

Point de vue : Le SRAS, le sida, et la santé publique



Le SRAS pourrait nous permettre de tirer de précieuses leçons en matière de santé publique, des leçons que bien des pays en développement ont apprises à leurs dépens.
(Photo CRDI : Peter Bennett)

2003-06-20

Christina Zarowsky

Pendant tout le siècle dernier, ou presque, la propagation de maladies infectieuses, mystérieuses et terrifiantes, était un phénomène qui se produisait surtout dans les régions pauvres de la planète.

Plus maintenant. Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), a changé la donne. La Chine et le Canada ont tous deux été atteints en même temps. Malgré ses conséquences tragiques, l'apparition du SRAS au Canada pourrait avoir des retombées positives. Nous pourrions en tirer de précieuses leçons en matière de santé publique, des leçons que bien des pays en développement ont apprises à leurs dépens.

En premier lieu, le SRAS nous a fait prendre conscience de notre complète sujétion au rythme ininterrompu et à l'interdépendance des mécanismes sociaux — qu'il s'agisse d'événements familiaux et culturels, des systèmes de transport qui nous conduisent à notre lieu de travail et nous amènent des touristes ou du bon fonctionnement des rouages d'une économie complexe. Et, bien sûr, de notre dépendance à l'égard d'un système de santé qui soit doté d'un personnel qualifié suffisant, de ressources suffisantes et de réserves intégrées suffisantes pour absorber les coûts biologiques d'une telle maladie.

Bien que les soins de santé au Canada soient presque une religion nationale, il aura fallu le syndrome de la reconnaissance aiguë soudaine, comme nous pourrions appeler le SRAS, pour nous rappeler à quel point il nous faut compter sur le réseau désormais banalisé et habituellement invisible qu'est devenu le régime de santé publique. Si le drame de Walkerton¹, engendré par la contamination du réseau d'alimentation en eau potable de cette ville de l'Ontario, au Canada, a été un signal d'alarme, le SRAS en est un lui aussi.

Mais le SRAS n'est pas uniquement un problème médical. Santé Canada a fait état de moins de 350 cas suspects ou probables de SRAS au pays, et le taux de mortalité attribuable au SRAS est moins élevé que celui que l'on doit à plusieurs autres maladies infectieuses. Le SRAS met aussi en lumière à quel point la santé de la population influe sur la santé du système politique et de l'économie. Bien des commentateurs ont compris, et en ont ressenti une vive frustration, que « les faits sont les faits, mais la perception est la réalité ». La preuve médicale n'est qu'un aspect, minime mais essentiel, de la question. Le SRAS rappelle les leçons péniblement apprises lors de la pandémie du sida, d'autant plus que la maladie continue de s'étendre dans les pays pauvres. Certaines de ces leçons portent sur les interactions complexes entre la biologie, la culture et le pouvoir. D'autres traitent des moyens de reconnaître ces interactions et d'y réagir. Voici donc, n'en déplaise qu'à l'animateur de l'émission de variété américaine David Letterman, la liste des dix principales leçons à tirer du SRAS :

1. Les germes sont parfaitement indifférents aux frontières géopolitiques et sociales. Nous faisons fi, à nos risques et périls, des conséquences sur le système médical et la santé publique de la mondialisation, du changement climatique et du fait réel que les gens désespérés ont recours à des mesures désespérées. N'oublions pas que l'origine du SRAS est probablement d'ordre écologique : on croit que des pratiques culturelles particulières auraient favorisé l'apparition de la maladie chez les humains. Quant à sa rapide propagation, elle serait due aux systèmes de transport modernes indispensables à l'économie mondiale. Une fois installées, ces nouvelles maladies s'adaptent fort bien aux réalités sociales locales. Le sida, par exemple, a d'abord été observé au sein de la communauté gaie de l'Amérique du Nord, mais à présent il est disséminé dans toute l'Afrique. De récentes recherches laissent entendre que l'usage de seringues contaminées — une des conséquences imprévues des systèmes de santé sous-financés — aurait contribué à la propagation du sida en Afrique. La pauvreté et le sentiment d'impuissance — surtout parmi les femmes — sont d'autres facteurs qui empêchent de mettre fin aux pratiques sexuelles non protégées.

2. Il est impossible de faire face à une épidémie à moins d'avoir les ressources humaines, techniques et financières voulues pour détecter et éliminer ce qui n'apparaît en premier lieu que comme de minuscules blips sur l'écran radar épidémiologique. La plupart du temps, d'ailleurs, ces blips ne sont même pas perceptibles, si bien que tant le système de santé publique que celui des soins de santé continuent à fonctionner comme si de rien n'était. Ce sont là de bonnes nouvelles : la plupart du temps, nous ne réclamons rien au régime d'assurance-maladie.

3. On ne peut créer de telles capacités à partir de rien et à la hâte tout comme il est impossible d'en créer sans tenir compte de la condition humaine et de ce qui la régit, politiques y compris. En outre, l'entreprise est coûteuse : quelques semaines après le début de la crise, l'Ontario avait déjà consacré 30 millions \$CAN à la lutte contre le SRAS et les chercheurs réclament un investissement immédiat en recherches de 100 millions \$CAN. Pour la majorité d'entre nous, des dépenses de ce genre sont signe d'imprudence budgétaire.

4. Les germes trouvent toujours le moyen de s'introduire là où ils le veulent. Impossible de se reposer sur les lauriers des recherches et des réalisations passées.

5. Les germes ne rendent pas malade à moins de s'introduire dans l'organisme. Étant donné que les êtres humains ne peuvent survivre sans interactions avec le monde, nous ne pouvons comprendre comment les germes nous rendent malades, ni changer cet état de

choses si nous ne savons pas comprendre et modifier nos modes d'interaction avec le monde — y compris les uns avec les autres.

6. Nos modes d'interaction les uns avec les autres et avec le monde sont complexes mais ne doivent rien au hasard. Les germes le savent. Et nous aussi devrions le savoir. Les biologistes et autres spécialistes des sciences naturelles retirent beaucoup de leur étude de la nature, notamment de l'étude des germes. Les cliniciens-chercheurs savent comment les germes affectent les gens et quelles mesures de lutte il faut instaurer. Les spécialistes en santé publique et en sciences sociales sont bien placés pour en apprendre sur les modes d'interaction des gens avec le monde, et les uns avec les autres. Nous ne pouvons mettre en place des mesures de contrôle sans tous ces aspects de la recherche.

7. L'un des modèles non aléatoires les plus tenaces veut que les gens riches et puissants soient en meilleure santé que les pauvres, dénués de pouvoirs. Les mieux nantis sont moins souvent malades parce que leur environnement physique et social les protègent mieux et lorsqu'ils tombent malades, ils peuvent se faire soigner plus facilement. Heureusement, ce modèle n'a guère eu libre cours au Canada — parce que nous avons résolument tout mis en œuvre pour ne pas lui laisser prise. Mais la plupart des maladies, et en particulier des maladies comme le sida, le paludisme et la tuberculose, mettent ce modèle au grand jour tant au sein des pays qu'entre eux. En Afrique, le sida est souvent synonyme de pauvreté.

8. Les recherches et les données probantes ne peuvent à elles seules changer les choses. C'est à nous — gouvernements, citoyens, employeurs, militants, spécialistes et profanes — qu'il revient d'utiliser le savoir.

9. Nous vivons tous sur la même planète. L'*argent des contribuables* affecté à la recherche ou aux programmes sur les systèmes de soins de santé, le SRAS ou le sida, ici ou en Afrique, peut provenir d'étudiants africains qui fréquentent des universités canadiennes, de négociants asiatiques qui approvisionnent nos marchés ou de touristes sud-américains qui viennent découvrir le patrimoine naturel et culturel du Canada.

10. La plupart du temps, nous ne voyons pas clair; mais nous ne sommes pas insensibles aux pressions. (Le sida pourrait aussi signifier une « singulière indifférence aux décès [qui surviennent] ailleurs ».) Mais, parfois, nous réussissons à tirer de nos bévues et du succès des autres les enseignements qui s'imposent, et même à corriger nos erreurs.

Christina Zarowsky, M.D., Ph.D., est chef d'équipe du programme Gouvernance, équité et santé du Centre de recherches pour le développement international (CRDI) du Canada, à Ottawa.

Renseignements :

Gouvernance, équité et santé, CRDI, 250, rue Albert, CP 8500, Ottawa, Ontario, Canada K1G 3H9; tél. : (613) 236-6163; téléc. : (613) 567-7748; courriel : health@idrc.ca; site Web : http://archive.idrc.ca/research/geh_f.html

(1) Walkerton : de nombreux habitants de cette ville de l'Ontario, au Canada, ont été victimes de la contamination de leur eau potable par la bactérie E.Coli en mai et juin 2000. Cette catastrophe a défrayé les manchettes de journaux au Canada pendant plusieurs mois. Des centaines de personnes ont été affectées par la bactérie, plusieurs en subissent encore les séquelles et d'autres sont décédées. Une enquête a été instituée pour déterminer les causes de la contamination. Pour plus de détails, voir le site Web suivant : www.walkertoninquiry.com/.