

TOME LXXX – 1-2-3-4 – 2020

MONDES ET CULTURES

BULLETIN DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES D'OUTRE-MER

Séance du 6 mars 2020

MÉDECINE ET SANTÉ INTERNATIONALE DU PASSÉ À L'AVENIR

Sous la présidence de Marc GENTILINI
Sous la coordination de Pierre SALIOU

publié par

Pierre GÉNY, secrétaire perpétuel
Delphine FAGOT-RUFENACHT, rédactrice en chef

Virginie CLÉMENT, rédactrice
Marie-Françoise CHEMOULI, responsable photographie



ACADÉMIE DES SCIENCES D'OUTRE-MER

15 rue La Pérouse - 75116 PARIS
<http://www.academieoutremer.fr>

MONDES ET CULTURES – LXXX – 1-2-3-4 – 2020
6 MARS 2020

SÉANCE DU 6 MARS 2020

**MÉDECINE ET SANTÉ INTERNATIONALE,
DU PASSÉ À L'AVENIR**

Sous la présidence de **Marc GENTILINI**
Sous la coordination de **Pierre SALIOU**

*
* *

ALLOCUTION D'OUVERTURE

de Marc GENTILINI
(ASOM)



Marc Gentilini © Delphine Fagot Rufenacht pour l'ASOM

Monsieur le Président,
Monsieur le Secrétaire Perpétuel,

C'est un honneur, Messieurs, que d'avoir été appelé, par vous-mêmes et par le Pr. Pierre Saliou, organisateur et coordonnateur, à présider ce colloque dédié à la *Santé internationale, du passé à l'avenir*.

Un honneur mais aussi une joie que de retrouver, parmi vous, des orateurs, pour beaucoup d'entre eux amis de longue date et d'autres d'émergence plus récente, tous experts, invités à préciser leur analyse et à émettre des propositions afin que l'avenir bénéficie du passé et le transcende.

L'*aide multilatérale*, choix politique sacralisé de ces dernières années, utile, souhaitable et même indispensable, qui devra cependant démontrer son efficacité avec le temps, a été adoptée au dépend de l'*aide bilatérale* traditionnelle, victime de ce transfert de fonds.

Or, pour la plupart d'entre nous, la fin ou la réduction drastique de cette dernière a été une douloureuse épreuve, celle du rejet d'une époque

considérée comme révolue par des « experts » refusant tout inventaire préalable avant l'énoncé d'un verdict, sans appel, de condamnation et de mépris.

Cette aide bilatérale avait les vertus d'un échange convivial et d'un dialogue resté humanisé, en dépit de ses défauts, de ses carences, parfois de ses dérives ; elle était réclamée par nos partenaires et maintenue ou rétablie, des États-Unis d'Amérique à l'Allemagne, par ceux qui prônaient le multilatéralisme. De nos jours, l'aide multilatérale, dans un contexte de mondialisation imposée aux yeux de beaucoup, a entraîné une paperasse compliquée, dispendieuse et d'efficacité douteuse ; elle s'avère d'un coût de gestion trop lourd en dépit de son désir honorable de maîtriser la corruption.

*
* *

Chères Consœurs, chers Confères,

En ces temps de contestation de l'Histoire (1), de reniements du passé, même positif, notre devoir à nous, afin de mieux préparer l'avenir, est de rappeler ce que nos aînés ont apporté pour le développement et finalement l'indépendance et la dignité des Peuples au cours des décennies passées (2), objet de dénigrement, même dans le domaine de la santé !

Pourtant, le développement de la plaine de la Mitidja après son assainissement, les travaux des frères Sergent au Maghreb, la découverte de l'agent responsable de la malaria par Laveran, l'implantation de structures sanitaires ouvertes à tous, en privilégiant la lutte contre les grandes endémies, la formation d'une élite dans le domaine de la santé avec la création des écoles de médecine et celle d'infirmiers et autres agents de santé, les impressionnantes campagnes de vaccination contre la fièvre jaune, la rougeole, la poliomyélite, entre autres, la maîtrise des épidémies de méningites cérébro-spinales dans la ceinture de Lapeyssonnie, l'admirable œuvre de Yersin en Indochine, la lutte contre la maladie du sommeil avec les équipes mobiles de Jamot en Afrique, tout concourt à démontrer aux malentendants, malvoyants ou malveillants les progrès considérables obtenus par les médecins français protégeant réellement les populations et préparant ardemment leur relèvement.

Oui, combien de faits d'armes et de figures à rappeler qui ont concouru à l'amélioration de la santé sous les tropiques : membres du Service de santé des armées, chercheurs des Instituts Pasteur d'outre-mer, universitaires et coopérants civils, entomologistes de l'ORSTOM (3), aujourd'hui IRD (4), tous, par leurs travaux, ont œuvré à la maîtrise, au moins provisoire, de la santé. Rappelons le rôle joué par les entomologistes, à propos de l'onchocercose qui, par l'exode des ruraux des zones

(1) *Sanglots de l'homme blanc*, Pascal Bruckner.

(2) L'époque coloniale ne s'étendit que sur quelques 60 ans.

(3) Office de Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer.

(4) Institut de recherche pour le développement.

fertiles, pouvait provoquer un désastre économique, sous l'agression immédiate des piqûres de simules et les complications oculaires tardives de cette maladie. Cette « cécité des rivières », source d'effondrement économique, sociétal et régional, a fini par interpeller les responsables de la Banque mondiale, jusqu'alors ignorant cette liaison et refusant de s'investir dans le domaine de la santé, qui renvoyaient les demandeurs de crédits à l'OMS, pourtant totalement impécunieuse.

Ainsi, tardivement convertie, la Banque mondiale reconnut enfin que « la pauvreté était la première des maladies ! ».

Aujourd'hui, le concept de santé mondiale, celui d'une santé unique, "One Health", rassemblant tous les partenaires concernés par l'état sanitaire du monde : médecins et pharmaciens, agents de santé bien sûr mais aussi vétérinaires, anthropologues, sociologues, « écologues » sont tous appelés à travailler ensemble pour atteindre un seul but : « l'accès à une santé de qualité et durable pour tous ».

Les exposés qui vont se succéder devront respecter le temps imparti à chaque orateur afin de permettre une discussion sereine, même contradictoire.

J'appelle Pierre Saliou à présenter les intervenants de cette matinée.

*
* * *

PRÉSENTATION DES ORATEURS

par **Pierre SALIOU**
(ASOM)



Pierre Saliou © Delphine Fagot Rufenacht pour l'ASOM

Monsieur le Président,
Monsieur le Secrétaire perpétuel,
Chères Consœurs, Chers Confrères,
Chers Invités,

Nous avons l'honneur et le plaisir d'accueillir aujourd'hui quatre orateurs, non membres de notre Compagnie, qui ont bien voulu accepter notre invitation à participer à cette journée pour lui apporter leur compétence et leur expérience dans le domaine de la santé internationale. Nous les remercions très sincèrement.

Je vous les présente brièvement.

Joan VALADOU

Monsieur Joan Valadou est diplomate au ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. Il a pris ses fonctions comme sous-directeur du Développement humain en septembre 2019 et suit, à ce titre, les enjeux internationaux liés à la santé, à l'éducation et à la sécurité alimentaire au sein de la direction générale de la mondialisation, de la culture, de l'enseignement et du développement international. Auparavant, il avait travaillé sur les sujets liés à la santé mondiale comme chargé de mission UNITAID (2007-2009) et comme rédacteur Chine (2009-2011) avant de rejoindre l'ambassade de France en Chine (2011-2015) puis l'ambassade de France au Japon (2015-2019). Il est diplômé de l'Institut d'Études politiques de Paris et de l'INALCO (langue et civilisation chinoise).

Philippe WOLFARD

Après plusieurs formations en expertise-comptable puis en économie du développement et en santé publique, Philippe Wolfard a travaillé à Madagascar, en Côte d'Ivoire et au Tchad comme conseiller technique de directeurs d'hôpitaux ou comme consultant en économie de la santé. Entre 2003 et 2007, il a occupé le poste de directeur administratif et financier puis de gestionnaire de l'hôpital principal de Dakar au Sénégal. Il a ensuite travaillé au Bureau Santé du ministère des Affaires étrangères principalement comme conseiller financier des administrateurs français du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de l'Alliance GAVI et d'UNITAID. Puis, en 2009, il a rejoint la division Santé et Protection sociale de l'Agence française de développement où il a occupé pendant 7 ans les fonctions de chef de projet. Depuis septembre 2016, il est responsable adjoint de cette division.

Patrice DEBRÉ

Membre de l'Académie nationale de médecine où il préside le Comité des Affaires internationales, Patrice Debré est professeur honoraire à la Sorbonne et à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris où il a été chef du département d'immunologie, directeur de plusieurs unités du CNRS et de l'INSERM et d'un Institut fédératif d'immunologie du cancer et des infections. Il a contribué à plus de 450 articles en immunologie, immunopathologie et immunogénétique. Il est un leader dans le domaine du VIH.

Il a travaillé activement à l'international et a été ambassadeur de France pour la lutte contre le VIH/SIDA et les maladies transmissibles. Il a été le représentant français au conseil d'administration de plusieurs organisations multilatérales dont le Fonds mondial, UNITAID, EDTCP, RBM et ONUSIDA.

Il a également été nommé à des postes importants dans l'administration française des sciences et de l'éducation (Ministère de la Recherche, INSERM, CNRS, Cirad).

Actuellement, il est conseiller senior pour le Sud à l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN).

Par ailleurs, Patrice Debré est l'auteur de nombreux ouvrages dont je ne citerai que les deux derniers : une magnifique biographie de son grand-père intitulé Robert Debré, une vocation française publié chez Odile Jacob en 2018 et Les révolutions de la biologie et la condition humaine publié également chez Odile Jacob en janvier 2020.

Claire GEORGES

Ancienne interne des hôpitaux de Paris, le docteur Claire Georges est praticien hospitalier, responsable médicale de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de l'hôpital Saint-Louis depuis 2006 et présidente du collectif national des PASS depuis 2011.

Elle est l'auteure de plusieurs articles sur l'organisation des soins et a dirigé la publication collective Soigner (l') humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût paru aux Presses de l'EHESP en 2015.

Avec l'équipe de PASS de l'hôpital Saint-Louis, à partir des situations médico-sociales complexes de terrain, Claire Georges a initié une démarche collaborative pluri-professionnelle déclinée dans différents groupes de réflexion. Cette démarche d'ouverture de la médecine à des champs extérieurs à la technique médicale proprement dite, loin d'être théorique ou abstraite, est avant tout concrète. Elle vise le meilleur intérêt des patients, mais également celui des professionnels et de la collectivité.

Je vous remercie.

*
* * *

LES ACTIONS DU PASSÉ

par Jean-Marie MILLELIRI
(ASOM)



Jean-Marie Milleliri © Delphine Fagot Rufenacht pour l'ASOM

Mesdames, Messieurs les Académiciennes et Académiciens,
Monsieur le Président, Monsieur le Secrétaire perpétuel,
Chers Professeurs, Chers Collègues,
Mesdames, Messieurs,

« Qui a fait mieux et où ? »

Ainsi s'exprimait le professeur Payet, premier doyen civil de la jeune faculté de médecine de Dakar, parlant en introduction de ses cours, des actions sanitaires mises en place par la France durant son administration des territoires colonisés outre-mer.

Le bilan comptable de ces actions du passé est en effet éloquent.

À l'heure des indépendances, après un peu plus de trois quarts de siècles de présence, la France laissait dans les pays 9 000 formations sanitaires dont 41 hôpitaux généraux, 593 hôpitaux secondaires, 2 000 dispensaires, 6 000 maternités, 4 écoles de médecine, 2 écoles d'assistants médicaux, 19 écoles d'infirmiers diplômés, 14 Instituts Pasteur, de grands services de médecine mobile de médecine préventive, des instances de

coordination sanitaire bases d'une organisation des systèmes de santé futurs.

Les actions du passé menées en faveur de la santé par la France outre-mer sont bien connues de notre Académie, qui y a consacré en 2012 un long chapitre intitulé « La santé sous les tropiques » dans le premier des deux tomes de l'ouvrage Présences françaises outre-mer – xvi^e-xxi^e siècles.

Sans remonter aux premiers hôpitaux coloniaux établis à Québec en 1639 et à Montréal en 1644 essentiellement au bénéfice des Français, et dans les suites des explorations outre-Atlantique, il faut reconnaître que les actions majeures de ce passé se concentrent sur la période durant laquelle la France a assuré l'administration de larges territoires colonisés, le tout sur 11 millions de kilomètres carrés. Avant cette période, rien de tel n'existait.

C'est aux médecins de la Marine, aux *chirurgiens navigans*, que l'on doit les premières actions de santé outre-mer. Si leurs périple au long cours les exposent à des taux de mortalité important, ils leur permettent de découvrir et de décrire des pathologies nouvelles, des maladies exotiques inconnues ou très mal connues jusqu'alors.

En France, la formation des médecins de la Marine se déroule dans trois écoles de médecine ouvertes au xviii^e siècle : Rochefort en 1722, Toulon en 1725 et Brest en 1731.

Puis, la création de l'école de Santé navale et coloniale en 1890 unifie cette formation, les médecins se destinant alors à accompagner les colonies militaires en expédition. Dans les hôpitaux des ports, le futur médecin parfait sa pratique avant le départ.

Mais l'Afrique et les territoires asiatiques constituent des lieux où les militaires français subissent les effets morbides des maladies tropicales, essentiellement paludisme, fièvre jaune et choléra.

Sur le fleuve Sénégal, les garnisons de Podor, de Bakel ou de Kayes par exemple, accusaient dans les années 1850 une mortalité annuelle de près de 400 pour 1 000, soit quatre hommes sur 10 !

En Indochine, les ravages qu'exerça le choléra sur le corps expéditionnaire français ne furent pas moins terribles. De 1884 à 1896, le nombre total de morts par maladie fut de 12 555 pour un effectif qui n'atteignit jamais plus de 20 000 soldats et marins.

Et que dire du corps expéditionnaire de Madagascar en 1895 frappé notamment par le paludisme : alors que le corps n'a perdu que 25 hommes au combat, 5 756 meurent de maladie. L'expédition, qui est la plus meurtrière de toutes, perd près de 40 % de ses effectifs.

Ce n'est donc pas sans raison qu'ouvrant son cours de pathologie tropicale en 1875 à l'école de médecine de Brest, le professeur Mahé avertissait les futurs médecins de la Marine appelés à partir outre-mer en ces termes : « vous rencontrerez le sphinx de la malaria, le fantôme délirant

du typhus, le spectre glacé du choléra, le masque jaune du vomito negro... » perspectives pouvant être terrifiantes.

Les Anglais dont l'humour est bien connu, disaient en raison de ce poids des maladies locales, que pour assurer l'administration de leurs colonies britanniques de la côte africaine, il fallait en permanence deux gouverneurs : l'un mourant sur place et l'autre déjà en route pour le remplacer.

L'Afrique et l'Asie deviennent une destination d'explorations et de conquêtes. Tant que l'exploration maritime réalise une escale côtière, les médecins de marine suffisent à soutenir les hommes embarqués et à donner quelques soins aux populations rencontrées. Mais les pénétrations terrestres vont entraîner un changement dans l'organisation sanitaire des forces militaires.

C'est ainsi que le 7 janvier 1890, est créé le « Corps de santé des colonies et pays du protectorat ». L'objectif est de répondre aux besoins de soutien des explorations de pénétration du continent africain notamment.

Puis, la loi du 7 juillet 1900 consacre l'autonomie des Troupes coloniales qui s'individualisent de la Marine et les rattachent au ministère de la Guerre. Un décret du 4 novembre 1903, cosigné par le ministre de la Guerre et celui des Colonies, traite de l'organisation des services de santé coloniaux en France et aux Colonies, et en confie la responsabilité au Service de Santé des Troupes coloniales, succédant au « *Corps de santé des Colonies et Pays de protectorat* » qui avait assuré le soutien médical des unités militaires et, accessoirement, des populations, de 1890 à 1903.

De 1890 aux indépendances des États africains, ce service de Santé va ainsi assumer la lourde charge de l'organisation et du fonctionnement de la Santé publique dans l'Empire colonial français.

Dans cette logique de former les médecins et pharmaciens à l'exercice médical outre-mer, le 3 octobre 1905 était créée l'École d'application du Service de Santé des Troupes coloniales, à Marseille, dans le parc du Pharo dont elle prit le nom comme « École du Pharo ». En 1907, la première promotion du nom de « La Marseillaise », comptait 46 médecins aide-majors. Le premier directeur était Albert Clarac. Jusqu'à sa fermeture en 2013, l'École du Pharo forma plus de 8 000 médecins, pharmaciens, administrateurs et personnels de santé.

Ces actions du passé de l'œuvre d'assistance tropicale française se sont appuyées sur la mise en place d'enseignements destinés à former localement des personnels de santé. Trente-trois ans après la création de l'École de médecine de Pondichéry (1863), voyait le jour l'École de Madagascar, dont la photographie ici montre le premier corps professoral dirigé par le docteur Mestayer.

À l'École de médecine de Madagascar, les programmes étaient calqués sur ceux de la faculté de Montpellier. La durée des études était de 5 ans. La première promotion comportait 58 étudiants malgaches.

Jusqu'en 1970, l'École de médecine de Madagascar aura formé plus de 1 200 médecins et près de 40 pharmaciens. La plupart servirent sur l'île-continent dans les hôpitaux malgaches comme ici celui de Tamatave.

En 1918 est créée l'École de Médecine de Dakar dont le premier directeur est Le Dantec. Cette école verra parmi ses illustres élèves le Dr Houphouët-Boigny qui présidera plus tard aux destinées de la Côte d'Ivoire. Il disait en 1978 : « je garde une indéfectible reconnaissance à l'École de Médecine de Dakar et à ses maîtres, officiers du service de santé outre-mer qui ont œuvré avec tant de courage et de dévouement au service des populations d'Afrique Noire ».

D'autres écoles virent également le jour pour les personnels infirmiers, comme à Ayos ou à Bobo-Dioulasso, notamment dans le cadre de la formation à la lutte contre la maladie du sommeil.

Un homme va lier son nom à cette maladie : Eugène Jamot, médecin creusois, rejoignant en 1910 par concours collatéral le corps de santé colonial, Jamot va durant 25 ans consacrer toute son activité à la lutte contre la maladie du sommeil, trypanosomiase humaine africaine due au parasite transmis par la mouche tsé-tsé et qui décime les populations d'Afrique intertropicale.

Il est nommé directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville à 37 ans, fort des connaissances acquises à l'Institut Pasteur de Paris et de son expérience en terre africaine, il forge sa réflexion sur les moyens de mieux lutter contre la maladie du sommeil. En 1917, naît la première équipe mobile qu'il mène en brousse, assurant en Oubangui-Chari un dépistage et un traitement de masse, sillonnant les villages avec deux ou trois infirmiers et quelques porteurs, en allant au-devant des malades dont la plupart ne pourraient pas rejoindre un poste médical. En quelques mois, il dépiste plus de 5 000 sommeilleux et révèle une situation épidémique alarmante.

Dès lors, Jamot s'attache à prospecter le Cameroun. Il parfait sa méthode. Étouffe ses équipes en hommes, en matériels et en médicaments. Il fait appliquer dans un système codifié des plans d'intervention permettant de mettre en place une médecine de masse.

Jusqu'en 1926, il va ainsi révéler la réalité de l'épidémie au Cameroun où certaines populations sont parasitées à plus de 30 %, notamment dans le foyer du Haut-Nyong.

Entre 1926 et 1930, avec les nouveaux moyens dont il dispose, ayant fait créer « la Mission permanente de lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun » Jamot lance ses troupes comme un chef de guerre. Les équipes mobiles quadrillent les secteurs et traquent le trypanosome dans les coins les plus reculés du territoire. Immuablement, les équipes arrivent dans les villages, les populations se rassemblent, un recensement médical est réalisé, puis les palpations ganglionnaires ont lieu, les villageois présentant des adénopathies suspectes sont ponctionnés et les microscopistes sous la supervision de médecins scrutent les champs sous l'objectif à la recherche des parasites. Des prélèvements sanguins sont réalisés si la ponction ganglionnaire est négative. Puis les patients atteints sont traités.

Et l'équipe repart pour un nouveau village. Les moyens mis en œuvre augmentent : de 3 médecins et 40 infirmiers en 1922, la mission de prophylaxie passe à 18 médecins et 400 infirmiers. Les résultats suivent avec une chute spectaculaire des niveaux de prévalence qui seront divisés par 10 dans certains foyers.

Au bout de 5 ans, Jamot peut écrire : « la maladie du sommeil n'est plus au Cameroun un facteur important de mortalité, de dénatalité et de dépopulation ».

Parmi les activités des médecins engagés contre les maladies tropicales au profit des populations locales, les tournées de brousse sont caractéristiques. Héritières de l'AMI (Assistance médicale indigène) mises en place par Lyautey au Maroc et Galliéri à Madagascar, cette pratique médicale allant vers les populations réside dans une médecine polyvalente où les équipes médicales sont amenées tant à pratiquer des soins que des petits actes chirurgicaux, à promouvoir le dépistage de maladies et à appliquer des traitements de masse, voire à vacciner.

Les pathologies tropicales dont les images sont parfois brutales sinon cruelles concourent à placer aussi le chirurgien en première ligne, parfois dans une pratique en milieu d'exception. Au Maroc ce sont les arcades de la maison d'un Caïd transformé en hôpital qui abrite le bloc chirurgical à ciel ouvert. Les déformations dues aux éléphantiasis filariennes sont des illustrations patentes de ces maladies à l'expression sauvage.

Mais parmi les actes médicaux, témoins des actions du passé, le plus universel reste finalement l'acte vaccinal. On doit à Jenner en 1796 d'avoir montré la capacité d'immunisation croisée entre la vaccine de la vache et la variole. La pratique est alors peu à peu introduite et la Marine la met en œuvre pour ses hommes.

Au gré des avancées pasteurienues, l'arsenal vaccinal sera plus étendu. En Afrique, la réalisation à Dakar du vaccin anti-amarile par Laigret et Sellards, en 1932, et sa mise en œuvre feront reculer les épidémies dont certaines sont restées célèbres. Ainsi celle ayant sévi au Sénégal entre 1878 et 1881 et qui emporta plus de la moitié la colonie européenne (685/1300) ainsi que 22 médecins et pharmaciens coloniaux.

Grâce au développement des vaccins (notamment celui contre la fièvre jaune), des dizaines de millions de vaccinations sont pratiquées, et font reculer les maladies. Ainsi, soit isolément soit le plus souvent associées à la vaccination antivaricelleuse, entre 1939 et 1954, plus de 5,5 millions de vaccinations anti-amariles et près de 52 millions de vaccinations antivaricello-amariles sont effectuées en Afrique occidentale française.

Les chiffres sont éloquentes du nombre d'actes pratiqués et du recul de certaines épidémies ayant conduit plus près de nous à l'annonce de l'éradication de la variole en 1977. Le docteur William L. Roper, directeur des Centers for Disease Control (CDC) d'Atlanta, en remettant le 22 octobre 1992 au Pharo la médaille des CDC a salué le rôle tenu par les médecins militaires français dans cet événement.

Des noms sont gravés dans l'histoire de ces actions médicales françaises outre-mer. À côté d'Alphonse Laveran découvreur du parasite du paludisme à Constantine en 1880, celui d'Alexandre Yersin est intimement lié à la peste. Lors de l'épidémie qui sévit à Hong Kong en 1894, Yersin parvient à isoler l'agent causal de la peste, mettant fin à des siècles d'hypothèses sur l'origine de ce mal « qui répand la terreur ». Personnage atypique, alors qu'il sillonne l'Indochine en explorateur et pasteurien, il intègre tardivement le corps de santé colonial sur les conseils d'Albert Calmette en poste à Saïgon. Tandis que Calmette mettra au point à Lille le BCG, Yersin développera le réseau de recherche de l'Institut Pasteur en ouvrant le premier centre à Nha Trang, en développant la culture du quinquina et de l'hévéa en Indochine.

À côté des soins directs aux populations, de la création d'hôpitaux et de dispensaires ou la mise en place de services d'hygiène mobile et de prévention, des actions visant à assurer une meilleure organisation des services sont développées. Ainsi, à l'orée de l'indépendance des pays de l'Afrique francophone, Pierre Richet, médecin vainqueur de l'onchocercose en Haute-Volta, obtient en 1960, la création d'une organisation supranationale, l'OCCGE, Organisation de coopération et de coordination pour la lutte contre les grandes endémies, commune à 8 pays d'Afrique de l'Ouest dont il prend la direction pour une décennie. Il avait su convaincre les ministres de la Santé des jeunes États de la nécessité de se doter d'une organisation pour une défense sanitaire commune.

Ces actions du passé, tournées vers la santé des populations locales, ont été menées par une cohorte d'hommes sans doute épris d'aventures tout autant que d'idéal humain. Nombreux œuvrèrent dans l'anonymat de leurs fonctions mais à côté de Laveran, Jamot ou Yersin, des noms comme ceux de Muraz, de Lapeyssonnie, de Labusquière méritent de ne pas être oubliés, comme ceux de Ballay, Béranger-Férault, Clarac, Marchoux, Bayol, Grall, Cureau ou Calmette.

Nombreux de ces hommes payèrent un lourd tribut à cette médecine de l'Ailleurs comme le rappelle la stèle érigée sur l'île de Gorée au Sénégal en hommage aux pharmaciens et médecins victimes de l'épidémie de fièvre jaune de 1878.

Ces actions du passé ont ouvert la voie à l'action moderne de la France en santé mondiale, et les praticiens tropicaux d'avant les indépendances ont été les précurseurs des French doctors modernes et des nouveaux diplomates de la santé internationale.

Mais l'évocation de ces actions du passé ne doit pas nous laisser dans la contemplation nostalgique de faits d'armes médicaux vécus sur ces territoires lointains, mais bien éclairer l'avenir de ce que nos actions peuvent encore produire en faveur de populations soumises à de nombreux risques sanitaires dans des systèmes de santé encore trop défaillants.

Fédérer nos actions, soutenir une vision de partenariat co-construite sur la durée avec les pays qui en font la demande, renforcer des systèmes de santé encore trop faibles, poursuivre la conduite d'une trajectoire finan-

cière en faveur du volet santé de l'aide publique au développement, sont autant d'enjeux pour que les valeurs françaises d'humanité puissent encore être défendues.

Pour cela il serait nécessaire de renforcer un certain nombre d'actions, notamment il serait souhaitable de créer en France une école doctorale dédiée à la santé internationale et à la médecine tropicale. Depuis la fermeture de l'École du Pharo à Marseille en 2013, la France est le seul pays d'Europe occidentale à ne pas posséder d'institution entièrement dédiée à ce sujet de la médecine tropicale et de la santé internationale.

Et il reste encore en zone tropicale tant de populations en danger.

Je vous remercie.

* * *

L'ACTION DE LA FRANCE, DU BILATÉRAL AU MULTILATÉRAL

par **Joan VALADOU**
(Ministère des Affaires étrangères)



Joan Valadou © Delphine Fagot Rufenacht pour l'ASOM

Monsieur le Président,
Monsieur le Secrétaire perpétuel,

1 – Introduction

Les priorités de la France s'inscrivent dans le cadre des ODD (Objectifs de développement durable), et s'attachent à lier les objectifs en santé mondiale avec ceux d'égalité femmes-hommes, mais aussi d'éducation et nutrition. Cette approche transversale vise à aider les pays à progresser vers l'objectif de Couverture santé universelle (CSU) qui est la pierre angulaire de notre action en santé mondiale.

Alors que les grandes pandémies sont toujours un fardeau dans la plupart des pays que « l'équipe France » soutient, les grands enjeux de la santé mondiale se complexifient, avec les transitions démographiques, le développement des maladies non transmissibles, la résistance aux antimicrobiens et l'apparition de menaces sanitaires globales, telles que l'épisode que nous connaissons actuellement. Ainsi, alors qu'environ 400 millions

d'individus dans le monde – soit une personne sur 17 – n'ont toujours pas accès aux services de santé de base, la multiplicité et la complexité des enjeux en santé mondiale nous invitent à différencier de plus en plus notre approche selon les contextes régionaux et nationaux, tout en replaçant les autorités nationales au centre du processus de priorisation et d'intervention.

La crise actuelle du Coronavirus souligne la nécessité d'une réponse coordonnée sur le plan international. C'est important car nous sommes confrontés aujourd'hui à une forme de crise du multilatéralisme dans de nombreux secteurs dont la santé, crise à laquelle la France souhaite apporter une réponse forte.

2 – L'action de la France, au travers sa Stratégie en santé mondiale 2017-2021, vise à répondre aux enjeux de santé actuels

En ligne avec les ODD, la stratégie française en santé mondiale vise à permettre à chacun d'avoir accès aux services de santé de qualité dont il a besoin, sans risque de difficultés financières ou d'appauvrissement. Ainsi la stratégie de la France s'articule autour de 4 axes : **1) le renforcement des systèmes de santé pour atteindre la CSU et la lutte contre les maladies transmissibles ; 2) le renforcement de la sécurité sanitaire au niveau international, 3) la promotion de la santé de la population et 4) la promotion de l'expertise, la formation, et la recherche et l'innovation françaises.**

Dans le contexte actuel de la crise du COVID-19, je vais tout d'abord dire quelques mots au sujet de l'axe 2. La sécurité sanitaire internationale est par nature multisectorielle dans sa définition et les mesures qu'elle exige. En effet, les crises sanitaires peuvent également avoir des conséquences économiques, sociales, politiques ou sécuritaires qui dépassent la sphère de la santé. La France porte une approche de santé publique et de multilatéralisme pour la sécurité sanitaire internationale, positions qu'elle porte et défend dans les différents forums internationaux (Assemblée mondiale de la santé, G7, G20 etc.). La France a financé des projets visant à appuyer des pays à atteindre les capacités principales du RSI, 2005 conformément à l'engagement pris au G7 d'Elm au en 2015. La question de la préparation des pays aux crises sanitaires, sujet sous financé et peu porté par rapport au volet riposte à une crise sanitaire, est une priorité portée par la France au sein des enceintes multilatérales. Lors du dernier conseil exécutif de l'OMS en février 2020, la France a ainsi cofacilité une résolution sur le sujet portée par la Finlande. Cette résolution sera discutée lors de la prochaine Assemblée mondiale de la santé en mai.

Plus spécifiquement sur la crise actuelle, la France contribue à hauteur d'un million d'euros au plan stratégique mondial de préparation et de riposte du COVID-19 coordonné par l'OMS (Organisation mondiale de la santé). Ce plan est établi pour 3 mois (février à avril 2020) et prévoit 3 grands piliers :

- Établir rapidement une coordination internationale et un soutien aux opérations,
- Intensification des opérations de préparation et d'intervention des pays,
- Accélérer les recherches prioritaires et l'innovation.

Dans la lignée du plan de l'OMS, le consortium REACTing/Inserm est aussi en train de développer un projet, financé par l'AFD (Agence française de développement), dont l'objectif est de préparer à la riposte à COVID-19 dans 5 pays d'Afrique francophone (Sénégal, Côte d'Ivoire, Mali, Gabon, Burkina Faso).

Les acteurs français de la santé mondiale sont convaincus de la nécessité de renforcer les systèmes de santé dans les pays où ils interviennent, pour pérenniser ainsi les acquis. Nous nous efforçons d'adopter une approche durable, et de replacer petit à petit les Gouvernements nationaux au centre du processus de priorisation des besoins. **Ainsi le renforcement des 6 piliers du système de santé (gouvernance, financement, ressources humaines, approvisionnement en médicaments, système d'information, offre de soins) est l'axe 1 de notre stratégie.** On estime que 18 millions de personnels de santé sont nécessaires pour pouvoir atteindre l'objectif de CSU d'ici 2030 dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Ce renforcement doit aider les pays à renforcer l'accès aux soins et ainsi atteindre l'objectif de couverture maladie universelle (3.8 des ODD). La lutte contre les grandes pandémies participe pleinement à cette mobilisation pour la couverture santé universelle, puisqu'elle nécessite de travailler sur l'accès aux produits de santé et le renforcement des systèmes de santé nationaux et communautaires, mais aussi sur les raisons profondes pour lesquelles certains groupes de populations, dites populations clés, restent en marge des systèmes de santé même les plus forts, et sont les plus à risque de contracter le VIH ou la tuberculose : personnes LGBTI, travailleuses du sexe, usagers de drogue, migrants, prisonniers... Rappelons que, si le nombre global de décès liés au VIH a été réduit de 34 % depuis 2010, 940 000 personnes mourraient encore du VIH en 2017. Nous sommes encore loin de la cible de 2020 de 150 000 décès par an. La tuberculose reste encore l'une des 10 premières causes de décès dans le monde et la première cause de décès due à un seul agent infectieux. Au niveau mondial, le nombre de cas de paludisme est estimé à 228 millions en 2018, dont 85 % concentrés dans dix-neuf pays d'Afrique subsaharienne et en Inde.

La santé des populations est au cœur de nos priorités. En Afrique en particulier, alors que l'Afrique subsaharienne représente à elle seule deux tiers (196 000 en 2017) des décès maternels dans le monde, les besoins restent immenses. **C'est donc l'axe 3 de notre stratégie.** Chaque jour dans le monde, 817 femmes meurent de causes liées à la grossesse et l'accouchement. En 2017, 2,5 millions d'enfants dans le monde sont décédés pendant leur premier mois de vie (mortalité néonatale). Les enfants qui meurent au cours des premiers 28 jours présentent des affections et des maladies associées à l'absence de soins de qualité dispensés par du personnel qualifié à la naissance et dans les premiers jours de vie. Enfin on estime que 214 millions de femmes dans les pays en développement souhaiteraient

éviter ou espacer leurs grossesses mais n'utilisent aucune méthode de contraception. Tous ces chiffres sont alarmants et soulignent la nécessité de rester mobilisés.

Enfin, alors que l'appui technique est de plus en plus plébiscité et que le renforcement des capacités nationales est identifié comme une priorité pour le renforcement des systèmes de santé, **la promotion de l'expertise, la formation, et la recherche et l'innovation françaises, qui forment l'axe 4 de notre stratégie, sont d'autant plus pertinents.** Le mandat d'Expertise France constitue le cœur de cet axe. Bientôt, l'Académie de l'OMS à Lyon permettra de répondre spécifiquement au besoin de formation. Sur le volet recherche et innovation, nous travaillons avec le MESRI (Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation) et les instituts de recherche français pour valoriser les travaux engagés. Cet axe est encore à renforcer.

3 – L'aide publique au développement française en santé utilise un panel d'instruments complémentaires

Pour mettre en œuvre sa stratégie en santé mondiale de façon pertinente, la France répartit les moyens de sa politique de développement entre les différents instruments et canaux d'acheminement appropriés. Elle déploie de manière cohérente un panel d'actions bi- et multilatérales adaptées au contexte géographique. En 2018, la France a consacré près d'1 milliard d'euros d'aide publique au développement au secteur de la santé (994 M€), dont 79 % ont transité via le canal multilatéral.

Le CICID (Comité interministériel de la coopération internationale et du développement) du 8 février 2018 a réaffirmé l'inscription de l'aide publique au développement (APD) parmi les priorités du quinquennat. Cinq priorités thématiques ont été identifiées : les zones fragiles ou en crise, l'éducation, le climat, l'égalité femmes-hommes, et la santé. Ces thématiques se doublent d'objectifs de concentration géographique autour d'un partenariat privilégié avec le continent africain, en particulier 19 pays prioritaires appartenant à la catégorie des pays les moins avancés (18 pays africains et Haïti). Ces priorités permettent de poursuivre l'accent mis sur l'aide bilatérale (deux-tiers de la hausse moyenne cumulée des engagements additionnels d'ici 2022) et sur l'effort bilatéral en don.

La loi de Programmation sur le Développement et la Solidarité internationale, discutée prochainement au Parlement, inclura certainement la trajectoire de l'aide publique au développement pour atteindre les 0,55 % du revenu national brut en 2022.

a. L'APD (Aide publique au développement) française bilatérale en santé

Sur le volet bilatéral, la France s'appuie sur ses opérateurs l'AFD et Expertise France. L'année 2018 avait été marquée par un doublement des engagements de l'AFD dans le secteur de la santé et de la protection

sociale. En 2019, l'APD bilatérale en santé a également affiché une hausse historique. Ainsi les engagements de l'AFD dans les secteurs de la santé et de la protection sociale ont encore augmenté (+70 % en volume) avec plus de 900 M d'euros de concours programmés. Des projets multi-pays avec des maitrises d'ouvrage françaises, sont instruits en partenariat avec Expertise France et d'autres opérateurs publics français.

b. *L'APD française multilatérale en santé*

Sur le volet multilatéral, la France joue un rôle de leader historique grâce à un volume de contributions inédit. La France est **2^e donateur historique au Fonds mondial** de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, avec **plus de 5 milliards d'euros de dons cumulés** depuis sa création en 2002. La lutte contre les trois pandémies constitue le cœur du mandat du Fonds mondial, qui a obtenu des progrès exceptionnels avec plus de 32 millions de vies sauvées depuis l'origine. La France a accueilli la 6^e conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial les 9 et 10 octobre 2019 à Lyon et contribué à en faire un grand succès. Pour la période 2020-2022, 14 milliards de dollars US ont ainsi été réunis, la plus importante somme jamais rassemblée par une organisation en santé. À cette occasion, la France a fortement augmenté sa contribution, de 20 % pour atteindre 432 millions d'euros par an. La priorité aujourd'hui est d'orienter la programmation des allocations pour inclure le renforcement du système de santé et l'approche par les droits et l'égalité femmes-hommes.

La France est également 6^e contributeur de Gavi, l'Alliance des vaccins. Depuis sa création il y a tout juste 20 ans, Gavi a permis de vacciner 760 millions d'enfants et d'éviter 13 millions de décès. L'engagement de la France étalé sur la période 2007-2026 est d'1,39 milliard d'euros. Sa contribution sur le cycle de financement actuel (2016-2020) est de 465 millions. Des discussions sont en cours sur de nouveaux engagements français dans le cadre de la conférence de reconstitution des ressources de Gavi qui se tiendra à Londres début juin. Cette reconstitution des ressources est un enjeu majeur pour la nouvelle stratégie 5.0 de Gavi qui nécessite la mobilisation de 7,4 milliards de dollars pour le prochain cycle 2021-2025. Pour cette nouvelle stratégie, Gavi a choisi de placer l'équité au cœur de son mandat avec pour objectif la vaccination de 300 millions d'enfants, devant permettre de sauver 8 millions de vies dans les pays les plus pauvres. La nouvelle stratégie intègre également les enjeux liés au genre et inclut des investissements en hausse pour la sécurité sanitaire internationale. Les crises comme Ebola ou le COVID-19 rappellent le caractère essentiel des vaccins pour lutter efficacement contre la propagation de nouvelles pandémies.

La France est aussi le 1^{er} bailleur d'UNITAID (Organisation internationale d'achats de médicaments), qu'elle a directement contribué à créer avec le Brésil, avec une contribution annuelle de 85M€ pour 2020-2022 fondé sur des financements innovants. Unitaid accélère la réponse en santé mondiale en identifiant et facilitant la disponibilité de produits de santé

innovants mieux adaptés, plus efficaces, et plus abordables pour traiter, diagnostiquer et prévenir les trois pandémies VIH/SIDA, tuberculose, paludisme, mais aussi leurs co-infections l'hépatite C et le virus du papillome humain (HPV), et les enjeux de résistance. Pour Unitaid, la priorité est de préparer la nouvelle stratégie 2021-2026 pour soutenir les nouvelles innovations à fort potentiel ; favoriser leurs mises à l'échelle et travailler avec les communautés et acteurs de terrain dans l'optique de renforcer les systèmes de santé.

Au niveau multilatéral, la France contribue et suit attentivement l'OMS, ONUSIDA, et les G7 et G20 santé. Aussi, l'initiative santé et diplomatie propose chaque année une résolution à l'Assemblée générale des Nations unies sur un thème de santé mondiale. Sous la présidence de la France, la résolution adoptée le 11 décembre dernier à l'AGNU (Assemblée générale des Nations unies) portait sur l'inclusivité des systèmes de santé. Dans la continuité, la présidence indonésienne en 2020 promeut le thème de l'accessibilité des systèmes de santé.

Au-delà des contributions financières, la France est attendue et respectée dans toutes les enceintes, onusiennes ou non, pour porter une véritable vision en santé mondiale. Les interventions de la France se caractérisent par la promotion des droits humains et par la promotion d'un principe de solidarité, se traduisant par l'universalité de l'accès aux soins et par une attention forte portée sur l'égalité entre les femmes et les hommes. Le développement d'une vision en la matière est indispensable à l'efficacité de l'action des grands fonds pour assurer que leurs activités bénéficient à tous, et notamment aux personnes les plus vulnérables.

c. Créer des synergies entre l'APD (Aide publique au développement) bi- et multilatérale

Il est nécessaire d'optimiser nos interventions bilatérales en les articulant à l'action des organisations et fonds multi (OMS, FM, GAVI, UNITAID notamment). A ce titre l'AFD a signé un accord avec le Fonds mondial pour accroître la complémentarité de leurs actions respectives en matière de renforcement des systèmes de santé.

La stratégie française en santé mondiale s'appuie aussi sur la volonté de rechercher des synergies et complémentarités entre les différents acteurs, à l'image du Fonds français Muskoka, dispositif innovant en termes de coordination régionale entre bailleurs et d'harmonisation des interventions au niveau des pays bénéficiaires. Le Fonds français Muskoka œuvre pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile et améliorer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Depuis 2011, ce programme est mis en œuvre de manière conjointe par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et ONUFEMMES au Mali, au Niger, au Tchad, en Guinée, au Bénin, en Côte d'Ivoire, au Sénégal et au Togo, avec un budget de 10 M d'euros par an. Le Danemark a rejoint la France en 2019 dans le rang des donateurs, signe de l'intérêt porté au dispositif de ce Fonds français. L'initiative Muskoka a su dérouler un volet bilatéral et un volet

multilatéral. Certains projets tels que la production de « C'est la vie » visant à sensibiliser les populations aux enjeux de santé SRMNI, et financés depuis 2013 par le Fonds Français Muskoka, ont même pu directement associer l'AFD aux quatre agences onusiennes.

Pour renforcer son appui aux pays bénéficiaires francophones du Fonds mondial et pour en améliorer l'accès aux subventions et à leur mise en œuvre, la France réserve depuis 2011 une part de sa contribution à l'Initiative 5 % gérée par Expertise France, qui mobilise une expertise technique francophone ciblée, professionnelle et axée sur les besoins de terrain. Cette contribution, correspondant initialement à 5 % de la contribution française a été portée à 7 % en moyenne pour le triennium 2017-2019. Elle est portée à 9 % de la nouvelle contribution de la France (1,296 Mds €) sur le cycle 2020-2022, ce qui représente 116,64 millions d'euros alloués à Expertise France via l'Initiative 5 %. Sa raison d'être est d'apporter un appui à l'innovation aux pays récipiendaires du Fonds mondial afin d'améliorer l'efficacité de ses subventions et de contribuer à renforcer l'impact sanitaire des programmes et l'efficacité de la riposte aux pandémies. L'Initiative 5 % contribue ainsi à construire des réponses plus efficaces aux pandémies et à en renforcer leurs effets sur les populations. Elle se consacre pour cela au renforcement des capacités de structures de la société civile, des programmes nationaux ou encore d'organisations régionales, et contribue à l'émergence de programmes innovants et catalytiques. Le Fonds mondial participe aux comités de sélection des projets financés par l'Initiative 5 % et inversement l'Initiative 5 % participe aux réunions mensuelles des partenaires techniques du Fonds mondial.

4 – La diplomatie en soutien des engagements bi- et multilatéraux en santé mondiale

a. Réseau français en santé mondiale

L'équipe France en santé mondiale s'appuie sur deux ministères, l'Ambassadrice pour la santé mondiale madame Stéphanie Seydoux, et la mise en place récente d'un groupe de travail élargi qui inclut la recherche et la société civile. Sur le terrain, les dix conseillers régionaux en santé mondiale (CRSM) sont indispensables pour ajuster nos actions aux attentes des partenaires, créer des dynamiques régionales, et contribuer au rayonnement et au renforcement de la France sur les sujets santé sur la scène internationale.

b. Priorités 2020

À la fin de cette semaine de l'égalité 2020, la première actualité 2020 dont je souhaite parler est bien sur le Forum Génération Égalité ou FGE. Ce sera un rassemblement mondial très important pour l'égalité femmes-hommes, dirigé par la société civile, convoqué par ONU Femmes et co-organisé par les gouvernements du Mexique et de la France. Après un kick-off au Mexique en mai, l'événement, qui se tiendra à Paris du 7 au

10 juillet, rassemblera 50 chefs d'États et plus de 5 000 participants. Le FGE lancera 6 coalitions d'action réunissant pays, société civile et secteur privé pour stimuler les investissements et produire des résultats. La France portera la coalition sur les droits et santé sexuels et reproductifs.

Cette année 2020 sera aussi marquée par le lancement des premiers projets tests de l'Académie OMS à Lyon qui ambitionne d'être la structure de formation pour les professionnels de la santé globale, mais aussi les cadres et dirigeants, à travers le monde. À vocation interne et externe à l'OMS, l'Académie prévoit de former au total 60 000 personnes par an en présentiel (sur le site lyonnais mais aussi par le biais d'un réseau de centres implantés dans les six régions de l'OMS) et jusqu'à 10 millions par voie numérique d'ici 2023. L'État français a acté une contribution de 30 millions d'euros sur 5 ans. Les collectivités locales (Métropole et Ville de Lyon et Région Auvergne-Rhône-Alpes) ont annoncé leur soutien au projet pour un montant équivalent destiné à la construction du bâtiment. La mobilisation du secteur privé, recherchée également à hauteur de 30 M d'euros, a été initiée et constitue désormais la priorité de ces prochaines semaines.

Pour **GAVI**, dont j'ai parlé plus tôt, 2020 est l'année de sa conférence de reconstitution des ressources qui aura lieu en juin à Londres et la France est particulièrement attendue. Pour le Fonds mondial, la France est mobilisée pour mettre en œuvre l'ambition du renforcement des systèmes de santé et atteindre les populations clés sur le terrain.

5 – Conclusion

Ce panel d'acteurs et d'instruments nous permet de couvrir un large champ de problématiques de santé mondiale et fait de la France un leader incontournable sur la scène internationale. Mais nous savons qu'il existe de nombreuses pistes d'amélioration en lien avec les enjeux mondiaux d'ici 2030. **Nous travaillons à une articulation renforcée entre les interventions bilatérales et multilatérales.** La coordination de tous les acteurs français de la santé mondiale est également indispensable.

Cette année nous offre l'opportunité de débiter une réflexion conjointe, en vue des travaux de 2021 pour la définition de la prochaine stratégie française en santé mondiale qui sera lancée en 2022.

* * *

L'ACTION DE L'AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

par Philippe WALFARD
(Agence française du développement)



Philippe Walfard © Delphine Fagot Rufenacht pour l'ASOM

Le groupe Agence française de développement (AFD) est un établissement public qui met en œuvre la politique de la France en matière de développement et de solidarité internationale. Le développement est l'un des trois piliers de l'action extérieure du pays, avec la diplomatie et la défense. Notre mission est de contribuer au progrès économique, social et environnemental des pays à revenus faibles et intermédiaires. Via un réseau de 85 agences dans le monde, l'AFD finance et suit aujourd'hui plus de 4 000 projets et programmes de développement. En 2019, les engagements financiers se sont élevés à 14 milliards d'euros.

Concrètement, cette mission prend la forme de prêts, de subventions, d'expertise ou encore d'assistance technique. Ils sont accordés à des États, collectivités locales, entreprises, fondations ou ONG et permettent de réaliser des projets dans de très nombreux domaines : climat, biodiversité, énergie, urbanisme, éducation-formation, santé et protection sociale...

La santé et la protection sociale sont au cœur du développement durable. Face au creusement des inégalités et à la vulnérabilité des plus

pauvres aux crises exogènes, le renforcement du capital humain constitue un prérequis pour assurer une croissance durable et garantir la paix sociale. La multiplicité des défis auxquels les sociétés et les individus doivent faire face nécessite une réponse multidimensionnelle qui intègre pleinement les enjeux économiques, politiques, sociaux, environnementaux ou épidémiologiques aux réponses que nous devons collectivement inventer.

En tant qu'institution financière de développement, l'AFD soutient l'émergence de modèles de développement plus durables. Grâce à sa stratégie 100 % lien social, elle lutte contre les inégalités en soutenant l'accès de tous à des soins de santé de qualité et à des systèmes de protection des individus face aux risques de la vie.

En dépit des progrès enregistrés ces dernières années, cinq milliards de personnes n'ont toujours pas accès à des soins de qualité et abordables. Plus de la moitié de la population mondiale ne bénéficie d'aucune couverture sociale. L'accès à la santé et à la protection sociale est donc un enjeu prioritaire dans les pays en développement et les territoires ultramarins, au cœur des Objectifs de développement durable.

Face à ces enjeux, l'AFD renforce son engagement dans les secteurs de la santé et de la protection sociale, qui représentent environ 4 % des engagements totaux de l'AFD, pour accompagner les transitions démographique et sociale de ses pays d'intervention et des Outre-mer. Ses activités se concentrent autour de trois axes stratégiques :

(1) Poursuivre les efforts en matière de santé sexuelle et reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescent(e)s ainsi que de nutrition. L'AFD se positionne sur un *continuum* d'interventions pour accompagner la transition démographique et lutter contre les inégalités de genre grâce à une approche intégrée visant à agir sur les déterminants multiformes de ces enjeux.

(2) Renforcer les systèmes de santé pour atteindre la couverture universelle en santé. L'AFD accompagne les pays dans leurs efforts pour assurer la qualité et l'accessibilité de leurs systèmes de soins, tout en développant leur résilience face aux chocs notamment climatiques.

(3) Assurer la mise en place de systèmes de protection sociale inclusifs. L'AFD appuie la création et l'extension de dispositifs nationaux de protection des individus, et notamment des plus vulnérables, face aux risques rencontrés tout au long de la vie afin de favoriser la résilience aux chocs extérieurs et garantir la cohésion sociale.

2019 a été une opportunité pour l'AFD de décliner son cadre d'intervention sectoriel, de répondre aux priorités stratégiques de la France et de se positionner sur de nouveaux enjeux grâce à des outils adaptés à différentes géographies et partenaires. L'AFD a financé 46 projets dans les secteurs de la santé et de la protection sociale pour un montant total de 545 M d'euros, soit une hausse de 10 % en volume par rapport à l'exercice précédent.

L'année 2019 a aussi été marquée par le rapprochement de l'AFD et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme à l'occasion de la Conférence de reconstitution de ce dernier qui s'est tenue à Lyon en octobre. Un accord de partenariat entre les deux organismes a été signé à l'occasion de la visite du président de la République à Abidjan en décembre.

* * *

LA FRANCE ET LA SANTÉ MONDIALE : LES DIFFÉRENTS ENJEUX DE LA RECHERCHE

par Patrice DEBRÉ

(Académie nationale de médecine et Sorbonne université)



Patrice Debré © Delphine Fagot Rufenacht pour l'ASOM

Face aux différentes évolutions des enjeux sanitaires dans le monde, la recherche doit s'affirmer et s'organiser pour être un pilier incontournable de la riposte internationale au Sud. Il s'agit autant que possible de coordonner l'expertise, favoriser le continuum soin, formation, et recherche, comme de s'accorder sur les priorités. Compte-tenu des activités engagées, moyens mis en œuvre, et de leurs partenariats, pour beaucoup historiques, les équipes et établissements français, dans cette perspective, devraient initier une réflexion afin de mieux lier leurs efforts et proposer une stratégie concertée. Nous ferons part ici des éléments qui pourraient guider une telle initiative et, à partir des activités en cours, proposer des mesures pour mieux structurer programmes et moyens.

1) Les enjeux

Le monde est l'objet d'une transition épidémiologique qui est sous le coût d'un double fardeau :

- D'une part, les maladies infectieuses, dont la lutte a fait l'objet d'un effort de solidarité internationale, continuent d'entraîner une morbidité et

une mortalité élevées. Elles sont en effet responsables d'un chiffre considérable de décès, 14 millions par an, dont les deux tiers sont des enfants. Ceux-ci surviennent principalement dans les pays à faible revenu ou revenu intermédiaire des zones tropicales. Certes, différentes mesures pour améliorer les soins et leur renforcement des capacités ont sauvé, selon les chiffres de l'OMS, près de 50 millions de vies, mais il existe des progrès inégaux. Le paludisme a vu diminuer le nombre d'infections. Il continue d'être responsable de 228 millions de cas et 405 000 décès en 2018 (1). Sur l'année 2017 la tuberculose a enregistré plus de 10 millions de nouvelles infections (2), tandis que l'accès aux traitements n'était possible que pour 60 % des personnes infectées par le VIH (3). Les maladies tropicales négligées, qui concernent près d'un milliard d'hommes, continuent de l'être. L'hépatite C, malgré les possibilités thérapeutiques de guérison qui sont en usage au Nord, sévit au Sud. L'épidémie d'Ebola récemment manifestée, risque de resurgir. La pandémie de SARS-CoV- 2 qui alerte aujourd'hui tous les pays pose d'inquiétants problèmes pour sa prévention et son évolution en l'absence de tout traitement identifiés...

– D'un autre côté de nombreux pays du Sud voient accroître le fardeau des maladies non transmissibles, diabète et métabolisme, pathologies cardio-vasculaires, cancer, dont l'évolution est de plus modulée par un certain nombre de déterminants sociaux, tels l'éducation, l'alimentation, le climat, le travail, ou encore le logement.

Face à ces enjeux, l'environnement international s'est lui-même modifié. Le contraste entre pays pauvres et pays riches continue de s'accroître et, à travers lui, l'importance de la pauvreté. En effet, 3/4 des individus les plus pauvres de la planète vivent dans des pays à revenu intermédiaire avec une difficulté d'accès aux services notamment sanitaires. Du fait de leur PIB, ces pays intermédiaires, ne peuvent bénéficier de l'aide internationale, telle celle fournie par le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose, et le paludisme (le Fonds), ou celle de GAVI pour les vaccins. Ceci pénalise ainsi d'autant plus les populations pauvres qui s'y trouvent. En même temps se sont forgés de longue date de nombreux partenariats non plus seulement conçus autour de l'aide pour le développement mais l'échange et la coopération, comme en témoignent la déclaration de Paris de 2005 et le forum de Busan en 2011. L'heure n'est plus à une division de la solidarité internationale mondiale entre pays bailleurs et pays récipiendaires, mais à une association d'acteurs multiples aux responsabilités différenciées et partagées. Or, à ces modèles, aide au développement et partenariat de coopération, vient s'ajouter une stratégie nouvelle de diplomatie commerciale qui tend à proposer la vente d'expertise et favorise ainsi certains secteurs stratégiques ou pays dans l'accès à l'innovation et aux performances sanitaires.

Reste à noter que les questions de santé occupent une place de plus en plus importante dans les réflexions des G7, G20, G77, tandis qu'apparaissent également celles liées aux propriétés intellectuelles et brevets.

Un troisième facteur, outre celui des priorités de santé, et de l'environnement international, concerne la place de la santé dans l'agenda du

développement. Certes l'accès à la santé, de manière universelle et durable, est un droit fondamental, ainsi que l'a érigé l'OMS. En 2015, la santé reste un des 17 objectifs du développement durable. Il est d'ailleurs lié aux autres tels l'éducation, la fiscalité, l'urbanisation, ce qui multiplie l'attention qui doit lui être portée. Ce faisant, on ne peut que constater une reconfiguration de l'architecture internationale. Celle-ci est l'objet d'un partenariat multi-acteurs. L'aide régalienne des États s'ouvre aujourd'hui au secteur privé et à la société civile, reconnaissant notamment le rôle de l'investissement domestique. Les fonds philanthropiques internationaux tels ceux de la fondation Bill et Melinda Gates, comptent pour beaucoup dans le paysage des financements, auxquels participent depuis le début des années 2000 les multiples initiatives multilatérales. Leurs décisions, par essence plurielles, dépassent ainsi l'habituel rôle et la stratégie individuelle des États. De plus, bien qu'originellement concernées par la lutte contre certaines pandémies dont le sida, la tuberculose et le paludisme, ces organisations remettent en cause, au moins en totalité, les programmes verticaux pour proposer une approche systémique, comme le renforcement des systèmes de santé.

2) Légitimité de la France.

Un certain nombre d'éléments mettent en valeur le rôle de la France dans la santé internationale :

- La France possède en effet un modèle de santé porteur de valeurs fortes. Solidarité, équité des services de santé, leur accès, ainsi que leurs qualités en font partie. Il en est ainsi également pour notre modèle de couverture d'assurance maladie, message porté au-delà des frontières.

- Le rayonnement de la recherche française est reconnu depuis plusieurs siècles et a été couronné par 13 attributions de prix Nobel de physiologie et médecine.

- Le pays dispose d'un réseau international d'établissements de recherche d'excellent niveau parmi lesquels l'Institut de recherche et développement (IRD), le réseau des Instituts Pasteur, l'Agence nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites, et le Centre de Coopération internationale en Recherche pour le Développement (CIRAD). Ceux-ci sont reconnus pour leurs interventions au Sud. Ils effectuent des recherches dans le cadre d'aide au développement, ce qui les met ainsi en phase avec les objectifs du millénaire.

- L'expertise médicale française s'inscrit également dans le jumelage d'un certain nombre d'universités et hôpitaux avec de nombreux centres hospitaliers du Sud. Nos hôpitaux accueillent de plus, des étudiants en stage de 3^e cycle pour des Diplômes de Formation médicale spécialisée et Diplômes de Formation médicale spécialisée approfondie (DFMS/A) afin de perfectionner leurs formations en santé.

- La France a joué un rôle important dans le cadre de la lutte contre les grandes pandémies. Outre l'expertise mise en œuvre dans différentes activités médicales et scientifiques dans le cadre de partenariats, la France

a participé au début des années 2000 à la création de plusieurs organisations multilatérales dédiées aux grandes pandémies telles le Fonds Unitaïd, ainsi que, pour la recherche, l'EDCTP. La présence de représentants français aux conseils d'administration de ces organisations valorise les subventions qui y sont versées : 1,08 milliards de dollars sur 3 ans pour le Fonds, 85 millions par an pour Unitaïd, 95 millions pour GAVI.

- Des principes sont à l'appui de ces initiatives diplomatiques. « L'universalité » est mise en avant, afin que la santé soit accessible à tous, considérée comme un bien public. « La solidarité » a pour but de compenser les disparités économiques et sociales et favoriser la lutte contre la stigmatisation. « Sécurité et protection sanitaire » sont proposées pour réduire les tensions entre les pays, accroître les chances de liberté, et protéger les droits fondamentaux.

- Un certain nombre d'associations non-gouvernementales telles celles de lutte contre le Sida, coordonnées à travers le réseau TRT-5, participent à l'aide internationale en santé, au moins sous forme de plaidoyer.

Si ces différents facteurs cautionnent la légitimité de la France dans ses interventions au Sud, d'autres viennent limiter leur portée. Malgré les efforts et initiatives, la stratégie française manque de visibilité. De fait, Il n'y a qu'un faible portage politique à haut niveau, hormis quelques moments forts. Le nombre de priorités reste encore limité avec une stratégie construite en 2012 sur un certain nombre d'enjeux, tels la santé mère enfant, les grandes pandémies, et, depuis peu, les maladies émergentes. Les décisions politiques sont fragmentées entre plusieurs donneurs d'ordre : Établissements publics de recherche, Ministères, Présidence de la République. Si la santé est reconnue par la diplomatie, la recherche française en santé l'est beaucoup moins et n'est pas vraiment considérée comme un instrument de politique étrangère. De fait, la stratégie qui est définie par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (MEAE) n'engage pas les opérateurs français, à l'inverse d'un certain nombre de nos partenaires dont l'Allemagne. Notre présence à la table des organisations multilatérales n'est pas confortée par les partenariats bilatéraux, car il n'y a pas de lien véritable entre les visions multilatérales et bilatérales. De plus la présence de la France au sein des organes de gouvernance de ces institutions reste fragmentée : la Direction générale de la Santé siège à l'OMS, le MEAE au Fonds mondial, Unitaïd, Gavi, ONUSIDA, Roll Back Malaria, l'Inserm à l'EDCP ; un dispositif complété par des envoyés spéciaux de l'ONU nommés « ad hominem ». Au demeurant, la stratégie française en santé, revue en 2016, reste peu connue et peu lisible. Les positions prises sont de renforcer les systèmes de santé en luttant contre les maladies, d'accroître la sécurité sanitaire, de promouvoir la santé des populations ou encore l'expertise, la formation, la recherche, et l'innovation. Très générales, bien qu'ambitieuses et de bon sens, elles ne s'accompagnent pas de mesures concrètes et spécifiques, ce qui en limite leurs portées. Le dispositif français est éclaté, peu coordonné, et tient peu compte du continuum soin, formation et recherche. Les établissements agissent indépendamment les uns des autres. Seule l'ANRS, à travers une Direction unique, assure au Sud une même programmation, évaluation,

financement et mise en œuvre des opérations. Quant aux investissements qui sont effectués au Sud par le MEAE, s'agissant de fonds à disposition du multilatéral, ils ne favorisent ni la recherche ni les partenariats bilatéraux qui sont insuffisamment soutenus.

3) Le dispositif institutionnel français.

Le dispositif d'intervention au sud est multiple :

- Le MEAE, le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, celui de la Santé, et des Finances, assurent la tutelle des différents opérateurs. Si nous avons vu que le MEAE engage sa responsabilité et celle de la France aux conseils d'administration de plusieurs organisations internationales, le ministère de la Santé est cependant peu présent dans les décisions prises, et celui de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ne l'est que par délégation.

- Les établissements de recherche tels l'IRD et le CIRAD sont présents dans de nombreux pays, mais de manière indépendante. Il en est de même concernant le réseau des Instituts Pasteur, qui lie plus l'Institut de Paris à ses partenaires internationaux qu'aux autres établissements français qui effectuent des recherches au Sud. Quant à l'Inserm, le CNRS, les universités, et les hôpitaux, ils sont peu présents sur le terrain et les partenariats sont plus le choix d'équipes que d'une stratégie nationale.

- Les agences de développement ne sont que peu concernées par la recherche. L'Agence française de développement (AFD) est responsable depuis 2004 de la mise en œuvre de l'aide bilatérale en santé, qui exclut cependant jusqu'à nouvel ordre la recherche. Cet organisme possède plus une culture financière qu'une capacité d'intervention professionnelle qu'elle délègue. Expertise France est en 2015 un opérateur public qui devrait rejoindre l'AFD. Il a pour mission de mobiliser, développer et valoriser l'expertise française à travers une politique qui lui est propre. Ses budgets d'interventions sont divers. L'initiative 9 %, concerne une part du budget de la France dédié au Fonds mondial. Une petite fraction de ce budget concerne la recherche opérationnelle à condition qu'elle fasse partie des priorités stratégiques du Fonds. L'ANR a certes des partenariats internationaux, mais pas de stratégie au Sud. L'INCA a une stratégie Sud limitée aux soins. Quant à l'ANRS, elle coopère avec différents pays dont la Côte d'Ivoire, le Sénégal, le Cameroun, le Cambodge, le Vietnam, le Brésil et l'Égypte à travers des « sites » qui sont cogérés. Ses activités concernent essentiellement le sida et les hépatites ainsi que plus récemment la tuberculose. Outre ces sources de financement, dispersées et non coordonnées, il faut ajouter plus récemment l'activité Sud du plan prioritaire de recherche sur l'antibiorésistance.

À ses différentes initiatives il faut ajouter celles du secteur associatif. Les O.N.G. ont joué un rôle pionnier en médecine humanitaire mais elles se sont peu investies en recherche à l'exception de quelques-unes d'entre elles telle Solthis.

Sur le terrain, le dispositif français reste éclaté. On y trouve des représentants des EPST, IRD, CIRAD, Institut Pasteur, les sites ANRS. À cela s'ajoutent des représentations de l'AFD. Il existe peu de liens entre les décideurs, les agences de financement, et les opérateurs. L'équipe « France » dans les différents pays est en majorité dispersée sans stratégie d'ensemble. Elle reste peu mobilisée par les pouvoirs publics, sauf lors de certaines problématiques de santé, telle la crise Ebola ou l'antibiorésistance.

4) AVIESAN, une tentative pour mieux coordonner les recherches.

Fin 2009 le ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur décida de créer des alliances afin de mieux coordonner les activités des différents établissements de Recherche. L'Alliance AVIESAN eut la responsabilité de celles concernant les Sciences de la Vie et de la Santé. Un sous-groupe informel fut chargé d'établir une stratégie pour les activités au Sud, et si possible, de les mettre en œuvre. Les objectifs généraux étaient d'y donner une meilleure efficacité et lisibilité des actions de la France, effectuer un plaidoyer pour certaines d'entre elles à l'échelle européenne et internationale, participer à la construction de partenariats au Sud ainsi qu'à l'Europe à travers l'EDCTP. Les objectifs spécifiques étaient de mettre en réseau l'expertise française pour des projets sélectionnés privilégiant une approche multidisciplinaire incluant les sciences humaines et sociales, rapprochant politique de recherche et du développement.

AVIESAN Sud anime ainsi un certain nombre d'activités à travers la création d'Actions coordonnées (AC). Celles-ci ont concerné la tuberculose, le paludisme, et l'infection HPV. Ces AC ont pour but de proposer des activités de recherche communes en réponse aux appels d'offres, de valoriser les partenariats, de valoriser des thèmes de plaidoyer. À côté des AC, des réseaux ont été créés. L'un « Reacting » porte sur les maladies émergentes et concerne les fièvres hémorragiques, arboviroses, et plus récemment le Coronavirus. L'autre est dédié aux maladies tropicales négligées. Par ailleurs AVIESAN tente de mettre en liaison les expertises françaises sur le terrain par la création de plateformes. Cette initiative se limite pour le moment à la cartographie des recherches effectuées en Asie du Sud-Est, en Afrique subsaharienne et à l'océan Indien. Plus récemment AVIESAN envisagea d'effectuer des recherches à travers un réseau sur l'antibiorésistance au Cambodge, à Madagascar, au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire.

Ces initiatives ont pour but de mieux coordonner les recherches françaises au Sud. L'absence de personnalité morale, donc de responsabilité, de programmation et de budget, confiés à AVIESAN, en limite cependant leur portée, et leur interaction avec les opérateurs du développement. Une délégation de responsabilité à AVIESAN pourrait grandement améliorer le dispositif développé et favoriser une meilleure mise en œuvre opérationnelle, la valorisation des partenariats impliqués, et le lien avec les politiques multilatérales. De plus, une stratégie partagée avec celle des soins et formation devrait permettre une meilleure cohérence, visibilité et

efficacité des activités de la France au Sud, ainsi que de leur évaluation. La création d'une haute autorité en santé mondiale pourrait y contribuer.

En conclusion, les enjeux de la Santé mondiale, notamment des nouveaux modes de partenariats au Sud, l'excellente expertise des équipes françaises en recherche, et leur légitimité, devraient, en retour, faire prendre conscience d'une insuffisance de coordination et de stratégie partagées. Malgré les tentatives d'AVIESAN pour mobiliser les équipes en ce sens, le manque de délégation, de responsabilité et de budget limite toute programmation. Le faible lien entre les activités multi et bilatérales, et d'évaluation de ces dernières, les pénalisent. Il faut plaider pour qu'une meilleure structuration, un continuum entre soin, formation et recherche, une meilleure coordination entre initiatives bilatérales et multilatérales puissent valoriser les efforts entrepris et leur donnent la portée que méritent la qualité et l'expertise de la recherche française en Santé mondiale.

Bibliographie

- 1) <https://www.who.int/malaria/media/world-malaria-report-2019/fr/>
- 2) <https://www.fares.be> > actualités
- 3) https://www.google.com/url?sa=t&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjDmvLL8a3oAhX96OAKHQyPAu8QFjABegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Ffr%2Fnews-room%2Ffact-sheets%2Fdetail%2Fhiv-aids&usg=AOvVaw06GlnuIP497x_R6BzO7aFF

* * *

QUELLE PLACE POUR LA MÉDECINE DANS LA SANTÉ INTERNATIONALE DE DEMAIN ?

par Anne-Marie MOULIN
(ASOM)



Anne-Marie Moulin © Delphine Fagot Rufenacht pour l'ASOM

À l'heure de l'avènement proclamé de la Santé globale, substituée à la Santé internationale, on peut légitimement se poser la question du poids de la médecine dans cette reformulation. Cette question m'amène à revenir rapidement sur l'histoire des changements survenus, de la Renaissance à nos jours, pour mieux comprendre les présupposés d'une santé désormais dénommée « globale » (1). Elle est plus qu'un avatar de la santé internationale qui mettait en jeu les relations entre les pays. Admise officiellement comme une innovation et un progrès, la nouvelle terminologie entend ambitieusement rebattre les enjeux politiques et sociaux et faire bouger les frontières. Mais ce caractère global ne manifeste-t-il pas avant tout la prépondérance du point de vue économique, sur l'aspect médical ? Il importe par conséquent de bien examiner les circonstances dans lesquelles s'est imposée cette terminologie.

(1) Dominique Kerouedan a écrit une excellente synthèse sur le sujet : « La santé globale, nouveau laboratoire de l'aide internationale ? *Revue Tiers-Monde*, 2013, 215, 111-127.

Pourquoi revendiquer la pertinence du point de vue médical à propos de la Santé Globale ? Certes la santé possède de multiples composantes non médicales *stricto sensu*. Mais avec l'adoption du concept de santé globale, le déploiement de la science politique et économique a abouti à la constitution d'un panorama institutionnel, où la recherche et l'obtention de financements sont prioritaires et semblent parfois faire oublier les finalités essentielles à la médecine, améliorer tant l'état de santé des individus (médecine clinique) que celui des collectivités (santé publique). D'où la question : quelle place pour le médical dans la Santé globale, telle qu'elle apparait à l'horizon du troisième millénaire ?

La panique actuelle autour du coronavirus Covid-19 a redonné de façon inattendue la parole aux médecins, peut-être est-ce un indice, dans le public, d'un besoin de parole « scientifique » ou de parole « vraie », sur laquelle les hommes politiques annoncent régler leurs décisions, tout en avouant leur inquiétude du contrecoup économique des mesures adoptées, qui appelle un diagnostic et un pronostic d'une toute autre nature que ceux des professionnels de santé.

L'épidémie qui est déjà une pandémie (2), même si elle n'est pas encore officiellement appelée telle, mais elle répond déjà à un de ses critères – toucher trois continents – met en jeu et en tension les relations internationales, en instaurant une restriction des voyages, des déplacements et des échanges à grande échelle. Ces décisions sont prises par les gouvernements sur leur territoire en raison de leur souveraineté, mais en se conformant aussi aux règles édictées par l'accord international de 2005, auquel ont adhéré la plupart des pays représentés à l'Assemblée mondiale de la Santé. C'est l'occasion de revenir sur ce que représente le passage de la santé internationale à la Santé globale.

Les épidémies du passé : leur signification et leur gestion internationale

Le fantôme du passé, la peste médiévale, la Peste noire, qui est apparue au ^{xiv}^e siècle, plane aujourd'hui sur l'actualité du Covid-19 et le retour des quarantaines (3). N'oublions pas que la peste a continué de sévir en Europe jusqu'à l'épidémie de Marseille en 1720, et qu'à l'heure actuelle elle fait encore des ravages à Madagascar qui rassemble le plus grand nombre de cas dans le monde.

À l'arrivée de la peste, initié par les villes de Raguse et de Venise, un système de quarantaine s'est mis en place et a été adopté par les cités italiennes, alors à leur apogée, et par la plupart des villes de la Méditerranée. La surveillance sanitaire des épidémies au Levant est exercée par les consuls européens, souvent eux-mêmes médecins, qui délivrent des passeports sanitaires (4) (patentes « brutes » ou « nettes ») aux bateaux qui font le commerce entre les deux rives.

(2) Rappelons que cette communication a eu lieu le 5 mars 2020, donc avant la déclaration officielle de la pandémie.

(3) AM Moulin, Quarantaines, le retour du refoulé, *L'Histoire*, 2020, 470, 2-4.

(4) Expression qui a reparu récemment.

Cette épidémie médiévale, comme celles qui viendront après elle, pose les deux questions de sa signification et de sa gestion. Deux questions qui n'ont pas perdu de leur pertinence aujourd'hui, même si les réponses ont varié considérablement au cours du temps.

1 La signification des épidémies

L'épidémie reflète-t-elle un châtement divin, la colère de Dieu ? Résulte-t-elle des perturbations astrales et météorologiques naturelles auxquelles le monde « sublunaire », comme disent les aristotéliens, est soumis ? Ce cadre conceptuel qui pourrait engendrer le fatalisme dans les esprits n'empêche pas les conseils sanitaires, une administration rodée dès le xv^e siècle, de réagir et de donner leur place aux médecins. Ces derniers, même s'ils participent à la dévotion de leurs contemporains, n'en proposent pas moins des remèdes et prodiguent des soins, s'ils ne se sont pas dérobés à leur devoir en fuyant, ce qui leur est interdit officiellement par ces mêmes conseils qui prévoient des sanctions en cas de désertion.

La santé internationale, à cette époque, est symbolisée et concrétisée par le chapelet de lazarets situés dans des paysages grandioses au bord de la Méditerranée. Sur la rive nord, la peste de Marseille sera la dernière en 1720, mais la rive sud connaîtra des épisodes plus tardifs comme à Tunis en 1911, ou à Oran en 1945, ce dernier inspira le roman d'Albert Camus, *La Peste*, publié en 1947.

À partir de la deuxième moitié du xix^e siècle, la santé internationale s'entend essentiellement comme lutte contre le choléra, dans une Europe touchée par les pandémies successives de 1816, 1826, 1846, 1863, 1883, 1899 (cette dernière dure jusqu'en 1922). Dans le contexte de la colonisation et du déclin de l'empire ottoman, la diplomatie internationale intervient à des frontières situées loin des centres vitaux de l'Europe. Pas moins de dix conférences internationales se sont tenues à partir de 1852, jusqu'à la Première Guerre mondiale, dominées par la préoccupation de contenir le choléra. Dans ces conférences, des médecins siègent avec les diplomates comme représentants des grandes nations européennes – Angleterre, Allemagne, Autriche-Hongrie..., comme le Dr Adrien Proust, le père de l'écrivain (5). Mais d'autres personnages jouent aussi un rôle de premier plan, les *Médecins du Prince* (6), qui se sont mis au service des souverains en Perse, en Égypte et dans l'empire ottoman, et qui siègent dans des institutions comme le Conseil quarantenaire d'Alexandrie : celui-ci, fondé en 1865, a disparu après la Deuxième Guerre mondiale, en 1948 (7).

La signification de l'épidémie, qui préoccupe les médecins, est avant tout celle de sa propagation, pour laquelle deux mécanismes soi-disant

(5) Daniel Panzac, *Le docteur Adrien Proust, père méconnu, précurseur oublié*, Paris, L'Harmattan, 2003.

(6) Anne-Marie Moulin, *Le Médecin du Prince*, Odile Jacob, Paris, 2010.

(7) Sylvia Chiffolleau, *Entre initiation au jeu sanitaire international, pouvoir colonial et mémoire nationale, Le Conseil quarantenaire d'Alexandrie (1885-1938), Figures de la santé en Égypte, Égypte Monde arabe*, Mathieu Fintz, Anne-Marie Moulin et Saadia Radi eds., 2007, 4, 55-74.

opposés voire contradictoires, sont proposés et polarisent un long débat. D'un côté, il y a l'infection, due aux miasmes ou particules aériennes émanant des eaux stagnantes et des immondices, ou « fomites » (8). D'autre part, il y a la contagion, entendant par là un contact direct entre les corps ou indirect via des objets comme des marchandises.

Cette distinction a perdu sa raison d'être avec la découverte et l'incrimination des microbes (bactéries), présents dans l'air et dans l'eau *comme* dans les humeurs et les déjections des individus. Infection et contagion sont devenues les deux arcs-boutants de la raison épidémiologique qui enterre un débat considéré désormais comme dépassé (par exemple, de nos jours on considère que le covid-19 peut se transmettre par contact direct avec des personnes (poignée de mains) ou des objets infectés ou encore dans l'air (rôle des postillons, les « particules de Pflûge », à distance).

Mais les débats médicaux sur les mesures à prendre au niveau international sont biaisés par d'autres considérations, celles-là non médicales. L'empire britannique tient avant tout à conserver la libre pratique des échanges, cruciale pour son immense empire, et les débats voient s'affronter des intérêts divergents. Seul le pèlerinage de la Mecque, considéré au cours de la deuxième partie du XIX^e siècle comme la source des grandes épidémies de choléra, fait l'unanimité des Occidentaux pour sa surveillance et l'organisation des quarantaines (9) : le lazaret d'El Tor, construit dans le Sinaï, au bord de la mer Rouge, en 1897, a donné son nom à la souche du vibron cholérique identifié en 1905. En cas d'épidémie, la Grande-Bretagne s'arroge le droit d'interdire le pèlerinage à ses sujets indiens musulmans. (Cela rappelle l'interdiction du pèlerinage, en 2015, par l'Arabie saoudite, pour les ressortissants de la zone d'Ébola.)

2. La gestion des épidémies

Après la Deuxième Guerre mondiale, la santé internationale dessine un profil différent avec la création de l'OMS en 1947. Au sortir du carnage, l'OMS entend promouvoir à travers les cinq continents le droit universel de l'Homme à la santé dans la définition large qu'elle en a donné en 1948. Avec les indépendances augmente le nombre des États membres à l'Assemblée mondiale de la santé. Nonobstant les inégalités de fait entre ses membres, l'Assemblée ambitionnait de fonctionner comme un véritable parlement sanitaire édictant des règlements inspirés par la science médicale et ayant force de lois. Son échec dans la mise au ban des biberons (10), face à l'opposition des firmes vendant les laits en poudre, a marqué un premier retrait par rapport aux espérances initiales d'une approche mondiale transcendant les intérêts particuliers.

(8) Ce terme savant qui évoque l'étincelle qui peut allumer un brasier a récemment reparu dans les journaux scientifiques (surtout anglophones) au sens d'objet contaminé.

(9) Sylvia Chiffolleau, *Le voyage à la Mecque. Un pèlerinage mondial en terre d'Islam*, Belin, Paris, 2017 ; Luc Chantre, *Se rendre à la Mecque sous la Troisième République, Contrôle et organisation des déplacements des pèlerins du Maghreb et du Levant entre 1880 et 1939*, *Cahiers de la Méditerranée*, 2009, 78, 202-227.

(10) Yves Beigbeder, *L'Organisation Mondiale de la Santé*, Genève, PUF, 1995, réédité en 2015.

Certains considèrent que comme la Croix-Rouge pendant la Deuxième Guerre mondiale (11) mais pour des raisons différentes, la dépendance des membres de l'OMS vis-à-vis de leurs gouvernements entrave le déploiement de l'aide aux populations en danger. À l'ère de la guerre froide entre Américains et Soviétiques, les pays du Tiers-monde (appellation apparue en 1952) montrent un décalage choquant des statistiques de morbidité et de mortalité (maternelle et infantile, par exemple) par rapport aux pays dits développés. Des organisations non gouvernementales, les ONG, apparaissent dans le champ de la santé internationale, parmi lesquelles Médecins sans frontières (12), créé en 1971, qui se verra attribuer le prix Nobel de la paix en 1999.

Les ONG sont venues sur le terrain de la santé compenser les insuffisances tant des grandes puissances que des gouvernements locaux du Tiers-monde. L'aventure des *French Doctors* est emblématique d'un nouveau type de structure initialement marquée par la prépondérance de l'élément médical, l'improvisation et l'adaptation au terrain de ses militants, le bénévolat des médecins et le financement grâce à la « charité publique » et au développement de réseaux de donateurs.

À la conférence organisée par l'OMS à Alma-Ata (Almaty) au Kazakhstan en 1978, un nouveau modèle de système de soins est proposé spécifiquement pour le Tiers-monde : il est fondé sur les soins de santé primaire au dispensaire, structure légère et peu onéreuse, bénéficiant d'innovations médicales ou présentées comme telles, comme le package des sels de réhydratation destiné aux enfants atteints de diarrhées, et les vaccins. Les hôpitaux sont jugés trop dispendieux, et le primat est à la prévention.

Mais cette médecine pour les pauvres n'a pas tenu la route longtemps. Les dispensaires, insuffisamment fournis en médicaments et en personnel, ne donnent pas satisfaction à leur public. À noter au passage que le congrès d'Alma Ata a été présenté comme un « chant du cygne » du système de santé soviétique, mais il a aussi emprunté au discours chinois sur « les médecins aux pieds nus », partie intégrante du programme maoïste pour la santé du peuple. Mais, selon certains historiens chinois contemporains, la promotion des guérisseurs locaux dans les « communes autonomes » ne revient pas à une valorisation de la tradition de la médecine chinoise. Les lettrés connaissant les textes classiques n'auraient jamais soigné le peuple. Ce n'est que parmi les élites urbaines qu'ils ont infusé un certain style de vie et de pensée (13). Le médecin aux pieds nus serait en fait un autodidacte qui, appuyé par le parti, aurait plutôt reçu de l'État quelques médicaments occidentaux comme les antibiotiques. Il aurait finalement, contrairement

(11) Jean-Claude Favez, *Une mission impossible, Le CICR, les déportations et les camps de concentration nazis*, Payot, Lausanne, 1988.

(12) Olivier Weber, *French Doctors, L'épopée des hommes et des femmes qui ont inventé la médecine humanitaire*, Robert Laffont, Paris 1999.

(13) Fang Xiaoping, From union clinics to barefoot doctors : healers, medical pluralism, and state medicine in Chinese villages, 1950–1970, *Journal of Modern Chinese History*, 2, 2, 2008, 221-237 ; Fang Xiaoping. Introduction, *Barefoot Doctors and Western Medicine in China*, University of Rochester Press, 2012. p. 1-19.

aux idées reçues, contribué au déclin voire à la disparition des pratiques médicales ancestrales.

Dans les années qui suivent, le modèle russo-chinois se voit déplacé par une réflexion économique internationale sur le coût de la santé et la viabilité financière des structures sanitaires. En 1987, la conférence de Bamako (14) prévoit une contribution minimale des usagers au système de soins, afin d'alimenter un fonds de roulement permettant d'acheter du matériel. La gratuité des soins est accordée après délibération de la « communauté », une référence politique au local, qui ne cessera désormais de faire partie du vocabulaire des financeurs et des décideurs de la santé internationale que l'on tend désormais à appeler « globale ».

La Santé Globale, le nouveau nom de la santé internationale

Le terme « global » est apparu en 1979 quand l'OMS a adopté la « Global Strategy for Health for All » (15). Il figure en 1997 dans un rapport de l'Institute of Medicine aux États-Unis, intitulé de façon significative « America's Vital Interest in Global Health » : le monde vu d'en haut par la première puissance. Dans l'intervalle, ce terme a correspondu à la fin de la guerre froide en 1989. Il prend acte de l'uniformisation de la planète, de la diffusion de modes et d'objets de consommation identiques. La transversalité du global rappelle aussi les migrations de travailleurs et de réfugiés favorisées par la révolution des transports. Le terme global, anglicisme pour mondial, suggère l'urgence de faire converger les programmes de santé de tous les pays, dans le but de lisser au passage les inégalités persistantes. La coordination de la lutte contre les pandémies dues à des microbes émergents dont la menace se dessine après le sida, dans les années 1990, est un argument supplémentaire pour penser global.

Mais si le terme global tend officiellement à rappeler l'universalité des besoins de santé et le primat d'une humanité commune, un nouveau courant de pensée s'impose, illustré par l'initiative de Bamako, d'inspiration avant tout économique. Il soupèse les dépenses de santé, insiste sur l'évaluation du rapport coûts/bénéfices dans le domaine, et sur la recherche incessante d'innovations techniques, sur le modèle des autres marchés de biens de consommation. À partir de 1990, la Banque mondiale dont le budget est supérieur à celui de l'OMS, est devenue un acteur important de la Santé Globale.

Pour appuyer le choix d'une politique, les économistes recourent aux chiffres dont ils sont friands. « Trust in Numbers », « La confiance dans les chiffres », titre l'historien de la statistique Theodore Porter (16). C'est

(14) Valéry Ridde, *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2013.

(15) George Weisz and Noémi Tousignant, International Health Research and the Emergence of Global Health in the late 20th century, *Bulletin of the History of Medicine*, 2019, 93, 3, 365-400.

(16) Theodore Porter, *Trust in Numbers*, University of Princeton Press, 1995.

l'époque du début de l'*Evidence-Based Medicine* (17) (la médecine fondée sur les preuves), impulsée au Canada par Gordon Guyatt à la faculté de McMaster, Hamilton (Ontario), qui forge le terme en 1991. Le terme d'EBM renvoie à une démarche dont le modèle gagne progressivement dans le raisonnement médical. Les données scientifiques sont par exemple utilisées pour les calculs de l'indicateur DALY, l'acronyme pour « disability-adjusted life years », qui met l'accent moins sur la mortalité (perte d'années de vie) que sur le handicap infligé par les pathologies qui soustraient les travailleurs à la scène active. À la fin du xx^e siècle, sont donc apparus de nouveaux outils d'information, engendrant d'énormes masses de données agglomérées – les *mass data* dont on attend un bond en avant des connaissances et dont s'emparent les nouveaux économistes de la santé, au cours du Global Forum for Health Research, fondation internationale qui tient ses assises pour la première fois en 1997.

Pour mettre en œuvre les programmes de santé globale, les nouveaux décideurs se consacrent à un montage de partenariats financiers, oubliant les États essouffés et déficitaires des « Suds », favorisant l'aide multilatérale par rapport au bilatéral, lançant des alliances privé-public en tous genres, recourant à des mécanismes financiers innovants de subventions sélectives et aussi de prêts fonction de l'évaluation des résultats. Une culture de projets de recherches et d'interventions se développe, qui dit appels d'offre, sélection et évaluation de projets par une bureaucratie internationale appuyée sur des experts qui rédigent des recommandations.

La Santé globale s'illustre par la création de GAVI et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) est un partenariat public-privé visant spécifiquement à améliorer l'accès aux vaccins des enfants des pays les plus pauvres. Le Fonds mondial est une fondation créée par une résolution du Conseil de sécurité de l'ONU à Genève en 2002. Les deux fondations s'imposent sur le champ de l'OMS. L'armature théorique de ces institutions de la santé globale est constituée par des principes issus du libéralisme économique incarné par les États-Unis. Parmi les objectifs, la prévention des risques liés à des pandémies.

Sur cette scène globale où les États sont en retrait, se déploie la compétition à tous les niveaux : compétitions des laboratoires de recherche (classement des universités, priorité des indicateurs de production scientifique dans les journaux anglophones) ; compétition entre les hôpitaux invités à rivaliser entre eux, à se livrer à des essais cliniques avec de nouvelles molécules, financés par l'industrie pharmaceutique, adopter les innovations technologiques comme les robots, les nouveaux algorithmes médicamenteux etc.

Global est un terme à multiples détentes et qui dispose d'atouts sémantiques quand il se substitue à international. Il peut par exemple rappeler la nécessité d'associer la médecine humaine et la médecine vétérinaire, dans la mesure où la plupart des maladies émergentes sont des anthroponozoonoses. (On revient à des propositions de fusion des « deux

(17) Harry Marx, *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Empêcheurs de tourner en rond, Paris, 1999.

médecines », chère au docteur Charles Mérieux). Il rappelle aussi la multiplicité des facteurs, y compris sociaux et culturels, qui entrent dans le déclenchement et la perpétuation des maladies chroniques (18). Il englobe enfin les liens entre épidémiologie et écologie, les préoccupations au sujet de l'impact croissant des changements climatiques sur les maladies vectorielles et de la pollution sur les maladies chroniques et les cancers.

Quelle part pour le médical sur la scène de la Santé Globale ?

La scène de la santé globale est une scène qui a tendance à être envisagée de très haut, surplombant les besoins des usagers. Dans le but de retrouver des « racines » à la recherche scientifique et de faire le lien avec les besoins locaux des pays, en 1993 est créé le COHRED, le Council on HealthResearch for Development, situé à Genève, qui cherche à s'assurer d'une articulation réelle entre les besoins et les vœux des populations, et les choix des stratèges de la Santé globale. Il lance la « FairnessResearch Initiative » (19) qui vise à vérifier le consensus à la base sur les projets de recherche et développement approuvés d'en haut.

L'avènement de la scène de la Santé globale est marqué par l'adoption d'un nouveau vocabulaire technocratique. Des maîtres-mots comme « validation », « évaluation », « recommandations », « partenariats » font désormais partie du vocabulaire officiel obligé, y compris dans les « Suds » où de nouveaux managers arrivent aux manettes des programmes et où les étudiants s'efforcent de s'initier à la « novlangue ». La vulnérabilité (priorité donnée aux « plus vulnérables ») est aussi un de ces mots-clés qui, formant des catégories indéfiniment flexibles, finissent par ne plus avoir de sens concret (20).

Le but des principaux acteurs de la Santé globale est de faire décroître la morbidité et la mortalité maternelle et infantile, agir sur les fléaux de retour comme la malaria (résistante) ou comme la maladie du sommeil, et les nouvelles pathologies de la transition épidémiologique, mais le cloisonnement des projets laisse des béances, des « gaps » comme les maladies ou les remèdes « orphelins ». Dans ce nouveau paysage, la recherche de financements et la réaction aux appels de projets absorbent les énergies.

Pour équilibrer le pilotage d'en haut, la référence à la communauté au Sud : « santé communautaire », « agents de santé communautaire » etc. devient rituelle. La « communauté » représente une référence rassurante aux valeurs et cultures locales, en rupture avec les modèles d'antan imposés de l'extérieur. Cette référence est supposée garantir la démocratisation de l'accès aux soins, l'acquiescement populaire aux mesures sanitaires, grâce

(18) Michael Marmot and Richard Wilkinson, *Social determinants of Health. The soldfacts*, WHO, Genève, 1998.

(19) www.internationalhealthpolicies.org

(20) Anne-Marie Moulin, Genèse et usages de la notion de vulnérabilité, Mohamed Ababou et Saadia Radi-Ferrié eds., *Santé, politiques sociales et formes contemporaines de vulnérabilité*, Université Sidi Mohamed Ben Abdallah de Fès et Centre Jacques Berque, 2015, pp. 19-40. Hélène Thomas, *Les vulnérables. La démocratie contre les pauvres*, Éditions du Croquant, 2010.

en particulier à l'enrôlement d'un personnel local volontaire plus ou moins bénévole, bien accepté par les populations. C'est cette communauté plus ou moins imaginaire (quelle place pour les ethnies et les hiérarchies locales ?) que les responsables de la communication sont censés « sensibiliser » aux bonnes pratiques d'hygiène.

L'avènement de la Santé globale ne résout pas tous les problèmes et tend à projeter d'en haut des mots d'ordre qui ne correspondent pas nécessairement aux attentes d'en bas, notamment en raison des choix de nature économique. Je fais l'hypothèse que les médecins, sans monopoliser la parole sur la santé, pourraient aider à remettre la dialectique sur ses pieds et le système de santé à l'endroit, en le recentrant sur les besoins et les attentes des collectivités et des individus. Le débat sur les choix à faire à l'échelle mondiale d'un système de couverture universelle pour les besoins de santé, par exemple, illustre l'urgence d'une clarification des enjeux théoriques de la santé de tous pour demain et des pièges d'une terminologie qui masque la diversité des pratiques. Cette clarification est l'un des objets de la rencontre sur la santé internationale qui a lieu sous l'égide de l'Académie des sciences d'outre-mer.

*
* *

EAU ET SANTÉ : DÉFIS D'AUJOURD'HUI ET DE DEMAIN

par Jean-Louis OLIVER
(ASOM)



Jean-Louis Oliver © Delphine Fagot Rufenacht pour l'ASOM

En 1785, grâce aux travaux systématiques et à d'ingénieuses expériences scientifiques, le célèbre chimiste français Lavoisier a clairement démontré que l'eau résultait de l'union de deux substances gazeuses qu'il nomma « oxygène et hydrogène » ; réciproquement il établit que la décomposition de l'eau aboutissait à la formation de ces deux mêmes substances. Les découvertes ultérieures et la théorie atomique ont confirmé que la molécule d'eau est constituée par la combinaison de deux atomes d'hydrogène avec un atome d'oxygène ; d'où la notation chimique bien connue H_2O .

Mais si cette formule est simple, la substance s'avère d'une grande complexité. De fait, l'eau possède de très étonnantes propriétés à la fois physiques, chimiques et biologiques, aussi bien à l'état liquide qu'à l'état solide ou gazeux.

C'est ainsi que l'eau est indispensable à la vie : elle est en fait *la* molécule de la vie. Elle dispose notamment d'un pouvoir dissolvant quasi universel ; sa tension superficielle, la plus forte après celle du mercure, la dote d'un pouvoir d'ascension capillaire mis à profit dans la Nature. Toute matière vivante est constituée d'eau dans de larges proportions : celle-ci

représente entre 60 et 70 % du poids du corps humain, 80 % chez l'enfant, plus de 95 % pour certains végétaux et animaux marins. Chez l'homme, l'eau est distribuée entre les cellules, l'espace extracellulaire et le système circulatoire, constituant un milieu mouvant en perpétuel renouvellement.

Dans ces divers cas, l'eau sert de support, de transporteur et de milieu réactif dans des réactions chimiques extrêmement complexes. Ainsi l'osmose est l'un des phénomènes physico-chimiques majeurs qui assure le contrôle des échanges d'eau et de substances chimiques entre les différents compartiments d'un organisme vivant, séparés par de très minces membranes. Les caractéristiques de la capillarité aquatique jouent également un rôle important. L'organisme humain rejette chaque jour une moyenne de 2,5 litres d'eau, par sudation, évaporation pulmonaire et diurèse ; mais cette quantité peut devenir beaucoup plus élevée en cas de canicule ou d'effort physique. Il faut donc impérativement compenser cette perte : c'est même une véritable question de survie ! Une diminution de 10 % seulement de l'eau corporelle entraîne des troubles graves et, si elle atteint 20 %, la mort survient. Alors que l'homme peut perdre 40 % de son poids et survivre à une longue grève de la faim s'il s'hydrate, l'absence totale d'apport hydrique ne permet pas de résister au-delà de deux ou trois jours.

Ce besoin vital d'eau est fort variable selon l'exercice physique et la température ambiante : il peut aller de 5 litres par jour pour survivre, à 40 ou 50 litres par jour pour satisfaire aux besoins minimaux de l'alimentation et de l'hygiène.

Encore faut-il que l'eau consommée soit saine : une eau non contaminée de germes pathogènes et exempte de substances minérales ou toxiques, au-delà de teneurs précises, les normes maximales acceptables variant d'ailleurs selon les institutions, à commencer par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Union européenne, les pays et ministères compétents.

L'attention se porte essentiellement sur les micro-organismes (virus, bactéries ou parasites) présents dans les eaux de boisson ou sur les légumes et les fruits, crus ou souillés. Le choléra en est l'exemple classique. Malgré la découverte par Berthollet, en 1875, de la puissante action désinfectante de l'hypochlorite de sodium, produite dans le village de Javel, la chloration des eaux de boisson n'est pas toujours systématiquement appliquée au cours des épidémies de choléra et de fièvre typhoïde, en particulier lors des drames liés aux séismes, aux inondations, aux famines et aux guerres.

Car l'eau polluée, notamment par les excréments, est un immense réservoir de virus. Une panoplie de bactéries (*Vibrien cholérique*, *Shigella*, salmonelles) est à l'origine des dysenteries si répandues. Le virus de la poliomyélite et ceux des hépatites sont redoutables. Dans tous les cas, l'hygiène, donc l'usage de l'eau et des installations de traitement d'eau potable et d'épuration des eaux usées, est essentielle pour lutter contre les affections dans lesquelles la pauvreté et la misère jouent souvent un grand rôle.

Le passage de parasites au travers de la peau constitue une autre voie de contamination. On connaît le risque majeur pour les cultivateurs obligés de séjourner les pieds dans l'eau des rizières. Les schistosomes sont les

agents de graves maladies (bilharzioses) ainsi contractées. On estime que plusieurs millions d'individus sont ainsi infectés.

Enfin, une autre catégorie de maladies provient des eaux stagnantes. Le paludisme est transmis à l'homme par la femelle d'un moustique dont les larves se développent dans ces eaux. En effet, le paludisme est sans doute, avec le sida, le fléau le plus grave auquel l'homme est actuellement confronté. C'est au niveau de ces eaux stagnantes qu'il faudrait porter les efforts. À l'heure actuelle, des millions d'individus, surtout des enfants, meurent chaque année de paludisme ; des millions d'autres sont chroniquement infectés et restent invalides toute leur vie.

Le développement économique amorcé au ^{xix}^e siècle, puis accentué au ^{xx}^e et accéléré au ^{xxi}^e siècle, comporte la multiplication exponentielle de produits innovants à base de nouvelles molécules, dont la fabrication, l'usage et les déchets ont des impacts cumulés sur la biodiversité, donc sur la santé de toutes les espèces vivantes, y compris les êtres humains.

Les rejets industriels, même prétraités, contiennent des polluants chimiques, des composés organiques provenant des détergents, des colorants, des conservateurs, des produits d'entretien, des lessives, couramment utilisés, des déchets plastiques, des rejets de sels de matériaux toxiques (plombe, zinc, carbonium, etc.) qui sont dangereux pour la santé.

La pollution d'origine agricole provient des techniques d'amendement des sols qui répandent des quantités souvent excessives de substances solubles, nitrates et phosphates entraînés par ruissellement dans les eaux superficielles qu'elles entrophisent, et par infiltration dans les nappes phréatiques. Les nitrates sont particulièrement solubles ; or les lisiers produits en abondance par les élevages industriels et répandus sans contrôle comme engrais, enrichissent durablement en nitrates les sols et les eaux douces ou salées littorales dans les régions à agriculture intensive ; c'est notamment le cas en Bretagne où des concentrations supérieures à 50 mg/litre rendent les eaux impropres à la consommation humaine, à moins d'un traitement très coûteux. Les pesticides (insecticides, fongicides, désherbants) répandus sans précaution et en excès, volatils ou solubles, polluent également les ressources hydriques superficielles et souterraines ; ils doivent alors être éliminés à grands frais des eaux de boisson.

Même bien gérés – ce qui n'est pas toujours le cas – les médicaments aussi entraînent des rejets comportant des molécules à risques qui peuvent être dangereuses par elles-mêmes, ou par les « effets cocktail » avec d'autres substances plus ou moins décomposées, ou encore par les effets cumulés dans le temps. Il en est de même pour les produits vétérinaires qui sont souvent largement utilisés dans l'élevage, intensif ou non.

Avec les progrès impressionnants en chimie analytique, le rythme de création de molécules nouvelles par les industries chimiques et pharmaceutiques est aujourd'hui considérable. La contamination de l'environnement par ces produits chimiques ne connaît pas de frontières et multiplie les dommages sur l'air, les eaux, les sols et le vivant. Certains produits peuvent être dangereux pour la santé, même à des doses minimales, notamment les perturbateurs endocriniens présents dans différentes classes chimiques (pesticides, détergents, plastifiants, ...). Les milieux aquatiques

sont un réceptacle naturel de nos pollutions, et des mélanges complexes de nombreuses familles chimiques y sont observés. Toutes les ressources en eau du monde servant notamment à produire de l'eau de consommation humaine sont ainsi plus ou moins contaminées. Ces polluants en mélanges interfèrent les uns avec les autres, pénètrent les tissus vivants, perturbent le système hormonal et provoquent des maladies graves souvent à long terme : troubles du développement et de la reproduction, cancers, maladies non transmissibles en pleine croissance, ...

Depuis quelques années, on voit se développer une nouvelle forme de pollution insidieuse, avec les micropolluants, les perturbateurs endocriniens, les micros plastiques et les nanoparticules, que l'on trouve dans l'air, dans les eaux continentales et maritimes, donc dans nos boissons et notre alimentation quotidienne.

Ces nanoparticules sont d'un usage si récent que l'on ne sait pas grand-chose sur leurs risques potentiels et sur leur toxicité : alors que leur utilisation se développe dans les cosmétiques, le bâtiment, l'industrie chimique... on ignore encore comment celles-ci se comportent dans le corps humain, ni même comment les doser. La recherche scientifique se doit d'avancer sur ce sujet complexe et sensible afin de protéger efficacement la santé humaine.

Par ailleurs, avec le rejet dans l'atmosphère de gaz à effet de serre, notamment d'oxyde de carbone (CO_2), le changement climatique en cours a déjà et aura de plus en plus de conséquences sur la santé publique : les « Plans canicules » en sont une illustration frappante ! Car le dérèglement climatique a des effets importants sur le cycle hydrologique planétaire, en augmentant la fréquence, l'imprévisibilité et la gravité des phénomènes hydrométéorologiques extrêmes, tels que les tempêtes, les inondations, les sécheresses et la désertification, l'élévation du niveau, de la température et de l'acidité des océans.

Tout cela a des incidences sur les organismes vivants, sur la santé humaine comme sur la faune et la flore, affectant gravement la biodiversité. Avec la fonte des glaciers et des neiges éternelles en montagne, le changement climatique va entraîner une réduction importante du débit des rivières, encore accrue par le réchauffement de la température en été, au moment où les besoins en eau sont les plus forts : ainsi le débit de la Seine devrait diminuer de 40 % d'ici la fin de ce siècle. De ce fait la concentration de la pollution des eaux superficielles augmentera ; ce qui va accroître les problèmes et les risques pour la santé liés à l'approvisionnement en eau, en quantité et en qualité.

La hausse de la température des eaux des rivières, des lacs et des retenues peut également entraîner la prolifération d'espèces allogènes tropicales menaçantes pour l'homme comme pour la faune et la flore autochtones vivant antérieurement dans ces milieux aquatiques : ainsi a-t-on déjà noté l'apparition du chikungunya dans le Sud de la France. L'eau étant un vecteur privilégié de nombreux microbes, le commerce international associé au réchauffement climatique y favorise la prolifération d'espèces envahissantes à haut risque.

Alors que la progression des connaissances scientifiques établit de plus en plus précisément les relations étroites entre la santé et l'eau, celle-ci apparaît comme un bien essentiel qui doit impérativement être protégé. En France, depuis la loi sur l'eau du 16 décembre 1964 qui a créé les institutions de bassins hydrographiques (comité de bassin et agences financières de bassin appelées agences de l'eau), la protection des captages d'eau destinée à la consommation humaine est partout obligatoire. La loi sur l'eau du 3 janvier 1992 est venue renforcer cette exigence. Puis la loi sur l'eau et les milieux aquatiques du 30 décembre 2006, qui a transposé en droit français la Directive cadre européenne sur l'eau, a considéré comme prioritaires « les exigences de la santé, de la salubrité publique, de la sécurité civile et de l'alimentation en eau potable de la population », et elle a prescrit dans ses objectifs d'atteindre un bon état sanitaire des masses d'eau, permettant leur utilisation comme ressource d'eau potable avec un minimum de traitement. C'est pourquoi la protection des captages fait clairement partie intégrante du Plan national santé-environnement.

Paracelse, grand médecin suisse du xvi^e siècle, disait déjà « Tout est poison, rien n'est sans poison. Seule la dose fait qu'une chose n'est pas un poison ». Il importe donc de mesurer et de suivre avec précision les concentrations des différents produits présents dans l'eau et d'en tirer des conclusions pertinentes. Compte tenu des risques pouvant affecter la qualité sanitaire de l'eau et, par voie de conséquence, la santé des consommateurs, il est capital de bien les évaluer, puis de les hiérarchiser en gardant toujours à l'esprit que les normes ne sont pas des seuils de dangerosité et que les experts scientifiques les ont recommandées de telle manière que certains dépassements temporaires exceptionnels soient possibles, en restant encore loin de valeurs à risque.

Qu'il s'agisse de risques microbiologiques, chimiques ou radioactifs, il convient d'adopter et de mettre en œuvre une stratégie « eau et santé » efficace afin de garantir une eau saine aux usagers (eau potable ou d'irrigation, produits de la mer, ...) comme aux divers autres utilisateurs (baignade, loisirs aquatiques, ...).

Aujourd'hui en France, l'eau est un produit de consommation courante extrêmement surveillé : par exemple, 300 000 analyses sont réalisées chaque année à la recherche de pesticides, contre 4 000 seulement sur les légumes ; et les normes y sont cent fois plus sévères !

Les défis pour la santé humaine concernent tant la quantité que la qualité de l'eau utilisée : il s'agit d'enjeux vitaux, à la fois locaux et mondiaux, questionnant les choix économiques et sociaux, les cultures et les valeurs de nos sociétés.

La santé dépend non seulement de la quantité d'eau disponible, mais aussi de sa qualité. Il ne suffit pas de la prendre au robinet, à la pompe ou au puits. Encore faut-il qu'elle soit transportée et stockée dans des récipients propres. Un immense défi à relever en la matière est celui de la sensibilisation et de l'éducation, notamment dans les pays en développement. Enfin, il importe aussi que l'eau soit disponible dans des conditions et à un prix acceptables pour les populations les plus démunies, sans oublier les migrants et les « sans domicile fixe ». C'est ainsi que l'Organi-

sation des Nations unies a reconnu officiellement l'existence d'un « droit humain à l'eau ». De fait, il n'y a pas de problème plus pertinent en santé publique que celui de l'eau douce non polluée, disponible pour tous. Dans tous ses usages, même ludiques, l'eau peut présenter de graves dangers. L'OMS estime que 30 000 personnes meurent chaque jour d'affections liées à l'eau et que les séquelles de maladies hydriques en touchent vingt ou trente fois plus.

La réponse est à la fois politique et scientifique certes, mais aussi dans l'éducation et dans la lutte contre la pauvreté ! Car l'eau douce et saine n'est pas une ressource illimitée. Sa disponibilité doit être appréciée comme une denrée précieuse, confrontée à la poussée démographique des 11 à 12 milliards d'hommes prévus en 2050 et à leur concentration urbaine, parfois dans des mégapoles.

Ce qui nous paraît un bien banal est, en fait, un privilège face à plus d'un milliard d'êtres humains privés d'eau saine, et à deux milliards et demi privés d'assainissement ; l'absence de celui-ci, les carences ou les fuites des réseaux rendent précaires les installations et insalubre l'eau de consommation. Les victimes en sont d'abord les populations les plus pauvres. Les infections bactériennes, parasitaires ou virales, constituent des freins, individuels ou collectifs, non seulement à la santé mais aussi au développement économique et social de nombreux pays.

Aussi devons-nous nous réjouir, chaque jour, d'avoir à notre robinet, à portée de mains, l'accès à une eau saine, avantage relativement récent et privilégié, par rapport aux populations encore assujetties aux corvées d'eau qui entravent le quotidien des femmes et des jeunes filles, victimes de cette coutume qui les prive souvent de scolarisation et de métier ...

*
* *

En conclusion, face à ces défis majeurs d'une évidente actualité, il faudrait :

1) Engager un effort majeur pour accélérer l'obtention des données permettant l'analyse, quantitative et fiable, des risques liés à la présence de substances polluantes dans les eaux superficielles ou souterraines ; les déclinaisons de différents Plans nationaux (santé/environnement, micro-polluants, stratégie contre les perturbateurs endocriniens, etc.) ne peuvent aboutir de manière significative sans les moyens humains, matériels et financiers à la hauteur des enjeux présents et à venir, y compris dans les organisations nationales, européennes et internationales, chargées des évaluations indépendantes dans ce domaine sensible,

2) Accélérer et rendre plus efficace les actions de gestion permettant de réduire les rejets polluants de toute nature pour satisfaire les objectifs environnementaux affichés depuis de nombreuses années sans jamais être atteints,

3) Renforcer les échanges de données et les partages de connaissances au niveau international entre les milieux scientifiques concernés, avec une plus large communication avec la société civile.

Dans cette optique, l'Académie de l'Eau, que le professeur Gentilini a présidée pendant douze ans et dont il est président d'honneur, a récemment lancé, sous l'impulsion de son président actuel, Brice Lalonde, et de son vice-président, le professeur Yves Levi, membre des Académies de médecine et de pharmacie, la constitution d'un Groupe international d'étude de la pollution chimique de l'environnement en vue de rassembler à l'échelle mondiale les informations pertinentes sur les expositions, et de contribuer à l'évaluation des risques pour la santé humaine et la biodiversité. Par analogie avec le Groupe intergouvernemental sur l'évolution du climat (le célèbre GIEC), cette initiative ambitieuse répond au besoin de fournir aux décideurs des données objectives et actualisées, apportant un état des lieux et une vision prospective des niveaux de contamination actuels et futurs. Elle vise à établir régulièrement un Rapport sur l'état de la pollution chimique de la planète à partir des données publiées.

Elle ambitionne de stimuler le développement de l'analyse des risques sanitaires et environnementaux pour guider les décisions en matière de stratégie socio-économique et d'aménagement des territoires, en termes de hiérarchisation des actions, à la fois préventives et curatives.

*
* *

**LE PROJET UNIVERSITAIRE MÉDICAL
ENTRE LA FRANCE ET LE ROYAUME DU CAMBODGE
(1993-2015)
OBJECTIFS, RÉSULTATS, PERSPECTIVES**

**par Claude DUMURGIER
(ASOM)**



Claude Dumurgier © Delphine Fagot Rufenacht pour l'ASOM

INTRODUCTION

Ce projet SANTÉ, élaboré par le ministère français des Affaires étrangères et les autorités cambodgiennes a débuté en janvier 1993 et s'est terminé en août 2015. En plus de la réhabilitation de l'hôpital Calmette (Espace hospitalo-universitaire Calmette), il a développé la formation des médecins à l'Université des Sciences de la Santé.

Les échanges, entre le Cambodge et la France, ce sont des centaines de jeunes spécialistes khmers qui font une formation complémentaire de FFI (Faisant fonction d'interne) dans les CHU/CHR de France pendant une ou deux années. Le système de santé du Cambodge est rendu bien plus performant, grâce aux ressources humaines bien formées. Ces échanges peuvent se poursuivre sans assistance technique présenteielle, sans crédit, depuis 2016 :

- grâce à la pugnacité des DES (Diplômes d'études de spécialité de l'USS) qui en plus de leurs études académiques, de leurs activités hospitalières comme Interne, parviennent à acquérir le niveau B2 de langue française,
- grâce aux capacités d'accueil des CHU de France dans les différentes spécialités médico-chirurgicales.

L'objectif : renforcer le système de santé en formant des spécialistes (3^e cycle), après la tragédie du régime des Khmers Rouges.

Il y a eu plusieurs étapes entre 1993 et 2002 : – réhabilitation – reconstruction de l'espace hospitalo-universitaire Calmette avec formation complémentaire des médecins. La dernière contribution fut l'achat et l'installation d'un scanner, en 2002.

Rapidement, les activités d'enseignement et de formation se sont déplacées vers l'Université des Sciences de la Santé avec des méthodes pédagogiques les plus modernes depuis l'installation du laboratoire de Simulation médicale, il y a huit ans.

RAPPEL HISTORIQUE

Si l'École de médecine de Hanoï a été ouverte en 1902, devenue faculté en 1920, le Cambodge n'avait pas d'établissement d'enseignement supérieur pour la santé, avant 1946 : École d'Officiers de santé. Le Royaume du Cambodge est devenu indépendant en 1953.

Il n'y avait à cette date qu'un grand hôpital mixte (militaires/civils ; Européens/Cambodgiens, riches et pauvres), devenu strictement militaire en 1980, l'hôpital Preah Keth Mealea.

Le chef du gouvernement royal, chef du Sangkum, le Roi Sihanouk a obtenu la construction d'une École de médecine en 1956 et de plusieurs hôpitaux : hôpital amitié khméro-soviétique, hôpital des Bonzes, hôpital Calmette ; la transformation de l'École de médecine en faculté de médecine (première thèse en 1963).

Le développement a été très rapide entre 1963 et 1975. Plus de 430 soutenances de thèse de médecine s'ajoutant à une centaine de thèses plus anciennes soutenues à Hanoï ou à Paris. En 1975, il y avait dix-neuf professeurs cambodgiens dont six dans les spécialités chirurgicales et quatre professeurs français. Quatre grandes cliniques privées ont été ouvertes dans la ville de Phnom Penh.

Il y a eu un arrêt brutal et dramatique le 17 avril 1975 après la chute de la République khmère et la prise de pouvoir par les autorités du Kampuchea démocratique. Pendant trois ans et demi s'est développée une médecine d'inspiration traditionnelle chinoise... ; la disparition d'un grand nombre de médecins, de personnel paramédical, la transformation des grands hôpitaux en orphelinat, en porcherie ... : il restait 42 médecins survivants au Cambodge, lors de la libération de Phnom Penh par les troupes vietnamiennes, le 7 janvier 1979.

La faculté a été rouverte dès janvier 1980 (le doyen était le professeur My Samedy). La langue de travail fut d'emblée la langue française pour éviter les risques de vietnamisation. Tous les documents étaient alors en langue française. Les échanges se faisaient principalement avec les pays communistes (Vietnam, Allemagne démocratique, Cuba, Tchécoslovaquie...) jusqu'en 1989.

Pour « combler le trou humain » il y a eu : des promotions annuelles nombreuses de médecins assistants (études de 3 ans) et les premières promotions de médecins avec des étudiants de médecine d'avant 1975, qui avaient survécu. Parmi les 11 projets signés entre la France et le Royaume du Cambodge (après les Accords de Paris), le 11^e projet était celui de la santé.

En 1993, commence la coopération institutionnelle avec la France : obtention d'une vingtaine d'assistants techniques, dont huit médecins et les crédits de quatre F.A.C. (Fonds d'aide et de coopération) ; les financements pour les constructions : réhabilitation, équipement (espace hospitalo-universitaire Calmette) et la construction du nouvel Institut Pasteur du Cambodge sur un terrain de Calmette.

À partir de 1997, la coopération se déplace principalement vers la faculté de médecine avec la création d'un cursus hôpitalo-universitaire par le chef du projet (professeur Santini) et le recteur (professeur Vu Kim Por).

Le coût total de cette coopération entre 1993 et 2015 est de 12 millions d'euros (FAC puis trois FSP).

Le programme de formation est fortement inspiré des études de spécialité en France :

Formation classique le matin dans les différents stages des sept hôpitaux de formation de Phnom Penh. Les DES sont répartis dans les hôpitaux pour une durée de six mois, soit sept semestres, après la réussite du concours d'entrée des différents DES. Puis des examens de contrôle chaque année et un concours final de sortie, à la fin des quatre années. (1)

Le DES de chirurgie générale éclate dix ans plus tard en six spécialités chirurgicales (urologie, orthopédie, neurochirurgie), comprenant un tronc de chirurgie générale (un an) et deux années de cours dans la spécialité.

La maquette de toutes les spécialités de médecine, imagerie sont construites sur le même modèle. Pour compléter cette formation dans les spécialités chirurgicales, les candidats au DES doivent, en plus de l'étude de la langue française :

1) Soutenir une thèse de médecine à l'USH. Après une interruption de vingt-et-une années (1975-1996), les thèses de médecine peuvent à nouveau être soutenues : plus de 1 500 thèses entre 1996 et 2020 (quatre-vingt-cinq pour cent en langue française).

2) Participer aux Journées de Chirurgie du Cambodge, en présentant seul ou avec un ou deux camarades une communication orale sur des observations personnelles (cas cliniques examinés et traités au cours des stages hospitaliers). En 2019 ce furent les XXV^e Journées de chirurgie :

plus de cinq cents participants – chirurgiens de tout le Cambodge mais aussi des collègues des pays de l'ASEAN, du Japon, d'Australie et de France. Il s'agit d'un congrès pluridisciplinaire : chirurgie viscérale, orthopédique, urologie, chirurgie pédiatrique, neurochirurgie et la dernière spécialité mise en place : chirurgie plastique, réparatrice et esthétique

3) Postuler pour l'année de pratique, à la fin du DES, sur un poste de FFI dans un CHU de France : formation complémentaire de deux (DFMSA) ou quatre semestres (DFMS) dans la spécialité. En plus de la réussite du DES dans la spécialité (concours de sortie) le jeune spécialiste doit acquérir le niveau B2 en langue française, ce qui est de plus en plus difficile. Plus de la moitié des DES ne l'obtiennent pas et feront cette année pratique complémentaire dans un des grands hôpitaux cambodgiens de formation (perfectionnement).

Des relations très étroites sont nouées avec les dirigeants de l'École de santé militaire de Phnom Penh (service de santé des Forces armées du Cambodge FARK), devenue vers 2005 l'Institut des sciences de la santé (ISS) avec plusieurs médecins généraux, une grande partie des enseignants proviennent de la faculté de médecine de Phnom Penh.

RÉSULTATS

À leur retour de leurs stages de spécialisation en France, tous(tes) les jeunes spécialistes, titulaires du DES sont intégrés dans la fonction publique, comme ceux qui ont fait le stage pratique dans les grands hôpitaux de la capitale ou dans les hôpitaux provinciaux.

Ainsi pour les spécialités chirurgicales, ce sont 228 DES qui ont pu faire le stage complémentaire dans un CHU/CHR de France. De même 84 anesthésistes réanimateurs, 46 cardiologues, 98 gynécologues obstétriciens, 40 gastro-entérologues, 84 pédiatres, 13 neurologues, une vingtaine de biologistes...

La totalité (1996-2020) des FFI, après le DES, représente 901 jeunes.

Comme plus de la moitié des DES, après la réforme DFMS/DFMSA en 2010 n'ont pu partir en France (faute d'un niveau suffisant en langue française – B2 – exigible pour l'établissement du dossier de candidature), ce sont près de 2 000 jeunes spécialistes qui ont été formés grâce au système mis en place en 1997 pour couvrir les besoins des hôpitaux de Phnom Penh et les grands hôpitaux provinciaux.

L'augmentation des ressources humaines (2) est tout juste suffisante, avec l'évolution démographique rapide.

C'est donc un résultat très encourageant et durable pour le renforcement du système de santé cambodgien. Ces jeunes spécialistes dès leur retour au Cambodge, dès leur affectation ont poussé les responsables du ministère, les directeurs à équiper leurs hôpitaux avec les dernières technologies avec maintenance régulière, renouvellement (endoscopie).

Ces échanges permettent la poursuite de cette coopération bilatérale entre la France et le Cambodge, à la grande satisfaction des deux parties, d'autant que le nombre des FFI venant en France augmente chaque année universitaire.

Pour l'année 2018-2019 : 53 FFI ; pour 2019-2020 : 96 FFI (DFMS ou DFMSA).

DISCUSSION

La coopération bilatérale, présentielle, francophone dans le secteur de la Santé internationale reposant sur des assistants techniques, des financements, des projets élaborés par les deux parties, l'utilisation de la langue française comme langue de travail [il y avait encore 3 000 AT santé (Assistant technique santé) principalement en Afrique en 1979 cf. Rapport Morange] a disparu très rapidement à la fin du ^{xx}e siècle ; il y avait une centaine d'AT au début du ^{xxi}e siècle puis zéro AT de terrain, en 2015.

Il reste quelques postes ETPI (Emplois temps plein internationaux) dans les organisations internationales, les Instituts Pasteur, les ambassades etc. ; une coopération multilatérale, virtuelle, le plus souvent en langue internationale avec des budgets importants (Fonds mondial : ce sont près de 450 millions/an pour la contribution de la France, le GAVI, Unitaid ...), conformes aux OMD/ODD, aux recommandations du CICID (grandes endémies, droits de l'homme, genre, couverture universelle, mutuelles ...).

Pour la France la doctrine officielle est développée dans un article du Lancet de 2016 : France : « A philosophy for health » (3).

Au début des années 2010, ce sont des économistes, des financiers (Banque mondiale), des hommes politiques plus que les acteurs de la santé qui ont alerté les décideurs sur les conséquences économiques (PIB), sociales de l'absence, l'insuffisance d'une chirurgie de qualité, abordable, faite en temps utile...

Les résultats des travaux des Commissions du Lancet (4) ont entraîné une prise de conscience : faire à nouveau des projets de coopération bilatérale dans des pays en voie de développement, avec beaucoup d'assistants techniques de différents niveaux sur une période de cinq à sept ans, donner des moyens financiers importants avant de rendre aux autorités nationales un système de santé performant et efficace. Ce sont surtout les pays anglo-saxons qui ont adhéré à cette nouvelle orientation.

L'exemple au Rwanda (5) est typique (2013-2020) : 175 millions d'USD, cent assistants techniques, passant une ou deux années dans ce pays après la tragédie de l'année 1994. Les résultats sont spectaculaires après cinq années (6) : le nombre des médecins et spécialistes est multiplié par quatre, celui des infirmières par cinq, des administratifs par trois ... ; rénovations des structures sanitaires, de l'équipement ... Outre le renforcement considérable du système de santé, tout le personnel est formé exclusivement en langue anglaise. C'est l'illustration parfaite d'un projet de coopération associant Santé et diplomatie d'influence.

On peut remarquer que ce projet est assez proche de celui du Cambodge qui fut beaucoup moins onéreux car limité à la formation du corps médical, pour un problème de coûts.

Des projets identiques ont débuté en Zambie, en Sierra Leone...

La politique française reste conforme aux ODD (Objectifs du développement durable : recommandation N° 3 : Bonne santé et bien-être).

Les nuages s'amoncellent sur la coopération bilatérale Santé au Cambodge depuis 2015 : pas d'assistance technique, pas de financements de missions d'enseignement, difficultés grandissantes pour acquérir un bon niveau de langue française ... Effacement total ?

CONCLUSIONS

La politique française dans le secteur de la santé internationale restera conforme aux ODD (Objectifs du développement durable : recommandation N° 3) : multilatéral, avec des financements pour le Fonds mondial, Gavi, Unitaïd, projets santé de l'AFD sans médecins sur le terrain, ONG ...

Mais il existe un grand espoir pour le maintien d'une coopération bilatérale, peu onéreuse principalement grâce à la formation dans les spécialités médico-chirurgicales. Cela reste possible, quand on voit les résultats du « modèle cambodgien » sur l'élévation qualitative et quantitative du niveau du système de la Santé au Cambodge (indicateurs de mortalité, morbidité...) ces trois dernières décennies.

Ainsi vingt-trois ans après, tous les enseignants, tous les chefs de service, leurs adjoints, les praticiens hospitaliers sont issus des vingt-deux promotions des DES médico-chirurgicaux, avec des retombées sur l'influence de la France et la place de la langue française comme langue de travail dans le Sud-Est asiatique, au Cambodge en particulier.

Le stage complémentaire de spécialisation dans les CHU/CHR de France (liste publiée au printemps de chaque année par le ministère français de la Santé : six à sept cents postes salariés – CHU/ARS – de FFI dans le cadre du DFMS/DFMSA, voire stagiaires associés : deux à quatre semestres) permet de développer cette coopération bilatérale, à condition que ces échanges se fassent dans les deux sens. En effet des Internes français peuvent être accueillis dans des services au Cambodge, où ils s'intégreront plus facilement grâce à la présence d'anciens DES/FFI ayant passé une ou deux années en France. La mise en place dans les grands hôpitaux de Phnom Penh et dans les provinces comme Kampong Cham, Siem Reap, Battambang des technologies les plus modernes, ainsi que dans de grandes cliniques privées permet la pratique moderne des spécialités chirurgicales.

Ce modèle cambodgien doit être étendu aux pays africains (7) francophones qui envoient plusieurs dizaines de FFI en France chaque année comme l'Algérie, le Maroc, la RDC, le Bénin, le Cambodge, le Vietnam, la Tunisie et le Sénégal...

Le pilier de cette coopération bilatérale : les échanges dans les deux sens d'internes, plus tard d'assistants, de professeurs associés, les sociétés savantes, les académies.

Ainsi se prolongera dans le futur la coopération bilatérale du « passé » pour un avenir meilleur avec le développement d'une importante communauté médicale, très compétente, jeune, sans cesse renouvelée, utilisant la langue française comme langue de travail, s'enrichissant mutuellement.

* * *

BIBLIOGRAPHIE

- (1) C. Dumurgier, J. Baulieux, *Renaissance de l'enseignement de la chirurgie générale au Cambodge : Expérience unique ou modèle ?* Med Trop 2005 ; 65 ; 80-86.
- (2) P. Millet, Youttiring Bouchan, Pheakdey Phuong, G. Vicente, Vonthanak Saphonn et coll., *Retrospective Analysis of Medical Practice Training in French Public Hospitals of Cambodian Medical Specialists* ; Journal of Medical Education and Training, 22 fév. 2018 ; 2.
- (3) R. Horton, A. Ceschia, JF. Delfraissy, JP. Moati, M. Sidibéet coll. *France : a philosophy for health*, The Lancet ; 28 May 2016 (on line) 387 ;10034 ; 40-67362.
- (4) JG. Meara, AJ. Leather, BC. Alkire, PE. Farmer, G. Greenberg et Coll., *Global Surgery 2030 :evidence and solutions for achieving health, welfare and economic development*, The Lancet 2015 ; 8 ; Vol. 386 ; (9993) ; p. 569-624.
- (5) A. Binagw. aho, PE. Farmer, K.Kyaminywa, E.Goosby, Corrado Cancedda et coll., *The human resources for health program in Rwanda : a new partnership*, N. Engl. J. Med ; 2013 ; 369 -21 -2054-59.
- (6) Corrado Cancedda, P Cotton, J .Shema et al., *Health professional training and capacity strengthening through international academic partnershis : the first five years of human resources for health program in Rwanda*, Int Health Policy Managemet ; 2018; 7 -11 -1024-35.
- (7) C. Dumurgier, L. Cador, *Coopération chirurgicale entre la France et l'Afrique*, Med. Trop. ; 2008 ; 68 ; 5 ; p. 457-458.

* * *

LE SOIN AUPRÈS DES MIGRANTS DANS LES PASS : UNE MÉDECINE GLOBALE ET MONDIALISÉE

par **Claire GEORGES-TARRAGANO**

[responsable médicale PASS hôpital Saint-Louis (AP-HP)]



Claire Georges-Tarragano © Delphine Fagot Rufenacht pour l'ASOM

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) reçoivent des patients en situation de précarité cumulant des pathologies parfois lourdes, intriquées avec des problématiques multiples psychiques, sociales, linguistiques, financières... Leurs professionnels se sont adaptés à la complexité médico-sociale des situations rencontrées en mettant en place une démarche de médecine globale, intégrant la prise en compte des différentes dimensions non strictement médicales mais qui impactent néanmoins fortement le soin. Cette approche intégrative prend également en compte la dimension mondiale des parcours des patients migrants. La pratique du soin en PASS est à la fois spécifique et universelle, globale et mondialisée.

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : une approche de médecine intégrative et globale

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des dispositifs, essentiellement hospitaliers, mis en place en 1998 dans le cadre de loi

de lutte contre les exclusions pour permettre un accès aux soins pour les plus démunis, et aux migrants en particulier. Plus de 400 PASS existent sur le territoire. Ces dispositifs restent encore relativement peu visibles, en particulier du fait de leur hétérogénéité, leur manque de visibilité et des moyens très limités (budget DGOS 2017 : 70 millions). Nous insisterons particulièrement sur le modèle de la PASS dédiée. Dans une même unité de lieu interviennent des médecins ayant une approche globale, généralistes ou internistes essentiellement, et d'autres soignants, infirmiers et travailleurs sociaux, ayant ensemble une pratique d'équipe.

Les PASS permettent un accès à des soins « gratuits » en ambulatoire (consultation, soins infirmiers, examens complémentaires, médicaments).

Les PASS ont une place particulière dans le système de santé. Majoritairement intra-hospitalières, elles proposent une approche globale de médecine générale et médico-sociale dans un contexte médio-technique et hyperspécialisé. Par ailleurs, elles sont financées par des crédits Missions d'intérêt général (MIG) alors que le reste de l'hôpital est majoritairement financé par la Tarification à l'activité (T2A).

Les situations médico-sociales complexes rencontrées en PASS nécessitent d'intégrer l'approche médico-technique à une approche plus globale intégrant la prise en compte du contexte : troubles psychologiques ou psychiatriques, absence de prise en charge sociale, isolement, absence d'hébergement, insuffisance alimentaire, barrière de la langue, difficultés financières. La présence de professionnels de champs variés dans une même unité de lieu permet cette approche holistique du soin, une approche systémique indispensable dans des situations où l'application de protocoles standardisés peut être justifiée d'un point de vue technique mais être délétère si on ne prend pas en considération le niveau de ressources du patient. Ainsi mettre en place une chimiothérapie à un patient vivant dans la rue, c'est lui faire courir un risque vital à court terme en cas de survenue d'une neutropénie fébrile.

Pouvoir réunir rapidement plusieurs professionnels autour d'une même situation permet d'éviter les écueils d'une médecine fragmentée par l'hyperspécialisation et le fonctionnement en silo du système hospitalier.

Les acteurs des PASS ont ainsi développé une expertise des situations médico-sociales complexes et ont mis en place des modalités de concertation pluri-professionnelle qui pourraient être utiles de façon plus large dans l'ensemble du système de santé.

Une médecine mondialisée. Un observatoire de la santé mondiale

Depuis leur mise en place, les publics des PASS ont évolué et dans les grandes villes les PASS reçoivent actuellement majoritairement des publics migrants, à l'inverse des PASS situées dans des territoires ruraux.

En 2019, les données de la DGOS (Direction générale de l'offre de soins) sur les 442 PASS identifiées retrouvaient ainsi les files actives suivantes : 194 966 dont 132 190 nouveaux patients (68 % de la file active).

Origine géographique : Afrique Subsaharienne (27 %), Maghreb (11 %), Europe-hors union (21 %), France (21 %), autre pays de l'Union européenne (8 %), Asie (7 %), Amérique (5 %), [non renseignée (5 %)].

La majorité des recours pour soin en PASS relèvent de soins primaires (infection aigüe, douleur, HTA, asthme, diabète...), des pathologies infectieuses (tuberculose, HIV, hépatite virale B et C) sont plus fréquentes chez les migrants que dans le reste de la population. On observe également une forte prévalence de souffrance psychiatrique et psychique en particulier liée à la dureté du parcours migratoire et à la dureté du contexte de vie en France.

Les PASS sont également amenées à accueillir des patients porteurs de pathologies lourdes à un stade parfois avancé dont le traitement a parfois été débuté dans leur pays d'origine.

C'est le cas de cancers et d'insuffisance rénale en particulier.

Certains patients migrent pour tenter une dernière chance car ils n'ont plus la possibilité de payer leurs soins dans leur pays d'origine ou simplement n'ont plus d'espoir de survie. Dans le cas des patients dialysés, le motif est l'espoir d'obtenir une greffe rénale, souvent inaccessible dans leur pays d'origine ou d'accès très limité. C'est le cas de la transplantation rénale à partir de donneurs décédés qui n'est quasiment pas développée dans les pays du Maghreb.

Parfois il s'agit d'une question de vie ou de mort comme dans certains pays d'Afrique subsaharienne où l'offre de dialyse publique n'existe quasiment pas.

Certains patients n'ont alors pas d'autres choix que de quitter leur pays, leur entourage, leur travail, parfois en vendant tous leurs biens pour pouvoir venir.

De telles situations montrent bien que l'accès universel à la santé prôné par l'OMS est bien loin d'être une réalité.

Elles illustrent également qu'une approche globale et mondialisée des parcours est indispensable. Comme nous l'a montré la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19, il existe une interdépendance à l'échelon mondiale.

Dans cette perspective, les PASS constituent un observatoire de la santé mondiale non encore exploité. Pourtant, l'analyse des motivations des différents parcours migratoires permet aussi d'analyser en miroir les insuffisances des systèmes de santé et de proposer des solutions concrètes pour y remédier afin de favoriser un accès plus universel aux soins.

D'une pratique spécifique à la réponse à un véritable besoin pour le système de santé

Face à de telles situations médico-sociales complexes caractérisées par un cumul de vulnérabilité, l'approche médico-technique ne suffit pas.

Au-delà de la question de la migration, ces situations extrêmes nous ont incités à mettre en place une réflexion autour de la prise en charge de la complexité et de la place de l'humain dans le soin.

Confrontés à des situations compliquées et douloureuses de patients atteints de maladies graves, cancers en particulier du fait du recrutement de l'hôpital, les professionnels de la PASS de l'hôpital Saint Louis ont mis en place des « réunions de concertations pluri professionnelles médico-sociales et éthiques » (RCPMSE).

L'expérience de centaines de cas complexes sur une dizaine d'années nous a conduits à proposer une méthode pour servir de boussole dans la prise de décision en situation difficile (plutôt que complexe), résumée par l'acronyme « SIMPLE » qui repose sur la démarche de collaboration pluri-professionnelle. C'est donc plutôt par la présentation et le dialogue entre soignants, travailleurs sociaux, administratifs, associatifs que peut se faire une diffusion et un élargissement de cette méthode.

Vers une médecine plus centrée sur l'humain ?

Soigner des patients démunis et des migrants en particulier dans les PASS, est une pratique riche et variée. C'est aussi une pratique difficile et exigeante. Dans un système hospitalier technoscientifique, hyperspécialisé et standardisé, il s'agit de proposer des solutions adaptées en réponse à des problématiques complexes, à des situations polymorphes et à l'intrication de dimensions médico-techniques et extra-médicales qui impactent fortement le soin (absence d'hébergement, barrière de la langue, absence de couverture sociale...).

C'est une médecine véritablement personnalisée qui mobilise toutes les dimensions du soin et toutes les capacités des soignants.

C'est une pratique intégrative du soin qui permet de répondre efficacement à la fragmentation et aux clivages du système de santé, en particulier entre la ville et l'hôpital, le somatique et le psychique, le médical et le social.

C'est aussi une pratique qui met en évidence qu'il est possible d'allier des intérêts qui apparaissent inconciliables comme les valeurs hospitalières et les contraintes économiques ; un soin à la fois pertinent et efficient, une pratique du « juste soin au juste coût » (1).

La pratique du soin auprès des migrants en PASS est finalement moins une pratique spécifique qu'une approche universelle. Elle nous amène à envisager une médecine plus globale et mondialisée prenant en compte à la fois la dimension médico-technique et les dimensions non médicales au sens strict du terme mais qui impactent néanmoins le soin. Elle préfigure peut-être le retour de l'humain au cœur du système de santé.

* *

(1) Georges-Tarragano C. (dir.), *Soigner (l') humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*, Presses de l'Ehesp, 2015.

CONCLUSIONS

par Marc GENTILINI
(ASOM)

Ma **première conclusion**, de la place que j'ai occupée depuis ce matin, est d'affirmer que l'assemblée est restée très attentive, à l'écoute des orateurs ; même après une matinée dense et en dépit de la phase post-prandiale dangereuse, les exposés de cet après-midi ont bénéficié d'une attention soutenue et je voudrais remercier chacun des intervenants qui ont pris part à ce colloque pour la richesse de leur exposé.

La **seconde conclusion** est un **vœu**, celui, Monsieur le Secrétaire perpétuel, qu'une monographie soit éditée par notre Compagnie, rassemblant l'ensemble des documents, témoignage de chacun de nos experts visant à promouvoir le concept de santé internationale en tenant compte de la richesse du passé, rappelée pour proposer une vision et une action présentes et futures au bénéfice des populations en développement : *Pas de belles frondaisons sans profondes racines*, celles-là même qui sont menacées.

Chers consœurs, chers confrères, de grandes étapes ont marqué ces dernières décennies, même si nous ne commençons qu'en 1978 avec la **déclaration d'Alma Ata**, plus opportuniste et politique que pragmatique et solidaire ; nous étions tous d'accord pour affirmer « qu'un peu pour tous était préférable à tout pour quelques-uns », que les Soins de santé élémentaires ou primaires, les SSP, constituaient une priorité ; mais quelques années plus tard, dès 1981, alors que les maladies infectieuses mortifères étaient considérées comme maîtrisables, émergeait le virus d'une affection inconnue, le VIH, provoquant 30 millions de morts en 30 ans et démontrant que les SSP ne suffisaient pas à assurer une couverture sanitaire efficace et que des médicaments très onéreux, les antirétroviraux, disponibles depuis 1996, devaient être accessibles aux populations les plus meurtries par cette épidémie nouvelle ; bref, que les Soins de santé secondaires (SSS) et les Soins de santé tertiaires (SST), pour un temps écartés faute de moyens, devaient être accessibles aussi aux plus pauvres. Le refus de prendre en charge, pour des raisons économiques, les soins de santé dispensés par les hôpitaux ne pouvaient répondre aux situations les plus sévères engendrées par l'épidémie. Au cours des années suivantes, les OMD (1) dans le domaine sanitaire furent insuffisants et la **santé pour tous**, promise pour l'an 2000, loin d'être atteinte.

Plus récemment, les ODD (2) ont tenté de corriger ces carences sans y parvenir jusqu'à présent. La chirurgie de base, celle du terrain, devrait

(1) Objectifs du Millénaire pour le Développement.

(2) Objectifs de Développement Durable.

retrouver une place qui lui a fait défaut jusqu'à présent, comme l'a souligné devant nous, avec pertinence en d'autres circonstances, **Claude Dumurgier**.

Je voudrais saluer l'engagement personnel de chacun d'entre vous : au ministère des Affaires étrangères où les médecins se font rares, la communication du diplomate **Joan Valadou** ; à l'Agence française de développement où l'enveloppe dédiée à la santé, 2 % de son budget, croît cependant régulièrement sous la pression de **Christian Paquet** ; souligner l'engagement de **Patrice Debré** qui, sous différentes étiquettes, mène un combat tenace pour, en particulier, que l'ouverture au multilatéral n'entraîne pas le décès du bilatéral ; heureux aussi que **Jean-Louis Oliver** ait pu rapporter devant vous l'importance vitale de l'eau pour une santé réelle et durable et de redire tout le plaisir que j'ai eu à travailler avec lui à l'Académie de l'eau, à la suite de **Jean Dausset**, son créateur.

Nous avons évoqué également l'impact de l'immigration qui a fait l'objet d'un rapport à l'Académie de médecine auquel **Claire Georges** a activement collaboré ; **Anne-Marie Moulin** s'est interrogée devant nous, avec pertinence et peut-être provocation, sur la place de la médecine dans la santé.

Jean-Marie Milleliri, en rappelant les actions du « temps d'avant » et en évoquant le mot du doyen Payet « *Qui a fait plus ?* », a ravivé nos connaissances sur le travail de nos aînés et leur exemplarité.

Enfin, permettez-moi de remercier chaleureusement **Pierre Saliou**, l'initiateur et organisateur de ce colloque sans lequel cette journée n'aurait pu acquérir le niveau de compétence qui permettra sans doute de contribuer à donner un sens à la **Santé internationale**.

*
* *



Pierre Saliou, Jean-François Turenne, Marc Gentilini & Pierre Gény
Crédits photos : Delphine Fagot Rufenacht pour l'ASOM.

TABLE DES MATIÈRES

Allocution d'ouverture, de Marc GENTILINI (ASOM)	p. 2
Présentation des intervenants, par Pierre SALIOU (ASOM)	p. 5
<i>Les actions du passé,</i> par Jean-Marie MILLELIRI (ASOM)	p. 8
<i>L'action de La France, du bilatéral au multilatéral,</i> par Joan VALADOU (Ministère des Affaires étrangères)	p. 15
<i>L'action de l'Agence française de développement dans le secteur de la santé,</i> par Philippe WALFARD (Agence française du développement) .	p. 23
<i>La France et la santé mondiale : Les différents enjeux de la recherche,</i> par Patrice DEBRÉ (Académie nationale de médecine et Sor- bonne université)	p. 26
<i>Quelle place pour la médecine dans la santé internationale de demain ?</i> par Anne-Marie MOULIN (ASOM)	p. 33
<i>Eau et santé : défis d'aujourd'hui et de demain,</i> par Jean-Louis OLIVER (ASOM)	p. 42
<i>Le projet universitaire médical entre le Cambodge et la France (1993-2015) : objectifs, résultats, perspectives,</i> par Claude DUMURGIER (ASOM)	p. 49
<i>Le soin auprès des migrants dans les pass : une médecine globale et mondialisée,</i> par Claire GEORGES-TARRAGANO (Hôpital Saint-Louis Paris)	p. 56
Conclusions, par Marc GENTILINI (ASOM)	p. 60

