

[texte](#)

[article](#)

Responsabilités à l'égard des pays émergents : face à une urgence de santé publique

"En quoi les enjeux éthiques posés par les plans de réponse à la pandémie grippale ont-ils, en général, un aspect particulier pour les pays pauvres ?"

Par: François Simondon, Membre du CCDE (Comité consultatif de déontologie et d'éthique) de l'IRD (Institut de recherche pour le développement), Directeur de l'unité de recherche 024 épidémiologie et prévention, IRD /

Publié le : 08 Septembre 2014

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Poursuivre la réflexion

Enjeux communs

J'ai choisi, au sein du vocabulaire disparate et évolutif visant à caractériser les pays pauvres (tiers-monde, pays en développement, pays les moins avancés, pays du Sud, pays en transition, pays émergents), de garder une terminologie simple et centrée sur l'essentiel : la pauvreté. J'évoquerai donc la situation de pays pauvres, non comme un spécialiste de l'éthique, mais en fonction de mes compétences : celles d'un chercheur en épidémiologie axé sur la prévention des maladies dans les pays pauvres. En effet, la démarche du CCDE ne vise pas à former des éthiciens, mais elle incite et aide les équipes de recherche à développer une réflexion éthique dans le cadre de leurs travaux.

En quoi les enjeux éthiques posés par les plans de réponse à la pandémie grippale ont-ils, en général, un aspect particulier pour les pays pauvres ? Pour tenter de répondre à cette question, j'aborderai les enjeux *a priori* communs aux différents pays ? mais qui se posent avec une acuité particulière dans les pays les plus pauvres ? avant d'envisager d'autres

enjeux, plus spécifiques à ces derniers.

La nécessité de la prise en compte et la description des enjeux éthiques principaux a bénéficié de l'expérience de l'épidémie de SRAS en 2003 [1]. Il s'agit principalement de :

- la responsabilité des travailleurs de santé de prodiguer des soins en contexte d'épidémie ;
- l'établissement de priorités dans l'allocation des moyens disponibles ;
- la restriction des libertés individuelles ;
- les enjeux de gouvernance globale.

La responsabilité des travailleurs de santé de prodiguer des soins en contexte d'épidémie

Le corps médical formé n'est pas affecté aux priorités de santé publique. On assiste au contraire à une déstructuration du service public (programme d'ajustement structurel) et du maillage du territoire. Ce déséquilibre est encore accru par l'urbanisation.

Par ailleurs, les médecins les plus actifs pratiquent essentiellement dans le secteur privé ou à l'étranger, et le développement du « tourisme sanitaire » entre en compétition avec les priorités du système national de santé : en général, la population des pays pauvres n'a pas confiance dans le système de santé. L'OMS a ainsi récemment rendu compte de la nécessité de rétablir un véritable service de santé ? elle en a fait le sujet de son rapport annuel 2006 [2]. Il est clair, enfin, que les risques encourus par les personnels soignants sont extrêmement élevés. Or, ils n'ont pas accès à des possibilités de soins intensifs. La récente épidémie de fièvre Ebola, par exemple, illustre de façon dramatique le risque vital pris par les équipes soignantes.

L'établissement de priorités dans l'allocation des moyens disponibles

Sans qu'il soit possible d'évoquer la disponibilité de lits de réanimation, il s'agit d'aborder la question de l'accès aux médicaments (les antiviraux et le traitement, surtout, des co-infections), comme des perspectives vaccinales. L'une des difficultés actuelles est d'assurer une gestion des stocks, même quand la disponibilité est globale et qu'il n'y a que peu de frein économique (par exemple, les vaccins ou les traitements de masse comme l'Ivermectine[®] dans la lutte contre l'Onchocercose [3]). Le risque est de surcroît élevé de voir l'émergence de marchés parallèles ou de contrefaçons (comme ce fut le cas des vaccins contre la méningite utilisés au Niger lors d'une épidémie).

En fait, le manque de moyens, par rapport à nos pays riches, est tel qu'il exacerbe toutes les dérives.

La restriction des libertés individuelles

La restriction des libertés individuelles correspond, elle aussi, à une situation permanente et ancienne ? la colonisation ? vécue par les populations des pays pauvres, mais il y a certainement une adaptation possible au contournement de ces restrictions. N'est-ce pas

évident, quand on observe les migrations internationales ? En matière de maladies infectieuses, les exemples des pèlerins vers la Mecque, des populations transfrontalières en rapport avec les épidémies de choléra et de méningite situent l'importance du contournement des dispositions, si elles sont mal comprises ou inefficaces, dans le contexte d'un système de santé défaillant. Le récent renforcement du règlement sanitaire international n'est qu'une réponse très partielle à cet état de fait.

Les enjeux éthiques existent donc déjà. Cependant, en l'absence de système de santé et de sécurité sociale dont le terme prend ici tout son sens, ils seraient, plus encore que dans nos pays, exacerbés par une pandémie ? ce qui pose clairement la question de notre solidarité sociale avec les pays les plus pauvres.

Les enjeux de gouvernance globale

Dès que l'on observe les enjeux de gouvernance globale, un conflit d'intérêt apparaît entre les moyens requis pour améliorer la surveillance du risque de pandémie grippale au détriment de moyens à allouer à d'autres domaines, pourtant prioritaires pour les pays en développement. Cette contradiction est amplifiée par l'orientation des priorités de recherche dans, et pour, les pays pauvres en écho aux préoccupations des pays du Nord au détriment de leurs priorités actuelles de santé publique. Elle est perceptible dans les choix des priorités européennes (préparation du 7^e PCRD) où la place des maladies négligées et persistantes diminue au profit du risque des maladies émergentes. En France, on constate le même type d'évolution au niveau d'agences de financement de la recherche comme l'ANR, ou des politiques institutionnelles des organismes de recherche.

Enjeux plus spécifiques aux pays pauvres

Une plus grande gravité attendue du fait de la pauvreté

Il est important de noter que cet aspect semble insuffisamment souligné, mais il est de plus en plus admis que la grippe, comme pour la grande majorité des maladies infectieuses, est associée à la pauvreté, tant en incidence (fréquence de survenue) qu'en mortalité des personnes atteintes [4]. Les déterminants d'incidence et de gravité associés à la pauvreté sont : la plus grande exposition environnementale, au travail et intrafamiliale (« overcrowding », responsable d'entassement de nombreux enfants et adultes dormant dans la même pièce qui se contaminent ainsi massivement entre eux), l'incapacité à s'arrêter de travailler, l'absence et le retard des soins, ainsi que les co-infections (notamment la tuberculose dont le rôle majeur dans la gravité de la pandémie de grippe espagnole et dans la vulnérabilité des hommes adultes jeunes a été suggéré de façon convaincante [5]). Nous avons nous-mêmes montré avec les maladies du programme élargi de vaccination, que l'efficacité des vaccins était liée à l'intensité d'exposition des enfants, de façon très directe [6].

Les risques de discrimination et stigmatisation consécutifs à l'émergence de maladies dans les pays pauvres

N'y a-t-il pas une tendance à ce que le risque d'épidémie ou de pandémie soit associé aux pays pauvres ? C'est-à-dire que les pays pauvres soient considérés comme porteurs d'un risque pour les sociétés des pays riches ? L'origine du virus du sida, l'accès et l'utilisation des trithérapies, les fièvres hémorragiques, la montée des résistances pour la tuberculose, le paludisme, sont autant d'éléments qui pèsent dans ce sens. N'est-ce pas pour cette raison que même l'élite intellectuelle africaine tend à nier l'origine africaine du virus du sida, lorsque la distinction n'est pas suffisamment faite entre origine du virus et facteur de propagation d'une épidémie ?

On peut discerner cet aspect dans des textes comme le très récent contrat d'objectif de l'IRD (Juin 2006) : « Les parties du globe riches en biodiversité, y compris en termes d'agents pathogènes, se situent en zones tropicale et intertropicale. Les maladies transmissibles ne connaissent pas de frontière. Ceci est particulièrement vrai dans le domaine des maladies émergentes infectieuses qui ne sont pas confinées dans leurs zones géographiques d'origine. Les maladies infectieuses originaires des zones tropicales peuvent être importées et, parfois, se développer dans les zones tempérées (grippe aviaire, SRAS). À l'inverse, les maladies émergentes infectieuses originaires de zones tempérées semblent moins enclines à se disperser dans les zones tropicales. D'autres maladies émergentes infectieuses se manifestent à la fois en zones tempérées et tropicales (West Nile, Grippe).

Pourtant, une réflexion approfondie reste nécessaire, tant au niveau des faits que du principe. Au niveau des faits, les exemples sont nombreux des risques infectieux majeurs importés des pays riches vers les pays pauvres. Les épidémies de méningite en Afrique subsaharienne (ceinture de la méningite) sont postérieures à la Seconde Guerre mondiale [7]. La rougeole a dévasté le continent latino-américain depuis l'Europe, la coqueluche a suivi aussi les conquêtes coloniales [8].

Une étude de l'origine possible de la grippe espagnole de 1918-1919 a proposé de façon convaincante de la situer en France au cours de la Première Guerre mondiale [9]. Cela devrait nous inciter à ne pas rechercher l'origine des épidémies au seul niveau des pays pauvres.

Du point de vue du principe, il est intéressant de se tourner vers des pays qui ont connu un développement rapide et récent, et qui, terres de famines et d'émigration, sont devenus terres d'accueil, comme les principaux pays scandinaves. S. Bergström, de l'Université d'Oslo, traite de la pathologie de la pauvreté [10]. Il rappelle que les pathologies « arctiques » du passé récent étaient bien plus prévalentes et létales qu'elles ne le seront jamais dans les pays tropicaux. On peut citer la gale (norvégienne, associée aux malnutritions), la lèpre (maladie de Hansen, du nom du médecin norvégien qui décrit cette bactérie), la tuberculose, le choléra (étudié par Panum au Danemark), la rougeole (étudiée par Panum aux Iles Féroé), la coqueluche et les méningites en Suède, toutes des maladies à la mortalité extrêmement élevée. Le paludisme lui-même était présent.

Cet état de fait invite à ne pas se focaliser sur les latitudes mais, au contraire, sur les attitudes. D'une part, cela correspond à la réalité et, d'autre part, les implications opérationnelles sont réelles. En effet, si l'on ne peut pas modifier les contraintes de la latitude (climat, environnement), on peut agir sur la pauvreté. Il n'y a pas de fatalité dans ce domaine.

Par définition, les maladies infectieuses nous arrivent « des autres ». Il convient, par conséquent, de rester vigilant pour que les craintes actuelles des maladies infectieuses dites «

émergentes » ne viennent nourrir des réflexes de xénophobie et de racisme des populations des pays riches.

Valeurs de partage

En quoi les enjeux éthiques posés dans les pays pauvres sont-ils importants pour les pays riches et leurs plans de réponse à la pandémie grippale ? La discussion de la première question fait apparaître la nécessité de concevoir la solidarité entre pays riches et pays pauvres sur des valeurs de partage [11] plus que sur des stratégies de crainte. Elle montre l'importance à accorder à la réduction de la pauvreté dans les pays pauvres.

Mais, cette réduction des inégalités se pose également en France. Le logement, l'enseignement, l'éducation générale et sanitaire à l'école, l'état général de santé de la population, l'exposition aux polluants environnementaux, au tabac, les infections intercurrentes sont autant d'éléments essentiels de la gravité des épidémies de grippe, à intégrer comme des éléments fondamentaux au plan de réponse au risque de pandémie grippale.

C'est donc dès maintenant, et sur ces objectifs, que les défis démocratiques se posent.

Le risque de pandémie grippale pourrait avoir, nous l'espérons, cette vertu de poser un éclairage sur les réels enjeux sanitaires. Mais, n'avons-nous pas déjà appris cela avec Louis René Villermé [12] qu'il conviendrait sans aucun doute de relire et dont le rapport devrait être réactualisé ?

Références

- [1] « Stand on guard for thee. Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza », *A report of the University of Toronto Joint Centre for Bioethics Pandemic Influenza Working Group.*, November 2005.
- [2] <http://www.who.int/whr/2006/en/>
- [3] Basanez, M.G. Pion, S.D.S. Churcher, T.S.C. Breitling, L. Little, M. & Boussinesq, M. - « River Blindness : A Success Story under Threat ?? », *PLoS Medicine*, vol. 3, n° 9, 2006, e371.
- [4] Mamelund, S. E. - « A socially neutral disease ? Individual social class, household wealth and mortality from Spanish influenza in two socially contrasting parishes in Kristiania 1918-19 », *Social science & medicine*, 2006.
- [5] Noymer & Garenne. - « The 1918 influenza epidemic's effects on sex differentials in mortality in the united states », *Population and Development review*, n° 26, 2000, p. 565-581.
- [6] Lacombe, K. Yam, A. Simondon, K. Pinchinat, S. Simondon, F. - « Risk factors for acellular and whole-cell pertussis vaccine failure in Senegalese children », *Vaccine*, vol. 16/23, n° 5, Dec. 2004, p. 623-628.
- [7] Lapeyssonie, L. - « Des épidémies » *Fondation Marcel Merieux*, 1979.
- [8] Simondon, F. Guiso N. - « Épidémiologie de la coqueluche dans le monde » *Med Mal Infectieuses*, n° 31, suppl. 1, 2001, p. 5-11.
- [9] Oxford and al. - « A hypothesis : the conjunction of soldiers, gas, pigs, ducks, geese and horses in northern France during the Great War provided the conditions for the emergence of the ?spanish? influenza pandemic of 1918-1919 », *Vaccine*, vol. 23, 2005, p. 940-945.
- [10] Bergström, S. - « Poverty related diseases. In Health and Diseases in developing countries

», *Lankinen and al. eds*, 1994.

[11] Lecourt, D. - http://www.ird.fr/fr/ccde/pdf/idee_partage.pdf

[12] Villermé, L.-R. - *Tableaux de l'état physique et moral des salariés en France (1840)*, Paris, La Découverte, 1986, 238 p.

- [Page precedente](#)
- [Page 1/2](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire