

**PROGRAMME
HUMANITAIRE &
DÉVELOPPEMENT**

LA SANTÉ EN 2016, LE VÉRITABLE CONFLIT OUBLIÉ

Par Dr Anne SENEQUIER

CHERCHEUSE ASSOCIÉE À L'IRIS

JANVIER 2017

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ MONDIALE – *GLOBAL HEALTH*



Au moment de célébrer la nouvelle année qui débute et de lui souhaiter de porter tous les espoirs que l'on met en elle, il est aisé de se souvenir de quelques éléments marquants de 2016. Les attentats de Nice, Bruxelles, les JO, L'arrivée de Trump à la présidence américaine, le referendum sur le Brexit, le conflit syrien, les migrants, Daesh, l'Euro... On aura plus facilement tendance à oublier ce qu'il s'est passé dans le domaine de la santé, un sujet qui nous touche pourtant tous. Nous souvenons-nous, ou au moins avons-nous su qu'en Europe, et pour la première fois depuis 1969, nous avons perdu de l'espérance de vie, des points de Quotient intellectuel (QI) et que le taux de décès lié à l'alcool a augmenté en 2016 ?

OFFENSIVE DES AGENTS PATHOGÈNES ; REVIREMENT DE SITUATION

Nous parlons d'Europe pour peut-être nous sentir un peu plus concernés, mais les pathologies se sont toujours jouées des frontières que l'homme s'est obstiné à dessiner au sol. Sans passeport les virus et autres agents pathogènes ont su devenir pandémie et modeler l'histoire de l'humanité. La grande peste, la grippe espagnole qui fit plus de victimes que la Première Guerre mondiale ou plus loin la variole, typhoïde et rougeole véritables conquistadors à qui l'on doit la colonisation européenne des Amériques au XVI^e siècle.

En 2016¹ l'OMS a répertorié 134 flambées épidémiques à travers le globe contre 55 en 2010.

Le virus « Zika » a sévi en Amérique latine, la grippe aviaire en Asie, le Coronavirus du syndrome respiratoire au Moyen-Orient et les fièvres jaunes et de Lassa en Afrique. Si les points de départs respectifs de ces épidémies sont bien délimités géographiquement, force est de constater qu'au fil des semaines et des mois, de nouveaux cas apparaissent bien loin du « patient source ». La migration clandestine du virus Zika aux USA en février, du Coronavirus qui s'est envolé jusqu'à Bangkok en août 2016, ainsi que la fièvre lassa qui s'est retrouvé en Allemagne démontre une nouvelle fois que ni le XXI^e siècle ni les frontières ne nous mettent à l'abri d'une pandémie.

Bien au contraire. Pour se propager les bactéries, virus, parasites ont besoin d'un vecteur... animal, végétal ou humain. Vecteur qui, profitant de l'augmentation du flux des personnes et marchandises à travers le globe, décuple similairement le risque d'épidémie à grande échelle, au risque de devenir pandémie.

¹ <http://www.who.int/csr/don/archive/year/2016/fr/> Site de l'OMS visité le 10 janvier 2016

Zika a alimenté notre dernière peur des pandémies. Cette année les Jeux olympiques en Amérique latine et les images alimentant les médias de microcéphalie se sont fait l'écho de la psychose qu'avait provoqué Ebola l'année précédente. Il a fallu quasi deux ans pour voir clore l'épidémie Ebola déclarée fin 2014 faisant plus de 11.300 morts². Alors que les épidémies précédentes restaient circonscrites, celle-ci a traversé les frontières et a permis sa dissémination sur tout le territoire forestier de l'Afrique de l'Ouest avant de s'envoler vers de nouvelles contrées. (cf. le Nigéria) Les épidémiologistes au chevet de l'Afrique de l'Ouest ont identifié plusieurs raisons à cette propagation : le flux des personnes sur les chemins de traverse de la forêt, la densité des populations dans les zones périurbaines, la problématique des fausses croyances... et de son côté la société civile s'est alarmée de la lenteur du développement de nouveaux médicaments par l'industrie pharmaceutique. Chacun s'est plus au moins offusqué de constater qu'à l'heure de face time et de l'imprimante 3D, il faille encore 10 ans pour développer un vaccin ou une nouvelle molécule thérapeutique... Véritable timeline ou considération financière ? Telle a été la question. Elle semble encore d'actualité.

Certains garderont en tête l'étonnante et exorbitante facture qu'a dressée le laboratoire Gilead pour traiter l'hépatite C en Europe et aux États-Unis. Le coût de la vie : 46 988€ pour 12 semaines de traitement alors que les génériques sont déjà en mesure de diviser ce tarif par 100 dans certaines régions du monde.

Histoire d'argent ou pas, il reste que découvrir une nouvelle molécule thérapeutique est un processus long et semé d'embûches. Après la révolution des antibiotiques (ATB) au XX^e siècle, qui a largement contribué aux 30 ans supplémentaires d'espérance de vie que nous avons gagné le siècle passé en Occident, nous voilà confrontés à leurs limites. Les souches bactériennes résistantes ont commencé à émerger vers les années 50. Traité par le mépris à l'époque où il suffisait de prescrire une autre famille d'antibiotique, il s'agit aujourd'hui d'un problème majeur.

Des procédures simplifiées à l'extrême, un mésusage des ATB, un manque de staff médical compétent dans certaines régions du monde a entraîné dérives et abus pour nous amener aujourd'hui à gérer des bactéries multirésistantes (BMR). Du centre de santé où l'on délivre des ATB de troisième ligne pour une simple bronchite au trauma center qui accueille des patients porteurs de BMR... la problématique reste la même. Une efficacité diminuée du traitement et un risque de complication augmenté. Que nous apporte 2016 ? La mise en œuvre du plan mondial de l'Organisation mondiale de la santé (l'OMS) pour combattre la résistance aux antibiotiques, mais pas seulement... Le déploiement d'une bactérie hautement résistante émergente (BHRE) qui depuis quelques années ne s'étaient montrée qu'à quelques initiés et qui aujourd'hui occupe de plus en plus le devant la scène. Cette bactérie a la particularité d'être résistante à la

² <http://www.who.int/csr/disease/ebola/fr/> site de l'OMS visité le 10 janvier 2016

majorité des ATB comme son nom l'indique, mais aussi de pouvoir transmettre sa résistance à d'autres bactéries. Le patient porteur rencontre alors le bout de l'arsenal thérapeutique sans que l'on puisse endiguer une infection rapidement devenue septicémie³. Cela augmente le risque léthal pour le patient bien sûr, mais aussi le risque d'infection nosocomiale⁴... Risque infectieux qui oblige parfois les services hospitaliers à fermer pour une décontamination globale et espérer enfin se débarrasser de cet hôte indésirable. Une procédure pas si exceptionnelle qui diminue de façon notable l'accès aux soins pour la population, sans parler des répercussions économiques pour le service de santé. Cette résistance aux ATB est devenue un casse-tête au Soudan du Sud parce que nous avons rendu une génération entière d'enfants insensible aux ATB. Mais la résistance aux ATB constitue également une problématique dans nos villes lorsqu'on sait que Paris se voit parfois contraint de fermer (entre autres) 10 de ses 33 lits de réanimation réservés au traitement des brûlés pour cause de BHRE.

La première semaine mondiale « pour un bon usage des ATB »⁵, les slogans-chocs et autres éducations des populations⁶ n'auront pas révolutionné 2016 et seront probablement reconduits pour 2017. Étant identifiés comme une priorité, l'OMS et les chefs d'État se sont engagés à adopter une approche coordonnée pour s'attaquer aux causes fondamentales de la résistance aux ATB. Coordination, collaboration... les maîtres mots pour une recherche efficace. Probablement ce qui a permis, fin décembre 2016, au vaccin rVSV-ZEBOV d'être qualifié de « hautement efficace » contre le virus Ebola. Bonne nouvelle, parce qu'il en faut, mais qui ne nous permettra pas de clore l'année en même temps que le chapitre sur la vaccination. Véritable fer de lance de la santé publique au niveau global, la vaccination ne cesse d'osciller entre réussite et défaite, engouement et désamour... Notons tout de même l'éradication du tétanos néonatal en Asie du Sud-Est en cette année 2016. La campagne de vaccination pour l'éradication de la poliomyélite n'a pas connu le même succès, pourtant cela fait 28 ans que l'on y travaille. 28 ans et 17% du budget total de l'OMS... Une réussite ? Clairement oui. Nous sommes passés de 350 000 cas annuels au niveau mondial dans les années 80 à 74 cas notifiés en 2015. C'est aussi plus de 10 millions de personnes qui marchent alors qu'elles auraient pu être paralysées, 1,5 million de décès d'enfant évités et jusqu'à 50 milliards d'US \$ économisés au cours des 20 prochaines années en termes de santé publique dans les pays en voie de développement. Mais quasi trois décennies plus tard, toujours cette même méfiance envers la vaccination... Que ce soit contre la poliomyélite, la rougeole ou la grippe, certains craignent la stérilisation, d'autres ont peur de

³ infection généralisée

⁴ infection contractée à l'hôpital

⁵ <http://www.who.int/mediacentre/events/2015/world-antibiotic-awareness-week/fr/>

⁶ tester vos connaissances sur les antibiotiques et participer ainsi à la dissémination des bonnes conduites en termes d'ATB, ici : <http://www.who.int/mediacentre/events/2015/world-antibiotic-awareness-week/quiz/fr/>

l'aluminium adjuvant de certains vaccins, quand encore d'autres pensent être capables de murmurer à l'oreille des virus et ainsi éviter autant la contamination que sa propagation. Quelques autres parleront de complot... Faut-il vraiment rire, lorsqu'on sait que le gouvernement américain a utilisé une campagne de vaccination pour localiser Ben Laden en 2011 au Pakistan et ainsi procéder à son « arrestation » ? Pour être optimiste, rappelons tout de même que les Amériques ont éradiqué la rougeole cette année et que quelques vaccins dans les 5 premières années de vie pourraient sauver près de 3,2 millions d'enfants supplémentaires par an⁷ à travers le monde.

Le monde et l'évolution nous ont modelés, aujourd'hui l'on modèle le monde et on s'engouffre dans l'anthropocène... Comment survivre à notre création ?

Les « bonnes résolutions » de la COP 21 en France puis la COP 22 au Maroc⁸ ont mobilisé les médias du monde entier en faisant quasi abstraction des conséquences du changement climatique sur la santé de l'homme. La terre survivra, elle l'a toujours fait, pour l'humanité il est fort probable que ce soit moins évident. On a doucement commencé à parler de santé environnementale, puis on s'est rendu compte que l'on ne pouvait plus nier l'impact de notre mépris pour l'écologie sur notre santé. Une thématique qui entache certaines réussites de 2016, où l'Europe a enfin été déclarée exempte de paludisme. Combien d'années/mois tiendrons-nous lorsqu'on sait que le changement climatique fait migrer vers les zones tempérées les territoires endémiques des vecteurs tels que le moustique anophèle porteur du paludisme ? L'impact du changement climatique ne cesse de prendre de plus en plus de place dans notre santé. Un rapport de l'OMS au printemps 2016 rapporte un taux alarmant de 23% de la mortalité mondiale liée à l'environnement, ce qui représente 12,6 millions de décès par an lié à la pollution, la chaleur, les maladies infectieuses...

70% des gaz à effet de serre (GES) sont générés par les villes⁹, à l'heure où, pour la première fois, les villes abritent plus de la moitié de la population mondiale. Il est urgent de reconsidérer le lien entre santé-agglomération-climat. Les pays en voie de développement portent la grande majorité de cette tendance à l'urbanisation. Les individus sont attirés par un travail, un logement ou simplement poussés par un conflit, une sécheresse ou des inondations répétées. Les villes grandissent de façon anarchique où l'informel devient la norme. Des quartiers trop vastes et à la croissance trop rapide pour bénéficier d'un aménagement adéquat du territoire. L'absence d'eau courante, de chauffage et de gestion des déchets en fait un véritable incubateur d'où émergent et se propagent maladies diarrhéiques, pneumonies et asthmes telle une trainée de poudre.

⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/fr/>

⁸ Notons à ce propos l'ironie de la construction d'une centrale thermique au charbon à Safi au Maroc pour 2017... Ville déjà polluée par les industries chimiques qu'elle abrite.

⁹ « Cities and climate change: global report on human settlements 2011 » PNUD

Il est aisé de parler de soins de santé primaire défaillant dans ces conditions, tout comme sur les chemins de l'exil. Les images-chocs des migrants sur les routes de l'Europe font oublier que l'Europe n'accueille qu'une petite partie des migrants de ce monde, et que la majorité des déplacés/réfugiés se retrouvent aux abords des mégapoles du Sud. Aux pathologies préexistantes s'ajoutent les troubles psychologiques propres au déracinement, perte d'espoir et de ses repères. Des pathologies souvent négligées dont l'impact prend de plus en plus d'importance. Comment trouver l'énergie et l'espoir de se reconstruire lorsqu'on souffre d'un état de stress post-traumatique (ESPT) ? De dépression ? La santé mentale véritable branche oubliée de la santé publique se retrouve pourtant au carrefour de toutes les disciplines. Aujourd'hui un rapport met en évidence un rendement de 4\$ pour chaque \$ investi dans la santé mentale... Il est peut-être indécent de parler de « rendement » dans ces conditions, mais il est aussi fort probable que cela soit la porte d'entrée pour enfin trouver des financements à la santé mentale, lorsqu'on sait la réticence des gouvernements à financer la santé plutôt considérée comme un « coût » qu'un « investissement » sur l'avenir.

Nos politiques de santé ont un coût parce qu'il faut convaincre les populations, former le personnel, assurer une continuité des soins et une cohérence. Et malgré toutes les bonnes volontés, il nous faut parfois quelques décennies pour nous rendre compte de nos erreurs. L'ultra spécialisation de la médecine dans les années 70, a vu la prise en charge du patient se sectoriser. Le cardiologue le cœur, l'endocrinologue la thyroïde, le rhumatologue... Qui fait le lien ? Qui tente de réduire cette ordonnance fragmentée, mais toujours plus longue qui devient plus un problème qu'une solution pour nos personnes âgées ? De nos jours, la médecine générale a du mal à faire le lien et à retrouver sa place. Le vieillissement des populations, des sociétés occidentales et l'assurance que ce problème se généralisera aux pays en voie de développement dans les décennies à venir nous obligent à revoir notre copie. D'autant plus que cette pratique de la médecine en silo se retrouve à tous les niveaux, aussi bien dans la pratique clinique que dans les politiques de santé au niveau international. Lorsqu'en Occident on se questionne sur la place du médecin généraliste, la question dans certains pays en développement devient rapidement : « Pourquoi soigner le paludisme de mon enfant si vous ne prenez pas en charge la malnutrition dont il se meurt ? Pourquoi me proposer un dépistage du VIH, si vous ne me permettez pas d'avoir le traitement ? » Il est urgent de repenser notre conception de la médecine : un patient et non une succession d'organe isolé, une approche intégrée de la santé et non un robinet d'eau par ci, un peu d'antipaludéen par là... L'hygiène et l'accès à l'eau sont les bases fondamentales de la santé. Où est la logique de voir encore des services distincts s'occuper de la WASH (Water Sanitation and Hygiene Promotion) et de la santé, sans pour autant se concerter ? Comment envisager une amélioration des pratiques lorsque les objectifs de développement durable (ODD) de l'Organisation des Nations Unies (ONU) pour 2030 font de l'objectif « Bonne santé et

bien-être » et « eau propre et assainissement » deux cibles bien dissociées ? De fait les financements alloués et les entités impliqués seront également... « dissociés ». Dommage... Peut-être pourrions-nous commencer par la société civile et intégrer nous-mêmes ces règles de bases, et pourquoi pas demander à nos ONG d'assimiler la WASH à leurs programmes de santé environnementale ?

Quelques bonnes nouvelles tout de même, avec une diminution du nombre de décès dus aux maladies infectieuses en relation avec une amélioration globale de l'accès à l'eau et d'une meilleure gestion de l'assainissement et des déchets. Preuve supplémentaire de la nécessité de travailler de façon coordonnée. La lutte contre le tabac qui a franchi une étape avec les nouvelles législations sur le conditionnement neutre des paquets de cigarettes. La maîtrise de l'épidémie de fièvre jaune en Afrique équatoriale. Le soutien à la couverture sanitaire universelle qui ne cesse de croître. L'arrivée de l'autotest du VIH qui permettra peut-être aux 40% de porteurs du VIH, qui en 2016, ne connaissent toujours pas leurs statuts d'arrêter la dissémination du virus... et des fausses croyances. Il serait aisé de croire que les fausses rumeurs sont l'apanage du VIH, mais cela serait trop simple. Peu importe le lieu et le milieu social, elles sont un réel frein à la santé publique et aux bonnes pratiques. Au moment de croire encore en nos bonnes résolutions pour 2017 : Quelques informations pour partir sur de bonnes bases et remettre d'aplomb quelques idées reçues.

- Le VIH n'est pas une punition divine contre les homosexuels, plus de 50% des nouvelles contaminations du VIH en 2016 l'ont été via un rapport hétérosexuel.
- Votre enfant qui tousse depuis 48h, dont le nez coule clair n'a pas forcément besoin d'ATB, mais d'un lavage de nez 3 fois par jour et éventuellement d'une dose/kilo de doliprane.
- On n'est pas immunisé contre le virus Ebola en mettant du sel dans son bain
- On ne prend pas double dose de sa pilule contraceptive lorsqu'on a oublié celle de la veille, mais plutôt la pilule du lendemain éventuellement.
- L'ablation de la luette ne soigne pas le neuropaludisme.
- La dépression n'est pas une faiblesse, mais une pathologie.
- L'application d'une tranche de pomme de terre ne soigne pas une brûlure, essayez plutôt 20 min sous l'eau courante à température ambiante.
- Il n'est pas « normal » de se faire taper par son/sa conjoint(e)
- Il n'est pas nécessaire de garder son enfant à l'abri du soleil les deux premières années de sa vie, il risque plus un rachitisme que le « mauvais œil »
- Pas besoin d'avoir plus de 65 ans pour passer une semaine alitée pour cause de grippe... oui le vaccin est pour tout le monde.
- Non, une femme qui se fait violer régulièrement n'a pas besoin d'un implant contraceptif, mais d'être mise en sécurité
- Non, les moustiquaires ne sont pas des filets de pêche ou des fleurs de douche

- Oui il est nécessaire de se laver les mains entre chaque patient... oui même (Surtout) lorsqu'on est médecin/infirmier/sage-femme.
- Non la tablette n'est pas une nounou...
- Oui même pour un programme d'urgence de 3 mois il est important que les médicaments que l'on délivre dans le cadre d'un programme humanitaire soient de bonne qualité. Cela s'appelle l'éthique, voire le bon sens.
- Et Non, le grand « H » entouré d'un cercle sur le toit des hôpitaux n'est pas une cible !

Pour nous accompagner dans ce vaste programme, une multitude d'acteurs. Les gouvernements, les organisations non gouvernementales (ONG), les sociétés civiles et professionnels de la santé qui pour dire vrai, ont du mal à se coordonner. L'OMS tente de se positionner en tant que leader. Son nouveau directeur General, qui sera élu en mai 2017 et prendra ses fonctions au 1^{er} juillet aura de grands chantiers à mener à bien : conduire une réforme à son aboutissement, un chantier en cours depuis quelques années déjà avec trois grands axes priorités : la gouvernance, la gestion de l'organisation et la définition des priorités... Le budget de l'OMS toujours aujourd'hui sur la base du volontariat, espère rassembler 464 millions US\$ par an de la part de ses états membres. Il escompte également combler jusqu'à 4,385 milliards d'US\$ par les contributions volontaires... Comment gagner en opérationnalité/crédibilité et ainsi espérer assurer un réel leadership au niveau mondial lorsque le budget global de l'OMS ne dépasse pas le budget de fonctionnement d'une ville telle que Paris ? Peut-être faut-il cesser d'espérer que le changement viendra d'en haut... ■

LA SANTÉ EN 2016, LE VÉRITABLE CONFLIT OUBLIÉ

PAR

Dr Anne SENEQUIER

CHERCHEUSE ASSOCIÉE À L'IRIS

JANVIER 2017

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ MONDIALE – « GLOBAL HEALTH »

Sous la direction de Nathalie ERNOULT et du Dr Anne SÉNÉQUIER
ernoult@iris-france.org – senequier@iris-france.org

Un observatoire du

PROGRAMME HUMANITAIRE & DÉVELOPPEMENT

Sous la direction de Michel MAIETTA, directeur de recherche à l'IRIS
maietta@iris-france.org

© IRIS

Tous droits réservés

INSTITUT DE RELATIONS INTERNATIONALES ET STRATÉGIQUES

2 bis rue Mercoeur

75011 PARIS / France

T. + 33 (0) 1 53 27 60 60

contact@iris-france.org

@InstitutIRIS

www.iris-france.org