

**MÉDECINE TROPICALE
ET SANTÉ INTERNATIONALE**

DE LA MÉDECINE TROPICALE À *ONE HEALTH*

Olivier Bouchaud, CHU Avicenne et Université Sorbonne Paris Nord
Bobigny

QUELQUES DÉFINITIONS POUR S'Y RETROUVER

✘ médecine tropicale :

- ✘ exercice de la médecine en milieu tropical
 - ★ filiation avec médecine coloniale
 - ★ pays à ressources limitées (PRL)(pas forcément tropicaux !)

✘ santé internationale (SI)

- ✘ problèmes sanitaires transnationaux des populations vulnérables
 - ★ PRL +++
 - ★ + pop. vulnérables des pays riches (migrants, pop cibles...)
- ✘ réponses à ces pb sanitaires
 - ★ politiques et programmes de santé
 - ★ acteurs publics et privés
 - ★ recherche et formation : biosciences et sciences humaines
- ✘ en résumé : SI = tout ce qui concerne la santé dans les PRL
 - ★ complémentaire et prolongement de la MT

QUELQUES DÉFINITIONS POUR S'Y RETROUVER

× santé mondiale

- × mondialisation = pas de frontière en santé
 - * interdépendance transfrontalière
- × objectif d'équité pour la population mondiale

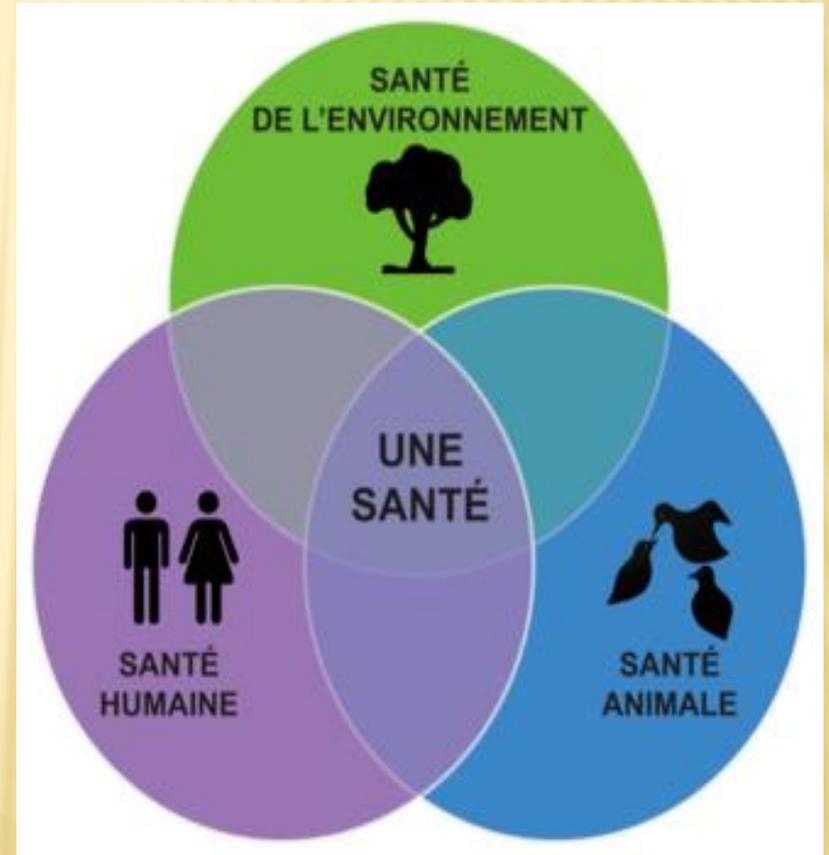
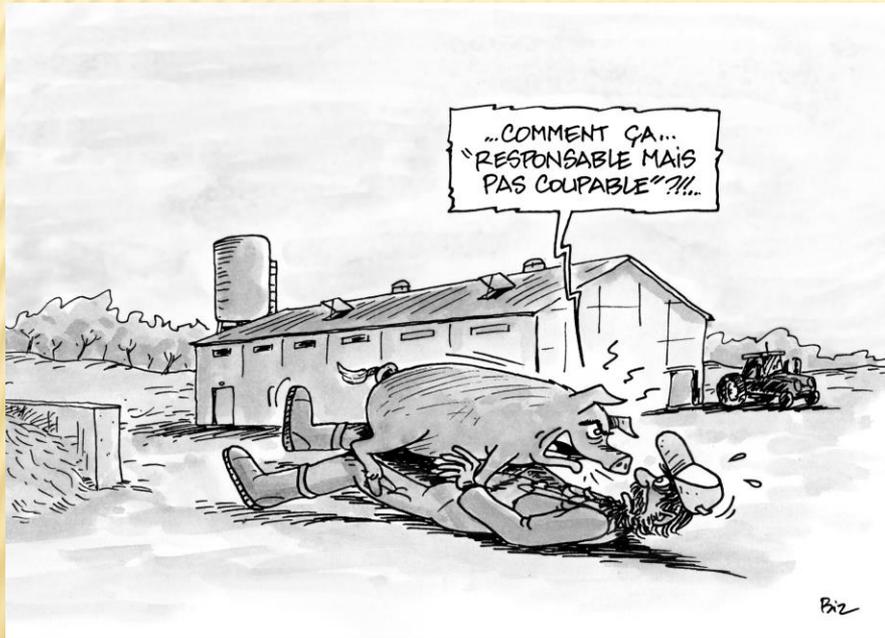
× santé globale (*Global Health*)

- × vision transversale et intégrée des réponses pour améliorer la santé mondiale

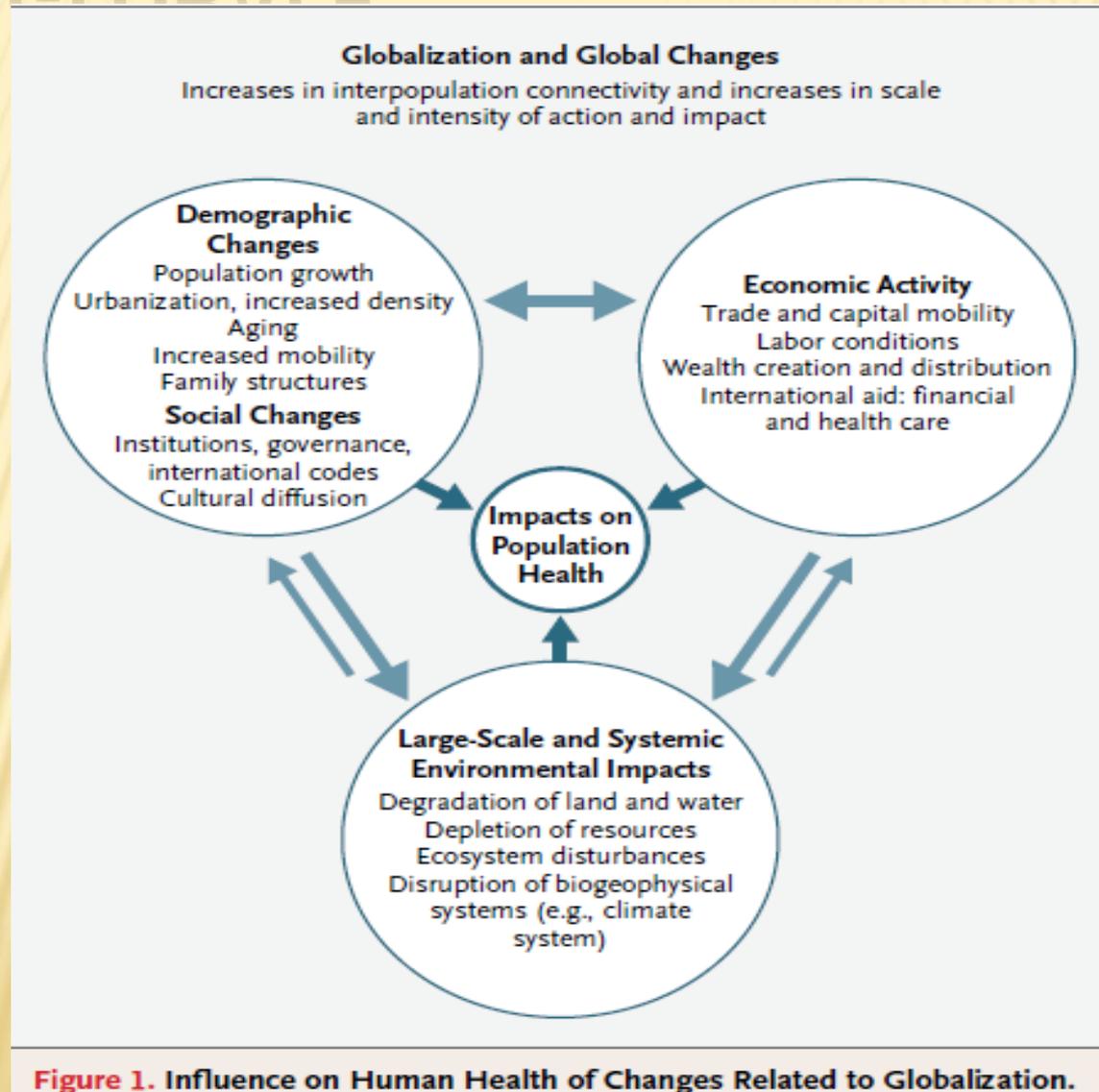
× *One Health* (2000)

- × interactions avec santé animale et environnementale
- × => approche intégrée et systémique

ONE HEALTH ...



SANTÉ GLOBALE



NAISSANCE DE LA SI

- ✘ 1851: première conférence sanitaire internationale : réponse aux épidémies de choléra, peste et fièvre jaune
- ✘ 1892: première convention sanitaire internationale
- ✘ 1907: Office international d'hygiène publique
- ✘ 1948: naissance de l'OMS



UN BOULEVERSEMENT DE LA SI EN 1 GÉNÉRATION

1990 - 2020

- × Transition sanitaire
 - × explosion des maladies non infectieuses
- × Des déterminants très évolutifs
 - × urbanisation
- × Emergence de nouveaux acteurs + mobilisation politique et financière
 - × effet de la pandémie VIH
 - × meilleure perception des interactions santé / économie
 - × poids des acteurs privés

TRANSITION SANITAIRE / ÉPIDÉMIOLOGIQUE

- × maladies infectieuses → maladies non transmissibles
 - × cardio-vasculaires (HTA, AVC, IDM...)
 - × respiratoires chroniques (BPCO)
 - × pollution ++
 - × métaboliques (diabète)
 - * 80' = 108M → 2025 = 350 M → en fait 425 (?)
 - × obésité
 - × cancers
 - × + troubles mentaux
 - * 1 M de DC/an par suicide

- × → 2020 : 60 % morbidité ; +/- 70% des DC (40 M)

Figure 7: Global shifts in leading causes of DALYs, 1990-2010

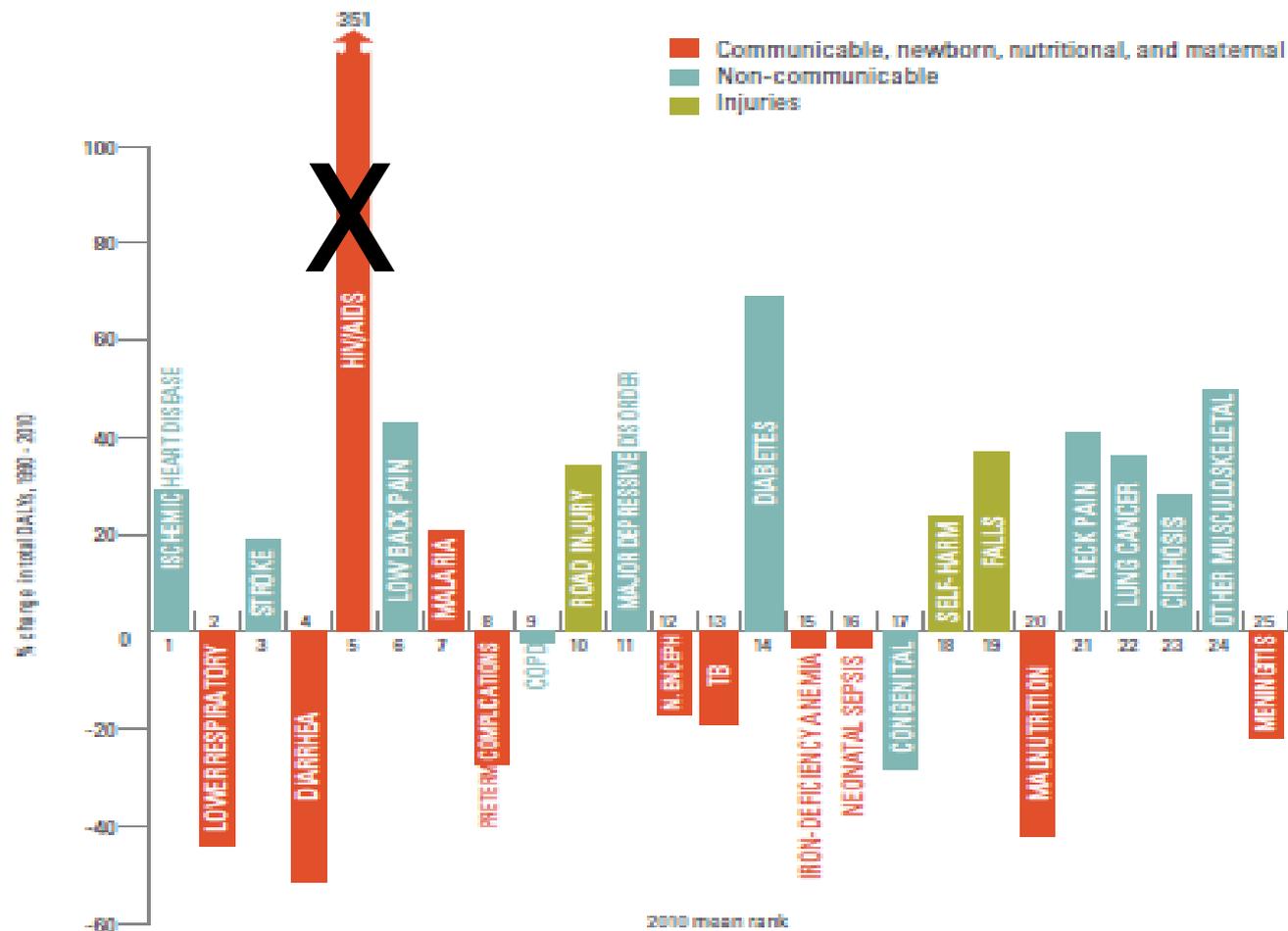
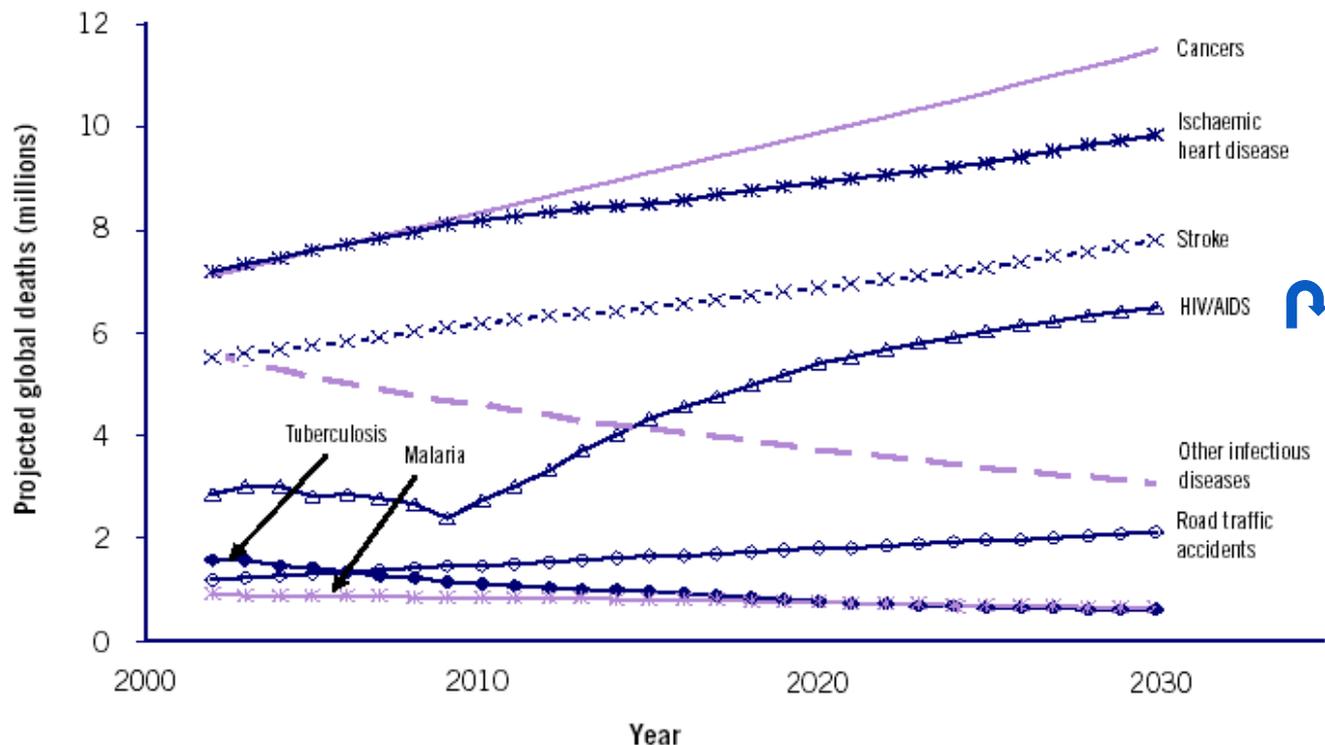


Figure 7 shows that among non-communicable diseases, diabetes and different types of musculoskeletal disorders such as low back and neck pain increased the most between 1990 and 2010.

TRANSITION SANITAIRE : PROJECTION DES CAUSES DE DÉCÈS

Projected global deaths for selected causes of death, 2002–2030¹⁵



INDE: LES 3 GROUPES

Figure 11a: Causes of DALYs, both sexes, all ages, India, 1990

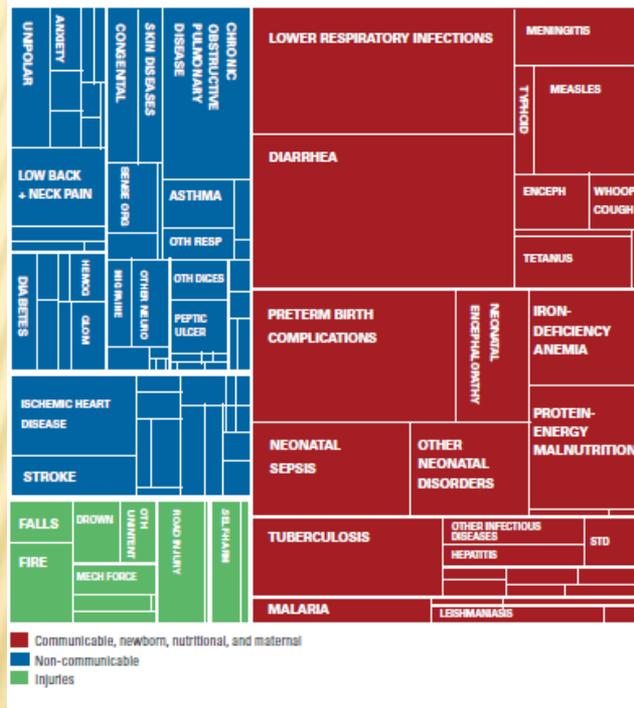
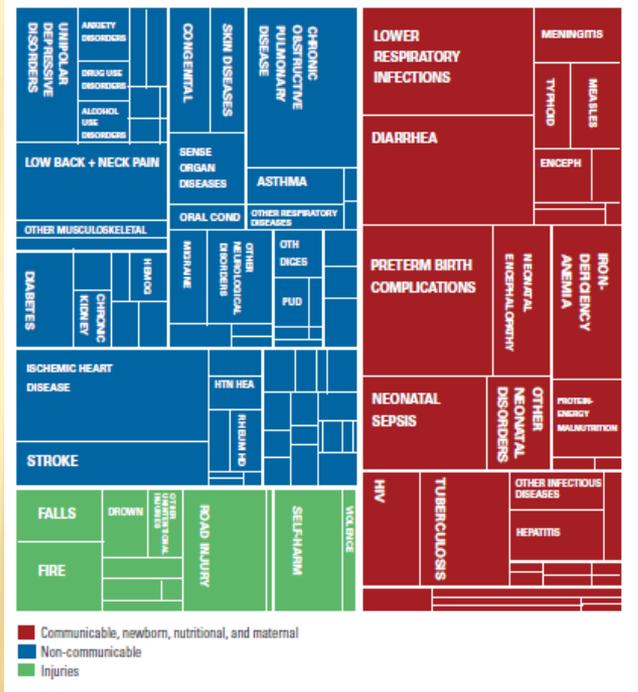


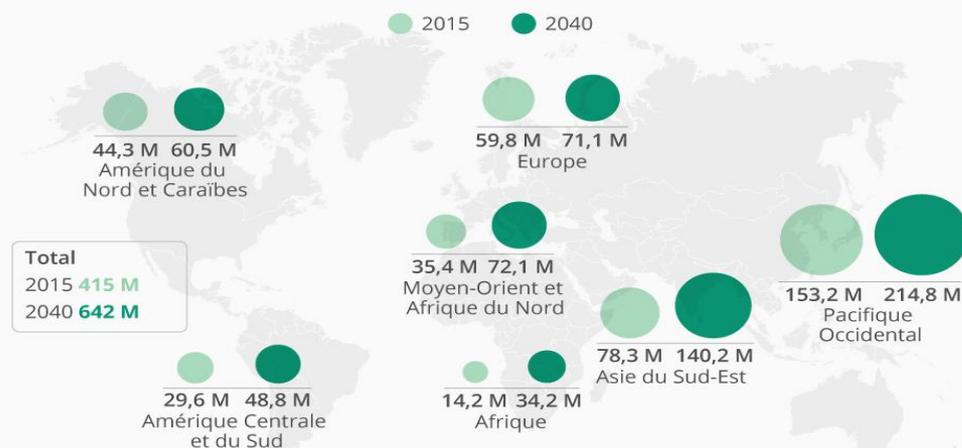
Figure 11b: Causes of DALYs, both sexes, all ages, India, 2010



LE DIABÈTE ... QUEL MARQUEUR !

L'essor du diabète dans le monde

Estimation du nombre d'adultes diabétiques par région géographique en 2015 et 2040*



© Statista_FR

* population âgée de 20 à 79 ans.

Source : International Diabetes Federation

statista

TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE : VERS UNE 3^{ÈME} ?

- ✘ 1^{ère} (néolithique) : révolution agricole = organisations sociales
 - ➔ 1^{ères} « grandes » épidémies
- ✘ 2^{ème} : hygiène/urbanisation = ↘ contacts infectieux (helminthes, virus, saprophytes...)
 - + ↘ microbiote
 - + « déficit » immunologique
 - ➔ allergies, maladies auto-immunes
 - ➔ maladies non transmissibles (de « surcharge »...)

VERS UNE 3^{ÈME} TRANSITION ?

- ✗ mondialisation/pauvreté/urbanisation/
élevage intensif (ATB de croissance) =
 ↗ zoonoses + ↗ BMR

- ✗ + réchauffement climatique ?
- ✗ conditions pour (ré)émergence d'épidémies
 + maladies non transmissibles

- approche « horizontale » et non verticale
 - ✗ Zuckerman Glob Heath Action 2014



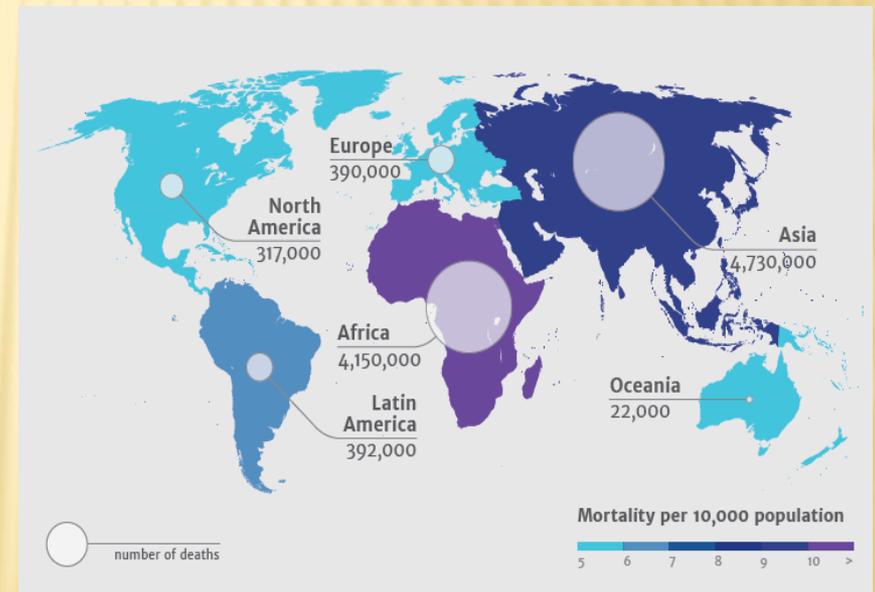
PRL : 80% vivent dans les « slums »



VERS UNE 3^{ÈME} TRANSITION ?

- ✗ des arguments solides :
 - + VIH (80')
 - + SRAS (2002)
 - + Chikungunya (la Réunion ; 2005)
 - + MERS-coronavirus (2012)
 - + Zika (Océanie, 2013 ; Amérique Latine/Caraïbes, 2015)
 - + Ebola
 - ✗ Guinée/Sierra Leone/Libéria ; 2013
 - ✗ Congo Est 2018 + reprise 2021
 - + Covid-19 en 2019

- ✗ et les ... BMR



MIGRANT : REFLET AU NIVEAU INDIVIDUEL

- + qualitatif : pathologies infectieuses « arrivée +/- retour » puis pathologies non transmissibles

- + quantitatif : décroissance de l'état de santé dans le temps
 - × d'abord *healthy migrant effect* : 10 à 15 ans
 - × puis = idem pop. générale (15 à 20 ans)
 - × puis < pop générale (>20 ans)
 - * FdR (diététique++) : ↗ gras, sucre, alcool, tabac, carcinogènes ; ↘ fibres
 - * psy. : « adaptation » puis « stress » /conditions socio-économiques

- Desgrées du Loû A, Rev Prat 2019

SANTÉ MONDIALE : TENDANCES GLOBALES

× globalement progrès importants

- modélisation → *Global burden of diseases* (Université de Washington)

+ ↓ mortalité mère / enfant

× - 30% / -50% (1990 - 2015)

* DC < 5 ans :

- × 10 millions en 2000 → 7,5 (2011) → 5,2 (2019)
 - * OMS, 2020
- × ↓50% chez des nouveaux-nés

+

+ augmentation continue de l'espérance de vie de la population

- × 72 ans = + 5 ans/2000 → tendance récente à stagnation dans certains pays
- × Afrique SS : + 9,4 ans entre 2000/2015

MAIS

✘ **Santé couple mère-enfant : prise de conscience récente !**

✘ **Santé mentale**

+ 1^o cause de morbidité en 2030 : 1 million de suicide par an.

✘ 1 pédo-psychiatre pour 2 à 4 millions d'habitants dans les pays du sud

✘ **Progression des handicaps**

+ vieillissement, maladies chroniques, espérance de vie

✘ **Mortalité des jeunes adultes:**

+ causes traumatiques

✘ **Emergence des BMR**

+ 1^{ère} cause de mortalité en 2050 (OMS)

+ déjà vers une 3^e transition sanitaire ?

✘ Zuckerman Glob Health Action 2014

LES DÉTERMINANTS DE CES EVOLUTIONS

Sur fond de mondialisation et de vulnérabilités économiques et politiques :

- × **Urbanisation +++**
 - × PRL : 80% des urbains vivent en slums
 - + alimentation + sédentarité
 - + éclatement structures sociales
 - × jeunesse de la population ++

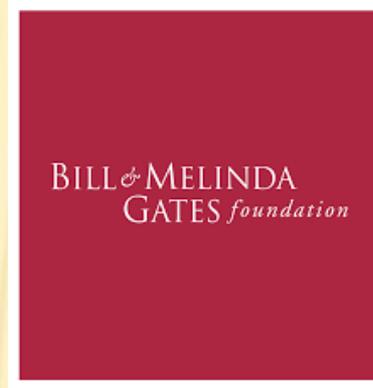
- × **Changement climatique**

- × **Vieillessement**
 - + 2050 : 2 Md > 60 ans



EMERGENCE DE NOUVEAUX ACTEURS

- ✘ plate-formes de coopération dédiées à un problème sanitaire spécifique (UNAIDS (1994), RBM (palu ; 1998), Stop TB, GAVI (2000)
- ✘ Structures de financement de projets (Fondations Cater (1982) Bill and Melinda Gates (1994), Fonds Mondial (2001), PEPFAR (US, 2003)
- ✘ Organismes dédiés à l'innovation technologique: MMV (1999), DNDI (2003)
- ✘ ONG : Act-up, MSF, Care



➔ 🤔 **gouvernance !!**

- qui décide des politiques ?
- Etats ? OMS ?
- Banque Mondiale?
- Bill Gates ?

MOBILISATION POLITIQUE ET FINANCIÈRE

- ✘ En 2000: adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement dont 3 sont consacrés à la santé (mère et enfant, VIH, paludisme). Horizon 2015
 - + 2001 et 2011: sessions spéciales de ONU sur le VIH (access for all / 3 by 5) et sur les maladies non transmissibles
 - + Convention cadre sur la lutte anti-tabac, 2005: 170 pays signataires. Traité international sur la santé.

✘ augmentation des financements pour la santé

- ✘ mais faiblesse structurelle des systèmes de santé
- ✘ mais effets négatifs des financements « verticaux » +++ (ciblé sur un pb de santé)

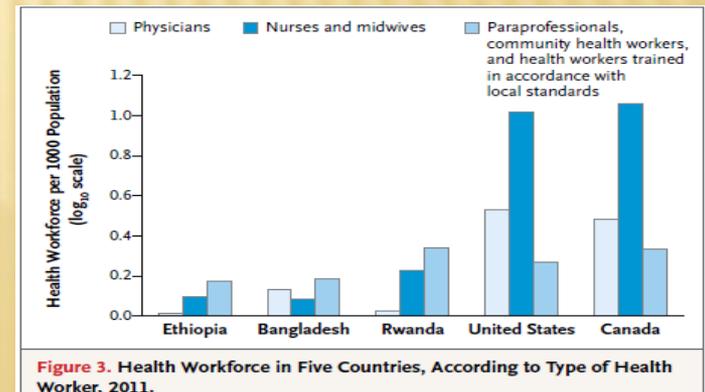


Figure 3. Health Workforce in Five Countries, According to Type of Health Worker, 2011.

VERS L'ACCÈS UNIVERSEL AUX SOINS ?

- ✗ 1990 – 2012: vingt années de débats
- ✗ 1993: Investing in Health, World Bank: participation financière de l'utilisateur
- ✗ 2012: résolution de l'Assemblée Générale de l'ONU sur l'accès universel à la santé comme priorité de santé publique.
 - + Rationnel: les dépenses individuelles de santé empêchent l'accès aux soins de la population la plus pauvre et précipitent dans la pauvreté les populations vulnérables.
 - ✗ Inde 2011: 60 millions de personnes sont passées en dessous du seuil de pauvreté du fait des dépenses de santé
- ✗ Principe : **financement collectif des dépenses de santé** minimales via l'assurance obligatoire ou l'impôt +/- subvention

« FUNDING GAP » (SACHS JD, LANCET 2012)

- ✘ Coût soins primaires minimum : 60 \$ /an/h
 - + Budget des Etats (PRL) : 60 dollars / an pour l'ensemble des services publics !!
 - ✘ Pays Afrique Sub-saharienne: PNB par tête environ 300 \$/ an

- ✘ Engagement des PRL sur un objectif de 15% de leur budget
 - + très loin du compte !!
 - + 10 \$/an/h

- ✘ = « *Funding gap* »: 50 \$ /an/h
 - + pour +/- 1 milliard de personnes (pays les plus pauvres)

- ✘ Manquent 50 milliards!
 - + total de l'aide annuelle internationale pour la santé: 25 à 30 milliards de dollars
 - ★ 250 à 300 Mds de financements via les diasporas (tous secteurs confondus)

CONCLUSION

- ✘ interactions multisectorielles avec la santé
 - + santé internationale → santé globale → *One Health*
- ✘ transition sanitaire :
 - + phénomène majeur
 - ✘ principalement lié à l'urbanisation (anarchique)
- ✘ acteurs privés : influence et gouvernance ++
- ✘ vers l'accès universel aux soins ?
 - ✘ gap financier
 - ✘ nécessite un investissement majeur dans les systèmes de santé
- ✘ infectiologie : liens « historiques et culturels » avec la SI
 - + dimension « santé publique » à revendiquer

MERCI



- Le Loup G. Santé Internationale : les grandes évolutions. In Médecine des voyages et tropicale ; médecine des migrants. O. Bouchaud Ed. Elsevier Masson 2019
- Buissonnière M. La nouvelle donne de la santé globale : dynamiques et écueils. International development policy, The Graduate Institute, Geneva
<https://doi.org/10.4000/poldev.953>
- Santé Internationale. Les enjeux de santé au Sud. D Kerouedan Ed, SciencesPo Les Presses, Paris, 2011
- McMichael AJ. [Globalization, climate change, and human health](#). N Engl J Med 2013; 368:1335-1343
- GBD 2019 Viewpoint Collaborators. [Five insights from the Global Burden of Disease Study 2019](#). Lancet. 2020;396(10258):1135-1159. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31404-5