



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du
troisième cycle de Médecine Spécialisée
par

Clotilde Brouillard

le 22 Mars 2013

Le Dermatologue et la Médecine Humanitaire : Historique, Enjeux éthiques, Récit d'une expérience à Madagascar en Dermatologie et naissance d'un projet médical de formation continue.

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Jean Luc Schmutz

Président du Jury

Monsieur le Professeur Alain Gerard

Juge

Madame le Professeur Annick Barbaud

Juge

Madame le Docteur Nelly Contet-Audonnew

Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission* « *sillon lorrain* » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission* « *Campus* » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission* « *Finances* » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen *Mission* « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Asseseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean -Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-
Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert
GERARD Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude
HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS Michel
MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques
POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-
Jean ROYER Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : **MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : **BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : **BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : **MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : **SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : **CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : **ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

- 1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
- 2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)**
Docteur Isabelle THAON
- 3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)**
Docteur Laurent MARTRILLE
- 4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**
Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

- 2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))**
Docteur Lina BOLOTINE
- 3^{ème} sous-section : (Immunologie)**
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
- 4^{ème} sous-section : (Génétiologie)**
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

- 3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT
Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

- 1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)**
Docteur Anne-Christine RAT
- 3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)**
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN
- 4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**
Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

- 4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**
Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

- 1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**
Docteur Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

- 3^{ème} sous-section :**
Docteur Olivier MOREL
- 5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)**
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON
Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

- Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE
Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER -
- Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel SCHMITT
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER -
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Michel WAYOFF

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean-Luc Schmutz,

Professeur de Dermatologie et Vénérologie

Vous nous faites le grand honneur de juger et de présider cette thèse.

Nous vous sommes reconnaissante de nous avoir accueillie dans votre spécialité avec la plus grande bienveillance et de nous avoir permis de bénéficier de votre expérience professionnelle.

Veillez trouver ici l'expression de nos vifs remerciements pour vos conseils, votre disponibilité et vos encouragements à la réalisation de nos projets personnels tout au long de notre cursus.

Permettez-nous au travers de ce travail de vous témoigner notre profond respect et notre très haute considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Alain Gerard

Professeur de Réanimation Médicale

Nous vous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Recevez nos sincères remerciements pour votre intérêt pour cette thèse et votre enthousiasme pour la collaboration entre nos disciplines.

Veillez trouver en ce travail un modeste témoignage de notre reconnaissance pour votre disponibilité, votre expérience et votre savoir.

Soyez assuré de notre haute considération et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Professeur Annick Barbaud

Professeur de Dermatologie et Vénérologie

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous nous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Vous nous avez enseigné avec passion la dermato-allergologie.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère admiration pour vos capacités de travail et vos qualités intellectuelles et pédagogiques.

Soyez sûre de notre profond respect, de notre considération et de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Nelly Contet-Audonneau

Docteur en Mycologie Médicale

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Nous avons eu la chance de bénéficier de la richesse de votre expérience et nous vous remercions pour votre disponibilité, vos compétences et votre humanisme. Nous souhaitons exprimer à travers votre présence, l'importance de la collaboration entre nos disciplines.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect, de notre admiration et de notre sincère reconnaissance.

Merci

Au Docteur Jean-François Cuny, vous nous faites l'honneur de nous transmettre au quotidien, avec générosité, vos connaissances en dermatologie et de nous encourager avec passion vers nos aspirations professionnelles. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus haute reconnaissance pour vos compétences et vos qualités humaines. Nous espérons que ce travail sera à la hauteur de la considération et du profond respect qu'il nous donne l'occasion de vous témoigner.

Au Docteur François Truchetet, vous nous avez accueillie dans votre service avec bienveillance et vous nous avez communiqué votre passion de la dermatologie. Vos conseils avisés, votre disponibilité et votre humanisme sont un modèle pour nous. Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude et de mon admiration envers votre travail et vos qualités humaines.

A Anne-Claire, pour ta disponibilité, ta fiabilité et ton aide si précieuse tout au long de notre cursus.

A Fadia, précieuse gardienne de cactées et de notre bonne humeur au quotidien, ton soutien, tes compétences et ta disponibilité ont été précieux tout au long de mon cursus.

A Philippe Muller, pour avoir contribué à mon enseignement de la dermatologie, toujours dans la bonne humeur.

A Jean Pouaha, pour me faire partager tes précieuses connaissances, toujours avec patience et pédagogie, j'espère qu'un jour les ongles n'auront plus de secret pour moi !

A Florence, pour ta disponibilité, ta gentillesse et ta rigueur en nous enseignant la cancérologie dermatologique.

A Anne-Lise, merci pour ton sourire, ton dynamisme et tes compétences que tu nous fais partager au quotidien.

A Julie, pour tes conseils avisés en allergologie et ton soutien.

A Myriam, ta patience et ta gentillesse nous manquent encore.

A Estelle, pour tes conseils en chirurgie dermatologique,

A mes co-internes puis chefs : Caroline, Pauline, Marie, Claire, Maud, merci pour votre aide, votre soutien.

Au Docteur Philippe Trechot, je vous remercie sincèrement pour votre aide précieuse, vos encouragements, votre humanisme. Et aussi pour le partage culinaire... !

Au Docteur Clotilde Latache, pour votre patience et votre disponibilité,

Au Docteur Faralahy Noratra, un vrai modèle d'humanité, de compétences et d'inventivité ! Merci pour tout le partage médical et non médical. Je n'oublie pas non plus les samossas d'Agnès et le rire de Stivana.

A tous les médecins malgaches qui ont largement contribué à l'élaboration de ce travail,

A tous mes co-internes :

Delphine, mon poulet grillé chocolat noisette, merci pour tous ces moments à tes côtés, tout ce que tu as pu m'apporter en tant qu'amie mais aussi pour le partage de tes compétences... Fais chauffer la chambre d'ami !

Amélie, merci pour tes conseils et toute la bonne humeur que tu répands autour de toi, hâte de te retrouver au quotidien !

Cécile, à bientôt pour de prochaines aventures... !

Marie, je pense avec plaisir que nos chemins se recroiseront vite au travail et en dehors dans notre quartier commun !

Laurent LPM, j'ai apprécié cette dernière année à tes côtés, ta spontanéité, peut être à bientôt sous d'autres horizons, qui sait ?

Aude, merci pour ton soutien et l'apport de tes compétences tout au long de mon cursus,

Bérandère, pour tous les bons moments passés ensemble,

Axelle, pour ces trois mois communs en gériatrie, euh... dermatologie !

Claire, ta fraîcheur est vivifiante, merci encore pour ces bonnes rigolades,

Fanny, merci pour ta bonne humeur au quotidien qui fut d'une aide précieuse,

Irina, ton aide hors frontières a été précieuse, je t'attends pour la visite des Tsingy! Misaotra,

Laurent et Axelle, merci pour ce semestre passé en votre compagnie et peut être à bientôt !

Irina N, merci tous les bons moments passés à Thionville, au travail et en dehors,

Héla, Anaïs, Mathilde, Anne Laure, Estelle, merci à toutes.

A toutes les secrétaires : Nicole, Laurence, Ingrid, Chantal, Isabelle, Claire, Aurélie, Carole. Merci pour votre patience admirable, les rigolades et votre authenticité qui m'ont accompagnée ces années à vos côtés! Certaines pourront même maintenant m'appeler « docteur » sans pouffer !

Aux externes, qui nous stimulent et nous accompagnent au quotidien.

A toutes les équipes soignantes et non soignantes des services qui m'ont accueillie au fil du temps. Votre soutien et votre confiance ont été une aide précieuse tout au long de mon internat et même lors de mes séjours à l'étranger pour mes gardiens de plante !

A Simon, la vie à tes côtés est une boîte pleine de surprises dont je ne saurai me lasser. J'aime parcourir les jours ensemble, tous ceux du quotidien (thèse comprise) comme ceux hors frontière. C'est sereinement que je me délecte de tous ces jours futurs à tes côtés,

A mes parents, merci pour votre soutien, la confiance que vous me portez et votre amour infaillible. Merci aussi pour le sens des valeurs humaines et le goût de la liberté que vous avez su me transmettre. Grâce à vous, j'essaie de tracer mon propre chemin. J'espère que je parviendrai à faire aussi bien que vous quand ce sera mon heure ! Je vous dédie cette thèse.

A mon (petit) frère, Maxou, mon Bibou, la vie serait bien différente sans toi et je mesure chaque jour comme ta présence m'apporte, je t'aime, tout simplement,

A Alain, Elodie, Julien, Lilou, Vanessa, Gaël, Tom et Valentin, ma deuxième famille, vous m'apportez tous un grand soutien de part votre présence, je ne demande pas mieux que ça continue !

A mes grands parents, merci pour cette douceur et cet amour qui m'ont toujours bercée à vos côtés,

A mes grands-parents adoptés, Odette et JJ, j'espère que vous me voyez d'où vous êtes et que vous êtes fiers. Je vous sens toujours là près de moi dans les instants difficiles comme dans tous les bons,

A François, toujours la blague au nez, j'attends toujours de te voir sur scène à Nancy ;-)

A Cath et Dom, mon tonton préféré et ma tata d'amuur, j'espère que le ridicule ne tue vraiment pas car sinon je suis cuite avec ce commentaire ! Juste envie de vous dire à quel point je vous admire tous les deux, j'en prends un peu de la graine chaque jour, merci !

A tous mes oncles et tantes, et mes cousins biensûr, notre vie de famille a toujours été riche et bien remplie, merci pour tous ces moments de famille qu'on a pu s'offrir les uns et les autres,

A tous ces amis qui sont à mes côtés depuis toujours, Mado, Cathy et Loup, Jacqueline et Jean Marie, Dominique Paul et Adèle, Carole et Bruno,

A Bernard et Claire, Damien, Maxime et toute la famille, vous m'avez tous accueillie avec la plus grande gentillesse, je suis heureuse de faire un peu partie des vôtres désormais ! Je m'estime bien chanceuse de vous avoir à mes côtés...

A Tous mes amis normands, Boujute, tu fais partie des repères solides, Grand maître comme véritable ami, **Doudou,** tu m'apportes tellement depuis tout ce temps que c'est inrésunable, t'es juste essentielle! Je n'oublie pas non plus Bobo et Zac' qui partagent ta vie, parfois depuis peu ! **Dorothee,** le temps des soupes révisions est révolu ! A nous la belle vie en camion ! **Mac Fly,** je ne peux m'empêcher de penser aux rouleaux de printemps que tu nous as fait subir ! Le préféré de ces drôles de dames, **Ma Ting,** tu pétilles dans ma vie que je ne pourrais la concevoir sans toi, tu me manques au quotidien mais peut être plus pour très longtemps ! **Ludo,** un vrai pilier depuis déjà plus de dix ans, une confiance inaliénable en toi, **Sophie P,** ma dieppoise globe trotteuse, juste envie de te témoigner toute mon affection, peut être un jour partira-t-on ensemble ? **Sophie T,** tous nos débats sentimonto-philosophiques ont nourri ma vie, vivement le prochain St Chartier !

A tous les amis de Nancy, Aïcha, Maître Lyoubi, pour tes gueulantes, tes tajines et tout le reste, **Alain,** l'homme aux chaussures pointues ! Merci pour ta pêche et tes envies farfelues qu'on peut partager, **Anthony,** j'attends les soirées sur votre plage et compte sur toi pour mon premier cours de planche ! **Aurélien,** notre vrai nancéen, adopté par les expatriés ! **Aymeric,** le meilleur des danseurs de rock, attention à toi, la lorraine ça vous gagne ! **Bichette,** tu m'apportes énormément, une véritable amie, merci à Melle Violet de nous avoir permis de nous rencontrer ! **Charlotte,** un vrai petit rayon de douceur, **Cilou,** paillettes-bouclettes ! Amie et colloque, la vie est plus colorée à tes côtés, **Constance,** la lorraine ok, mais la Moselle ! lol, on va bientôt se retrouver dans la même galère, **Dédé,** merci pour toute cette chaleur que tu nous apportes à tous, **Florent,** merci pour tous ces débats médicaux animés, **Hélène,** batterie, bykie et bientôt radiothérapie ! J'attends la virée sur ta Gulli ! **Marie,** trop nice de t'avoir rencontré ! Tellement de bons souvenirs sur ton canapé malgache... **Miki,** mon colloque improbable ! Finalement tu l'as bien aimé ma coupe de droite ! **Monseigneur Xavier,** je pense que tu sais bien l'importance que tu as dans ma vie, mais des fois ça fait du bien de se l'entendre dire ! **Mytouff,** ta curiosité et ton entrain pour la vie nous emmènent avec toi, et puis tout le reste mais je suis trop timide pour tout écrire ! **Nathéo,** pauvre petit Choubi, toujours malade quand je suis dans les parages, j'espère avoir fait naître une vocation de plongeur grâce à Dubonnet, Scoubidou et la Baltringue mais Anthony s'en chargera sûrement mieux... **Nico,** de loin mon directeur de thèse préféré ! Toujours de bonnes rigolades et un bon bourgogne ! **Raphaël,** t'es encore tout petit mais ta présence nous réjouit, **Tibo,** profite bien du soleil petit veinard, merci pour tous les bons moments, **Thomas et Claire,** Voooooooo êtes vraiment Voooooooo ! **Et aussi** à Anne, Caroline, Cécile et Marie Alexia, vous êtes les premiers vrais nancéens que j'ai connus et je n'oublie pas la chaleur de votre accueil.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	8
TABLE DES MATIERES.....	19
I. Introduction.....	22
II. La médecine humanitaire aujourd’hui, l’alliance de deux visions aux historiques distinctes : l’aide humanitaire de crise et l’aide au développement	23
A. Naissance et évolution de la médecine humanitaire d’urgence(1–3)	23
1. Fondements de la médecine humanitaire	23
2. Naissance de la Croix Rouge.....	25
3. Un nouveau paysage humanitaire : ONG et OI	26
4. Le Sans Frontières	28
5. Des années 1980 à nos jours	29
6. Conclusion	32
B. L’aide Humanitaire de développement.....	33
1. Histoire éclairée de la naissance de l’aide au développement	33
2. Evolution des politiques d’aide au développement et relation avec la Santé	39
C. De l’Humanitaire de crise au développement.....	49
1. Un paysage mondial globalisé	49
2. Humanitaire d’urgence et de développement, deux visions initiales de l’aide distinctes et complémentaires.....	49
3. L’union de l’humanitaire d’urgence et de développement, après l’échec, vers un succès commun ?.....	50
D. Conclusion	51
III. Ethique et Humanitaire : le médecin au cœur d’une dualité complexe	52
A. Elaboration d’une éthique de l’Humanitaire.....	52
1. Le Droit International Humanitaire (3,46).....	52
2. La double responsabilité	53
B. Les fondements éthiques occidentaux de l’aide humanitaire remis en question : Universalisme ou Relativisme ?	54
1. Universalisme et impérialisme culturel.....	54
2. Relativisme et ses dérivés(60).....	59
3. Quelle synthèse (66,67)?.....	60
4. Conclusion	64
C. Un survol des diverses problématiques liées à la pratique humanitaire	64

1.	L'action humanitaire à l'épreuve de sa professionnalisation et de sa normalisation.....	64
2.	Humanitaire d'Etat, pour ou contre ?	66
3.	Humanitaire, média et opinion publique : l'humanitaire spectacle.	67
D.	Conclusion, la tentation de la non-action	69
IV.	Epidémiologie générale et dermatologique des pays en voie de développement.....	70
A.	Notions générales d'épidémiologie dans les pays en voie de développement	70
1.	L'espérance de vie	70
2.	Le taux de mortalité infanto-juvénile.....	71
3.	La mortalité maternelle.....	71
4.	Morbidité et mortalité dans les pays en voie de développement	72
5.	Synthèse	73
B.	La dermatologie, un problème de santé publique ?	73
C.	Aperçu des principales pathologies de dermatologie tropicale.....	75
1.	Distributions et évolutions mondiales du VIH et des Infections sexuellement transmissibles (IST) 75	
2.	Distribution et évolution et prise en charge mondiales de l'épidémie de lèpre.....	79
3.	Ulcère de Buruli.....	85
4.	Filarioses.....	86
5.	Epidémiologie et prise en charge des mycoses profondes	88
6.	Tréponématoses endémiques.....	90
7.	Rougeole.....	92
8.	Peste	92
D.	Conclusion	94
V.	Récit d'une expérience en Dermatologie à Madagascar.....	95
A.	Situation socio-économique et système de santé à Madagascar(114).....	95
1.	Présentation générale du pays.....	95
2.	Aperçu du système de santé de district et des politiques de santé à Madagascar	99
B.	Epidémiologie générale et ciblée en dermatologie à Madagascar	105
1.	Epidémiologie générale (114)	105
2.	Profil épidémiologique et clinique des dermatoses à Madagascar	109
3.	Conclusion	132
C.	Une expérience personnelle en zone rurale dans un centre de santé de base de niveau 2 à Madirovalo	133
1.	Description du cadre géographique, logistique et financier	133
2.	Étude descriptive de 626 patients vus en consultation	135
3.	Commentaires	146
4.	Conclusion	152

VI.	De la naissance d'un projet médical de Formation Continue en zone rurale en Dermatologie et en Neurologie(114)	153
A.	Mission exploratoire	153
B.	Stratégies d'intervention proposées	153
1.	Justification des choix d'intervention	153
2.	Population ciblée par l'intervention	159
C.	Programmation du projet : cadre logique	161
1.	Définition des objectifs et résultats	161
2.	Définition des indicateurs et des sources de vérification	163
3.	Définition des activités	164
4.	Hypothèses et conditions préalables	165
D.	Chronogramme	167
E.	Budget	170
1.	Ressources humaines	170
2.	Ressources matérielles	170
3.	Ressources financières	170
4.	Montant total	170
VII.	Conclusion	171
VIII.	Abréviations	173
IX.	Bibliographie	175
X.	Annexes	185
A.	Annexe I	185
B.	Annexe 2, liste des médicaments essentiels du CSB2 de Madirovalo	185
	Résumé	188

I. Introduction

La médecine humanitaire est un ensemble hétérogène, constitué de multiples formes d'assistance et d'acteurs d'horizons divers, dont la définition est malaisée. Certains ne la percevront qu'à travers les actions de secours d'urgence, sous l'hégémonie des ONG, et d'autres y verront le prolongement d'un système de solidarité à l'échelle internationale entre Etats à travers l'assistance au développement. Afin d'appréhender les liens et les distinctions entre ces différentes expressions de la médecine humanitaire, une mise en perspective de ses fondements, de son histoire et de ses mutations s'impose. Sa complexité émane également de sa position centrale, au cœur d'enjeux multiples, symboliques, opérationnels, organisationnels, politiques et médiatiques. La confrontation de ces divers horizons soulève un véritable questionnement éthique, interpellant ses fondements, sa pratique mais aussi sa possible instrumentalisation.

Nous nous proposons dans ce travail de présenter une étude des cas de dermatologie vus à Madagascar en consultation dans un centre de santé de base en zone rurale, dans la région de Boeny sur une période de deux mois. Afin de situer notre action, nous dresserons un rapide portrait de l'épidémiologie des pays en développement et ce, de manière plus précise en dermatologie et à Madagascar. Enfin, nous exposerons et justifierons la pertinence de notre projet humanitaire de formation médicale continue à destination des médecins généralistes exerçant en zone rurale dans la région de Boeny.

II. La médecine humanitaire aujourd'hui, l'alliance de deux visions aux historiques distinctes : l'aide humanitaire de crise et l'aide au développement

A. Naissance et évolution de la médecine humanitaire d'urgence(1-3)

1. Fondements de la médecine humanitaire

a) Sources religieuses

« Tout acte de philanthropie auquel nous nous livrons, tout système que nous rêvons dans l'intérêt de l'humanité n'est que l'idée chrétienne retournée, changée de nom et trop souvent défigurée : c'est toujours le verbe qui se fait chair ! »(4)

Les trois grands monothéismes, à savoir le Judaïsme, le Christianisme et l'Islam ont contribué à l'émergence de l'idée de philanthropie, et d'assistance à son prochain qui en découle. Ainsi, dans le judaïsme, pratiquer la *tsedaka* (terme ayant le triple sens de charité, justice et de vertu) à l'égard de l'étranger, de l'orphelin et du pauvre est une obligation morale. Le christianisme est également porteur de ces mêmes valeurs en édifiant la charité en pilier de l'amour de Dieu. La parabole du Bon Samaritain étend et valorise l'assistance à son prochain en dehors de la communauté religieuse, au nom de valeurs humaines communes. L'Islam, quant à elle, impose au croyant de pratiquer la *zakat* (l'aumône) et encourage la *sadaqua* (« aumône spontanée »), qui est la source de nos jours de la puissance du Croissant-Rouge iranien, l'une des plus importantes antennes nationales de la Croix Rouge du monde musulman. En écho à ces notions, on retrouve également le terme sanskrit *karunâ* qui désigne pour les hindous la notion de compassion, largement reprise par les différentes écoles du bouddhisme(5).

L'extension de ces principes théologiques à des temps de conflits armés a lieu dès le 13^{ème} siècle en Europe où Saint Thomas d'Aquin dans « sa Somme Théologique¹ » traite de la guerre au sein du chapitre de la charité. C'est en Europe au 16^{ème} siècle, dans une démarche normative, que l'espagnol Francisco de Vitoria établit un ensemble de conduites réglementant les conflits armés. Il incite par exemple « à user de la victoire avec modération »(1). A cette époque est énoncée par le jésuite Suarez la distinction entre combattant et non-combattant, qui deviendra fondamentale par la suite. En Asie, certains auteurs considèrent que des textes hindous très antérieurs, datés de 2000 avant JC, tels que le *Mahabharata* régissaient déjà les conflits armés selon des préceptes humanitaires(6). Cependant, comme l'affirme Guillermand, si le christianisme et de manière plus large la religion a

¹ Saint Thomas d'Aquin est célèbre pour sa thèse novatrice affirmant que foi et raison ne peuvent se contredire car elles émanent toutes deux de Dieu. Ainsi, il en découle que la théologie et la philosophie ne peuvent donc pas parvenir à des vérités divergentes au lieu de s'opposer mutuellement.

permis d' « inspirer une modération louable à des chefs de guerre » elle n'est jamais parvenue à « aboutir à une réglementation internationale universellement reconnue »(7).

b) De l'antiquité gréco-romaine à l'idéologie des Lumières

Certains penseurs de la Rome antique tels qu'Aristote vont s'attacher à définir une idée de Bien Universel et de solidarité entre les hommes qui poseront les bases de l'idéologie des Lumières. Les bases intellectuelles de l'humanitaire sont essentiellement posées durant la période de la Renaissance aux Lumières à travers un double mouvement.

D'une part, on assiste à la naissance d'un droit des conflits armés, incluant des dispositions protectrices en catégorisant des groupes devant être systématiquement épargnés : les non-combattants (femmes, enfants, personnes âgées, hommes d'Eglise, malades...), puis plus tardivement les soldats faits prisonniers. Parallèlement, un système de santé militaire s'ébauche, même si la prise en charge et le recours aux soins des blessés reste secondaire. Lors des guerres napoléoniennes, Larrey (1766-1842) élabore une stratégie novatrice d'évacuation et de soins sur la ligne de front grâce au concept des ambulances mobiles et invente des techniques de suture et d'amputation réduisant fortement la mortalité.

D'autre part, les grands penseurs s'attacheront à redéfinir philosophiquement la notion d'amour de l'Homme en dehors de la sphère religieuse. Le terme de « charité » se voit remplacer par ceux de « Bienfaisance », « Philanthropie » et « Humanité ». Ainsi, dans l'article « Bienfaisance » du supplément à *l'Encyclopédie*, Diderot la présente comme « la fille de la bienveillance et de l'amour de l'humanité », et ajoute que « la seule qualité de bienfaisant emporte avec elle toute l'étendue des devoirs de la morale ». La notion de charité compassionnelle générant une situation inégalitaire entre le donneur et le receveur est substituée par l'apologie de la raison : les grands principes d'égalité entre les hommes, de « morale universelle ». Kant nous enjoint à « [Agir] de façon telle que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans tout autre, toujours en même temps comme fin, et jamais simplement comme moyen »(8). Ainsi, à travers un progrès moral, scientifique ou politique individuel, c'est l'idée de progression de l'Humanité qui est véhiculée. La notion de fraternité est également renforcée : Voltaire fustige la guerre dans son *Dictionnaire Philosophique*, Rousseau défend le principe que les hommes ne sont ennemis qu'en tant que représentants d'un Etat et non personnellement dans *Du contrat social*.

C'est également à cette période, à partir du 17^{ème} siècle que l'on assiste à la sécularisation progressive de l'assistance. Les « structures charitables » sociales ou sanitaires financées par les riches de la société se développent et l'Eglise en perd doucement le monopole.

c) L'essor associatif, balbutiement des ONG

Outre Atlantique, au début du 19^{ème} siècle, la révolution américaine offre l'élan d'une nouvelle liberté qui conduira à la formation de nombreuses associations. A titre d'exemple, en 1812, sous leur pression, le gouvernement fédéral est contraint à porter secours aux habitants de Caracas, victimes d'un tremblement de terre survenu en pleine guerre d'indépendance du Venezuela. Sur le plan historique, il s'agit de la première action humanitaire internationale mêlant fonds publics et privés.

De même, en Grande Bretagne, émerge la lutte en faveur de l'abolition de l'esclavage, première initiative proprement non gouvernementale à dimension transnationale.

d) synthèse

Ainsi, la religion est initialement à l'origine d'une forme de solidarité à travers les diverses représentations de la charité, qui d'un côté promeut des processus d'assistance et d'un autre côté favorise l'émergence d'un droit des conflits armés. La philosophie des Lumières redéfinit non pas par la foi mais par la raison les liens unissant les hommes, entraînant logiquement une sécularisation des mécanismes d'assistance. La naissance d'associations internationales à vocation de solidarité au 19^{ème} siècle est le troisième élément nécessaire à la construction de la médecine humanitaire telle qu'on la connaît actuellement.

Si cette « préhistoire » de l'humanitaire éclaire une idéologie et des pratiques vieilles de plusieurs siècles, l'Histoire voit dans le « moment Dunant » la naissance officielle de l'humanitaire de crise.

2. Naissance de la Croix Rouge

a) Henry Dunant (1828-1910), le père novateur de la Croix Rouge

Henry Dunant, homme d'affaire suisse, se retrouve pour raisons professionnelles sur le champ de bataille de Solferino, guerre menée par l'empereur Napoléon III contre l'Empire Autrichien qui occupe l'Italie du Nord. Comme il se désignera lui-même, ce « touriste », est profondément marqué par le spectacle des innombrables blessés, abandonnés sans soins de première urgence. Il obtient la libération des médecins autrichiens et avec les villageois, il organise un service de secours où sont soignés indistinctement les blessés des deux camps. Il revendique la notion de neutralité des sauveteurs afin de pouvoir intervenir sur le champ de bataille. C'est la première fois que les civils s'impliquent sur le champ de bataille tout en conservant une neutralité vis-à-vis des blessés. Les bases de l'Humanitaire moderne sont ainsi jetées(9). A son retour, il rédige en 1862 *Un Souvenir de Solferino* qui se diffuse largement et émeut le peuple européen.

b) Naissance du Comité International de la Croix Rouge (CICR)

Sous l'impulsion de Dunant, dès 1863, naît le Comité international de secours aux blessés, embryon du future CICR où les trois principes fondateurs sont une volonté d'action internationale associée à l'édification d'un cadre juridique et à l'adoption d'un signe distinctif.

Le 22 août 1964, le CICR, engage douze des plus grandes puissances de l'époque à ratifier la première Convention de Genève. Un espace juridique propre à la médecine humanitaire est alors inventé et reconnu, garantissant entre autre la neutralité des sauveteurs et la protection des blessés de guerre. Ce texte donnera ensuite naissance à la construction juridique sophistiquée du Droit International Humanitaire (cf. point II, A, 1).

A cette époque apparaissent des dizaines d'associations nationales de secours aux blessés. Progressivement, le CICR imposa la reconnaissance d'une seule structure nationale de la croix rouge par pays.

3. Un nouveau paysage humanitaire : ONG et OI

« De façon récurrente, les conflits armés les plus féroces ou les catastrophes naturelles majeures sont des accoucheurs d'acteurs humanitaires originaux ou de mutations significatives de ceux déjà existants »(3). Les deux guerres mondiales bouleverseront le champ de l'aide humanitaire en touchant d'avantage les civils et en imposant de nouvelles modalités d'intervention. De plus, si le travail de la Croix Rouge ne fut jamais contesté durant la première guerre mondiale, la neutralité dont elle se réclamait et l'absence de dénonciation consécutive de l'existence des camps d'extermination nazis la plongea dans une période de troubles et de critiques, favorisant l'émergence d'autres acteurs.

a) De nouveaux dilemmes, de nouveaux acteurs

En 1918, la famine voit le jour en Europe, renforcée par le blocus imposé entre autre à l'Allemagne par les gouvernements alliés afin de la contraindre à accepter les conditions de paix désirées. En réponse à cette politique désastreuse pour les civils allemands, est organisée en Grande Bretagne une collecte de vêtements et de nourriture par diverses associations dont « Fight The Famine » connue désormais sous le nom de « Save the Children Fund ». Pour la première fois, des associations réussirent à faire parvenir une assistance en dépit de l'interdit décrété par leurs autorités politiques, passant d'une opposition intellectuelle et théorique à l'action.

L'entre deux guerres sera marquée par l'apparition des premiers flux massifs de réfugiés, pris en charge initialement par les diverses associations non gouvernementales et la croix rouge. La SDN (Société des Nations) crée en 1921 le poste de Haut Commissaire aux réfugiés russes qui deviendra ensuite le HCR (Haut Commissariat pour les Réfugiés) chargé de la protection des réfugiés en

assurant tant le respect de leurs droits civiques dans le pays d'accueil (santé, éducation ...) que si possible leur réinstallation dans leur pays d'origine à la fin des conflits.

Durant la seconde guerre mondiale et dans les années immédiatement postérieures, l'ampleur des besoins humanitaires est telle qu'on assiste à un véritable essor des associations privées, innovant par l'envergure des moyens mis en place ainsi que par leur manifestation d'indépendance vis-à-vis de leurs états avant même la fin de la guerre. Elles prendront le nom d'Organisations Non Gouvernementales, plus connues sous leur acronyme : ONG. Certaines d'entre elles se pérenniseront et agissent encore actuellement (CARE, Oxfam...).

b) Les Organisations Internationales (OI)

La SDN créée en 1919, est la première OI à être confrontée à des problématiques humanitaires. Sa « section d'hygiène » avait pour mission de lutter contre les grands fléaux post conflit faisant rage tels que le typhus et de manière plus large les épidémies et la malnutrition. En 1938, elle crée le HCR.

Suite à la seconde guerre mondiale, les masses de populations civiles touchées sont telles que les gouvernements constitueront, à l'initiative des Alliés (dont l'URSS), l'UNRRA (United Nations Relief and Rehabilitation Administration). Une vingtaine de millions de personnes bénéficieront de son aide en Asie et en Europe, réalisant ainsi l'une des plus massives interventions dans l'histoire de l'humanitaire. Les tensions politiques entre les blocs Est-Ouest conduiront à la liquidation de cette structure et de celles qui lui ont succédé.

Suite à la SDN, considérée comme un échec n'ayant pas réussi à enrayer la montée du nazisme, en 1945 est créée l'ONU (Organisation des Nations Unies) basée sur la ratification de la Charte des Nations Unies. Deux des organismes onusiens les plus actifs sont alors créés : le Fonds international de secours à l'enfance plus connu sous son acronyme anglo-saxon Unicef et le HCR beaucoup plus structuré et puissant que dans sa version SDN. Le rôle dévolu au HCR est d'identifier, de protéger et de rapatrier les réfugiés. Plusieurs autres entités fleurissent à leur suite, le Programme alimentaire mondial (PAM), créé en 1963, institution centrée sur l'aide alimentaire ; La Food and Agriculture Organization (FAO), organisation pour l'alimentation et l'agriculture ; le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) qui durant les années 1990 s'est massivement mobilisé pour la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA en Asie centrale ; enfin, l'OMS (Organisation mondiale de la santé), créée le 7 avril 1948. Devant une telle diversification des segments du complexe onusien, les secrétaires généraux successifs de l'Organisation affirment la volonté de trouver des instruments de coordination en situation de crise et en 1971, créent l'Office de coordination des Nations unies pour les secours en cas de catastrophe ou l'United Nations Disaster Relief Coordination Office (UNDRO). Ce dernier sera absorbé en 1991 lors de la création du Département des affaires humanitaires (DAH) qui deviendra ensuite le bureau de coordination des affaires humanitaire (OCHA).

4. Le Sans Frontérisme

a) *Le Biafra, « moment fondateur »*

Dans les années 1960, la paralysie de la scène internationale par la guerre froide donne naissance à une autre approche de l'humanitaire. Le manque d'indépendance du mouvement Croix Rouge vis-à-vis des Etats (tributaire de leur aval préalable avant de débiter une mission), comme l'absence d'autonomie des OI, siège de tensions entre leurs Etats membres, favorisent l'émergence des ONG, par définition à caractère non-étatique.

En 1968, les Ibos, peuplant le Biafra, une province du Sud Est du Nigeria revendiquent une volonté d'indépendance, dans un contexte de conflits politico-religieux et économiques, la région étant riche en pétrole. Il s'ensuit une violente répression du gouvernement nigérian et l'apparition d'une grande famine, touchant l'ensemble du pays et plus particulièrement le Biafra sous l'embargo du gouvernement. L'ONU est paralysée en raison du caractère interne du conflit et ne peut engager une action. Plus ou moins clandestinement, une intervention médico-chirurgicale d'assistance, associant le CICR et plusieurs ONG prend forme. A l'instar de la bataille de Solferino pour le CICR, cette intervention est considérée comme un tournant majeur de l'aide humanitaire contemporaine. Sortant des sillages du CICR et de sa neutralité, pour la première fois, les acteurs même de l'aide humanitaire décident de témoigner et de mobiliser l'opinion publique afin de mettre un terme à ce qu'ils pensent être un génocide. Parallèlement se développent de nouvelles techniques d'intervention, plus réactives, supportées par de nouvelles ONG telle que le Groupe d'intervention médico-chirurgical d'urgence (GIMCU) qui deviendra MSF (Médecin Sans Frontière) en 1991. Si désormais le qualificatif de génocide est controversé et que l'instrumentalisation des ONG est chose connue, le Biafra n'en reste pas moins un événement fondateur par l'affirmation d'une nouvelle conception humanitaire faite de la revendication d'indépendance, d'engagement politique et de réactivité médicale.

b) *Le sans-frontiérisme*

L'idée émerge qu'à côté d'organisations œuvrant pour le développement (cf. point I, B), la création de structures spécialisées et permanentes dédiées à la gestion des situations de crises est nécessaire. L'élaboration de telles structures permettrait notamment le cumul et le partage d'expériences de terrain. De nouvelles ONG se réclamant du sans-frontiérisme se développent dans le domaine des conflits armés (essentiellement non-internationaux) et des catastrophes naturelles sévissant surtout en Afrique et en Asie. MSF en tête, elles se revendiquent comme une structure associative privée, indépendante des structures étatiques, choisissant elles mêmes leur missions, financées majoritairement par des dons privés. Voient le jour de nouveaux acteurs, tels que Médecin du Monde (MDM), Action internationale contre la faim, Handicap International, revendiquant tous leur appartenance au courant sans-frontiériste. De paire avec cette nouvelle conception de l'humanitaire, la médiatisation va acquérir une dimension inédite assurant le financement des diverses

interventions. Le médecin devient témoin et dénonciateur, il entre ainsi dans la sphère politique. L'attitude des associations religieuses, qui n'hésitent pas à faire appel aux médias pour relayer la cause biafraise et à mettre en place dans l'urgence une opération humanitaire indépendante en forçant le blocus nigérian, est un autre indicateur de la transformation des pratiques humanitaires à la fin des années 1960(10).

Une des particularités revendiquées par ce mouvement est également le non respect de la primauté de la souveraineté des Etats en cas de nécessité, ou droit d'ingérence. En 1993, Deloche, ex-président de MDM affirmait : « Les French doctors ne comptent plus les frontières qu'ils ont franchies sans en avoir le droit, les barrières politiques qu'ils ont contournées, les raisons d'Etat qu'ils ont ignorées pour répondre à l'appel des victimes » (1).

5. Des années 1980 à nos jours

Les années 1960 et leur optimisme ont pu laisser croire un temps que les besoins humanitaires allaient diminuer considérablement. Le règlement des problèmes secondaires aux guerres mondiales (diminution du nombre de réfugiés), puis à la guerre froide et à ses conflits « exportés » dans les pays fraîchement décolonisés, était porteur d'espoir. Pourtant, le nombre de réfugiés n'a cessé d'augmenter, et de nouveaux types de conflits armés ont explosé en Afrique et dans les Balkans, où la distinction traditionnelle entre combattants et non combattants est de plus en plus floue. Dans ces conditions, L'Humanitaire voit ses moyens croître, et sa présence largement s'affirmer à travers les diverses ONG et OI sur l'ensemble du globe.

a) L'intensification des besoins humanitaires : chronologie choisie des divers conflits et événements

Ainsi, se succèdent de nombreux conflits sur la scène internationale, qui à leur manière, interrogent la pratique de l'aide humanitaire d'urgence. A travers une chronologie choisie de ces événements, nous jetterons les bases de ces nouveaux questionnements.

Les années 1975-1980 sont marquées par l'éclosion de guerres « périphériques », alimentées par la guerre froide : en Afrique australe (Ethiopie, Somalie, Soudan), guerre civile au Liban, entrée des vietnamiens au Cambodge contre le régime des Khmers rouges, invasion de l'Afghanistan. En 1985 éclate la guerre d'Ethiopie où le régime communiste du colonel Mengitsu va accentuer une famine préexistante et mener une politique de répression à l'encontre des agriculteurs. Secondairement, le gouvernement éthiopien déclenche une vaste campagne médiatique dans le but de faire affluer l'aide humanitaire internationale. Malheureusement, elle sert de couverture à des mouvements de déportation de population. Il s'agit d'une des premières grandes instrumentalisation de l'Humanitaire. Après avoir dénoncé les manœuvres gouvernementales, MSF est expulsée du territoire éthiopien.

En 1989 la Guerre Froide prend fin lors de la chute du mur de Berlin.

En 1991-1995 : l'enlisement du conflit en Bosnie et l'accentuation des violences commises à l'encontre des civils troublent l'opinion publique vis-à-vis de l'approche indéniablement utile de l'humanitaire. Elle est alors perçue comme une façade commode et bienfaitante, où l'absence de décisions politiques de la communauté internationale et son incapacité à enrayer le conflit sont occultés une médiatisation intense et des financements accrus. On parle alors de « l'alibi humanitaire ». Un lourd débat est alimenté sur le militaro-humanitaire, lors de l'assassinat en mai 1992 de Frédéric Maurice, président de la délégation de la Croix Rouge à Sarajevo. La seule qualité de personnel humanitaire n'est plus suffisante pour assurer sa propre protection (cf II.B.1.b.4).

En 1991, une famine de grande ampleur ravage la Somalie dans un contexte de guerres claniques. Alors qu'un vaste système d'assistance avait déjà été mis en place diverses ONG et le CICR, en 1992, débute, à grands coups de renforts médiatiques, une opération militaro-humanitaire prend forme, sous le mandat de l'ONU afin de limiter les détournements de l'aide matérielle. Il s'ensuit un échec cuisant conduisant à l'affrontement entre militaro-humanitaires et milices locales ayant pour résultante le retrait des troupes internationales en 1995. Reste à souligner le rôle des acteurs non gouvernementaux qui assurèrent alors la reconstruction post crise du pays après 1995.

En 1994, la guerre civile au Rwanda entre Hutus et Tutsi entraîne un vaste flux migratoire vers les pays limitrophes : Zaïre et Tanzanie où l'on dénombre deux millions de réfugiés. L'absence de volonté politique des états voisins du Rwanda et des Etats-Unis à mettre fin au « sanctuaire humanitaire » est constatée par plusieurs ONG. En effet, les camps de réfugiés hébergent des cadres politico-militaire de l'ancien régime impliqué dans le génocide des Tutsis. MSF proteste et se retire des lieux ce qui occasionne l'élaboration d'une réflexion sur un code de conduites.

En 1999, le Kosovo, alors province de la Serbie entre en conflit avec le gouvernement en place. Ce conflit est à l'origine d'un exode massif de la population albanophone du Kosovo vers la Macédoine et l'Albanie. Devant la crainte de l'extension des troubles à l'ensemble de la région, une forte mobilisation militaro-humanitaire sous la direction du conseil de l'OTAN prend en charge les réfugiés des pays limitrophes avec succès (11).

En 2002, au Darfour, 2 millions de personnes sont déplacés à l'intérieur du territoire et 300 000 se réfugient au Tchad et en Centrafrique. Une « armée » humanitaire forte de 13 000 travailleurs, ONG, OI et CICR confondus est alors mobilisée(12).

En 2005, au Niger, survient la première des famines « postmodernes », qui se caractérise par un épisode de malnutrition aggravé dans une région où l'insécurité alimentaire est quasi permanente. Deux cent trente mille enfants sont bénéficient d'une prise en charge nutritionnelle, on estime qu'un enfant de moins de cinq ans sur trois est dans une situation critique et que trois millions sont en situation de vulnérabilité extrême(12).

En 2004, au large de l'île indonésienne de Sumatra, un séisme provoque un raz-de-marée sans précédent. En quelques heures, il touche plusieurs côtes des pays de l'Océan Indien (Indonésie, Kenya, Sri Lanka, Inde, Maldives, Thaïlande). Il en résulte plus de 250 000 morts et disparus. La propagation instantanée des informations par internet provoque une « onde de choc

planétaire »(12), perçue simultanément par plusieurs millions de personnes et suscite une vive réaction. Treize milliards de dollars sont collectés, outrepassant largement les dépenses de l'aide d'urgence. Se pose alors la question de la réaffectation des fonds et plus largement celle d'un d'humanitaire durable, résultant de l'articulation entre urgence et développement.

b) Evolution des pratiques humanitaires

Durant les années 1980 avec le développement de l'action humanitaire dans les camps de réfugiés sont mis en place des systèmes de surveillance épidémiologique permettant un suivi des principales pathologies et de la mortalité. Cette pratique est désormais un des piliers de l'aide médicale d'urgence.

Au fil des missions, le champ des compétences de l'action humanitaire s'élargit en focalisant son attention vers la souffrance de la victime. Se développent la psychiatrie, la pédopsychiatrie et l'appui psychologique aux populations en temps de crise. De même, de nombreux travailleurs humanitaires souffrent également d'un état de stress aigu ou éprouvent un état de profonde frustration dans leurs missions en « [côtoyant] des hommes, des techniques et des environnements, dont la brutalité a souvent asphyxié les plus aguerris de leurs représentants »(13). Les conflits européens et le sentiment d'identification aux victimes ont parfois renforcé chez certains humanitaires, habitués alors à exercer dans les pays du Sud, cette déstabilisation psychologique (14).

Les dernières décennies furent également marquées par le développement d'« actions civilo-militaires » en raison de la multiplication des « incidents de sécurité ». Les forces armées apportent une expertise et des ressources particulières, notamment en termes de sécurité, de logistique, de transport et de communication. Cependant, leurs activités peuvent estomper la distinction importante qui existe entre objectifs humanitaires, d'une part, et priorités militaires ou politiques, d'autre part. L'implication accrue des forces armées dans les interventions humanitaires a été à l'origine de l'élaboration récente de lignes directrices et de stratégies de coordination spécifique pour le dialogue humanitaire entre civils et militaires dans la dernière version de l'ouvrage « Sphère » en 2011.(15,16)

Durant ces dernières années, la professionnalisation de la sphère humanitaire est également incontestable. Les interventions, de plus en plus onéreuses et complexes, ont progressivement imposé une gestion de type managériale en usage dans les entreprises. Le recrutement et la sélection de personnels qualifiés et spécialisés tels que gestionnaires, chauffeur routiers, logisticiens, spécialistes en médecine tropicale est maintenant chose établie. La preuve en est la multiplication de formations spécialisées, et l'élaboration de stratégies professionnelles afin de « faire carrière » dans l'humanitaire, ce qui ne manque pas de soulever certaines réticences dénonçant la perte d'une certaine « pureté idéologique »(17).

c) (Ré) affirmation des OI

Depuis sa création en 1945, l'ONU et ses diverses entités n'ont cessé de s'accroître et de se diversifier en matière d'action humanitaire. En plus de l'UNICEF et du HCR, on compte également parmi ses agences les plus connues la PAM (Programme Alimentaire Mondial), qui assure à elle seul plus d'un quart de la distribution mondiale des aides alimentaires en partenariat avec de grandes ONG (telles Oxfam, ACF, World Vision). D'autres structures onusiennes se sont également inscrites dans la sphère humanitaire comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ONUSIDA ou le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) ayant monté des campagnes de prévention contre le VIH (18).

L'Union Européenne jusqu' aux années 1990 ne se préoccupe que peu de la sphère humanitaire. La mise en place du dispositif communautaire d'aide au développement s'enrichira progressivement, de manière empirique, d'une dimension humanitaire dans les années 1980. Ce sont les années 1990 et les conflits dans les Balkans qui sont à l'origine de son investissement, avec en 1992 la création d'un organisme dédié aux problématiques humanitaires baptisé ECHO (Office Humanitaire de la Commission Européenne). ECHO a pour mandat la protection des victimes des catastrophes naturelles ou des conflits armés. Elle collabore avec plus de deux cents partenaires auxquels elle attribue un financement, qu'il s'agisse des agences onusiennes, du CICR ou diverses ONG.

6. Conclusion

L'humanitaire de crise puise ses racines dans des sources multiples, à la fois historiques, religieuses et philosophiques. Les ONG et le sans-frontiérisme sont une des grandes représentations de cet humanitaire d'urgence. Pourtant, le rôle de l'Etat à travers les OI est prépondérant, ce qui n'empêche pas pour autant leur collaboration. Dans le contexte actuel de monde globalisé, loin de décroître, les besoins humanitaires et les actions humanitaires semblent évoluer selon un modèle exponentiel. Pour y faire face, peu à peu s'est constituée toute une gamme diversifiée d'acteurs et d'actions humanitaires, essayant tant bien que mal de déjouer les pièges dont elle est parfois victime : détournement de son but humanitaire, alibi politique, médiatisation à outrance.

En parallèle à cet humanitaire d'urgence s'est développé celui d'humanitaire de développement, né d'autres processus historiques, fait d'autres mutations. Nous nous proposons de dresser une esquisse de son élaboration et de son évolution, ces deux types d'Humanitaire étant désormais de plus en plus entremêlés en pratique.

B. L'aide Humanitaire de développement

1. Histoire éclairée de la naissance de l'aide au développement

a) *L'aide médicale de développement, une politique publique héritée de la colonisation*

(1) La médecine, un outil militaire de l'expansion coloniale européenne

Au 19^{ème} siècle, en plein cœur d'une vague d'expansion coloniale menée par les grandes puissances européennes, l'empire colonial français s'étend sur plus de 11 millions de kilomètres carré et compte environ 35 millions d'habitants. Aucun de ces pays n'a d'infrastructures sanitaires organisées telles qu'elles existent alors en Europe. L'Afrique est d'ailleurs surnommée « le tombeau de l'homme blanc ». Mahé, médecin de la marine, Professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, déclare à son retour du Congo en 1875 : "Là-bas sur les rives empestées de l'Atlantique, vous rencontrerez le redoutable sphinx de la malaria, pernicious Protée, le fantôme délirant du typhus, le spectre livide et glacé du choléra, le masque jaune du vomito negro. Défiez-vous ! De la terre et des eaux s'exhale un souffle empoisonné..."(19). Le paludisme, dont l'hématozoaire est découvert par le médecin militaire Alphonse Laveran en 1880, est une des principales raisons du désastre sanitaire de la conquête de Madagascar qui, en 1895, tue 25% des 21 000 hommes du corps expéditionnaire. Pourtant, on ne compte que 25 morts par action de guerre ! On comprend alors l'importance et l'enjeu militaire de la médecine coloniale, véritable arme de conquête : «Hors du pays natal, toute campagne militaire doit d'abord être une campagne sanitaire» commente un général à propos du succès d'une campagne antipaludique en 1916(20). En France, la médecine coloniale s'émancipe peu à peu et le 7 janvier 1890, est créé le corps de santé des colonies et des pays de protectorat. La même année est inaugurée à Bordeaux l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine, assurant la formation des pharmaciens et des médecins de la Marine et des colonies et l'École d'application du Pharo à Marseille (21).

(2) Du basculement d'une médecine militaire vers une politique de Santé Publique.

A partir de la seconde moitié du 19^{ème} siècle, la médecine coloniale bascule progressivement d'un prolongement de la médecine militaire vers une médecine de santé publique. La création du Corps de Santé des colonies puis secondairement de l'Assistance médicale indigène (AMI) témoigne de ce changement idéologique, parfois ténu(2,3).

En dehors des combats, les médecins coloniaux qui accompagnent les garnisons militaires s'installent en brousse. Ils soignent les habitants des villages et dans la lignée hygiéniste² du courant d'alors, ils mènent une lutte contre le péril fécal et posent les jalons d'une politique de Santé publique. Comprenant vite le poids « politique et diplomatique » du médecin auprès des autochtones, Alexandre Lasnet, médecin colonial, crée l'AMI. Des auxiliaires médicaux indigènes, sages femmes et vaccinateurs sont formés. Eugène Jamot est un exemple de cette médecine de masse préventive et curative. En effet, l'extension des voies de communication entraîne l'expansion de l'épidémie de la maladie du sommeil qui devient alarmante. Eugène Jamot invente alors une médecine innovante, itinérante et offensive qui vient compléter l'AMI. Des équipes mobiles sillonnent les campagnes, et sur un mode autoritaire, rassemblent les populations qu'elles dépistent et traitent. Les résultats sanitaires sont époustouffants et ce modèle sera plus tard celui de la lutte contre la lèpre, l'onchocercose, le trachome, etc.(21)

Ainsi, durant l'ère coloniale, les gouvernements, plus ou moins sous une caution humanitaire, favorisent le développement de la médecine tropicale et jettent les bases d'une politique de Santé Publique. La bonne santé des colons et des autochtones assure alors le développement économique des colonies(2).

(3) Avancée médicale et création d'instituts spécialisés

La fin du 19^{ème} siècle est celui du début des grandes découvertes en matière de médecine tropicale. A titre d'exemple, Alexandre Yersin découvre à Hong Kong en 1894 le bacille qui porte désormais son nom(22). Quatre ans plus tard, le rôle vecteur de la puce du rat est démontrée par le médecin colonial Paul-Louis Simond (23), et ce sont ses confrères Girard et Robic qui en 1932 réussissent à mettre au point à Tananarive un vaccin anti-pestueux efficace(24). A cette époque sont mis en place de vastes plans de lutte contre le paludisme dont le vecteur, l'anophèle est identifié mais également contre la lèpre, lutte qui sera poursuivie par le médecin général Richet, en collaboration avec Daniel Follereau. Léon Stevenel isole le principe actif de l'huile de Chaulmoogra, seul traitement relativement efficace sur la pathologie lépromateuse avant qu'apparaissent les sulfones(21).

Au cours de la première moitié du 20^{ème} siècle, les découvertes médicales se multiplient et d'innombrables instituts spécialisés sont inaugurés. A titre d'exemple, l'Institut Marchoux est fondé à Bamako en 1944, rendant hommage à ce médecin militaire colonial qui a pris une part déterminante dans la lutte contre la lèpre. Contre la malnutrition, des médecins et de nombreux pharmaciens coloniaux se mobilisent et créent l'Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition en Afrique (ORANA). C'est cette expérience acquise par les médecins coloniaux qui donnera

² L'hygiénisme désigne un courant du milieu de 19^{ème} Siècle où des médecins se donnaient pour objectif de lutter contre les maladies collectives (les épidémies notamment) sur deux fronts. Le premier vise le collectif par l'intermédiaire de la puissance publique qui organise la lutte, le second vise l'individuel par l'apprentissage de nouvelles règles de vie. Prévenir les maladies par l'adoption de nouveaux comportements constitue l'une des voies de développement de cette hygiène. Elle est aidée en cela par de nouvelles représentations du corps qui rendent possibles et souhaitables des prescriptions préventives du médecin. L'hygiénisme s'est également appuyé sur les découvertes de Louis Pasteur en 1865, et de ce fait sur le rôle des bactéries et des microbes dans la contamination des maladies humaines.

naissance à la médecine infectieuse et tropicale moderne. Après la seconde guerre mondiale, ces médecins se sont largement redirigés vers des organismes internationaux tel que l'ORSTOM (Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer) devenu IRD (Institut de Recherche pour le développement), ou encore l'UNICEF(21). D'ailleurs, l'OMS et les ONG s'inspireront de leurs techniques de dépistage et de traitement pour mettre en place de vaste plan de lutte contre les grandes pandémies, comme pour le VIH actuellement (3).

(4) Le legs de la colonisation

Durant les années 1960, au cœur de la décolonisation, le médecin colonial devient médecin coopérant. La France lègue, tout en soutenant le fonctionnement financier en hommes et matériel 41 grands hôpitaux, 593 hôpitaux périphériques, 350 léproseries et hypnoseries³, 5000 dispensaires et 3000 maternités. Les grands fléaux endémiques et épidémiques sont maîtrisés, la variole est éradiquée rendant sa vaccination inutile. En 1992 le Center for disease control and prévention d'Atlanta reconnaît officiellement le rôle crucial de l'École militaire du Pharo dans l'éradication de la variole. A ce bilan s'ajoute plusieurs Facultés de Médecine qui se sont pérennisées comme celles de Tananarive, d'Hanoi, de Saïgon, de Dakar et d'Abidjan ; plusieurs Centres de Recherche tels que le "Pharo", l'ORANA, l'Institut Marchoux, et les 14 Instituts Pasteur d'outre-mer (IPOM)(19).



Les professeurs de l'École de Tananarive, 1901(21).

³ hypnoserie (d'après *hypnopathie* et *léproserie*). Local ou établissement destiné à l'hospitalisation des sujets gravement atteints de la maladie du sommeil.

b) Naissance de l'aide au développement international

(1) Le point IV du discours d'investiture de Truman ou l'invention du développement.

En 1919, après la seconde guerre mondiale, la Société Des Nations (SDN) attribue les territoires des anciennes colonies des pays vaincus sous forme de « mandat ». Les pays mandataires sont seulement contraints à rendre compte de leur politique à la SDN. Pour la première fois est introduite la notion de « degré de développement », d'une part en justifiant un classement entre nations où les pays développés ou colonisateurs étaient positionnés en haut de l'échelle, d'autre part en justifiant l'existence de différents degrés de développement entre les anciennes colonies exigeant une présence du pays mandataire inversement proportionnelle à leur niveau de développement.

Lors des années postérieures à la guerre de 1939-45, l'équilibre mondial est profondément modifié : l'Europe est bouleversée par la découverte des camps de concentration, temps d'une nouvelle Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, son économie est en ruine, de nouvelles puissances sont apparues : les Etats-Unis et l'URSS qui ne tarderont pas à s'opposer. C'est dans ce contexte pourtant peu favorable qu'est « inventée » la notion de développement. Le discours d'investiture du président Truman en 1949 tente de définir les lignes directrices de la politique étrangère états-unienne. En voici le point IV : « Quatrièmement, il nous faut lancer un nouveau programme qui soit audacieux et qui mette les avantages de notre avance scientifique et de notre progrès industriel au service de l'amélioration et de la croissance des régions sous-développées. Plus de la moitié des gens de ce monde vivent dans des conditions voisines de la misère. [...] Leur pauvreté constitue un handicap et une menace, tant pour eux que pour les régions les plus prospères. Pour la première fois de l'histoire, l'humanité détient les connaissances techniques et pratiques susceptibles de soulager la souffrance de ces gens. [...] Ce n'est qu'en aidant ses membres les plus défavorisés à s'aider eux-mêmes que la famille humaine pourra réaliser la vie décente et satisfaisante à laquelle chacun a droit. Seule la démocratie peut fournir la force vivifiante qui mobilisera les peuples du monde en vue d'une action qui leur permettra de triompher non seulement de leurs oppresseurs mais aussi de leurs ennemis de toujours : la faim, la misère et le désespoir. »(25)

Surgit alors pour la première fois dans un texte largement diffusé la notion de pays développés et de pays sous-développés, et de l'aide que doivent apporter les premiers aux seconds. Ce texte offre une vision entre pays du Sud et pays du Nord conforme à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme en dédouanant ceux du Nord de l'opposition colonisés/colonisateurs. Le développement est alors présenté comme « une entreprise collective à laquelle toutes les nations collaborent ». « Il doit s'agir d'un effort mondial pour assurer l'existence de la paix, de l'abondance et de la liberté ». Malgré ce discours novateur, la notion de responsabilité incombant aux pays « développés » dans le « retard » de leurs frères « sous-développés » n'est pas envisagée(25).

Sur le plan international, le contexte politique est dominé par la guerre froide. Cette dernière fait du Tiers Monde⁴ un champ de bataille idéologique et en raison du droit de veto des membres permanents du Conseil de sécurité, le système de décision politique onusien se voit gelé. Les actions d'aide d'urgence n'étant pas envisageables dans ce contexte, le développement, plus consensuel, prend une place considérable au sein de l'ONU(25).

(2) Mise en place des institutions internationales de développement

Le point IV du discours de Truman permet de donner l'impulsion nécessaire à la mise en place d'institutions entièrement dédiées à la promotion du développement. En 1949 est créé le « Programme élargi d'assistance technique », financé par les Etats membres de l'ONU sur la base du volontariat. Comme son nom l'indique, il s'agit essentiellement d'une aide technique permettant l'envoi d'experts sur le terrain ainsi que la formation de cadres. Malgré son importance, on comprend rapidement que l'assistance technique sans transfert de capitaux ne peut être suffisante. Afin d'y répondre, la Banque Mondiale crée en 1956 la Société Financière internationale pour soutenir les investissements privés et en 1960 l'Association internationale pour le développement (AID) accordant des prêts plus favorables que ceux du marché aux pays les plus pauvres. De plus, l'Assemblée générale de l'ONU vote en 1958 l'établissement d'un « Fonds spécial » alimenté par des contributions volontaires des Etats, destiné à financer des projets bénéficiant aux pays pauvres. En 1965, fusionnent ce Fonds spécial et le Programme élargi d'assistance technique pour donner naissance au Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), toujours d'actualité.

Dans le domaine de la Santé, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) est créée en 1946 par 27 Etats membres. La santé est alors définie comme « un état de complet de bien être, physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »(26). Ainsi, le lien entre santé et développement s'institutionnalise à travers les différentes agences de l'ONU, dont l'OMS(27).

⁴ L'expression « tiers monde » apparaît la première fois dans la chute d'une chronique économique du démographe français Alfred Sauvy en 1952, dressant un parallèle avec le tiers état français sous l'Ancien Régime. « Car enfin ce tiers monde ignoré, exploité, méprisé comme le tiers état, veut lui aussi, être quelque chose ». Cependant, en 1988, l'auteur désavoue cette formule dans un article du Monde : « Que l'on permette au créateur de l'expression tiers-monde, il y a déjà près de quarante ans, de la répudier, tant elle fait oublier la diversité croissante des cas. Englober dans le même terme les pays d'Afrique noire et « les quatre dragons » ne peut mener bien loin ».

(3) La conférence de Bandoeng, l'affirmation d'une volonté de démarcation des pays du « Tiers-Monde »

En Indonésie du 18 au 24 avril 1955, se déroule la conférence de Bandoeng réunissant les représentants de 29 pays africains et asiatiques. Elle marque l'entrée sur la scène internationale des pays du Tiers Monde, qui vont à cette occasion affirmer leur solidarité et afficher une volonté de neutralité vis à vis des deux blocs de la guerre froide. Tout en reconnaissant de manière positive l'injection de capitaux étrangers en faveur des pays du Sud, elle condamne à la fois le colonialisme et l'impérialisme. La conférence de Bandoeng marque le début des revendications du Tiers Monde et leur volonté commune de se démarquer des grandes puissances occidentales qui cherchaient à imposer leurs lois. Elle donnera l'impulsion à la création du mouvement des « non-alignés » lors de la conférence de Belgrade en 1961 puis à la naissance de la CNUCED (Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement) en 1964, organisme de l'ONU qui vise à intégrer les pays en développement dans l'économie mondiale de façon à favoriser leur essor(25).

c) Conclusion

Les années 1960 posent le cadre général dans lequel l'aventure du développement va se dérouler. La décolonisation est largement engagée, la politique de développement prend son essor, les institutions internationales mobilisent des ressources de plus en plus importantes et les dirigeants des nouveaux Etats du Tiers Monde ont également découvert les moyens de bénéficier de l'aide internationale(25). Dans le domaine de la Santé, de nombreux anciens médecins coloniaux se tournent vers les institutions internationales ou les ONG afin de mettre à profit leur expérience pratique mais aussi les connaissances théoriques acquises au cours des années de colonisation. Ainsi, les premières ONG spécialisée dans l'aide au développement prennent leur essor, comme le Secours catholique, le Comité français contre la faim et pour le développement (CCFD), ou encore la fondation Frères des hommes(3,25). Le militantisme anticolonial et l'idéologie tiers-mondiste accoucheront de nouveaux acteurs.

2. Evolution des politiques d'aide au développement et relation avec la Santé

a) *Les courants idéologiques politiques de développement*

(1) L'école de la dépendance et la « self-reliance ».

Dans les années 1950, la Commission Economique pour l'Amérique Latine (CEPAL), un des organismes de l'ONU est chargée de promouvoir le « développement » de la région du Chili. Elle est à l'origine de l'école latino-américaine de la dépendance. Les « dependentistas dénoncent les mécanismes nationaux et internationaux d'appropriation du surplus au profit des économies des pays occidentaux, dénonçant que le régime d'accumulation qui a prévalu dans les pays du centre ne peut se reproduire dans les périphéries. Ainsi, le système économique international ne garantit pas la prospérité des pays du Sud mais au contraire renforce sa domination enfermant ces derniers dans la dépendance. Cette conception novatrice est totalement à contre-courant de la théorie rostwienne d'alors, posant les bases d'un développement linéaire évoluant en cinq étapes : la société traditionnelle, puis la réunion des conditions préalables au démarrage (l'idée du progrès économique devient alors possible, servant des causes nobles telles que l'intérêt général, l'amélioration des conditions de vie pour les générations futures...) le démarrage (la société finit par renverser les obstacles s'opposant à sa croissance régulière), le progrès vers la maturité (les structures sociales et culturelles mutent grâce aux progrès économiques et techniques) et enfin l'ère de la consommation de masse (les gains de productivité sont redistribués aux travailleurs, accroissant ainsi la consommation et le rôle de l'Etat Providence). Dans la suite logique de cette nouvelle conception, et dans un contexte de plus en plus difficile dans les pays du Sud, Julius Nyerere va initier la notion de « self-reliance » c'est-à-dire de développement autocentré et d'autonomie. Il souhaite par là engager ses concitoyens à compter d'abord sur leurs propres forces pour affronter le problème du sous-développement (25).

(2) Le Tiers-mondisme.

De cet élan de volonté d'indépendance et d'autonomie sociale émerge le mouvement tiers-mondiste. Selon la théorie « tiers-mondiste », les pays du Nord sont responsables de l'impossibilité pour les pays du Tiers Monde d'accéder au développement. La colonisation puis le néocolonialisme soutenu par la politique et l'économie internationales auraient conduit à priver le Tiers-Monde de ses richesses économiques (minerais, agriculture, pétrole...) mais aussi culturelles(28). Le « pillage du Tiers Monde » est vivement critiqué et l'on réclame un développement « humain » à long terme. L'ouverture des marchés, l'accès aux capitaux, à la technologie et à la science doivent donc être assurés aux pays du Tiers-Monde. Un modèle de développement propre à ces pays doit être élaboré, respectant leur spécificité et assurant leurs besoins essentiels, les transformant en de véritables « partenaires » à long terme(29). En France, c'est en opposition à la guerre d'Algérie et à

l'intervention militaires des Etats-Unis au Viêt-Nam en 1965 que le mouvement s'exprime. Les militants tiers-mondistes se recrutent au-delà des syndicats ou des partis, dans les universités, les associations paroissiales. Plusieurs ONG d'inspiration tiers-mondiste verront le jour, parmi lesquelles CCFD (Comité catholique contre la faim et pour le développement), Terre des Hommes, Frères des Hommes (28).

(3) Le libéralisme

Dans les années 1980 entre en scène le courant libéral dans lequel s'inscrit l'ouvrage de Pascal Bruckner « Le sanglot de l'homme blanc »(30), « qui tend à installer un pragmatisme sans culpabilité face au sous-développement [et] à remplacer le tiers-mondisme dominant par une approche néo-libérale, aux présupposés moins voyants que le militantisme antérieur »(28). La fondation de Liberté sans frontière (LSF), sous l'égide de Médecins Sans Frontière, met un terme à l'hégémonie tiers-mondiste. En effet, en 1985, lors du colloque « Le tiers-mondisme en question », LSF dénonce cette conception, qui selon eux conduit à une analyse simpliste, fautive et dangereuse où les pays occidentaux, exploitant les pays du Sud, seraient seuls responsables du « sous-développement » de ces derniers. Le courant libéral conteste l'explication du sous-développement par la dépendance, l'imposition d'un modèle économique extérieur ou l'inégalité des échanges. Ainsi, pour LSF, seules les causes internes sont imputables, telles que la gestion défailante des ressources, les systèmes politiques dictatoriaux ou la corruption des dirigeants. Si cette approche libérale peut sembler radicale, s'opposant en tous points aux théories tiers-mondistes, elle soulève du moins l'importance des facteurs locaux et des disparités de situations au sein des pays du Tiers Monde(28).

(4) Les courants de pensée et leur influence en pratique(31,32)

(a) Concepts

Plusieurs concepts éthiques sous-tendent la nécessité de l'aide au développement. Nous nous proposons d'en livrer les principes généraux afin de pouvoir expliquer par la suite le renouvellement des objectifs et des instruments de l'aide internationale lors des cinquante dernières années, en fonction des différents courants idéologiques que nous venons d'appréhender.

(i) Causes et responsabilités de la pauvreté

Deux diagnostics s'affrontent et se complètent lors de l'analyse de la pauvreté des nations et ou des individus :

-Un diagnostic situationnel : la pauvreté est liée à une cause externe telle que le manque de ressources, les catastrophes climatiques ou encore les relations internationales.

-Un diagnostic dispositionnel : la pauvreté est inhérente à l'individu ou la nation elle-même, par exemple en raison de la mauvaise gestion des ressources ou de la corruption.

Plus le diagnostic sera situationnel, plus il existera un sentiment d'injustice et de responsabilité de la communauté internationale.

(ii) Finalité et principes de justice

Quatre types d'obligation morale associée à l'aide au développement peuvent être distingués : l'absence d'obligation, l'obligation d'humanité, l'obligation de justice distributive et l'obligation de justice corrective.

-l'absence d'obligation est liée à une vision du monde juste tel qu'il est, l'aide ne trouve sa place que dans le principe de charité.

-l'obligation d'humanité est liée à la perception d'un niveau minimal de droits, de ressources et de bien être pour l'ensemble des êtres humains. La finalité de l'aide est donc de dépasser un niveau de privation considéré comme inacceptable.

-la justice distributive est la correction d'une inégalité de ressource considérée comme illégitime. Elle débouche sur une justice procédurale, c'est-à-dire à la construction d'un système d'institutions justes et impartiales gérant les transferts de ressources ou de droits entre ceux possédant plus que la juste part vers ceux possédant moins. Cette forme de justice donne naissance à un système à vocation permanente, reposant sur des institutions et règles internationales.

-la justice correctrice répond quant à elle à la réparation d'injustices identifiées dans le temps. Elle donne lieu soit à un dédommagement (le préjudice est évalué et un transfert juste vis-à-vis du préjudice évalué vient le corriger), soit au rattrapage (l'objectif est de corriger l'injustice dans un futur convenu comme si celle-ci n'avait pas eu lieu). Cette forme de justice est donc par essence temporaire, l'injustice ayant été corrigée au terme de l'échéance donnée.

(iii) Modèles de développement et allocation de l'aide : perfectionnisme et libéralisme

Deux modèles de développement peuvent être proposés :

-Un modèle de justice ou d'aide est perfectionniste si le donneur souhaite promouvoir des préférences précises (par exemple droits de l'homme, contrôle de la corruption, accès aux soins). Le donneur justifie cette forme d'aide soit parce qu'il considère ses préférences comme étant universelles, soit pour son intérêt propre, soit dans l'intérêt même (mal perçu) du bénéficiaire (on parle alors de paternalisme).

-Un modèle libéraliste au contraire allouera son aide sans faire référence à un modèle de comportement.

A partir de ces deux modèles, trois formes d'allocation de l'aide peuvent être distinguées :

-L'aide incitative : ce type d'aide est adaptée à un modèle perfectionniste où le donateur promeut un type de comportement. Elle est liée à une utilisation précise (par exemple l'aide projet), elle peut être également conditionnelle ; le bénéficiaire s'engage alors à réaliser un certains nombres d'actions directement ou non liées à l'aide (par exemple cf. infra les programmes d'ajustement structurel).

-L'aide comme un droit : cette aide est de type libérale, sans limitation des choix et des libertés du bénéficiaire.

-L'aide comme un soutien sélectif : les bénéficiaires sont appuyés dans la réalisation d'un projet qu'ils ont eux même choisi. Cette aide est plutôt libérale puisqu'elle est attribuée sans référence à un modèle choisi par le donateur mais peut vite s'avérer perfectionniste en influençant le choix des bénéficiaires dans l'obtention de cette aide.

(iv) Facteurs influençant les choix d'un type d'aide ou de son allocation

Comme nous venons de le voir, la sensibilité libérale ou perfectionniste influence le type d'aide apportée. Plus la vision est libérale, plus l'aide sera considérée comme un droit, a contrario, une vision perfectionniste sera plus encline à la mise en place d'une aide de type incitative. L'aide sélective est intermédiaire entre ces deux démarches.

Le deuxième facteur est la nature du diagnostic effectué des causes de la pauvreté : un diagnostic dispositionnel sera logiquement associé à une aide de type incitative, voire sélective. En effet, si les bénéficiaires sont considérés comme « responsables » de la pauvreté et que les clés du changement sont entre leurs mains, alors l'aide doit permettre de mettre en œuvre ces solutions, par l'incitation ou la sélection. Un diagnostic situationnel, où les causes sont considérées comme « externes » conduira à la mise en place d'une aide perçue comme un droit.

Un troisième facteur est une sérieuse difficulté pour l'aide internationale au développement. Si l'aide est au bénéfice des citoyens pauvres, elle est allouée aux institutions des Etats qui les représentent. Si ces institutions représentent mal ses citoyens (par exemple en cas de corruption), l'aide peut être

considérée comme un droit pour les citoyens mais être de type incitative pour les institutions afin de les encourager à muter.

(b) Evolution des politiques de l'aide internationale(31,32)

En s'appuyant sur les divers courants de pensée et leur évolution, nous pouvons tenter de dresser un bref aperçu des différentes politiques d'aides internationales qui se sont succédé ces cinquante dernières années.

Les théories classiques du développement, influencées par la théorie rowstienne ayant cours dans les années 1960, appelées « développementalisme⁵ », formulent une aide conçue comme une affaire d'Etat à Etat, vue comme un appui provisoire leur permettant d'acquérir les instruments nécessaires au développement (institutions modernes, politiques performantes, infrastructures, services publics, etc.). L'approche perfectionniste est calquée sur un modèle de développement bien défini (industrialisation, modernisation) et l'aide est de type incitative, tournée vers les investissements productifs (aide projet). L'allocation de l'aide se partage entre une optique de droit (le montant de l'aide selon les besoins) et une optique incitative ciblée (aide projet tournée vers les investissements productifs). Le diagnostic est avant tout situationnel (cercles vicieux de la pauvreté) faisant appel à une justice correctrice de rattrapage : l'aide est temporaire et doit susciter des effets autoreproductibles.

Les années 1970 voient émerger les idées du « tiers-mondisme ». Ces dernières envisagent une aide entre Etats destinée à compenser les injustices internationales, notamment les héritages de l'histoire et en premier lieu de la colonisation. La pauvreté relève de facteurs situationnels. L'aide est vue comme un droit sans modèle de développement imposé, fondée sur un principe de justice distributive (système des « enveloppes pays » où le montant de l'aide attribuée est objectivement déterminé par le niveau de développement de chaque pays). L'instrument représentatif de ce paradigme est l'aide de « Lomé⁶ » : procédurale, partenariale, automatique, distributive, liée avec les autres problématiques de développement (commerce, stabilisation des prix).

Les années 1980 marquent une rupture radicale avec l'hégémonie tiers-mondiste : le diagnostic dispositionnel d'une part et la vision universaliste d'un modèle de développement basé sur le marché d'autre part conduisent à la mise en avant d'une aide conditionnelle avec imposition de programmes politiques. Le souci de justice est réitéré sur une base correctrice et donc temporaire dont la fin

⁵ Aide destinée à moderniser, réformer et renforcer les biens publics d'un certain nombre de pays et les aider à franchir une période de leur histoire (le sous-développement) et ainsi à acquérir un minimum permettant progrès et autonomie.

⁶ Accords entre l'Union Européenne et les pays de la zone Afrique, Caraïbe, Pacifique (ACP) favorisant leur développement en bénéficiant d'une très large exemption des droits de douane pour leurs exportations à destination des États européens, sans condition de réciprocité.

exclusive est la croissance économique. La période est marquée par le prêt d'ajustement structurel (cf. infra).

Les années 1990 voient s'affirmer une vision plus libérale et humaniste de l'aide fondée sur les droits et libertés individuels autour d'un objectif clairement défini de « lutte contre la pauvreté ». L'aide s'adresse aux individus, pouvant cependant être médiatisée par les Etats. L'imposition de programmes dans les années 1980 a suscité de vives critiques et on assiste à la fois un assouplissement progressif du consensus définissant « les bonnes politiques » ainsi qu'à un recours plus fréquent à l'aide sélective.

Les années 2000 sont celles de la globalisation et de l'émergence de la notion de « cosmopolitisme⁷ », courant de pensée fondé sur une conception de la justice indépendante des frontières nationales. L'objectif clair est celui de l'« égalité globale des chances ». Cette approche de justice sociale globale propose une justice distributive entre individus étendue à l'échelle mondiale : les pays riches doivent consacrer une part fixe de leur PIB à l'aide internationale, ce qui pourrait être qualifié d'un « impôt international ». Le problème mentionné des citoyens pauvres mal représentés prend toute son ampleur du fait de la contradiction entre l'individualisation des objectifs de développement et la montée de l'approche sélective. En effet, le soutien sélectif aux pays « bien gouvernés » revient à laisser pour compte les pauvres mal représentés par leurs institutions, en espérant que cela conduira les institutions concernées à changer. L'action de type humanitaire, quand elle court-circuite les institutions est une réponse partielle à ce problème.

Ainsi, la tendance globale va d'une aide destinée aux Etats vers une aide destinée aux individus pauvres et d'une aide de type corrective vers une aide de type redistributive permanente en réponse aux processus de globalisation.

b) Evolution des politiques sanitaires d'aide au développement

« Une meilleure santé est essentielle au bonheur et au bien être. Une meilleure santé contribue également de manière importante au progrès économique, puisque les populations en bonne santé vivent plus longtemps, sont plus productives et épargnent plus »(33). Le lien unissant Santé et Développement est ambiguë : la Santé est considérée comme une fin, assurant « bonheur et bien être » et à la fois comme un moyen, moteur du progrès économique. Nous allons voir que la santé apparaît comme un élément de plus en plus important dans la politique d'aide au développement.

⁷ Le cosmopolitisme reconnaît des droits égaux à chacun quel que soit son lieu de naissance. Il conçoit le devoir d'assistance comme indépendant des frontières nationales abolissant la frontière entre justice sociale nationale et justice sociale globale.

(1) Naissance du lien santé-développement

Comme nous l'avons précédemment évoqué, le lien entre santé et développement s'opère lors de la période coloniale où la santé des indigènes devient un des éléments nécessaires au développement économique de la colonie et donc de la métropole. Lors de la période de décolonisation dans les années 1960, cette vision fonctionnaliste de la santé persiste. En accord avec la théorie de modernisation et le développementalisme, les discours sur la santé et ceux sur le développement se rejoignent et de se justifient mutuellement. La santé est perçue non plus comme un moteur mais comme un produit du développement économique, incarnée par l'émergence d'une santé plus technique avec l'apparition des antibiotiques ou des grandes campagnes de vaccination(27).

(2) Conférence d'Alma-Ata : le droit à la Santé pour tous

En 1978, les Etats membres de l'OMS et de l'UNICEF organisent la conférence d'Alma-Ata. Elle officialise un réel changement de paradigme, la vision hygiéniste, encore dominante, où à une maladie correspond une étiologie est remplacée par une conception multifactorielle de la santé. Ainsi, les programmes verticaux, ancrés dans la conception hygiéniste (par exemple l'éradication de la variole grâce à la vaccination) laissent place à la mise en œuvre des programmes de santé horizontaux, représentés par la politique de « Soins de Santé Primaires »(SSP). Ils sont définis comme suit : « une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels »(34). Actuellement, la politique des SSP est toujours en place (35,36).

La conférence d'Alma-Ata promeut également une politique égalitaire d'accès aux soins : le droit à la santé devient un droit fondamental et sa fin, certes ambitieuse, est « la santé pour tous en l'an 2000 ». Ainsi, ni la répartition géographique inégalitaire de l'offre de soins, ni les disparités financières ne doivent entraver l'accès aux soins. Un effort sans précédent est engagé par les pays pour améliorer l'offre de soins dans les zones rurales les plus enclavées. Cette politique s'engage également à renforcer les liens entre les personnels de santé et les membres de la communauté; émerge ainsi le concept de « participation communautaire » où la population cible ses besoins et diffuse l'information les concernant. Ainsi, la participation communautaire favorise un accès plus égalitaire sur le plan géographique en atténuant la disparité entre zones rurales et citadines. Parallèlement, une politique de gratuité ou de subvention des soins est également mise en place afin d'atténuer l'impact de la disparité des revenus sur l'accès aux soins. Cette politique implique une conception tutélaire du rôle de l'Etat, seul responsable du financement et de la gestion du système de Santé dans son ensemble(35,36).

Durant les années 1980, on assiste à une large augmentation des dépenses publiques de santé dans les pays en voie de développement qui atteignent 1.34% du PIB. Malheureusement, dès le début des années 1990, le poids de la dette externe qui ne cesse de croître et la crise économique qui sévit dans la plupart des pays du Sud engendrent un recul des financements publics dans le domaine de la santé. Les Etats ne sont plus en mesure d'assurer le financement de ces programmes trop onéreux. Qui plus est, les politiques d'ajustement structurel⁸ des années 1980 imposées par le Fonds Monétaire International (FMI) et la Banque Mondiale (BM) accentuent les difficultés de financement des programmes sociaux y compris dans le domaine de la santé. Ainsi, les gouvernements locaux et les institutions internationales appellent à l'engagement d'une nouvelle réforme politique dont la finalité est la revitalisation de l'organisation et du financement du système de santé(27).

(3) De l'Initiative de Bamako en 1987 aux années 2000

Deux rapports successifs de la Banque Mondiale en 1987 puis en 1993 proposent de rompre avec la gratuité des soins et de mettre en place une tarification des services de santé, déjà expérimentée en Afrique subsaharienne dans le cadre de l'initiative de Bamako.

Pour ce faire, le premier volet de la réforme introduit une participation financière des usagers, les médicaments essentiels (financés initialement par les bailleurs de fonds publics) sont désormais vendus à un prix raisonnable avec une faible marge ne limitant que peu l'accès aux soins. Les bénéfices dégagés permettent d'améliorer le système de santé et de racheter le stock de médicament. Il s'agit de la politique de « recouvrement des coûts »(27,35,36).

Le deuxième volet de la réforme est la décentralisation des systèmes de santé. Les fonds recrutés par cette politique de recouvrement sont utilisés en priorité par les services de santé les ayant collectés, les mécanismes de gestion et de financement s'en trouvent renforcés à l'échelle locale. Les décisions politiques de santé sont décentralisées, surtout en ce qui concerne les SSP. Les prérogatives des communautés sont également étendues, ce sont elles qui doivent dresser un registre des « indigents » qui ne peuvent payer les soins, et assurer leur prise en charge sanitaire, des mesures telles que des exonérations et des subventions doivent être prises pour garantir l'accès aux soins de santé aux couches sociales les plus démunies(35–37).

La participation communautaire est donc étendue, au-delà du repérage des besoins et des priorités sanitaires, au financement des services locaux de santé. La responsabilité du fonctionnement sanitaire se déplace progressivement de l'Etat aux individus, marquant ainsi le passage d'une subjectivité de «sujet» à celle d'individu rationnel, autonome et surtout responsable. C'est une réaffirmation du droit à la santé comme droit fondamental universel et une remise au premier plan des valeurs universelles individualistes(27).

⁸ Les années 1980 sont marquées par un fort diagnostic dispositionnel(cf. supra) : le FMI et la BM proposent alors une aide conditionnelle : en contre partie de mesures considérées comme favorables à la croissance économique et pérennes (par exemple une « bonne gouvernance » et une limitation de la corruption ou des investissements dans les infrastructures etc.) une aide financière est allouée par le FMI et la BM.

(4) L'aide à la Santé : des paradigmes en mutation

Dans les années 2000, l'assemblée générale des Nations Unies va fixer un certain nombre d'objectifs pour les années 2000 à 2015 dénommés OMD⁹ (Objectifs du Millénaire pour le Développement). Trois de ces huit objectifs (la réduction des trois quarts de la mortalité maternelle et des deux tiers de la mortalité infantile par rapport à la base des années 1990, ainsi que l'arrêt de l'augmentation de l'incidence du VIH/sida, du paludisme, et autres maladies) concernent directement la santé. Les cinq autres, à commencer par le premier : « éradiquer la pauvreté extrême et la malnutrition » ont une forte interaction avec la santé(38).

A partir des années 1990 et jusque dans les années 2000, la santé devient un point de plus en plus central dans le développement. En effet, les travaux d'Amartya Sen, économiste indien détenteur du prix Nobel d'économie en 1998, fondent le concept de « développement humain » et de « capacité », capacité physique ou intellectuelle nécessaire pour avoir accès à ses droits. La santé (de même que l'éducation), dont l'accès est indispensable pour ne pas limiter la « capacité », devient un indicateur de développement et le droit à la santé est ainsi réaffirmé. De même, on assiste à une « globalisation » de la santé, où l'OMS passe d'un statut de leader à celui de coordinateur des initiatives de santé, menées par des acteurs variés : ONG internationales, ONG nationales, agences de l'ONU... En parallèle, un réseau institutionnel se met en place, mêlant économistes et experts en santé publique. Les travaux de Sachs en 2000 promeuvent ces liens en faisant de la santé non plus une unique conséquence de la croissance économique mais également un moteur de celle-ci. Les relations entre les différentes banques de développement et les divers organes des Nations Unies telles que l'OMS ou l'UNICEF n'en sont que renforcés(27).

En matière de financement des dépenses de santé, les politiques de paiement direct introduites dans les années 80 suite à l'Initiative de Bamako sont parfois perçues comme un échec. Ce dernier serait expliqué en partie par la notion de « préférences adaptatives » développée par Sen. Pour lui, les groupes les plus vulnérables et démunis seraient soumis à des contraintes matérielles telles pour assurer leur survie immédiate, qu'ils ne sont pas en situation d'exprimer leurs aspirations réelles à la dignité humaine, et donc notamment leur besoin d'une meilleure santé. De même la gratuité au point de consommation établi suite à la Conférence d'Alma Ata, se heurte au problème dit de l'« analyse d'incidence du bénéfice ». D'après cette analyse, les services gratuits tendent moins à bénéficier aux plus pauvres qu'à ceux qui ont plus de facilité à exprimer leur demande de soins et à disposer du pouvoir de se faire connaître des systèmes de santé (38). A la lumière de ces constats, un consensus s'est établi au plan international (résolution de janvier 2005 du comité exécutif de l'OMS) pour souhaiter une réduction progressive de la part de financement reposant sur le paiement direct, et une promotion des mécanismes de mutualisation du risque et d'assurance, incluant les systèmes d'assurance maladie universelle(38). De plus, face aux difficultés pour les pays en développement d'assurer un financement public de leur système de santé, une voie alternative est empruntée, à

⁹ Les objectifs des OMD sont : 1) réduire l'extrême pauvreté, 2) assurer l'éducation primaire pour tous, 3) promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, 4) réduire la mortalité infantile, 5) améliorer la santé maternelle, 6) combattre VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies, 7) préserver l'environnement, 8) mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

savoir une rationalisation de l'activité du secteur public de santé et la recherche d'un équilibre entre secteurs public et privé de santé. Ainsi, les secteurs de santé les moins « rentables » doivent être sous-traités par le secteur privé avec ou sans but lucratif ou le secteur associatif (ONG, etc.)(36). Les ressources limitées des pays en voie de développement les conduisent également à favoriser des développements dits « innovants » afin d'éviter un déficit budgétaire insoutenable. Ces dernières années sont marquées par l'émergence de ces financements tels que des taxes sur les billets d'avion pour financer la lutte contre le SIDA ou encore des partenariats avec des fonds privés tels que la fondation Bill Gates(39).

La santé apparaît donc ces dernières années comme une problématique centrale de l'aide au développement avec une augmentation en volume et en part de l'aide publique au développement. En effet, alors que l'aide consacrée à la santé en volume augmentait d'environ 3% par an dans les années 1970 et 1980, des taux de 15% de croissance par an sont enregistrés pour la période 2000-2006(40).

Par ailleurs, en matière de droit de propriété intellectuelle et concernant les innovations biomédicales, la politique qui prétendait garantir un flux continu d'innovations à travers un renforcement des droits de propriété se doivent aujourd'hui d'imposer des prix différentiels pour l'accès aux médicaments dans les pays en développement. A titre d'exemple, la mobilisation de l'opinion internationale et notamment du gouvernement brésilien au début des années 2000, a permis de forcer la promotion par l'Organisation Mondiale du Commerce(OMC) de prix différentiels entre pays développés et pays en développement pour les médicaments du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)(38).

Le développement de programmes verticaux est également remis au goût du jour. Ces programmes mettent le ministère de la santé du pays concerné en position centrale qui sera responsable de la mise en œuvre de « l'aide programme ». Il s'agit d'une aide multilatérale faisant émerger de nouvelles institutions agissant comme des bailleurs de fonds tels que le Fonds mondial de la lutte contre le SIDA, la tuberculose, la malaria (GFATM) ou l'Alliance internationale pour les vaccinations (GAVI)(38). Ces derniers ont permis de mobiliser des ressources financières sans commune mesure avec ce qu'avait pu susciter jusqu'alors le système de soins primaires. Les programmes verticaux emportent plus de la moitié des financements publics alors qu'ils ne concernent que 12% de la mortalité dans les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires(41). Les critiques de cette approche verticale sont nombreuses à commencer par le risque d'aggraver l'architecture déjà complexe des systèmes de soins et de l'aide internationale et par la même occasion de compromettre la réalisation de soins de santé de base « horizontaux », essentiels à la prise en charge sanitaire globale. Une réponse à ces critiques serait d'envisager une « diagonalisation » des stratégies d'aide santé en rééquilibrant la part allouée aux programmes verticaux et celle allouée à l'approche horizontale des soins de bases(38).

c) Conclusion

Les motivations de l'engagement des pays riches pour l'aide au développement sont multiples. Mais la légitimité de l'aide provient de ce que l'intérêt stratégique des pays riches y est associé à une œuvre de justice et/ou d'humanisme à l'échelle mondiale, ce qui en fait un instrument d'intérêt universel. Les modalités de l'aide sont dépendantes des divers courants de pensée et de l'analyse des causes de la pauvreté qui en dépendent mais aussi de la situation économique internationale. La politique de santé, qui prend clairement une place de plus en plus importante dans l'aide au développement international, s'est donc peu à peu transformée. La santé n'est désormais plus considérée que comme un produit de la croissance économique mais aussi comme un moteur de celle-ci. La santé se définit de plus en plus comme un bien public mondial, œuvrant dans un monde globalisé et complexe où se côtoient des acteurs de divers horizons : ONG internationale, ONG national, fonds privés, Union européenne, ONU et ses nombreuses agences.

C. De l'Humanitaire de crise au développement

1. Un paysage mondial globalisé

La scène politique mondiale est fondamentalement transformée par la chute de Mur de Berlin en 1989. La guerre froide prend fin. Les marchés économiques se libéralisent, l'ère de la globalisation est inaugurée avec les Etats-Unis en chef d'orchestre. (42). Si l'action humanitaire est initialement une aide d'urgence médico-sanitaire issue principalement de la Croix-Rouge et fortement ancrée dans les pays du Nord, aujourd'hui elle est devenue un vaste réseau transnational, englobant aide d'urgence et de développement, liant pays du Nord et du Sud, reposant sur les notions de droit et de solidarité(43).

2. Humanitaire d'urgence et de développement, deux visions initiales de l'aide distinctes et complémentaires

Si la pertinence de la distinction entre urgence et développement est souvent remise en cause par les acteurs humanitaires, ils sont également les premiers à admettre la réalité identitaire, pratique et financière de cette opposition. Les associations se définissent par leur appartenance au courant humanitaire de développement ou de crise, et les lignes budgétaires et les organismes des grands bailleurs de fonds sont distincts selon que l'on traite de l'un ou l'autre (ainsi, ECHO pour l'Europe ou OCHA dans le cadre de l'ONU traitent des situations de crise alors que la Direction Générale du Développement de la Commission Européenne, USAID etc. sont affiliées à l'aide au développement). La durée des procédures et des financements est elle aussi différente, ainsi que les possibilités de

collecte de fonds auprès de donateurs privés comme publics, ces derniers étant largement plus liées à l'urgence qu'au développement.

Si l'action d'urgence se situe dans l'instant, le développement s'inscrit dans le temps. Les urgentistes centrent leurs actions sur la distribution alimentaire et la santé alors que l'aide au développement se veut globale. L'urgence interpelle l'individu, le développement une société et son fonctionnement. L'aide d'urgence évoque fait appel au droit ou devoir d'ingérence alors que le développement s'efforce d'obtenir le soutien des pouvoirs publics locaux(42).

3. L'union de l'humanitaire d'urgence et de développement, après l'échec, vers un succès commun ?

La distinction habituelle faite entre les urgentistes « sans-frontiéristes » et les développementalistes « tiers-mondistes » a de moins en moins de sens. Le classique « continuum : avant-crise, pendant la crise, sortie de crise, phase de développement » initialement défendu par le PNUD, individualisant ces deux visions de l'humanitaire est également remis en question. Cette vision de type continuum est commode, mais elle reste théorique et peu applicable en pratique. Ces deux visions urgentiste comme développementaliste ont chacune leurs acquis et leurs savoir-faire dont la complémentarité peut se révéler utile. (42).

Au début des années 1980, l'opinion publique et les gouvernements se désintéressent progressivement des schémas traditionnels de coopération interétatique, parfois décriés, au profit de l'aide d'urgence : « L'aide au développement [...] est de plus en plus contestée. Les engagements des États riches en faveur du tiers monde sont en baisse et la valeur réelle de leur assistance a considérablement diminué. D'autres priorités l'ont emporté en matière de politique extérieure et intérieure. Surtout, les décideurs sont de moins en moins convaincus que leur aide soit effectivement un facteur de développement. L'espoir d'une croissance rapide des pays les plus pauvres a été déçu. La contribution de l'aide internationale au développement du tiers-monde semble désormais douteuse et ses effets pervers n'en paraissent que plus évidents »(44).

Par ailleurs, les années 1990 sont marquées par un « renouveau de crises » qui sème le doute quant à l'efficacité de l'aide d'urgence (pérennisation et extension des conflits à échelle régionale voire internationale, accès de plus en plus difficile aux victimes...). L'analyse initiale a été celle de la chronologie traditionnelle crise-développement où la réhabilitation est individualisée comme une phase intermédiaire entre les deux. La pérennisation des conflits soulève le manque de pertinence en pratique de cette approche.

Ce sont les ONG anglo-saxonnes qui vont innover les premières, et demander l'utilisation des crédits, initialement réservés à l'aide alimentaire d'urgence, pour l'achat de matériel agricole et de semences.

Le Conseil européen développe ultérieurement dans les années 1993 à 1996 un règlement relatif à « des actions de réhabilitation et de reconstruction en faveur des pays en développement », appelant la communauté internationale à conserver des fonds disponibles « pour relever les défis de

la reconstruction de sociétés détruites par la guerre, consolider un règlement de paix et empêcher que les graines de désastres futurs ne soient semées ». Cette déclaration stipule également que « les liens entre les secours d'urgence et le développement doivent être renforcés »(45).

Ainsi, la distinction entre urgence-développement puise son origine dans l'histoire de l'aide internationale et fait référence à des savoir-faire qui leurs sont propres. Leur opposition fait référence à une approche aujourd'hui dépassée du concept de l'aide, où désormais est mis en avant leur complémentarité.

D. Conclusion

La médecine humanitaire est née de deux courants distincts : l'humanitaire de développement, issu de la mise en place d'une politique de santé publique lors de la colonisation puis d'une volonté politique d'aide au développement des pays industrialisés où la santé prend une place de plus en plus centrale ; et l'humanitaire de crise hérité de la réglementation des conflits armés. L'humanitaire de développement et de crise semblent au premier abord s'opposer point par point : l'un inscrivant son action dans la durée, l'autre dans l'instant, l'un s'adressant à une société et à son fonctionnement, l'autre à un individu. Pourtant, la pérennisation des conflits dans les années 1990 et la nécessité évidente d'assurer une « transition post-crise » sous peine d'inefficacité amèneront ces différents acteurs à travailler ensemble et à partager leurs savoir-faire. La médecine humanitaire est aujourd'hui un ensemble complexe composé d'acteurs de divers horizons, de l'économiste au médecin de terrain, des structures étatiques de l'ONU ou de l'Union Européenne aux ONG locales et internationales. Dans un monde de plus en plus globalisé, la médecine humanitaire s'est progressivement professionnalisée et normalisée, notamment en vue de parler un langage commun, de pouvoir échanger, mais également en vue d'obtenir des financements. Si l'engagement des acteurs humanitaires ne doit pas être remis en question, leur action, son efficacité et sa légitimité sera l'objet de nombreux débats au cours des années 1990 jusqu'à nos jours.

III. Ethique et Humanitaire : le médecin au cœur d'une dualité complexe

A. Elaboration d'une éthique de l'Humanitaire

Morale, éthique et déontologie ne se décrètent pas, elles se prouvent. Il serait pourtant confortable de se cacher derrière l'idée de « faire le Bien » pour ne pas se remettre en cause. Le Droit International Humanitaire est un des grands outils sur lequel s'appuie l'éthique humanitaire. Plus récemment, sous la pression des bailleurs de fonds, responsables du bon usage des ressources mises à la disposition des acteurs de terrain, de certaines ONG dont MSF qui revendique comme outil de management la remise en question, mais aussi sous le feu des critiques (instrumentalisation des acteurs humanitaires, vie luxueuse sur le terrain, incompétence de jeunes volontaires européens face aux instances publiques locales...) une éthique de la responsabilité humanitaire a peu à peu vu le jour. Cet effort a pris son essor dans les années 1990 conjointement à la professionnalisation de l'humanitaire.

1. Le Droit International Humanitaire (3,46)

Le DIH se rattache originellement au processus de réglementation des conflits armés interétatiques, c'est donc une branche du droit international public. C'est un ensemble de règles appliquées lors des conflits armés ayant pour objectif dichotomique de protéger les personnes qui ne participent pas ou plus au combat et de restreindre les moyens et méthodes de guerre sans pour autant porter atteinte aux « nécessités militaires ». Les quatre Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels de 1977 constituent la pierre angulaire du DIH. Plusieurs autres traités internationaux en font également partie tels que La Convention de la Haye en 1954 et ses deux Protocoles, assurant la protection des biens culturels, la convention des Nations unies du 10 avril 1980 interdisant l'utilisation d'armes susceptibles de produire des dommages excessifs, les Conventions de 1972 et 1993, respectivement sur les armes biologiques et chimiques, le traité d'Ottawa de 1997 sur l'interdiction des mines anti-personnel ou encore le Traité de Rome sur la Cour pénale internationale en 1998. Aujourd'hui, en plus du droit conventionnel, représenté par l'ensemble de ces traités s'ajoute également le droit coutumier. Le droit international coutumier découle d'une « pratique générale acceptée comme étant le droit ». Il y a deux raisons principales pour lesquelles le DIH coutumier continue à être pertinent dans les conflits armés d'aujourd'hui. La première est que si un État n'a pas ratifié certains traités importants de droit conventionnel, il n'en demeure pas moins lié par les règles du droit coutumier. La deuxième raison est la relative faiblesse du droit conventionnel s'appliquant aux conflits armés non internationaux qui sont désormais majoritaires.

Parallèlement à la création du DIH s'est développé, surtout après la seconde guerre mondiale, un système de juridictions internationales, complémentaires des tribunaux nationaux, afin de juger les personnes accusées de génocide, de crimes de guerre et de crimes contre l'humanité. Ce système est

double : d'une part, il repose sur la création de tribunaux *ad hoc* et autres tribunaux internationaux mis en place après un conflit ; d'autre part, il s'appuie sur la Cour pénale internationale récemment créée. Ces tribunaux pénaux peuvent inciter à un plus grand respect du DIH en rendant justice aux victimes et avoir un effet dissuasif lors de futurs conflits armés. La décision de la communauté internationale, en 1998, d'instituer la Cour pénale internationale, visait également à répondre à ces préoccupations par la création d'une instance qui peut exercer sa compétence quand les États ne peuvent pas ou ne veulent pas mener des poursuites judiciaires.

Le Droit Humanitaire International est donc un outil permettant de responsabiliser les États dans lesquels se déroulent les violations de celui-ci mais aussi tous ses alliés, parrains ou partenaires commerciaux. La clause de Martens, relative au droit coutumier « donne à la conscience morale un poids décisif pour qu'un acte soit reconnu comme une violation du droit international humanitaire. Droit et morale sont donc compatibles, au nom de la conscience et de la responsabilité »(47).

2. La double responsabilité

Lors des dernières décennies, les acteurs humanitaires de différents horizons (onusiens, CICR, ONG) eurent besoin de se rassembler, de capitaliser leurs expériences de terrain et de reformuler les grands principes humanitaires qui les lient. Ces fondements sont principalement la résultante du DIH (Droit International Humanitaire), de la Charte Humanitaire figurant en ouverture du projet Sphère, créée en 1997. Cinq principes communs sont désormais arrêtés, n'interdisant pas à une organisation d'en ajouter d'autres (3) :

-Principe d'humanité : il signifie que tout homme a le droit d'être traité et de vivre humainement et dans la dignité. Il implique le libre accès aux victimes, la distinction entre combattant et non-combattant, le non refoulement des réfugiés.

-Principe d'impartialité : élément clé de l'action humanitaire, il suppose l'absence de discrimination dans l'aide apportée, quelque soit la nationalité, la religion, l'ethnie, la race ou l'affiliation politique. Il suppose également que la priorité soit donnée aux plus nécessiteux (48).

-Principe de neutralité : il requiert pour un acteur de l'aide humanitaire de ne pas prendre parti dans un conflit en faveur de l'un des belligérants. Quant à ces derniers il leur appartient d'admettre que l'assistance apportée à une population ennemie ne constitue en soi ni un acte hostile ni un soutien à l'effort de guerre du camp opposé. Ce principe a aujourd'hui un caractère relatif : il ne saurait ainsi interdire la dénonciation publique de violences extrêmes à l'encontre d'une population.

-Principe d'indépendance : il matérialise une volonté de déconnexion de l'espace humanitaire des sphères du politique, du militaire ou de l'économique. Certains vont jusqu'à affirmer l'exclusion totale de l'aide d'État du champ de l'humanitaire, pour d'autres tel n'est pas le cas si l'implication première est à vocation humanitaire.

-Principe de responsabilité humaine : les acteurs de l'humanitaire ont pour devoir de s'interroger sur leur responsabilité quand les quatre principes ci-dessus ne sont pas respectés, ou encore en cas de détournement de l'aide par l'un des belligérants ou son instrumentalisation pour pouvoir perpétuer des violences. Il aborde aussi la question du témoignage collectif (d'une organisation) ou individuel lorsque les acteurs sont témoins d'exactions massives, pouvant conduire à des poursuites judiciaires en cas de violation du DIH.

Parallèlement à la fédération du monde humanitaire autour de ces principes, plusieurs initiatives prennent leur essor, ayant pour objectif d'améliorer la qualité de l'aide humanitaire et la « redevabilité » de l'ensemble des acteurs humanitaires envers les populations affectées (16). L'acteur humanitaire devient doublement responsable d'un point de vue éthique ou « redevable » d'une part vis-à-vis du bailleur de fonds et d'autre part vis-à-vis de la population à laquelle il vient en aide, du fait de sa vulnérabilité. L'émergence de plusieurs initiatives telles que le Projet Sphère en 1997, le projet « Ombudsman humanitaire », la création du « Groupe Qualité » en 2000 assure la promotion de codes de conduite, de normes et de standards, de manuels divers (le manuel *Synergie qualité* élaboré sous la houlette de Coopération Sud) et même de méthodes d'assurance qualité (le COMPAS Qualité) prouvant l'engagement des acteurs dans cette direction.(47)

B. Les fondements éthiques occidentaux de l'aide humanitaire remis en question : Universalisme ou Relativisme ?

1. Universalisme et impérialisme culturel

a) Une morale universelle ?

Qu'il s'agisse d'humanitaire de développement ou de crise, leurs fondements éthiques reposent sur une morale occidentale, considérée comme universelle. Cette dernière est liée d'une part à la sphère religieuse et à la notion de charité qui s'y rapporte, et d'autre part, elle est l'héritage des penseurs grecs comme Aristote qui s'est attaché à définir l'idée du « Bien universel » et à développer la notion de solidarité entre les hommes, idéologie reprise par les penseurs des Lumières. Les Droits de l'Homme, issus des pays occidentaux et de ces mêmes influences, ratifiés par presque la totalité des nations du globe font également référence en matière de morale.

L'action humanitaire, sous-tendue par ces principes occidentaux, est-elle compatible avec un pluralisme culturel et moral ? Au contraire, ne sert-elle pas un néo-impérialisme culturel en imposant ses normes, sa culture et ses valeurs occidentales à travers son action ?

Afin d'y répondre, la théorie d'« overlapping consensus » est introduite initialement par J Rawls. Elle conceptualise le fait que différentes ethnies, pays, communautés religieuses et civilisations puissent s'accorder sur un certain nombre de normes de vie et de comportements au-delà de vues incompatibles sur la théologie, la métaphysique et la « nature humaine ». Cette formule toute faite

semble plus un outil commode pour éluder la question philosophique de l'universalité des droits de l'Homme et de notre morale occidentale qu'une véritable réponse. Concernant les Droits de l'Homme, lorsqu'on se pose la question de son universalité, la réponse la plus facile et évidente est « oui ». Si les Droits de l'Homme (DDH) sont entendus comme un droit moral inhérent à chaque être humain en vertu de son appartenance à l'humanité, alors ils sont universels, cette approche rejoint l'idée de la morale universelle Kantienne. La question devient plus complexe lorsque l'on prend en compte la pluralité du sens « universel ». La supposition de l'universalité des DDH sous entend son acceptation par des peuples ou nations en dépit de leur pluralisme culturel. Ceci implique l'existence d'un socle commun de droits moraux partagé par l'ensemble des êtres humains. En pratique, il faudrait vérifier si chaque droit fait effectivement partie de l'ensemble des morales existantes. L'universalité des DDH peut aussi être interprétée dans un sens normatif, où chaque droit devrait être accepté par toutes les nations ou peuples en dépit de leur pluralisme. Son universalité tiendrait au fait qu'il existe des raisons convaincantes de protéger l'individu d'un abus social, légal ou politique. Dans le meilleur des cas, on pourrait imaginer que différents peuples/nations aient leurs propres raisons de les accepter en tant que norme morale. Et quand bien même les peuples s'accorderaient d'eux-mêmes sur une liste de droits, les justifications qui les sous-tendent ne seraient pas nécessairement identiques. Sous un même intitulé pourrait se dissimuler un sens différent.(49)

Cette réflexion sur l'universalité des DDH, et plus globalement sur l'universalisme semble d'autant plus cruciale et concrète actuellement où l'on assiste à de fortes tensions entre les grandes tendances unificatrices de la mondialisation et les facteurs de fragmentation (montée en puissance de nationalisme, radicalisme religieux...). « La rhétorique universaliste des droits humains, en distinguant le particularisme supposé des cultures non occidentales de l'universalité supposée des valeurs issues de la culture occidentale, nierait l'autonomie des premières. Lorsque le cosmopolitisme occidental est critiqué, l'Occident y voit tantôt de simples discours de légitimation de l'autoritarisme, tantôt l'expression d'une servitude volontaire à des traditions oppressives » (50). Si « les chemins menant à l'enfer sont pavés de bonnes intentions » (Bergson), l'Occident en imposant sa morale et sa culture sans remise en question de l'universalité de ses valeurs pourrait suivre celui menant à l'impérialisme culturel. L'Humanitaire apparaîtrait alors comme un accessoire de l'Occident dans un contexte de post-décolonisation.

b) De la théorie à la pratique

(1) Le développement, une croyance imposée ?

« Le droit au développement est un droit inaliénable de l'homme en vertu duquel toute personne humaine et tous les peuples ont le droit de participer et de contribuer à un développement économique, social, culturel et politique dans lequel tous les droits de l'homme et toutes les libertés fondamentales puissent être pleinement réalisés et de bénéficier de ce développement. »(51)

Si nul ou presque ne conteste que l'acquisition du bonheur, des libertés fondamentales et d'un essor économique ne soit dépendante du développement, rien ne nous prouve qu'il ne s'agisse pas d'une

simple croyance occidentale dont « l'ultime défense [...] se joue dans le sentiment d'abandon qui surgit dès qu'on envisage de l'abandonner. [...] Ainsi, le noyau dur se défend par la peur du vide »(52)

Dans le point IV du discours de Truman en 1948, amorçant l'ère du développement, apparaît pour la première fois le terme de pays « sous-développés », modifiant l'ancien rapport pays colonisés/colonisateurs en termes de pays « sous-développés »/ « développés » plus conforme à ceux des DDH. « *Ainsi, à partir de 1949, plus de deux milliards d'habitants de la planète vont - le plus souvent à leur insu - changer de nom, être considérés « officiellement » s'il on peut dire, tels qu'ils apparaissent dans le regard de l'autre et être mis en demeure de rechercher ainsi leur occidentalisation en profondeur au mépris de leurs propres valeurs, ils ne seront plus Africains, Latino-Américains ou Asiatiques [...] mais simplement « sous-développés ».* Cette nouvelle « définition » fut acceptée par ceux qui étaient à la tête d'Etats indépendants, car c'était une manière d'affirmer leur prétention à bénéficier de l'« aide » qui devait conduire au « développement » ; pour ceux qui étaient colonisés, c'était une façon d'affirmer l'égalité juridique qui leur était refusée. En apparence, ils avaient tout à y gagner : la respectabilité et la prospérité. Toutefois, leur *droit à l'autodétermination s'est changé contre le droit à l'autodénomination* et, en conquérant leur indépendance politique, ils perdaient leur identité et leur autonomie économique, parce que contraints de cheminer sur « la voie du développement » tracée par d'autres qu'eux (25). Il s'agit bien là d'une forme d'impérialisme où les sociétés occidentales ont étendu au reste du monde la croyance à leurs propres valeurs, dont l'aide au développement médical fait partie intégrante. Comme le dénonce Rony Braumann, le terme de développement est un jugement positif d'emblée. Cette connotation positive nous permet de ne pas avoir à s'interroger sur son contenu, sa légitimité et ses modalités. « Quant au rapport entre médecine et développement, cela pose la question de savoir ce que l'on entend par développement. Veut-on dire « aide à la maturation », à l'« occidentalisation »? C'est ce qui est implicitement signifié par ce mot, qui crée une catégorie, celle des « développeurs » qui vont tirer un bout de société du passé vers le futur. Quand on parle d'aide au développement, on devrait penser et dire « aide au changement social ». [...] Par opposition au « développement », qui signifie le bien par nature : on ne peut pas être contre, c'est déjà en soi un jugement positif, tout comme l'idée du beau. »(53)

(2) L'Humanitaire, une histoire et un présent occidental

« Si, comme il a été chrétiennement pensé et magnifiquement dit, nous avons pris charge d'âme en prenant possession d'un sol infidèle et barbare, la médecine a sa part à remplir dans la reconstruction d'un peuple dégradé... »(54).

Cette citation issue du discours du fondateur de l'école de médecine d'Alger illustre bien l'ambiguïté de la médecine coloniale, où sous prétexte d'un alibi humanitaire, elle assure la domination des colonisateurs. Cette ambiguïté mêlant « bienveillance » et « domination » découle de la conviction de la suprématie de la culture occidentale et de l'impérialisme qui s'en suit de fait. Aujourd'hui, où le paysage humanitaire est largement dominé par la présence d'ONG occidentales, on est en droit de s'interroger sur sa représentation dans l'inconscient collectif, n'est-elle pas la poursuite d'une « mission civilisatrice » ? Le monopole occidental des ONG humanitaires tient à plusieurs facteurs.

Premièrement, l'histoire occidentale des ONG contribue à renforcer le sentiment d'universalité de ses valeurs, leur propagation et finalement l'uniformisation des pratiques humanitaires ayant pour conséquence l'exclusion des acteurs non-occidentaux. Secondairement, le monopole des ONG humanitaire s'exerce de manière beaucoup plus directe à travers la suprématie économique des pays occidentaux. En effet, sur un budget de 9 milliards alloué à l'aide médicale d'urgence en 2007, 8.7 milliards provenaient des pays du Nord contre seulement 300 millions financés essentiellement par l'Arabie Saoudite, le Koweït et la Corée du Sud. Qui plus est, l'essentiel de l'aide est à destination des pays non occidentaux, Afrique en tête. Ce monopole n'est pas anodin : d'une part, le choix et la hiérarchisation des interventions seront influencés par une situation faisant plus appel à des référents fondamentalement occidentaux qu'une autre. D'autre part, sans « contre-pouvoir », le monde humanitaire impose plus facilement sa conception aux sociétés auxquelles il vient en aide. Les problèmes et leurs solutions pensés au Nord sont transposés aux pays du Sud, à peine modifiés/modifiables(55). Ainsi, nous avons tendance à envisager notre culture médicale, de par ses performances, comme universalisable et sans alternative. Les problèmes et solutions apportées sont pensés en ces termes, engendrant parfois des « inadéquations culturelles ». Elles résultent bien souvent de la croyance hautaine que les sociétés bénéficiaires de l'aide n'ont tout simplement pas de système de santé. Or, il existe toujours des systèmes de soins locaux, adaptés aux modes de vie, plus ou moins structurés, avec leur médecine traditionnelle et leur propre pharmacopée(56).

(3) Humanitaire et biopouvoir(56)

Le « biopouvoir » pourrait être défini comme l'asymétrie liée à la maîtrise des savoirs. Le risque de glissement d'une politique humaniste vers l'utilisation de ce « biopouvoir » est grand, facilité par le monopole occidental. En niant les particularités locales, les conceptions coutumières relatives au corps, à la maladie, au rapport à la famille, l'aide sanitaire risque de glisser vers une expropriation de la Santé, aboutissant à une vision hétéronome de la maladie. Les ONG sont donc potentiellement, sans en être toujours conscientes, à la base de la construction d'un véritable biopouvoir à échelle mondiale. « Le regard médical, comme disait Foucault n'est jamais neutre, il déshabille, mesure, palpe, circonscrit et bien sûr, culpabilise et donc apprivoise, surtout lorsqu'il s'accompagne de paroles abscondes, noms de médicaments et de maladies aux mystérieuses étymologies grecques. Une telle perte de contrôle sur soi des nouveaux patients face à des *doctors* venus du Nord peut se traduire d'ailleurs par de nouveaux types de désordres culturels, des perturbations au sein de la famille, de la chefferie, et par des désordres psychiatriques que la médecine moderne devra alors à son tour soigner alors qu'elle les aura provoqués. Nous pouvons alors entrer dans un cercle vicieux de médicalisation sans fin, le patient devenant dépendant du médecin pour des affections qui, sans l'apparition de ce même médecin sur la scène, ne seraient pas apparues. » Les pays du Nord sont également concernés par cette problématique, inhérente à la pratique de la médecine. L'accès au dossier médical, la création d'associations de patients, le recours à la justice sont autant d'outils mis en place pour permettre une autonomisation des patients occidentaux face au biopouvoir. Cependant, les citoyens des pays en développement ont rarement les moyens financiers, juridiques et culturels de faire face au médecin occidental. A l'échelle étatique, les pays en voie de développement ne sont souvent pas en mesure de négocier les modalités de leur aide du fait de leur

situation de faiblesse économique et sanitaire. Dans ces conditions, il est alors tentant d’user du « biopouvoir », au profit d’une « dictature du bien » en imposant sa culture par le truchement de la thérapeutique et de l’hygiène.

(4) Guerres Humanitaires, droit/devoir d’ingérence

Le militaro-humanitaire, largement à l’œuvre durant la dernière décennie du 20ème siècle a fait l’objet de vives critiques. L’« alibi humanitaire » est couramment utilisé. Il correspond aux situations dans lesquelles les responsables politiques instrumentalisent l’humanitaire pour dissimuler leur passivité, leur inactivité diplomatique face à des dynamiques criminelles contre des populations civiles. Ce fût le cas en Bosnie, mais aussi au Rwanda. On peut aussi évoquer la « gâchette humanitaire »(57), où le recours aux forces armées est légitimé par une fin humanitaire. L’intervention armée américaine en Afghanistan en 2001 mais aussi en Irak en sont deux exemples.

Sous le terme antinomique de « guerre humanitaire » se cache celui d’ « impérialisme libéral », deux oxymores qui légitiment l’usage de la force à l’encontre de pays violateurs des droits humains. Ces guerres humanitaires se justifient en s’appuyant en premier lieu sur le principe selon lequel le droit des personnes (inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l’homme) transcende le droit traditionnel des Etats nations d’exercer sans entraves leur autorité sur les populations au sein de leur territoire. Elles s’appuient également sur le principe selon lequel la communauté des Etats démocratiques se doit de protéger les minorités nationales et les personnes vulnérables victimes d’Etats corrompus. . Il s’agit du « devoir d’ingérence », théorisé par Mario Bettati et Bernard Kouchner, théorie selon laquelle tout Etat qui le peut se doit d’intervenir au nom de l’humanitaire dans tout Etat où la population souffre et où les droits de l’homme considérés comme universels sont bafoués.(58) La première critique est que le recours à la force est une contingence et non une obligation. La seconde tient au fait que par glissements successifs, ces principes éthiques alimentent une confusion entre cosmopolitisme démocratique¹⁰ et impérialisme. Ainsi, Michael Ignatieff, ancien professeur à Harvard et théoricien des Droits de l’Homme affirme en Janvier 2003 pour justifier la guerre en Irak : « Les Etats-Unis gouvernent seuls, luttant pour gérer les zones insurgées du monde [...]. L’empire américain n’est pas comme les empires du passé, construit sur des colonies, la conquête et le fardeau de l’homme blanc [...]. L’Empire du XXIe siècle est une nouvelle invention des sciences politiques, un empire *lite*, une hégémonie globale dont les mérites sont les marchés libres, les droits humains et la démocratie mis en application par la puissance militaire la plus impressionnante que le monde ait jamais connue [...]. La réalité désagréable pour ceux qui croient aux droits humains est qu’il est des occasions – et l’Irak est peut-être l’une d’entre elles – où la guerre est le seul remède aux régimes qui vivent par la terreur. »(59)

¹⁰ Concept qui dérive du grec « cosmos » : univers et du grec « polites » : citoyen. Il exprime la possibilité d’être natif d’un lieu et de toucher à l’universalité, sans renoncer à sa particularité

2. Relativisme et ses dérives(60)

Comme nous l'avons précédemment expliqué, les ONG intervenant dans les pays non-occidentaux sont confrontées à la problématique du respect des valeurs et des pratiques locales, défendues par les autorités (religieuses, politiques, sociales). A travers cette problématique, c'est également la question du relativisme culturel qui est posée, s'opposant à l'impérialisme culturel.

a) *Relativisme, Relativismes*

Pour les anthropologues du relativisme radical, la moralité des comportements et attitudes des membres d'une culture donnée est toujours fondée dès lors que ces comportements prennent sens dans un système cohérent de croyances et de pratiques. Toute tentative de jugement des fondements éthiques de ces pratiques ne peut donc être soumise par un membre n'appartenant pas à cette société sous peine d'ethnocentrisme et d'impérialisme culturel. Pour Herskovits : « Les jugements sont basés sur l'expérience et chaque individu interprète l'expérience dans les limites de sa propre enculturation »(61). Niant l'existence de toute vérité absolue, le seul principe est celui de l'égalité de toutes les cultures. Le relativisme éthique qui en découle soutient qu'il n'existe pas de principes universels de devoir ou d'obligation morale. Les jugements moraux ne sont possibles qu'à l'intérieur d'une culture donnée.

Une version plus nuancée se définit par l' « ouverture à regarder l'autre avec un esprit ouvert, à apprendre avant de juger et à considérer sa propre culture avec un œil critique. »(62) Dans cette version du relativisme culturel, son pendant éthique ne peut être associé au nihilisme (négarion de l'existence de vérité morale) ni à l'équipollence morale (égale valeur de toutes les morales). L'objectif de cette vision du relativisme est le développement de la liberté de penser.

b) *Les limites du relativisme*

La première critique qui peut être opposée au relativisme radical est la conception de la culture et de la morale qui lui est rattachée comme une entité fixe dans le temps. Ceci conduit sur le plan éthique à une mise à distance de l'altérité par le biais de la construction d'un autre idéalisé, à travers une culture sacralisée par sa différence et par le même procédé finalement caricaturée. Le discours sur l'équivalence de toutes les cultures, prôné par les occidentaux, pourrait être une subtile manœuvre dont le dessein serait de se défaire de notre culpabilité d'ancien colonisateur et de nos anciens préjugés raciaux. Ainsi, « les pratiques incluant la torture sont considérées comme étant « dans leur culture », le « leur » désignant autant les victimes que les agresseurs ou les deux selon la convenance » rapporte Farmer(63). Le relativisme, en voulant défendre des valeurs contestées évoque la religion, les traditions ou des valeurs de communautarisme qu'il définit comme « l'essence » de ces cultures. Cette vision réductrice enferme l'Autre dans des caractéristiques parfois caricaturales, il devient une sorte de « spécimen de zoo exotique ». Apparaît dès lors un piège d'une

nouvelle forme, celui d'un néo-impérialisme non plus fondé sur la caractérisation négative de l'Autre (comme sous-race, sauvage...) mais sur une caractérisation positive reposant cette fois sur des valeurs traditionnelles présentées comme « l'essence » exclusive de ces groupes ethniques. Si « la Culture habille les hommes, on ne dialogue pas avec des vêtements »(64). Plus grave, le relativisme culturel et sa neutralité bienveillante peuvent parfois contribuer à légitimer, rationaliser ou expliquer certaines pratiques portant atteinte à l'intégrité physique ou mentale des individus concernés (excision des jeunes femmes, charlatanisme de certains guérisseurs...).

Prenons par exemple la question du respect des « traditions ». Jusqu'où doit-on respecter des valeurs sociales, des pratiques de soins, entraînant un manquement aux valeurs fondamentales des membres de sa société ? Macklin énonce qu' « aucun système de croyance ne peut être considéré comme plus valide que les autres. Les croyances fondées sur la science moderne ne sont pas plus vraies que celles fondées sur le mythe ou la superstition. [...]Le simple fait que ce soit une « tradition » ne nous informe pas sur la valeur morale qui doit lui être attachée »(65). L'appartenance à la tradition ne peut être considérée comme l'égal des quatre principes de bioéthique qui sont la justice sociale, la bienfaisance, la non-malfaisance et le respect de la personne. Rien n'indique également que la survie des valeurs passe par la tradition. Qui plus est, la tradition n'est pas exempte d'une dimension politique, parfois au service du pouvoir en place ou permettant l'exploitation politique ou économique de sous groupes sociaux (système de castes en Inde, minorités religieuses, femmes...). Une coutume ne paraît donc raisonnablement défendable du seul fait de son appartenance à la tradition. Encore faut-il se demander si elle n'opprime pas systématiquement des sous groupes de population, si elle n'engendre pas plus de conséquences négatives que de bénéfiques pour la société concernée. La reconnaissance de la différence, voire sa promotion, ne doit pas impliquer automatiquement sa défense.

3. Quelle synthèse (66,67)?

La dualité complexe de la médecine humanitaire prend ainsi tout son sens : comment agir au nom de motifs éthiques sans basculer dans une forme d'impérialisme ? Le renoncement à l'action préserverait-il notre tranquillité d'âme ? Plusieurs auteurs prônent l'exercice d'une médecine « désoccidentalisée », dénuée de tout ethnocentrisme dans un monde de plus en plus globalisé.

Vinhas résume fort bien cette complexité inhérente à l'action humanitaire : « Le soleil a beau continuer de se coucher à l'ouest, l'Occident n'est plus la référence ultime dans un monde où la multipolarité économique et politique ne cesse de se redessiner. L'humanitaire, produit d'une « civilisation occidentale » doit pouvoir se défaire de son origine pour pouvoir être accepté, efficace et s'enrichir de l'apport des autres. Pour cela, il doit entreprendre une démarche de désoccidentalisation de ses manières de penser et de faire. Oui, mais comment s'y prendre quand le terme même de désoccidentalisation a été sans doute pensé par des Occidentaux, quand on ne peut refuser notre passé sans perdre ce que nous sommes, quand cette posture se fera tyrannie à chaque définition de nos actions, quand la notion d'Occident est multiple et diverse, quand on s'attaque non seulement à une manière de se penser occidentale mais aussi à celle dont on pense l'Occident ?... Tout un programme dans un monde à l'histoire faite d'esclavagismes, de colonisations et où

l'impérialisme culturel continue à fasciner les migrants et les familles qui espèrent. Comment éviter que cette démarche ne soit au final qu'un prétexte théorisé, une stratégie utilitariste de plus pour faire passer, de manière hypocrite, nos idées à travers des actions conceptuellement déguisées, appelées désormais « désoccidentalisées ». Bien des questions surgissent à cette proposition audacieuse et ambitieuse. La désoccidentalisation est-elle une renonciation à ce que nous sommes ou une adaptation de ce que nous sommes ? Copernic a bien démontré que la Terre n'était pas le centre de l'univers, mais elle fait tout de même partie du système : il l'a simplement remise à sa juste place. »(67)

Nous nous proposons ainsi d'exposer les solutions qui peuvent être envisagées, sans lesquelles la médecine humanitaire ne peut prétendre à une réelle efficacité.

a) *Asymétrie donneur/receveur*

Rappelons que la générosité n'est possible qu'avec les « surplus ». Les ONG, nées des plus-values du système capitaliste sont donc quasi exclusivement occidentales et mettent en exergue l'asymétrie existante entre les donateurs (pays du Nord) et les bénéficiaires (pays du Sud). Deux mondes inégaux sur le plan économique et technologique sont amenés à se côtoyer. Il convient donc à la fois de prendre conscience de cette relation asymétrique et de la réduire à son strict minimum afin de restaurer la capacité d'action des bénéficiaires afin qu'ils deviennent un partenaire. En effet, le risque d'une telle asymétrie est d'enfermer l'Autre dans un statut de victime aliénant. Frédéric Jacquet insiste sur la notion de réciprocité : « lorsqu'on fait un don, on se dit intuitivement que l'on fait un cadeau alors qu'en réalité c'est celui qui accepte le don qui nous fait un cadeau puisque donner oblige le receveur à un contre-don, de quelque nature que ce soit. C'est lorsque ce receveur n'est pas en capacité de produire le contre-don qu'il se retrouve dans une situation d'aliénation, d'humiliation ». Tenir compte des capacités d'action de la population à laquelle on vient en aide s'inscrit dans la démarche de prise en compte de ce « contre-don » dont elle est capable. Comme l'affirme Vinhas il faut « sortir de la vision binaire *« entre celui qui donne parce qu'il a et celui qui reçoit parce qu'il n'a pas ; sortons des schématiques « sauveurs héroïques » et « misérables victimes »*. Afin que nous n'ayons pas un jour à nous entendre dire : *« Sauvez-moi de mon sauveur »*... ». Bernard Hours explique certaines formes de violence à l'égard des acteurs humanitaires par cette absence de réciprocité qui lorsqu'une situation d'assistance se pérennise peut être perçue comme une offense à la dignité des populations aidées. En effet, en ne considérant le bénéficiaire de l'aide qu'en tant que victime, celui-ci en est réduit à l'état de corps, « paquet de besoins et objet de soins ». Il ne s'agit plus d'un individu mais alors d'un « homme générique, appartenant à l'espèce Homme ». Cette condition, annihilant toute réciprocité conduit tout naturellement aux sentiments d'humiliation, de frustration puis de résistance et d'offense générant la violence (64). Il ne peut y avoir de rapport humain et non violent sans notion de réciprocité.

b) La restauration de l'autonomie

L'établissement de nouveaux rapports est donc essentiel pour mener à bien une action humanitaire.

La première étape est de faire preuve d'humilité en reconnaissant les formes de solidarité et le système de santé préexistants avant l'action humanitaire. Comme l'affirme Vinhas, « nous ne sommes pas là pour donner des leçons, tout au plus un exemple du possible ». Henry Rouillé d'Orfeuil, ancien président de la Coordination Sud, nous donne l'exemple du Tsunami ayant sévi en Inde en 2004 où le gouvernement indien a refusé l'entrée des ONG étrangères, vécue comme un affront au prestige national. Pourtant, une forme de solidarité s'est spontanément mise en place, mettant en pratique le « jugaad » qui pourrait être traduit comme « une solution de dépannage local frôlant l'innovation »(68). Les habitants ont ramassé les cadavres, offert un logement aux sinistrés et les hôpitaux ont poursuivi leur activité.

La seconde étape consiste à établir une collaboration égalitaire entre ONG occidentales et acteurs locaux. Comme le soutient Dany Rondeau, il faut savoir reconnaître en la personne vulnérable un sujet capable, un être de potentialité empêché par les circonstances et ainsi faire du bénéficiaire un égal. (69) Non seulement leur connaissance de la culture, des enjeux politiques, des réseaux sociaux est indispensable mais ils sont également la garantie de la pérennisation d'une action grâce au transfert de compétence et de savoir-faire complémentaires et adaptés au contexte. Cette collaboration garantit également, à travers la reconnaissance de leur utilité, de leurs compétences et de leurs capacités d'action, la restauration de leur autonomie et de leur dignité.

La dernière étape est la fin elle-même d'une action humanitaire. Le désengagement représente un gage de respect pour des pratiques parfois différentes des nôtres et le défi de l'obtention d'une véritable autonomie. Le dessein d'une action humanitaire est donc d'abord dicté par la nécessité de donner les moyens aux bénéficiaires de conserver/acquérir leur indépendance sous peine de sombrer dans l'assistanat.

c) Prise en compte de la diversité culturelle

« Penser ce qui est mieux pour l'Autre, voilà tout le mal ». (67)

Le respect de la diversité culturelle, des croyances, des pratiques locales non dangereuses est fondamental pour mener à bien une action humanitaire. L'inadéquation culturelle résulte avant tout de la considération hautaine avec laquelle sont traités les particularismes culturels. Certaines médecines traditionnelles telles que la médecine chinoise bénéficient d'un certain prestige à nos yeux et s'articulent parfaitement bien avec la médecine occidentale. Cependant, les choses sont moins évidentes concernant d'autres cultures, notamment celles d'Afrique qui pourtant ont elles aussi leur médecine traditionnelle, leur pharmacopée, leurs guérisseurs. Ces pratiques sont reléguées au statut de superstitions inefficaces desquelles il convient de se départir. Sans débattre sur l'efficacité ou non de ces pratiques, l'effet placebo, dont la réalité a été de maintes fois prouvée scientifiquement pourrait à lui seul justifier la collaboration et l'adaptation entre médecine

traditionnelle et occidentale. Il paraît évident que la médecine occidentale gagnerait à articuler son savoir avec celui des guérisseurs locaux. D'un point de vue éthique, il s'agit également d'un particularisme culturel qu'il convient de respecter au nom « de la nature contractuelle et non unilatérale de toute aide sanitaire légitime »(56). L'Humanitaire doit avant tout être une collaboration afin de ne pas « exproprier » les bénéficiaires de l'aide. Cependant, il convient de conserver un esprit critique afin que la tolérance et le respect d'une autre culture ne soit pas le lit d'une légitimation éthique d'un choix politique. Rony Brauman évoque ainsi la première fois où a été exercé un « droit de retrait » par MSF en Afghanistan à Hérat, en 1983 lorsqu'un des grands leaders de la résistance proche du général Massoud a imposé que leur équipe médicale soit composée exclusivement d'hommes. Cela signifiait que ni les femmes ni les enfants n'auraient accès aux soins. La mission a donc été stoppée, reprise huit mois plus tard, quand les dirigeants sont revenus sur leur décision.(53)

Si le respect de l'Autre et de sa culture est un devoir d'un point de vue éthique, il est également le gage de la réussite d'un projet. En effet, sa connaissance et sa prise en compte permettra d'éviter « de construire des cliniques au-delà d'une rivière que les femmes enceintes ne traverseront pas de peur d'y perdre leur bébé, de voir des femmes refuser des préservatifs qu'elles associent à la prostitution, de voir ces femmes refuser que l'on identifie leur enfant malade par un bracelet rouge – couleur du vaudou –, de voir ces patients ne pas prendre leur médicament pendant le ramadan ou encore de voir ces femmes refuser de boire de l'eau pour ne pas noyer leur cerveau »(67).

Plusieurs initiatives menées par diverses ONG ont vu le jour ces dernières années ayant pour perspective une meilleure connaissance et un plus grand respect de la diversité culturelle. Citons par exemple le projet « Accès aux soins – déterminants sociaux-culturels ». Il vise à tenir davantage compte des cultures locales et de leur approche du corps, de la maladie, de l'accès aux soins. Il est intéressant de souligner que ce mouvement de réflexion issu de Médecins du Monde (MDM) puise son origine d'après une demande des coordinateurs de terrain, proposant l'adoption d'une vision « désoccidentalisée » lors de la création et de la réalisation de projets. On peut également citer le partenariat de MDM avec l'ONG *Ibuka* où MDM est particulièrement vigilante à ne pas faire prévaloir sa notoriété et ses points de vue sur des partenaires moins reconnus. Dans cette même démarche, MDM favorise l'ouverture de bureaux de représentation en Inde ou au Qatar et incite à privilégier le choix d'acteurs issus du pays où elle œuvre en tant que « Responsables de Mission ». De cette manière, elle favorise une approche locale, aidant à ne pas importer son regard occidental tel quel. MSF a également lancé un projet de recherche sur la perception de son action dans 10 pays. L'étude cherche à comprendre comment l'ensemble des acteurs impliqués dans un projet médical d'urgence ou de moyen terme (les équipes, nationales et expatriées, les patients, la population, les autres ONG locales et internationales, les agences des Nations unies, les autorités politiques, de santé, religieuses, etc.) perçoit ce projet et l'organisation qui le met en place. Cette démarche témoigne de la prise de conscience de l'existence d'une inadéquation culturelle et sa compréhension est la première étape vers un réajustement des projets.

Esoh Elame, chercheur axé sur le développement durable au Cameroun, nous apporte un autre éclairage sur ce que peut être la prise en compte des cultures particulières. Il soutient que l'Humanitaire alimente de façon implicite le mythe de l'homme blanc. Après avoir mené une étude auprès de 4000 élèves au Cameroun, il en ressort que l'homme blanc est synonyme de beauté et de

richesse. L'Humanitaire contribue à véhiculer ces clichés en donnant le sentiment que « seuls les blancs sont capables de résoudre les problèmes des noirs ». Il s'agit alors de « décoloniser les pensées en Occident mais surtout en Afrique ». Il propose l'élaboration d'un master de formation à l'Humanitaire au Cameroun, soutenu par des ONG occidentales afin de privilégier « un Humanitaire à l'africaine ». Ce master répond également au besoin d'enseignement de la pensée africaine et à la déconstruction des mythes. Lors de son ouverture, plus de 1000 candidatures ont été déposées...(70)

4. Conclusion

Une action humanitaire doit reposer sur la recherche d'un compromis entre des valeurs universelles et des valeurs locales. Pour ce faire, il est nécessaire d'être conscient du « non-universel » et relatif de notre vision occidentale en faisant preuve d'humilité. Cela ne doit pas conduire également à sacraliser la différence culturelle qui en s'interdisant tout jugement moral peut conduire soit à l'inaction soit à la légitimation de certaines pratiques portant atteinte à l'intégrité physique ou mentale ou à la ségrégation d'une partie de la population. Une des portes de sortie de cette problématique est une collaboration entre personnel des ONG occidentales et le personnel local. Elle restaure l'autonomie et la dignité des populations aidées et permet d'adopter une position moins ethno-centrée, où la complémentarité devient possible.

« La désoccidentalisation nous invite à nous méfier de nous-mêmes, à reconsidérer toujours l'Autre dans l'interaction que l'on s'apprête à avoir avec lui. Mais le concept de désoccidentalisation ne revient pas, à mon sens, à renoncer à l'Occident, mais bien plutôt à adapter ses manières de faire pour les rendre non concurrentes mais bien complémentaires, dans le plus grand respect de tous. Pour l'humanitaire, produit de l'Occident, refuser l'Occident de ses origines reviendrait, à mon sens, à un suicide ontologique. Voici venu le temps, pour nous, d'apprendre à hériter. Les valeurs fondamentales que nous souhaitons transmettre doivent être en ce sens définies, portées, proposées mais jamais imposées. Et s'il venait un jour « l'avènement souhaité d'un humanitaire mondial », celui-ci devra également être dénué de tout ethnocentrisme – occidental ou non –, seulement dédié à la dignité de l'Homme, avec toujours la plus grande humilité ; une humilité universelle nécessaire par souci d'efficacité mais aussi et surtout par éthique humanitaire .»(67)

C. Un survol des diverses problématiques liées à la pratique humanitaire

1. L'action humanitaire à l'épreuve de sa professionnalisation et de sa normalisation

Les années 1970 sont marquées par le «sans- frontiérisme», les « *French doctors* », décrites parfois « par un amateurisme teinté de romantisme ». La présence médicale et paramédicale est

prédominante parmi les personnels humanitaires. Les années 1980 sont celles de l'urgence (Cambodge, Mer de Chine, Afghanistan, Ethiopie), où les crises sont de plus en plus fréquentes et sévères. L'acquisition progressive d'expérience, pousse à la spécialisation puis à la professionnalisation (importance croissante des logisticiens, des administratifs, des juristes) et à une régression du corporatisme médical(71). La professionnalisation de l'aide humanitaire est aujourd'hui un fait acquis notamment dans le milieu non gouvernemental. L'humanitaire devient de plus en plus « technicien » et aussi plus « salarié » (72). La gestion des volumes croissants en « demande » d'aide associée à la complexité des actions sur le terrain sont responsables de l'application des modèles managériaux instaurés dans les grandes entreprises (3). En parallèle à l'augmentation des budgets alloués par les grands bailleurs de fonds et face aux exigences croissantes en termes d'efficacité, sous-tendant une normalisation, la professionnalisation des agences d'aide est devenue nécessaire. De fait, la tension entre militantisme et professionnalisme ne semble plus dans les ONG internationales une discussion d'actualité. «La question est aujourd'hui moins de savoir s'il faut ou non professionnaliser le secteur que de savoir comment agir professionnellement sur le terrain.»(73)

Pour satisfaire à l'exigence d'efficacité lors de la mise en œuvre d'actions de solidarité, les professionnels de l'humanitaire se voient imposer un certain nombre de normes auxquels ils doivent souscrire tel que le projet Sphère ou le projet Plateforme Qualité. Si de nombreux débats existent à propos des modèles à mettre en œuvre et leur pertinence propre, l'existence même de ces « codes de comportement officiels », enseignés dans des modules de formation ou véhiculés par de nombreux manuels contribuent à la stabilisation des pratiques, inhérente à la professionnalisation de l'humanitaire (73,74) .

L'obligation de souscrire à ces normes et la professionnalisation des ONG imposées par les grands bailleurs de fonds est responsable de nombreux écueils. Premièrement, elle conduit à la mise en concurrence des différentes ONG détériorant les relations entre acteurs, elle affaiblit également les moyens de coordination entre ONG (des informations clé ne seront plus divulguées si elles permettent l'acquisition d'un contrat ultérieur) et pour finir elle diminue la marge de manœuvre des ONG tenues de ne pas se montrer trop critiques vis-à-vis d'un projet sous peine de le voir accordé à un autre partenaire plus flatteur. Secondairement, la normalisation fait courir le risque aux acteurs de l'humanitaire de privilégier de « bien conduire » des actions plutôt que de « bien les penser » n'ayant d'autre réelle responsabilité que de bien « remplir un contrat ». Certains déplorent également de passer plus de temps à la rédaction des divers compte-rendu de mission que sur le terrain auprès des populations (47). Pour conclure, si l'imposition de normes par les bailleurs de fonds procède d'une intention louable, motivé par l'obligation d'efficacité, de sentiment de « double responsabilité » vis-à-vis des populations aidées, son application en pratique n'est pas toujours aisée. Certains acteurs humanitaires se montrent critiques vis-à-vis de l'obligation imposée par la Commission européenne via *EuropAid*, pour une ONG internationale d'avoir systématiquement recours à un « partenaire local ». Le risque est de favoriser des partenariats avant tout opérationnels, très opportunistes, et rarement stratégiques, c'est-à-dire visant à faire monter en puissance une ONG locale, parfois peu représentative de la population à laquelle on souhaite venir en aide (66).

Heureusement la normalisation et la professionnalisation ne semblent pas un horizon indépassable. Le « bricolage », permet un bon arrangement entre des normes, des objectifs, des cadres et des rôles

professionnels préétablis réarrangés en permanence à la faveur de la réalité de terrain. Les relations individuelles et donc spécifiques les supplantent parfois pour établir des stratégies efficaces d'entraide entre locaux et ONG ou entres ONG sur le terrain. Ces cadres sont parfois plus maîtrisés par les acteurs de terrain qu'appliqués stricto sensu, conscients de l'obligation d'un rendu rationnel et technique d'une mission, ils les utilisent à bon escient pour argumenter et défendre leurs positions auprès des bailleurs et partenaires. « Les acteurs efficaces sont-ils ceux qui sont au plus près des standards ou ceux qui savent le mieux, sans céder à l'illusion héroïque de jouer avec les contraintes ? »(73)

2. **Humanitaire d'Etat, pour ou contre ?**

Comme nous l'avons précédemment expliqué, l'humanitaire d'Etat, à travers l'ONU et ECHO en Europe n'a cessé de s'accroître et de se diversifier. L'humanitaire d'Etat devient donc le premier bailleur de fonds à l'échelle mondiale.

Certains auteurs posent la question de l'existence de cet « humanitaire d'Etat » et l'opposent à l'humanitaire « privé», représenté par les ONG. Selon eux, l'implication croissante d'acteurs étatiques civils et militaires dans la réponse aux crises pourrait à terme faire de l'humanitaire un instrument de politique étrangère et économique. Contrairement à l'humanitaire privé, l'humanitaire d'Etat serait conditionné par des choix politiques, économiques ou médiatiques. Il pourrait contribuer indirectement à la création d'un humanitaire à deux vitesses, mettant en rivalités des zones d'intérêt géopolitique ou médiatique avec un fort investissement humain et financier, et de zones laissées pour compte. Enfin, de plus en plus et ce, sous la pression des lobby économiques, l'humanitaire d'Etat affirmerait qu'il doit pouvoir aider au placement des entreprises nationales sur les terrains de reconstruction en sortie de crise. Ainsi, les Etats attendraient un « retour sur investissement ». Le désintéressement, l'impartialité, l'indépendance, l'humanisme, attributs essentiels de l'action humanitaire seraient alors strictement réservés à l'humanitaire « privé »(75).

Pour d'autres, au contraire, l'action humanitaire s'est avéré un outil pertinent de politique extérieure, premier échelon de gestion des crises. Il n'y a pas moins de dix ans, et pourtant toujours d'actualité, Lucette Michaux-Chevry, ministre déléguée à l'Action humanitaire et aux Droits de l'Homme en France soutenait que « toute grande politique étrangère doit aujourd'hui comporter un volet humanitaire » au motif « [du] devoir d'intervenir et d'alléger les souffrances partout dans le monde où les hommes sont placés en situation de détresse ». En France, Bernard Kouchner incarne l'humanitaire d'Etat civil pendant de nombreuses années en France à travers les positionnements politiques qu'il soutient. Pour ce dernier, théoricien du « devoir d'ingérence »il n'existe aucune cloison étanche entre action politique et action humanitaire, la seconde n'étant qu'une partie de la première.

Les acteurs non gouvernementaux ont eux aussi rapidement fait l'objet de critique de la part de l'Etat, ce dernier les accusant d'être de taille trop réduite, trop dispersés, financièrement peu solides... Lionel Jospin, Premier ministre de l'époque, dans un discours sur la mondialisation prononcé à Rio de Janeiro le 6 avril 2001 considérait que «les associations et les organisations non gouvernementales n'ont pas une légitimité, ni une capacité d'agir du même ordre que celle que

confère la souveraineté, surtout lorsque celle-ci procède du suffrage universel. Le rôle des Etats reste donc déterminant car c'est d'abord en leur sein que s'élaborent les choix politiques ».

L'humanitaire d'Etat est le plus souvent assimilé au militaro-humanitaire, largement à l'œuvre durant la dernière décennie du 20ème siècle. Il peut être parfois nécessaire d'avoir recours à la force pour faire respecter un espace humanitaire lorsque la situation est si dangereuse que les humanitaires ne peuvent exercer où si l'accès aux victimes leur ait refusé. Il s'agit alors de l'engagement des Etats à faire respecter le DIH. Cependant, le risque d'instrumentalisation est grand, faisant de l'humanitaire un motif pour déclencher des opérations militaires (la fameuse « gâchette humanitaire ») ou un alibi destiné à masquer la non-prise de responsabilité politique à coup de grands renforts médiatiques (75). Pour autant l'humanitaire d'Etat ne se résume pas au « militaro-humanitaire ». Il est avant tout civil et s'est doté peu à peu d'outils politiques et administratifs spécifiques. En France, il est passé par une incarnation ministérielle propre de 1986 à 1997, dont trois de ses quatre titulaires successifs (Malhuret, Kouchner et Emmanuelli) étaient issus du monde ONG (MSF-F). Le décret du 7 janvier 2002 créa une Délégation à l'action humanitaire (DAH) avec des fonctions d'élaboration et de proposition de politique gouvernementale en matière d'action humanitaire. Avec des coûts de fonctionnement limités et une utilisation optimale d'allocations restreintes, elle s'est acquis une réelle crédibilité dans le paysage humanitaire. Une vaste restructuration du Quai d'Orsay en 2008 a fait disparaître cette institution et a intégré récemment l'humanitaire d'Etat dans un Centre de gestion de crise (3). L'humanitaire d'Etat civil s'exprime également sous la forme de l'aide publique au développement, héritage de la politique de coopération.

La question des relations existantes entre Etat et humanitaire est donc un sujet de polémiques. L'action humanitaire est parfois perçue comme la continuation de la politique par d'autres moyens ? Rony Brauman, ancien président de MSF-F affirme à ce sujet : « Perçue comme une fin, l'action humanitaire est incontestable, perçue comme un moyen, elle devient inacceptable »(76). Néanmoins, comme l'affirme Ryfman « l'opposition à ce surgissement des Etats dans l'humanitaire est, en elle-même, discutable. Elle fait d'abord l'impasse sur la légitimité pour un appareil étatique de construire –particulièrement dans les nations démocratiques- des politiques publiques (...). Or les raisons d'en exclure, par principe, l'humanitaire ne convainquent guère. Une haute fonctionnaire, Louise Avon, alors en charge de l'humanitaire d'Etat français, ajoute que, en mettant en place pareil dispositif, l'Etat traduit ainsi le désir de solidarité de ses citoyens vis-à-vis des victimes des catastrophes et conflits armés. »(3)

3. Humanitaire, média et opinion publique : l'humanitaire spectacle.

Depuis la génération des « sans-frontiéristes », la médiatisation de l'humanitaire a connu un essor sans précédent. Ce couple, désormais inséparable, revêt diverses facettes : une volonté de témoignage comme un engagement politique, un moyen d'information de l'opinion publique et une démarche « marketing » obligatoire pour les ONG pour obtenir des financements.

Bernard Kouchner est un des fervents défenseurs du couple humanitaire-médias. Selon lui, les humanitaires doivent exploiter les médias pour servir leur cause en témoignant et dénonçant au grand public les situations d'injustice. Cette « loi du tapage » fait entrer l'Humanitaire dans le champ politique, sensibilisant le grand public à la « souffrance à distance » : « l'ennemi essentiel des dictateurs et du sous-développement reste la photographie ; acceptons-la sans nous résigner : c'est la loi du tapage ; servons-nous d'elle. Les interventions doivent s'imposer par la force de l'insoutenable, ce remords des pays riches. L'opinion publique est le seul élément que les hommes politiques ne négligent jamais » (77).

D'autres déplorent que ce binôme soit responsable d'une forme de communication simplifiée au détriment d'une analyse approfondie. Par simplicité ou par paresse intellectuelle, les journalistes font de plus en plus appel aux humanitaires plutôt qu'aux scientifiques ou aux chercheurs pour préparer un reportage et s'informer des réalités du terrain (78). Un acteur humanitaire, critique à l'égard de cette pratique nous relate « Je me souviens de ce chercheur du CNRS que j'ai connu à Khartoum. Il était installé dans le pays depuis des décennies, parlait presque tous les dialectes. Mais quand Radio France Internationale voulait faire le point sur la situation au Soudan, c'est le représentant D'ACF ou de MSF qu'on interviewait. Cherchez l'erreur ! » (79). Les « héros des temps modernes », au fort potentiel médiatique attirent le monde journalistique et des liens ténus sont créés entre journalisme et acteurs humanitaires. Certains « journalistes embarqués » utilisent la logistique des ONG pour collecter des informations sur des terrains difficile d'accès, en échange, les ONG attendent de la publicité sur leur activité, éludant par la même occasion toute question sur leur efficacité (78). Troubé met le doigt sur les clés du succès de cette alliance : « Le compte rendu des ONG présente en effet beaucoup d'avantages pour alimenter à bon compte les flux du petit écran : les récits sont le plus souvent binaires (les bons et les méchants ou les victimes et les sauveteurs), exotiques [...], rassurants (je n'y peux pas grand-chose mais d'autres s'en occupent), fédérateurs(nous allons tous ensemble faire quelque chose pour régler le problème), pourvoyeurs d'audience (dans cinq minutes après la pub, découvrez la vie quotidienne de la petite Soufia dans son camp de réfugiés) » (5). En s'évitant d'entrer soigneusement dans la complexité d'une situation, l'acteur humanitaire, les médias et l'opinion publique sont assurés de leur bonne action et auto-entretiennent l'idée qu'il ne peut y avoir ni d'erreur diagnostique ni d'échec dans le déroulement d'une mission.

Le troisième volet de cette connivence entre médias et humanitaires tient au statut particulier des ONG : « à la différence des entreprises, elles n'ont pas d'actionnaires ; à la différence des syndicats, elles n'ont pas de cotisants ; à la différence de l'Etat, elles n'ont pas de contribuables. Elles n'ont comme soutien, que des adhérents [...] et de possibles sympathisants » (5). Elles sont donc contraintes à s'inscrire sur le marché concurrentiel de la solidarité et en moyenne consacrent 15 à 20% de leur budget à la recherche de fonds. Cela leur permet de disposer de fonds propres qui leur garantissent une autonomie d'intervention mais aussi d'attirer les grands bailleurs de fonds qui privilégient les associations ayant un socle solide de donateurs (5). Un des risques de ce fonctionnement est que les dons privés ne soient plus liés à l'intensité d'une crise mais aux émotions qu'elles soulèvent, largement mis en scène par les humanitaires. Ainsi, en Asie du Sud Est, à la suite du Tsunami en décembre 2004, les desiderata des bailleurs et donateurs ont supplanté les besoins des victimes (80).

En matière de marketing et de publicité, les ONG utilisent les mêmes procédés que les entreprises. Sur le plan technique, le fonctionnement des campagnes de plaidoyer des ONG ne se distingue pas fondamentalement du « lobbying ». Les causes les plus « vendables » pourraient être privilégiées : la victime du tsunami asiatique de 2004 plutôt que le rescapé musulman du tremblement de terre au Cachemire en 2005(78). Cette politique marketing verse également très fréquemment dans le misérabilisme dont le but n'est que d'entraîner le destinataire vers le registre de l'émotion, faisant basculer la compassion en un apitoiement plutôt qu'en une exigence de justice(5,78). Il s'ensuit à la fois l'infantilisation du discours adressé au donateur, là où il faudrait le rendre adulte et responsable ; et une victimisation humiliante et déshumanisante du bénéficiaire de l'aide « Nos sociétés balancent entre la peur et la compassion, une compassion que l'on éprouve indistinctement pour les enfants qui souffrent, les chômeurs, les bébés phoques, les yougoslaves »(81) . Le plus dangereux est l'enfermement des acteurs même dans ce « prêt-à-penser », où la communication n'est pas mise au profit de la réflexion, où cette « impunité du Bien » pourrait s'infiltrer dans la pratique même des ONG, stérilisant toute remise en question. Ne nous interdisons pas de dire du mal de quelqu'un « qui fait du Bien» (5,78).

D. Conclusion, la tentation de la non-action

Nous l'avons vu, même pétri des meilleures intentions, le médecin humanitaire se trouve confronté à un ensemble complexe, le dépassant souvent, où se mêlent le jeu des cultures, et l'instrumentalisation au sens large de l'Humanitaire. Après ces quelques axes de réflexion, loin d'être exhaustifs, le médecin pourrait céder au renoncement, découragé par les innombrables pièges qui lui sont tendus. Pourquoi agir alors ? Maurice Mimoun nous propose à ce sujet une forme d'éthique humble et rassurante : l'éthique de la progression. A force de patience, en acceptant l'imperfection, le médecin devient capable de s'améliorer peu à peu : « Le malaise persiste car, une fois la patience passée, on voudrait que ce soit parfait. Bien sûr, on peut toujours mieux, et on fait toujours mal. Cette sensation peut paralyser mais vouloir tout impose l'échec par l'abandon, lassitude, conflit, rupture »(82).

L'Abbé Pierre, figure d'une autre forme d'Humanitaire nous vient également en aide à ce sujet en nous poussant à sortir de cet immobilisme rassurant : « Il faut préférer l'action à la bonne conscience. L'indignation pourrait avoir beau jeu de nous donner bonne conscience. Pourtant elle ne dispense pas de l'action» (83). Les notions d'« illusion », de « désillusion » et de « désillusion enthousiaste » présentées par l'Abbé Pierre s'accordent également assez bien à mon sens à l'exercice de la médecine humanitaire. L'illusion serait de croire que l'Humanitaire peut corriger les inégalités et les injustices avec de simples et bonnes intentions ; la désillusion, de réaliser que l'action humanitaire nourrit l'impérialisme culturel, renforce l'humiliation de l'Autre à travers sa victimisation, génère un sentiment de violence auprès des populations aidées à l'encontre de ces acteurs, est l'instrument de politiques d'Etat non égalitaires. La désillusion enthousiaste est d'accepter l'existence d'un gouffre entre les idéaux humanitaires et leur application, mais de ne pas les perdre. La désillusion ne doit donc pas décourager l'action mais alimenter la réflexion et nous conduire à une remise en question permanente.

IV. Epidémiologie générale et dermatologique des pays en voie de développement.

A. Notions générales d'épidémiologie dans les pays en voie de développement

Les composantes sanitaires d'une population évoluent en parallèle avec la transition démographique. Une baisse de la mortalité est initialement observée, faisant suite aux développements économique et social, à la mise en place de mesures d'assainissement et d'hygiène alimentaire et enfin à l'apparition des antibiotiques et à l'augmentation de la couverture vaccinale (84).

La diminution de la mortalité s'associe à une modification du profil sanitaire des populations où les maladies de l'« abondance » telles que les maladies dégénératives, les pathologies cardio-vasculaires, les cancers représentent une part de plus en plus importante au détriment des maladies infectieuses (85). La conséquence de ces mutations sanitaires est l'augmentation de l'espérance de vie. On note également que l'augmentation des chances de survie bénéficie plus aux jeunes qu'aux personnes âgées, et aux femmes plus qu'aux hommes. Ces mutations sanitaires, observées à partir du 18^{ème} siècle dans les pays développés, sont plus tardives mais plus rapides dans les régions en développement ayant initié leur transition.

Néanmoins, depuis l'amorce de la transition sanitaire des pays d'Europe puis de ceux d'Afrique subsaharienne, les disparités en matière de mortalité n'ont cessé de croître à l'échelon mondial. Certes, la plupart des indicateurs de santé se sont améliorés en Afrique, mais dans une moindre mesure par comparaison à l'Asie. Certains pays les plus sévèrement touchés par le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), à l'instar de la Zambie, ont même observé un recul de l'espérance de vie. Instaurée de longue date dans les pays industrialisés, la transition sanitaire est cours en Amérique latine et dans la région caraïbe. En Asie, les disparités entre pays sont importantes, avec parfois des progrès sanitaires rapides, comme en Chine ou en Corée ou des rythmes de transition plus lents comme en Asie du Sud. L'amorce de la transition démographique est plus tardive avec des progrès parfois spectaculaires en Afrique, cependant, on y enregistre également les plus vastes zones de mortalité élevée, avec une nette prédominance des maladies transmissibles (84).

1. L'espérance de vie ¹¹

Depuis les années 1950, l'espérance de vie à la naissance a augmenté en moyenne de 20 ans à l'échelle mondiale passant ainsi de 46.5 ans à 68 ans entre 1950 et 2007 (86). Durant cette période, l'augmentation moyenne a été de 9 ans dans les pays développés (Europe, Australie, Amérique du

¹¹ L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne (soit l'âge moyen au décès) d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.

Nord, Japon et Nouvelle-Zélande), de 17 ans dans les pays en voie de développement à forte mortalité et de 26 ans dans ceux à faible mortalité¹² (87).

Néanmoins, les inégalités d'espérance de vie à la naissance entre pays du Nord et pays du Sud sont frappantes. Alors que cette dernière s'élève à plus de 80 ans dans la plupart des pays du Nord, elle est parfois inférieure à 50 ans dans les pays d'Afrique subsaharienne (84). Qui plus est, certains pays d'Afrique subsaharienne voient leur espérance de vie à la naissance stagner voire décliner du fait de l'épidémie à VIH ou de situations de conflits.

2. Le taux de mortalité infanto-juvénile¹³

En 2005, 10.1 millions d'enfants sont morts dans le monde avant d'atteindre l'âge de 5 ans. Quarante-vingt-dix-huit pourcents de ces enfants vivaient dans un pays en développement dont près de la moitié en Afrique (pourtant, l'Afrique compte seulement 14% de la population mondiale) (88). Entre les années 1960 et 1990, l'accent mis sur la prise en charge alimentaire et l'accessibilité aux soins a permis une diminution de la mortalité infanto-juvénile dans les pays du Sud. Cette tendance générale cache toutefois de nombreuses disparités. Dans seize pays (dont plus des trois quarts en Afrique), la mortalité des enfants de moins de 5 ans est actuellement plus élevée qu'en 1990 et dans neuf (dont huit en Afrique), elle dépasse même le taux observé durant les deux dernières décennies. Cette importante régression est une des conséquences de l'infection au virus d'immunodéficience humaine (VIH)/SIDA (87).

3. La mortalité maternelle¹⁴

Le risque pour une femme de décéder des suites des complications évitables, liées à la grossesse ou à l'accouchement, ou pouvant être traitées est de 1 sur 16 en Afrique subsaharienne, alors qu'il est seulement de 1 sur 3 800 dans les pays développés. Le taux de mortalité maternelle est de 830 décès pour 100 000 naissances vivantes dans les pays d'Afrique pour 24 pour 100 000 dans les pays d'Europe. Sur les 20 pays où le taux de mortalité maternelle est le plus élevé, 19 sont en Afrique subsaharienne (84).

¹² L'OMS différencie les pays en développement à forte mortalité où la mortalité des enfants et des adultes est élevée (pays de l'Afrique subsaharienne, pays pauvres d'Asie, d'Amérique latine et de la Méditerranée orientale). Les autres pays en développement (Amérique du Sud, Centrale et Asie) constituent les pays en développement à faible mortalité(87).

¹³ Le taux de mortalité infanto-juvénile est la probabilité pour un individu de décéder avant l'âge de cinq ans.

¹⁴ La mortalité maternelle se caractérise par "le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite".

4. Morbidité et mortalité dans les pays en voie de développement

La mortalité est un indicateur de santé simple reflétant l'état sanitaire d'une population. Pourtant, celui-ci ne prend pas en compte la charge de morbidité des maladies, c'est-à-dire de leurs conséquences non létales. L'OMS et la Banque Mondiale ont recours au calcul d'un indicateur sanitaire évaluant la morbidité dans une population : le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI). "Une AVCI représente une année de vie "en bonne santé" perdue et la charge de morbidité mesure la différence entre l'état sanitaire de la population en cause et celui d'une population normative mondiale de référence, dont l'espérance de vie est élevée et dont toutes les années sont vécues en parfaite santé" (87).

A l'échelle mondiale, le nombre total d'années de vie en bonne santé perdues est lié pour 36% à la morbidité des enfants de moins de 15 ans et pour 50% à celles des adultes de 15-59 ans. Bien que la réduction de la mortalité infanto-juvénile soit un objectif sanitaire majeur, ces chiffres soulignent que les adultes supportent une charge importante de la morbidité.

Dans les pays en développement à forte mortalité, les maladies transmissibles, les pathologies maternelles, périnatales et nutritionnelles représentent 40% de la charge de morbidité (par comparaison, ces pathologies représentent en terme de morbidité 5 % et 1% dans les pays développés). Dans les régions d'Afrique où l'épidémie de SIDA sévit, ces pathologies peuvent représenter jusqu'à 50 à 60% de la charge totale de morbidité.

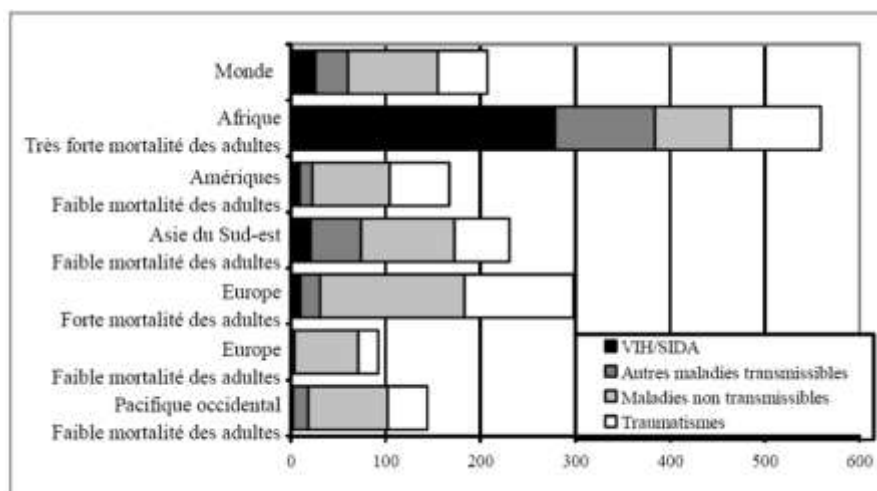
Chez les enfants, dans les pays en voie de développement, les maladies transmissibles représentent 7 des 10 principales causes de décès (84).

Rang	Cause	Nombre (en milliers)	% du nombre total de décès
1	Pathologies périnatales	2 375	23,1
2	Inféctions respiratoires basses	1 856	18,1
3	Maladies diarrhéiques	1 566	15,3
4	Paludisme	1 098	10,7
5	Rougeole	551	5,4
6	Anomalies congénitales	386	3,8
7	VIH	370	3,6
8	Coqueluche	301	2,9
9	Tétanos	185	1,8
10	Malnutrition protéino-énergétique	138	1,3
	Autres	1 437	14,0
	Total	10 263	100,0

Principales causes de décès des enfants dans les pays en développement en 2002 (87).

5. Synthèse

Le bilan sanitaire global semble en progression à l'échelon mondial, pourtant, il occulte des disparités criantes entre les différentes régions du monde, comme à l'intérieur même de celles-ci. Les indicateurs de santé sont les plus bas en Afrique subsaharienne, parfois même en régression. Les maladies transmissibles sont dans ces régions la première cause de mortalité, avec le VIH en tête de file.



Probabilité de décéder (pour 1 000 habitants) entre 15 et 60 ans en 2002 en fonction de l'étiologie (87).

B. La dermatologie, un problème de santé publique ?

Malgré leur forte prévalence, les pathologies dermatologiques n'ont qu'un faible poids dans les stratégies de santé publique dans les pays en voie de développement. En effet, face à d'autres pathologies comme le VIH, les infections respiratoires ou la tuberculose, les affections dermatologiques ne représentent qu'une faible charge en termes de morbi-mortalité. Pourtant, dans les régions tropicales, elles comptent parmi les premiers motifs de consultation, surtout au niveau périphérique du système de santé. La prévalence des pathologies cutanées dans les pays en développement est élevée, variant de 21 à 87%, plus fréquente chez les enfants. En zone subsaharienne, les affections les plus communes sont : les pyodermes (6.9 à 35%), les teignes (1 à 19.7%), la gale (1.3 à 17%), les éruptions virales (0.4 à 9%, avec principalement les molluscum contagiosum), la dermite séborrhéique (0 à 57%), l'eczéma (0 à 5%) et les prurigos strophulosus (0.7 à 2%)(89,90).

L'étude du retentissement des pathologies cutanées sur la qualité de vie par rapport à d'autres maladies n'est pas simple, néanmoins une étude comparative de l'acné par rapport à d'autres maladies chroniques comme l'asthme, le diabète ou les pathologies rhumatismales, retrouvait un

impact similaire des ces différentes affections (91). De même, la comparaison du retentissement des pathologies cutanées liées au VIH (jugé important et fréquent) et de celui des pathologies cutanées non liées au VIH en zone Sub-saharienne ne montrait pas de différence significative. Ces études mettent ainsi en valeur l'importance du retentissement des affections dermatologiques sur la qualité de vie(92).

De plus, le poids de la morbi-mortalité des affections dermatologiques bien que relativement faible n'est pas négligeable. Le rapport de l'OMS de 2001(41) estimait que la mortalité attribuée à ces affections en Afrique Sub-saharienne était comparable à celle liée à la méningite, à l'hépatite B ou aux cardiopathies rhumatismales dans la même région. La morbidité des pathologies cutanées, représentée par le nombre total d'années de vie en bonne santé perdues (AVCI) était équivalente à celle attribuée aux blessures occasionnées lors de conflits armés. Même si ces taux sont souvent plus faibles que pour d'autres pathologies, la dermatologie doit être considérée comme un problème de santé publique et ce à plusieurs titres. Premièrement, les affections cutanées sont extrêmement fréquentes, affectant souvent les enfants, sous groupe de la population plus vulnérable. Elles représentent une grande partie des motifs de consultation, et leur prise en charge, souvent inappropriée, engendre non seulement des surcoûts mais ne satisfait pas la forte demande de la population. Le coût engendré par les maladies de peau bénignes a pu être évalué en Inde en milieu rural, il en ressort d'importantes dépenses que ce soit en terme d'achats de médicaments (131 à 529 US \$ pour 100 habitants disposant d'un revenu moyen annuel de 113 US \$) ou terme d'incapacité de temps de travail (de 12 jours en moyenne pour la gale). Fait notable, la plupart des traitements entrepris étaient d'efficacité faible, principalement en raison des carences diagnostiques des agents sanitaires, non formés à la reconnaissance et à la prise en charge de ces affections (93). Secondairement, la morbidité et le retentissement sur la qualité de vie sont importants. Si les pathologies « tropicales » telles que la filariose ou la lèpre sont bien connues pour être pourvoyeuses d'incapacités, les pathologies « ordinaires » telle que la gale sont également sources d'un fort retentissement sur la qualité de vie. Troisièmement, la plupart des pathologies cutanées sont infectieuses et contagieuses et fort heureusement, disposent souvent d'un traitement simple et efficace. La mise en balance de la complexité diagnostique et des coûts engendrés face à la faible morbi-mortalité de ces pathologies a probablement retardé sa prise en compte comme un problème de santé publique, dans un contexte de ressources consacrées à la santé limitées. Cependant, il paraît également légitime de prendre en compte une donnée qui fait toute l'originalité des affections cutanées : la demande des populations elles-mêmes qui considèrent ces affections comme un authentique besoin sanitaire (93). Qui plus est, plusieurs programmes récents tels que « l'initiative de Bamako » ont démontré qu'une action de santé publique paraissait raisonnable en termes d'investissements financier et d'apprentissage, le raisonnement diagnostique étant facilité par un algorithme (89,90,94).

C. Aperçu des principales pathologies de dermatologie tropicale

À l'instar de la médecine tropicale dans son ensemble, dont elle représente une des branches maîtresses, la littérature portant sur la dermatologie tropicale est en pratique dominée par l'étude de maladies spécifiquement tropicales. La « dermatologie tropicale » est un terme ancien qui regroupe la prise en charge des manifestations cutané-muqueuses en rapport avec un agent infectieux, parasitaire le plus souvent, fongique, bactérien ou viral ou bien un animal, arthropode généralement, ou encore un végétal dont l'épidémiologie est spécifiquement tropico-équatoriale. Toutefois, l'importance de la dermatologie spécifiquement « tropicale » dans les pays en voie de développement, comme nous venons de le voir, reste relativement faible. Le goût prononcé des spécialistes du Nord pour ces pathologie et la survenue de grandes épidémies à expression dermatologique (telle que la lèpre, les tréponématoses endémiques, les trypanosomiasés, l'onchocercose, les filarioses lymphatiques et loa-loa, la dracunculose, les mycétomes, la variole, la fièvre jaune, etc.), ont probablement nourri cette distorsion entre la littérature et la dermatologie de terrain. Désormais, ces grandes épidémies sont parfois éradiquées, le plus souvent canalisées, ou tout au moins accessibles à des thérapeutiques, des vaccinations ou bien des mesures de prévention. Loin d'être anodin, ce biais de la littérature porte à conséquences, invitant le dermatologue à envisager en premier lieu un diagnostic « tropical » au détriment d'affections ubiquitaires nettement plus fréquentes.

L'émergence de pathologies sévères du fait de l'engagement du pronostic vital ou fonctionnel telles que respectivement le VIH et l'ulcère de Buruli incitent le dermatologue à les opposer aux pathologies courantes voire les délaissés.

Nous nous proposons donc de présenter dans cette partie, de manière non exhaustive, les principales dermatoses tropicales, moins connues du spécialiste du Nord, tout en conservant à l'esprit qu'elles ne représentent qu'une partie minoritaire de la dermatologie en zone tropicale (95,96).

1. Distributions et évolutions mondiales du VIH et des Infections sexuellement transmissibles (IST)

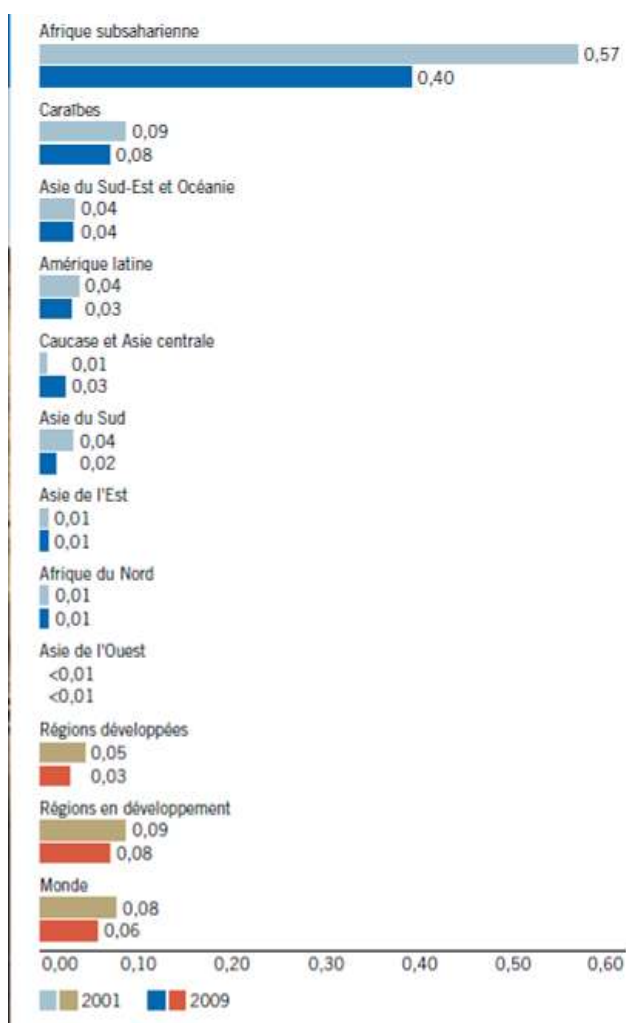
a) *Les IST, des pathologies fréquentes.*

Selon les estimations de l'OMS en 2005, on enregistre chaque année dans le monde 448 millions de nouveaux cas d'IST guérissables (syphilis, gonorrhée, chlamydie et trichomonase) chez des adultes âgés de 15 à 49 ans.

Non traitées, les infections sexuellement transmissibles peuvent provoquer des infections congénitales et périnatales chez le nouveau-né. En effet, en l'absence de traitement, 25% des

grossesses chez les femmes souffrant d'une syphilis précoce se soldent par une mortalité¹⁵ et dans 14% par la mort du nouveau-né, soit une mortalité périnatale totale de 40% environ. Jusqu'à 35% des grossesses chez les femmes souffrant d'une gonococcie non traitée se concluent par une fausse couche ou un accouchement avant terme, et jusqu'à 10% par un décès périnatal. En l'absence de prophylaxie, 30 à 50% des nourrissons nés de mères ayant une gonorrhée non traitée et jusqu'à 30% de ceux nés de mères ayant une chlamydie non traitée contractent une ophtalmie du nouveau né, qui peut conduire à la cécité; à l'échelle mondiale, entre 1000 et 4000 nouveau nés par an perdent la vue à cause de cette affection. Les IST sont également considérées comme un facteur de risque d'infection au VIH, indépendamment des risques liés au comportement sexuel (97).

b) *Le VIH, une amélioration de la prise en charge.*

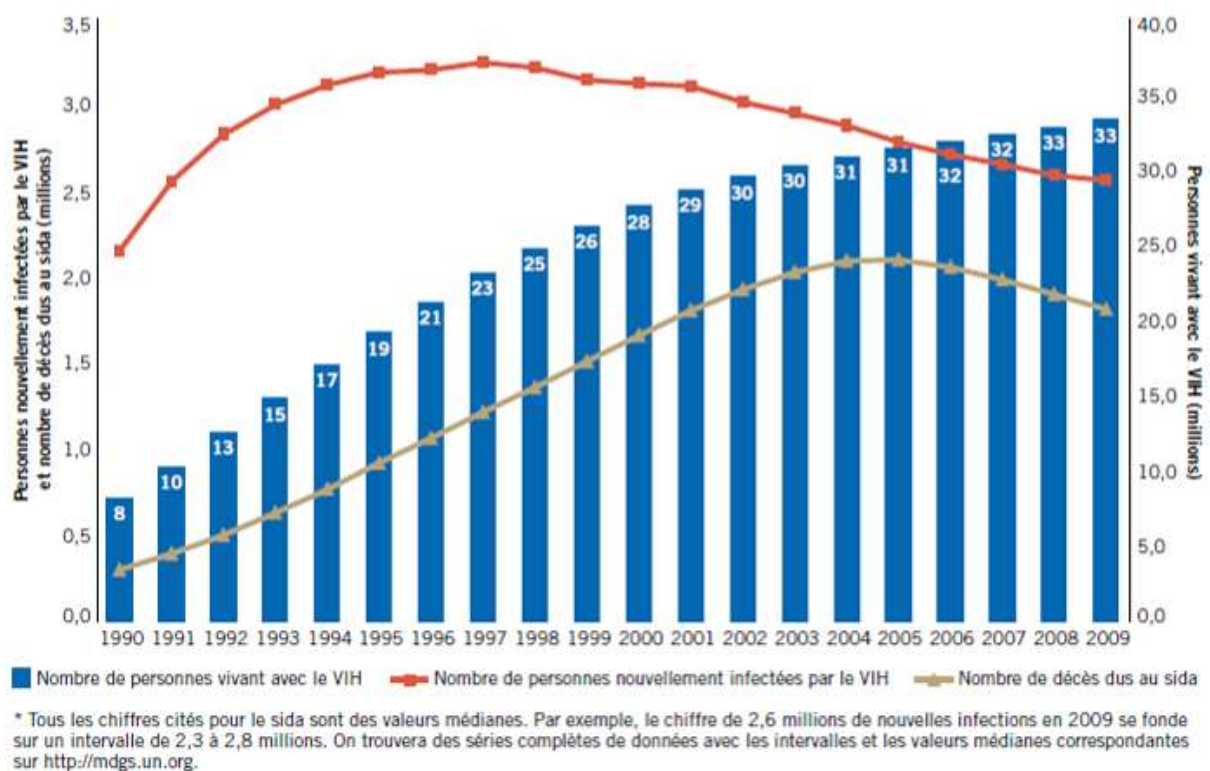


Taux d'incidence du VIH entre 2001 et 2009 (98).

Selon le rapport 2011 des OMD, le taux d'incidence du VIH a baissé avec régularité (près de 25 % au plan mondial) entre 2001 et 2009. Ces progrès mondiaux masquent pourtant des différences régionales substantielles. Si le taux d'incidence a nettement baissé en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, il est resté inchangé en Asie de l'Est, en Europe de l'Ouest, en Europe centrale et en Amérique du Nord. Celui-ci s'est même aggravé en Europe de l'Est et en Asie centrale après une baisse initiale au cours de la première moitié de la décennie. En 2009, on a recensé quelque 2,6 millions de nouvelles infections au VIH. Cela représente une chute de 21 % depuis 1997, année où les nouvelles infections ont atteint leur apogée(98).

¹⁵ La mortalité parfois appelée mortinaissance est l'expulsion d'un fœtus mort après 24 semaines d'aménorrhée (avant 24 semaines, il ne s'agit pas d'une mortinaissance, mais d'une fausse couche).

Le nombre de personnes recevant des traitements antirétroviraux pour le VIH ou le sida a été multiplié par 13 entre 2004 et 2009 ayant pour conséquence une chute de 19 % du nombre de décès au cours de cette même période. Ainsi, même si l'incidence du VIH diminue, le nombre de personnes vivantes séropositives augmente. En 2009, 33,3 millions de personnes vivaient avec le virus, soit 27 % de plus par rapport à 1999. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée, avec 69 % de toutes les nouvelles infections, 68 % de toutes les personnes vivant avec le VIH et 72 % des décès dus au sida. Les femmes et les jeunes gens sont particulièrement vulnérables. Sur le plan mondial, près de 23% des personnes vivant avec le VIH ont moins de 25 ans. La population de 15 à 24 ans compte pour 41 % des nouvelles infections parmi les gens âgés de 15 ans et plus. En 2009, les femmes étaient légèrement majoritaires (51 %) parmi les personnes qui vivent avec le VIH.

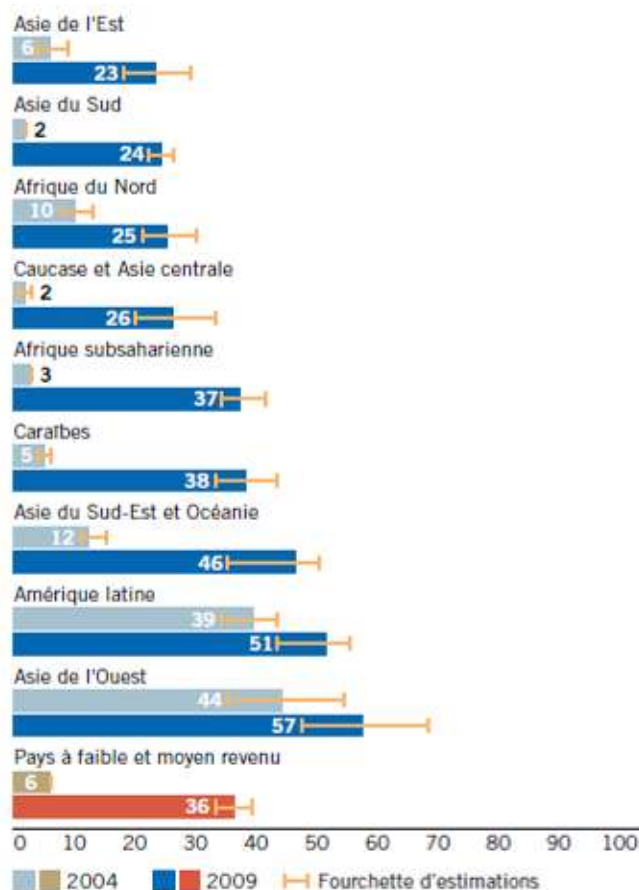


Nombre de personnes vivant avec le VIH, nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH et nombre de décès dus au sida dans le monde en millions de l'année 1990 à 2009.(98)

Bien que certains pays aient fait d'importants efforts en matière d'éducation afin d'améliorer la connaissance de la maladie, et ainsi de limiter sa transmission et de rejeter les fausses représentations engendrant des comportements inappropriés, en moyenne, seul 33% des hommes jeunes et 20% des jeunes femmes des régions en développement ont une compréhension exacte et complète du VIH. Des données récentes provenant d'enquêtes auprès des populations dans certains pays d'Afrique subsaharienne montrent que la proportion de jeunes qui savent qu'utiliser des préservatifs réduit les risques de contracter le VIH varie de 50 % à près de 90 %. Cependant, dans presque tous les pays où ces enquêtes ont eu lieu, les jeunes femmes possèdent moins souvent ce

type de connaissances. Les jeunes des zones rurales connaissent aussi moins souvent les méthodes de prévention que leurs homologues citadins.

De même, l'utilisation du préservatif reste peu fréquentes dans les pays en voie de développement puisque en moyenne, moins de la moitié des hommes jeunes et un peu plus d'un tiers des femmes jeunes rapportent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à risque en Afrique subsaharienne. De fortes disparités persistent, par exemple, respectivement 66% et 68% des femmes et hommes jeunes au Lesotho avaient utilisé un préservatif contre 17% et 27% en République Démocratique du Congo. Les femmes, les ménages pauvres et les habitants des zones rurales font également significativement moins usage de ce dernier(98).



Note : La couverture des traitements antirétroviraux est mesurée chez les personnes vivant avec le VIH avec un taux CD4 égal ou inférieur à 350 cellules/mm³.

Proportion de la population vivant avec le VIH qui reçoit un traitement antirétroviral (98)

L'accès au traitement antirétroviral¹⁶ a également progressé, il est cependant encore insuffisant pour assurer un accès universel aux populations. Seuls quelques pays comme le Botswana, le Cambodge, la Croatie, Cuba, le Guyana, Oman, la Roumanie et le Rwanda y sont parvenus, assurant également les interventions de prévention de transmission materno-fœtale du VIH. La couverture thérapeutique antirétrovirale varie en fonction du sexe et de l'âge. En 2009, la couverture était plus élevée chez les femmes (39 %) que chez les hommes (31 %). La couverture globale chez les enfants des pays à faible et moyen revenu était moindre que chez les adultes.

Environ 356 400 jeunes de moins de 15 ans recevaient une thérapie antirétrovirale fin 2009, contre 275 300 fin 2008. Il s'agit là d'environ 28 % de tous les enfants de moins de 15 ans qui avaient besoin d'un traitement dans les pays à faible et moyen revenu, contre 22 % en 2008.

L'utilisation du traitement antirétroviral dans le cadre de la réduction du risque de transmission materno-fœtale a également évolué, en Afrique subsaharienne, en 2004, 9% des femmes enceintes séropositives était sous couverture antirétrovirale contre 59% en 2009(98).

Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique du VIH seront abordés dans le chapitre consacré à Madagascar.

¹⁶ On considère qu'une population a accès au traitement antirétroviral lorsqu'au moins 80% de celle-ci y a accès.

2. Distribution et évolution et prise en charge mondiales de l'épidémie de lèpre

La lèpre, infection à *Mycobacterium leprae*, était déjà connue dans les civilisations antiques en Chine, en Égypte et en Inde. La première mention écrite connue de la lèpre remonte à 600 avant J.-C. De tout temps, les malades ont souvent été rejetés par leur communauté et leur famille.

a) Tendances évolutives de la lèpre

A ce jour, le diagnostic et le traitement de la lèpre est relativement simple et la plupart des pays où l'épidémie est endémique s'efforcent d'intégrer la prise en charge de la lèpre dans les services de santé nationaux. L'accès à l'information, au diagnostic et au traitement par PCT (polychimiothérapie) sont les éléments clé de la stratégie d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique, définie par une prévalence inférieure à 1 cas de lèpre pour 10 000 habitants. Depuis 1995, les coûts du traitement sont financés en totalité par l'OMS dans l'ensemble des pays, dans le cadre des programmes verticaux de prise en charge des pathologies tropicales négligées.

La plupart des pays qui étaient fortement affectés par la lèpre ont atteint le seuil national d'élimination et continuent leurs efforts au niveau des régions ou des districts. En 2007, la République Démocratique du Congo et le Mozambique ont atteint l'élimination de la lèpre à un niveau national. Cependant, des poches de haute endémicité persistent dans certains foyers comme à Madagascar, en Angola, au Brésil, en République Centre Africaine, en Inde en Tanzanie ou au Népal. Pour les 5 prochaines années, l'OMS, en collaboration avec les programmes nationaux de lutte contre la lèpre et d'autres partenaires, a élaboré une stratégie renforcée; celle-ci met davantage l'accent sur le fait de maintenir durablement la fourniture de soins de qualité aux patients et de réduire la charge de morbidité non seulement grâce au dépistage précoce des nouveaux cas, mais aussi en diminuant les incapacités, la stigmatisation et la discrimination et en offrant une réadaptation sociale et économique aux lépreux.

Les services intégrés de lutte contre la lèpre ont joué un rôle important dans de nombreux pays où la lèpre est endémique concernant le maintien de certaines capacités, comme celles de diagnostic, de traitement et de prévention des incapacités. Les centres d'orientation-recours¹⁷ qui font partie du système général des soins de santé, ont joué un rôle capital en aidant les services de soins primaires à traiter les complications, prévenir les incapacités et assurer la réadaptation(99,100).

¹⁷ A Madagascar il s'agit des CDT : Centres de Diagnostic et de Traitement, ces centres sont ceux de référence.

Comme l'illustre la figure ci-dessous, hormis en Méditerranée orientale, la tendance est à la baisse dans l'ensemble des régions du globe.

WHO region ^a – Région de l'OMS ^a	No. of new cases detected – Nombre de nouveaux cas dépistés						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
African – Afrique	47 006	46 918	45 179	34 480	34 468	29 814	28 935
Americas – Amériques	52 435	52 662	41 952	47 612	42 135	41 891	40 474
South-East Asia – Asie du Sud-Est	405 147	298 603	201 635	174 118	171 576	167 505	166 115
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	3 940	3 392	3 133	3 261	4 091	3 938	4 029
Western Pacific – Pacifique occidental	6 190	6 216	7 137	6 190	5 863	5 859	5 243
Total	514 718	407 791	299 036	265 661	258 133	249 007	244 796

^a No reports were received from the European Region. – Aucun rapport n'a été reçu de la Région européenne.

Tendances observées dans le nombre de nouveaux cas de lèpre dépistés, par Région de l'OMS, de 2003 à 2009(99)

Le tableau suivant rapporte le nombre de nouveaux cas dépistés en 2009 dans les 16 pays ayant notifié un nombre ≥ 1000 nouveaux cas. Ces 16 pays comptent 93% de tous les nouveaux cas dépistés en 2009. De même, hormis au Soudan, la prévalence décroît dans chacun de ces pays de forte prévalence. On note d'emblée que Madagascar fait partie des 16 pays où l'incidence est la plus élevée, d'autant plus que le nombre de cas n'est pas rapporté au nombre d'habitant.

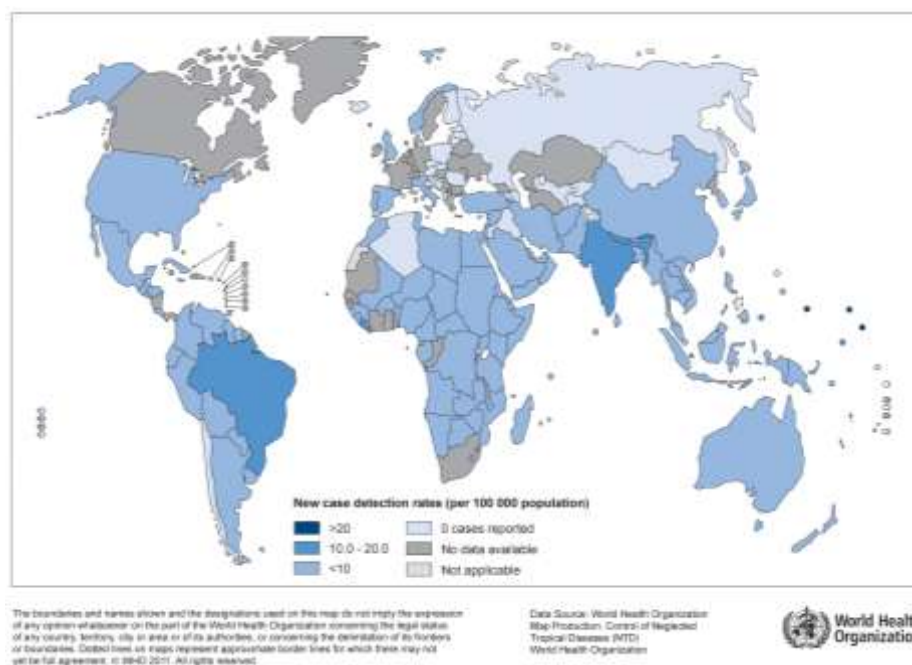
Ainsi, le poids de la lèpre devrait encore continuer à diminuer du fait des activités soutenues menées par les programmes nationaux de lutte antilépreuse et du soutien des partenaires nationaux et internationaux. A noter que l'atteinte du seuil d'élimination ne doit pas être confondu avec l'éradication de la maladie, les efforts ne doivent pas être relâchés. Comme l'incidence diminue, on ne peut qu'espérer que les effets préjudiciables de la maladie sur le bien-être physique, social et économique des individus et des familles touchés par la lèpre s'amenuisent (99).

Country – Pays	No. of new cases detected – Nombre de nouveaux cas dépistés						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bangladesh	8 712	8 242	7 882	6 280	5 357	5 249	5 239
Brazil – Brésil	49 206	49 384	38 410	44 436	39 125	38 914	37 610
China – Chine	1 404	1 499	1 658	1 506	1 526	1 614	1 597
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	7 165	11 781	10 369	8 257	8 820	6 114	5 062
India – Inde	367 143	260 063	169 709	139 252	137 685	134 184	133 717
Ethiopia – Éthiopie	5 193	4 787	4 698	4 092	4 187	4 170	4 417
Indonesia – Indonésie	14 641	16 549	19 695	17 682	17 723	17 441	17 260
Madagascar	5 104	3 710	2 709	1 536	1 644	1 763	1 572
Mozambique	5 907	4 266	5 371	3 637	2 510	1 313	1 191
Myanmar	3 808	3 748	3 571	3 721	3 637	3 365	3 147
Nepal – Népal	8 046	6 958	6 150	4 235	4 436 ^a	4 708 ^a	4 394 ^a
Nigeria – Nigéria	4 799	5 276	5 024	3 544	4 665	4 899	4 219
Philippines	2 397	2 254	3 130	2 517	2 514	2 373	1 795
Sri Lanka	1 925	1 995	1 924	1 993	2 024	1 979	1 875
Sudan – Soudan	906	722	720	884	1 706 ^b	1 901 ^b	2 100 ^b
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	5 279	5 190	4 237	3 450	3 105	3 276	2 654
Total (%)	491 635 (96)	386 424 (95)	285 257 (95)	247 022 (93)	240 664 (93)	233 263 (94)	227 849 (93)
Global total – Total général	514 718	407 791	299 036	265 661	258 133	249 007	244 796

^a New cases detected from mid-November 2008 to mid-November 2009. – Nouveaux cas dépistés entre la mi-novembre 2008 et la mi-novembre 2009.

^b Includes data from southern Sudan. – Comprend les données du Sud-Soudan.

Tendances observées dans le dépistage de la lèpre dans 16 pays rapportant un nombre ≥ 1000 nouveaux cas en 2009 et nombre de nouveaux cas dépistés annuellement depuis 2003(99)



Taux d'incidence de la lèpre début janvier 2011(100)

b) Diagnostic (101-103)

Le diagnostic de la lèpre reste avant tout clinique. Seul en cas de difficultés diagnostiques seront effectués des tests biologiques¹⁸.

L'examen clinique permet de classer les malades en deux catégories selon l'OMS:

-Lèpre paucibacillaire (PB) : le nombre de lésions hypochromiques est inférieur à 5. Si les examens bactériologiques sont réalisés, ils sont négatifs. Cette forme est également dénommée lèpre de forme tuberculoïde (forme tuberculoïde tuberculoïde ou forme borderline tuberculoïde) dans la classification de Ridley et Jopling.

La forme tuberculoïde tuberculoïde est marquée par des lésions maculeuses ou infiltrées, hypochromiques, peu nombreuses voire unique, de grande taille, bien limitées, asymétriques, hypoesthésiques voire anesthésiques.

La forme borderline tuberculoïde est marquée par des lésions plus nombreuses, avec quelques lésions satellites, parfois annulaires.

-Lèpre multibacillaire (MB) : le nombre de lésions hypochromiques est supérieur à 5. Si les examens bactériologiques sont réalisés, ils sont positifs. Cette forme est également dénommée lèpre de forme lépromateuse (forme lépromateuse lépromateuse, forme borderline lépromateuse, forme borderline borderline) dans la classification de Ridley et Jopling.

La forme lépromateuse lépromateuse est marquée par des lésions maculeuses ou infiltrées, la présence de nodules ou lépromes, les lésions sont nombreuses (>100), de petite taille, à limite floue, symétriques, non systématiquement hypochromiques ou anesthésiques.

La forme borderline lépromateuse présente des nodules et des lésions annulaires.

La forme borderline borderline ne présente que des lésions annulaires.

En cas de doute entre une forme MB et PB, l'OMS recommande de considérer qu'il s'agit d'une forme MB(103).

Le moment du diagnostic est également celui de l'évaluation des complications de la lèpre, qui seront réévaluées à chaque consultation par la suite. L'OMS recommande l'utilisation d'un score d'invalidité basé sur les atteintes neurologiques des mains et des pieds (recherche d'un déficit sensitivomoteur, d'une déformation ou d'une lésion) ainsi que l'atteinte ophtalmique (baisse d'acuité visuelle, kératite, iridocyclite). Les atteintes ORL sont également à rechercher.

Les réactions lépreuses, plus classiques en cours de traitement peuvent survenir à n'importe quel moment de la maladie. Il peut s'agir d'une réaction de type 1 ou dite de réversion. Elle concerne les

¹⁸ Un prélèvement de mucus nasal ou d'une sérosité dermique (nodule) est réalisé. Le prélèvement est fixé à l'alcool ou à la chaleur, une coloration de Zielh-nielsen est pratiquée. L'index bactériologique peut alors être calculé. L'IDR de Mitsuda n'est plus pratiquée.

formes bordeline et se caractérisent par un déplacement vers le pôle tuberculeux dû au renforcement de l'immunité. Les signes généraux sont absents, on observe une turgescence des lésions, la complication la plus grave est la névrite aigüe déficitaire douloureuse. La réaction de type 2 ou érythème noueux lépreux concerne les formes lépromateuses. Il s'agit d'une vascularite pouvant être déclenchée par le stress, une infection, une vaccination. Les signes généraux sont marqués avec présence de fièvre, d'arthralgies, d'atteintes viscérales. Sur le plan cutané des nodules dermo-hypodermiques inflammatoires apparaissent. Les complications peuvent être une amylose, une cécité, une insuffisance rénale, une névrite déficitaire.

L'ensemble de la symptomatologie est consignée sur un carnet individuel, complété à chaque nouvelle consultation.

RELEVÉ NEUROLOGIQUE

MÉRIS	Cébral		Médullaire		SPN		Totaux	
	D	G	D	G	D	G	D	G
Clonus	X							
Traçage spontané								
Déclat à la palpation								

Si (F/L) checker la saur correspondance avec F

Test de sensibilité

Droite: F
 Gauche: X
 Droite: F
 Gauche: X

Test de la motricité

	D	G
Prendre les yeux	F	F
Prendre les doigts	F	F
Prendre un objet de l'index	F	F
Prendre un objet dans la main	F	F
Prendre le pied	F	F

Clonus du pied: Oui Non

Nodule Lézion
 Tache
 Nerve Hyperesthésie
 Anesthésie
 A: Amputation
 U: Ulcération, MPP
 G: Griffe

S = Normal
 F = Faible
 P = Parésie

Dossier médical à Madagascar, localisation des atteintes dermatologiques et neurologiques (Document personnel)


c) *Traitement (101-103)*

La première étape thérapeutique décisive a eu lieu dans les années 1940 avec la mise au point de la dapson, qui a permis de freiner la maladie. Or, la durée du traitement était comptée en années, parfois même à vie, ce qui limitait sérieusement l'observance. Dans les années 1960, des résistances à la dapson ont émergé, seul médicament antilépreux connu dans le monde à l'époque. Au début des années 1960, la rifampicine et la clofazimine ont été découvertes. En 1981, un groupe d'étude de l'OMS a recommandé l'usage de la polychimiothérapie (PCT) associant la dapson, la rifampicine et la clofazimine. Depuis 1995, l'OMS met ce traitement gratuitement à la disposition de tous les sujets atteints de lèpre.

En cas de lèpre MB, une PCT par Rifampicine + Disulone + Clofazimine est administrée pendant 12 mois. Si le patient ne se présente pas pendant trois mois consécutifs ou n'a pu bénéficier des 12 prises médicamenteuses au bout de 18 mois, il est considéré comme perdu de vue. Le système de l'aide communautaire est alors mis en jeu avec une recherche active du sujet.

En cas de lèpre PB, une PCT par Rifampicine + Disulone est administrée pendant 6 mois. Si le patient ne se présente pas pendant trois mois consécutifs ou n'a pu bénéficier des 6 prises médicamenteuses au bout de 9 mois, il est considéré comme perdu de vue. De même, une recherche active du sujet est débutée.

Le traitement des réactions lépreuses dépend de la sévérité de la symptomatologie. Le traitement repose en fonction de la sévérité sur l'administration d'aspirine, de paracétamol ou d'une corticothérapie systémique. L'urgence est d'éliminer la névrite aiguë qui nécessite une chirurgie de décompression nerveuse en urgence.

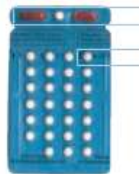


Plaquette PB adulte:

- 1 fois par mois:** Jour 1
 - 2 gélules de rifampicine (300 mg X 2)
 - 1 comprimé de dapson (100 mg)
- 1 fois par jour:** Jours 2 à 28
 - 1 comprimé de dapson (100 mg)

Traitement complet PB adulte:
6 plaquettes

Plaquette PB adulte



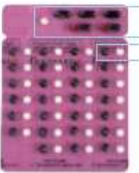
Plaquette PB enfant (10 à 14 ans):

- 1 fois par mois:** Jour 1
 - 2 gélules de rifampicine (300 mg et 150 mg)
 - 1 comprimé de dapson (50 mg)
- 1 fois par jour:** Jours 2 à 28
 - 1 comprimé de dapson (50 mg)

Traitement complet PB enfant:
6 plaquettes.

Adaptez les doses de rifampicine et dapson en fonction du poids corporel chez les enfants de moins de 10 ans.

Plaquette PB enfant

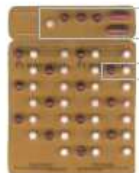


Plaquette MB adulte:

- 1 fois par mois:** Jour 1
 - 2 gélules de rifampicine (300 mg X 2)
 - 3 gélules de clofazimine (100 mg X 3)
 - 1 comprimé de dapson (100 mg)
- 1 fois par jour:** Jours 2 à 28
 - 1 gélule de clofazimine (50 mg)
 - 1 comprimé de dapson (100 mg)

Traitement complet MB adulte:
12 plaquettes

Plaquette MB adulte



Plaquette MB enfant (10 à 14 ans):

- 1 fois par mois:** Jour 1
 - 2 gélules de rifampicine (300 mg et 150 mg)
 - 3 gélules de clofazimine (50 mg X 3)
 - 1 comprimé de dapson (50 mg)
- 1 fois par jour:** Jours 2 à 28
 - 1 gélule de clofazimine tous les 2 jours (50 mg)
 - 1 comprimé de dapson (50 mg)

Traitement complet MB enfant:
12 plaquettes.

Adaptez les doses de rifampicine, clofazimine et dapson en fonction du poids corporel chez les enfants de moins de 10 ans.

Plaquette MB enfant

Présentation des plaquettes de PCT fournies par l'OMS en fonction de l'âge et du type de lèpre(103)

La prise en charge thérapeutique doit également comporter une information claire sur la maladie, le patient doit être averti que si des personnes présentent les mêmes symptômes que lui dans son entourage, ils doivent se rendre en consultation. Un message positif doit être véhiculé en insistant sur la possibilité de guérir la maladie.

En cas de complications neurologiques ou oculaires, les gestes de protection simple doivent être expliqués.

Soins des pieds	
Fissures et crevasses sèches	Recommandez de baigner les pieds chaque jour (20 minutes) et d'appliquer régulièrement de la vaseline. Conseillez l'usage de chaussures pour protéger les pieds.
Vésicule sur la plante du pied ou entre les orteils	Pansez la vésicule avec une compresse propre. Mettre du coton et un bandage.
Ulcère sans suppuration	Lavez l'ulcère à l'eau et au savon. Recouvrez d'un pansement antiseptique. Conseillez le repos et l'utilisation de chaussures adaptées.
Ulcère avec suppuration	Nettoyez l'ulcère. Appliquez un pansement antiseptique. Conseillez le repos. S'il n'y a pas d'amélioration après 4 semaines, adressez le malade à un centre spécialisé.

Soins de s mains	
Plaies de la main au travail, à la cuisine	Nettoyez la plaie et appliquez un pansement propre. Conseillez le repos. Expliquez comment se protéger les mains (gants, ustensiles de cuisine avec manche en bois).
Fissures et crevasses sèches	Recommandez de baigner les mains chaque jour (20 minutes) et d'appliquer régulièrement de la vaseline.

Soins de s yeux	
Œil rouge et douloureux, trouble de la vision, larmoiement et photophobie	Donnez de l'aspirine ou du paracétamol. Administrez des gouttes d'atropine 1% et une pommade corticoïde. Couvrez l'œil d'un pansement. Si possible, conseillez au patient d'aller à l'hôpital.
Lésion de la cornée	Utilisez une pommade antibiotique et couvrez l'œil d'un pansement. Si possible, adressez le malade à un centre spécialisé.

Mesures de prévention des infirmités (103).

3. Ulcère de Buruli

L'ulcère de Buruli fait partie du groupe des maladies tropicales négligées. Elle est la résultante de l'infection par *Mycobacterium ulcerans*.

L'ulcère de Buruli a été signalé dans des pays d'Afrique, d'Amériques et du Pacifique occidental. Les cas se produisent en majorité dans les régions tropicales et subtropicales, bien que des cas aient été notifiés en Australie, en Chine et au Japon. La plupart des cas surviennent en Afrique de l'ouest, en particulier au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Ghana. La Côte d'Ivoire, pays le plus touché, notifie plus de 2500 cas par an. À l'échelle mondiale, ce sont entre 5000 et 6000 cas qui sont recensés chaque année par 15 des 33 pays où la maladie a déjà été signalée, cependant, elle est considérablement sous-notifiée. Il n'a jamais été recensé de cas à Madagascar.

On ignore encore le mode exact de transmission de *M. ulcerans*. Il semble cependant qu'il puisse varier selon les zones géographiques et les situations épidémiologiques. On trouve en général cette maladie dans les communautés proches des cours d'eau, des marais et des zones humides. Les changements environnementaux dus à l'homme – déforestation, construction de barrages, systèmes d'irrigation, extraction de sable, de métaux en surface, et agriculture – ont été associés à sa survenue ou à sa recrudescence. Des êtres vivants pourraient jouer un rôle de réservoirs ou de vecteurs de

M.ulcerans, notamment les insectes aquatiques, les moustiques adultes ou d'autres arthropodes piqueurs.

L'ulcère de Buruli touche principalement les enfants, près de la moitié des cas affectés sont des enfants en Afrique. Les lésions atteignent avec prédilection les zones découvertes, soit les membres inférieurs soit dans une moindre mesure les bras et le tronc. Son évolution comporte 2 phases, une phase pré-ulcéreuse où il se présente sous forme d'une tuméfaction (nodule ou plaque), indolore et œdémateuse. Après une évolution vésiculo-nécrotique, la phase ulcéreuse laisse place à un ulcère profond, à bords décollés, atteignant fréquemment l'aponévrose. Une phase de cicatrisation, très lente, fait suite à la détersion. La coexistence de lésions contigües d'âges différents est caractéristique.

L'impotence fonctionnelle engendrée par les ulcères péri-articulaires et les rétractions cicatricielles conduisent à des séquelles à type d'ankylose et de blocage en attitude vicieuse. Le diagnostic et le traitement précoces sont essentiels pour éviter de tels préjudices.

La prise en charge est médico-chirurgicale. Le traitement antibiotique le plus utilisé est l'association de rifampicine et de streptomycine, d'autres schémas associent à la rifampicine la clarithromycine ou la moxifloxacine(104,105).

4. Filarioses

a) Filariose lymphatique

La filariose lymphatique, communément appelée *elephantiasis* est due à une infection par des nématodes (vers ronds) de la famille des Filaridés. Ces vers filaires sont de trois types: *Wuchereria bancrofti*, qui est responsable de 90% des cas, *Brugia malayi*, qui est à l'origine de la plupart des cas restants et rarement *B. timori*. La filariose lymphatique est transmise par différents types de moustiques, dont ceux des genres *Culex*, largement répandus dans les zones urbaines et semi-urbaines; *Anopheles*, essentiellement présents dans les zones rurales, et *Aedes* principalement présents dans les îles du Pacifique et à Madagascar. Les parasites logent dans le système lymphatique et perturbent le système immunitaire.

Bien que l'infestation soit généralement acquise dans l'enfance, les manifestations n'apparaissent que plus tard dans la vie. La majorité des infections sont asymptomatiques, potentiellement responsables d'atteintes rénale et du système lymphatique. Lorsque la filariose lymphatique devient chronique, elle se complique de lymphœdème, d'éléphantiasis (épaississement de la peau/des tissus) et d'hydrocèle avec des atteintes mammaire et génitale fréquentes. Le lymphœdème chronique se complique souvent de poussées inflammatoires aiguës.

Le schéma thérapeutique recommandé est une prise en dose unique d'albendazole et d'ivermectine dans les zones où l'onchocercose est également endémique, soit d'albendazole et de citrate de

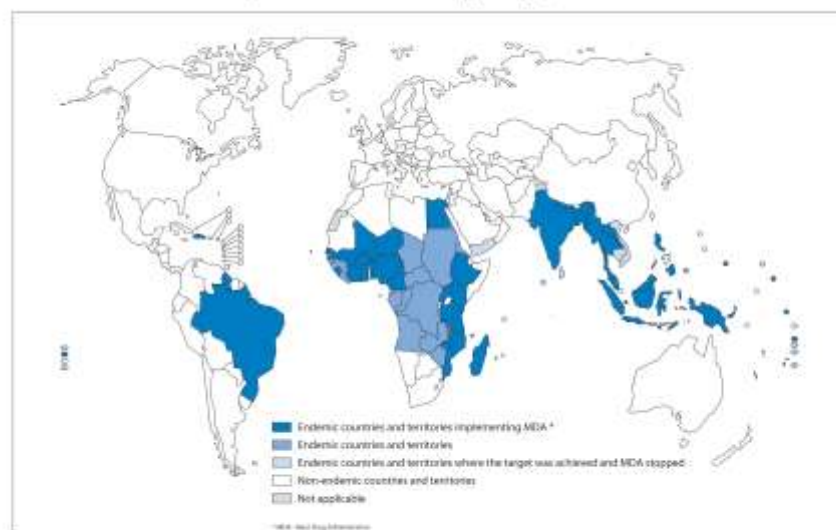
diéthylcarbamazine (DEC) dans les zones où l'onchocercose n'est pas endémique. Ces médicaments éliminent les microfilaires et la plupart des vers adultes. La lutte vectorielle est également un des points importants du traitement préventif. L'OMS assure la prise en charge de cette pathologie grâce à une distribution massive annuelle de médicaments.

Ces difformités corporelles sont sources de stigmatisation sociale et de problèmes financiers dus à la perte de revenu et aux dépenses médicales. Ce fardeau socio-économique, associé à l'isolement et à la pauvreté est énorme.

Actuellement, plus de 1,3 milliard de personnes dans 72 pays vivent en zone d'endémie. Approximativement 65% des personnes infectées vivent dans la Région OMS de l'Asie du Sud-est, 30% dans la Région africaine et le reste dans d'autres zones tropicales.

Plus de 25 millions d'hommes sont atteints de lésions génitales dues à la filariose lymphatique et plus de 15 millions de personnes souffrent de lymphœdème des membres inférieurs. La prévalence et l'intensité de l'infection sont liées à la pauvreté, son élimination peut contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies.

Distribution and status of preventive chemotherapy for lymphatic filariasis, worldwide, 2010



Distribution et statut de la chimioprophylaxie pour la filariose dans le monde en 2010

b) Onchocercose

L'onchocercose est une filariose spécifiquement humaine provoquée par u *Onchocerca volvulus* et transmise par une simule (*Simulium damnosum*). Le ver adulte mesure jusqu'à 50 cm de long et vit dans le derme où il produit des milliers de microfiaires. C'est actuellement la deuxième cause

mondiale infectieuse de cécité après le trachome. Elle se rencontre le plus souvent en Afrique subsaharienne, en zone intertropicale, mais elle est également répandue au Yémen et en Amérique latine. Elle est couramment appelée "cécité des rivières" en raison de la présence abondante de la simule le long des rives des cours d'eau.

L'enkystement de certaines filaires adultes se présente sous forme de nodules fermes et indolores appelés onchocercomes. La mort des microfilaires est responsable quant à elle d'un prurit féroce et des manifestations oculaires conduisant après plusieurs années d'évolution à une cécité irréversible. Les lésions secondaires de grattage conduisent à des modifications de la pigmentation cutanée, laissant place à une association de zones hypochromes, hyperpigmentées, atrophiques ou lichénifiées, appelé parfois «peau de léopard » ou « vitiligo en confetti ».

Le traitement repose sur l'administration d'ivermectine (105,106).

5. Epidémiologie et prise en charge des mycoses profondes

a) *Chromomycose*

La chromomycose ou chromoblastomycose est une mycose profonde due à des champignons dématiés appartenant à 5 genres différents dont les plus fréquents sont *Fonsecaea pedrosoi* et *Cladosporium carionii*. La maladie est cosmopolite en zones tropicales et subtropicales, particulièrement répandue à Madagascar, à la Réunion, au Brésil, au Venezuela et au Japon.

La contamination se fait par inoculation directe, en se piquant sur les épines de végétaux. La maladie est donc plus fréquemment observée en milieu rural et chez les hommes, travaillant plus en extérieur.

La maladie évolue en deux phases. Elle débute par une plaque érythématosquameuse ou croûteuse d'un segment de membre. Puis, de proche en proche apparaissent progressivement des lésions satellites verruqueuses, végétantes et confluentes. En même temps, les lésions initiales peuvent cicatriser laissant place à une hypochromie. La maladie se propage dans un second temps par voie lymphatique, pouvant être responsable d'un lymphœdème majeur et d'une adénite. Des métastases viscérales ont été décrites.

Le diagnostic de certitude repose sur l'examen direct où sont identifiées des levures et la culture sur milieu de Sabouraud permettant le diagnostic de l'agent pathogène.

Le traitement est mal codifié et source de nombreuses rechutes quelque soit la thérapie proposée. Il repose sur la chirurgie, l'électrocoagulation ou la cryochirurgie plus ou moins associées à l'administration d'antifongiques tels que la terbinafine, l'itraconazole ou le 5-fluocytosine. L'administration d'amphotercine B seule ou en association avec l'itraconazole ou le 5-fluocytosine, ou encore de vitamine D ont parfois été couronnées de succès. Le posaconazole dont l'efficacité est démontrée in vitro ouvre de nouveaux espoirs thérapeutiques pour les formes sévères (105,107,108).

b) Mycétomes

Un mycétome est défini comme « un processus pathologique au cours duquel des agents fongiques ou actinomycosiques d'origine exogène produisent des grains parasitaires ».

Dans la forme fongique appelée eumycétome, l'infection est due à divers champignons (*Madurella mycetomatis*, *Madurella grisea*, *Leptosphaeria senegalensis*, *Leptosphaeria tompkinsii*, *Pyrenochaeta romeroi*, *Exophiala jeanselmei*, *Pseudoallescheria boydii*, *Fusarium spp*, *Neostestudina rosatii*, *Aspergillus spp*). La répartition géographique de l'affection est déterminée par la pluviométrie annuelle : ils sont concentrés dans la bande dite « mycétomique », zone nord-tropicale, de part et d'autre du 15^{ème} degré de latitude nord.

La contamination humaine est due à la pénétration accidentelle de germes saprophytes du sol ou des épineux. Ce mode de contamination explique la localisation des lésions préférentiellement situées aux pieds et aux membres supérieurs et la plus grande fréquence de la maladie chez les hommes vivant en milieu rural et pratiquant l'agriculture.

Cliniquement, l'eumycétome se présente sous la forme d'une tumeur sous cutanée, d'évolution lente, très inflammatoire, avec de nombreuses fistules. On note souvent une atteinte osseuse sous-jacente. Les grains sont **noirs**, blancs ou jaunes.

Dans la forme bactérienne, appelée mycétome, l'infection est due à des bactéries : Actinomyces et Nocardiose (*Actinomaduras pelletieri*, *Actinomaduras madurae*, *Streptomyces somaliensis*, *Nocardia spp*). Pour Actinomyces, germe saprophyte du tractus génital, colique et ORL la contamination se fait par contiguïté d'un foyer de l'une de ces zones, ou plus rarement par voie hématogène ou inoculation directe. Pour Nocardia, germe tellurique et ubiquitaire, la contamination se fait par inoculation directe (classique « Pied de Madura ») ou hématogène post inhalation.

Cliniquement, le mycétome se présente sous la forme d'une tumeur sous cutanée, d'évolution plus lente, moins inflammatoire, moins fistulisée. L'atteinte osseuse est plus précoce que pour l'eumycétome. Les grains sont **rouges**, blancs ou jaunes.

Le diagnostic repose sur la clinique, la couleur des grains permettant d'orienter l'étiologie. L'histologie permet également d'affirmer le diagnostic et de confirmer l'origine fongique ou bactérienne tandis que l'examen mycologique et la culture permettent de mieux caractériser l'agent pathogène.

Le traitement est encore mal codifié. Il est déterminé par le type actinomycosique ou fongique. Les formes actinomycosiques doivent avant tout bénéficier d'un traitement médical même en cas d'atteinte osseuse. Les antibiotiques utilisés sont les aminosides et les sulfamides en cas de nocardiose et les pénicillines en cas d'actinomycose. Ils sont prescrits seuls ou en association pendant des durées variant de 6 mois à un an. Dans les formes fongiques, le traitement antifongique de la classe des azolés doit systématiquement être utilisé en première intention, souvent complété d'une chirurgie « carcinologique », la moins mutilante possible. La guérison ne peut être affirmée qu'après plusieurs années sans récurrence.

Les mycétomes restent un problème d'actualité du fait de la non-disponibilité d'un traitement médical efficace accessible pour les formes fongiques et du retard du diagnostic lié en grande partie au retard de consultation, les malades habitant souvent loin des structures à même de les prendre en charge correctement. En dehors de la létalité qu'ils engendrent, ils sont source d'un important retentissement fonctionnel (105,109).

6. Tréponématoses endémiques

Les tréponématoses sont un groupe d'infections bactériennes chroniques dues à des tréponèmes qui compte la syphilis endémique ou bégel, la pinta et le pian, la plus courante de ces affections. La notification des tréponématoses n'étant pas obligatoire, la prévalence mondiale n'est pas connue avec exactitude. Des campagnes de traitement de masse par la pénicilline injectable, menées de 1952 à 1964 dans 46 pays, ont permis de réduire la prévalence du pian de 95 %. Lors de sa dernière estimation en 1995, l'OMS a chiffré la prévalence mondiale des tréponématoses endémiques à 2,5 millions de cas (principalement des cas de pian), dont 460 000 infectieux.

Le pian est causé par *Treponema pallidum* sous-espèce *pertenue*. Il est présent principalement dans les communautés pauvres des régions chaudes, humides et tropicales d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et du Pacifique.

Le pian se transmet par contact direct cutané. La plupart des lésions touchent les membres. La lésion initiale est extrêmement contagieuse, notamment pour de jeunes enfants qui jouent ensemble et subissent des traumatismes mineurs, conduisant à la transmission de l'infection. La période d'incubation dure de 9 à 90 jours (21 jours en moyenne). Environ 75% des personnes atteintes sont des enfants de moins de 15 ans (l'incidence de la maladie est maximale chez les enfants de 6-10 ans).

On observe deux phases principales: la phase précoce (infectieuse) et la phase tardive (non infectieuse). Dans la phase précoce, un papillome initial (infiltration cutanée annulaire) ou une ulcération apparaît au point d'inoculation. Des lésions secondaires de même caractéristiques peuvent apparaître à proximité de la lésion initiale. Elle peut persister 3 à 6 mois avant de guérir spontanément. En l'absence de traitement, les lésions se disséminent sur l'ensemble du corps: il s'agit des pianomes (lésions humides, suintantes, végétantes, avec une surface volontiers croûteuse, jaunâtre) et des pianides (sèches, papulosquameuses, de disposition circonscrite). La phase tardive se manifeste cinq ans après l'infection initiale et se caractérise par des mutilations du nez et des os. On retrouve également une hyperkératose et une hyperpigmentation palmoplantaire, associées à un tégument cutané parsemé de végétations tuberculoïdes, d'ulcérations, de gommages pianiques froides responsables de cicatrices scléroatrophiques volontiers achromiques. Seules les lésions de la phase précoces sont contagieuses.

Le bégel ou syphilis endémique est dû à une infection à *Treponema pallidum* sous-espèce *endemicum*, présent dans les zones arides et chaudes en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud-Ouest et au Moyen-Orient. Comme le pian, il touche principalement les enfants par contact cutané direct. Lors de phase précoce, sa présentation clinique est marquée par l'absence de chancre d'inoculation et un

monomorphisme de sa symptomatologie qui se traduit presque uniquement par des manifestations à type de plaques muqueuses des lèvres et de la langue ressemblant aux lésions de la syphilis secondaire et des éléments cutanés prenant l'aspect des syphilides papuleuses circinées, sèches et psoriasiformes, ou papuloérosives. Les lésions tardives sont très similaires à celles du pian mais classiquement moins délabrantes.

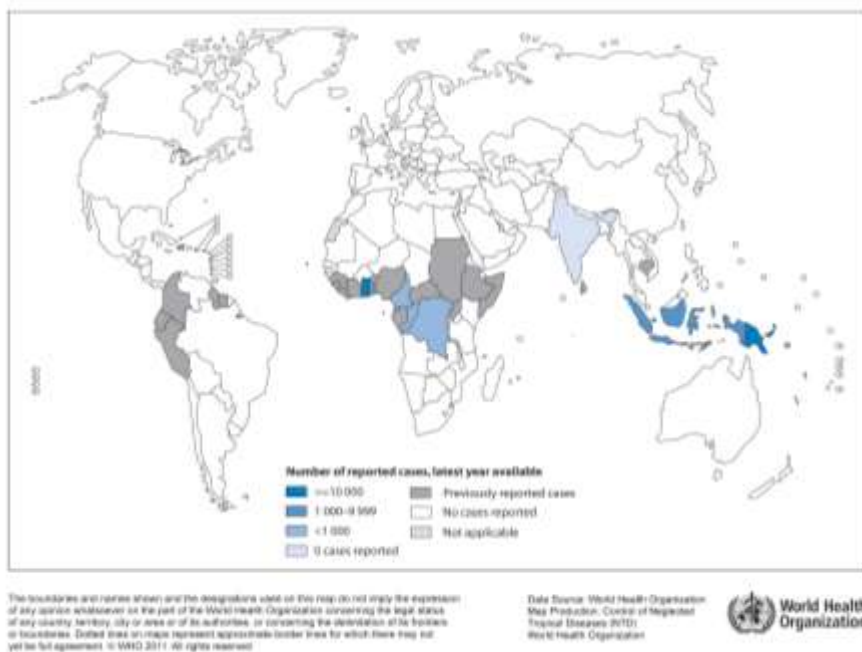
La pinta est due à une infection à *Treponema carateum*. Devenu occasionnelle aujourd'hui, de rares cas sont encore signalés au Venezuela, en Colombie et au Mexique.

Sur le terrain, le diagnostic repose principalement sur les observations cliniques et épidémiologiques. Les tests sérologiques ne permettent pas de les différencier d'une infection syphilitique.

En l'absence de traitement, 10% des individus atteints par une tréponématose endémique présentent des complications mutilantes et invalidantes à type de difformités des jambes et du nez au bout de cinq ans. Cette maladie et ses complications entraînent un absentéisme scolaire et un retentissement fonctionnel chez les adultes, cause de perte de revenu et de fragilisation sociale.

Le traitement repose désormais sur l'administration d'une dose unique d'azithromycine ou d'une injection de benzathine-pénicilline en cas d'indisponibilité de cette dernière.

Il n'existe pas de vaccin contre les trépanomatoses endémiques. La prévention repose sur l'interruption de la transmission par un diagnostic précoce des cas et le traitement de masse ou ciblé des populations touchées. L'éducation sanitaire et l'amélioration de l'hygiène personnelle sont des composantes clés de la prévention (105,110).



Distribution mondiale des cas de trépanomatoses endémiques en 2010 (111).

7. Rougeole

La rougeole est une maladie due au virus morbillivirus de la famille des Paramyxoviridae. Elle reste l'une des causes importantes de décès du jeune enfant. En 2011, on a recensé 158 000 décès par rougeole dans le monde, dont 95% recensés dans des pays à faibles revenus où les infrastructures sanitaires sont déficientes.

Le tableau clinique est marqué par une forte fièvre, associée à un catarrhe oculo-respiratoire, une conjonctivite et au signe de Köplik sur la face interne des joues. Un érythème maculopapuleux morbiliforme, d'évolution descendante apparaît plusieurs jours plus tard. Le temps d'incubation est en moyenne de 14 jours, dans un intervalle de 7 à 18 jours.

Les formes sévères surviennent plus particulièrement chez le jeune enfant malnutri, notamment si le système immunitaire est affaibli par le VIH/SIDA ou d'autres comorbidités.

La plupart des décès sont dus aux complications de la maladie. Celles-ci sont plus fréquentes avant l'âge de cinq ans ou chez l'adulte de plus de vingt ans. Parmi les complications les plus graves, on retient l'encéphalite, la cécité, les diarrhées sévères susceptibles d'entraîner une déshydratation, la surinfection pulmonaire. Dans les populations fortement touchées par la malnutrition jusqu'à 10% des cas de rougeole sont mortels.

Grâce à la vaccination antirougeoleuse, les décès par rougeole dans le monde ont chuté de 71% entre 2000 et 2011. En 2011, environ 84% des enfants dans le monde, contre 72% en 2000, ont reçu une dose de vaccin antirougeoleux avant l'âge de un an, grâce à l'intervention systématique des services de santé(112).

8. Peste

a) Épidémiologie

La peste est une maladie bactérienne causée par un bacille à Gram négatif : *Yersinia pestis*. Après trois grandes pandémies mortifères, la découverte de la vaccination en 1934 par Girard et Robic à l'Institut Pasteur de Madagascar puis l'avènement des antibiotiques ont considérablement fait chuter sa prévalence. On assiste actuellement à une réémergence de cette pathologie, avec une recrudescence du nombre de cas mondiaux associée à une réactivation d'anciens foyers. L'Afrique est le continent le plus touché avec en particulier des foyers endémiques très actifs à Madagascar, en République démocratique du Congo et en Tanzanie. Plusieurs cas ont également été notifiés en Asie et en Amérique.

La peste est avant tout une zoonose dont le principal réservoir est les rongeurs

b) Diagnostic

L'infection humaine revêt trois formes cliniques : la peste bubonique, la peste pulmonaire et la peste septicémique.

La peste bubonique, de loin la plus fréquente, résulte d'une piqûre par une puce infectée. On observe de manière inconstante au point d'injection une phlyctène laissant place au « charbon pesteux », lésion ulcéronécrotique. Se forme alors le classique bubon inguinal, tuméfaction dure, lisse, de petite taille extrêmement douloureuse. Les signes généraux sont très marqués : fièvre élevée d'apparition brutale, céphalées et troubles du comportement (agitation, délire). Une symptomatologie digestive est parfois observée et peut égarer le diagnostic clinique. A partir du bubon, la bactérie peut se disséminer par voie lymphatique et sanguine provoquant une septicémie mortelle dans environ 40 à 70 % des cas en l'absence de traitement.

La peste pulmonaire est liée à une inhalation d'aérosols infectieux. L'incubation est très courte (de quelques heures à 2 jours) et les signes cliniques sont d'emblée sévères : fièvre élevée, altération profonde de l'état général, cyanose des extrémités, coma. La pauvreté des signes auscultatoires et radiologiques contraste avec la gravité des signes fonctionnels. L'évolution est systématiquement mortelle en 2 à 4 jours en l'absence de traitement.

La forme septicémique est beaucoup plus rare, due à la pénétration sanguine directe du bacille à travers des excoriations cutanées (par exemple lors de la manipulation de cadavres d'animaux morts de peste) ou à travers les conjonctives. Le déclenchement de la maladie est extrêmement brutal et la mort survient dans les heures qui suivent l'apparition des signes cliniques. Cette forme peut également être secondaire à une peste bubonique parfois sans bubon décelable. L'absence de signe clinique pathognomonique de l'étiologie pesteuse en rend le diagnostic très difficile.

Des tests de détection rapide sous forme de bandelette sont maintenant disponibles et permettent un diagnostic rapide de la maladie. La confirmation reste cependant bactériologique.

c) Prise en charge thérapeutique

Les chances de survie du malade sont directement liées à la précocité de la mise en place du traitement. Il repose sur une antibiothérapie par streptomycine en intramusculaire, active sur toutes les formes de peste (sauf en cas d'atteinte méningée). Si un aminoside ne peut être employé, un traitement repose sur l'administration de sulfamides, de tétracyclines ou de chloramphenicol qui est l'antibiotique de choix dans les formes méningées. Un traitement chimioprophylactique par sulfamides ou cyclines est dispensé à tous les cas contacts. En l'absence de traitement, la mortalité est de 40 à 70 % dans la forme bubonique et de presque 100 % dans la forme pulmonaire, le plus souvent en moins d'une semaine. La vaccination contre la peste est quasi abandonnée en raison de sa mauvaise tolérance, de sa courte durée d'immunisation, de son absence d'efficacité dans les formes pulmonaires et de l'efficacité de l'antibiothérapie curative et prophylactique. Les mesures sanitaires en cas d'épidémie sont un assainissement de l'environnement et une dératisation(113).

D. Conclusion

Bien que le bilan global de santé soit en progression dans le monde, les disparités existantes entre les différentes régions du globe et à l'intérieur même de ces régions sont parfois criantes. Malgré une nette amélioration de la prise en charge du VIH ces dernières années, il représente toujours un important fardeau occasionnant même le recul de certains indicateurs de santé en zone subsaharienne. La dermatologie en zone tropicale représente une grande partie des motifs de consultation, pourtant, elle n'est souvent pas considérée comme une spécialité majeure. Les grandes épidémies à présentation dermatologique sont nombreuses et variées. Elles bénéficient d'importants soutiens médiatique et financier, par le biais de programmes verticaux, malheureusement souvent au détriment de la pathologie courante et plus largement du système de soins primaires. De plus en plus de programmes incitent à tenir compte du poids des affections cutanées en raison de leur forte prévalence et d'une demande importante des populations, mais également en raison du faible niveau de connaissance des agents de santé engendrant une inefficacité des traitements prescrits et un surcoût pour les populations, découragées à faire de nouveau appel aux services de santé.

V. Récit d'une expérience en Dermatologie à Madagascar

A. Situation socio-économique et système de santé à Madagascar(114)

1. Présentation générale du pays

a) *Climat et situation géographique*

Séparée du continent africain par le canal de Mozambique, Madagascar est la plus grande île de l'Océan Indien. D'une superficie de 587 041 km² ¹⁹, elle s'étend sur 1 500 km du Nord au Sud et atteint une largeur de 500 km d'Est en Ouest(115). « La Grande Ile » est bordée d'une côte de 5 000 km environ et elle s'étend sur une grande latitude ce qui, combiné aux différents reliefs que l'on y rencontre, offre une grande variété climatique. La côte Est présente un climat tropical et humide, les précipitations sont moins importantes sur la côte Ouest, le Sud est semi-désertique, alors que le Nord et l'intérieur des terres jouissent d'un climat subtropical tempéré. Du Nord au Sud, Madagascar est traversée par une large chaîne montagneuse : ces Hautes Terres en plateaux représentent près de deux tiers de la superficie totale de « l'île Rouge ». Il existe deux saisons à Madagascar : la saison chaude ou saison des pluies durant l'été austral et la saison sèche du mois d'avril à celui d'octobre. De par sa situation géo-climatique, Madagascar est prédisposée à un large éventail de catastrophes naturelles constituées par les cyclones, les inondations, la sécheresse et les invasions acridiennes²⁰. Entre 1980 et 2010, Madagascar a été touché par 35 cyclones et inondations, 5 périodes de sécheresse sévère, 5 séismes. Ces perturbations s'intensifient, en raison notamment des changements climatiques et affaiblissent la sécurité alimentaire de la population, l'accès à l'eau potable et le système de santé²¹. En 2010, seul 34% de la population avait accès à une source d'eau améliorée(116).

¹⁹ A titre de comparaison la superficie de la France est de 552 000km².

²⁰ Relatif aux Acrididés, c'est-à-dire aux sauterelles et aux criquets.

²¹ L'accès à une source d'eau améliorée correspond au pourcentage de la population qui a un accès raisonnable à une quantité suffisante d'eau venant d'une source améliorée telle qu'une prise d'eau ménagère, un réservoir public au sol, un puits, une source ou un puits protégé ou des eaux pluviales collectées. Les sources non améliorées comprennent les vendeurs, les camions-citernes et les sources et puits non protégés. L'accès raisonnable est défini comme étant la disponibilité quotidienne d'au moins 20 litres par personne venant d'une source située dans un rayon d'un kilomètre de l'habitation.

b) Données démographiques

Madagascar a été peuplée par des vagues de migration successives, provenant d'Indonésie et d'Afrique. Son peuplement est intimement lié aux réseaux d'échanges qui se sont mis en place au début de l'ère chrétienne, formant des groupes de populations variés, diversement répartis sur le territoire. Les navigateurs indonésiens, malais, indiens, chinois ; les pêcheurs africains et arabes, les pirates européens vont progressivement peupler l'île tout en se métissant. La résultante est une population composée de 18 ethnies différentes, unies par une même langue, le malgache, ponctué de ses accents et de ses dialectes locaux. Diverses religions sont librement pratiquées dans le pays, la religion chrétienne est le culte dominant suivie de la religion musulmane. Ces religions se combinent aux croyances traditionnelles, dont le culte voué aux ancêtres, commun à l'ensemble des ethnies.

Madagascar connaît actuellement un fort accroissement démographique avec un taux de croissance moyen de 2.8%²² par an. En 2010, la population malgache compte 21 428 219 habitants. La population est jeune, près de la moitié des sujets ont moins de 15 ans (47.3%), avec seulement 3.1% de sujets de plus de 64 ans. L'espérance de vie est estimée en 2009 par l'OMS à 63 ans pour les hommes et 67 ans pour les femmes(118). L'habitat est principalement rural²³, seul 30% des malgaches vivent en ville avec un taux d'urbanisation estimé à 3.9% de l'année 2010 à l'année 2015(117).

Sur le plan administratif, depuis 2007, Madagascar est subdivisée en vingt-deux régions. Ces régions regroupent 112 districts qui sont constitués de 1395 communes, elles-mêmes divisées en 17 454 *fokontany* (villages)(117).

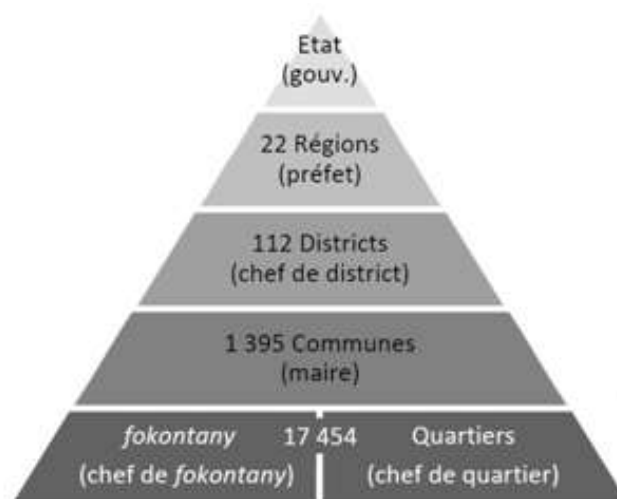


Schéma du découpage administratif et du représentant politique à chaque échelon

²² A titre indicatif, le taux d'accroissement est de 0.5% en France en 2012(117).

²³ En France, 85% de la population vit en zone urbaine avec un taux d'urbanisation de 0.6% sur la même période(117).

c) Histoire et vie politique

Des formations politiques de type monarchique ont vu le jour au 18^{ème} siècle dans l'Ouest et également sur les Hautes Terres où Andrianampoinimerina (1740-1810) mit en place, pour un siècle, la royauté Merina. Celle-ci s'ouvre au monde occidental et au christianisme, mais cède à la conquête coloniale au cours du 19^{ème} siècle.

Depuis l'indépendance, en 1960, trois républiques ont vu le jour. Philibert Tsiranana est élu le premier Président de la République de Madagascar. Il mène une politique néolibérale, en coopération avec la France et d'autres pays non communistes.

Dans un contexte d'affaiblissement économique progressif, et de mécontentement général de sa politique jugée néocolonialiste, Tsiranana donne sa démission. Succède alors une période de troubles entre 1972 et 1975 à la suite de laquelle Ratsiraka instaure en 1975 la II^{ème} république de Madagascar, un régime socialiste et nationaliste, qui plonge le pays dans une grave crise économique.

Ratsiraka procède à une série de nationalisations (banques, assurances...) et promeut une politique d'investissements mobilisant tous les secteurs de l'économie (création d'entreprises publiques et de complexes industriels, extension des surfaces rizicoles, promotion de cultures d'exportation, recherche pétrolière, infrastructures routières et transports). En 1987, la situation économique est telle que l'on assiste à une libéralisation des marchés. Il s'agit alors de la seule réponse envisageable face aux contraintes imposées par le FMI et la Banque Mondiale pour continuer à bénéficier de l'aide au développement (aide conditionnelle). Les disparités de revenu s'accroissent et la population s'appauvrit dans son ensemble. Après une crise politique suivie d'une répression sanglante qui discréditera le gouvernement Ratsiraka, l'année 1991 marque le retour à un régime pluraliste et la naissance de la III^{ème} République (dont la nouvelle constitution, adoptée le 19 août 1992 par référendum, implique une limitation du pouvoir présidentiel).

Avec l'ancien ministre de la Santé Albert Zafy à la tête du gouvernement, Madagascar sort peu à peu de son isolement économique en introduisant des réformes structurelles libérales et en cherchant à attirer les investisseurs étrangers. Un accord prévoyant la restructuration de l'économie est signé avec le F.M.I. La réussite économique est cependant mitigée et la popularité du gouvernement malgache est entamée par des scandales financiers et l'impossibilité de maîtriser la corruption. Le pays connaît alors une nouvelle crise politique au sein de laquelle pas moins de 6 gouvernements se succèdent jusqu'en 1995 où Ratsiraka est de nouveau élu.

Une nouvelle Constitution est adoptée en 1998. L'accent est mis sur la décentralisation des institutions administratives avec notamment la création de provinces autonomes. Suite à la mise en œuvre des directives du F.M.I. et à un réaménagement de la dette, le pays connaît une reprise économique, qui touche en particulier les domaines des télécommunications et du textile.

Dans les années 2000, les conséquences du programme de privatisation préconisé par le F.M.I. commencent à inquiéter la population malgache principalement en raison d'une forte inflation.

En 2001 Ravalomana est élu à la tête du gouvernement. Son mandat permettra une amélioration des infrastructures comme les ports et les axes routiers, ce qui n'empêchera pas au franc malgache de perdre 50% de sa valeur entre janvier et avril 2004, nourrissant une inflation galopante. En 2005, le franc malgache est remplacé par l'Ariary. Les intérêts économiques personnels du chef de l'Etat dans presque tous les secteurs et ses méthodes néolibérales causent maintes déceptions.

Au début de 2009, le maire d'Antananarivo, Andry Rajoelina, entrepreneur prospère lui aussi, dénonce les dérives autoritaires du président Ravalomanana et organise d'importantes manifestations pour demander sa destitution. Après plusieurs semaines d'affrontements violents entre les manifestants et les forces de l'ordre, qui font une centaine de victimes en février 2009, Andry Rajoelina, surnommé « TGV », comme son parti Tanora malaGasy Vonona (Les Jeunes Malgaches décidés), prend la tête, le 7 février 2009, de la Haute Autorité de Transition (HAT). Estimant le changement de gouvernement non constitutionnel, l'ensemble des institutions internationales ne reconnaissent pas la légitimité du président. En résulte un blocage de l'aide internationale et le retrait des bailleurs de fond. En 2010, un référendum avalisant une nouvelle constitution devant aboutir à des élections présidentielles est soutenu par le peuple malgache. A ce jour, les élections ont été constamment reportées, elles devraient se tenir le 8 mai 2013(117,119).

d) Economie

Madagascar est classé parmi les pays les moins développés, de faible revenu, classé au 145ème rang sur 177 pays en 2009 par le PNUD selon l'Indice de Développement Humain²⁴. Son PIB est de 9.912 milliards de dollars en 2011²⁵.

Depuis sa décolonisation en 1960, où Madagascar était considérée comme « la perle de l'Océan indien » son PIB a chuté de 40% dans les années 1980. Les années Ratsiraka et sa politique nationale socialiste plongent le pays dans une grave crise économique. La stratégie de libéralisation et de privatisation menée dans les années 1990 sous la pression du FMI et de la Banque Mondiale permettent au pays de reprendre une croissance lente et stable. La crise politique de 2002 provoque une importante récession avec un taux record du niveau de pauvreté. La période de grands investissements sous Ravalomana, d'implantation de multinationales d'exportation (uranium (Areva), nickel (Arcelor), pétrole (Texaco), pierres précieuses, or, bauxite, cobalt) favorisant la croissance avec le soutien massif des bailleurs de fonds(117,121). Le niveau de pauvreté y est élevé, son taux est de 68.7%, prépondérant en zones rurales où l'agriculture est une des seules activités économiques. La sécurité alimentaire est encore un des enjeux majeurs du pays, 25% de la population rurale serait dans des conditions d'insécurité alimentaire. Le premier secteur économique, agriculture et pêche, représente à lui seul plus d'un quart du PIB et emploie plus de

²⁴ L'indice de développement humain (IDH) est un indice statistique composite, créé par Amartya Sen en 1990, dans le cadre du PNUD pour évaluer le niveau de développement humain des pays du monde. Il se fonde sur trois critères majeurs : l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'éducation, et le niveau de vie. Contrairement au PIB par habitant, il ne se contente pas d'une analyse économique seule mais se veut également un indicateur du bien être individuel ou collectif. L'IDH va de 0 à 1, à titre indicatif, en 2010 il était de 0.48 à Madagascar, et de 0.88 en France(120).

²⁵ A titre indicatif, le PIB de la France en 2011 est de 2 773 milliards de dollars la même année(118).

80% de la population. Les produits de culture commerciale sont la canne à sucre, la vanille, le café, le coton et le cacao. Les produits d'agriculture vivrière sont quant à eux le riz, le manioc, les haricots, les bananes et les cacahuètes.

Ratio de la population pauvre en fonction du seuil de pauvreté national (% de la population)

68,7%	2005
72,1%	2004
80,7%	2002
69,6%	2001
71,3%	1999

Le taux de pauvreté national est le pourcentage de la population qui vit sous le seuil de pauvreté national. Les estimations nationales sont fondées sur des estimations pondérées en fonction de la population, tirées des enquêtes sur les ménages(116).

2. Aperçu du système de santé de district et des politiques de santé à Madagascar

a) Présentation générale

La politique nationale de santé à Madagascar est basée sur une politique de décentralisation. Cette dernière a pris comme objectif central la « lutte contre la pauvreté »²⁶. Le pays a souscrit, en tant que pays membre de l'ONU, aux objectifs du millénaire pour le développement. Dans ce contexte, les grandes orientations politiques sont les suivantes :

- la promotion de la santé de la mère et de l'enfant,
- la réduction de la charge socio-économique due aux principales maladies transmissibles, y compris les maladies émergentes et réémergentes,
- la réduction de la morbidité due aux maladies non transmissibles,
- renforcement du système de santé (122).

Le Ministère de la Santé et du Planning Familial décline le système de santé sous une forme dite « pyramidale » ; il présente trois niveaux bien distincts dont les domaines de compétences sont clairement circonscris :

²⁶ Depuis 2006, c'est le « Madagascar Action Plan » (MAP) qui guide les stratégies de développement et de lutte contre la pauvreté.

- Le Niveau Central « Ministère de la Santé et du Planning Familial » définit l'orientation globale de la Politique Nationale de Santé, les grands axes stratégiques et leur mise en œuvre.
- Le Niveau Régional « Direction Régionale de la Santé et du Planning Familial » coordonne l'exécution de la Politique Nationale de Santé et sa mise en œuvre au niveau de la région.
- Le Niveau District « Service de Santé de District », constitue le niveau périphérique, et assure la mise en œuvre de toutes les activités des programmes de santé aux niveaux des Centres Hospitaliers du niveau 1 et 2 (CHD 1 et 2) et des centres de santé de base (CSB). Ces CSB assurent les soins de santé primaire.
- Le Niveau communautaire constitue la base du système.

Le district sanitaire est ainsi structuré :

- un bureau de santé de district dirigé par l'équipe de gestion de district,
- un Centre hospitalier de District (CHD) ou centre de référence de premier recours,
- les centres de santé de base du district (CSB) pour les premiers contacts, les CSB de niveau 1 et 2 sont respectivement sous la responsabilité d'un infirmier et d'un médecin,
- l'ensemble des formations sanitaires privées à but lucratif ou non lucratif,
- les structures communautaires menant des activités liées à la santé.

Le gouvernement met la commune au centre du processus de développement, prône la mise en place d'un système équitable de participation de la communauté au financement et aux activités du secteur de la santé dans une démarche autogestionnaire de recouvrement des coûts avec le paiement direct et à travers l'accent mis sur la participation communautaire. Ainsi les plus démunis (indigents) et les groupes les plus vulnérables (femmes et enfants de moins de 5 ans) doivent pouvoir bénéficier de soins gratuits (123).



Organisation pyramidale respectivement de droite à gauche du personnel de santé et des infrastructures.

Les ONG nationales et internationales ainsi que le secteur privé interviennent dans divers domaines de la santé publique à Madagascar. Toutefois, seules quelques rares ONG arrivent à couvrir l'ensemble du territoire national. Dans la promotion de la politique «des 3 P» ou « Partenariat Public-Privé », le secteur privé couvre actuellement environ 15 % de l'ensemble des structures sanitaires du pays (121).

b) Infrastructures sanitaires

Au sein de ses 22 régions et de ses 11 districts, Madagascar compte 1037 CSB 1 presque tous publics, 2182 CSB 2 dont plus de la moitié publics, 63 CHD 1 dont 60 majoritairement publics, 75 CHD 2 dont un quart sont privés, 19 centres hospitaliers régionaux (CHR) et 3 centres hospitaliers universitaires (CHU). En 2010, on comptait 12 CSB pour 100 000 habitants(115). Seul 65% de la population vit à moins de 5 km d'une quelconque structure sanitaire. Une grande partie de la population, surtout en zone rurale, n'a que difficilement accès aux soins de base. Il faut noter également que 56 CSB2 ne sont officiellement pas fonctionnels et 170 risquent de fermer prochainement (notamment en raison du départ à la retraite de personnels médicaux)(122).

c) Médicaments

Le gouvernement de Madagascar a établi une liste nationale des médicaments essentiels et des consommables médicaux qui est régulièrement mise à jour. Ces médicaments sont en partie financés par l'état, et revendus aux populations dans les structures sanitaires à un coût accessible. L'approvisionnement et la distribution des médicaments sont cependant difficilement assurés, notamment au niveau des CSB. Il existe encore quelques circuits parallèles (vente libre des médicaments sur les marchés et dans les officines pharmaceutiques) ne permettant pas l'optimisation du système national d'approvisionnement. Une réorganisation est en cours à travers le Programme d'action pour l'intégration des intrants de santé avec l'appui de divers partenaires. Par ailleurs, la pharmacopée traditionnelle est en cours de structuration et de développement grâce à différents instituts de recherche (102,121).

d) Ressources humaines

Alors qu'il stagnait depuis 1997, du fait notamment de la politique d'ajustement structurel, l'effectif du personnel de santé a sensiblement augmenté à partir de l'an 2000, atteignant le chiffre de 16 480 en 2005. Depuis, l'effectif stagne et même diminue pour atteindre en 2010 le chiffre de 15 625.

En 2010, Madagascar comptait (115):

- 44 professeurs agrégés,
- 578 médecins spécialistes, dont 7 dermatologues (6 à Tananarive dont 2 libéraux et 1 au CHU de Mahajanga (124)),
- 3552 médecins généralistes,
- 195 chirurgiens-dentistes,
- 7 pharmaciens diplômés d'état,
- 3127 infirmiers,
- 1597 sages-femmes,
- 875 aides sanitaires,
- 3248 administratifs de santé,
- 2402 personnels d'appui.

Soit, 19 médecins publics pour 100 000 habitants²⁷, 14 infirmiers publics pour 100 000 habitants et 31 sages-femmes publiques pour 100 000 femme en âge de procréer (115). Les régions rurales restent cependant très défavorisées. Ainsi, 60% des paramédicaux travaillent en milieu rural alors que 72% des médecins travaillent en ville. Cette répartition inadéquate est illustrée par le fait que 41% des personnels prennent en charge 21% de la population (122).

Il faut noter également l'existence de plus de 1000 médecins qui n'ont pas pu être recrutés par la fonction publique et ne disposent pas de ressources financières suffisantes pour s'installer dans le privé (123). Qui plus est, 47% des employés du secteur de la santé ont 50 ans ou plus et partiront à la retraite au cours des 10 prochaines années (121).

e) Ressources financières et partenariat

La part du budget santé par rapport au budget national de l'État a diminué de 9,7 % à 7,2 % de 2001 à 2006. En matière de financement, la santé est financée à 32 % par le secteur public, 36 % par les bailleurs de fonds et 32 % par le secteur privé, y compris les ménages à travers la participation financière des usagers instaurée en novembre 1998 (participation communautaire). Par rapport aux services fournis dans le secteur, la part des services de prévention et de santé publique représente 28 % des dépenses totales de santé (121). Le budget de fonctionnement hors salaires des services de santé de district représente environ 32 % du budget de santé public hors salaires, alors que la plupart des prestations sont fournies au niveau des districts (123).

Les calculs effectués à partir des données du Ministère de l'Économie et des Finances et de l'enquête auprès des ménages, donnent une dépense totale de santé de 6 US \$ par tête par an, dont 3,9 US \$ proviennent de l'État, 2,2 US \$ de l'aide extérieure et 1,7 US \$ des ménages. Ce montant reste en deçà des 13 US \$ par personne/an nécessaires pour financer les coûts de services de santé de base

²⁷ La comparaison ne peut être qu'approximative puisqu'il ne s'agit à Madagascar que de médecins exerçant dans le domaine public mais à titre informatif en 2011 on compte en France 338 médecins (toutes spécialités confondues) pour 100 000 habitants(125).

dans les pays d’Afrique à faibles revenus, ou des 30 à 40 US \$ par personne/an minimum requis pour couvrir les interventions essentielles incluant la lutte contre le SIDA (121).

Ces chiffres témoignent de la faiblesse du financement du secteur santé. Ce constat n’est pas propice à la mise en place de mécanismes de prise en charge des populations les plus démunies (indigents), limitant ainsi leur accès aux soins. Le système de santé n’offre pas de protection financière adaptée à la majorité de la population. Un certain nombre de ménages sont obligés de fournir un effort financier excessif pour accéder aux soins, notamment hospitaliers, ou doivent renoncer à se faire soigner en raison d’un coût trop élevé. Depuis l’arrêté interministériel du 14 octobre 2003, la fourniture de soins aux plus démunis doit-être assurée par la mise en place de fonds d’équité au niveau des communes dans toutes les formations sanitaires publiques (123).

Nom du partenaire	Type de partenaire	Domaines et principaux types d'interventions	Aire d'intervention	Montant en US \$
UNFPA	Multilatéral	-Santé de la reproduction- Planning familial- Prévention du VIH - santé des adolescents	- Ensemble du pays - Ensemble du pays	8 000 000
UNICEF	Multilatéral	- Santé de la mère et de l'enfant - Renforcement du système de santé- Eau et assainissement - Lutte contre le paludisme - Lutte contre le VIH et le sida - Réponses aux catastrophes Naturelles	- Ensemble du pays	28 000 000
Fondation Raoul Follereau	ONG	- Lutte contre la lèpre	- Ensemble du Pays	160 000
Care international	ONG	- Lutte contre le paludisme	- Ensemble du Pays	2 500 000
Catholic relief Services	ONG	- Nutrition - Lutte contre le VIH et le sida	- Ensemble du Pays	387 700
Population Services International	ONG	- Prévention du VIH- Prévention du paludisme- Prévention des maladies diarrhéiques- Santé de la reproduction	- Ensemble du pays	7 404 000

Principaux partenariats bilatéraux, multilatéraux, ou non gouvernementaux dans le domaine de la santé à Madagascar(121).

Nom du partenaire	Type de partenaire	Domaines et principaux types d'interventions	Aire d'intervention	Montant en US \$
Agence française pour le Développement	Bilatéral	- Renforcement du système de santé- Lutte contre les IST et le sida- Surveillance épidémiologique (SE)	- Ensemble du pays - Région de l'Océan Indien (SE)	20 000 000
Agence japonaise pour la coopération internationale	Bilatéral	- Études et recherches en santé - Construction et réhabilitation des infrastructures sanitaires - Programme élargi de vaccination - Lutte contre le paludisme - Lutte contre les IST et le sida	- Ensemble du pays	1 750 000
Coopération chinoise	Bilatéral	- Missions médicales dans les hôpitaux	Mahitsy, Ambovombe, Sambava et Vatomandry	300 000
Coopération monégasque	Bilatéral	- Lutte contre le paludisme - Maladies tropicales négligées - Réhabilitation d'infrastructures Sanitaires	Sainte Marie	1 120 000
Coopération technique allemande	Bilatéral	- Lutte contre le VIH et le sida	Boeny, Betsiboka, Sofia et Melaky	1 280 000
Service de Coopération et d'Action culturelle (France)	Bilatéral	- Financement des hôpitaux - Environnement et santé - Surveillance épidémiologique (SE)	- Atsinanana - Ensemble du pays (SE)	692 000
USAID	Bilatéral	- Santé de la mère et de l'enfant - Planning familial - Lutte contre le paludisme - Lutte contre les IST et le sida - Eau et assainissement	- Ensemble du pays	55 200 000
BAD	Multilatéral	- Construction et réhabilitation d'infrastructures - Fourniture d'équipements techniques - Formation du personnel - surveillance épidémiologique - Lutte contre le paludisme	- Ensemble du pays	17 250 000
Banque mondiale	Multilatéral	- Renforcement du système de santé - Développement des ressources humaines - Lutte contre les maladies Transmissibles	- Ensemble du pays	69 700 000
PNUD	Multilatéral	- Lutte contre le VIH et le sida	Vatovavy fito vinany et Atsimo	744 000
Union européenne	Multilatéral	- Secteur de la santé en général	- Andrefana	Appui udgétaire global

Principaux partenariats bilatéraux, multilatéraux, ou non gouvernementaux dans le domaine de la santé à Madagascar(121)

f) Conclusion.

Le système de santé de district à Madagascar fait face à un certain nombre d'obstacles limitant aujourd'hui son bon fonctionnement. Le nombre d'infrastructures sanitaires et la faiblesse des ressources humaines pénalisent encore d'avantage les zones rurales. Un manque de motivation du corps médical est souvent rapporté, souvent lié à des retards de salaires, à l'inexistence de plan de carrière, à l'insuffisance d'accès à l'information et à la documentation, à l'installation forcée en zone rurale pendant plusieurs années et au changement brutal du mode de vie qu'elle engendre : isolement familial et professionnel, conditions de vie rustiques. La gestion des soins souffre d'une qualité de service inégale, d'un système de référence et de contre-référence insuffisamment fonctionnel et de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques parfois mal maîtrisées par le personnel soignant. Des mesures ont été récemment adoptées par le pays afin de renforcer son système de santé de district. L'accent est mis sur le rôle central que doivent jouer les CHD dans la formation continue du personnel de santé de l'ensemble du district et sur le renforcement du système de référence et des relations entre les centres de santé de base et les CHD.

B. Epidémiologie générale et ciblée en dermatologie à Madagascar

1. Epidémiologie générale (114)

a) Indicateurs de santé

En 2010, l'espérance de vie à la naissance est de 65 ans, comme dans beaucoup de pays en voie de développement, elle a considérablement augmentée puisqu'elle n'était que de 57 ans en 2004 (118). Madagascar a donc une espérance de vie relativement plus élevée que ses pays limitrophes (84). Cette différence peut être en partie expliquée par faible la prévalence du VIH à Madagascar.

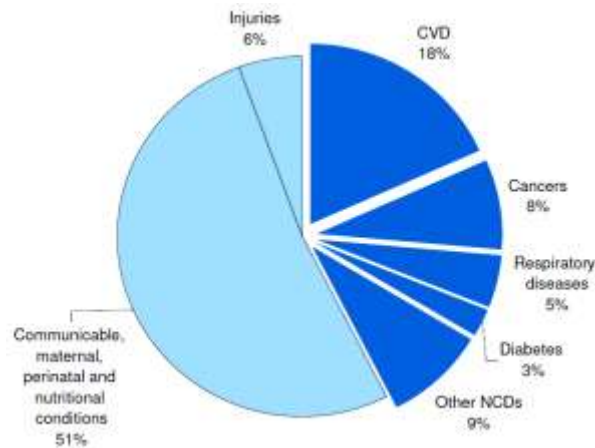
Concernant la mortalité infantile, bien qu'une nette amélioration ait été constatée de 1997 à nos jours, période au cours de laquelle le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 159 à 47.4 décès pour 1 000 naissances vivantes(117), le niveau de mortalité demeure encore préoccupant²⁸ (115).

La mortalité maternelle est élevée et reste une des principales causes de mortalité. Son estimation est de 210 sur 100 000 naissances vivantes²⁹. Seulement 47 % des accouchements sont assistés par du personnel qualifié et l'utilisation des formations sanitaires pour l'accouchement n'est que de 32 %. La mortalité néonatale est de 22/1 000 naissances (118).

²⁸ A titre de comparaison, le taux de mortalité infantile est de 3.4 / 1 000 naissances vivantes en France à cette même période(117).

²⁹ Nous rappelons que le taux de mortalité maternelle va de 830 décès pour 100 000 naissances vivantes dans les pays d'Afrique à 24 pour 100 000 dans les pays d'Europe (84).

Comme dans la plupart des pays en voie de développement, sur l'île rouge, la mortalité est principalement liée aux maladies transmissibles, à la mortalité maternelle et à la malnutrition dont l'ensemble représente 51% des causes de mortalité. On note également une tendance à l'augmentation de la part de mortalité des maladies liées aux modes de vie(118).

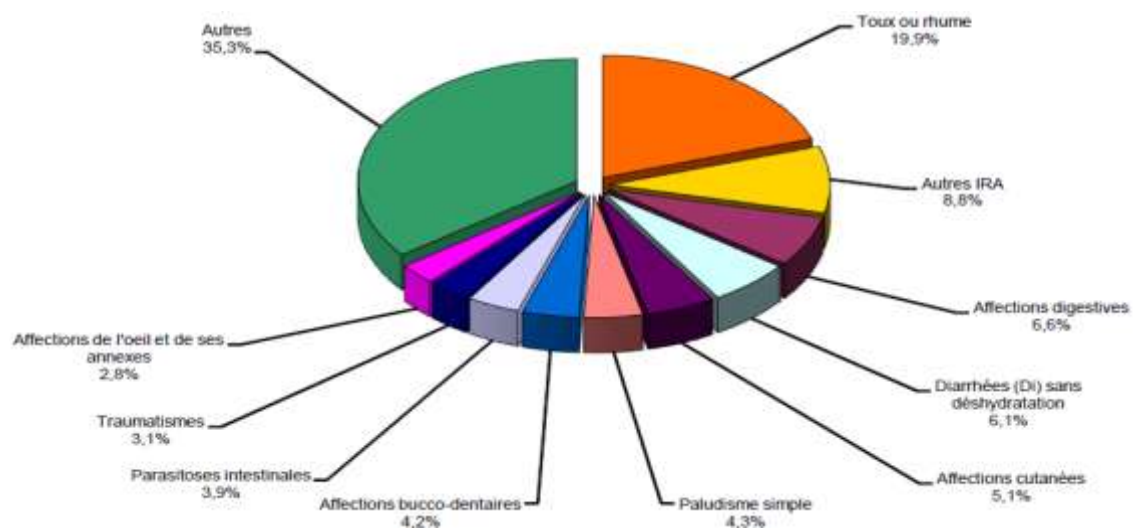


Part de la mortalité en % par rapport au nombre total de décès à Madagascar.

Légende : CV : cardiovascular diseases, NCD : Non Communicable diseases (118).

b) Principaux motifs de consultation en CSB

Comme l'on peut constater sur le schéma ci-après, les principales causes de morbidité vues en CSB sont les infections respiratoires (toux, rhume, infections respiratoires aiguës), puis la pathologie digestive (affections digestives, diarrhées, parasitoses intestinales), et enfin les affections cutanées. La pathologie cutanée constitue l'un des premiers motifs de consultation quelle que soit la localisation du relevé sur le territoire, sa part est plus importante dans les CSB que les CHD ou les CHU(115).



Les dix principales causes de morbidité vues en consultations externes en CSB en 2010 à Madagascar (115).

c) *Pathologies cibles des « programmes verticaux ».*

(1) Le paludisme.

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique à Madagascar. Les quatre espèces plasmodiales sont présentes sur le territoire mais *Plasmodium falciparum*, grand pourvoyeur de paludisme grave, est responsable de 90% des accès palustres. En 2003, environ une consultation sur cinq en CSB était liée au paludisme, heureusement en raison de la conjugaison des efforts des personnels de santé, ce chiffre ne s'élève plus qu'à 2% des consultations en 2010. Selon les chiffres du gouvernement, le paludisme représente la cinquième cause de mortalité hospitalière et la quatrième cause de morbidité pour les enfants de moins de cinq ans (115).

A Madagascar, la chloroquine est utilisée en première ligne dans le traitement des accès palustres simples depuis plus de cinquante ans. La résistance à la chloroquine de *Plasmodium falciparum* a été confirmée au début des années 1980 puis s'est maintenue à un niveau raisonnable permettant la poursuite de la prise en charge des accès simples par ce médicament peu onéreux. Cependant, la découverte d'un niveau de résistance à la chloroquine dépassant le seuil toléré par l'OMS en 2003, conduit le gouvernement à étudier l'introduction d'un traitement alternatif à base d'artémisinine (115).

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme est l'organe de coordination de la lutte contre le paludisme à Madagascar, ses principaux objectifs sont l'accès universel aux moyens de prévention (distribution de moustiquaires imprégnées etc.), à un diagnostic et à une prise en charge thérapeutique précoce. Cette dernière est financée majoritairement par le Fonds Mondial, à raison de 40%, et par la Banque Mondiale à raison de 30% (118).

(2) La tuberculose.

La tuberculose reste endémique à Madagascar et sous diagnostiquée : en 2004, les nouveaux cas dépistés se situent autour de 65% à 71% des cas suspects. L'évolution des nouveaux cas bacillifères est pourtant en augmentation, passée de 6948 à 13536 entre 1995 et 2004 (122). L'incidence de la tuberculose pulmonaire semble donc en augmentation pour la période 1996-2004, probablement liée à une amélioration du dépistage mais aussi à l'infection à VIH, qui constitue le facteur principal de l'augmentation d'incidence de la tuberculose(126).La prévalence était en 2011 de 428/100 000, plus élevée que la prévalence moyenne en Afrique sub-saharienne pour la même année estimée à 332/100 000 (118).

Cette situation n'évolue donc que peu ces dernières années et reflète probablement la méconnaissance de la maladie par la population, les difficultés rencontrées par les personnels soignant pour prendre correctement en charge les « tousseurs chroniques » et les malades tuberculeux et enfin le manque de coordination des activités. Ainsi, la décentralisation des centres de

diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT), des centres de microscopie, la participation communautaire et le renforcement de la stratégie DOTS³⁰ tentent de redresser la situation (122).

La lutte antituberculeuse à Madagascar est aujourd'hui financé à 85% par des fonds mondiaux et à 15% par des fonds nationaux (118).

(3) Malnutrition

Le taux affiché d'enfant de moins de 4 ans malnutri en 2010 était de 13,1%, ce qui est relativement faible par rapport aux autres pays africains, dont la prévalence de malnutrition est de 36% chez les enfants de moins de cinq ans (127). La promotion ces dernières années, de l'allaitement maternel exclusif, de la supplémentation en vitamines et en micronutriments et le renforcement des interventions de prévention en milieu communautaire ne semblent pas avoir impacté de manière significative le taux de prévalence. L'état nutritionnel semble être le fruit de facteurs multisectoriels (tels que le niveau de pauvreté, l'éducation, les croyances locales, etc.) dont il est difficile de tenir compte dans leur globalité.

(4) La bilharziose

Les bilharzioses, sous ses deux formes, uro-génitale, et intestinale, affectent respectivement cinq cent mille et deux millions d'individus en 2007 à Madagascar. 437 communes sont considérées comme des zones hyper-endémiques. Cette affection constitue un problème sanitaire non négligeable(122).

³⁰ La stratégie DOTS (Directly Observed Treatment Short-course - traitement de brève durée sous surveillance directe), comporte cinq éléments considérés comme essentiels dans la lutte mondiale contre la tuberculose : (1) l'engagement politique ; (2) le dépistage des cas par l'examen direct des crachats de toute personne venant consulter pour une toux persistante ; (3) l'application d'une chimiothérapie standardisée de brève durée, dans des conditions optimales de prise en charge du malade qui comprennent la surveillance directe du traitement ; (4) un approvisionnement régulier en médicaments ; (5) un système standardisé d'enregistrement et de notification permettant une évaluation des résultats du traitement pour chaque malade ainsi que du programme de lutte antituberculeuse dans son ensemble.

d) Maladies non transmissibles.

Une enquête réalisée en 2005 à Madagascar sur la prévalence des facteurs de risques liés aux maladies non transmissibles chroniques retrouve en population générale : 24% d'intoxication alcoolique chronique, 17% d'hypertendu, 17% de fumeurs, 2% d'obèses et 2% de sédentaires. Ces maladies chroniques comprennent les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. La prévalence de certains de ces facteurs laisse présager la part croissante que jouera dans les années à venir ces maladies chroniques non transmissibles (128).

2. Profil épidémiologique et clinique des dermatoses à Madagascar

Cette partie a pour but de mettre en valeur les spécificités de la pratique de la dermatologie à Madagascar. Cependant, nous ne souhaitons pas être à l'origine d'une source de confusion et rappelons que les pathologies tropicales abordées ci-après n'arrivent en terme de fréquence qu'après les affections cutanées fréquentes telles que les candidoses, les pyodermites, l'eczéma.

a) Le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles à Madagascar

Madagascar fait partie des pays de l'Afrique Sub-saharienne où la prévalence du VIH est restée exceptionnellement basse (selon les estimations OMS 2010, la prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans est 23 fois moindre que dans l'ensemble des pays d'Afrique(118)). Cependant, en une décennie environ, le profil de l'épidémie à VIH est passé d'une épidémie naissante à une épidémie concentrée au niveau de certains groupes de populations, particulièrement chez les plus exposés aux risques (homosexuels, usagers de drogues et professionnelles du sexe). En effet, depuis le premier cas de SIDA diagnostiqué en 1987, la prévalence du VIH dans la population adulte n'a cessé d'augmenter : de 0,02% en 1989 à 0,13% en 2007 et à 0,31% en 2010.

Par ailleurs, on note une forte prévalence des IST classiques : 1 femme enceinte sur 20 et 1 professionnelle de sexe sur 7 sont séropositives pour la syphilis.

Si l'insularité, la faible exposition au virus, l'isolement géographique, la circoncision masculine quasi-généralisée avant la puberté ont été avancés comme des facteurs protecteurs expliquant la faible prévalence du VIH à Madagascar, les facteurs de risque dont le multi partenariat, le commerce du sexe, la mobilité professionnelle, le taux élevé de prévalence des infections sexuellement transmissibles demeurent cependant très préoccupants et pourraient engendrer une explosion de l'épidémie. Sur le plan logistique, l'étendue du territoire, les difficultés économiques du pays et le taux d'analphabétisme de l'ordre de 55% sont autant d'obstacles à la mise en place d'un plan de lutte efficace contre le VIH.

En dépit de la prévalence encore basse du VIH, le Gouvernement de Madagascar redoute une forte progression de l'épidémie. Aussi, l'un des objectifs nationaux est celui du 6^{ème} des OMD (Objectif de

Développement pour le millénaire) : d'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle. Madagascar a adhéré à la Déclaration d'Engagement sur le VIH et sida en Juin 2001³¹ et conformément aux recommandations internationales, les objectifs nationaux sont de fournir un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien, tout en déterminant les populations cibles, plus exposées au risque d'infection par le VIH, d'ici à 2015(130).

(1) Données épidémiologiques(130)

Si la prévalence du VIH reste encore faible dans la population générale, puisqu'elle est estimée à 0.31%, comme nous l'avons évoqué précédemment, plusieurs groupes de population à risque ont été clairement identifiés :

-les professionnelles du sexe dont la prévalence du VIH est pourtant en dessous du taux national avec une estimation à 0.29%.

-les HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) dont la prévalence est estimée à 14.66%, près d'un homosexuel sur 7 serait séropositif.

-les usagers de drogue injectable avec une prévalence du taux de VIH estimée à 7.1%.

-les patients atteints d'IST avec une prévalence estimée à 0.69%. Les données de 2003 sur la relation entre VIH et syphilis confirment les liens entre ces deux pathologies puisque les femmes malades de la syphilis présentent 1,85 fois plus de risque de contracter le VIH. Les résultats différaient d'une province à l'autre, à Mahajanga et Fianarantsoa l'évaluation du risque allait même jusqu'à quatre à cinq fois(131).

Les dernières enquêtes comportementales réalisées à Madagascar datent de l'année 2008 -2009, les résultats de cette enquête ont permis d'attirer l'attention sur plusieurs facteurs de risque de propagation de l'épidémie du VIH:

-Premièrement, l'importance relativement élevée de rapports sexuels à risques au sein du groupe des jeunes âgés de 15 à 24 ans. L'entrée dans la vie sexuelle est précoce : un peu moins d'un

³¹ En juin 2001, des chefs d'Etat et des représentants de gouvernement se sont réunis à l'occasion de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida. La réunion a souligné le fait que l'épidémie de sida avait provoqué des souffrances incalculables et d'innombrables décès à travers le monde. Avec suffisamment de volonté et de ressources, les communautés et les pays pourraient inverser le cours de l'épidémie. Les chefs d'Etat et les représentants de gouvernement ont publié la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Ce document énonce une série de cibles nationales et d'actions globales pour inverser le cours de l'épidémie et les Etats Membres s'engagent à remettre des rapports de suivi au niveau des pays au Secrétariat de l'ONUSIDA tous les deux ans (rapport UNGASS à Madagascar)(129).

cinquième des femmes de 15 à 24 ans (17,6%) déclarent avoir eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans, soit environ le double des hommes du même âge (9.1%).

-Secondairement, la connaissance des moyens de prévention n'est pas acquise pour une grande partie de cette population : seul un quart d'entre eux est en mesure de décrire correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH et de rejeter les principales croyances relatives à sa transmission. Toutefois, le pourcentage des jeunes âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH reste relativement faible, estimé à 0,10%.

-Troisièmement, quand bien même la connaissance des moyens de prévention serait acquise, l'utilisation du préservatif reste faible : parmi 13.7% des hommes âgés de 15 à 49 ans ayant plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois, seuls 7.4% déclarent avoir utilisé un préservatif.

-Quatrièmement, moins de 5% de la population âgée de 15 à 49 ans a déclaré avoir réalisé un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent les résultats. Le nombre de personnes séropositives ignorant leur statut est estimé à 35 000 faisant craindre une recrudescence de l'épidémie.

Cependant, les efforts d'information du gouvernement n'ont pas été vains chez les populations à risque. Non seulement l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels chez les professionnelles du sexe s'élève à 85% mais 60% d'entre elles déclarent avoir fait un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et en connaître les résultats. Chez les HSH, 65% déclarent utiliser un préservatif lors de rapports anaux et 49.6% d'entre eux ont réalisé un test de dépistage et en connaissent les résultats. L'impact de la campagne d'information sur la population toxicomane est difficilement appréciable en raison de sa faible fréquentation des structures sanitaires.

(2) Plan National de Lutte contre le VIH

(a) Renforcement du dépistage

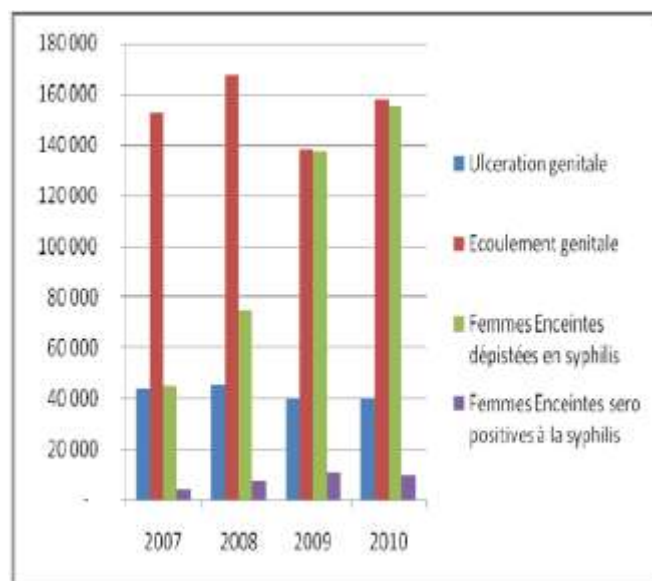
En vue d'intensifier la prévention, des antennes de dépistage ont été installées dans 1544 formations sanitaires, 543 703 personnes ont pu réaliser un dépistage du VIH en 2011, soit plus du double par rapport aux années précédentes. Un dépistage gratuit du VIH est proposé systématiquement à chaque femme enceinte et à son partenaire par un test de détection rapide, disponible dans de nombreuses formations sanitaires, notamment en zone rurale (132). Le nombre de séropositifs nouvellement identifiés ne cesse de croître progressivement au fil des années, témoignant de la progression de l'épidémie mais également probablement de l'amélioration du dépistage. En 2011, il s'élève à 409 (dont 261 femmes enceintes), alors qu'il était respectivement de 165 et 223 en 2009 et 2010(130).

La collaboration avec 79 centres de diagnostic et de traitement (CDT), dédiés à la prise en charge de la lèpre et de la tuberculose a permis de réaliser un dépistage du VIH de 5196 patients atteints de tuberculose, parmi lesquels 0.6% étaient séropositifs(130).

(b) *Prise en charge des IST*

(i) *Épidémiologie*

La prévalence déclarée des IST dans la population générale (15-49 ans), est estimée à 5% (131). En dehors des études s'intéressant à la prévalence de la syphilis et à diverses IST chez les travailleuses du sexe, il n'existe pas de donnée épidémiologique pour chacune des diverses IST dans la population générale. L'absence de test diagnostic (sauf pour la syphilis) explique probablement cette lacune. Le pourcentage de consultation pour des ulcérations génitales était 0.6% en 2010 et de 2.3% pour les « écoulements génitaux » la même année(115).



Prévalence des IST de 2007 à 2010 à Madagascar(115)

Alors que les taux d'ulcérations génitales, de gonorrhées et de leucorrhées restent stables, le nombre de femmes vues en consultation prénatale ayant bénéficié du dépistage de la syphilis a également nettement progressé, passant presque du simple au double entre 2010 et 2011. Le taux de séropositivité de syphilis enregistré est relativement élevé atteignant près de 6% en 2011 chez les femmes enceintes(130). Ceci démontre les efforts du gouvernement pour diminuer le risque de transmission de la mère à l'enfant. Cependant, bien qu'il soit accepté à 98% quand il est proposé, le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes ne se fait que dans 24% des cas. On peut donc supposer que le dépistage est encore loin d'être proposé de manière systématique aux femmes enceintes, des facteurs logistiques entrent également probablement en compte (non approvisionnement en tests syphilitiques...).

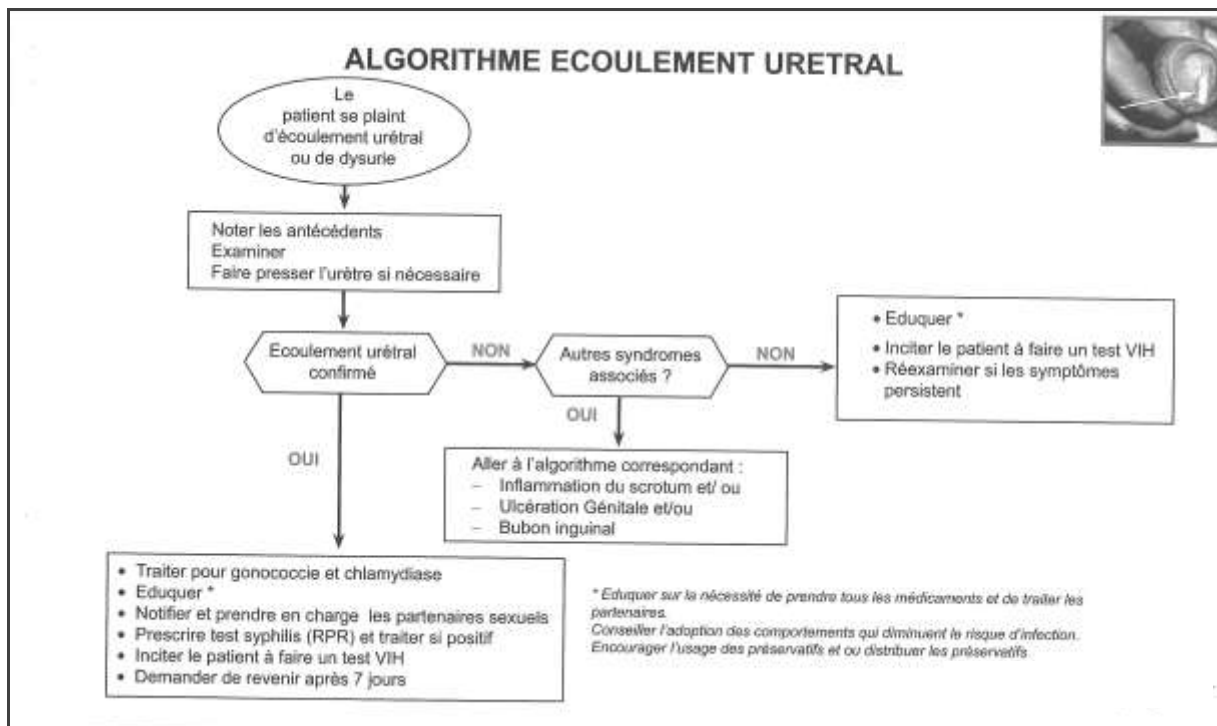
Une étude a été réalisée dans divers sous-groupes de la population en 2005, la prévalence de la syphilis était de 7% parmi les patients porteurs d'une IST et de 16,6% parmi les travailleuses du sexe et les militaires (131). Il n'existe pas actuellement de donnée sur la prévalence de la syphilis dans la population générale.

Concernant les autres IST, une étude réalisée auprès de 1000 travailleuses du sexe de 2001 à 2003 retrouvait un portage de *Neisseria gonorrhoeae* chez 41% des femmes âgées de 16 à 19 ans et de 19.5% des femmes de 20 à 64 ans. Le taux de *Chlamydiae trachomatis* était respectivement de 47.4% et de 19.1% dans ces deux groupes. Après ajustement des différences de comportement sexuel entre les deux groupes (usage systématique du préservatif, antécédent d'IST), il persistait un risque significativement plus élevé d'IST chez les femmes jeunes. Une des hypothèses avancées était l'immaturation du système immunologique. Les femmes jeunes seraient donc un groupe particulièrement exposé aux IST, d'autant plus qu'elles sont les plus sollicitées sur le marché du sexe et que elles ont moins de « poids » que leurs congénères plus âgées face à la gent masculine pour refuser un rapport sexuel ou imposer l'usage systématique du préservatif(133). Une seconde étude conduite en 2002 auprès de 100 travailleuses du sexe âgées de 15 à 29 ans retrouvait un taux d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* de 27%, un portage de *Chlamydiae trachomatis* dans « seulement » 12%, mais également une infection à *Trichomonas vaginalis* dans 32% des cas et une sérologie syphilitique (VDRL) positive dans 11% des cas. Il n'était pas retrouvé de cas séropositif pour l'infection à VIH. Les facteurs de risque étaient ceux habituels des IST : un faible niveau d'éducation, la précocité de l'entrée dans la vie sexuelle, un taux faible d'utilisation du préservatif (134).

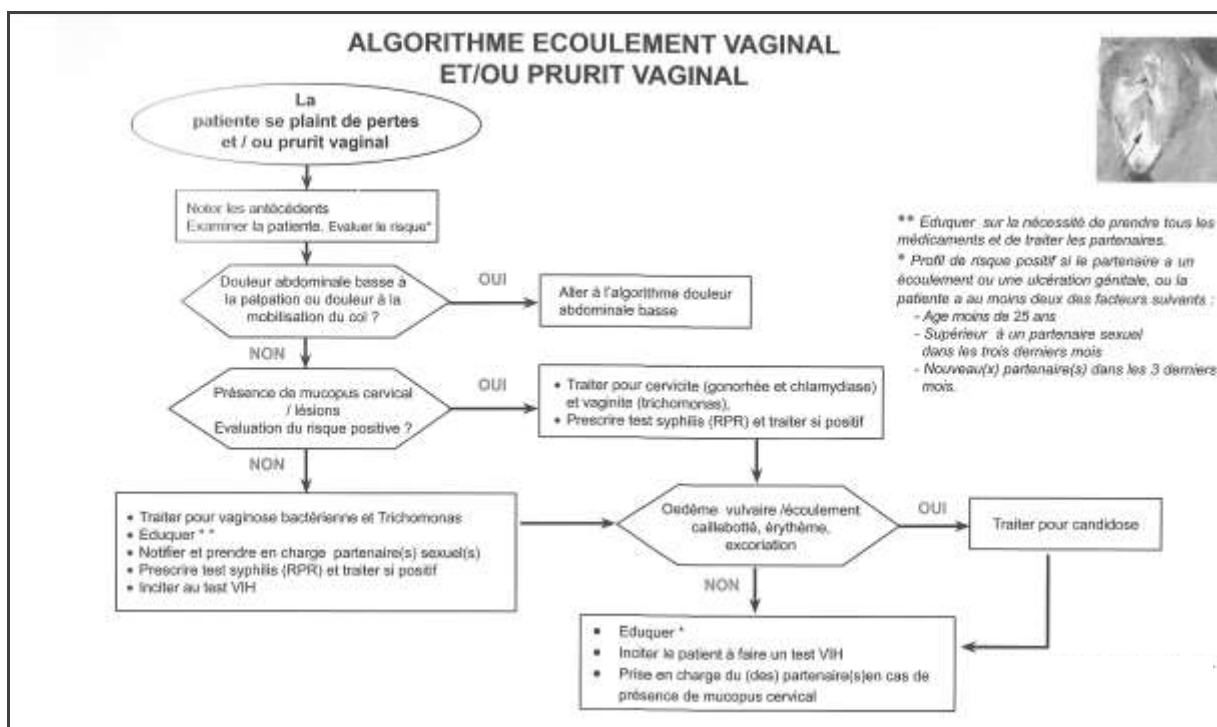
(ii) *Diagnostic*

Hormis lors des consultations prénatales où un test de détection rapide de la syphilis est proposé³², le diagnostic des IST est exclusivement syndromique. A partir de 2000, la prise en charge des IST classiques a été intégrée dans les services de soins de santé primaires publics et privés (ONG). Les algorithmes suivants résument la prise en charge diagnostique enseignée et appliquée à Madagascar.

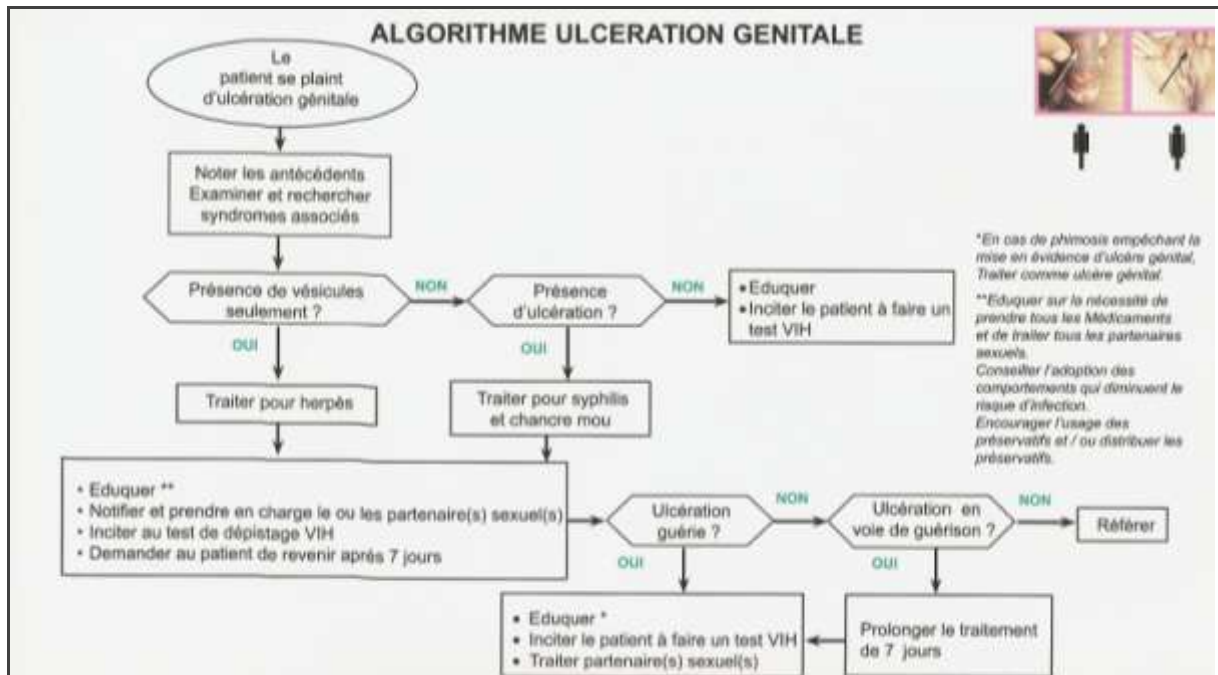
³² Il s'agit d'un test tréponémique, d'une sensibilité de 85% à 98% et d'une spécificité de 93 à 98%, ayant l'avantage de pouvoir être facilement conservé et ne présentant pas d'effet prozone (contrairement au VDRL). L'un de ses inconvénients majeurs est l'impossibilité de différencier une infection active d'une infection ancienne, les anticorps anti-tréponémique persistant à vie. Le VDRL est également utilisé à Madagascar, uniquement disponible dans des structures au moins du 2^{ème} échelon. L'élaboration d'un consensus est en cours afin de déterminer les tests diagnostiques adéquats (131,135).



Algorithme diagnostique des gonorrhées (136).




Algorithme diagnostique du prurit vaginal et des leucorrhées (136).




Algorithme diagnostique des ulcérations génitales (136).

(iii) Traitement

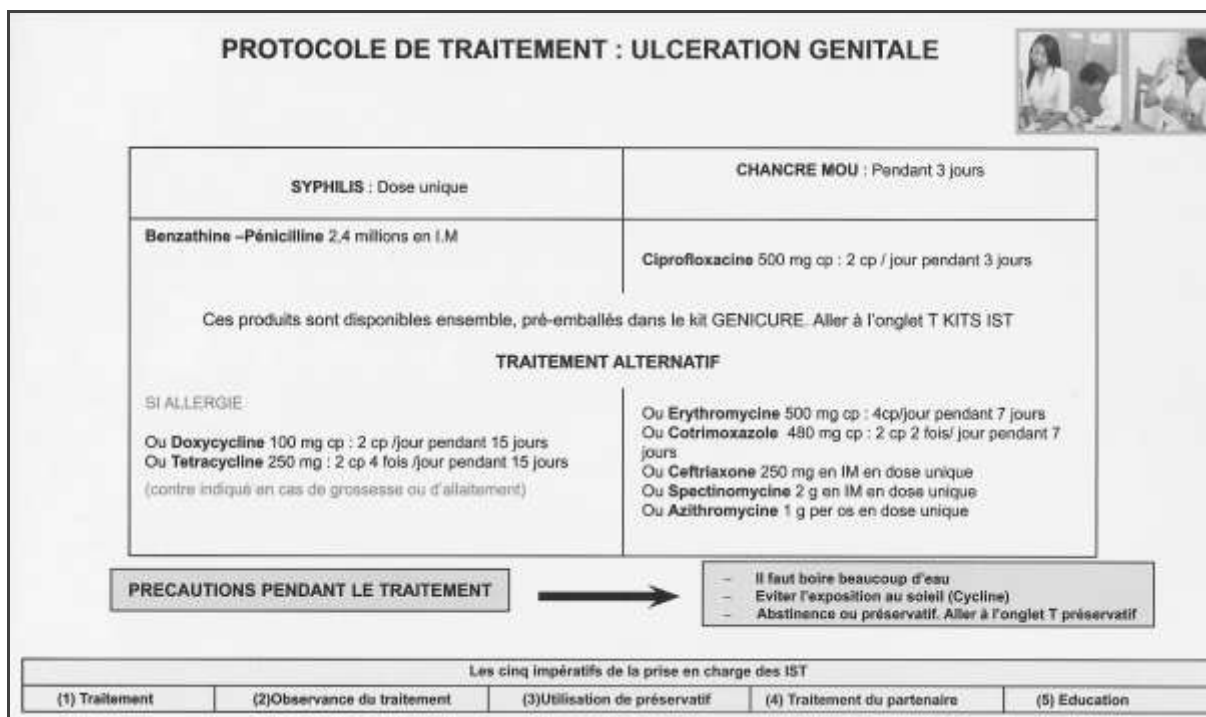
De même que le diagnostic, le traitement s'appuie sur une démarche syndromique résumée dans les algorithmes suivants :

PROTOCOLE DE TRAITEMENT : Ecoulement Urétral 				
GONOCOCCIE : Dose unique	et	CHLAMYDIASE : Pendant 7 jours		
1^{er} jour : Ciprofloxacine 500 mg : 1 cp en une seule prise observée Ces produits sont disponibles ensemble, pré-emballés dans le kit CURA 7. Aller à l'onglet T KITS IST TRAITEMENT ALTERNATIF Ou Amoxicilline 500 mg : 1 ^{er} heure : 6cp ; 8 heures après : 6cp ou Ampicilline 500 mg 1 ^{er} heure : 7cp ; 8 heures après : 7 cp ou Spectinomycine 2g en IM ou Ceftriaxone 250 mg en IM	1^{er} jour au 7^{ème} jour : Doxycycline 100 mg cp : 1cp le matin 1cp le soir au milieu de repas Erythromycine 500 mg : 4cp/jour pendant 7 jours Ou Tétracycline 250 mg : 8cp/jour pendant 7 jours	SI ECOULEMENT URETRAL PERSISTANT ou RECURRENT ajouter traitement TRICHOMONASE : Dose Unique Métronidazole 2g per os en une seule prise Soit 8 cp à 250 mg Soit 4 cp à 500 mg		
PRECAUTIONS PENDANT LE TRAITEMENT		<ul style="list-style-type: none"> - Il faut boire beaucoup d'eau - Pas de boisson alcoolisée (Métronidazole) - Eviter l'exposition au soleil (Cycline) - Abstinence ou préservatif. Aller à l'onglet T préservatif 		
Les cinq impératifs de la prise en charge des IST				
(1) Traitement	(2) Observance du traitement	(3) Utilisation de préservatif	(4) Traitement du partenaire	(5) Education

Algorithme thérapeutique des gonorrhées (136).

PROTOCOLE DE TRAITEMENT : ECOULEMENT VAGINAL ET/OU PRURIT VAGINAL 				
VAGINITE TRICHOMONASE / VAGINOSE BACTERIENNE (Dose unique)	CERVICITE GONOCOCCIE Dose unique / CHLAMYDIASE (7 jours)	CANDIDOSE 3 jours à 7 jours.		
Métronidazole : 2g per os en une seule prise. Soit 8 cp à 250 mg Soit 4 cp à 500 mg FEMME ENCEINTE OU ALLAITANTE Métronidazole tablettes vaginales : 1 tablette/jour pendant 10 jours.	Ces produits sont disponibles ensemble, préemballés dans le Kit CURA 7. Aller à T Traitement kits IST ; Traitement alternatif ou pour les femmes enceintes / allaitantes Ou Amoxicilline 500 mg cp 1 ^{er} heure : 6cp ; 8 ^{ème} heure : 6cp Ou Ampicilline 500 mg : 1 ^{er} heure : 7cp ; 8 ^{ème} heure 7 cp Ou Spectinomycine 2g en IM Ou Ceftriaxone 250 mg en IM	1^{er} jour au 7^{ème} jour : Doxycycline 100mg cp : 1cp le matin, 1 cp le soir. Traitement alternatif : Ou Erythromycine 500 mg : 4 cp/jour pendant 7 jours Ou Tétracycline 250 mg cp : 8 cp /) pendant 7 jours (contre indiqué chez les femmes enceintes/allaitantes)	Nystatine tablette vaginale : 100 000 unités/jour pendant 10 jours Ou Miconazole tablette vaginale à 400 mg : 1 tablette le soir pendant 3 jours.	
PRECAUTIONS PENDANT LE TRAITEMENT		<ul style="list-style-type: none"> - Il faut boire beaucoup d'eau - Pas de boisson alcoolisée (Métronidazole) - Eviter l'exposition au soleil (Cycline) - Abstinence ou préservatif. Aller à l'onglet T préservatif 		
Les cinq impératifs de la prise en charge des IST				
(1) Traitement	(2) Observance du traitement	(3) Utilisation de préservatif	(4) Traitement du partenaire	(5) Education

Algorithme thérapeutique du prurit vaginal et des leucorrhées (136).



Algorithme thérapeutique des ulcérations génitales (136).

Deux kits de traitement, à moindre coût, avaient été initialement distribués afin de faciliter l'accès au traitement. Pour les leucorrhées et gonorrhées, il s'agissait du kit CURA 7 (ciprofloxacine et doxycycline), qui visait le gonocoque et le chlamydia et pour les ulcérations génitales, du kit Genicure (benzathine-pénicilline et ciprofloxacine) pour la syphilis et le chancre mou. Malheureusement, en réalité, peu de structures en disposent. En dehors de ces kits, si le traitement pour la syphilis est entièrement pris en charge, le traitement des autres MST est payant et pose de réelles difficultés d'accès. L'émergence de résistances du gonocoque aux fluoroquinolones ont rendu le kit CURA 7 caduque. L'équipe du Comité de Lutte contre les IST travaille actuellement sur la révision du traitement et envisage l'administration de céphalosporine orale (cefixime) et sa prise en charge financière pour pallier à l'émergence de ces résistances (132).

Le diagnostic des MST étant essentiellement clinique, il n'existe pas de suivi biologique de la syphilis contrôlant l'efficacité du traitement. Son élaboration est en cours de réflexion.

La prévalence déclarée des IST dans la population générale (15-49 ans), étant estimée à 5%, environ 350 000 personnes nécessitent une prise en charge thérapeutique syndromique pour des ulcérations génitales (30% des cas d'IST) ou un écoulement génital (70% des cas d'IST). Or, seulement 40% des malades IST utilise les formations sanitaires pour se faire traiter, limitant l'impact de la généralisation des kits disponibles dans ces structures et de la formation des agents de santé.

On peut également regretter que l'information du partenaire sur la nécessité de consulter soit plus que limitée (moins de 1%) (131).

Au sein de la population des femmes enceintes séropositives à la syphilis, seules 56% d'entre elles ont reçu le traitement adéquat (3 dose d'extencilline), néanmoins, on constate tout de même une amélioration par rapport à l'année précédente (43% en 2010). La chimioprophylaxie dans le cadre de

l'élimination de la syphilis congénitale (traitement 1 dose) – quant à elle, a concerné 73,1% des femmes enceintes séropositives à la syphilis vues précocement au CPN en 2011 (130).

(c) Prise en charge psychosociale des patients séropositifs pour le VIH

En 2007 est créé MAD'AIDS, une des ONG les plus actives fédérant 29 associations et tout un réseau de personnes vivant avec le VIH. MAD'AIDS reçoit un appui technique et financier des partenaires pour la mise en œuvre d'actions de prévention et de prise en charge médicale et psychosociale des personnes séropositives. Néanmoins, en 2011, seules 3 associations à vocation psychosociale ont pu bénéficier d'un appui technique et financier pour la réalisation de leurs activités. Il s'agit d'une des limites de l'aide sélective, dans ce contexte de crise politique, la plupart des associations n'ont pas été estimées compétentes vis-à-vis de la pertinence du projet présenté et de leur capacité de gestion de celui-ci. En 2011, parmi les personnes séropositives identifiées et suivies médicalement, 521 (soit près de 63,7%) bénéficient d'une prise en charge psychosociale(130).

(d) Stratégie thérapeutique de lutte contre le VIH à Madagascar

(i) Diagnostic

Le diagnostic est réalisé par un test Elisa confirmé par la réalisation d'un Western-Blot. Ces tests sont disponibles dans la plupart des villes. En zone rurale, le test de dépistage est réalisé à l'aide d'un test de détection rapide (137).

(ii) Le traitement antirétroviral

La prise en charge thérapeutique du VIH à Madagascar est basée sur les recommandations de l'OMS(138).Un traitement antiviral est débuté dès que le taux de CD4 est inférieur à 350 cellules/mm³ indépendamment de la présence ou de l'absence de symptômes cliniques. En revanche, un traitement antirétroviral doit être débuté à partir du stade 3 ou 4 définit par l'OMS (cf. Annexe I).

Le traitement antirétroviral de première intention associe 1 INNTI (inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse) et 2 INTI (inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse) dont 1 doit être la zidovudine (**AZT**) (Retrovir®) ou le ténofovir disoproxil fumarate(**TDF**)(Viread®).

La première ligne administrée à Madagascar est : lamuvidine (**3TC**) (Combivir®, Epivir®) + nevirapine (**NVP**)(Viramune®) + **AZT** ou en cas d'intolérance : emtricitabine(**FTC**)(Emtriva®)+ efavirenz (**EFV**)(Sustiva®) + **TDF** (137).

L'OMS recommande un schéma thérapeutique de deuxième intention associant un inhibiteur de la protéase (IP) potentialisé par du ritonavir et deux INTI, dont l'un doit être l'AZT ou le TDF, en fonction du schéma thérapeutique administré en première intention. L'atazanavir potentialisé par le ritonavir (**ATV/r**) (Reyataz®) ou le lopinavir potentialisé par le ritonavir (**LPV/r**) (Kaletra®) sont les IP à privilégier. L'abacavir(**ABC**) (Ziagen®, Kivexa®) et le didanosine (**ddl**) ne sont plus recommandés comme options privilégiées des schémas thérapeutiques de deuxième intention. Le groupe d'experts a conclu que le fait de les utiliser n'apportait pas d'avantage particulier, si ce n'est d'induire un coût supplémentaire.

Madagascar privilégie conformément à ces recommandations l'utilisation de 2 INTI et de 1 IP. Cependant, les 2 INTI ne sont plus ceux recommandés en première intention (AZT ou TDF en fonction du schéma thérapeutique de première intention).

La deuxième ligne administrée à Madagascar est : abacavir (**ABC**) + didanosine (**ddl**) + **LPV/r** (137).

La recherche de l'HLA-B*5701, mutation significativement associée au risque de toxidermie grave en cas de prise d'abacavir, n'est pas encore en mesure d'être réalisé à Madagascar. Cependant, si la présence d'HLA-B*5701 semble fortement associée à un risque d'hypersensibilité chez le sujet caucasien, chez les sujets noirs ou hispaniques l'association est moins probable (139).

Dans le cas particulier de la femme enceinte, la protection de la transmission mère enfant du VIH fait référence à deux situations (140) :

-Soit il s'agit d'une femme enceinte présentant une des indications à la mise en place d'un traitement antirétroviral. Dans ce cas, les indications sont les mêmes que pour la population générale et le traitement est pris à vie. Il est important de souligner que l'efavirenz (EFV) ne doit pas être délivré durant le premier trimestre de la grossesse en raison de son risque tératogène (anomalies du tube neural).

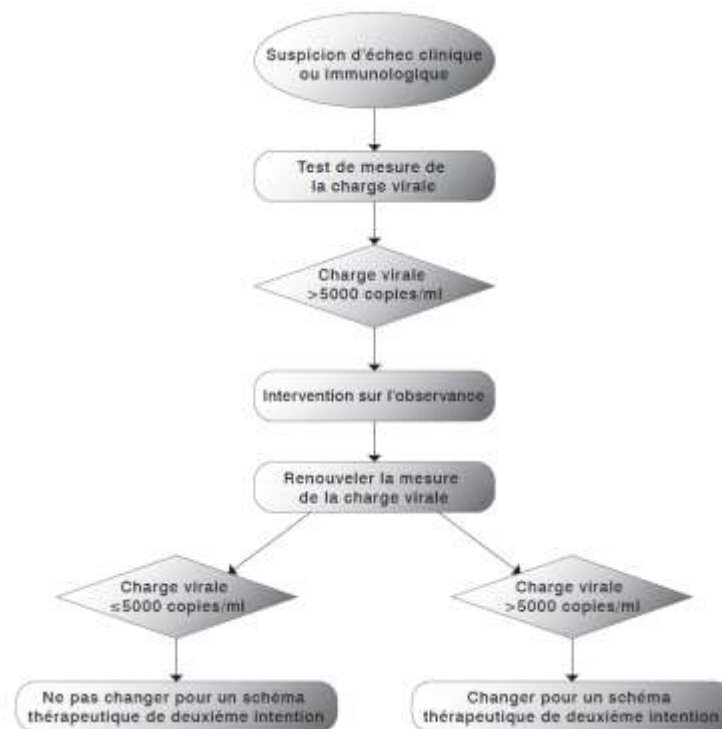
-Soit il s'agit d'une approche prophylactique afin de limiter les risques de transmission mère-enfant. Le traitement est alors administré pendant une période limitée. Le traitement antirétroviral est alors mis en place dès la 14^{ème} semaine d'aménorrhée selon le schéma suivant :

Option A: AZT maternel	Option B: Prophylaxie maternelle par trois ARV
MÈRE	MÈRE
<ul style="list-style-type: none"> • AZT prénatal (dès la 14ème semaine de grossesse) • NVP-du au début du travail* • AZT+3TC au cours du travail et de l'accouchement* • AZT+3TC pendant 7 jours après l'accouchement* <p><i>*Il n'est pas nécessaire de donner la NVP-du et l'AZT+3TC si la mère a reçu plus de 4 semaines d'AZT au cours de la grossesse</i></p>	Association de trois ARV dès la 14ème semaine de grossesse et jusqu'à une semaine après la fin de l'exposition au lait maternel <ul style="list-style-type: none"> • AZT + 3TC + LPV/r • AZT + 3TC + ABC • AZT + 3TC + EFV • AZT + 3TC (ou FTC) + EFV
NOURRISSON	NOURRISSON
<p><i>Nourrisson allaité au sein</i> NVP dose unique à la naissance suivi de l'administration quotidienne de NVP de la naissance jusqu'à une semaine après l'arrêt de toute exposition au lait maternel</p> <p><i>Nourrisson qui n'est pas allaité au sein</i> NVP dose unique à la naissance suivi de l'administration quotidienne d'AZT ou NVP pendant 4 à 6 semaines</p>	<p><i>Nourrisson allaité au sein</i> Administration quotidienne d'AZT ou de NVP de la naissance jusqu'à 4 à 6 semaines</p> <p><i>Nourrisson qui n'est pas allaité au sein</i> Administration quotidienne d'AZT ou de NVP de la naissance jusqu'à 4 à 6 semaines</p>

Traitement des femmes infectées par le VIH sans indication au traitement antirétroviral (140)

Depuis un an, Madagascar dispose de la possibilité de doser la charge virale du VIH et de réaliser un génotypage. A noter que ces examens ne peuvent être réalisés qu'à Tananarive et qu'en raison de problème d'approvisionnement en réactif, le dosage de la charge virale est épisodiquement irréalizable. Le dosage du taux de cellules CD4 est régulièrement pratiqué, uniquement disponible dans les CHU de Tananarive et Mahajunga (137).

La charge virale et le dosage du taux de CD4 sont réalisés au moment du diagnostic puis en cas de traitement à 1mois, 3 mois, 6mois après son instauration puis de manière semestrielle. Au niveau virologique, une charge virale supérieure à 5000 copies/ml est considérée comme un échec thérapeutique. La réalisation d'un génotypage permet de confirmer ou d'infirmer la présence de résistances au traitement et d'adapter celui-ci. En cas de non disponibilité de cet examen, l'échec sera défini sur le plan immunologique : le dosage du taux de CD4 fait alors référence. Un échec thérapeutique est affirmé par une chute du taux de CD4 au niveau du seuil prétraitement, par une diminution de 50% de la valeur du pic obtenu pendant le traitement ou par un nombre de CD4 demeurant au-dessous de 100/mm³. Sur le plan clinique, l'apparition ou la récurrence d'une pathologie de stade 4 de l'OMS signe également un échec thérapeutique. Avant d'affirmer la nécessité d'une deuxième ligne thérapeutique, l'observance devra être soigneusement évaluée et les tests seront confirmés(138).



Stratégie ciblée de mesure de la charge virale pour identifier l'échec thérapeutique (138).

L'ensemble de la prise en charge thérapeutique est gratuite, qu'il s'agisse du traitement antirétroviral, du traitement médicamenteux des infections opportunistes (tuberculose, pneumocystose, CMV...) des examens biologiques ou de la chimioprophylaxie (cf. infra) (137).

(iii) Chimio prophylaxie des infections opportunistes liées au VIH

La prophylaxie par le cotrimoxazole est recommandée chez toute personne symptomatique (stade clinique de l’OMS 2, 3 ou 4), y compris la femme enceinte. Si le test de numération des CD4 est disponible, la prophylaxie par le cotrimoxazole est recommandée pour les personnes ayant un nombre de CD4 inférieur à 350 cellules/mm³, en particulier en situation de ressources limitées où il existe une prévalence élevée d’infections bactériennes et du paludisme chez les personnes vivant avec le VIH. Si les principales cibles visées par la prophylaxie par le cotrimoxazole sont la pneumopathie à *Pneumocystis jiroveci* et la toxoplasmose, le seuil peut être abaissé à un nombre de CD4 inférieur à 200 cellules/mm³(138).

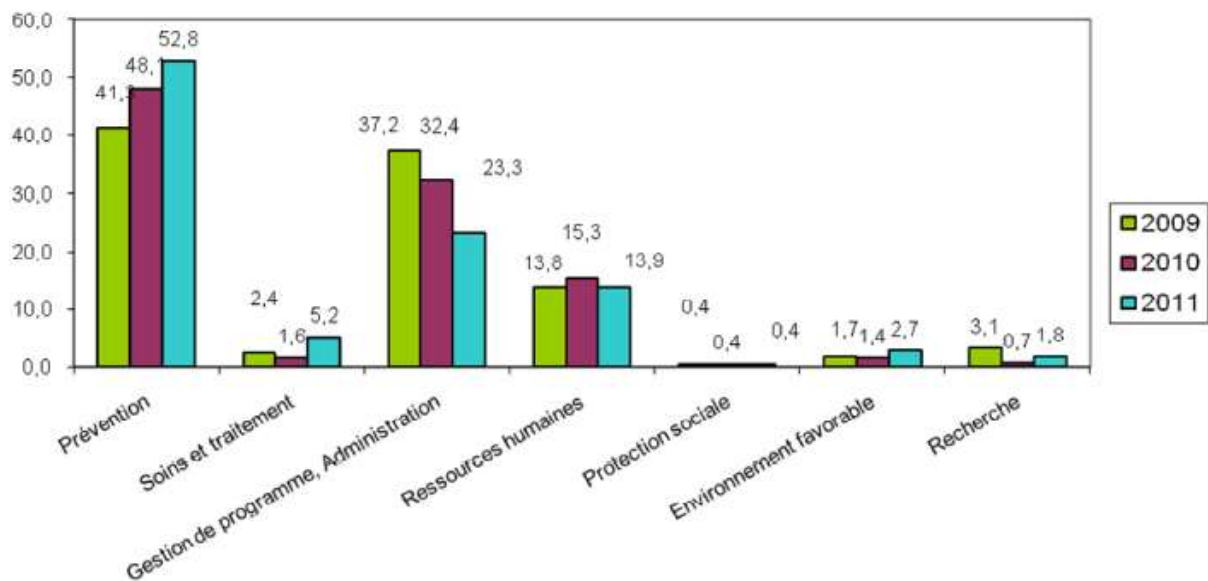
(e) Prise en charge financière

Source	2009	%	2010	%	2011	%
Gouvernement	5 744 257 622	41,1	9 079 643 461	46,1	13 068 349 490	43,2
Organismes bilatéraux	4 321 769 147	30,9	4 118 597 669	20,9	4 872 645 861	16,1
Organismes multilatéraux	3 829 554 437	27,4	6 303 801 113	32,0	12 257 007 788	40,5
Privé/Organisations ou fondations internationales	86 732 995	0,6	179 617 433	0,0	80 440 623	0,3
Total	13 982 314 201	100,0	19 681 659 676	100,0	30 278 443 762	100,0

Financement de la lutte contre le VIH en Ariary (130)³³

Si durant l’année 2009, marquée par la crise politique, les dépenses ont nettement reculé (régression de 146%), celles-ci ont progressivement repris leur essor ces dernières années. La contribution du gouvernement (financé à hauteur de 95% par la Banque Mondiale sous forme de prêt) reste relativement stable en pourcentage, représentant un peu moins de la moitié alors que celles des organismes bilatéraux diminuent progressivement au dépend de la contribution des organismes multilatéraux(130).

³³ Au taux de conversion de la Banque de France en Décembre 2012, 1 euro vaut 3038 Ariary.



Evolution de la répartition des dépenses par secteurs de 2009 à 2011(130).

Comme l'illustre la figure ci-dessus, les dépenses favorisent en premier lieu la prévention, quelque soit l'année concernée comme dans la plupart des pays à faible revenu.

Il convient également de noter que les dépenses liées à l'administration sont parmi les plus importantes, bien qu'en diminution au fil des ans.

La prise en charge sociale ne bénéficie quant à elle que d'une très faible part des revenus, stable dans le temps. Ces dépenses sont assurées presque en totalité par les organismes privés. Néanmoins, force est de constater que les dépenses en terme de soins, bien que représentant une faible part de celles-ci augmentent progressivement(130).

(f) Evaluation des difficultés à la mise en place du PNL contre le VIH et les IST

Certaines problématiques sont soulevées par le Gouvernement malgache dans le rapport UNGASS(130) et par le « Madagascar Action Plan »(131) :

Les femmes enceintes séropositives pour le VIH n'ont régulièrement pas accès à la prévention de la transmission mère-enfant, en termes de thérapeutique mais aussi d'information. Onze hôpitaux et 14 centres de soins sont qualifiés pour la prise en charge de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME). La plupart des centres qui pratiquent des activités de PTME ne disposent que du traitement prophylactique pour réduire la transmission verticale pendant l'accouchement. La prise en charge médicale ultérieure de la patiente et de son enfant doit faire appel au médecin référent, localisé au niveau régional. Les accouchements se déroulant généralement hors de centres de PTME, dans une maternité de référence (où le personnel n'est pas toujours formé à la PTME), le

risque de stigmatisation est évident. De plus, le pourcentage de patientes perdues de vue avant et après l'accouchement peut être important, en raison de l'absence d'un système de suivi médical et biologique de proximité. Alors que 6800 femmes enceintes seraient éligibles à un traitement prophylactique, seules 7 ont pu en bénéficier jusqu'alors.

Les contraintes législatives relatives à l'usage des drogues limitent l'accès à la connaissance de cette population et par la même occasion, prive de la mise en œuvre d'interventions de prévention face au VIH telles que la possibilité de recourir à un traitement de substitution aux opioïdes ou la mise à disposition d'aiguilles et de seringues propres.

Le caractère relativement récent du programme VIH/IST impose une refonte du système de sa prise en charge. La verticalité des interventions, héritée d'une approche « projet » oriente vers la mise en place de « services », au détriment d'une approche horizontale répondant plus de la logique de soins de santé primaires. Afin de répondre à cette nécessité de mutation du modèle de prise en charge, la coordination intra-sectorielle au sein du Ministère de la santé et du planning familial ainsi que le partenariat encore limité avec la société civile sont encouragés.

Le manque de qualification du personnel médical et paramédical ne permet pas de mettre en œuvre correctement les actions de prévention et de dépistage du VIH. Bien que le personnel formé soit en augmentation, il n'existe jusqu'à ce jour aucun suivi de la validité des connaissances.

La défaillance logistique est source de rupture de stock en médicaments essentiels (ou au contraire de surplus) entraînant soit une rupture dans la prise du traitement en cas de non approvisionnement, soit des surcouts en cas de surplus liés à la péremption des traitements.

Il existe également une inégalité d'accès aux soins, notamment en terme de prise en charge psycho sociale entre les zones urbanisées et les zones rurales.

A cette liste s'ajoutent nos constatations faites lors de notre expérience à Madagascar :

Les difficultés de communications entre les instances administratives et le corps médical sont un facteur limitant de la prise en charge du VIH et des IST. On peut citer par exemple la méconnaissance de la possibilité d'utiliser les tests de détection rapide du VIH pour l'ensemble de la population consultant dans une structure médicale. En effet, si ces tests étaient initialement réservés au dépistage des femmes enceintes et de leur conjoint, leur utilisation est dorénavant financée pour l'ensemble de la population. Il est probable que l'absence de circulation des nouvelles directives soit plus marquée dans les zones enclavées, renforçant ainsi les inégalités d'accès aux soins entre zones urbaines et zones rurales.

L'entretien avec le Pr Andrianasolo, praticien hospitalier dans le service de maladies infectieuses de Tananarive souligne les difficultés financières existantes. En effet, la gratuité de la prise en charge médicamenteuse du VIH et des maladies opportunistes n'englobe pas les frais d'hospitalisation ou ceux des examens complémentaires (radiographie pulmonaire, formule sanguine, scanner...). Pour les patients séropositifs, la limitation des ressources financières ainsi que les problèmes psychosociaux fréquents sont encore peu assumés par l'Etat, retentissant sur l'observance thérapeutique et entraînant un nombre important de patients perdus de vue (137). Selon les estimations de l'ONUSIDA, 49 000 personnes vivant avec le VIH nécessiteraient un suivi médical et biologique et un encadrement psychosocial. Parmi eux, 10% seraient candidats à un traitement antirétroviral, soit

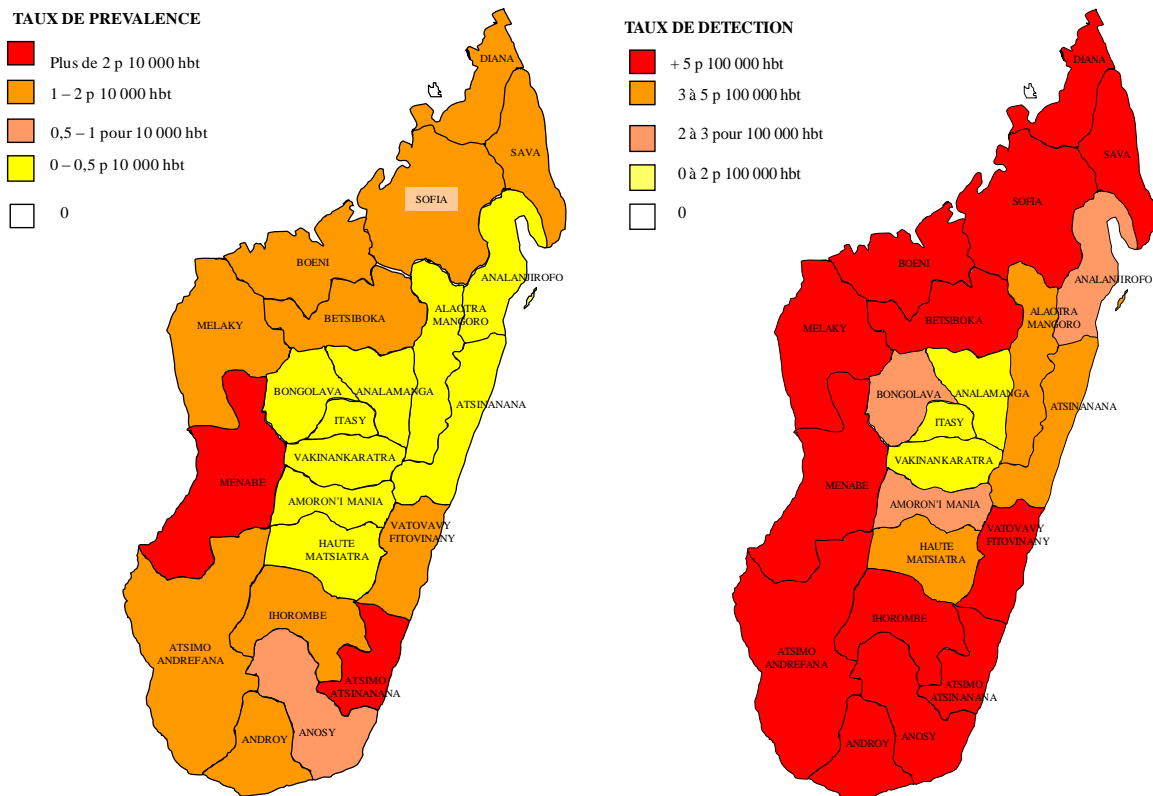
4900 personnes. Le nombre de personnes vivantes avec le VIH sous suivi médical est actuellement de 184 dont 89 sont traitées(131).

(3) Conclusion

Si le taux de prévalence du VIH est encore relativement faible à Madagascar, il ne cesse d’augmenter ces dernières années et l’ensemble des facteurs de risque (absence de protection lors des rapports sexuels, multipartenariat, méconnaissance de la maladie...) sont présents. En témoigne le taux extrêmement élevé d’IST, faisant craindre une explosion de l’épidémie. Le gouvernement malgache, en partenariat avec les bailleurs de fonds étrangers, est soucieux d’améliorer la prise en charge du VIH et des IST. Les efforts portent essentiellement sur la prévention du VIH, le dépistage et le traitement des femmes enceintes séropositives à la syphilis dans le cadre de l’élimination de la syphilis congénitale. Beaucoup de facteurs limitent la portée du plan national de lutte contre le VIH et les IST parmi lesquels on peut citer les difficultés psycho-sociales, l’inégalité entre zones urbaines et rurales (personnel moins qualifié, moins informé, traitements et examens complémentaires non systématiquement disponibles).

b) La lèpre à Madagascar, éliminée mais non éradiquée...

(1) Épidémiologie



De gauche à droite, taux de prévalence et de détection de la lèpre à Madagascar en 2011 (142).

La lèpre est éliminée à Madagascar selon la définition de l'OMS depuis 2006. Sa persistance est en partie due à un retard diagnostique, et au nombre élevé de formes multibacillaires, supérieur à 70% des cas dépistés en 2011, traduisant une forte contagiosité. Le pourcentage d'infirmité est également important avec 13% des patients présentant des infirmités de degré 2 au moment du diagnostic³⁴. Si le seuil d'élimination est tout juste atteint sur le plan national avec un taux de prévalence actuel de 0,82 cas pour 10 000 habitants en 2011, il persiste encore de nombreux foyers et plusieurs districts sont encore loin de ce seuil (par exemple, la prévalence est 2.59 dans le district d'Ambato Boeny où nous avons pu exercer, pouvant aller jusqu'à 6.24 dans le district de Kandrehô, au sud de Mahajunga) (115).

(2) Plan national de lutte contre la lèpre

(a) Organisation(101,141)

Au niveau national, le Programme national lèpre est attaché au Service Tuberculose Lèpre, entité de la Direction des Urgences et de la Lutte contre les Maladies Transmissibles. Ceci implique que les deux programmes lèpre et tuberculose sont rattachés à un seul coordinateur. Néanmoins deux entités distinctes existent à travers deux divisions : la Division Tuberculose et la Division Lèpre. De plus on compte une Division Laboratoire qui gère tout le réseau des laboratoires des mycobactéries et assure la formation et le suivi des laborantins impliqués sur les deux maladies Lèpre et Tuberculose.

Au niveau régional, des Directeurs Régionaux de la Santé assurent la planification et le suivi des deux programmes Lèpre /Tuberculose dans chacune des régions. Cinq laboratoires interrégionaux assurent le relais du laboratoire national de référence auprès des 22 régions, en fonction de critères d'accessibilité géographique.

Au niveau périphérique, 204 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) répartis sur 111 Districts Sanitaires assurent la responsabilité de la prise en charge diagnostique, clinique et thérapeutique des

³⁴ Selon la classification de l'OMS

Pour les mains et les pieds :

Degré 0 : absence d'anesthésie, pas de déformation ni d'ulcération cutanée

Degré 1 : anesthésie, mais pas de déformation ni d'ulcération cutanée

Degré 2 : présence d'une déformation ou d'une ulcération cutanée

Pour les atteintes oculaires :

Degré 0 : absence de problème oculaires imputables à la lèpre ; aucun signe de perte de l'acuité visuelle

Degré 1 : présence de problèmes oculaires imputables à la lèpre, mais aucune baisse corrélative d'acuité (acuité au moins égale à 1/10 ; le sujet peut compter les doigts à 6 mètres);

Degré 2 : forte baisse de l'acuité visuelle (acuité inférieure à 1/10 ; le sujet ne peut compter les doigts à 6 mètres.

patients, en s'appuyant sur un réseau de 227 laboratoires. Les CDT correspondent en général au Centre Hospitalier de District (CHD) ou aux Centres de Santé de Base de niveau 2 (CSB2) qui lui sont attachés. Certaines formations privées ou confessionnelles jouent le rôle de Centre de Traitement, et prennent en charge le traitement du malade sous couvert du CDT qui a fait le diagnostic et a enregistré le malade. Cette large participation de l'ensemble des structures sanitaires a permis de rapprocher le traitement du malade afin de lui éviter des déplacements difficiles et coûteux.

La prise en charge diagnostic et thérapeutique suit les recommandations de l'OMS. Le traitement R.O.M (Rifampicine + Ofloxacet + Minocycline) par dose unique, parfois proposé en cas de lésion isolée n'est pas réalisé à Madagascar.

(b) Objectifs du plan national lèpre (PNL)(142)

Madagascar suit les objectifs Mondiaux 2011-2015, visant à réduire de 35% le taux des Infirmes 2 parmi les nouveaux cas dépistés. Les points clés pour atteindre cet objectif sont :

- Une promotion du dépistage
- Un renforcement de la sensibilisation et de la mobilisation sociale précoce
- Une dotation en médicament PCT (polychimiothérapie) et en corticoïdes
- Un renforcement de la prévention des invalidités et de la réadaptation physique

En pratique il s'agit :

-D'assurer la disponibilité des médicaments à tous les niveaux pour assurer une prise en charge immédiate des cas.

-De réaliser des actions de sensibilisation auprès de la population pour améliorer la compréhension de la maladie et réduire la discrimination et l'exclusion. Le renforcement de l'implication communautaire dans la prise en charge de la lèpre pourrait permettre une amélioration de l'intégration des malades dans la société.

-De renforcer la compétence des agents de santé par des séances de formation continue pour les districts hyperendémiques et par des séances d'information pour les districts hypoendémiques. En effet, lors de la mise à jour des registres nationaux entre 2002 et 2003, on notait un pourcentage d'erreurs diagnostiques de 4.5%. Dans certains districts, il allait jusqu'à 62%. Ainsi, les efforts ont été portés sur l'amélioration de la qualité du diagnostic en instaurant des séances de formations médicales, en supervisant et en vérifiant les diagnostics. Une enquête d'évaluation externe conduite en 2005 retrouvait un taux d'erreur diagnostic de 27.5%, et 12.2% d'erreur de classement (forme multi/paucibacillaire). Le pourcentage de surdiagnostic semble particulièrement important à Madagascar puisqu'il n'excède généralement pas 10% dans d'autres pays de forte endémie. L'acquisition d'une culture dermatologique « de base » permettrait la reconnaissance des principaux diagnostics différentiels pris à tort pour une lèpre (psoriasis, eczématide...). En ce sens, une formation en dermatologie a été réalisée en 2009 en, sous l'égide du Pr Rapelanoro, dermatologue au CHU de Tananarive(143).

(c) Partenaires(141,142)

L'OMS assure un suivi des activités et relaie les recommandations internationales à Madagascar. Elle reçoit les statistiques et les résultats du pays qui alimentent les données internationales et permettent l'élaboration de stratégies mondiales.

La Fondation Raoul Follereau apporte un appui technique au Service tuberculose lèpre à travers l'assistance technique qu'elle met à disposition du plan national lèpre, mais aussi en jouant un rôle de consultant à demeure.

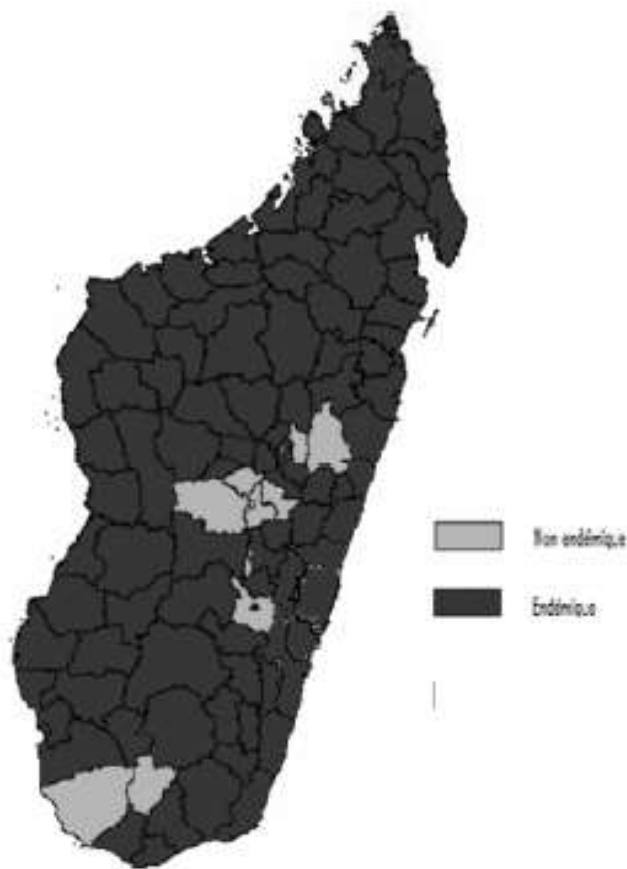
L'Institut Pasteur de Madagascar, entité rattachée au Ministère de la Santé apporte son appui à la réalisation d'études épidémiologiques, ainsi qu'un soutien technique en tant que laboratoire de référence des mycobactéries.

(3) Conclusion

Si Madagascar a atteint le seuil d'élimination de la lèpre au niveau national, la réalité est tout autre au niveau régional où persistent de nombreux foyers hyperendémiques. L'annonce de l'élimination est souvent confondue avec l'éradication, source d'un désintéressement du corps médical et d'un ralentissement des financements internationaux entraînant une diminution de la formation des agents de santé et des interventions d'information auprès de la population. L'interdiction du dépistage actif par l'OMS, pour des motifs éthiques est également soulevée comme un des facteurs de retard diagnostic. Il est clair que compte tenu du pourcentage d'erreurs diagnostiques, largement supérieur aux autres pays de forte endémie, les efforts de formation auprès du personnel soignant devront être poursuivis (142).

c) *Filariose lymphatique*

La quasi-totalité de l'île est touchée par la filariose lymphatique. Le diagnostic et le traitement reposent sur les recommandations de l'OMS. Madagascar n'étant pas une zone d'endémie de l'onchocercose, le traitement de la filariose lymphatique consiste en une administration annuelle d'albendazole (400mg) et de citrate de diéthylcarbamazine (DEC) (6 mg/kg) en dose unique. La couverture nationale du programme ne cesse d'augmenter (3.7% en 2005 contre 36.9% en 2010)(144).



Endémicité de la filariose lymphatique à Madagascar en 2011(115).

d) Mycoses profondes

(1) Chromomycose

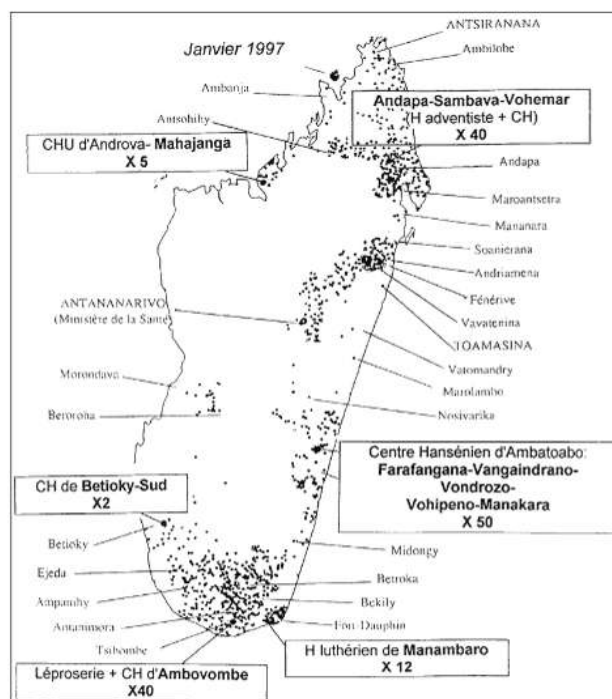
Madagascar fait partie des foyers mondiaux les plus actifs de chromomycose. Une vaste étude à l'échelle du pays avait été menée en 1994 afin d'évaluer l'efficacité de la terbinafine, qui semblait un traitement prometteur (taux de 71.5% de guérison dans les études préliminaires). Le médicament était alors dispensé gratuitement. Malheureusement, les résultats furent moins engageants, avec une efficacité calculée de 36%, en partie dûe au mauvais management des patients par les infirmiers.



Image historique à Andapa (Madagascar) : de gauche à droite le Dr Ratsioharana assis à côté des 22 premiers patients malgaches sélectionnés au premier jour de l'essai thérapeutique (1994-1996). Au fond une dizaine de patients debout, qui devront attendre l'opération humanitaire « Lamisil à Madagascar » (1997-1999) (108).

Même si le succès de l'essai ne fut pas celui escompté, il permit de rehausser l'intérêt porté à cette pathologie avec laquelle beaucoup de malades terminaient leur vie sans diagnostic, ou pire après un séjour en léproserie.

Le dernier recensement des cas de chromomycose et de leur répartition sur le territoire malgache date de cette époque. Le nombre de cas étaient de 149, plus concentrés au nord, sur la côte est et au sud(108).



Bilan des cas de chromomycose officiellement recensés à Madagascar pour l'opération humanitaire « Lamisil à Madagascar» (108).

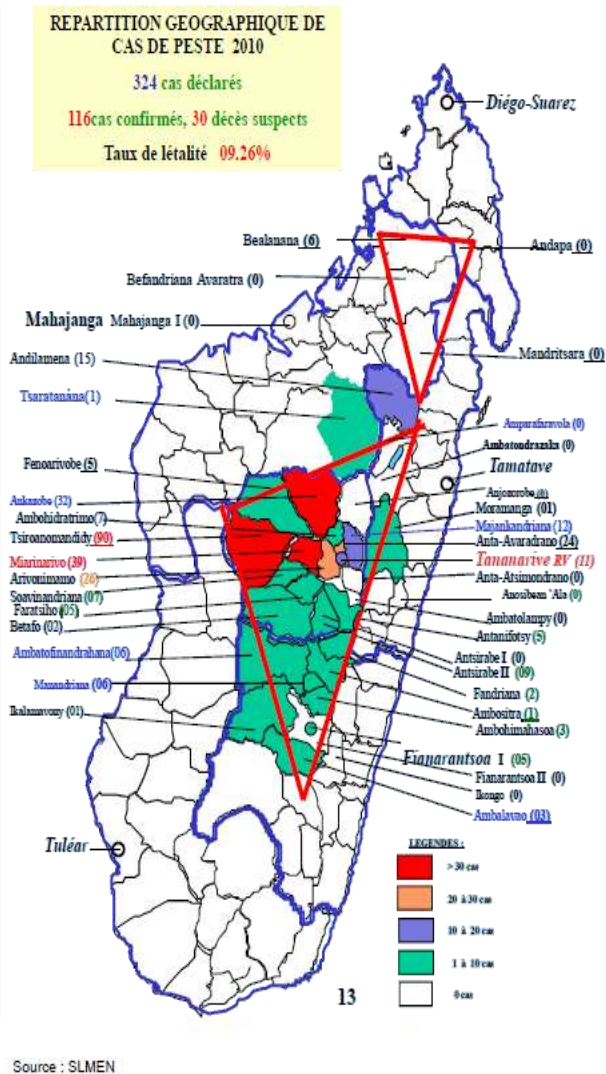
(2) Mycétomes

La dernière étude a été réalisée à propos de 142 cas pendant des années 1954 à 1987 par le laboratoire d'anatomie pathologique de l'institut Pasteur de Madagascar. Les formes fongiques et bactériennes coexistent avec deux espèces prédominantes, l'agent fongique *Madurella mycetomi* et l'agent bactérien *Actinomyces Streptomyces pelletieri*. Cette affection touchait particulièrement le sud de l'île, où pousse une végétation semi aride riche en épineux. A l'époque, les mycétomes étaient relativement peu fréquents avec une incidence de 4.7 cas par an pour 10 000 000 habitants (145). Il n'existe pas de données actuelles consultables, néanmoins, une étude menée lors de consultations itinérantes en 2008 sur l'île retrouvait parmi les consultations 1 à 3.9% de pathologie tropicale dont des mycoses profondes(146). Lors de notre séjour à Madagascar, nous avons également diagnostiqué un cas d'eumycétome au Sud-Ouest de l'île.

e) Rougeole

Un seul cas de rougeole a été notifié en 2010(118). Il existe probablement un sous diagnostic, les cas étant classés comme une simple éruption virale. La couverture vaccinale avant l'âge de 1 an était de 63% pour cette même année (115).

f) Peste



A Madagascar, la peste sévit depuis 1898 et chaque année, des cas sont déclarés à l'OMS, surtout en milieu rural. Une recrudescence est observée depuis 1989. Entre 1995 et 2000, le nombre moyen des cas déclarés par an a significativement doublé par rapport aux 6 années précédentes. Cette augmentation peut s'expliquer par la re-dynamisation du programme de lutte contre la peste, à partir de 1994. Trois cent treize cas ont été déclarés en 2010 alors que le nombre moyen de cas déclaré était de 214 par an entre 1980 et 1988, de 745 par an entre 1989 et 1994 et de 1623 entre 1995 et 2000 (147).

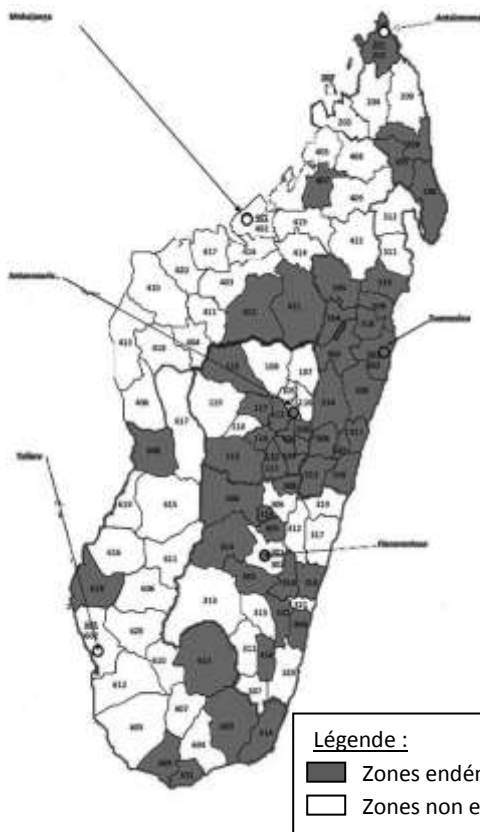
La peste est endémique dans les Hautes Terres Centrales, au-dessus de 800 m d'altitude. La peste urbaine concerne surtout la ville d'Antananarivo, principalement dans les quartiers les plus défavorisés et inondables, et la ville de Mahajanga où la peste a réémergé sous forme d'une épidémie sévère en juillet 1991, et s'y est installée pendant 9 ans (aucun cas confirmé ou probable notifié dans la ville de Mahajanga depuis l'an 2000) (147).

Distribution des cas de peste en 2010 à Madagascar(115).

Le taux de létalité est estimé à 11% en 2007 alors qu'il était de 40% au début des années 1980. Le Programme National Peste est mis en place en 1991. La réduction de la mortalité est un de ses principaux objectifs. La stratégie est basée sur un contrôle des réservoirs (rats) et des vecteurs de la maladie (puces), une surveillance épidémiologique, une amélioration de la précocité de la prise en charge et une éducation de la population aux mesures de prévention. Des mesures environnementales sont également mises en place telles que une dératisation des habitats, la distribution d'insecticides, l'incinération des cadavres des rats etc. (148). Cependant, le manque de mobilité du personnel formé, l'absence de transfert des compétences au sein de chaque sous-district sanitaire et l'insuffisance des apports financiers entravent largement le Programme National peste et l'atteinte des objectifs fixés (122).

Jusqu'à très récemment, le bacille de la peste était considéré comme sensible à tous les antibiotiques actifs contre les bacilles à Gram négatif. Une souche de *Y. pestis* présentant une résistance de haut niveau à la streptomycine a été isolée à Madagascar en 1995 chez un malade atteint de peste bubonique. La même année, une autre souche résistante à plusieurs antibiotiques (ampicilline, chloramphénicol, kanamycine, streptomycine, spectinomycine, sulfamides, tétracycline et minocycline) a été identifiée chez un autre malade à Madagascar (113).

g) Tungose



La tungose est l'infestation cutanée par *Tunga Penetrans* communément appelée puce chique. Elle vit essentiellement dans le sable, ce qui explique sa localisation préférentielle au niveau des pieds. La pénétration cutanée de la puce chique est prurigineuse. En quelques jours se constitue une lésion nodulaire infra-centimétrique centrée par un point noir qui correspond à l'orifice de ponte. Une fois la ponte effectuée, la puce chique ressort à l'extérieur. Elle peut être la porte d'entrée de complications infectieuses telles que le tétanos ou les pyodermites. Le traitement consiste en l'extraction aseptique de la puce chique à l'aide d'une curette ou d'un scalpel (105). A Madagascar, la côte est représentée la principale zone d'endémie.

Endémicité des puces chiques à Madagascar en 2010(115).

3. Conclusion

Madagascar a d'ores et déjà amorcé sa transition sanitaire, ce dont témoigne l'amélioration des principaux indicateurs de santé au cours de ces dernières années. Parmi Les principaux motifs de consultation, la dermatologie vénéréologie occupe une place importante, et plus encore au niveau périphérique du système de santé. L'épidémie à VIH, la prise en charge des IST et la lèpre font partie des grands enjeux de santé publique sur le territoire malgache auxquels le dermatologue est confronté. Néanmoins, l'île-continent recense également une grande diversité de dermatoses dites tropicales dont certaines sont particulièrement endémiques telles que les chromomycoses ou la peste.

C. Une expérience personnelle en zone rurale dans un centre de santé de base de niveau 2 à Madirovalo

1. Description du cadre géographique, logistique et financier

Sur notre initiative personnelle, Monsieur Simon Gaud, médecin spécialiste en neurologie, et moi-même, avons contacté le Dr Noratra médecin du centre de santé de Madirovalo dans la région de Boeny. Ce dernier a accepté de nous accueillir, nous nous sommes rendu sur place du 10/11/2011 au 27/12/2011 soit une période d'environ 1 mois et demi où nous avons pu participer à la consultation du dispensaire.

Madirovalo est une commune de 21 267 habitants, composée de 16 « Fokontany » (quartiers), située dans la région de Boeny, dans le district sanitaire d'Ambato-Boeny, à 146 km de Mahajanga au Nord-Ouest de l'île de Madagascar. La commune se situe en zone rurale en bordure du fleuve Betsiboka, à 25 km d'Ambato-Boeny, chef lieu du district. Les formations sanitaires avoisinantes sont à Marivoay et à Ambato-Boeny (distants respectivement de 50 et 25 km) pour les centres de santé de niveau 2 (CSB2) les plus proches, et à Beseva (15 km) pour le centre de santé de niveau 1 (CSB1) le plus proche.





CSB2 de Madirovalo (document personnel).

Le CSB2 de Madirovalo est un dispensaire médicalisé, publique, composé de six bâtiments dont 3 réellement dédiés à l'activité de soin : le bâtiment de consultation médical comprenant également une salle de soins, et une salle de vaccination ; le bâtiment de la maternité contribuant également aux consultations prénatales et aux activités de laboratoire (examens directs bactériologiques axés sur les mycobactéries et tests de détection rapide de la syphilis) et enfin le bâtiment de la pharmacie du dispensaire. Les trois autres bâtiments sont destinés à loger le personnel médical, paramédical et les agents communautaires. Le centre de santé est situé au bord de l'unique axe routier et à l'entrée du village.



Salle de consultation (document personnel)



Salle de vaccination (document personnel)



Salle de soins (document personnel)



Maternité (document personnel)

Le Dr Faralahy Noratra, médecin généraliste est le seul de l'établissement. A ses côtés, le personnel paramédical comprend Mme Jeanne Rafaraso, sage femme, en charge de la maternité du dispensaire et trois aides sanitaires, Mme Claudine Razafindratsara, Mr Martial et Mr Grégoire Razanakondevo. Ils participent aux actions de soins et de préventions comme la vaccination ou le planning familial. Enfin le reste du personnel comprend quatre agents communautaires, le « dispensateur » de la pharmacie de l'hôpital, Mr Sylvain Rakotoriseheno ; le trésorier, Mr Sosthène Sitendy ; le gardien, Mr Rakotondramanga et enfin le Président de l'association communautaire, Mr Raymond Rakotoarimanana.

Il s'agissait de consultations de médecine générale, au cours desquelles nous apportions un soutien dans la pratique médicale au quotidien et un avis spécialisé en dermatologie et en neurologie. Le dispensaire fonctionnait selon un mode autogestionnaire. La consultation était gratuite et les patients payaient pour leurs médicaments (paiement direct). Une liste d'indigents était dressée à la mairie, ces derniers avaient accès gratuitement aux médicaments de la pharmacie du dispensaire. Ces médicaments dispensés gratuitement étaient financés par le fond d'équité du village.

L'objectif principal de notre présence sur place était d'observer la pratique médicale en zone rurale. Les autres objectifs étaient d'observer les cas relevant de la neurologie et de la dermatologie afin de cerner les particularités épidémiologiques, cliniques et de prise en charge de ces maladies dans la pratique médicale en zone rurale. Pour chaque consultation nous avons relevés : l'âge du patient, son sexe, son domicile, la distance parcourue entre le lieu de résidence et le CSB2, le motif de consultation, le diagnostic et la prise en charge proposée. Nous avons pu voir au total 626 patients sur une période d'un mois et demi.

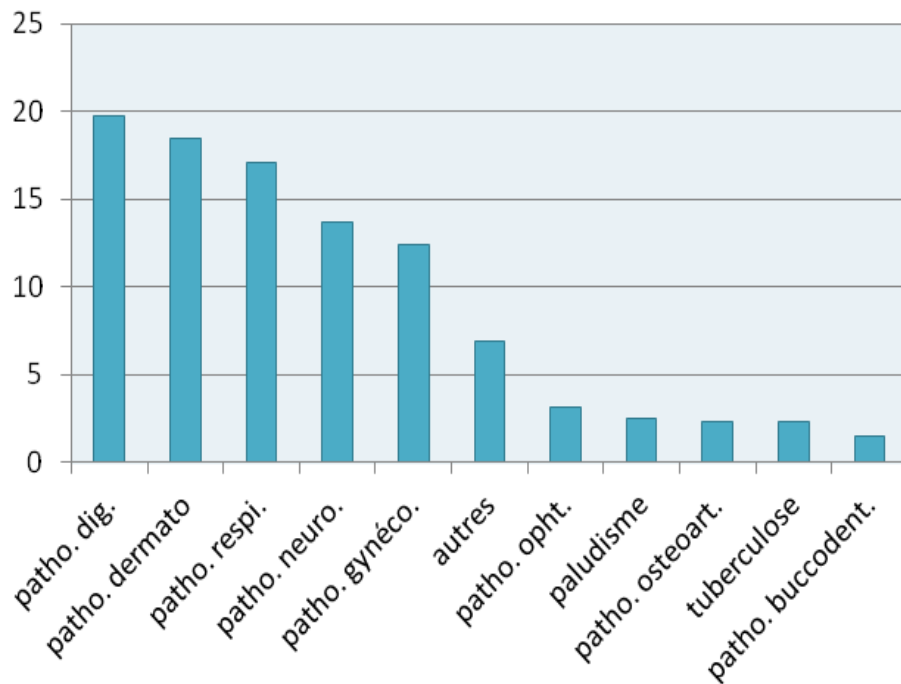
2. Étude descriptive de 626 patients vus en consultation

a) Caractéristiques épidémiologiques généraux

La moyenne d'âge des patients était de 22.5 ans, avec un écart type considérable de 20.2, ce qu'attestent les âges extrêmes des patients, le plus jeune étant âgé de 10 jours et le plus âgé de 85 ans. La médiane était de 20 ans, le premier quartile à 3ans (3^{ème} quartile à 35ans), mettant en lumière le poids des consultations chez les très jeunes enfants.

Le sexe ratio était de 0.59, probablement lié à l'importance des consultations en gynécologie.

La distance moyenne parcourue du domicile au CSB2 était de 7.3 km. Plus de la moitié des patients venaient de Madirovalo (médiane à 0 km). Plus d'un quart des patients, parcouraient au moins 7 km (troisième quartile à 7.3) avec des distances allant jusqu'à 75 km, surtout les jours de marché où la population des villes avoisinantes se réunissait à Madirovalo.



Motifs des consultations en pourcentage au CSB2 de Madirovalo. N=685

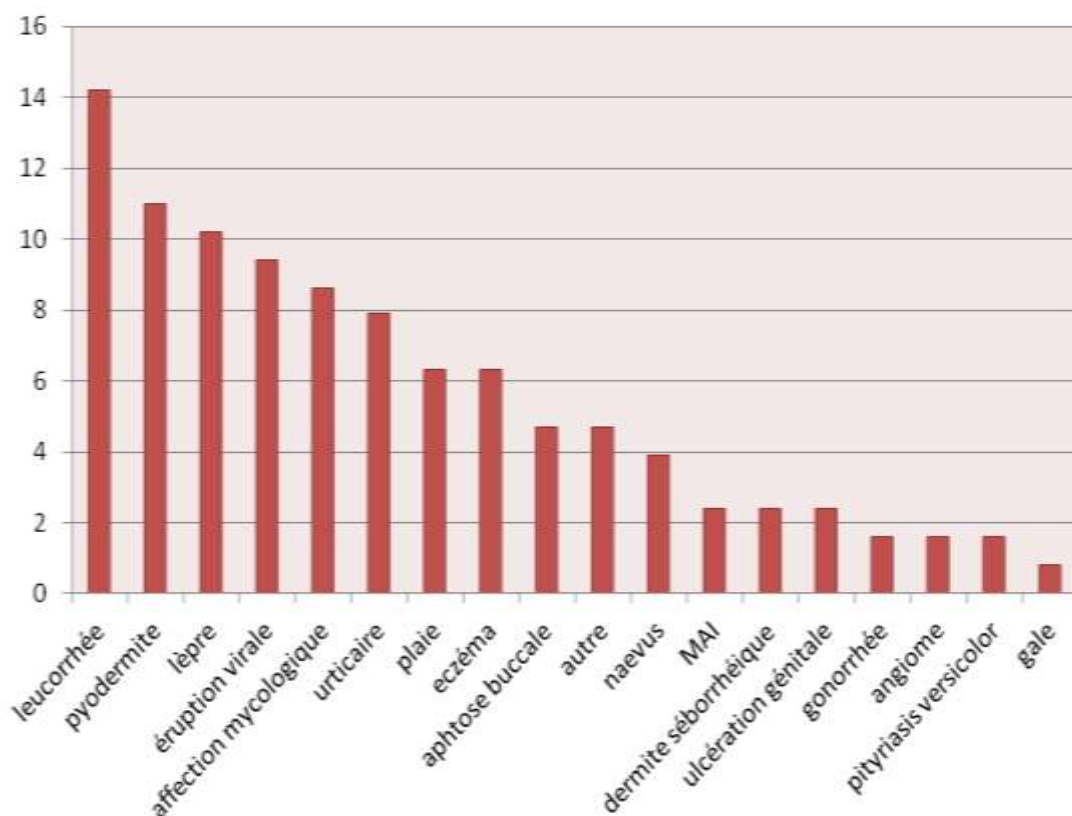
Parmi les motifs de consultation, la pathologie digestive était la plus fréquente (19.7%) suivie de la dermatologie (18.5%), de la pathologie respiratoire (17.1%), neurologique (13.7%) et gynécologique (12.4%). L'ensemble de ces données sont relativement concordantes avec celles des relevés mensuels d'activité des centres de santé de Madagascar (Cf. supra). Toutefois, elles suscitent quelques commentaires.

Tout d'abord, comparativement aux données du Ministère de la Santé, le poids des motifs dermatologiques de consultation est bien plus élevé dans notre étude (18.5% contre 5.1%)(115). La prise en compte des IST explique en partie une supériorité du pourcentage dans notre série. D'autres affections telles que le prurit, les éruptions cutanées virales ou les pyodermites n'ont peut-être pas été systématiquement classées en dermatologie dans les données du Ministère de la Santé, par exemple, les fièvres pour les pyodermites ou les toux/rhumes pour les éruptions cutanées virales présentant également une symptomatologie pulmonaire ou ORL. Pourtant, parmi les 120 patients ayant consulté pour un motif dermatologique, seuls 16 des patients présentaient un 2^{ème} motif de consultation non dermatologique, ce qui va à l'encontre d'un biais de classement. Qui plus est, il est important de noter que seuls ont été pris en compte les motifs de consultation, afin de ne pas induire une surreprésentation de la morbidité de la dermatologie (en effet, le taux de prévalence est de 21 à 83% dans les pays en voie de développement, largement supérieur à celui de la morbidité(90)). Ainsi, une proportion non négligeable des patients présentait d'autres affections dermatologiques (pityriasis versicolor, dermite séborrhéique, hypopigmentation ethnique, dermatosis papulosa nigra, angiomes etc.). Lorsque ces affections ne faisaient pas l'objet de la consultation, elles n'ont pas été comptabilisées. Même si le pourcentage de dermatologie est singulièrement plus élevé que celui de l'Institut des Statistiques de Madagascar, d'autres sources ont des données comparables aux nôtres. La société malgache de dermatologie rapporte que la

dermatologie représente 20% des consultations de médecine générale au niveau périphérique, la reconnaissant ainsi comme le 4^{ème} acteur de la morbidité du pays (149). L'association ARMADA, lors de consultations de médecine générale itinérantes retrouvait sur l'étude de 24 448 patients, 20.8% de dermato-vénéréologie (dont 18.7% de motifs dermatologiques) devenant ainsi le motif de consultation le plus fréquent (146). Les autres rares études mesurant la proportion de patients consultant pour des motifs dermatologiques notent une prévalence non négligeable de 6 à 23.6% en moyenne, avec parfois de fortes variations inter-centres (7.8 à 26.4%) comme au Mali (89,94,150). Les études réalisées dans des centres fixes urbains au Mali, retrouvent probablement un plus faible pourcentage de motifs dermatologiques (11.7%) en raison des meilleures conditions d'hygiène et de l'accès aux soins plus précoces, ce qui pourrait expliquer une plus faible morbidité.

En second lieu, le poids de la pathologie neurologique, important dans notre série, n'est jamais renseigné dans les statistiques nationales, il est très probablement intégré au chapitre « autres affections » qui représente 33.5% des motifs de consultation.

b) Caractéristiques épidémiologique des pathologies relevant de la dermatologie.



Légende : MAI : maladie auto-immune.

Motifs de consultation en dermatologie en pourcentage au CSB2 de Madirovalo lors des mois de novembre et décembre 2012. N=127.

(1) Les IST, premier motif de consultation en dermatologie et vénéréologie

Les leucorrhées étaient le premier motif de consultation (14.2%). L'impossibilité de réaliser des tests biologiques afin d'en documenter l'étiologie, nous engageait à adopter une prise en charge syndromique diagnostique et thérapeutique, précédemment décrite. Aucun élément dermatologique spécifique (collerettes de Bielt pour la syphilis, signe de la poulie de maladie de Nicolas Favre etc.) ne permettait d'orienter cliniquement le diagnostic étiologique. En cas de pertes vaginales purulentes (dans la grande majorité des cas), le traitement ciblait le chlamydia, le gonocoque, trichomonas et la syphilis. En cas de leucorrhées claires, un traitement visant le germe trichomonas était débuté. Nous ne disposons pas de tests de détection rapide de la syphilis. En effet, ces tests étaient initialement réservés au suivi des femmes enceintes et à la prévention de la syphilis congénitale. Leur prise en charge financière n'a été que secondairement généralisée à l'ensemble des patients porteurs d'une IST, malheureusement, le médecin avec qui nous exerçons n'avait pas été informé de ces nouvelles directives.

Les ulcérations génitales et les gonorrhées représentaient respectivement 2.4 et 1.6% des motifs de consultation.

Nous invitons le patient à informer son partenaire et à l'encourager à venir consulter, l'utilisation du préservatif ou l'abstention était recommandée pendant le traitement. Le test VIH par détection rapide n'était pas réalisé pour des motifs similaires à ceux évoqués pour la syphilis. L'observance de nos recommandations se révélait extrêmement faible puisqu'un seul partenaire d'un patient porteur d'une IST s'est présenté en consultation.

Au total, les IST étaient le premier motif de consultation en dermatologie et vénéréologie (18.2%), soit 3.6% des consultations générales avec respectivement 0.5% d'ulcérations génitales et 3.1% d'« écoulements génitaux » ce qui est comparable aux données du gouvernement en 2010 où ces pourcentages étaient respectivement de 0.6% et de 2.3% (115).

(2) Les pyodermites

Les pyodermites étaient le second motif de consultation en dermatologie, avec par ordre de fréquence les impétigos (36%), les abcès (28%), les folliculites (14%), puis ecthyma, érysipèle et panaris. Notre étude confirme que les pyodermites touchent les plus jeunes enfants avec une moyenne d'âge de 10.0 ans par rapport à 22.5 ans pour l'ensemble des patients. Hormis les éruptions cutanées virales, les aphtoses, les urticaires et les angiomes dont les moyennes d'âge sont respectivement de 5.1 ans, et 10.4 ans, 14 ans et 11.65 ans, la moyenne d'âge des patients présentant une autre dermatose ne diffère pas de celle de l'ensemble des patients. Le seul antistaphylococcique dont nous disposions était l'érythromycine qui était employé dans l'ensemble des cas, hormis pour le cas d'érysipèle traité par amoxicilline seul.



Impétigo bulleux avec hypopions.

(3) La lèpre

Parmi les 13 patients lépreux vus à la consultation, 11 étaient des lèpres multi-bacillaires (85%) et 2 des lèpres pauci-bacillaires, ce qui témoigne d'une forte contagiosité. Onze patients présentaient une atteinte neurologique, dont 9 formes MB. Une hypertrophie nerveuse était retrouvée dans 7 cas (et ce de manière isolée dans les deux cas de formes pauci bacillaires), un déficit sensitif dans 6 cas et un déficit moteur dans 5 cas. Aucun cas de neuropathie lépreuse pure n'a été noté. Cette donnée contraste avec les chiffres avancés de 40 à 45% de neuropathie lépreuse parmi les lèpres cutanées (151).

Parmi les 13 patients, 8 étaient des nouveaux cas (dont 6 formes MB et 4 présentant lors du diagnostic des infirmités de niveau 1 selon l'OMS), un patient consultait pour une rechute et 4 étaient suivis au CSB2 (dont 1 présentait une infirmité de niveau 2). Le nombre de nouveaux cas semble inquiétant quant au taux d'incidence qu'il pourrait représenter. En considérant même le bassin de population desservi par le CSB 2 de Madirovalo élargi à l'ensemble de son district sanitaire (soit 150 000 habitants), on estime ce chiffre à 43/ 100 000 habitants, ce qui est près de dix fois supérieur aux chiffres des années précédentes. Cependant, ceci reste une extrapolation à partir de données s'étendant sur une courte durée et incite donc à la prudence. Tout du moins, ce chiffre semble largement supérieur à celui rapporté par l'association ARMADA lors de consultations itinérantes sur l'ensemble du territoire (1 à 3.9% de pathologies infectieuses tropicales dont la lèpre contre 10.2% des consultations de dermatologie uniquement liées à la lèpre dans notre série)(146).



(4) Eruptions virales

Les éruptions virales représentaient 9.4% des consultations dermatologiques. Elles touchaient principalement les enfants en bas âge. Parmi les 12 cas, on retenait 7 érythèmes maculopapuleux non spécifiques, 3 varicelles, une primo-infection herpétique et une éruption para-virale de type Pityriasis Rosé de Gibert dans une forme étendue et folliculaire. Le traitement était symptomatique.



Pityriasis Rosé de Gibert dans une forme folliculaire, profuse et étendue. Médaillons multiples.

(5) Affections mycologiques

Parmi ces 11 patients, 9 se présentaient pour une candidose cutanée, 1 pour un eczéma dishydrosique associé à un intertrigo interdigital et 1 pour une teigne en grande plaque d'allure microsporique. Les candidoses étaient traitées par antifongiques locaux et la teigne par griséofulvine. Ceci souligne encore une fois l'écart entre la prévalence des affections cutanées et leur morbidité. En effet, la teigne, très fréquente, dont l'évolution est généralement bénigne avant l'adolescence, n'est pas considérée comme un problème de santé prioritaire par la population, contrairement à la candidose, qui induit parfois un prurit ou une hypopigmentation, source d'inconfort ou d'inquiétude.



Teigne microsporique en grande plaque.

(6) Urticaire

Il s'agissait dans tous les cas d'une urticaire aiguë superficielle. Un peu moins de la moitié pouvait être rattachée à une étiologie parasitaire. Aucune prise médicamenteuse n'avait été incriminée. Le traitement constituait en l'administration d'antiparasitaires quand il existait une symptomatologie digestive évocatrice associée à l'administration d'antihistaminiques.

(7) Plaies

La majorité des plaies était d'origine traumatique, nécessitant une prise en charge chirurgicale par suture directe. Le fil à suture ne fait pas partie des médicaments essentiels, par conséquent il est très onéreux. Ceci conduit parfois à la mise en place de solutions de « débrouillage » où la suture est réalisée à l'aide d'un fil de nylon introduit dans une aiguille creuse. Un seul patient présentait une

ulcération chronique liée à un retard de cicatrisation suite à une plaie par arme à feu. Le dispensaire ne dispose pas de pansement stérile, les soins réalisés étaient un lavage de la plaie à la bétadine® suivi de l'application de compresses. La vaccination anti-tétanique était systématiquement proposée.



Suture à l'aiguille creuse et fil de nylon.

(8) Eczéma

L'eczéma était un motif relativement fréquent de consultation, les 8 patients se répartissaient de manière égale entre eczéma cutané, dartres et les formes dishydrosiques. Seule une patiente présentait un eczéma de contact suite à l'application d'un produit cosmétique de préparation artisanale acheté au marché du village. La prise en charge est limitée par l'absence d'émollient dans la liste des médicaments essentiels et l'hygiène corporelle parfois limitée. Nous disposions cependant de dermocorticoïdes de classe forte.

(9) Aphtoses buccales

Il s'agissait d'aphtoses buccales, unipolaires, non récurrentes. La plupart touchaient des enfants, ce dont témoigne la moyenne d'âge de 10.7 ans. Une étiologie virale était incriminée dans l'ensemble des cas, un traitement symptomatique par bains de bouche au violet de gentiane était alors débuté.

(10) Naevus

Il s'agissait de naevus hypochromiques, dont le motif de consultation était la suspicion de lèpre. L'existence depuis l'enfance, l'absence de trouble neurologique, les contours déchiquetés permettaient d'écarter le diagnostic de lèpre.



Naevus hypochrome.

(11) Maladies auto-immunes

Trois patients ont été vus pour une maladie auto-immune. Il s'agissait d'un lichen plan, d'un lichen folliculaire et d'un lupus chronique. Nous ne disposions pas d'anatomopathologie et le patient atteint de lupus ne souhaitait pas réaliser d'examens complémentaires dans la structure la plus proche, au centre hospitalier de district de Marivoy à 5 heures de Madirovalo. Néanmoins, l'examen clinique général était sans particularité, sans argument en faveur d'une forme systémique. Les trois patients étaient traités par dermocorticoïdes de classe forte.



Lupus cutané chronique avec atteinte cervicale : centre atrophique parcouru de fines télangiectasies et 3 placards atropho-cicatriciels dépigmentés avec disparition des orifices pilaires.

(12) Dermite séborrhéique et pityriasis versicolor

Encore une fois, la faible fréquence des pathologies en consultation atteste de la différence entre prévalence et morbidité. Une des particularités de ces pathologies est l'existence des formes hypo et hyperpigmentées sur peau noire.



Dermite séborrhéique avec hyperpigmentation à gauche et hypochromie à droite.

(13) Scabiose

Etonnement, un unique cas de gale avait été diagnostiqué, pourtant reconnu comme un motif fréquent de consultations en dermatologie. Le traitement consistait en une application benzoate de benzyle à 25% pendant 24h. Le linge était lavé puis laissé au soleil pendant 48h. A noter que l'émulsion de benzoate de benzyle est plus concentrée que celle dont nous disposons en France qui ne comporte que 10% de substance active.

(14) Autres motifs

Les autres motifs de consultation étaient variés, on notait un lipome, des verrues vulgaires profuses, un cas de dermatosis papulosa nigra, un cas de miliaire cristalline, un kyste synovial et un cas d'ulcérations cutanées dont l'étiologie n'a pu être déterminée.



Miliaire cristalline chez un nourrisson à J10 de vie.

c) Conclusion

Cette étude reflète tout le poids de la dermato-vénérologie, 2^{ème} motif de consultation dans un centre de santé de base en zone rurale. Nos données sont concordantes avec les rares études réalisées sur ce sujet, où la dermatologie représente 10 à 30% de l'ensemble des consultations (150). Les IST, particulièrement les leucorrhées, sont le premier motif de consultation, témoignant du comportement sexuel à risque et de la prédisposition du pays à la propagation de l'épidémie du VIH, encore relativement peu fréquent à Madagascar mais en augmentation régulière ces dernières années. En dehors des IST, les consultations sont motivées par des dermatoses ordinaires telles que les candidoses cutanées, les pyodermes, les éruptions virales, l'urticaire ou l'eczéma. Néanmoins, nos données diffèrent de celles des autres études en deux points : la faible fréquence des cas de gale, pourtant estimée à 8.5% dans l'étude de Mahé sur 14 058 consultations à Bamako (150), et la forte proportion des cas de lèpre. En effet, il s'agissait du 3^{ème} motif de consultation, un peu plus de la moitié était des nouveaux cas dont 75% formes MB, ce qui témoigne d'une importante contagiosité. Ce chiffre semble largement supérieur à celui rapporté par l'association ARMADA à Madagascar (1 à 3.9% de pathologie infectieuse tropicale dont lèpre contre 10.2% des consultations de dermatologie uniquement liées à la lèpre dans notre série)(146). Ces données engagent à penser qu'il pourrait exister un foyer de lèpre dans le district sanitaire d'Ambato Boeny.

3. Commentaires

Notre expérience dans le CSB2 de Madirovalo, et plus largement à Madagascar nous invite à faire quelques commentaires.

a) *La dermatologie sur peau pigmentée(152)*

Pour le dermatologue exerçant à Madagascar, une même dermatose pourra revêtir de nombreux aspects suivant le caractère plus ou moins pigmenté du tégument cutané du patient. Ceci est d'autant plus vrai sur l'île rouge où les nombreuses vagues de migration qui ont successivement peuplé le territoire ont des origines les plus diverses, de l'Asie en passant par l'Afrique noire jusqu'au Maghreb. La conséquence est une incroyable diversité de phénotypes, et par conséquent d'expression des dermatoses, ne facilitant pas toujours le diagnostic. Une des principales difficultés est la reconnaissance de l'érythème, plus ou moins bien perçu suivant la coloration cutanée, qui restera perceptible sur peau claire mais pourra également se manifester par une hypochromie (par exemple en cas d'atteinte psoriasique), une teinte violacée, ardoisée, cuivrée (caractéristique dans la pathologie lépreuse) ou une simple hyperpigmentation.

La pigmentation du sujet noir n'est naturellement pas homogène. Ainsi des irrégularités de pigmentation sont courantes : zone médiofaciale plus claire, paumes et plantes hypopigmentées hormis sur les plis de flexion (s'y associent parfois des macules pigmentées), les lignes de démarcation pigmentaires des membres ou de la partie médiane du tronc peuvent être visibles et les muqueuses présentent fréquemment des macules brunes physiologiques. Les mélanonychies longitudinales ou une pigmentation diffuse de l'appareil unguéal, volontiers polydactyliques sont également fréquentes. Ces hyperpigmentations physiologiques sont parfois difficiles à distinguer de véritables pathologies, notamment au niveau des paumes et des plantes lors des atteintes syphilitiques palmoplantaires, mais surtout du mélanome qui chez le sujet à peau pigmenté est presque exclusivement acral (153). Il est important de souligner que l'hyperchromie en dehors de ces descriptions physiologiques est très peu informative, la plupart des dermatoses un tant soit peu inflammatoires pouvant s'accompagner d'une hyperchromie (eczéma, dermatophytie, irritation mécanique, rançon cicatricielle etc.).



Hypochromie centrofaciale physiologique à gauche, macules pigmentées physiologiques de la lèvre à droite.

Les hypochromies en zone d'endémie lépreuses ne manquent pas de soulever certaines difficultés, parfois doubles : le risque est à la fois celui d'un surdiagnostic de lèpre, conduisant à la mise en place d'un traitement coûteux et non dénué d'effets secondaires ; d'un autre côté, le manque de connaissances diagnostiques des agents de santé à propos des diverses affections hypochromiantes induit parfois des surcoûts dus à des prescriptions thérapeutiques inadaptées et inefficaces, risquant de décourager la population locale à consulter en cas d'hypochromie et ainsi de diminuer le dépistage des cas de lèpre. En effet, les affections hypochromiantes sont extrêmement nombreuses et fréquentes en dehors de la pathologie lépromateuse : pityriasis versicolor, dartre, naevus hypochromique, vitiligo, dermatite seborrhéique, sarcoïdose, mycosis fongöide etc. (154). L'utilisation cosmétique de topiques dépigmentant ne doit pas être omise, l'ampleur de cette pratique semblant largement croissante, et parfois dissimulée en raison de la réprobation du corps médical à l'encontre de cette pratique. Les principes actifs utilisés sont généralement l'hydroquinone à des concentrations dépassant 5% et les dermocorticoïdes, et plus rarement les dérivés mercuriels ou l'acide salicylique. Ces topiques sont en vente libre en pharmacie ou sur les marchés, sous formes de savons, crèmes ou laits. De notre expérience, l'utilisation cosmétique de dépigmentant semblait importante, même dans une zone rurale enclavée telle que Madirovalo. Plusieurs femmes présentant une hypochromie faciale nous informaient de leur utilisation. Les seules complications constatées étaient un début d'acnée cortisonnée et un eczéma suite à l'application d'une préparation locale achetée sur le marché. Nous les informions systématiquement des risques infectieux, cosmétiques (vergetures, ochronose exogène, hypochromie vitiligoïde, éruptions à type de pseudo-lupus) et tentions de les dissuader de les utiliser.



Produits cosmétiques dépigmentant vendus à la pharmacie du village contenant lorsque cela était indiqué acide salicylique à 2%, valérate de betametasone, association multivitaminiques et divers épices (curcuma, safran, bois de santal).

b) Différentes représentations culturelles

L'inaccessibilité des examens complémentaires tels que les dosages biologiques ou l'anatomopathologie complique grandement l'exercice de la dermatologie. En effet, les seuls recours diagnostiques à notre disposition sont un interrogatoire et un examen clinique bien conduits. Là commencent les difficultés, et la différence culturelle de perception de la maladie se fait parfois cruellement ressentir. Si nous autres occidentaux aurions tendance à considérer toute modification du tégument cutané comme pathologique, celle-ci n'était considérée comme pathologique que lorsqu'elle était associée à un symptôme. On comprend alors la difficulté d'obtenir des informations sur l'évolution d'une lésion initialement asymptomatique, d'autant plus que la population ne dispose pour ainsi dire jamais de miroirs leur permettant de s'observer. La durée d'évolution d'une pathologie est également délicate à apprécier, le temps n'étant pas appréhendé de la même manière. La notion de jours, semaines ou de mois n'est pas toujours parlante pour le malade qui découpe le temps selon d'autres repères (saisons des pluies, heure du chant des grenouilles etc.). Qui plus est, en zone rurale aucun des patients ne parle français et nous avons rapidement été confrontés à la barrière de la langue. Le malade parle, parfois longtemps, désigne souvent plusieurs localisations de son corps, attentifs, nous essayons de découvrir le symptôme se dissimulant derrière chacun de ces gestes, semblant dresser un tableau clinique complexe. Pourtant, la traduction se résume souvent à une simple phrase, souvent sommaire, telle que « le patient se plaint de son ventre ». Ces mêmes difficultés sont transposables lors de l'examen clinique. Un autre obstacle, surtout pour le suivi et la prise en charge thérapeutique des malades est l'absence d'une culture de l'écrit, où la tradition orale prime. Chaque patient disposait d'un carnet médical sur lequel était noté ses prescriptions. Pourtant, à chaque nouvelle consultation, le carnet avait systématiquement été égaré ou réutilisé (allume-feu, papier à cigarette etc.) et les traitements antérieurs n'étaient donc jamais connus.



Naevus congénital géant associé à 3 nodules et à de nombreux naevi satellites.

Comme nous l'évoquions, la représentation de la maladie varie également selon le pays, le niveau de « développement » induisant des besoins différents, la morbidité ne sera pas perçue de manière

identique. Afin d'illustrer mon propos, voici le cas d'une enfant de 8 ans qui consultait pour une bronchite. Lors de l'examen clinique, nous remarquions une macule hyperpigmentée du membre supérieur nous invitant à réaliser un examen dermatologique complet. La fillette présentait un naevus congénital étendu, ainsi que 3 lésions nodulaires, fermes, avec une hyperpilosité en regard. Les naevus satellites étaient extrêmement nombreux, répartis sur l'ensemble du corps. Si cette présentation aurait pu inquiéter bon nombre de parents occidentaux, la morbidité était pourtant ressentie comme nulle du fait de son caractère asymptomatique. La nécessité de la surveillance était expliquée à la mère, ainsi que les symptômes devant engager à consulter de nouveau, tout en sachant que les moyens thérapeutiques seraient très limités en cas de transformation maligne et que la surveillance ne serait probablement pas assurée.

c) Difficultés de l'exercice médical en zone rurale

Comme nous venons de l'évoquer, en pratique le diagnostic était posé sur les seules données de l'interrogatoire et de l'examen clinique. La possibilité de référer les patients à un centre de compétences ayant plus d'examens complémentaires à sa disposition restait dans la grande majorité des cas théoriques. En effet, le transport, parfois l'hébergement, et la perte de temps de travail limitaient financièrement la plupart des patients : le premier CHD1 était à Marovoy, soit à au moins 5 heures de transport et l'unique centre d'anatomopathologie était à Tananarive. Le manque d'examens complémentaires, l'absence générale de suivi du malade, de recul évolutif, la présentation parfois historique de certaines pathologies sont autant d'obstacles à l'affirmation d'un diagnostic. Pour exemple, nous nous proposons de vous présenter le cas suivant.



Lésions évoluant vers une ulcération avec hyperpigmentation séquellaire.

Il s'agissait d'un homme de 85 ans, sans aucun antécédent, qui consultait pour la première fois de sa vie. Depuis 15 jours, il présentait une éruption prurigineuse étendue au tronc et aux quatre membres. Les lésions étaient arrondies, décrites comme initialement prurigineuses, puis exsudatives, évoluant vers une ulcération superficielle qui laissait place à une cicatrice hyperpigmentée. Il n'existait pas d'atteinte muqueuse ni oculaire. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. Plusieurs hypothèses diagnostiques étaient avancées :

- un érythème pigmenté fixe, réfuté en raison de l'absence de prise médicamenteuse ou d'utilisation d'épices tels que la cannelle ou d'infusion.

-un eczéma de contact ou nummulaire, bien que les lésions étaient extrêmement bien limitées. Il n'existait aucune application cutanée d'un quelconque topique.

-un pemphigus vulgaire, les lésions pouvant s'apparenter à des érosions post-bulleuses, à toit non tendu. Le signe de Nikolsky était négatif. Ce diagnostic semblait le plus probable.

Un traitement par dermocorticoïdes de classe forte était débuté. Dans l'hypothèse d'un pemphigus vulgaire, un traitement par corticothérapie générale serait à discuter selon l'évolution de la maladie (inconnue à ce jour, le patient ayant consulté le dernier jour).

d) « Les antibiotiques, c'est pas automatique »

Hormis les médicaments essentiels, délivrés uniquement sur ordonnance dans les centres de santé reconnus par l'Etat, l'ensemble des médicaments sont en vente libre en pharmacie ou sur les marchés. Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, l'automédication par amoxicilline, cotrimoxazole etc. est chose courante, ces médicaments sont d'ailleurs souvent considérés comme inefficaces par l'ensemble de la population. La médecine du « surplus », où chaque symptôme, même minime, est suivi d'une prise médicamenteuse commence à faire irruption à Madagascar. Par ailleurs, les prescriptions d'antibiotiques sont presque systématiques en cas de bronchite, d'affections ORL ou digestives, ce qui se justifie par les difficultés de suivi des patients (distance, temps de travail perdu etc.). Ces antibiotiques sont toujours prescrits en cure courte, les patients ne pouvant les financer plus de quelques jours et l'observance étant quasi nulle en l'absence de symptôme. Si on considère ces trois facteurs réunis, il est légitime de s'inquiéter quant à la survenue de résistances aux antibiotiques. A notre connaissance, hormis pour la résistance du gonocoque aux fluoroquinolones, aucune étude n'a été réalisée à ce sujet.

e) Le biopouvoir

L'isolement du praticien dans son exercice, l'absence de pratique du diagnostic partagé, sa représentation du caractère de l'urgence, ne conduisent pas à la remise en cause diagnostique et peuvent parfois l'orienter vers des choix thérapeutiques manquant de pertinence. Cet exemple d'une de nos interventions illustre notre propos.

Il s'agissait d'un patient de 20 ans, agriculteur, qui présentait une lésion perforante du pied gauche évoluant depuis plusieurs années. Le pied était inflammatoire, et la pression exercée autour de l'orifice laissait sourdre un liquide purulent composé de multiples grains noirs. Le diagnostic de mycétome était posé. L'impotence fonctionnelle était totale. Le patient consultait dans un centre de santé, où plusieurs médecins européens travaillaient bénévolement, la prise en charge des consultations, du traitement, des examens biologiques et même d'actes chirurgicaux était assurée en totalité par cette association. Nous avons pu assister à plusieurs consultations dont celle de suivi de ce jeune homme qui venait quotidiennement pour la réalisation de soins locaux. Le patient avait bénéficié d'une cure d'antibiothérapie par pénicilline pendant 1 mois et d'un traitement antifongique per os d'un mois, sans efficacité. Le médecin responsable avait décidé de réaliser une amputation associée à une nouvelle cure d'antibiotiques. Le patient n'avait jamais bénéficié d'un avis dermatologique. A notre sens il s'agissait d'un eumycétome en raison de la présence de grains noirs. Nous avons alors proposé une cure d'antifongiques longue de plusieurs mois, précédée d'une dose de charge, cela afin de limiter la chirurgie et d'augmenter ses chances de réussite³⁵. Nous nous sommes confrontés à un refus catégorique du praticien et notre intervention était perçue comme une remise en question de la compétence de ce médecin. Certes, l'isolement et l'impossibilité parfois d'avoir recours à un avis spécialisé forcent à l'autonomie, mais la pratique de la médecine humanitaire offre une certaine forme de pouvoir, celui de pouvoir traiter des malades qui n'auraient pas accès aux soins sans cette aide, ce qui peut être valorisant pour le praticien. Ce biopouvoir peut parfois conduire à des difficultés de remise en question, surtout en situation d'isolement, comme souvent dans les missions humanitaires. L'absence de certitudes diagnostique ou thérapeutique peuvent conduire à un ébranler la confiance de l'acteur humanitaire, alimentant paradoxalement ce besoin de biopouvoir. Ceci doit conduire à d'autant plus de vigilance lors des missions, afin de ne pas céder à la dictature du bien, où sous couvert d'une action altruiste, les décisions prises ne sont plus critiquables.



Mycétome fongique attesté par la présence de grains noirs.

³⁵ Ketaconazole 400 à 600mg/j ou itraconazole 200mg/j (105).

4. Conclusion

Cette expérience dans un centre de santé de base en zone rurale nous a permis d'appréhender le poids de la dermato-vénérologie, 2^{ème} motif de consultation, et les pathologies principales qui relevaient de cette discipline. Les affections ordinaires étaient les plus fréquentes, néanmoins, la lèpre était le 2^{ème} motif de consultation, témoignant de la persistance de foyers hyperendémiques circonscrits à Madagascar. Ceci permet de souligner la confusion souvent faite entre l'élimination de la lèpre, considérée comme acquise à Madagascar, et son éradication, encore lointaine. Les IST étaient également extrêmement fréquentes, faisant craindre une explosion à moyen terme de l'épidémie à VIH, dont la prévalence est encore relativement faible, mais en augmentation croissante ces dernières années. Cette expérience nous a également permis de prendre conscience de la complexité de l'exercice médical en zone rurale, liée à l'isolement, au manque d'examen complémentaires, à l'absence générale de suivi et de recul évolutif, conduisant à pratiquer une médecine inventive, adaptée à la pauvreté des outils mis à sa disposition. Ce fut également l'occasion d'être confrontés aux difficultés inhérentes à toute action humanitaire telle que la tentation du biopouvoir et la confrontation de référentiels culturels distincts. Cette expérience a donné naissance à un projet humanitaire que nous nous proposons de vous présenter.

VI. De la naissance d'un projet médical de Formation Continue en zone rurale en Dermatologie et en Neurologie(114)

A. Mission exploratoire

Notre expérience en consultation dans le CSB2 de Madirovalo nous a permis d'appréhender les réalités et les difficultés de l'exercice de la médecine générale en zone rurale. L'étude descriptive des cas vus en consultation nous a permis quant à elle de définir avec précision quels étaient les motifs de consultation et parmi eux, quel était le poids de la dermatologie et de la neurologie. Si ces données sont relevées dans le rapport mensuel d'activité de chaque CSB, le détail des affections cutanées et neurologiques n'était pas connu jusque là.

Ainsi, notre expérience à Madirovalo dans un CSB2 peut être considérée comme une mission exploratoire valide, préalable à la mise en place d'un projet de formation médicale en zone rurale.

B. Stratégies d'intervention proposées

Notre projet s'inscrit pleinement dans une stratégie d'appui aux ressources humaines du système de santé de district et aux soins de santé primaires. Il vise la promotion de la formation médicale continue proposée aux médecins généralistes travaillant en zone rurale en renforçant cette formation autour de problématiques de santé définies comme prioritaires.

Dans cette partie, nous ne reviendrons pas sur l'analyse du contexte de notre intervention, largement abordé dans les parties précédentes et nous vous inviterons à vous référer à celles-ci pour de plus amples précisions (situation socio-économique du pays, politiques sanitaires et épidémiologie générale à Madagascar, particularités épidémiologiques en dermatologie).

1. Justification des choix d'intervention

Le choix établi d'axer notre projet sur la formation médicale continue en dermatologie et en neurologie, à destination des médecins généralistes en zone rurale sera justifié à la lumière des données de contexte précisées plus haut.

a) *Pourquoi en zone rurale ?*

(1) Un constat : l'inégalité d'accès aux soins

Nous l'avons vu, 70% de la population malgache vit en zone rurale(118) alors que 72% des médecins travaillent en ville (122). Seule 65% de la population vit à moins de 5 km d'une quelconque structure sanitaire. Ces chiffres renseignent sur l'évidente inégalité d'accès aux soins liée à la faible densité médicale dans les zones rurales alors que la majorité de la population s'y concentre. Ces zones enclavées posent un problème d'accessibilité du fait de leur éloignement géographique mais parfois également en raison de l'absence de voie d'acheminement facilement praticable ou encore d'obstacles naturels tel que les fleuves et ce notamment en saison des pluies.

Le nombre de médecins spécialisés sur le territoire malgache est encore très insuffisant malgré la volonté de formation. Certaines spécialités comme la Neurologie ou la Dermatologie comptent moins de dix spécialistes pour l'ensemble du pays. Ces derniers sont concentrés dans les grandes villes et autour d'infrastructures sanitaires hospitalières modernes. La faible attractivité des zones rurales s'explique, d'après les médecins concernés, par une trop importante charge de travail, l'absence de contact avec d'autres collègues ou de soutien par des pairs plus expérimentés ou encore par le manque d'infrastructures(155).

L'impossibilité pour les habitants de zones rurales, de pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécialisée participe également à cette inégalité d'accès aux soins entre ville et campagne. On comprend toute la difficulté d'accès à une consultation spécialisée ainsi que celle pour les spécialistes malgaches, étant donné leur nombre restreint, d'assurer une formation continue destinée aux médecins généralistes, notamment en zone rurale.

(2) La pratique médicale en brousse : une autonomie forcée

L'isolement géographique du CSB2 rend difficile l'accessibilité aux centres de références, aux examens complémentaires, aux avis spécialisés. Les distances à parcourir sont pour les patients synonymes d'importants surcoûts (perte de temps de travail, coût des transports et de l'hébergement). Peu de patients sont en mesure d'assurer ces dépenses. Le médecin doit donc le plus souvent assurer seul la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Un médecin est affecté dans chaque CSB2. En cas d'absence, l'équipe paramédicale (infirmier, aide sanitaire ou agent communautaire) est seule susceptible de le remplacer. Les absences et les déplacements sont, dans ces conditions, limités aux strictes nécessités. Les formations médicales continues dispensées dans les grandes villes, le plus souvent à plusieurs jours de trajet sont donc difficilement accessibles.

En zone rurale, l'accès à la documentation médicale est très limité. Contrairement aux médecins exerçant en ville, ceux de brousse ne disposent ni d'une connexion internet (absence d'électricité, impossibilité d'accès à internet) ni de revues médicales ou d'accès à des centres de documentation.

Leur isolement géographique ne leur offre pas davantage la possibilité d'échanger leurs expériences professionnelles avec d'autres confrères.

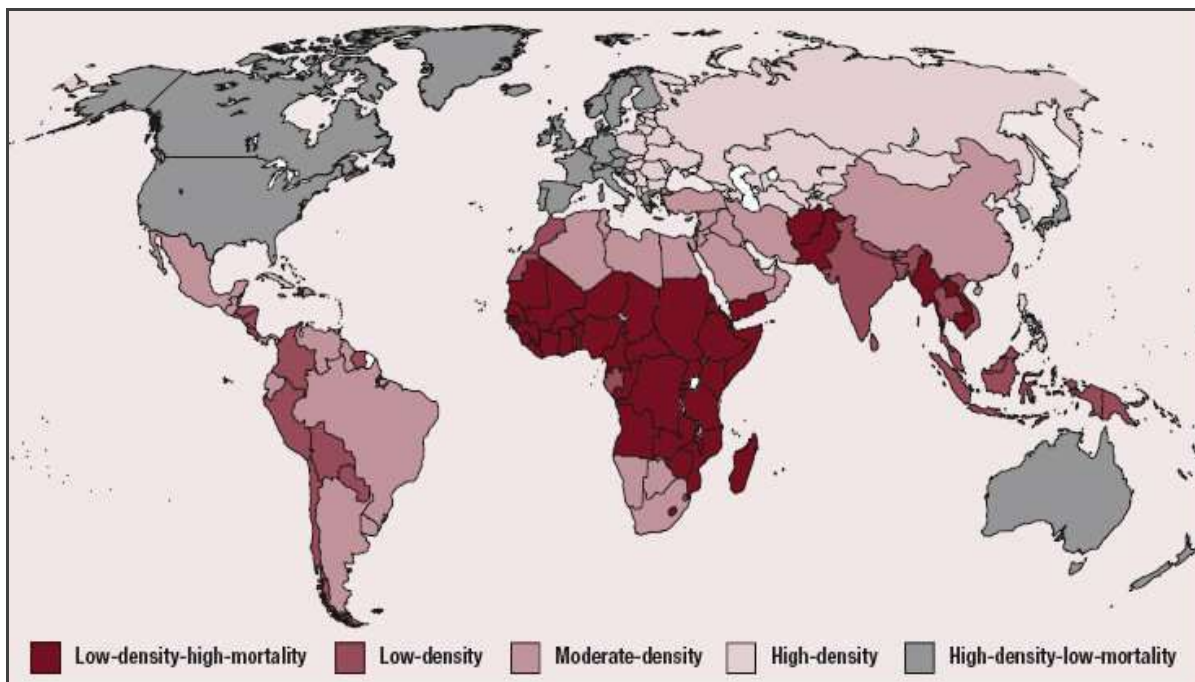
(3) Conclusion

Ces différentes observations rendent compte des difficultés rencontrées en milieu rural à la fois par les patients lorsqu'ils souhaitent accéder au système de soins, mais aussi par les médecins dans l'exercice de leur métier. En ciblant le milieu rural, notre projet répond donc à un souci d'équité de l'offre de soins en appui au système de santé de district et ce dans la ligne directe des objectifs d'Alma-Ata. Notre appui sera ciblé sur une formation médicale continue intégrée proposée au plus près des médecins généralistes des zones rurales les plus enclavées.

b) Pourquoi proposer une formation médicale continue ?

(1) La crise multifactorielle des ressources humaines en santé

Cinquante sept pays, dont 36 en Afrique subsaharienne et 6 en Asie du Sud Est, connaissent une pénurie aiguë de personnels de santé avec un déficit cumulé de 4,3 millions de personnels. A cette carence s'ajoute les inégalités criantes : l'Afrique ne compte que 3% des agents de santé de la planète alors qu'elle concentre 11% de la population mondiale et supporte 24% de la charge de morbidité mondiale (156). La crise des ressources humaines dans le secteur de la santé dans les pays en développement et notamment en Afrique subsaharienne est une problématique de plus en plus prégnante. Elle est à l'ordre du jour des instances internationales depuis déjà quelques années et mise en avant comme l'obstacle principal à lever pour améliorer la situation sanitaire des pays en développement. Cette situation constitue aujourd'hui une priorité dans l'agenda politique de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Les causes de cette crise sont multiples. L'inadéquation entre l'offre et la demande de soins, fruit du sous-effectif de personnel soignant et de leur mauvaise répartition, l'exode des soignants à l'étranger (« fuite des cerveaux » des régions à faible revenus vers des régions à hauts revenus : du public vers le privé, des zones rurales vers les zones urbaines, des sous-régions pauvres vers les moins pauvres, du Sud vers le Nord), du fait de postes proposés dont le cadre de travail reste peu attractif (structure, matériel déficient, absence de plan de carrière) mais aussi les déficiences de paiement des traitements comme des salaires, expliquent pour une large part l'attrition des ressources humaines dans ces pays(156).



Estimation de la densité de personnel de santé dans le monde (157).

Pourtant les ressources humaines constituent l'élément central de l'organisation du système de santé. Elles assurent l'articulation et la cohérence au sein du système entre infrastructures, technologies, connaissances et financements.

La réponse à cette problématique passe par toute une série de réformes en cours parmi lesquelles le renforcement de la formation en santé occupe une place centrale (158). Aux côtés de la création d'un observatoire des ressources humaines en santé afin d'évaluer la demande, la volonté de formation répond dans le cadre de la formation initiale à une première stratégie consistant à augmenter le nombre absolu de personnel de santé. Elle répond dans le cadre de la formation continue à une seconde stratégie qui consiste à se focaliser sur l'optimisation du personnel déjà existant sur place en renforçant leurs compétences et par là même leur intérêt. Le paradigme selon lequel l'amélioration des connaissances théoriques implique nécessairement une amélioration des performances est jugé dépassé et d'autres facteurs ont été reconnus comme pouvant influencer le niveau de performance des travailleurs. La simple diffusion de recommandations est aujourd'hui jugée inefficace pour changer les pratiques (159). Cet état de fait est parfois qualifié de « know-do gap », c'est-à-dire de décalage entre les connaissances et leurs mises en pratique. Qui plus est, au-delà des connaissances et capacités, la motivation des personnels de santé est de plus en plus reconnue comme un déterminant essentiel de la performance du secteur de santé dans son ensemble.

C'est dans ce contexte de réflexion que notre choix s'est porté sur la formation médicale continue comme outil pertinent de soutien et de renforcement des ressources humaines du système de santé de district.

(2) Quelle stratégie pédagogique ?

Le behaviorisme, le cognitivisme, le constructivisme sont les grands paradigmes qui ont marqué le monde de l'éducation depuis le milieu du vingtième siècle. Le behaviorisme, courant de pensée des années 1950, schématisé très simplement par Pavlov dans sa théorie du conditionnement, stipule que l'apprentissage est une réaction à des stimuli externes. L'apprenant, passif, acquiert un comportement par conditionnement et par répétition. C'est dans ce cadre de pensée que s'inscrit la pédagogie par objectifs (programmes de formation, etc.). Les années 1980 laissent la place à la pensée cognitive qui va s'intéresser à l'individu apprenant et à sa façon d'apprendre. L'apprentissage est vu comme une modification active des représentations mentales. La pédagogie d'apprentissage tient compte des différences individuelles et favorise le développement d'environnements d'apprentissages adaptatifs (résolution de problèmes, etc.). Enfin, les années 1990 voient émerger le mouvement constructiviste initié notamment par le psychologue Piaget. L'apprentissage est vu comme un processus actif de construction des connaissances chez un individu en interaction avec son environnement. Il favorise des stratégies d'apprentissage contextualisées.

Les limites de l'approche behavioriste sont, à travers l'approche par objectifs, le risque de voir proliférer à outrance ces derniers et d'aboutir à un morcellement de la connaissance (apprentissage linéaire, découpage en discipline et en matières, etc.). L'accumulation des connaissances visée par cette approche n'est, de plus, pas synonyme de savoir-faire. En réponse à ces obstacles inhérents aux stratégies par objectifs omniprésentes aujourd'hui, la réflexion et les recherches actuelles s'orientent vers une approche plus systémique des stratégies d'apprentissage intégrant une méthodologie plus souple et utilisant des stratégies d'apprentissage plus contextualisées (160).

Notre approche pédagogique répond à une volonté de stratégies constructivistes et plurielles. Sur le terrain, en consultation en groupe, elle est pleinement replacée dans son contexte, et en salle d'enseignement, elle axe son approche sur la résolution de problèmes à travers l'étude de cas cliniques.

(3) Conclusion

La formation médicale continue apparaît être un outil de choix pour renforcer les ressources humaines dans le domaine de la santé. La crise actuelle dans ce secteur en fait un levier prometteur dans la stratégie d'amélioration du système de santé dans les pays en développement. La formation médicale continue cible le renforcement des compétences du personnel existant et s'inscrit donc sur le court-terme tout en favorisant le transfert de savoir-faire au profit de la substitution des compétences. Les stratégies pédagogiques choisies seront celles d'une approche constructiviste, contextualisée et basée sur la résolution de problèmes (cas cliniques).

c) Pourquoi une formation en neurologie et en dermatologie ?

C'est avant tout nos compétences personnelles, associées à nos observations sur le terrain qui justifient notre choix de cibler la formation sur la dermatologie et la neurologie. Ces deux disciplines sont les spécialisations choisies de nos cursus universitaires respectifs et c'est dans ces disciplines que nous estimons avoir des compétences suffisantes et nécessaires à la réalisation de formation médicale à destinations des médecins généralistes en brousse.

Notre étude descriptive dans un centre de santé de base en zone rurale dans la région de Boeny à Madirovalo, nous a permis d'apprécier avec précision le poids de la dermato-vénérologie, 2^{ème} motif de consultation, et les pathologies principales qui relevaient de cette discipline. Les affections ordinaires étaient les plus fréquentes, néanmoins, la lèpre était le 2^{ème} motif de consultation, témoignant de la persistance de foyers hyperendémiques circonscrits à Madagascar. Les IST étaient également extrêmement répandues, faisant craindre une explosion à moyen terme de l'épidémie à VIH, dont la prévalence est encore relativement faible, mais en augmentation croissante ces dernières années. Aux vues des résultats de notre étude, la dermatologie-vénérologie doit être considérée comme une véritable problématique de santé publique à Madagascar. En effet, non seulement elle représente à elle seule près de 20% des consultations mais elle s'intègre aussi pleinement aux politiques sanitaires définies comme prioritaires telle que la lutte contre la lèpre et les autres pathologies tropicales négligées (filariose, peste, tungose) ainsi que la prise en charge du VIH et des infections sexuellement transmissibles.

La neurologie représente 13.7% des motifs de consultations dans notre expérience au CSB 2 de Madirovalo.

Ainsi, il apparaît que la dermatologie et la neurologie sont deux disciplines médicales dont les domaines de spécialisation sont (et pour des raisons différentes) étroitement liés aux problématiques sanitaires prioritaires dans l'approche de soins de santé primaires. Le projet vise ainsi une formation médicale continue :

- intégrée aux différents programmes de lutte verticaux existants concernant notamment le paludisme, le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que les maladies cibles du programme élargi de vaccination (PEV).

- intégrée à la lutte contre les maladies tropicales négligées (lèpre, filariose lymphatique, schistosomiasis, cysticercose, peste) dont la lèpre sera une cible toute particulière en tant que pathologie d'expression « neuro-dermatologique ».

- intégrée aux soins de santé primaires en axant également la formation sur les motifs de consultation fréquents et/ou graves et en insistant sur l'approche diagnostique et thérapeutique syndromique.

d) Pourquoi la région de Boeny ?

Plusieurs raisons évidentes ont guidé notre choix vers la région de Boeny. La première est directement liée à la question de faisabilité du projet. En effet la réalisation de formation continue au contact des médecins généralistes exerçant en milieu rural impose, au regard du nombre de médecins et de CSB par district, un nombre d'interventions relativement conséquent. Ainsi restreindre le projet à une zone géographique s'est vite imposé à nous. Notre mission exploratoire s'était déroulée dans la région de Boeny. C'est dans cette région que nous avons pu discuter et échanger avec différents intervenants du système de santé sur place. Le Professeur Andrianlalasonamahafaly, responsable régional dans la région de Boeny du Plan National Lèpre et Tuberculose nous a éclairés sur l'organisation du système de santé de district et plus précisément sur la prise en charge de la lèpre dans sa région. Lors de notre rencontre, il nous a fait part des difficultés diagnostiques qu'éprouvent les agents de santé de sa région, mais aussi de sa conviction dans ce contexte de la pertinence d'un programme de formation. Il est aujourd'hui acteur de notre projet et notre correspondant principal sur place. Enfin, le taux de consultations (entre 0,4 et 0,7 consultation par personne et par an) dans les CSB de cette région relativement élevé par rapport aux autres régions de Madagascar a conforté notre choix(115).

e) Pourquoi une formation à destination des médecins ?

L'inscription du projet sur une durée limitée et le nombre important de CSB ne nous permettent pas, pour des questions de faisabilité, de former le personnel médical et paramédical. Pour ces mêmes raisons, le temps dédié à chaque personnel formé ne peut être que d'une seule journée. Dans ces conditions, nous adresser aux médecins nous a semblé plus pertinent. En effet, l'objet de notre venue ne s'inscrit pas dans le cadre d'une formation initiale en dermatologie et en neurologie (qui nécessiterait davantage de temps pour être effective), mais plutôt dans celui d'une formation médicale continue fondée sur la réactivation et l'affinement des connaissances. Une autre justification de notre choix repose sur le nombre total de CSB 2 à Madagascar, de deux fois supérieur au nombre total de CSB 1 (2 182 contre 1 037). Dans la région de Boeny ce nombre est de 73 pour les CSB 2 et de seulement 38 pour les CSB 1. Ainsi, il nous paraît plus efficient d'envisager une formation destinée au personnel médical dans un premier temps. Nous mesurons pour autant l'enjeu existant autour de la formation du personnel paramédical parfois bien plus isolé dans des centres de santé de base de niveau 1 que ne le sont les médecins des CSB 2. Cette dernière pourrait faire l'objet d'un projet futur.

2. Population ciblée par l'intervention

La région de Boeny se situe au nord-ouest de l'île de Madagascar. Pour une superficie de 29 826 km², la région compte 963 654 habitants, soit une densité de 32 habitants / km². L'organisation sanitaire partage la région en 6 districts sanitaires couvrants 42 communes et 504 « fokontany ».



Les six districts sanitaires se répartissent ainsi :

District	Superficie (km ²)	Population (nombre d'habitants)	Pourcentage de la population totale	Densité de population (habitants/km ²)
Mahajunga 1	57	225368	26,00%	3928
Mahajunga 2	4721	91989	9,00%	19
Marovoay	5629	236894	24,50%	42
Ambatoboeny	8028	243127	25,10%	30
Mitsinjo	4601	82252	10,20%	18
Soalala	6790	84124	5,20%	12
Total	29826	963654	100,00%	32

Sur cette région et pour chacun des districts, chaque commune possède au moins une formation sanitaire publique. Sur les 111 CSB de la région, 10 nécessitent d'être réhabilités, 7 CSB 2 sont privés de médecin, 2 sont privés de personnel paramédical et 9 CSB sont tenus par un aide sanitaire. Le district sanitaire Mahajanga 1 délimite la seule ville de Mahajanga, chef-lieu de région, qui concentre 26% de la population de la région avec une densité de population de 3 928 habitants au km².

La population ciblée par l'intervention concerne les cinq autres districts sanitaires situés en zone rurale. La population générale de la zone d'intervention ainsi définie s'élève à 738 286 habitants soit 74% de la population totale de la région. Ces cinq districts concentrent au total 95 formations sanitaires dont 2 CHD 2, 3 CHD 1, 48 CSB 2 et 40 CSB 1.

	Structures sanitaires				Site de l'intervention	Accessibilité du site	
	CSB 1	CSB 2	CHD1	CHD2		Route	En mois par an
Mahajunga 2	8	10	0	0	-	secondaire	-
Marovoay	5	13	0	1	Marovoay ville	goudronnée	12
Ambatoboeny	8	15	1	0	Ambatoboeny	secondaire	12
Mitsinjo	7	8	1	1	Mitsinjo	carrossable	6
Soalala	12	4	1	0	Soalala	secondaire	6

Les bénéficiaires directs de la zone d'intervention sont les médecins généralistes des 48 CSB 2 et des CHD 1 et 2 des cinq districts sanitaires. Leur nombre est estimé à 55 médecins toutes formations sanitaires confondues. Les bénéficiaires indirects concernent évidemment la population ayant accès aux différents centres de santé des cinq districts sanitaires concernés par la zone d'intervention.

C. Programmation du projet : cadre logique

1. Définition des objectifs et résultats

a) Objectif général

L'objectif général est de renforcer les ressources humaines du système de santé de district en milieu rural dans la région de Boeny et pallier aux inégalités d'accès à la formation médicale continue pour les médecins généralistes.

b) Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont, à travers la formation médicale continue des médecins généralistes en milieu rural le renforcement : des programmes de lutte verticaux, de la prise en charge des maladies tropicales négligées, du système de santé de soins primaires et du système de district.

(1) renforcer les programmes de lutte verticaux :

-programme national de lutte contre le paludisme : amélioration de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des manifestations neurologiques du paludisme.

-programme national de lutte contre le VIH/SIDA-IST : amélioration de la prise en charge diagnostique et thérapeutique du VIH/SIDA, des IST, et de leurs manifestations dermatologiques et neurologiques.

-programme national de lutte contre la lèpre et la tuberculose : amélioration de la prise en charge diagnostique de la lèpre avec comme objectifs :

- l'acquisition de compétences ciblée sur la prise en charge diagnostique :

-diminution des erreurs diagnostiques.

-précocité du diagnostic et prévention de l'apparition des complications sources d'incapacité.

-acquisition de connaissances autour des principaux diagnostics différentiels de la lèpre et de leur traitement :

-diminution des surcoûts liés à une prise en charge thérapeutique inadaptée.

-favoriser la fréquentation des CSB en améliorant la prise en charge lors des consultations.

-renforcement du système de référence.

-Amélioration des connaissances autour des complications neuro-dermatologiques et prévention des incapacités et du handicap.

-programme élargi de vaccination : améliorer la prise en charge diagnostique et optimiser la notification des cas de maladies ciblées par le PEV (maladies éruptives de l'enfant dont la rougeole, poliomyélite etc.)Améliorer leur prise en charge thérapeutique.

(2) renforcer la prise en charge des maladies tropicales négligées :

-filariose lymphatique.

-lèpre.

-cysticercose.

-peste

-schistosomiase

(3) renforcer le système de soins de santé primaires :

-améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des problématiques syndromiques neurologiques et dermatologiques les plus fréquemment rencontrées en consultation (cf. étude préliminaire).

(4) renforcer le système de santé de district :

-réactiver des connaissances, renforcer des compétences dans la pratique médicale autour de problématiques de santé prioritaires.

-renforcer le système de référence, pierre angulaire de l'organisation pyramidale du système de santé de district.

-renforcer les motivations professionnelles autour de l'apprentissage et de l'échange entre médecins.

c) Résultats

-Formation de l'ensemble des médecins généralistes exerçant en zone rurale dans la région de Boeny autour des problématiques de santé sus-citées.

-Renforcement des compétences diagnostiques et thérapeutiques autour des problématiques de santé sus-citées, jugées prioritaires en raison de leur fréquence et/ou de leur gravité.

- Augmentation de l'adhésion des patients au système de santé de district. Augmentation de la fréquentation des centres de santé de base et des centres hospitaliers de district.

2. Définition des indicateurs et des sources de vérification

a) Sources externes de vérification.

Les rapports mensuels d'activité des CSB et CHD de la zone d'intervention permettront de suivre l'activité de consultation de ces centres de santé. En lien avec le projet, les indicateurs de vérification retenus comme les plus pertinents seront le nombre de nouveaux cas des maladies ciblées par la formation, le nombre de ces cas ayant fait l'objet d'une consultation de recours, le nombre de perdus de vue et le taux de fréquentation des centres de santé.

b) Sources internes de vérification.

Un questionnaire sera proposé au cours de la formation à chaque participant afin d'évaluer la pertinence de nos hypothèses sur la population médicale ciblée par l'intervention. Sera demandé :

- le nombre d'invitations à des formations médicales continues reçues sur l'année précédente.
- le nombre de participations à des formations médicales continues l'année précédente.
- de préciser les facteurs identifiés par les participants comme limitant le plus l'accès à une formation médicale continue (temps, coût, intérêt, etc.).

Un test d'évaluation des connaissances, anonyme et de passation rapide, sera proposé en début et en fin de formation afin d'évaluer l'apport de la formation en terme de réactivation et d'acquisition de nouvelles connaissances.

Un questionnaire de satisfaction sera également proposé en fin de formation afin d'évaluer la pertinence des différents supports pédagogiques utilisés, la qualité pédagogique des formateurs, la pertinence des thèmes abordés, et les éventuelles limites liées à l'utilisation de la langue française. Le questionnaire laissera la place à des commentaires libres.

3. Définition des activités

a) Les activités projet

Les activités directement liées au projet comprennent :

- une formation pratique « sur le tas » autour de consultations au centre de santé en compagnonnage avec les médecins généralistes participant à la formation. Ces consultations seront dans la mesure du possible axées sur des problématiques neurologiques et dermatologiques. Les patients concernés devront ainsi être adressés au préalable par les médecins participants.
- une formation théorique en salle axée sur les maladies cibles sus-citées, et sur l'approche syndromique autour des motifs de consultation neurologique et dermatologique les plus fréquents. L'enseignement se déroulera partiellement sous forme magistrale et essentiellement autour de cas cliniques didactiques et en interaction avec les participants.
- une revue des cas intéressants observés au cours de la journée sera proposée en fin de séance afin d'ancrer l'enseignement théorique sur la pratique médicale quotidienne de consultation. Cette session sera également l'occasion de discuter de dossiers de patients relevant de la dermatologie ou de la neurologie apportés par les médecins participants aux quels aura été proposé au préalable de présenter des dossiers « difficiles » enrichis si possible de photographies et/ou de vidéos.

-un document récapitulatif, traitant des principales problématiques neuro-dermatologiques en terme de gravité et/ou de fréquence, sera donné aux participants.

b) Les activités supports

Les activités d'organisation, de coordination, de planification et de gestion du projet comprennent :

En amont :

-l'invitation des médecins ciblés par l'intervention sur le site de la formation sur deux dates (deux groupes).

-La réservation d'une salle nécessaire à l'accueil et à la dispensation de l'enseignement théorique.

-l'information des médecins ciblés par l'intervention de la possibilité de proposer à leurs patients relevant de problématiques neurologiques et dermatologiques difficiles d'être adressés à la consultation en compagnonnage au cours de la formation. Il sera également proposé d'apporter des dossiers de patients avec photo et/ou vidéo à l'appui.

Sur place :

-l'organisation des transports internationaux, nationaux et régionaux pour l'équipe formatrice.

-l'apport de matériel à visée pédagogique dont un ordinateur, un vidéoprojecteur, un appareil photo numérique, une caméra vidéo numérique ainsi que les tests, questionnaires et les documents de synthèse en quantité suffisante.

4. Hypothèses et conditions préalables

Nous avons identifié pour chacun des objectifs et activités du projet les facteurs externes pouvant influencer de manière positive ou négative la réalisation de l'intervention.

Concernant les objectifs de l'intervention, ont été identifiés comme positifs les facteurs suivants :

-La demande de formation continue auprès des médecins généralistes est venue en premier lieu des bénéficiaires du projet eux-mêmes. Que la demande émane avant tout des bénéficiaires nous paraît être un facteur-clé de la réussite du projet.

-La formation proposée s'adresse à des médecins généralistes dont la culture médicale occidentale assure un langage commun entre formateurs et participants.

-Au-delà d'une culture médicale commune, la rencontre entre médecins formateurs et médecins participants issues de cultures différentes laisse la place à un échange interculturel potentiellement enrichissant sur le plan médical et pour la prise en charge future des patients.

-La création d'un groupe de médecins participant à la formation sera l'occasion de permettre un échange de pratiques entre praticiens locaux, la création de liens et d'un dynamisme de groupe.

-Le projet d'enseignement se fera en amont sous l'égide et la collaboration des référents nationaux des deux disciplines concernées à savoir : le Professeur Rapelanora en Dermatologie, Chef du service de Dermatologie au CHU de Tananarive et le Professeur Tehindrazanarivelo, Chef du service de Neurologie au CHU de Tananarive. Le Professeur Andrianlasonamahafaly, responsable régional dans la région de Boeny du Plan National Lèpre et Tuberculose sera responsable de l'organisation du projet au niveau régional. Cette collaboration nous paraît être le garant d'une cohésion entre acteurs locaux et référents nationaux autour de la problématique de formation médicale continue.

Concernant les objectifs de l'intervention, ont été identifiés comme négatifs les facteurs suivants :

-L'utilisation du français pour l'enseignement comme en consultation est jugée comme un obstacle à la transmission de connaissances, nuisant à la qualité de la formation dispensée. La maîtrise du français par les médecins est le plus souvent tout à fait suffisante, cependant il nous paraît clair que le français n'étant ni la langue maternelle ni la langue la plus pratiquée, cette dernière ne reste pas le moyen de communication privilégié pour la formation.

-Les différentes origines culturelles des formateurs et des participants, si elles sont sources nous l'avons vu, de potentielles richesses, elles peuvent également être le lit d'incompréhensions de la part des différents acteurs.

Concernant les activités du projet, ont été identifiés comme positifs les facteurs suivants :

-La mise en œuvre du projet en soutien à la politique de santé du pays autour de programmes verticaux et horizontaux définis par le Ministère de la santé et du planning familial.

-L'intégration du projet aux problématiques de santé prioritaires définies par les instances internationales.

Concernant les activités du projet, ont été identifiés comme négatifs les facteurs suivants :

-La fiabilité des moyens de transports (4x4, taxi-brousse, bus), des voies d'acheminement (pistes, bacs) sur les sites de la zone d'intervention, les conditions climatiques (saison des pluies) sont autant d'obstacles identifiés pouvant compliquer la réunion sur le site des formateurs, des médecins participants et des patients.

-Le coût des transports peut être un obstacle à la venue des médecins et des patients sur le site. Une indemnisation devra être prévue.

-La disponibilité des médecins visés par la zone d'intervention et leurs difficultés à s'absenter de leur lieu de travail est potentiellement un obstacle. Une invitation à la formation devra être envoyée suffisamment tôt pour prévenir les éventuelles difficultés d'organisation. De même la perte de temps de travail et donc de revenus pour les médecins mais également pour les patients invités à se rendre à la consultation devra être évaluée et indemnisée.

-Les difficultés de communication (téléphone portable, messagerie internet) peuvent également être un obstacle à l'organisation de la réunion sur site de tous les acteurs et participants à la formation.

D. Chronogramme

Le calendrier d'organisation des activités ci-dessous permet de donner un aperçu synthétique de l'intervention.

La zone d'intervention ciblée comprend cinq des six districts sanitaires de la région de Boeny. La formation médicale sera proposée pour chaque district sanitaire sur deux dates consécutives à l'exception du district de Soalala pour lequel sera proposée une seule date du fait de son faible effectif de médecins (4 CSB 2 et 1 CHD2). Le projet se déroulera donc sur une première intervention de 15 jours puis une seconde de 10 jours. La première intervention ciblera les districts d'Ambatoboeny, de Marovoay et de Mahajunga 2, la deuxième les districts de Mitsijo et de Soalala. Les sites d'intervention seront les chefs-lieux de district et la formation sera dispensée au niveau du CHD de la commune.

L'organisation en amont du projet se fera à l'aide de notre correspondant sur place, le professeur Andrianlalasonamahafaly. Les activités d'amont seront principalement la gestion des invitations des médecins concernés, leur information sur les modalités de la formation et la pré-organisation sur le CHD local des deux journées de formation (réservation d'une salle d'enseignement et mise à disposition de deux salles de consultation). Pour chacune des interventions sur un CHD, l'ensemble des médecins dépendant de ce CHD seront au préalable répartis en deux groupes (sauf dans la région de Soalala où ne sera réalisée qu'une seule journée de formation). Chaque groupe bénéficiera d'une journée de formation.

Jours	J1		J2		J3		J4		J5		J6		J7			
	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI		
TRANSPORTS	X	X	X	X	X	X					X	X				
CS NEURO							G1a	G1b		G2a	G2b			G3a	G3b	
CS DERMATO							A G1	G1b	G1a	A G2	G2b	G2a		A G3	G3b	G3a
ENSEIGNEMENT								G1a+G1b		G2a+G2b					G3a+G3b	
LOCALISATION	Paris		Antananarivo	Antananarivo	Mahajunga	CHD1	CHD1	CHD1	CHD1	CHD1	CHD1	CHD2	CHD2	CHD2		

Jours	J8		J9		J10		J11		J12		J13		J14	
	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI
TRANSPORTS			X	X					X	X	X	X	X	X
CS NEURO	G4a	G4b			G5a	G5b	G6a	G6b						
CS DERMATO	A G4	G4b	G4a		A G5	G5b	G5a	A G6	G6b	G6a				
ENSEIGNEMENT		G4a+G4b				G5a+G5b		G6a+G6b						
LOCALISATION	CHD2	CHD2	CHD2	CHD3	CHD3	CHD3	CHD3	CHD3	CHD3	Mahajunga	Mahajunga	Antananarivo	Antananarivo	Paris

Chronogramme de la première intervention de formation médicale continue sur la région de Boeny.

	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI
TRANSPORTS	X	X	X	X	X	X							X	X
CS NEURO							G7a	G7b			G8a	G8b		
CS DERMATO							A G7				A G8			A G9
ENSEIGNEMENT								G7a+G7b			G8a+G8b			G9a+G9b
LOCALISATION	Paris		Antananarivo	Antananarivo	Mahajunga	CHD4	CHD4	CHD4	CHD4	CHD4	CHD4	CHD5	CHD5	CHD5

Jours	J8		J9		J10	
	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI
TRANSPORTS	X	X	X	X	X	X
CS NEURO						
CS DERMATO						
ENSEIGNEMENT						
LOCALISATION	CHD5	Mahajunga	Mahajunga	Antananarivo	Antananarivo	Paris

Chronogramme de la 2ème intervention de formation médicale continue sur la région de Boeny.

Légende des chronogrammes :

CHD : Centre Hospitalier de District

CHD1 : Mahajunga II

CHD2 : Marovoy

CHD3 : Ambato Boeny

CHD4 : Mitsinjo

CHD5 : Soalala

A : Accueil et répartition des médecins en 2 groupes a et b

G : Groupe qui caractérise l'ensemble des médecins conviés sur la journée

CS NEURO : consultation de neurologie

CS DERMATO : consultation de dermatologie

E. Budget

1. Ressources humaines

-2 formateurs médecins spécialistes en neurologie et en dermatologie : bénévolat.

-partenaires locaux :

- Professeur Andrianlalasonamahafaly, responsable régional du Plan National Lèpre et Tuberculose de la région de Boeny

- Professeur Rapelanora, Chef du service de Dermatologie au CHU de Tananarive

- Professeur Tehindrazanarivelo, Chef du service de Neurologie au CHU de Tananarive

-Indemnisation des médecins participants (transport+temps de travail).

2. Ressources matérielles

-1 ordinateur portable.

-1 vidéoprojecteur : 500 Euros.

-impression supports pédagogiques : 300 Euros.

3. Ressources financières

-transport avion Paris-Tananarive AR : $1200 \times 4 = 4800$ Euros.

-transport 4x4 Tananarive-Mahajunga, Mahajunga-CHD, CHD-CHD AR: $650 \times 2 = 1300$ Euros.

-repas x2 x25j : 550 Euros.

-hébergement x2 x25j : 350 Euros.

4. Montant total

Le montant total est estimé à 7800 Euros pour l'ensemble des interventions.

VII. Conclusion

La médecine humanitaire est un vaste ensemble, caractérisé par sa fluidité et sa nature par essence évolutive. La diversité de ses origines, de sa signification et de son contenu explique l'absence de définition consensuelle. Elle est l'alliage de deux visions distinctes associant d'une part, les actions de secours d'urgence, nées de la réglementation des conflits armés, et d'autre part la politique d'aide au développement, héritage de l'ère coloniale, où la Santé prend une place de plus en plus centrale. Si l'humanitaire de crise et de développement semblent au premier abord s'opposer point par point, l'un inscrivant son action dans la durée, l'autre dans l'instant, l'un s'adressant à une société et à son fonctionnement, l'autre à un individu, la pérennisation des conflits dans les années 1990 et la nécessité évidente d'assurer une « transition post-crise » rendront leur opposition stérile et fera de leur complémentarité un gage d'efficacité. La succession des crises auxquelles a été confrontée la médecine humanitaire au fil des siècles a favorisé l'émergence de nouveaux acteurs (de l'économiste au médecin de terrain, des structures étatiques de l'ONU ou de l'Union Européenne aux ONG locales et internationales) et a également impulsé de profonds changements dans sa pratique.

Si l'engagement des acteurs humanitaires est peu remis en question, leur action, leur efficacité et leur légitimité sont l'objet de nombreuses réflexions éthiques. Sous la pression des bailleurs de fonds, de certaines ONG, mais aussi sous le feu des critiques, une éthique de la responsabilité humanitaire a peu à peu vu le jour. L'action humanitaire doit, à notre sens, reposer sur la recherche d'un compromis entre une vision universaliste et un relativisme culturel radical. Pour ce faire, il est nécessaire de faire preuve d'humilité en prenant conscience du caractère « non-universel » et relatif de notre vision occidentale. La différence culturelle ne doit pas pour autant être sacralisée. En effet, l'interdiction de porter un jugement moral peut conduire soit à l'inaction soit à la légitimation de certaines pratiques portant atteinte à l'intégrité physique, mentale ou à la ségrégation d'une partie de la population. La collaboration entre le personnel des ONG occidentales et le personnel local concourt à la recherche de ce juste équilibre. Elle restaure l'autonomie, la dignité des populations aidées et permet d'adopter une position moins ethno-centrée, où la complémentarité devient possible.

Notre étude descriptive dans un centre de santé de base en zone rurale dans la région de Boeny à Madirovalo, nous a permis d'apprécier avec précision le poids de la dermato-vénéréologie, 2^{ème} motif de consultation, et les pathologies principales qui relevaient de cette discipline. Les affections ordinaires étaient les plus fréquentes, néanmoins, la lèpre était le 2^{ème} motif de consultation, témoignant de la persistance de foyers hyperendémiques circonscrits à Madagascar. Les IST étaient également extrêmement répandues, faisant craindre une explosion à moyen terme de l'épidémie à VIH, dont la prévalence est encore relativement faible, mais en augmentation croissante ces dernières années. Aux vues des résultats de notre étude, la dermatologie-vénéréologie doit être considérée comme une véritable problématique de santé publique à Madagascar. En effet, non seulement elle représente à elle seule près de 20% des consultations mais elle s'intègre aussi pleinement aux politiques sanitaires définies comme prioritaires telle que la lutte contre la lèpre et les autres pathologies tropicales négligées (filariose, peste, tungose) ainsi que la prise en charge du VIH et des infections sexuellement transmissibles.

Cette expérience nous a également permis de prendre conscience de la complexité de l'exercice médical en zone rurale, liée à l'isolement, au manque d'examen complémentaire, à l'absence générale de suivi et de recul évolutif. Ce fut également l'occasion d'être confrontés aux difficultés inhérentes à toute action humanitaire telle que la tentation du biopouvoir et la confrontation de référentiels culturels distincts.

Ainsi, cette étude peut être considérée comme une mission exploratoire valide, préalable à la mise en place d'un projet humanitaire. Le projet que nous soutenons s'inscrit pleinement dans une stratégie d'appui aux ressources humaines du système de santé de district et aux soins de santé primaires. Il vise la promotion de la formation médicale continue proposée aux médecins généralistes travaillant en zone rurale. Ses objectifs sont la diminution des inégalités d'offre de soins entre ville et campagne, en appui au système de santé de district promu lors de la conférence d'Alma-Ata et un renforcement des ressources humaines en réponse à la crise sanitaire actuelle, levier prometteur dans la stratégie d'amélioration du système de santé des pays en voie de développement. Un de ses points forts est la collaboration avec le personnel médical malgache : le Professeur Rapelanoro, référent national en Dermatologie, et le Professeur Andrianlalasonamahafaly, responsable régional dans la région de Boeny du Plan National Lèpre et Tuberculose. Cette collaboration nous paraît être le garant d'une cohésion entre acteurs locaux et référents nationaux autour de la problématique de formation médicale continue. Il est également important de noter que l'identification du besoin de formation ayant donné naissance à ce projet a initialement émané des médecins malgaches eux-mêmes, soit les bénéficiaires du projet.

Pour conclure, notre projet s'inscrit dans une démarche éthique non ethnocentrée, justifiée par la collaboration étroite avec le personnel médical malgache, la promotion de l'autonomie via le transfert de connaissances et enfin, en raison de l'identification du besoin par les bénéficiaires du projet. Le poids de la dermatologie-vénérologie, deuxième motif de consultation, dont certaines affections telles que la lèpre sont déjà identifiées par les instances internationales et locales comme des problématiques sanitaires prioritaires lui confère toute sa légitimité.

VIII. Abréviations

ABC : abacavir

AID : Aide Internationale pour le Développement

AMI : Aide Médicale Indigène

ATV/r : atazanavir potentialisé par le ritonavir

AZT : zidovudine

BM : Banque Mondiale

CHD : Centre Hospitalier de District

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHR : Centre Hospitalier Régional

CICR : Comité International de la Croix Rouge

CSB : Centre de Santé de Base

DDH : Droits de l'Homme

ddl : didanosine

DIH : Droit International Humanitaire

DEC : citrate de diéthylcarbamazine

ECHO : Office Humanitaire de la Commission Européenne

EFV : efavirenz

FAO : Food and Agriculture Organization

FMI : Fond Monétaire International

FTC : emtricitabine

HCR : Haut Commissariat pour les Réfugiés

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

IDH : Indice de Développement Humain

INNTI : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

INTI : Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

IP : Inhibiteur de Protéase

IRD : Institut de Recherche pour le développement

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LPV/r : lopinavir potentialisé par le ritonavir

MB : multibacillaire

MDM : Médecins du Monde

MSF : Médecins Sans Frontière

OI : Organisation Internationale

OMD : Objectifs du Développement pour le Millénaire

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ORANA : Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition en Afrique

ORSTOM : Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-mer

PAM : Programme Alimentaire Mondial

PB : paucibacillaire

PCT : polychimiothérapie

PIB : Produit Intérieur Brut

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PNS : Plan National Sida

PTME : Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant

SDN : Société Des Nations

SE : Secrétariat Exécutif

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SSP : Soins de Santé Primaire

TDF : ténofovir disoproxil fumarate

US \$: dollar américain

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

3TC : lamuvidine

IX. Bibliographie

1. Ryfman P. La question humanitaire : Histoire, problématiques, acteurs et enjeux de l'aide humanitaire internationale. Paris, Ellipse, 1999; 208p.
2. Brauman R. La médecine humanitaire. Paris, Que sais-je Presses Universitaires de France, 2010; 126p.
3. Ryfman P. Une histoire de l'humanitaire. Paris, Collection repères, Editions La Decouverte, 2008; 122p.
4. Chateaubriand FR. Mémoires d'outre-tombe. Paris, Gallimard, 1997; pp. 2977-8.
5. Troubé C. Humanitaire, un business comme les autres? Paris, Larousse essais et documents, 2009; 127p.
6. Sinha M.K. Hinduism and international humanitarian law. International review of the red cross. 2005; 87:285-94.
7. Guillermand J. Les fondements historiques de la démarche humanitaire, le courant religieux. Rev Int Croix Rouge. 1994; 76:216-37.
8. Kant E. Fondements de la métaphysique des moeurs. Paris, Nathan, 1998; 167p.
9. Joli F. Approche juridique : l'esprit des textes fondateurs (Convention de Genève et Protocoles additionnels) et les évolutions ultérieures. In : Colloque international. L'Humanitaire à l'épreuve des cultures. Université catholique de Lyon. 2012.
10. Desgrandchamps ML. Revenir sur le mythe fondateur de Médecins sans frontières : les relations entre les médecins français et le CICR pendant la guerre du Biafra (1967-1970). Relations internationales. 2011; 2:95-108.
11. Braem Y. Géopolitique des relations militaires-humanitaires. Comparaison des interventions au Kosovo et en Afghanistan. th : géopolitique : Paris VIII, Saint-Denis : 2007; 643p.
12. Mattei J. L'urgence humanitaire et après. Pour une action humanitaire durable. Paris, Hachette, 2005; 237p.
13. Mercier M. Crimes sans châtement. L'action humanitaire en ex-Yougoslavie 1991-1993. Bruxelles, Bruylant, 1994; 323p.
14. Paye O. Ex-Yougoslavie : le si difficile équilibre entre la paix, l'humanitaire et la justice. In : L'ONU dans tous ses états. Bruxelles, GRIP, 1995; pp. 95-101.
15. Le Projet Sphère, la Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire [Internet]. 2012. Disponible sur: www.sphereproject.org/sphere/fr/
16. Sphère (projet). Charte humanitaire et normes minimales à respecter lors des interventions en cas de catastrophes. Rugby, Practical Action Publishing, 2011; 454p.
17. Brauman R, Brunel S. Les ONG et l'Afrique. Questions Internationales. 2004; 5:47.

18. Atlani-Duault L. Au bonheur des autres. Anthropologie de l'aide humanitaire. Nanterres, Société d'ethnologie, 2005; 200p.
19. Lapeyssonnie L. La médecine coloniale. Mythes et réalités. Paris, Seghers, 1998; 310p.
20. Saluzzo JF. Des hommes et des germes. Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2004; 290p.
21. Héraut L-A. La médecine militaire coloniale française, une aventure médicale de trois quarts de siècle. (1890-1968). Histoire des sciences médicales. 2006; 40:381-92.
22. Yersin A. La peste bubonique à Hong Kong. Archives de Médecine Navale. 1984; 62:256-61.
23. Simond P-L. La propagation de la peste. Ann. Inst. Pasteur. 1898; 12:625-87.
24. Coulanges P. Cinquantenaire du vaccin antipesteux EV (Girard et Robic). Bulletin de la Société de Pathologie Exotique. 1982; 114-20.
25. Rist G. Le développement. Histoire d'une croyance occidentale. 3ème édition revue et argumentée. Paris, Les Presses Science Po, 2007; 483p.
26. OMS. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé n°2 p 100. In : Conférence internationale sur la Santé, New York, 1946.
27. David P-M. La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international? Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie [Internet]. Disponible sur: <http://socio-logos.revues.org/2550>
28. Hours B. Les ONG partenaires scientifiques ? In : Les sciences coloniales, figures et institutions. Paris, PetitJean P, 1996; pp. 203-9.
29. Lefebvre E-L. L'Orstom au sein du mouvement tiers-mondiste : convergence, rupture et persistance. In : Les sciences hors d'Occident au XXè siècle. Paris, Patrick PetitJean, 1996; pp. 120-42.
30. Bruckner P. Le sanglot de l'homme blanc. Tiers-monde, culpabilité, haine de soi. Edition du Seuil. Paris; 1983, 309p.
31. Naudet J-D, Severino J-M, Charnoz O. Aide internationale : vers une justice sociale globale? Esprit. 2007; 5:101-11.
32. Naudet J-D. Les OMD et l'aide de cinquième génération. Analyse de l'évolution des fondements éthiques de l'aide au développement. Afrique contemporaine. 2006; 2:141-74.
33. WHO. Health and development [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.who.int/hdp/en/#>
34. WHO. Declaration of Alma-Ata, International conference on Primary Health Care. 1978.
35. Tizio S. Entre État et marché. Une nouvelle régulation sanitaire pour les pays en développement ? Tiers Monde. 2004; 3:643-63.

36. Tizio S. Trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en voie de développement : une problématique institutionnelle. *Mondes en développement*. 2005; 3:45-58.
37. Ridde V. L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé. [Internet]. 2004. Disponible sur: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/BamakoInitiativeReview.pdf>
38. Moatti J-P, Ventelou B. Économe de la Santé dans les pays en voie de développement, des paradigmes en mutation. *Revue économique*. 2009; 60:241-56.
39. Mathonnat J. Commentaire. Réforme des politiques et systèmes de santé. *Les Tribunes de la santé*. 2010; 1:75-79.
40. OCDE. Measuring aid to health [Internet]. 2009. Disponible sur : <http://www.oecd.org/dac/aidstatistics/49907438.pdf>
41. Lopez AD, Mathers CD. Measuring the global burden of disease and epidemiological transitions: 2002–2030. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*. 2006; 100:481-499.
42. Husson B. Introduction. In : *Entre urgence et développement*. Paris, Khartala, 2000; pp. 7-22.
43. Saillant F. Présentation : une anthropologie critique de l'humanitaire. *Anthropologie et Sociétés*. 2007; 31:7-23.
44. Bhagwati J, Eckaus R. *Foreign Aid*. London, Penguin Books, 1970, 348p.
45. Rebelle B. Conjuguer les talents. In : *Entre urgence et développement*. Paris, Karthala, 2000; pp. 53-91.
46. CICR. La guerre et le droit international humanitaire [Internet].2012. Disponible sur: <http://www.icrc.org/fre/war-and-law/index.jsp>
47. Grünewald F. Morale, éthique et déontologie dans les contextes de la solidarité et de l'action humanitaire. *Revue internationale et stratégique*. 2007; 3:113-20.
48. Bouchet-Saulnier F. *Dictionnaire pratique du droit humanitaire*. Paris, La Découverte, 2006; 420p.
49. Zurbuchen S. Are human rights universal? *Journal international de bioéthique*. 2010; 21:41-9.
50. Golub P. Cosmopolitisme et impérialisme. *Revue internationale et stratégique*. 2007; 67:105-12.
51. résolution 41/128 de l'Assemblée générale des Nations unies du 4 décembre 1986, article premier. *Déclaration sur le droit au développement*. 1986.
52. Morin E. *Pour sortir du vingtième siècle*. Paris, seuil, 1981; 376p.

53. Brauman R. «Il ne s'agit pas de désoccidentaliser l'humanitaire mais de considérer que des formes d'entraide se développent ailleurs et qu'elles n'ont pas moins ni plus de légitimité». *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats* [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://humanitaire.revues.org/index709.html#article-709>
54. Léonard J. Médecine et colonisation en Algérie. In: *Médecins, malades et société dans la France du XIXème siècle*. Paris, Sciences en situation, 1992; 288p.
55. Bazin M, Fry A, Levasseur P. L'aide humanitaire internationale non-gouvernementale : un monopole occidental. *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats* [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://humanitaire.revues.org/index696.html>
56. Montchaud S, Gassend JP. *Santé et développement*. Paris, Lavoisier, 2009; 347p.
57. Rufin JC. L'OTAN, les humanitaires et la mort. *Le Monde*. 20 mars 1999.
58. Bettati M, Kouchner B. *Le devoir d'ingérence. Peut-on les laisser mourir?* Paris, Denoël, 1987, 300p.
59. Ignatieff M. *The American Empire: the Burden*. *New York Times Magazine*. 5 janvier 2003.
60. Massé R. Relativisme culturel et relativisme éthique. Pour une approche critique dans l'engagement face aux populations locales. In : *Soins de Santé et pratiques culturelles*. Paris, Karthala, 2008; pp. 101-23.
61. Herskovits MJ. Tender and thought-minded anthropology and the study of values in culture. *Southern Journal of Anthropology*. 1951; 7:22-31.
62. Cohen MN. *Culture of intolerance. Chauvinism, class, and racism in the Unites States*. London, Yale University Press, 1998; 325p.
63. Farmer P. On suffering and structural violence : a view from below. In : *Social Suffering*. Berkeley, University of California Press, 1997; pp. 261-84.
64. Hours B. Les causes des dérives humanitaires. In : *Colloque international. L'Humanitaire à l'épreuve des cultures*. Université catholique de Lyon. 2012.
65. Massé R. *Comptes rendus. Ruth Macklin, against relativism. Cultural diversity and the search for ethical universals in medicine*. Oxford University Press, 1990, 290p. *Anthropologies et Sociétés*. 2000; 24:149-52.
66. Faut-il «désoccidentaliser» l'humanitaire ? *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats* [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://humanitaire.revues.org/index860.html#ftn3>
67. Vinhas S. La désoccidentalisation, vue du terrain. *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats* [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://humanitaire.revues.org/index708.html#ftn9>
68. Arora B. Perception de l'humanitaire dans la culture indienne. In : *Colloque international. L'Humanitaire à l'épreuve des cultures*. Université catholique de Lyon. 2012.
69. Rondeau D. Présupposés philosophiques de l'humanitaire. In : *Colloque international. L'Humanitaire à l'épreuve des cultures*. Université catholique de Lyon. 2012.

70. Elame E. Désoccidentalisation de l'humanitaire : prise en compte des cultures particulières. In : Colloque international. L'Humanitaire à l'épreuve des cultures. Université catholique de Lyon. 2012.
71. Merlin M, Chevalier P. L'Humanitaire : ses exigences, ses enjeux. *Med Trop.* 2002; 62:359-64.
72. Siméant J. Urgence et développement, professionnalisation et militantisme dans l'humanitaire. *Mots.* mars 2001; 65:28-50.
73. Dauvin P. Etre un professionnel de l'humanitaire ou comment composer avec le carde imposé. *Tiers-Monde.* 2004; 180:825-40.
74. Simonnot C. Question autour de l'Humanitaire. *Med Trop.* 2002; 62:422-24.
75. Grünwald F, De Geoffroy F. ACM, CIMIC ET ONG, quelles relations? *Med Trop.* 2002; 62:459-62.
76. Brauman R. L'action humanitaire. Paris, Flammarion, 1995, 99p.
77. Kouchner B. Charité Business. Paris, Le Pré aux Clercs, 1986; 216p.
78. Pérouse de Montclos MA. Du développement à l'Humanitaire, ou le triomphe de la com'. *Tiers-Monde.* 2009; 4:751-66.
79. Vachon M. Voyage au bout de l'humanitaire. Paris, La découverte, 2005; 347p.
80. Slovic P. « if I look at the mass I will never act » : Psychic numbing and genocide. *Judgement and Decision Making.* 2007; 2:79-95.
81. Brauman R. Entretien avec Rony Brauman. *Le Monde.* 24 novembre 1992.
82. Mimoun M. S'empêcher d'en faire trop. Paris, Albin Michel, 2004; 200p.
83. Abbé Pierre, Lefèvre D. Je voulais être marin, missionnaire ou brigand : Carnets intimes et pensées choisies. Paris, J'ai Lu, 2005; 225p.
84. Gaimard M. Santé, morbidité et mortalité des populations en développement. *Monde en développement.* 2008; 2:22-38.
85. Loezien M. Populations et santé. In : *Le monde en développement. Démographie et enjeux socio-économiques.* Paris, La documentation française, 2002; pp 139-70.
86. Pison G. Tous les pays du monde (2007). *Population et Sociétés.* 2007; 436:1-8.
87. OMS. Rapport sur la santé dans le monde : 2003 : façonner l'avenir. Genève, 2003; 213p.
88. ONU. Objectifs du millénaire pour le développement. Rapport 2007. New York, 2007; p.
89. WHO. Management of common skin diseases in children in developing countries. 2005; 62 p.
90. Hay R, Bendeck SE, Chen S, Estrada R, Haddix A, McLeod T, *et al.* Skin Diseases [Internet]. 2006. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11733/>

91. Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br. J. Dermatol.* 1999; 140:672-676.
92. Mirmirani P, Maurer TA, Berger TG, Sands LP, Chren M-M. Skin-related quality of life in HIV-infected patients on highly active antiretroviral therapy. *J Cutan Med Surg.* 2002; 6:10-15.
93. Mahé A, Faye O, Fanello S. Dermatologie et santé publique dans les pays en voie de développement. 2003; 96:351-6.
94. Mahé A, Faye O. Le programme pilote de lutte contre les maladies de peau au Mali. *Ann Dermatol Venereol.* 2003; 130:1092-3.
95. Mahé A. Que reste-t-il de la « dermatologie tropicale » ? *Ann Dermatol Venereol.* 2007; 134:26.
96. Morand J-J. Quelle est la place de la dermatologie dans les pays en développement ? *Ann Dermatol Venereol.* 2007; 134:517-19.
97. OMS. Infections sexuellement transmissibles [Internet].2011. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/index.html>
98. ONU. Objectifs du Millénaire pour le développement : rapport 2011. New York, 2011; 67p.
99. WHO. Global leprosy situation 2010. *Weekly epidemiological record.* 2010; 85:337-48.
100. WHO. Leprosy: global situation [Internet]. WHO. 2012. Disponible sur: <http://www.who.int/lep/situation/en/>
101. Andrianlalasona M. Prise en charge de la lèpre à Madagascar. Entretien avec le Dr Andrianlalasona, responsable régional du plan national lèpre dans la région de Boeny. Mahajanga, 2012.
102. Noratra F. Prise en charge de la lèpre en CSB2. Entretien avec le Dr Noratra, médecin responsable du CSB2 de Madirovalo F. Madirovalo, 2011.
103. OMS. Guide d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique. Genève, 2000; 38p.
104. OMS. Ulcère de Buruli [Internet].2012. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs199/fr/index.html>
105. Caumes E. Atlas de dermatologie tropicale. 4ème édition. Paris, Janssen Cilag, division Afrique, 2009; 193p.
106. OMS. Onchocercose [Internet]. 2012. Disponible sur : <http://www.who.int/topics/onchocerciasis/fr/>
107. Torres-Guerrero E, Isa-Isa R, Isa M, Arenas R. Chromoblastomycosis. *Clinics in Dermatology.* 2012; 30:403-408.

108. Esterre P, Raharisolo C, Izan C, Roig P. De la mycologie médicale tropicale à une approche de santé publique : la chromoblastomycose à Madagascar. *Journal de Mycologie Médicale*. 2003; 13:133-40.
109. Thierno Dieng M, Ndiaye B. Mycétomes. *Ann Dermatol Venereol*. 2007; 134:25-6.
110. OMS. Pian [Internet]. 2012. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs316/fr/index.html>
111. OMS. Cartes OMS des différentes pathologies et de leur répartition mondiale. [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx>
112. OMS. Rougeole [Internet]. 2013. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/fr/index.html>
113. Derbise A, Carniel E. Le diagnostic de la peste. *Revue francophone des laboratoires*. 2011; 41:431.
114. Gaud S. L'aide humanitaire en neurologie, réflexion sur la pratique médicale en milieu rural dans les pays tropicaux en développement. th : med : Nancy : 2013; 183p.
115. Ministère de la Santé Publique de Madagascar, Service des statistiques sanitaires. *Annuaire des statistiques du secteur santé de Madagascar*. 2010; 689p.
116. Banque Mondiale. Données de la banque mondiale sur Madagascar [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://donnees.banquemondiale.org/pays/madagascar>
117. CIA. Données de la CIA sur Madagascar [Internet]. 2012. Disponible sur : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ma.html>
118. WHO. Madagascar [Internet]. 2010. Disponible sur : <http://who.int/countries/mdg/fr/index.html>
119. Ballarin MP, Blanc-Pamard C, Cadoux C, Deschamps H, Domenichini-Ramiaramanana B, Le Bourdieu P, *et al.* Madagascar [Internet]. *Encyclopaedia Universalis*. Disponible sur: <http://www.universalis-edu.com/bases-doc.univ-lorraine.fr/recherche/sujet/28144/?mode=MIXTE>
120. Université de Sherbrooke. Perspective Monde [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=MDG&codeTheme=1&codeStat=SP.POP.IDH.IN>
121. OMS, Bureau général de l'Afrique. *Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2008-2013, République de Madagascar*. 2009, 38p.
122. Ministère de la Santé et du Planning Familial et de la Protection Sociale. *Plan de développement Secteur Santé 2007-2011. Madagascar, 2007; 92p.*
123. WHO. *Profil du système de santé à Madagascar*. Genève, 2004; 22p.
124. Rapelanoro Rabenja F. *La formation en dermatologie à Madagascar. Entretien avec le Professeur Rapelanoro Rabenja*. Tananarive, 2012.

125. INSEE. Démographie médicale en France en 2011. [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102
126. Rakotonirina E, Mahadimby J, Ravaoarisoa L, Rakotomanga J, Macq J. Etat des lieux de la lutte contre la tuberculose à Madagascar de 1996 à 2004. *Med Trop*. 2009; 69:493-5.
127. WHO. Information Sheet.UNICEF-WHO-The World Bank joint child malnutrition estimates. [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/index.html>
128. Ministère de la Santé et du Planning Familial. Enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles à Madagascar (selon l'approche STEPS de l'OMS). Madagascar, 2005; 31p.
129. ONUSIDA. Déclaration d'engagement sur le VIH/sida [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.unaids.org/fr/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2001declarationofcommitmentonhivaids/>
130. Comité national malgache de lutte contre le VIH. Rapport UNGASS 2012. Madagascar, 2012; 30p.
131. Comité national malgache de lutte contre le VIH et les IST. Madagascar Action Plan VIH 2007-2012. Madagascar, 2012; 145p.
132. Rakotobe L, Andrianalibera M, Ranaivo A. Prise en charge du VIH et des IST. Entretien avec les responsables du Comité de Lutte contre le VIH et les IST à Madagascar. Tanarive,2012.
133. Pettifor AE, Turner AN, Van Damme K, Hatzell-Hoke T, Rasamindrakotroka A, Nasution MD, *et al*. Increased risk of chlamydial and gonococcal infection in adolescent sex workers in Madagascar. *Sex Transm Dis*. 2007; 34:475-478.
134. Harijaona V, Ramambason JD, Morisset R, Rasamindrakotroka A, Ravaoarino M. Prevalence of and risk factors for sexually-transmitted infections in hidden female sex workers. *Med Mal Infect*. 2009; 39:909-913.
135. WHO. Rapid syphilis tests [Internet]. 2006. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/TDR_SDI_06.1_eng.pdf
136. Comité national malgache de lutte contre le VIH et les IST. Prise en charge des IST classiques selon l'approche syndromique. 2011; 33p.
137. Andrianasolo R. Prise en charge du VIH à Madagascar. Entretien avec le Professeur Andrianasolo au CHU de Tananarive dans le service de maladies infectieuses. Tananarive, 2012.
138. OMS. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent. Genève, 2010; 157p.
139. Guéant JL, Guéant-Rodriguez RM, Gustin IA, Cornejo-García JA, Viola M, Barbaud A, *et al*. Pharmacogenetic determinants of immediate and delayed reactions of drug hypersensitivity. *Curr. Pharm. Des*. 2008; 14:2770-2777.
140. OMS. L'utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant. 2010; 18p.

141. Cauchoux B. Le service de lèpre et de tuberculose à Madagascar. Et si l'on parlait de tuberculose... Bull. de l'ALLF. 2008; 22:6-9.
142. Ministère de la santé de Madagascar, Service de lutte contre la lèpre. Plan national lèpre. Madagascar, 2012; 11p.
143. Tiendrebéogo A, Andrianarisoa S-H, Andriamitantsoa J, Vololoarinosinjatovo M-M, Ranjalahy G, Ratriamoarivony C, *et al.* Enquête sur la qualité du diagnostic de lèpre à Madagascar. Ann Dermatol Venereol. 2008; 135:645-650.
144. WHO. Lymphatic filariasis, countries' indicators. [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/lf/db/index.html?units=minimal®ion=all&country=all&countries=all
145. Coulanges P, Vicens R, Rakotonirina-Randriambeloma PJ. Mycetome à Madagascar, à propos de 142 cas vu dans le Laboratoire d'Anatomie et de Pathologie de l'Institut Pasteur de Madagascar de 1954 à 1984. Arch Inst Pasteur Madagascar. 1987; 53:35-42.
146. Schmoor P, Gros C, Baccard M. Prévalence des consultations dermatologiques en mission humanitaire itinérante. [Internet]. ARMADA. 2013. Disponible sur: <http://www.armada.fr/1322060509.html>
147. Ratsitorahina M. Actualités épidémiologiques de la peste à Madagascar. Arch Inst Pasteur de Madagascar. 2002; 68:51-54.
148. WHO. Interregional meeting on prevention and control of plague. Tananarive; 2006.
149. Ratriamoarivony C. Profil épidémio-clinique des dermatoses à Madagascar. In : La rhumatologie et la dermatologie en milieu tropical. Antsiranana, 2010.
150. Mahé A, N'Diaye HT, Bobin P. The proportion of medical consultations motivated by skin diseases in the health centers of Bamako (Republic of Mali). Int. J. Dermatol. 1997; 36:185-186.
151. Agrawal A, Pandit L, Dalal M, Shetty JP. Neurological manifestations of Hansen's disease and their management. Clin Neurol Neurosurg. 2005; 107:445-54.
152. Mahé A. Dermatologie pratique sur peaux dites « noires ». Paris, Léo Pharma, 2010; 82p.
153. Morand J-J. Mélanome et peau noire. Nouv Dermatol. 2013; 32:8-12.
154. Faye O. Diagnostic des hypochromies localisées sur peau noire. Ann Dermatol Venereol. 2006; 133:877-84.
155. Bärnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. BMC Health Services Research. 2009; 9:86.
156. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2006. Travailler ensemble pour la santé. Résumé. Genève, 2006; 18p.
157. WHO. Estimates of health personnel : physicians, nurses, midwives, dentists, pharmacists. [Internet]. 2004. Disponible sur : <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx>

158. GWAH. Ressources humaines et santé en Afrique : expériences, défis et réalités. In : Synthèse des débats. Conférence GHWA- Global Health Workforce Alliance de Douala 6 au 8 juin 2007. Douala, 2007.
159. Rowe AK, De Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? Lancet. 2005; 366:1026-35.
160. Brahim C, Farley C, Joubert P, Institut national de santé publique du Québec. Vice-présidence aux affaires scientifiques. L'approche par compétences un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec. [Internet]. 2011. Disponible sur : <http://site.ebrary.com/id/10465175>

X. Annexes

A. Annexe I

Stade clinique 1	Stade clinique 4
Asymptomatique	Syndrôme cachectique dû au VIH
Lymphodénopathie généralisée persistante	Pneumonie à Pneumocystis
Stade clinique 2	Pneumonie bactérienne récurrente (cet épisode plus un ou plusieurs épisodes au cours des 6 derniers mois)
Perte de poids modérée inexpliquée (inférieure à 10% du poids du corps estimé ou mesuré)	Infection herpétique chronique (bucco-labiale, génitale ou ano-rectale de durée supérieure à un mois, ou viscérale quel que soit le site ou la durée)
Infections récurrentes des voies respiratoires supérieures (sinusite, amygdalite, otite moyenne et pharyngite)	Candidose œsophagienne (ou candidose trachéale, bronchique ou pulmonaire)
Zona	Tuberculose extrapulmonaire
Chéilite angulaire	Sarcome de Kaposi
Ulcération buccales récurrentes	Infection à cytomégalovirus
Prunço	Toxoplasmose cérébrale
Dermite séborrhéique	Encéphalopathie à VIH
Infection fongique de l'ongle	Cryptococcose extrapulmonaire (y compris la méningite)
Stade clinique 3	Infection mycobactérienne non tuberculeuse disséminée
Perte de poids sévère inexpliquée (supérieure à 10% du poids du corps estimé ou mesuré)	Leucoencéphalopathie multifocale progressive
Diarrhée chronique inexpliquée depuis plus d'un mois	Cryptosporidiose chronique
Fèvre persistante inexpliquée (plus de 37,5°C, intermittente ou constante, depuis plus d'un mois)	Isosporose chronique
Candidose buccale persistante	Mycose disséminée (occidiodomyose ou histoplasmosis)
Leucoplasie chévilue de la cavité buccale	Septicémie récurrente (y compris à Salmonella non typhoïdique)
Tuberculose pulmonaire (en cours)	Lymphome cérébral ou lymphome non hodgkinien à cellules B
Infections bactériennes graves (par exemple pneumonie, empyème, pyomyosite, infection ostéoarticulaire, méningite, bactériémie, ou infection génitale haute)	Carcinome invasif du col de l'utérus
Stomatite, ou gingivite, ou parodontite aiguë nécrosante	Léishmaniose atypique disséminée
Anémie (<8 g/dl), neutropénie (<0,5 x 10 ⁹ par litre) et/ou thrombocytopénie chronique (<50 x 10 ⁹ par litre) inexpliquées	Néphropathie symptomatique associée au VIH ou myocardiopathie symptomatique associée au VIH

Stades cliniques OMS du VIH (138).

B. Annexe 2, liste des médicaments essentiels du CSB2 de Madirovalo

Antibiotiques, antifongiques et antiparasitaires

Ampicilline 500mg (flacon)
 Amoxicilline 500mg (comprimé)
 Bi-pénicilline® (pénicilline procaïne pénicilline G) 1MUI (flacon)
 Benzathine benzylpenicilline 1/2.4 MUI (ampoule)
 Chloramphenicol 150 mg (comprimé)

Cotrimoxazole 120/450mg (comprimé)
 Cura-7 (ciprofloxacine 500mg + doxycycline 100mg) (comprimé)
 Doxycycline 100mg (comprimé)
 Erythromycine 250mg (comprimé)
 Gentamycine 80/250mg (comprimé)
 Metronidazole 250mg (comprimé)
 Tetracycline 250mg (comprimé)/ 1% (pommade ophtalmique)

Griseofulvine 250mg (comprimé)
Nystatine 100 000UI/g (pommade)
Amodiaquine 200mg (comprimé)
Chloroquine 150mg (comprimé)
Quinine 100mg/600mg (ampoule)
Sulfadoxine pyriméthamine 525mg (comprimé)
Mebendazole 100mg (comprimé)
Praziquentel 60mg (comprimé)
Benzoate de benzyle 25% (émulsion)

Matériel médical

Bandes de gaz
Bande velpeau
Sparadrap 2.5cm/10cm x 5m
Compresse hydrophile
Coton hydrophile
Gant chirurgical
Lame de bistouri
Agrafe de suture
Aiguille épicroanienne
Catheter court
Seringue et aiguille 2cc/5cc
Lidocaïne adrénalinée 2.5% (flacon)
Perfuseur stérile

Antiseptiques

Chlorhexidine 5% (flacon 500ml)
Alcool 70° (flacon 500ml)
Bétadine dermique 10% (flacon 500ml)
Violet de gentiane 25g (poudre)
Nitrate d'argent 1% (collyre)

Divers

Acide salicylique 100/200/500mg (comprimé)
Diclofenac 75mg (ampoule)
Ibuprofen 200mg (comprimé)
Paracetamol 100mg/500mg (comprimé)
Hydroxyde d'aluminium 500mg (comprimé)
Charbon 500mg (comprimé)
Butylscopolamine 20mg (ampoule)
Métoclopramide 10mg (comprimé)/10mg (ampoule)

Carbocystéine 2% (sirop)
Furosemide 40mg (comprimé)
Vitamine K 10mg (ampoule)
Multivitamine (comprimé)
Fer acide folique 240mg (comprimé)
Vitamine B6 100mg (comprimé)
Gluconate de calcium 100mg (ampoule)
Lactate de calcium 300mg (comprimé)/ 100mg (injectable)
Oxytocine 10UI/ml (ampoule)
Ergometrine 0.5mg (ampoule)
Hydrocortisone 100mg (flacon)
Prednisolone 5mg (comprimé)
Diprosone pommade 0.05% (tube de 30g)
Chlorphéniramine 4 mg (comprimé)
Salbutamol 4mg (comprimé)/ 0.5mg (ampoule)
Aminophylline 100/250mg (ampoule)
Atropine sulfate 1mg (ampoule)
Phénobarbital 500mg (comprimé)/400mg (ampoule)
Diazepam 40mg (comprimé)
Sérum antitétanique 1500UI
Solution de réhydratation orale (sachet)

Solutés

Ringer lactate 500ml (flacon)
Soluté glucosé 5% 500ml (flacon)
Soluté de chlorure de sodium 0.9% 500ml (flacon)

VU

NANCY, le **19 février 2013**

Le Président de Thèse

NANCY, le **21 février 2013**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur J-L. SCHMUTZ

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 6083

NANCY, le 26/02/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

Résumé

La médecine humanitaire est l'alliage de deux héritages distincts : les actions de secours d'urgence, nées de la réglementation des conflits armés, et la politique d'aide au développement, ancien legs colonial, où la Santé a une place de plus en plus centrale. La succession des crises a impulsé de profonds changements dans l'exercice de la médecine humanitaire, favorisé l'émergence de nouveaux acteurs et la construction progressive d'une éthique de la responsabilité humanitaire. L'action humanitaire doit, à notre sens, reposer sur la recherche d'un compromis entre universalisme et relativisme culturel. La collaboration entre le personnel des ONG occidentales et le personnel local permet de restaurer l'autonomie, la dignité des populations aidées et permet d'adopter une position moins ethno-centrée, où la complémentarité devient possible. Nous avons mené une étude descriptive de 640 patients dans un centre de santé de base en zone rurale à Madagascar. Elle nous a permis d'apprécier avec précision le poids de la dermato-vénéréologie, 2^{ème} motif de consultation, et les pathologies principales qui relevaient de cette discipline. Les affections ordinaires étaient les plus fréquentes, néanmoins, la lèpre était le 2^{ème} motif de consultation. Les IST étaient également extrêmement répandues, faisant craindre une explosion à moyen terme de l'épidémie à VIH. Ainsi, cette étude peut être considérée comme une mission exploratoire valide, préalable à la mise en place d'un projet humanitaire. Le projet que nous soutenons vise la promotion de la formation médicale continue des médecins généralistes travaillant en zone rurale. Ses objectifs sont la diminution des inégalités d'offre de soins entre ville et campagne et un renforcement des ressources humaines en réponse à la crise sanitaire actuelle. Ainsi, notre projet s'inscrit dans une démarche éthique non ethnocentrée, justifiée par la collaboration étroite avec le personnel médical malgache, la promotion de l'autonomie via le transfert de connaissances et enfin, en raison de l'identification du besoin par les bénéficiaires du projet. Le poids de la dermatologie-vénéréologie, deuxième motif de consultation, dont certaines affections telles que la lèpre sont déjà identifiées par les instances internationales et locales comme des problématiques sanitaires prioritaires lui confère toute sa légitimité.

TITRE EN ANGLAIS: THE DERMATOLOGIST AND HUMANITARIAN MEDICINE : HISTORY, ETHICAL ISSUES, RECITAL OF AN EXPERIENCE IN DERMATOLOGY IN MADAGASCAR AND BIRTH OF A CONTINUING MEDICAL EDUCATION HUMANITARIAN PROJECT.

THÈSE : MEDECINE SPECIALISEE, DERMATOLOGIE– ANNÉE 2013

MOTS CLEFS : humanitaire, éthique, dermatologie, soins de santé primaires, pays en voie de développement, formation médicale continue, Madagascar.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
