

Propager une nouvelle méthode pour suivre les maladies émergentes

Pourquoi travailler aujourd'hui sur les maladies émergentes ?

Christian Oudin > Ce travail a été initié suite à notre rencontre avec Didier Bompangue, médecin spécialiste du choléra et chercheur pour l'université de Kinshasa (République démocratique du Congo, ndlr). Il nous a sensibilisés aux problèmes d'émergence et aux facteurs qui lui sont liés, comme le sous-équipement médical ou la fuite des cerveaux et des personnels de santé. Cette dimension socio-politico-environnementale a constitué le fond de notre réflexion. Nous avons rapidement pris en compte les rapports Nord-Sud. Suivre tout au long de nos travaux un cas particulier, nous a permis de garder les pieds sur terre et de ne pas faire que du « raisonnement en Chambre ».

Fabienne Keller > Nous avons tous suivi H1N1, la commission d'enquête, la polémique sur l'ampleur du dispositif public et les tensions que cela a générées entre les médecins et les responsables publics. Nous avons aussi étudié l'histoire, les grandes pestes, les grandes grippes, puis l'arrivée en Métropole de la dengue, restreinte à l'outre-Mer jusque récemment.

En quoi votre démarche est-elle novatrice ?

FK > À la délégation sénatoriale à la prospective, nous avons vocation à éclairer le travail par-

Après le ratage politique de H1N1, les parlementaires n'ont pas éludé le problème de l'émergence des maladies infectieuses.

La délégation à la prospective du Sénat vient de rendre public un rapport original sur le sujet. Entretien avec les deux principaux instigateurs de ce travail, la sénatrice d'Alsace Fabienne Keller et Christian Oudin, conseiller hors classe au Sénat.

lementaire par une réflexion tournée vers le moyen ou le long terme. Nous avons utilisé une méthode créée par Christian Oudin où chaque étape comporte une phase de réflexion, une phase d'échange interne, puis une phase de communication vers l'extérieur. Ainsi, pendant nos travaux, nous avons expliqué nos démarches et nos consultations sur un blog, de façon à enrichir la réflexion. C'est une méthode assez inédite pour un travail parlementaire.

CO > Avec l'atelier de prospective, nous nous situons en amont du rapport. Cela nous a permis de faire travailler ensemble les experts du sujet. L'atelier a réuni une quarantaine de chercheurs, médecins, géographes, sociologues, et une centaine de spectateurs. Toute la matière brute et les comptes-rendus sont sur le blog.

FK > Je suis aussi allé à un congrès sur les maladies émergentes à Libreville, au Gabon, où les chercheurs étaient majoritairement occidentaux car, et c'est un des leviers d'action que nous avons identifiés, la recherche est peu portée par des personnes issues des populations locales. Notre travail montre que les questions d'urbanisation, des changements climatiques ou des regards sur les politiques publiques modifient aussi la diffusion et l'émergence des maladies. Par exemple, pour les vaccinations, l'attitude face à la politique publique peut

“ Les virus ne demandent pas de visas pour voyager. ”

dépendre des campagnes de communication antérieures. C'est le cas en Afrique, où les gens refusent parfois les vaccins car ils ont peur de se faire stériliser. Il faut prendre en compte le vécu de la population, sa perception.

Sur quels scénarios d'émergence avez-vous travaillé ?

FK > Nous avons abandonné la méthode des scénarios, ce n'était pas une approche réaliste.

CO > Le seul qui puisse être exploité, c'est le scénario catastrophe. Celui d'une maladie jusqu'alors inconnue, à incubation rapide, à forte létalité, à transmission interhumaine par voie aérienne à distance et pour laquelle on ne dispose d'aucun traitement.

FK > Mais de nombreuses évolutions sont possibles, en fonction de chaque facteur, selon le type de maladies, les zones géographiques et les choix politiques. Nous en avons déduit qu'il est impossible d'écrire des scénarios globaux. Nous devons reconnaître notre ignorance du futur mais aussi la nécessité de nous préparer à l'imprévisible.

CO > En revanche, il est certain que l'on peut assez facilement expliquer l'évolution des variables influençant l'émergence de maladies. Pour chacune d'elle, on comprend bien les phénomènes induisant les changements.

Comment organiser une politique de santé publique a priori sans scénario sur lequel s'appuyer ?

FK > On ne peut pas l'organiser a priori ! À partir des exemples vécus, il est possible de comprendre, analyser, intérioriser ensemble les variables. En travaillant sur des cas concrets, nous pouvons déterminer ce qu'aurait été l'attitude optimum. Mais au moment où émergera à nouveau le pathogène, il faudra tout réécrire. On ne peut pas préparer un plan de réaction avec des modalités prédéfinies. Il faut pouvoir croiser les regards, entre biologistes, géographes, sociologues, ceux qui gèrent les systèmes de santé, les agences de santé, les acteurs médicaux et enfin le décideur central, le ministère de la Santé en France ou l'Organisation mondiale de la

santé. Notre idée est de construire des méthodes de travail, de la confiance entre les acteurs.

Quelles ont vos propositions ?

FK > Avant tout, il faut préparer nos sociétés. Cela passe par l'information en tenant compte des réactions des populations et en exploitant tous les supports en situation épidémique. Aujourd'hui, la communication sur les maladies émergentes est essentiellement une affaire d'universitaires et pas assez d'acteurs publics. Nous devons associer plus fortement les médias, les transporteurs, les agences de santé et de recherche et les gens du ministère pour que l'information sur internet soit contrôlée. On ne peut pas considérer que les agences publiques aient pour seule mission d'informer. Elles doivent aussi tenter, avec les règles des nouveaux médias, de participer aux débats. Sinon les gens communiquent seuls et l'on n'établit pas de consensus par la raison et la connaissance. A contrario, les Centers for Disease Control américains emploient 400 personnes qui surveillent et répondent aux réseaux sociaux. Cela leur permet de communiquer aussi sur les symptômes et d'éviter la propagation de rumeurs, ce que l'on appelle « l'infodémie ». Les agences doivent donner une information plus juste et transparente. Si elles ne savent pas, elles doivent l'assumer et préciser que tous les moyens sont mis en œuvre pour obtenir ces informations. Nous avons besoin que les agences et les acteurs publics travaillent mieux avec les professionnels de santé. Ce qui s'est passé avec le H1N1 fut dramatique sur ce point.

Et en termes de ligne politique ?

FK > Nos choix politiques doivent clarifier l'évolution des systèmes de santé. Il s'agit de mieux dimensionner les outils d'alerte, de façon à repérer une émergence le plus tôt possible. Nos indicateurs traditionnels, comme les médecins sentinelles et les déclarations de maladies, ne savent pas prendre en compte des signaux qui ne sont pas forcément médicaux.



© A. VERNET

CO > Le nombre de « clics google » sur un symptôme peut, par exemple, donner l'alerte. Cela ne donne pas le nom de la maladie et il peut s'agir d'une panique complètement injustifiée mais il faut recouper ce signe avec nos indicateurs hospitaliers.

FK > Regrouper des informations sur des patients avec certains symptômes issus de différents services d'inféctiologie est compliqué. Même si certaines données doivent rester confidentielles, il faut trouver un moyen de les mettre à disposition de tous ceux qui peuvent participer à l'analyse. L'accès aux bases de données épidémiologiques et aux banques d'échantillons devrait être garanti. Il faut pouvoir travailler sur des informations très variées, médicales, sociales, climatiques, géographiques ou sur les flux de transports.

CO > Le système britannique, de ce point de vue, semble mieux préparé puisque l'accès aux données est possible. Le rôle de la délégation à la prospective est de tirer le signal d'alarme puis de transmettre le sujet aux autorités compétentes comme le Parlement, avec l'Opecst*1 ou les commissions des affaires sociales. Nous ne pouvons pas prétendre avoir raison sans tous les acteurs du sujet, ils doivent être mobilisés. Les Britanniques ont ainsi réalisé un exercice de prospective réunissant 300 experts d'origine

^
Fabienne Keller, sénatrice d'Alsace, et Christian Oudin, conseiller hors classe du Sénat, sont à l'origine d'un rapport sur les maladies émergentes.

*1 Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et techniques

très variée afin de préparer la réaction publique à l'émergence de maladies infectieuses. Et selon eux, « le but de ce travail est de mobiliser tous les acteurs pour qu'ils se mobilisent eux même ».

Quid de la gouvernance ?

FK > Il faudrait déjà que la gouvernance soit exercée ! Nous avons un intérêt public à relier tous les acteurs ensemble, mais il faut un pilote. Notre histoire de l'organisation sanitaire passe toujours par le fractionnement. Un problème, une agence. Pour les maladies émergentes, il faut relier. Nous devons trouver d'autres organisations, basées sur le respect, le travail commun et le décloisonnement. Les maladies infectieuses sont une problématique similaire à celle du bioterrorisme. Seule l'origine est différente. Dans notre cas, il n'y a pas d'intention. Or l'armée a des outils, une méthodologie.

CO > Les conclusions du rapport de Didier Raoult*2 de 2003 sur le bioterrorisme sont d'ailleurs toujours applicables aux maladies infectieuses, à la création d'infectiopoies spécialisés et à la réorganisation des systèmes de surveillance épidémiologique.

*2 Médecin biologiste spécialiste des maladies infectieuses

FK > En France, nous avons beaucoup d'atouts, notamment une recherche hospitalière. Nous devons aussi soutenir le développement de réseaux de santé ou d'accompagnement des populations dans les pays du Sud. Il faut être réaliste. Les soignants traditionnels sont aussi des relais auprès de la population. C'est vrai pour le soin et les recommandations au public mais aussi pour faire remonter des données épidémiologiques.

CO > On pourrait dire que l'Afrique soigne l'Europe. Au Burundi 87 % des infirmières émigrent aux États-Unis ou en Europe.

FK > Ces mouvements sont très amoraux. Nous aspirons les professionnels de santé de ces pays. Ils viennent pour différentes raisons mais nous ne les décourageons pas car nous avons besoin de leurs qualifications.

D'où votre préconisation de prendre conscience de l'importance des rapports Nord-Sud.

FK > Oui. Un des effets de la suppression du service national a été l'effondrement du volume de coopérations médicales. Il permettait de structurer et de faciliter les échanges internationaux. Les médecins revenaient en France en connaissant les territoires du Sud.

Outre la question des réseaux de soins et de l'assainissement, il y a la question de la recherche. L'Afrique centrale est une zone de déficit très fort en termes de connaissance, un « trou noir » selon l'expression de Didier Bompangue. C'est dans l'intérêt des pays du Nord de s'intéresser aux pays du Sud. Les virus ne demandent pas de visas pour voyager. Il faut raisonner à l'échelle mondiale et profiter de notre influence. La France est encore liée à ses anciennes colonies via l'IRD, l'Institut Pasteur, la diplomatie de la santé et les Objectifs du millénaire pour le développement de la santé. Mais nous pensons aussi à la coopération décentralisée. On peut encourager les villes et les régions à relayer le travail réalisé dans les circonscriptions sociales, et avoir cette démarche envers les pays partenaires, en respectant leurs modes de vie et leurs organisations sociales. On change d'échelle. Aujourd'hui, l'aide française internationale ne s'occupe pas de la coopération décentralisée de manière thématique. On pourrait faire des recommandations tout en laissant les collectivités la développer comme elles l'entendent, via les liens de jumelage entre villes par exemple. Ce type de coopération est durable, notamment par rapport aux programmes actuels des ONG qui ne durent en général pas plus de 3 à 5 ans. Pour les épidémies, les temps sont plus longs. Il faut prendre en compte l'urbanisation et l'information des populations sur l'hygiène.

Quel avenir pour ce rapport ?

FK > Après le rapport Keller, la loi Keller ? Plus sérieusement, l'intérêt d'un travail parlementaire, c'est de décloisonner les disciplines scientifiques, des univers qui ne communiquent pas forcément, comme les médias, les médecins, les chercheurs... Il faut les relier afin d'avoir une analyse complète en cas de crise. Nous espérons aussi poursuivre le blog et travailler avec l'École des hautes études en santé publique pour poser les bases d'un travail de prospective à la française, que j'appelle de mes vœux. Bref, j'espère que cette initiative va vivre. ■

10 leviers d'actions pour changer notre approche des maladies émergentes

1. Faire prendre conscience aux opinions publiques de la globalisation du phénomène des maladies infectieuses émergentes et de l'importance des rapports Nord-Sud.
2. Agir sur tous les facteurs d'émergence et de propagation des maladies infectieuses.
3. Considérer la prévention de la diffusion des maladies infectieuses émergentes comme une grande cause collective de l'humanité et, de ce fait, empêcher et réprimer les actes qui concourent à l'augmentation des menaces.
4. Faire progresser l'information des populations du Nord comme du Sud sur les pathologies, les vecteurs et les prophylaxies.
5. Inventer ou développer des méthodes de concertation pluridisciplinaire plus larges.
6. Réintroduire des protocoles classiques de lutttes contre les pandémies.
7. Promouvoir de nouveaux outils d'intervention sur les maladies infectieuses émergentes.
8. Réguler les mouvements de praticiens de la santé des pays du Sud vers les pays du Nord et au sein des pays du Nord entre les pays demandeurs et ceux exportateurs de praticiens.
9. Soutenir et orienter la recherche sur les vaccins et les thérapeutiques des maladies infectieuses.
10. Faire des efforts d'organisation de la logistique et encourager la coopération décentralisée entre collectivités locales du Nord et du Sud.