que celle-ci fait déjà des ravages en France.

Parmi les comptoirs et colonies européennes, seule l'Australie est en mesure d'appliquer une quarantaine rigoureuse. Pour les autres, l'épidémie est inévitable : les Européens qui

débarquent amènent avec eux le virus. À partir de début novembre 1918, le virus se répand très vite dans toute l'Afrique, l'Amérique latine, les Indes, la Chine ainsi qu'en Océanie. Le pourcentage de malades oscille entre 30 et 80 % de contaminés dans les populations locales, parmi lesquels de 1 à 20 % de cas mortels. Les vagues épidémiques, là aussi, durent de l'ordre de deux mois sur une région. La pandémie est donc enrayerée vers le début de janvier 1919, avec un pic de mortalité en décembre 1918.

Après deux mois d'accalmie, de décembre 1918 à janvier 1919, l'année 1919 voit étrangement une recrudescence importante du nombre de cas. Cette troisième « vague » est toutefois moins grave, les individus atteints lors des deux premières vagues présentant désormais une immunité, et ne pouvant donc ni être contaminés ni colporter le virus. Ce retour de la pandémie déclenche des foyers épidémiques disséminés sur la planète, notamment dans les régions jusqu'alors épargnées, comme l'Australie, où il ne sera résorbé qu'en août 1919.

Certains pays seront encore touchés en 1919 et 1920 ; le dernier cas est signalé en juillet 1921, en Nouvelle-Calédonie.

En un peu plus d'un an, la pandémie aura fait finalement plus de victimes (voir les évaluations dans le chapeau) dans le monde que la Première Guerre mondiale entre août 1914 et novembre 1918.

Les caractéristiques génétiques du virus ont pu être établies grâce à la conservation de tissus prélevés au cours d'autopsies récentes sur des cadavres inuits et norvégiens conservés dans le pergélisol (sol gelé des pays nordiques). Ce virus est une grippe H1N1 dont l'origine aviaire est fortement suspectée à la suite de l'identification en 1999 de la séquence complète des 1 701 nucléotides du gène de l'hémagglutinine. Le virus est à l'origine de trois vagues principales :

« virus père », souche inconnue : virus de grippe source, à forte contagiosité mais à virulence normale (mortalité de 0,1 %) qui, par mutation, donna le virus de la grippe espagnole. Le virus père ne fut identifié qu'en février 1918 par le médecin généraliste Loring Miner du Comté de Haskell au Kansas et suivi rigoureusement qu'à partir d'avril (après une épidémie touchant des milliers de soldats américains dans le Camp Fuston en mars), et jusqu'à juin 1918 (gagnant l'Europe lors du débarquement des troupes américaines à Brest, Bordeaux, Étapes), alors qu'il sévit probablement dès l'hiver 1917-1918 en Chine.

« Virus de la grippe espagnole », souche H1N1 se révélant être de même origine que le « virus père » qui a muté, les personnes atteintes lors de la première vague sont en effet immunisées lors de la deuxième : virus à forte virulence apparemment apparu aux États-Unis (attesté à la parade de Philadelphie) ; cette appellation inclut généralement aussi son « virus père ». Cette version plus létale (mortalité de 2 à 4 %) sévit en deux vagues meurtrières, l'une de mi-septembre à décembre 1918, l'autre de février à mai 1919. Tous les continents et toutes les populations ont été gravement touchés.

*Du fait de l'absence d'étude sur des souches originales du virus de la grippe espagnole, aucune souche n'ayant pu être conservée, il est impossible de déclarer, aujourd'hui du moins, quelle est la source qui a vu apparaître le « virus père ». Il y a cependant deux hypothèses possibles concernant l'apparition du « virus père » de la grippe espagnole : la première est que

ce virus proviendrait de la mutation d'un virus humain préexistant ; dans ce cas, il devrait n'être que faiblement différent de l'original, et les populations humaines devraient, en bonne partie, être immunisées. La seconde est qu'il proviendrait d'une souche nouvelle, provenant d'une autre espèce, notamment les espèces aviaires, qui sont des réservoirs naturels de bon nombre de virus. C'est effectivement souvent ainsi qu'apparaissent les nouvelles souches de virus de la grippe : par l'interaction de populations humaines, porcines et aviaires.

Si cela demeurait inconnu à l'époque, il est désormais attesté que les différentes espèces d'oiseaux, notamment les canards domestiqués, sont des réservoirs naturels de quantité de virus et que ceux-ci peuvent, sous certaines conditions, se transmettre à d'autres espèces, tels les porcs. Or, le mode d'organisation traditionnel de la paysannerie mettait en contact direct et continuels les oiseaux de basse-cour, les porcs et les humains. Les premiers, souvent des canards, sont un réservoir naturel de virus. Les populations porcines subissent ainsi continuellement l'assaut des virus grippaux aviaires, qu'ils ne craignent normalement pas du fait de la barrière des espèces. Mais ce contact continuels permet, le cas échéant, aux variantes des virus de s'adapter au système immunitaire « mammalien ». Et du fait que le système immunitaire des porcs est proche de celui de l'homme, les virus grippaux aviaires peuvent donc atteindre l'homme par le biais des porcs.

Des chercheurs américains ont d'ailleurs publié en octobre 2005, dans les revues *Science* et *Nature*, une étude sur un virus de la grippe espagnole reconstitué (à partir d'un prélèvement de poumon d'une femme décédée lors de la pandémie de 1918 en Alaska et enterrée dans le pergélisol), qui tend à montrer que son origine était aviaire.

Ce que l'on sait de ce virus père tient en ses propriétés pathologiques. Il était somme toute assez commun : durée d'incubation très courte (de 1 à 2 jours), immense majorité de cas bénins et mortalité habituelle d'environ 0,15 %, soit un cas mortel sur 700 malades, particulièrement chez les vieillards et les nourrissons, comme c'est encore le cas aujourd'hui. Ces cas mortels n'étaient pas dus au virus lui-même mais, du fait de l'affaiblissement de l'organisme qu'il entraîne, à des complications de maladies normalement non mortelles (bronchite, pneumonie...).

Ce virus « père » ne diffère de ceux des autres gripes que par une contagiosité plus élevée qu'à l'accoutumée, lui permettant d'engendrer une épidémie timidement internationale, cela n'est pas encore assez pour être appelé pandémie.

Cette grippe se caractérise d'abord par une très forte contagiosité : deux fois plus élevée qu'une grippe saisonnière et légèrement supérieure à un simple rhume. C'est cela qui lui permit de devenir une pandémie. Une fois arrivée en un lieu donné, l'épidémie s'étend rapidement du fait que les malades transportent et propagent le virus durant les deux premiers jours de leur infection, tout en ne présentant aucun symptôme ; or dans ces cas, le virus avait contaminé dès la première semaine, avant même les premiers morts, une impressionnante partie de la population. La morbidité (proportion de cas de grippe dans une population) était extrême, près de 30 % de la population était atteinte après 15 jours.

Elle se caractérise ensuite par une période d'incubation de 2 à 3 jours, suivie de 3 à 5 jours de symptômes : fièvre, affaiblissement des défenses immunitaires, qui finalement permettent l'apparition de complications normalement bénignes, mais ici mortelles dans 3 % des cas, soit

20 fois plus que les gripes « normales ». Elle ne fait cependant qu'affaiblir les malades, qui meurent des complications qui en découlent.

La mortalité importante était due à une surinfection bronchique bactérienne, mais aussi à une pneumonie due au virus. Le malade, prostré, se plaignait de douleurs dans la poitrine, son visage devenait violacé, une mousse sanguinolente s'échappait de ses lèvres. En quelques heures, plus de la moitié de ces cas se terminèrent par la mort. Un pic de mortalité était observé du 15^e au 30^e jour de l'épidémie, suivi d'une décroissance lente du nombre de cas. Ce n'était généralement qu'au bout de deux mois que l'épidémie s'essouffait, poursuivant ailleurs son œuvre.

Dans l'ensemble, ce ne fut non pas la grippe en elle-même, mais les complications pulmonaires qui la suivirent qui furent ainsi la cause principale des cas mortels. Avec les gripes précédentes, seuls 1 % des grippés présentaient des complications pulmonaires plus ou moins graves, et parmi ceux-ci, seuls 1 % des cas était mortels. Avec cette vague de grippe espagnole, ce fut près de 15 à 30 % des grippés qui présentèrent des complications pulmonaires, et environ 10 % de ces cas eurent une issue fatale. Soit, sur une population de 10 000 grippés, 100 complications pulmonaires, un décès pour les épidémies communes. Pour une épidémie de grippe espagnole, il y avait de 1 500 à 3 000 complications pulmonaires et de 150 à 300 décès. C'est-à-dire jusqu'à 300 fois plus de morts.

Il est à noter, et c'est une spécificité de cette grippe, que le taux de mortalité est anormalement haut pour la tranche d'âge de 20 à 40 ans, qui représenta 50 % des décès, avec un pic anormal de la mortalité vers 30 ans, cette tranche d'âge étant habituellement et clairement la moins touchée. L'atteinte préférentielle d'adultes jeunes pourrait peut-être s'expliquer par une relative immunisation des personnes plus âgées ayant été contaminées auparavant par un virus proche. Le P^r Julien Besançon dans son livre *Les jours de l'homme* situe très précisément la date de cette immunisation. Il s'agit de l'épidémie de « grippe pneumonique » de 1885-1889 qui, à l'Hôpital de la Pitié où il était interne, tua 2 malades sur 3. Une autre hypothèse serait le système immunitaire de cette classe d'âge qui a trop vigoureusement réagi à ce nouveau virus, en déclenchant un *choc cytokinique* qui endommageait tous les organes, au point de tuer nombre de malades.

Bien que les personnes plus âgées (notamment vers 60 ans), les adolescents et les nourrissons aient subi une morbidité particulièrement élevée, ils ne subirent pourtant pas davantage de pertes (mortalité) qu'à l'accoutumée. Le nombre de complications pulmonaires ainsi que la mortalité restent étrangement faibles au regard de la virulence de cette épidémie et de leur grande vulnérabilité habituelle face aux gripes, telle celle de 1957, ou d'autres, même anodines. La cause de ces anomalies de répartition de la mortalité, ainsi que de sa forte mortalité, plus encore celle des adultes, reste aujourd'hui encore inconnue.

Avec un système immunitaire très affaibli, pour les malades guéris de cette grippe entre fin 1918, et l'hiver 1918-1919, les complications au niveau de l'organisme restaient très présentes, des années après : ainsi, par exemple, une femme qui attendait un enfant en 1922 après avoir été malade durant l'hiver 1918-1919 pouvait décéder lors de l'accouchement. Les conséquences sanitaires de l'impact de cette pandémie furent ainsi mésestimées sur le long terme par les autorités sanitaires des pays concernés. Cependant, pour les chercheurs et les

historiens, des données sont encore disponibles dans les archives médicales et sanitaires de certains pays.

Plusieurs études laissent penser que cette épidémie pourrait avoir été à l'origine d'un premier baby-boom (y compris dans des pays neutres) après la guerre.

La grippe fut l'occasion de déployer certains gestes barrières : lavage des mains, interdiction de cracher dans la rue, interdiction des attroupements, « rester chez soi» (en anglais, « *shelter-in-place* »), port du masque, mise en quarantaine, fermeture d'écoles, interdiction de services religieux, fermeture de divertissements publics, interdiction de l'affluence dans les commerces.

Toutefois, les réglementations des gestes barrières variaient selon les régions et les pays. Aux États-Unis par exemple, la ville de Seattle se protégea plus que Philadelphie, tandis qu'à San Francisco une controverse apparut autour de l'obligation de porter des masques, culminant dans la Ligue anti-masque qui parvint à faire lever cette obligation en février 1919, lors de la seconde vague d'infections dans la ville.

Autre exemple, en France, pays englué dans la Première Guerre mondiale depuis 1914, avec des combats sur une partie de son territoire, aucune mesure générale n'est prise par les autorités jusqu'en août 1918. Les premières décisions coercitives sont prises en automne 1918. L'État publie alors des circulaires invitant les préfets à prendre des mesures d'hygiène contre la propagation de l'épidémie : fermer les écoles et théâtres, éviter les rassemblements, désinfecter les transports, etc. Leur mode d'application concrète est laissé à l'initiative des préfets et des municipalités. Il paraît difficile d'ordonner des mesures générales alors que la circulation du virus est mal cernée : « Les autorités n'avaient pas de représentation exacte de la géographie de l'épidémie. ». De plus, toute mesure générale risque de devenir un signe de faiblesse en direction de l'ennemi. Les décisions locales sont plus discrètes. Des consignes de distanciation physique existent aussi, mais elles sont appliquées dans les hôpitaux et ne sont pas préconisées à l'ensemble de la population.

On a finalement constaté que la pandémie de 1918-1919 fut essentiellement caractérisée par trois faits :

- **Une proportion de population infectée élevée, évaluée à 500 millions soit 27 %** de la population mondiale de 1,8 à 1,9 milliard d'habitants en 1918. Ceci s'expliquant par le fait qu'il s'agissait d'un virus grippal de type nouveau vis-à-vis duquel la population ne possédait aucune immunité ;
- **Un taux de mortalité induit (ce n'est souvent pas la grippe qui tue directement)** inhabituellement important pour une grippe, dans une fourchette estimée de 2 à 10 % des personnes infectées. De 20 à 50 millions de personnes selon le site de l'institut Pasteur, voire jusqu'à 100 millions selon certaines réévaluations récentes, en périrent ;
- **Une courbe de mortalité inhabituelle**, avec un pic sur les 20–40 ans, notamment aux alentours de 30 ans.

Un article dans le *Lancet* en 2006, réalisé par des chercheurs qui ont étudié les registres de décès de 27 pays, montre que la mortalité due à cette grippe varie d'un facteur 30 selon les régions, corrélée au revenu économique moyen par habitant : à 10 % de revenu moyen en plus

par habitant correspond une baisse de 10 % de la mortalité (corrélation linéaire inversement proportionnelle). Le lien entre la mortalité de cette épidémie et la pauvreté est ainsi établi.

Plus précisément, au cours de ces différentes vagues, il y eut 549 000 décès aux États-Unis, premier pays touché. En France, une étude fait état de 240 000 morts dont 33 000 dans l'armée, au Royaume-Uni de 153 000, en Allemagne de 426 000 morts, au total 2 300 000 pour 14 pays d'Europe occidentale (donc vraisemblablement plus de 4 000 000 pour l'ensemble de l'Europe en comprenant l'Autriche-Hongrie, les autres pays d'Europe orientale et la Russie). Dans les pays belligérants, la pandémie survenue dans des sociétés meurtries depuis 4 ans, a été cependant moins meurtrière que la guerre qui a coûté, dans son ensemble la vie à 18 600 000 personnes, y compris les victimes civiles, en grande majorité en Europe.

La grippe espagnole a frappé plus massivement les pays n'ayant pas ou peu participé au conflit. Dans l'ensemble du Monde, la grippe a fait plus de morts que la guerre.

En Inde il y aurait eu au minimum 18,5 millions de morts, soit 6 % de la population, en Chine de 4 à 9,5 millions soit 0,8 à 2 % de la population, ce nombre ne pouvant être estimé dans ces deux pays que dans une fourchette très large, au Japon, près de 250 000.

En Océanie, le bilan relatif varie selon les pays. Le gouvernement des Samoa américaines isola l'archipel et parvint à protéger sa population. À l'inverse, les autorités néo-zélandaises des Samoa occidentales firent preuve de négligence, et 90 % de la population fut infectée. 30 % de la population adulte masculine, 22 % des femmes et 10 % des enfants périrent. Des navires quittant les ports néo-zélandais apportèrent la grippe aux Tonga, à Nauru et aux Fidji ; les taux de mortalité s'y élevèrent à 8 %, 16 % et 5 %, respectivement. Le taux de mortalité en Nouvelle-Zélande elle-même fut de 5 %.

Pour les autres pays, tels que les colonies africaines, l'Amérique du Sud et la Russie (alors en pleine refonte communiste), il n'est fait mention nulle part de quelconques statistiques, mais on peut, en fonction des populations de l'époque et de la mortalité moyenne, y estimer le nombre de morts total à près de 6 millions. On obtient ainsi au minimum de 20,5 millions à 21,5 millions de morts dus à cette pandémie, des évaluations atteignant jusqu'à 100 millions.

Après plus de 50 millions de morts emportés par la guerre et cette grippe, la pandémie s'achève définitivement vers le début de l'été 1919. En fait, elle s'est scindée en une lignée spécifiquement porcine et une spécifiquement humaine puis est devenue par la suite une grippe saisonnière sous une forme beaucoup moins virulente, évoluant par vagues tous les ans jusqu'à aujourd'hui (le virus père H1N1 étant repéré jusqu'en 1957, date à partir de laquelle il s'est réassorti en virus de type A, souche H2N2 de la « grippe asiatique », puis virus de type A, souche H3N2 de la « grippe de Hong Kong » de 1968), les gripes humaines actuelles provenant toutes du virus de 1918 à partir de combinaisons, mutations ou réassortiments.

Du fait, sans doute, de la priorité militaire de l'époque, et malgré la virulence de cette pandémie mondiale, aucune étude scientifique approfondie ne fut entreprise. Seuls quelques médecins isolés comme Loring Miner écrivirent de petits traités exposant les symptômes constatés, des statistiques de contamination ou de taux de mortalité. Les rares prélèvements conservés (par exemple dans de la paraffine solide) s'avèrent aujourd'hui dégradés et inutilisables.

Aucune souche n'ayant pu être conservée, aucune étude n'a pu être faite sur l'origine de sa contagiosité et de sa virulence, l'une comme l'autre restant inexplicables jusqu'en 1950, date à laquelle le chercheur Johan Hultin découvre des tissus contenant des traces du virus sur des corps d'Inuits enterrés dans le permafrost d'Alaska.

Cette pandémie a fait prendre conscience de la nature internationale de la menace des épidémies et maladies, et des impératifs de l'hygiène et d'un réseau de surveillance pour y faire face. Le Comité d'hygiène de la Société des Nations (SDN), ancêtre de l'OMS, a été créé à la suite de cette épidémie.

Une épidémie qui fit parmi ses victimes célèbres : Egon Schiele, Franz Kafka, Max Weber ou encore Apollinaire.

II) Des conséquences sur les PECO : Une fragilisation ?

Alors que beaucoup de pays en cette fin de second confinement abordent la seconde série d'allègement en espérant que la campagne de vaccination enrayera les menaçantes 3^e et 4^e vagues annoncées pour 2021, il est à noter que ce phénomène inédit provoque une véritable crise globale, affrontée comme elle le peut par l'Union européenne, tout comme les précédentes, crise migratoire (non encore terminée), crise de l'Euro, crise grecque, crise financière, crise bancaire etc. etc.

Cette fois ci, cette épidémie entraîne dans la plupart des pays des réactions différenciées en fonction du taux de malades et surtout de la progression de la maladie. Si l'Italie, la France et l'Espagne sont en Europe les 3 pays les plus violemment touchés avec des dizaines de milliers de cas au moment où nous écrivons ces lignes, les pays d'Europe centrale et aussi des Balkans ne sont pas épargnés et les réactions des gouvernements face à l'épidémie sont révélatrices bien souvent des tendances prises par des pays où des leaders populistes sont installés solidement au pouvoir et renforce ainsi leurs mesures politiques de repli sur soi, il est vrai assez inévitables en période pandémique.

Au début de l'épidémie, le 21 mars nous pouvions dénombrer un nombre de cas déclarés en Europe centrale tous pays confondus de 4 960 cas dont 425 pour la Pologne, 833 pour la République tchèque et 137 pour la Slovaquie ainsi que 308 pour la Roumanie et seulement 85 pour la Hongrie alors que l'Autriche comptabilisait 2 649 cas. Pour les Balkans nous étions à cette date à 854 cas en tout.

Ces chiffres sont à relativiser bien sûr, ne serait-ce que par rapport au mode de comptage surtout en les comparant aux voisins immédiats à la même date soit : 670 cas pour la Turquie et 253 pour la Russie et sans oublier l'Italie avec 47 021. Certes ces chiffres sont une photographie de la situation à l'instant T. Mais cette rapide photographie de la pandémie en Europe centrale et dans les Balkans montre bien que nous sommes face à une crise globale et qu'une fois encore il est nécessaire que l'Union européenne puisse y apporter une réponse concertée. Hélas ce n'est pas le cas dans l'immédiat et les 27 pays membres se sont donnés le 26 mars derniers deux semaines pour adopter une réponse commune sur le plan économique aux conséquences de cette crise sanitaire inédite, notamment sur la question des « Corona

Bounds », une idée proposée par la France pour contrer les conséquences économiques de la crise. Comme dans cette crise et comme pour les précédentes nous pouvons dire que sans doute une gouvernance resserrée entre les 27 aurait permis d'affronter cette énième crise de manière plus efficace. Il faudra attendre fin 2020 pour qu'enfin un accord soit trouvé sur la distribution de l'aide européenne retenue sous le nom de « plan de relance européen. »

Toujours est-il que les fermetures de frontières et la crise sanitaire actuelle ne font que renforcer encore les états de la région aux pouvoirs populistes déjà bien installés, comme la Hongrie par exemple où Victor Orban en place depuis 2010 a annoncé le 31 mars dernier une prolongation sans limite de l'état d'urgence et des pouvoirs encore plus étendus ce qui n'est pas sans inquiéter les autorités de l'UE.

Ce qui est certain c'est que les conséquences de cette crise se prolongeront au-delà de la période de confinement actuelle et que ce qui en sortira sera à coup certain une région encore plus fragilisée qu'avant avec de grands défis à relever. En effet et on le voit bien, ce qui se passe à l'heure actuelle ne fait que creuser encore plus les problèmes constatés avant la pandémie. A ce titre on rappellera le recul de la position de l'UE dans la zone de l'Ex Yougoslavie où avant la pandémie, le président français avait renvoyé à 10 ans au moins les prochains élargissements renforçant ainsi un certain retour des influences russes et turques dans la région. Après la crise ce problème se présentera à nouveau aux européens et quelles réponses auront-ils alors à donner ?

Pourtant, affronter une menace aussi globale devrait en principe renforcer la notion de coopération entre les états au lieu d'accentuer leurs divergences.

C'est bien la seule note d'espoir que nous pouvons avoir sur l'opportunité d'un renforcement de la mise en commun des moyens de lutte contre le coronavirus au sein de l'Union européenne ce qui pourrait alors à la fin de cette crise pouvoir enfin donner un nouvel élan à une relance de la poursuite de la construction d'une Europe plus solidaire où un esprit collectif serait alors de nouveau à l'œuvre pour le bonheur de notre bien commun à tous.

Conclusions

Alors que l'année 2020 s'achève, celle-ci aura été occupée 10 mois sur 12 par ce que l'on considérerait comme une petite grippe pour devenir une pandémie avec des chiffres qui commencent sérieusement à inquiéter en cette fin d'année. Le monde qui succédera à cette épreuve globale en restera marqué et il reviendra aux historiens du futur d'en déterminer les conséquences bien difficiles à mesurer encore maintenant.

Les grands ensembles auront été fortement éprouvés et l'Union Européenne n'y échappe pas et, bien qu'elle ait affronté cette épreuve dans le désordre, il est à n'en pas douter probable que paradoxalement cette crise pandémique renforcera la coopération entre les états membres et l'accélération du cimentage d'un discours commun entre Européens ? Il est en tout cas permis de l'espérer car cette crise que le monde n'a pas encore à l'heure actuelle fini de traverser n'est sans doute pas la dernière de cette nature tant les événements globaux depuis ce début de 21^e siècle se multiplient à une vitesse de plus en plus étonnante.

Paris, le 15 décembre 2020,

Bibliographie

- Documents de la conférence de l'Institut Pasteur : La Grippe espagnole de 1918.
- Avner Bar-Hen et Patrick Zylberman, « *La presse parisienne et la grippe « espagnole » (1918-1920)* », Les Tribunes de la santé, no 47 « La santé à la une », été 2015, p. 35-49
- Pierre Darmon, « *Une tragédie dans la tragédie : la grippe espagnole en France (avril 1918-avril 1919)* », Annales de démographie historique, no 2, 2000,
- Ryan A. Davis, *The Spanish Flu : Narrative and Cultural Identity in Spain, 1918*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2013
- Karl Feltgen (docteur), « *La grippe « espagnole » à Rouen* », Études normandes, no 1 (56e année) « Images et Perspectives », 2007
- Claude Hannoun, La Grippe, éd. Techniques EMC (Encyclopédie médico-chirurgicale), Maladies infectieuses, 8-069-A-10, 1993.
- Jacques Houdaille, « *La grippe espagnole, la mal nommée* », Population, Paris, Éditions de l'INED, no 1 (28e année), janvier-février 1973
- Olivier Lahaie, « *L'épidémie de grippe dite « espagnole » et sa perception par l'armée française (1918-1919)* », Revue historique des armées, no 262, 2011
- Laura Spinney (trad. Patrizia Sirignano), *La Grande tueuse : comment la grippe espagnole a changé le monde* [« Pale Rider : The Spanish Flu of 1918 and How it Changed the World »], Paris, Albin Michel, 2018
- (en) J. Tautenberger et coll., « Characterization of the 1918 influenza virus polymerase genes », Nature, 6 octobre 2005.
- (en) T. Tumpey T et coll. « Characterization of the reconstructed 1918 spanish influenza pandemic virus », Science 2005, pp. 77-80.
- Freddy Vinet, *La grande grippe : 1918, la pire épidémie du siècle : histoire de la grippe espagnole*, Paris, Vendémiaire, coll. « Chroniques », 2018
- (en) Michael Worobey, Guan-Zhu Han et Andrew Rambaut, « *Genesis and pathogenesis of the 1918 pandemic H1N1 influenza A virus* »
- Christine Ockrent, *La Guerre des Récits*, Paris, L'Observatoire, 2020
- Hubert Védrine, *Et Après*, Paris, Fayard, 2020