

Malades sans frontières !

20 octobre 2004



Rien n'est plus révélateur des inégalités de ce monde que la comparaison des niveaux de santé. Rien n'est plus insupportable que les différences dans l'accès aux soins. En cette période d'effroi devant tout ce qui bouge, rien ne serait plus simple et plus urgent que d'organiser la face positive à la globalisation : « Malades sans frontières » après « Médecins sans frontières ». La jeunesse d'un monde en mal d'exaltation serait heureuse d'y participer.

« Nous sommes menacés d'extinction, mon peuple meurt à une cadence qui donne le frisson ». Le président du Botswana, Festus Mogae, usant d'un langage guerrier, ne parlait pas d'un conflit qui décimerait les habitants, mais d'une maladie. L'ennemi qui ravage le pays, c'est le Sida, et sa Nation disparaît sans qu'un seul coup de feu ne soit tiré. Le Sida, plus qu'aucune confrontation militaire, fait retentir le glas sur la terre. Il s'agit de la sécurité nationale des pays en développement. Ce péril de mort s'étend aux pays voisins et à leurs partenaires, à nous tous. La moyenne de vie au Botswana est de 40 ans. Chez nous, elle atteint pour les femmes plus de 83 ans.

ÉTAT DES LIEUX

La santé publique constitue le maître-étalon, le révélateur de la pauvreté. La progression de toutes les affections et des maladies contagieuses dans les pays en développement, semblait aller de soi...

Dans les pays pauvres, près de 800 millions de personnes ne se nourrissaient pas suffisamment pour jouir d'une santé satisfaisante. Chaque jour, leur pitance n'étant pas assurée, ils recommençaient leur quête : c'était leur activité principale.

Puis le Sida est arrivé, le désert a progressé, les guerres se sont multipliées, des populations entières ont été dispersées et le pire encore est devenu imaginable.

L'Afrique surtout, berceau de l'humanité, voit ainsi s'accumuler les malheurs de la terre et la souffrance de ses peuples.

Le bulletin de santé du continent le plus en difficulté, impose des actions concrètes et urgentes. Sur fond de maladies infectieuses, toujours plus meurtrières, s'ajoutent, au pire les famines, au mieux les carences nutritionnelles et la sous-alimentation chronique pour beaucoup, avec l'émergence croissante des pathologies qu'elles engendrent. Les chiffres sont là, immuables, et les décès d'enfants, pourtant évitables, se comptent par millions : diarrhées, pneumonies, rougeoles, tétanos, méningites, tuberculose ou paludismes, quand il suffirait d'améliorer l'hygiène de l'environnement, d'obtenir une eau potable, de vacciner correctement, et de disposer de quelques médicaments de base : avec 10 médicaments simples on peut guérir plus de 80 % de ces maladies.

Nous le savons. Et pourtant ces enfants meurent et d'abord d'indifférence. Malgré les efforts déployés par quelques ONG, malgré les programmes de soins de base et de vaccinations de l'OMS ou de l'UNICEF, malgré le WFP et la FAO, ils meurent car nous versons un goutte-à-goutte d'aide dans le désert. Nous, qui souffrons de pléthore et d'obésité, ne savons ni partager ni répartir. Nous avons fait du XXe siècle celui de l'accroissement spectaculaire des inégalités de santé, de vie, de savoir. Le rapport des richesses entre les pays riches et les pays pauvres, est passé en 100 ans de 4 à 80, c'est-à-dire à un accroissement des inégalités multiplié par 20.

LA MALADIE DE LA PAUVRETE

Et de toutes les maladies, la plus grave et la plus répandue, est dans la classification OMS dénommée pudiquement « Z 59.5 ». Cette maladie est la pauvreté extrême. Elle frappe plus d'un milliard d'êtres humains sur la terre. La gravité de cette détresse économique a conduit le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) à fixer pour objectif prioritaire l'éradication de la pauvreté, comme un impératif éthique, social,

politique et économique. Qui veut encore y croire ?

Il n'y a là pourtant aucune fatalité. C'est moins la pauvreté que la désorganisation sociale et politique qui fait la gravité et l'urgence de la situation. Plus de 6 milliards d'hommes, de femmes et d'enfants peuplent aujourd'hui notre planète : 8 sur 9 naissent dans un pays en développement, et 25 % de la population mondiale vit dans le dénuement, en dessous du seuil de pauvreté.

La situation alimentaire de l'Afrique est une catastrophe chronique. Dix-sept pays de l'Afrique sub-saharienne sont en situation d'urgence alimentaire. La Corne de l'Afrique - Soudan, Somalie, Erythrée - a connu des variations climatiques brutales, alternant sécheresses et pluies excessives. La précarité des équilibres fragiles bascule dans les drames collectifs, au grès des conflits, et des déplacements de populations qu'ils engendrent. L'Afrique héberge plus de la moitié des populations réfugiées du monde. A l'épuisement des stocks répond la flambée des prix. En Afrique Australe, singulièrement au Mozambique, la précarité et l'insécurité alimentaire s'aggravent aussi. Sur 47 pays africains, quatre sont considérés comme autosuffisants, malgré les tentatives de développement des périmètres irrigués ou des aménagements hydrauliques. Si la production céréalière de l'Afrique a globalement un peu augmenté, passant entre 2000 et 2001 de 111,5 millions de tonnes à 116,7, la dépendance alimentaire se majore, les importations croissent, les inégalités alimentaires s'aggravent : l'Afrique Australe est à ce jour la plus touchée, et 28 millions de personnes sont confrontées à de graves pénuries.

L'Afrique est de fait le seul continent confronté à une aggravation sévère des disponibilités alimentaires. Dans les 20 dernières années alors que la ration calorique moyenne dans les pays en développement a augmenté de 18 % passant de 2150 à 2520 Kilo/calorie/ jour/habitant, en Afrique elle a baissé en moyenne de 5 %.

NAITRE AFFAME

Cette moyenne cache des disparités profondes et inacceptables, et, comme le soulignent les épidémiologistes de la faim, la situation nutritionnelle en Afrique constitue une tragédie permanente. Car ces productions stagnantes, ou désordonnées par des événements climatiques implacables, sont aggravées par une poussée démographique forte qui réduit de fait les disponibilités. Les conséquences sont connues. Elles concernent tout d'abord les enfants. Nés de femmes carencées et anémiées, ces enfants ont un poids de naissance insuffisant, un retard staturo pondéral qui s'aggrave et qui touche 30 % ou plus des enfants en Afrique.

La malnutrition est d'abord intra-utérine. Elle s'aggrave dès la naissance du fait des difficultés d'allaitement par ces femmes carencées. L'insuffisance globale de calories conduit à la malnutrition, au marasme. Les carences en protéine, en iode, en fer, en vitamine A génèrent des troubles de croissance, des troubles du développement, des goitres, des anémies, des troubles de la vue, qui se comptent par millions.

Les indicateurs de l'état de santé témoignent de cette gravité : l'espérance de vie en Afrique sub-saharienne est la plus basse du monde (autour de 50 ans), les taux de mortalité infantile y sont les plus élevés, ainsi que ceux de mortalité avant 5 ans. Car ces enfants mal nourris, fragiles, carencés en protéines et en vitamines, sont largement exposés à ces maladies qui tuent par épidémies meurtrières, brutales, inexorables : rougeoles, diarrhées (800 000 morts/an), bronchites (1,5 millions de morts). Mais il n'y a pas que ces maladies, que nous appelons banales, qui emportent ces enfants. Il y a aussi les autres, toutes les autres maladies qui prolifèrent sur le terrain de la malnutrition et qui contribuent elles-mêmes à aggraver les carences nutritionnelles.

LES GRANDS MASSACRES

Le Sida en Afrique est, à lui seul, une catastrophe d'une ampleur sans précédent sur ce continent. Sur les 42 millions de personnes vivant avec le VIH/Sida dans le monde 30 millions sont en Afrique ; et sur les 5 millions de nouvelles contaminations recensées en 2002, 3,5 millions l'ont été en Afrique ; le Sida a tué cette année-là près de 2,5 millions d'Africains. Sommes-nous capables de regarder cette réalité en face, sommes-nous capables d'imaginer comment maîtriser la situation dans des pays d'Afrique Australe où 30 à 40 % de la population est infectée ? Au-delà des conséquences dramatiques de la maladie elle-même qui réduit dès à présent, de façon importante, l'espérance de vie dans ces pays, il faut prendre en compte ses conséquences sur l'ensemble de la population en raison des répercussions économiques majeures, en particulier en zone rurale : baisse de la capacité de travail, baisse de la production vivrière, aggravation de la pénurie alimentaire.

Les femmes séropositives pour le VIH ont, pour leur part, le choix entre l'allaitement maternel qui transmet le VIH ou l'allaitement artificiel, trop coûteux et à haut risque pour l'enfant quand l'eau n'est pas potable...

De plus, le VIH favorise le développement des autres maladies, en particulier de la tuberculose qui s'accroît ainsi de 10 % par an. Sur les deux millions de nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués en Afrique en 1999, les deux tiers étaient également infectés par le VIH ; près d'un malade sur deux atteint de Sida développe une tuberculose.

Enfin, n'oublions pas ce troisième fléau, jamais maîtrisé : le paludisme. Là encore, l'Afrique est le continent de loin le plus touché, avec 90 % des cas de paludisme dans le monde. La gravité s'est accrue avec le développement de la résistance du parasite à la plupart des médicaments, notamment à la chloroquine. Sait-on d'ailleurs combien de personnes meurent réellement de cette maladie si loin des médicaments, si loin des soins ? Dans ces données, recueillies souvent de façon empirique, y a-t-il un seuil pour l'inacceptable ? Nous qui cherchons, chez nous dans nos pays sécurisés, l'acceptabilité du risque dans l'infiniment petit, si petit, si loin, si improbable que nos techniques sophistiquées de mesure ne savent plus très bien quoi répondre tant le calcul probabiliste du risque trop petit défie parfois la statistique, saurons-nous voir encore où se situe l'intolérable ?

Nous ne comptons pas les complications que cette maladie meurtrière génère sur les femmes enceintes : anémie sévère, hypoxie de l'enfant à naître, troubles du développement.

La grossesse demeure d'ailleurs le plus grand risque pour une femme : donner la vie devient aussi accepter d'en mourir. Dans certains pays d'Afrique le taux de mortalité maternelle peut ainsi atteindre des chiffres supérieurs à 1000 pour 100 000 naissances, c'est-à-dire une femme sur cent qui meurt au cours ou dans les suites de sa grossesse. N'y a-t-il pas là le plus choquant des risques ? Le Sida n'a-t-il pas repoussé très loin, trop loin, notre capacité à savoir regarder les dysfonctionnements du monde ?

Que dire de ces maladies orphelines, celles dont personne ne s'occupe, comme la maladie du sommeil qui tue encore par milliers, dont les foyers actifs de transmission se multiplient avec la désorganisation des systèmes de santé. On ne peut la soigner qu'avec des médicaments vieux de plus d'un demi-siècle, dangereux et toxiques, faute de mieux, faute de recherche médicale, faute du moindre intérêt des firmes pharmaceutiques pour ces malades le plus souvent insolubles. Ainsi moins de 10 % des crédits de recherche en santé sont consacrés aux maladies qui représentent 90 %

du fardeau des maladies dans le monde.

Si nous pensons que la santé des peuples est un bien universel, capable de transcender les cultures, les religions, les croyances, s'il nous apparaît comme une aspiration commune à tous les citoyens de ce monde, alors il nous faut définir quelle santé nous semble compatible avec la vie et non la survie. Laissons de côté les concepts naïfs de l'OMS, l'état complet de bien-être physique et mental. Aucun être conscient de l'état du monde où nous vivons, ne peut accepter une définition aussi mécaniste, sauf à de rares moments d'exaltation amoureuse.

Comme le souligne G. Canguilhem (*Le normal et le Pathologique*), la santé n'est pas l'absence de maladie, mais une capacité à résister à notre environnement. Résister à tous ces maux, c'est refuser les facteurs qui les engendrent. Quels sont nos choix ? Celui du refus. Refus du fatalisme, refus de la barbarie et des dictatures, refus de la confiscation des biens, des technologies, des savoirs et des pouvoirs. La lutte contre l'analphabétisme, la promotion de la place des femmes dans les écoles, dans les instances de décision constituent des actions concrètes dont les conséquences positives sont largement évaluées et reconnues. Elles constituent un impératif premier. Mais il ne suffit pas. L'organisation du monde doit se construire sur le respect des droits des habitants de la planète. Il ne saurait y avoir de fatalisme de la famine comme une plaie biblique ou cyclique. Notre planète peut nourrir 6 milliards d'être humains aujourd'hui et 10 demain. Il « suffit » que nous en fassions le choix de nos engagements, celui du partage et celui de l'ingérence, celui du respect des droits à la vie.

La veille sanitaire française, système d'analyse et de surveillance des populations du monde, est capable d'identifier les risques et de prévoir bien des catastrophes sanitaires et humaines. Prévenir est alors possible.

Devons-nous, pouvons-nous laisser mourir ces affamés permanents ? Choix de sociétés, c'est donc un choix politique, qu'il nous faut assumer. Là est la capacité de dire et d'agir. La responsabilité de tous ceux qui partagent l'immense privilège de vivre dans des démocraties est directement engagée.

Il faut lutter contre nos peurs qui génèrent des replis sur soi inutiles, disproportionnés, délétères. Bien sûr chaque victime a droit à notre compassion. Et il faut les compter une par une. Mais quelle différence dans l'indifférence ! Les 600 morts du SRAS (pneumonies atypiques d'Asie), au printemps dernier, ont ébranlé le monde dans un vacarme médiatique, terrorisant, sans précédent, pendant que plusieurs centaines de milliers d'enfants mourraient en silence et dans l'indifférence, de maladies curables. Image facile penseront certains, réalité oubliée de l'exclusion pourtant. Nos peurs sont les pires instruments d'orientation de nos politiques, sanitaires ou autres.

UNE FATALITE ?

Ambition des anciens, appétit des jeunes en quête d'exaltation : c'est notre combat. Un tournant a été pris en quelques années, sous l'impulsion des ONG. Nous raisonnons pour le monde. Le « sans-frontiérisme » a gagné dans les esprits, sinon encore dans les faits. Une considération mondiale est déjà en place, un intérêt mondial, une obstination mondiale, une indignation mondiale. Une mondialisation des réponses s'impose donc. Et un jour, à terme, nous construirons les États-Unis du monde. Pour le moment, il faut reconstruire l'Europe.

Dans un colloque récent, tenu en Suisse, où se rencontraient conférenciers professionnels, experts et chefs d'État la provocation n'est pas venue de moi, mais de personnages politiques de l'assistance, qui avait payé très cher pour poser des questions. « Croyez-vous que les laboratoires pharmaceutiques aient intérêt à traiter les maladies des pauvres gens de ce monde ? Votre expérience vous a-t-elle fourni une réponse ? ». Je me suis montré moins révolutionnaire que mon digne questionneur et j'ai défendu l'industrie pharmaceutique, non sans quelques nuances. Pourquoi ?

Il est vrai que les labos ont traîné les pieds et continuent de la faire en ce qui concerne la recherche des médicaments contre les maladies tropicales, paludisme en tête. Mais la tendance s'inverse, globalisation oblige. Les maladies ne connaissent plus les frontières, les virus et les bactéries circulent avec les avions, les voitures, les bateaux, les hommes. Ce fut le cas du Sras. Et il y aura d'autres Sras. Sans l'industrie pharmaceutique nous n'aurions pas accompli ces progrès immenses qui autorisent l'espoir pour les pays riches et, si nous le voulons, si nous sommes prêts à l'imposer, pour les pays pauvres. Oui, des sacrifices financiers seront nécessaires : chaque baisse du prix des molécules dans les pays en développement sera compensée par des hausses dans les pays industrialisés. Ce débat, en Suisse, où les firmes pharmaceutiques sont importantes, ne peut être inimaginable il y a quelques années.

« MALADES SANS FRONTIERES »

Nous étions quelques-uns que le malheur des autres ne trouvait pas inactifs. Nous avons conjugué nos efforts sous des latitudes extrêmes auprès de gens différents, dont nous découvrons les douleurs semblables et la pauvreté univoque. Nous étions médecins. Cette profession présentait l'avantage d'une utilité sans frontières et l'intérêt d'une éthique quasi universelle. Si les malades nous appelaient, nous arrivions, surtout si c'était interdit, et parfois si c'était impossible. Nous avons inventé le devoir d'ingérence. Notre intervention était politique, mais nous ne faisons pas de politique. On nous prit longtemps pour des fous avant de nous consacrer un prix Nobel de la Paix.

Nous restons, moins nombreux, à ne pas accepter que les malades meurent alors que les traitements existent. Nous nous battons maintenant pour « Malades sans frontières ».

La fatalité peut être adoucie. Cassée ? Nous verrons. Cela dépend des riches, de nous, de notre argent et de notre goût du risque. Je suis enclin à l'optimisme. Nous faisons face à la bascule des temps. Le VIH-Sida, c'est la partie émergée de l'iceberg de la mort. Sous l'eau la masse des misères atteint une profondeur insondable. Construisons la santé du monde, comme l'approche tendre, l'approche humaine de la globalisation.

C'est à l'OMS et à la Banque Mondiale que je propose de mener cette croisade et au Secrétaire Général des Nations Unies d'en prendre la direction.

Malades sans frontières : ce n'est pas un slogan, mais une réalité qui saute aux yeux. On sait que c'est ce qu'il faut faire : une assurance maladie mondiale. En commençant tout petit. Je me retrouve dans la même situation qu'au moment du lancement de MSF. Le mouvement se précise, on parle d'une taxe mondiale, un revenu universel est évoqué. J'ai fait voter le principe d'une taxe « Tobin » améliorée au Parlement européen avec Daniel Cohn-Bendit en 94 et j'en demeure un partisan forcené : taxation des mouvements de capitaux. Sous une forme ou sous une autre. Nous commencerons avec des banques volontaires, ainsi que nous l'avons fait pour les fonds éthiques. Les gens qui parlent d'une taxe universelle disent que c'est tout à fait possible, qu'un très faible pourcentage suffirait. Je ne dis pas que c'est facile au sens financier, ni en termes d'infrastructure, mais c'est un combat que nous gagnerons. C'est dans l'air du temps.

Le mot mondialisation ne peut être reçu sur le seul registre négatif. Cela changera. En créant MSF, nous passions pour les hippies de la médecine, genre « adeptes du voyage à Katmandou ». Cela a évolué. Je me sens à l'aise dans ce mouvement, dans cette nécessité d'aménager la mondialisation. Les solutions qui sont avancées par le mouvement anti-mondialisation ne sont pas toujours pertinentes. Mais leurs indignations, leurs revendications, la façon de les mettre en avant, à l'exception bien sûr de l'extrême violence, je les comprends et les approuve. La France a été le précurseur de tout ce mouvement avec les French Doctors. Ceux-ci n'étaient pas les représentants du Quai d'Orsay, pas plus que ceux de la

société civile ; ils étaient ceux d'une France rêvée.

On n'a pas saisi immédiatement la puissance de ce mouvement. Que disions nous ? Qu'aussi pauvre, aussi noir, aussi sale, aussi inculte soit l'homme qui était devant nous - et Dieu sait que ce n'est pas péjoratif dans ma bouche - il était notre malade et que nous devions le soigner. Et puis, très vite, on a dit : « Ce malade est notre malade, au-delà des frontières. » Et nous avons transporté le médecin. C'était un beau mouvement, devenu très vite insuffisant.

La mondialisation ne sera pas faite seulement de grandes manifestations creuses et d'admiration planétaire du football. Demain nous construirons une protection sociale minimum pour le monde pauvre : « Malades sans frontières ».

Texte paru dans la revue *Comprendre*, n°4, dir. par J.-P. Fitoussi et P. Savidan, « Les inégalités », 2003 (PUF). Repris ici avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Photo / © Russell Watkins-Department for International Development via Wikimedia Commons

Emplacement :

[Accueil](#) > [Articles](#) > [Propositions](#) >

Adresse de cet article : <https://www.inegalites.fr/Malades-sans-frontieres>