

## UNE MÉDECINE DE PROXIMITÉ... ET DE QUALITÉ POUR L'AFRIQUE

Jean-Pierre Olivier de Sardan (*Le Monde Diplomatique* 2004 ; 51 : 18-19) dresse un tableau bien noir de l'exercice actuel de la médecine en Afrique. Sans doute n'a-t-il pas tout à fait tort. Que nous livre ce chercheur de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, si ce n'est le tableau d'un panorama sanitaire africain oublieux des fondements mêmes de ce que doit être une médecine humaine centrée sur le patient ? Les personnels de santé sont montrés du doigt et de nombreux maux leurs sont attribués dont les plus graves sont les manquements à la déontologie et des comportements qui ne sont plus appropriés pour répondre aux demandes légitimes des malades. Le plaidoyer pour une médecine de proximité, telle qu'en appelle de ses vœux Olivier de Sardan, passe certainement par une réappropriation d'une médecine publique de soins alors que nombre de médecins se tournent vers une médecine de santé publique plus porteuse. A leur décharge, ces personnels répondent souvent aux attentes des organisations internationales soucieuses de trouver sur place des professionnels aptes à répondre à des projets de développement et des actions dont les thèmes n'ont cessé de changer au cours des vingt dernières années : soins de santé primaires dans les années 1970, recouvrement des coûts dans les années 1980, réorganisation de la pyramide sanitaire dans les années 1990. A cela s'ajoutent toutes les actions ponctuelles, porteuses médiatiquement d'une visibilité forte mais peu soucieuses d'ancrer dans la durée des réformes de fond. Toutes ces raisons, s'inscrivant dans un environnement économique favorisant la quête d'expédients (pharmacies par terre, consultations clandestines, fuite de compétences...) expliquent

aussi pourquoi la médecine exercée en Afrique a perdu son âme et s'est tournée de plus en plus vers les aspects mercantiles de l'exercice médical. Sans doute faut-il réhabiliter la médecine de proximité, mais ce challenge ne pourra être relevé que s'il existe une ferme et réelle volonté des États africains de faire cette révolution des mentalités. Cette révolution sera réalisée sans doute de plusieurs façons. La revalorisation morale des études médicales [et son corollaire de meilleurs moyens pédagogiques] est un préalable (trop d'étudiants s'engagent dans cette voie moins par vocation médicale qu'en vue d'une accession – bien légitime – à un rang social meilleur et à une quête de pouvoir). Une meilleure image de l'exercice rural (en lui en donnant les moyens) est également nécessaire : trop de personnels de santé rechignent à exercer en zone rurale préférant les cabinets climatisés des capitales où affluent une clientèle mieux argentée. Il convient d'offrir aux personnels travaillant en zone rurale de meilleures conditions d'exercice [avec une véritable valorisation professionnelle] et par là, de leur redonner le goût d'une pratique médicale loin des ors des grandes villes. Et enfin, il convient de faire en sorte que le clinicien rejoigne son patient [dans l'écoute et l'empathie, avec la conscience technique nécessaire] et fasse sien ses souffrances, ses peurs et ses demandes. Dans une Afrique en proie à bien des maux, ce ne sera pas la chose la plus facile à obtenir. Pourtant, c'est à ce prix et à ce prix seulement que les attentes des populations africaines pourront trouver des réponses adaptées pour une médecine de qualité, plus proche et plus humaine.

J-M. MILLELIRI

## LE THÉ PROTEGE-T-IL DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES ?

Un verre de vin rouge quotidien pourrait-il être remplacé par quelques tasses de thé ? C'est ce que suggéraient des études épidémiologiques récentes. En effet, la prise de thé, qui est une source importante de flavonoïdes (aux propriétés anti-oxydantes connues en œnologie), serait associée avec un risque diminué de pathologies cardiovasculaires voire de cancer. Les études réalisées à ce jour étaient cependant discordantes quant à leurs résultats (par manque de puissance et de reproductibilité) et avec des conclusions contradictoires. Etant donnée l'importance de la consommation de ce produit dans de nombreux pays, l'équipe de Sesso et Coll (*Int J Epidemiol* 2003 ; 32 : 527-33) a réalisé une étude de cohorte prospective (17 228 sujets ont été suivis) afin de trancher la question. Pour cela, ils ont utilisé les données de la cohorte CASH (*College Alumni Health Study*) constituée des anciens élèves de l'université de Harvard et ceux de l'université de Pennsylvanie aux États-Unis. Les participants (moyenne d'âge de 59,5 ans et 95,6 % d'hommes) exempts de pathologies cardio-vasculaires ont fourni aux enquêteurs leur consommation personnelle de thé (en tasse par jour) ainsi que les facteurs de risque cardio-vasculaires auxquels ils étaient exposés. Des relances ont été réalisées pour actualiser ces données au cours des 15 ans de suivi médian nécessaire au recrutement (fini en 1995). La survenue des pathologies était notifiée par les participants, des médecins ou par l'obtention des certificats de décès. L'analyse multivariée

a été ajustée sur les variables suivantes : âge, sexe, indice de masse corporelle, activité physique, hypertension artérielle, diabète, tabagisme, consommation d'alcool et antécédent familial de décès précoce d'origine cardio-vasculaire. Selon Poole et Coll. (*Int J Epidemiol* 2003 ; 32 : 534-535), cette étude est la plus précise et la plus valide sur le plan méthodologique de toute la littérature concernant ce sujet. Les résultats montrent qu'il n'y avait pas d'association entre la consommation de thé (tant en prévention primaire que secondaire) et la survenue de maladies cardio-vasculaires dans la population étudiée confirmant les résultats d'une récente méta-analyse (Peter U et Coll - *Am J Epidemiol* 2001 ; 154 : 495-503) et d'une analyse transversale de 10 339 sujets (Woodward et Coll - *J Epidemiol Community Health* 1999 ; 53 : 481-487). Les auteurs pensent que même s'il est habituellement admis que les flavonoïdes (qui ont une forte activité anti-oxydante) participent à la réduction des maladies cardio-vasculaires, les mécanismes anti-oxydants du thé *in vivo* seraient perturbés par la réduction de la biodisponibilité de ces flavonoïdes. Une tasse de Darjeeling ne remplacera malheureusement pas un hypolipémiant, au grand dam de la sécurité sociale. Mais le thé a cependant d'autres vertus qui ne sont plus à démontrer à nos amis anglais. Aussi, ne boudons pas le plaisir d'un « Tea Time ».

G. TEXIER

## LUTTE CONTRE LE SIDA : LE BRÉSIL MONTRE L'EXEMPLE

**L**es auteurs brésiliens retracent dans une revue éditoriale parue en 2002 dans *AIDS* (*AIDS* 2002; **16** : 2373-2383) les axes mis en place pour lutter contre l'épidémie nationale de Sida depuis que cette dernière est apparue dans ce pays. Les Brésiliens sont dans ce domaine des précurseurs en ayant su mener de front les actions nécessaires, en alliant une réponse gouvernementale précoce, un fort engagement et la participation de la société civile aux décisions, une mobilisation multisectorielle, un équilibre entre l'approche préventive et thérapeutique et la prise en compte de la problématique des droits de l'Homme dans les stratégies et les actions mises en place. Dès 1985, le Ministère de la santé créait le Programme National de Contrôle du Sida et en 1988, le Brésil fut un des premiers pays du monde à mettre en place des guides pour une prise en charge éthique du Sida. Parmi les points présentés dans cette revue, on relève entre autre l'augmentation de l'utilisation des préservatifs passant dans la population brésilienne de 4% en 1986 à 48% en 1999. Les programmes d'échange de seringues ont permis de réduire en 4 ans l'incidence des contaminations par l'injection de drogues intraveineuses passant de 50% à 7%. L'engagement de la société civile brésilienne dans la lutte contre le sida est une des clés de la réussite du programme car cet engagement a révélé une très forte mobilisation sociale. Ainsi entre 1993 et 1997, environ 18 millions de dollars US ont été attribués à 427 projets communautaires portés par des ONG. Mais c'est surtout dans l'accès au traitement antirétroviral et dans un accès égalitaire à la prise en charge des personnes infectées que le Brésil fait figure de premier de la classe. D'abord, en 1996 une loi fédérale décréta la gratuité de l'accès aux antirétroviraux

au niveau du système brésilien de santé publique. Puis un Comité d'Appui aux Antirétroviraux (indépendant du Ministère de la Santé) fut mis en place constitué d'un groupe de spécialistes chargés d'élaborer des recommandations en ce domaine. Ainsi, tout patient présentant des symptômes liés au Sida ou ayant un taux de CD4 inférieur ou égal à 200 est éligible pour un traitement antirétroviral. Ce traitement est aussi proposé lorsque le taux de CD4 se situe entre 200 et 350 si le patient est motivé pour le suivre et que son médecin considère que cela est possible. En décembre 2000, 78% des patients recevaient une trithérapie, 20% une bithérapie et 2% une quadrithérapie. En 2002, le coût des traitements antirétroviraux correspondait à 1,5% du budget total du Ministère de la Santé soit moins de 0,05% du Produit Interieur Brut du Brésil. Actuellement 135.000 Brésiliens – soit la totalité de ceux qui ont connaissance de leur maladie – bénéficient du programme gouvernemental anti-sida et de la distribution gratuite de 15 médicaments antirétroviraux, dont sept sont des génériques fabriqués au Brésil. Dans ce combat pour donner accès au meilleur traitement à un coût réduit aux patients brésiliens infectés par le VIH, le Brésil vient d'annoncer qu'il produira lefinavir si le Laboratoire Roche n'en abaisse pas le prix (AFP, 8 décembre 2003). Même si les auteurs se défendent de vouloir faire de ce programme un modèle pour les autres pays, force est de constater à la lecture de cette revue, que ces actions peuvent être montrées en exemple par la portée de leurs résultats. Le programme brésilien de lutte contre le sida a remporté le Prix Gates de Santé Mondiale 2003.

J-M. MILLELIRI

## DÉJÀ, SOUS ALEXANDRE LE GRAND ...

**L**e virus West Nile, connu en Afrique depuis 1937 et étendu à l'Inde, à plusieurs pays du Moyen-Orient et d'Europe, dont la France, fait beaucoup parler de lui depuis qu'il a pris pied sur le continent américain. Depuis 1999, il est responsable d'une épidémie de méningoencéphalite, fréquemment mortelle, qui s'est rapidement étendue à la plupart des états des Etats-Unis et au Canada. Le virus touche également de nombreux animaux, avec là encore une mortalité élevée. Le soudain génie pathogène du virus soulève beaucoup de questions qui restent aujourd'hui sans réponse. Le virus s'est déjà manifesté en Tunisie, en Israël et en Roumanie, mais les épidémies n'y ont pas connu le même développement. L'article récemment publié par J.S. Marr et C.H. Calisher (*Emerg Infect Dis* 2003; **9** : 1599-1603,) remonte plus loin dans le temps, puisqu'il attribue au virus West Nile le décès d'Alexandre le Grand en 323 avant Jésus-Christ.

L'hypothèse des auteurs s'appuie sur les descriptions faites de l'événement par différents chroniqueurs, et sur des arguments épidémiologiques qui confèrent une certaine probabilité à la présence du virus et de ces vecteurs à l'époque et à l'endroit concernés. Elle réfute les autres causes du décès déjà envisagées (empoisonnement, autre cause infectieuse) sur l'absence de certains signes évocateurs. Par contre, la description faite par Plutarque de corbeaux tombant morts aux pieds d'Alexandre alors qu'il rentre dans Babylone, est présentée comme un argument fort, à la lumière des constatations faites pour les corbeaux américains depuis 1999. Il reste que l'absence d'autres cas semblables à celui d'Alexandre parmi ses troupes ou les habitants de Babylone, puis l'apparente « disparition » du virus pendant plus de 2000 ans, ne reçoivent pas d'explication.

H. TOLOU

Site Internet *Les actualités du Pharo*

<http://www.actu-pharo.com>

## UN VIBRIO PEUT EN CACHER UN AUTRE !

**V***ibrio parahaemolyticus* est un germe halophile qui, par conséquent, ne peut se développer que sur les milieux contenant du sel. Isolé pour la première fois en 1950 au Japon, il est maintenant responsable de la majorité des toxi-infections alimentaires dans les pays où les produits de la mer sont à la base de l'alimentation. K. Makino *et Coll* ont étudié les deux chromosomes qui constituent le génome. Leurs résultats suggèrent que le chromosome 1 est porteur des gènes permettant la vie et la multiplication de la bactérie ; le chromosome 2 comporte aussi des gènes assurant viabilité et croissance mais il joue, de plus, un rôle dans l'adaptation bactérienne aux contraintes environnementales (*The Lancet* 2003 ; **361** : 743-749). Les auteurs ont identifié sur le chromosome 2 une zone codant pour le pouvoir pathogène. Les études épidémiologiques ont montré que seule une petite proportion des souches de *Vibrio parahaemolyticus* étaient

susceptibles d'entraîner des manifestations cliniques chez l'homme et que ces souches pathogènes sont très généralement associées à la présence d'une hémolysine thermostable. Sur cette même zone du chromosome 2, les auteurs ont mis en évidence des gènes codant pour le système de sécrétion de type III. L'intérêt de cette découverte est d'expliquer pourquoi *Vibrio parahaemolyticus* est l'agent de diarrhées invasives voire de septicémies, au contraire de *Vibrio cholerae*, germe pourtant phylogénétiquement très proche et agent de diarrhées aqueuses. Le système de sécrétion de type III est en effet le facteur central de virulence de germes tels que *Escherichia coli* entéropathogène, *Shigella*, *Salmonella*, germes connus pour provoquer des diarrhées invasives et sur ce plan, *Vibrioparahaemolyticus* leur est plus proche.

G. MARTET

Les actualités du Pharo  
Journées annuelles de pathologie et de santé publique tropicales

XI<sup>e</sup> ACTUALITES du PHARO  
9, 10 et 11 septembre 2004  
Parc du Pharo, Marseille

Infections à mycobactéries  
en milieu tropical

Les Actualités    IMTSSA    HIA Laveran    Revue Médecine Tropicale    Contacts

organisées par  
l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées (IMTSSA)  
et l'Hôpital d'Instruction des Armées A. Laveran (HIA Laveran)

Site Internet *Les actualités du Pharo*  
<http://www.actu-pharo.com>