

INNOVATIONS MEDICALES EN SITUATIONS HUMANITAIRES

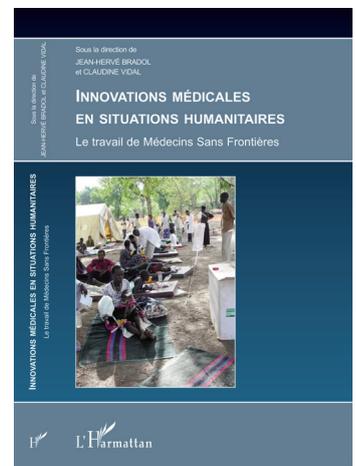
Le travail de Médecins Sans Frontières

Sous la direction de Jean-Hervé BRADOL
et Claudine VIDAL

L'Harmattan, novembre 2009

MSF est surtout connue dans l'espace public pour ses prises de positions politiques, sa présence sur des lieux de conflits armés, ses luttes contre des grands laboratoires pharmaceutiques et pour l'accès aux médicaments essentiels. De fait, on oublie souvent que sa spécialisation professionnelle, la médecine, fut l'innovation fondatrice de MSF, à un moment où les associations d'aide intervenaient de façon non spécialisée. MSF s'est développée comme une organisation pratiquant la médecine à partir du socle scientifique commun, mais en prenant en charge des populations à qui cette médecine ne s'adresse généralement pas, ou peu.

Ce livre présente l'activité humanitaire propre à MSF non comme l'exportation d'une médecine au rabais, mais comme l'introduction, dans des contextes de précarité, de conduites médicales certes adaptées à ces contextes pour être praticables, mais en même temps conformes aux standards préconisés dans les pays de haute technologie scientifique. Cela ne va pas de soi mais implique des alliances institutionnelles et des luttes politiques, l'engagement constant de l'Association dans les débats et les conflits. Dans cet engagement, MSF participe pleinement à l'évolution de la médecine transnationale.



Innovations ?

« L'intégration des innovations médicales dans la pratique humanitaire nécessite la redéfinition et l'écriture des protocoles de soins, l'obtention des autorisations administratives, l'identification des sources d'approvisionnement, la gestion logistique et administrative d'importations de produits pharmaceutiques, la formation des personnels à de nouvelles pratiques, la supervision vigilante de leur mise en place et l'évaluation continue de leurs résultats. Soit un processus long, exigeant, au cours duquel l'enthousiasme de départ se mue en une usante incertitude au quotidien et parfois en désillusion. Quand l'innovation réussit, l'usage de la nouveauté devient une routine d'une telle évidence qu'il ne reste plus grand monde pour se souvenir de l'effort déployé. »

Jean-Hervé BRADOL, médecin, et Marc LE PAPE, sociologue

Résumés des chapitres

1. Les «satellites» de MSF.

Une stratégie à l'origine de pratiques médicales différentes

Claudine Vidal, sociologue, et Jacques Pinel, pharmacien

En deux décennies, l'Association a « satellisé » la résolution d'un ensemble de problèmes médicaux en créant des structures autonomes à l'égard du siège. En 1986, ce fut MSF logistique, puis Epicentre en 1987, en 1999 la CAME (Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels), enfin, le DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative) en 2003.

La première génération des satellites répondait au besoin d'incorporer des métiers nécessaires au développement des opérations portant secours à des populations en situation de précarité, vivant parfois dans des territoires « nus » où il fallait tout construire, tels les camps de réfugiés. Tout d'abord prévoir les outils de base indispensables : MSF logistique mit au point des kits médicaux, des guides et des dispositifs qui lui permirent d'améliorer la qualité des interventions tout en demeurant autonome. Ensuite se donner les moyens d'une expertise indépendante : Epicentre mena des activités de recherche et d'épidémiologie apportant un appui scientifique aux opérations.

La seconde génération des satellites a eu pour but de travailler en amont des opérations et de transformer l'environnement extérieur. De là, un engagement systématique dans une activité de plaidoyer public. La CAME, puis le DNDi mobilisent médecins, pharmaciens, chercheurs, juristes, économistes, activistes de la santé, pour que les laboratoires pharmaceutiques continuent à produire des médicaments essentiels et rendent leur prix accessibles à des populations pauvres. Ils impulsent un réseau transnational d'institutions afin que les organismes de recherche développent de nouveaux traitements pour les maladies négligées.

2. Mesurer, analyser, publier et innover

Emmanuel Baron, médecin, épidémiologiste

Au début des années 1980, pour beaucoup, la pratique de l'Association relevait de l'exotisme médical, bien qu'elle fut reconnue comme une organisation de secours réactive et audacieuse dans ses prises de position publiques. Certains membres de MSF affirmèrent alors l'importance d'acquérir, maîtriser et développer des méthodes de mesure quantitatives spécifiques, applicables aux programmes de l'association urgentiste, avec l'objectif d'être reconnue comme un acteur médical et scientifique plus rigoureux. C'est dans cet esprit que fut créée Epicentre en 1987 avec l'objectif d'accompagner MSF dans ses choix à trois niveaux: la définition de ses priorités d'intervention, le changement de ses pratiques et la diffusion publique de ses expériences, en particulier dans les grandes revues médicales.

Après s'être familiarisée à l'utilisation des méthodes épidémiologiques d'évaluation sanitaire sur les terrains d'intervention de MSF, Epicentre s'engagea dans des activités de recherche pour améliorer la prise en charge médicale proprement dite, pour mesurer, comparer, évaluer de nouvelles stratégies diagnostiques ou thérapeutiques. Le cas du traitement de la méningite en fut un bon exemple mais d'autres pathologies qui posèrent des problèmes à MSF, parfois des dilemmes, ont fait l'objet de travaux : ainsi, au début des années 2000, dans les cas du paludisme, de la maladie du sommeil, de la tuberculose ou encore de la malnutrition.

Tout au long de cette courte histoire, l'exercice de l'épidémiologie par Epicentre ne peut être dissociée des choix de politique médicale mis en œuvre par MSF.

3. Politique des controverses

Marc Le Pape, sociologue, et Isabelle Defourny, médecin

Procéder à des innovations suscite régulièrement des controverses entre MSF et les autorités des pays où opère l'Association ainsi qu'avec les institutions internationales de la Santé, les firmes pharmaceutiques, les bailleurs de fonds. Ce fut le cas lorsqu'au début des années 2000 MSF introduisit dans ses programmes africains des traitements à base de dérivés d'artémisinine pour lutter contre les épidémies de paludisme. Ce fut encore le cas lorsqu'en 2005, au Niger, MSF mit en œuvre un programme de traitement de la malnutrition aiguë sévère comportant la distribution gratuite d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi et le maintien au domicile des enfants, sauf pour ceux qui présentaient des complications. Ce fut à nouveau le cas, lorsqu'en 2006, face à une mortalité catastrophique des jeunes enfants, MSF décida de débiter, sur l'ensemble d'un district nigérien, la distribution d'aliments thérapeutiques dès le stade de la malnutrition aiguë modérée. Ces traitements de la malnutrition n'avaient jamais été appliqués jusqu'alors à une telle échelle, ni généralisés aux cas de malnutrition modérée.

Les polémiques observables à propos du paludisme et de la dénutrition infantile n'ont rien d'exceptionnel : elles font partie du travail d'innovation, elles constituent une forme normale d'intervention liée à l'action médicale, chaque fois qu'il s'agit de transformer des pratiques nouvelles en traitements reconnus. C'est pourquoi la description du travail de MSF est indissociable d'un examen des controverses auxquelles l'Association participe et dont elle tire parti.

4. Choléra : dépister et traiter hors des murs de l'hôpital

Jean-François Corty, médecin

Confrontées aux épidémies de choléra, les équipes MSF, durant les années 1980, observaient que le modèle de traitement en milieu hospitalier était inadapté, qu'il n'était pas en mesure d'accueillir un grand nombre de malades dans des conditions d'hygiène acceptables. L'Association développa une nouvelle méthode de prise en charge curative, le « camp choléra », centre de traitement isolé et distinct des autres structures de soin. Ce modèle d'organisation a été développé pour répondre aux épidémies en milieux fermés, principalement des camps de réfugiés ou de déplacés, comprenant parfois jusqu'à plusieurs centaines de milliers de personnes.

En pratique, l'isolement, l'approvisionnement et l'hygiène sont les trois éléments de la conception et du bon fonctionnement d'un centre de traitement du choléra (CTC). Concernant l'approvisionnement, le centre doit être en mesure de fournir le matériel médical et non médical pour délivrer les soins (pour le choléra mais aussi pour d'autres pathologies telles que le paludisme, les infections, etc.) ainsi que le gîte et le couvert aux patients, auxquels doit s'ajouter la délivrance de 60 litres d'eau par personne et par jour afin d'assurer un fonctionnement autonome du camp. Pour la mise à disposition immédiate du matériel et la gestion globale du CTC, les équipes soignantes s'appuient sur des outils élaborés - dès les années 1980 - par MSF Epicentre et MSF-Logistique, en particulier un guide et un kit choléra.

Cependant la majorité des décès dus au choléra surviennent hors des univers clos tels les camps de réfugiés. Dans ce domaine, le défi attend d'être relevé par le développement de vaccins ou d'autres approches originales.

5. Méningite : du praticien au prescripteur

Eugénie d'Alessandro, médecin

La région sub-saharienne de l'Afrique subit des épidémies de méningite dévastatrices. Dans les années 1960 et 1970, les réponses apportées, coûteuses, consistaient en des antibiothérapies intraveineuses de plusieurs jours, difficiles à administrer simultanément à un grand nombre de personnes. Les responsables MSF lancèrent des études, conduites par Epicentre, démontrant l'efficacité du chloramphénicol huileux et de la ceftriaxone en une seule injection intramusculaire. Pour mener à bien ces études, « il fallait être au bon endroit, au bon moment ». Aujourd'hui, les deux protocoles thérapeutiques validés par MSF sont devenus les standards internationaux pour les épidémies de méningite dans la ceinture sub-saharienne. Ils apportent un bénéfice thérapeutique significatif pour la prise en charge des cas de méningites méningococciques. À cet égard, MSF est intervenue avant tout en tant que « praticien » de terrain.

Puis, à partir de ces années d'expérience empirique assise sur une base scientifique, l'Association étend son action à un autre espace, celui de la politique sanitaire internationale. S'engageant dans une collaboration inédite, l'OMS, l'UNICEF, la Fédération internationale de la Croix-Rouge et MSF travaillent ensemble à la définition de nouvelles stratégies de réponse aux épidémies. L'Association devient alors un prescripteur en stratégie de détection des épidémies et un acteur reconnu dans les campagnes de vaccination de masse.

6. Trypanosomiase humaine africaine : en finir avec l'arsenic

Jean-François Corty, médecin

La trypanosomiase humaine africaine (THA), ou maladie du sommeil, fait partie des maladies négligées touchant surtout des populations rurales, elles-mêmes négligées. MSF s'est attachée, dès les années 1980, à combattre l'inertie dans le développement de molécules efficaces et s'est impliquée à démontrer l'intérêt thérapeutique de l'éflornithine par rapport à un dérivé arsenical, le mélarsoprol, qui induisait une toxicité foudroyante. Mais les laboratoires pharmaceutiques n'étaient pas intéressés à produire ce médicament qui risquait donc de ne plus être disponible au début des années 2000. L'Association, en collaboration avec l'OMS, réussit à établir des accords avec des laboratoires garantissant la production et le don des molécules nécessaires au traitement de la maladie du sommeil, sous la condition que MSF logistique en assure le stockage et la distribution au niveau mondial.

Depuis 2004, MSF prend en charge 20% à 30% des cas de THA avec l'éflornithine en première ligne pour le stade 2 de la maladie (atteinte neurologique) dans tous ses programmes. Depuis la mise au point d'un nouveau kit, en 2005, l'espoir de voir une augmentation du nombre de cas traités avec ce protocole en Afrique paraît réaliste. Sur le plan de la recherche et de l'innovation, MSF a eu une contribution essentielle en documentant de façon précise et systématique ses expériences, ainsi qu'en publiant et en présentant ses résultats à l'occasion de forums internationaux. En somme, MSF possède pour cette maladie une expertise et une responsabilité quasi institutionnelles qui la placent parmi les référents mondiaux en matière de prise en charge thérapeutique.

7. Paludisme : les résistances traitées par une médiation Sud-Sud

Suna Balkan, médecin, et Jean-François Corty, médecin

Les mesures préconisées aujourd'hui afin de diminuer la morbidité et la mortalité dues au paludisme reposent sur l'utilisation d'insecticides pour la pulvérisation de l'intérieur des habitations et l'imprégnation des moustiquaires, la prophylaxie intermittente chez les femmes enceintes, la confirmation biologique du diagnostic et le traitement par une combinaison à base d'un dérivé de l'artémisinine (ACT).

Cependant, au cours des années 1990, pour prendre la décision de changer de protocoles face à la montée des résistances sur le continent africain, il était indispensable d'établir, par des travaux scientifiques conformes aux normes internationales, la supériorité des combinaisons incluant un dérivé de l'artémisinine sur les autres médicaments. Il était aussi nécessaire de définir un modèle économique qui permette aux pays africains de s'approvisionner.

L'introduction dans la pratique MSF des tests diagnostiques rapides et des combinaisons thérapeutiques comprenant un dérivé de l'artémisinine (ACT) ainsi que le plaidoyer pour qu'ils deviennent accessibles dans le secteur public des pays africains ont ouvert la voie à la possibilité d'un diagnostic juste et d'un traitement efficace. Les circonstances humanitaires (réfugiés de guerre, épidémies négligées), les logiques et les cheminements d'un travail de médiation (le passage de l'Asie à l'Afrique, de la science chinoise aux normes internationales, d'un modèle économique à l'autre...) rappellent que les progrès médicaux n'ont pas pour origine unique les laboratoires de recherche les plus sophistiqués mais naissent parfois de la porosité des frontières et de rencontres improbables entre réfugiés, chercheurs et cliniciens.

8. Sida : nouvelle pandémie, nouvelles pratiques médicales et politiques

Jean-Hervé Bradol, médecin, et Elizabeth Szumilin, médecin

La disponibilité d'antirétroviraux sur le marché n'entraîne ni la délivrance automatique d'une autorisation de prescription par les autorités de tutelle, ni le soutien spontané des équipes soignantes. Pour faire la demande officielle, pour convaincre les équipes, il faut être capable d'incorporer les nouveaux produits dans un protocole de soins réaliste au regard des circonstances de vie des patients et de l'exercice professionnel des soignants. Comment simplifier sans perdre l'efficacité ? C'est à cette tâche que s'est attelé le personnel des départements médicaux MSF.

En 2008, 140 000 personnes dont 10 000 enfants reçoivent gratuitement des antirétroviraux génériques dans des projets soutenus par Médecins Sans Frontières. Après un nombre restreint d'examens biologiques, les traitements sont prescrits, sous la forme de combinaisons à doses fixes dans un même comprimé, par des médecins non spécialistes ou des infirmiers. En l'absence de complications, ils sont parfois renouvelés par de simples techniciens sanitaires.

États, organisations internationales, entreprises pharmaceutiques, associations ont été entraînés dans une dynamique politique, nationale et internationale, qui a exposé leurs contradictions, les a contraints à s'expliquer publiquement et les a conduits à prendre des décisions qui, peu de temps auparavant, étaient jugées contraires à leurs intentions et à leurs intérêts. Le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est passé de 300 000 (2002) à 3 millions (2007).

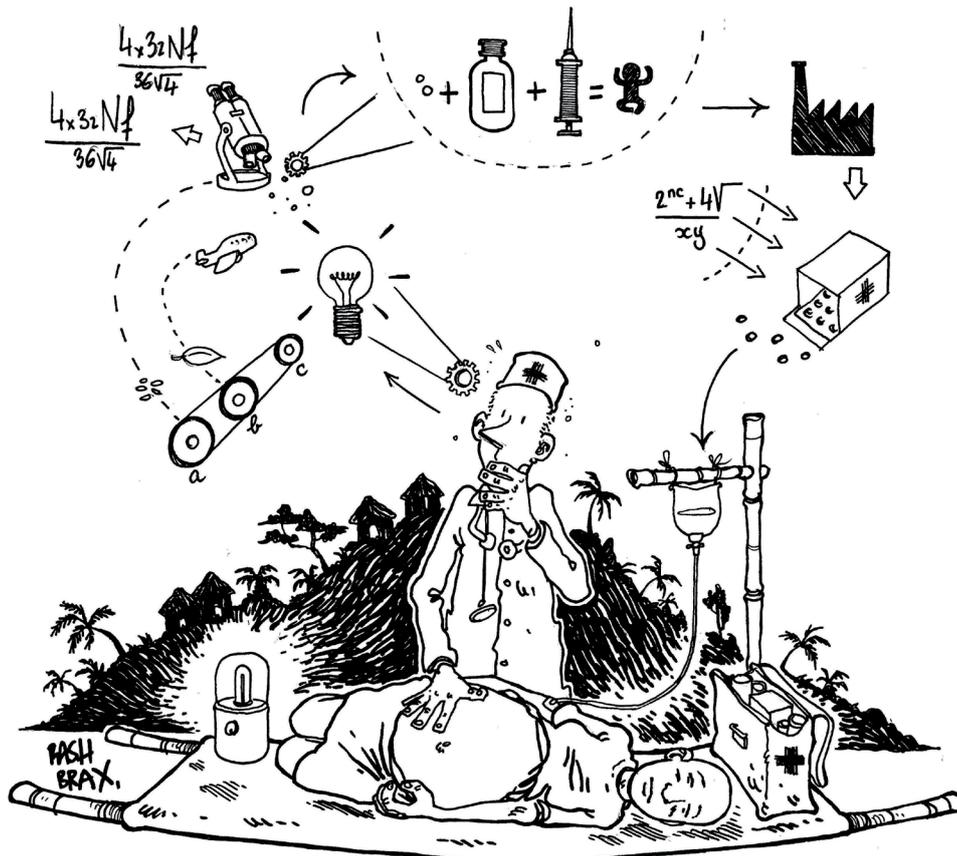
9. Contributions de Médecins Sans Frontières aux transformations de la médecine transnationale

Nicolas Dodier, sociologue

L'apparition d'une médecine humanitaire, promue par des organisations non gouvernementales, a joué un rôle certain dans les changements récents de la médecine transnationale. Ces ONG (et MSF particulièrement) ont exercé un important travail critique destiné à faire évoluer cette médecine.

Comment et jusqu'à quel point une organisation se réclamant de la médecine humanitaire a-t-elle concrétisé une volonté de changement au sein de la médecine transnationale ? En quoi cette organisation s'est-elle, simultanément, transformée elle-même ? Partant d'exemples d'innovations médicales réalisées par MSF, les études rassemblées dans cet ouvrage permettent d'envisager les apports de l'Association aux évolutions de la médecine transnationale.

L'Association a impulsé, par la pratique de ses investissements sur différentes pathologies, un style de recherche « humanitaire » assez bien défini. Ce style est ancré dans la médecine des preuves, tout en établissant à son égard une distance critique, qui se manifeste notamment dans la manière de conduire l'évaluation des nouveaux traitements. MSF se prévaut également d'un rapport à la diplomatie qui lui est spécifique, et de positions résolues sur la capacité des pays du Sud à intégrer les innovations biomédicales. Ce style s'est affirmé dans les relations de l'Association avec les agences internationales (et en premier lieu l'OMS), les autorités locales, et les firmes pharmaceutiques.



Innovations ?

Jean-Hervé Bradol, médecin, et Marc Le Pape, sociologue

« L'usage du terme innovation a troublé nos premiers interlocuteurs à MSF. Quand nous leur parlions d'innovation, ils pensaient invention, sur le modèle de la découverte d'une molécule ou d'un test diagnostique ; en ce sens, ils doutaient que l'on puisse attribuer des innovations à MSF. De fait, il existe une perception courante de l'activité médicale humanitaire comme une médecine caritative qui récupère des outils anciens (vaccins, diagnostics, médicaments) développés dans des pays riches, outils dont l'usage est sur le point d'être abandonné au profit d'une nouvelle génération de produits médicaux. La médecine humanitaire est assimilée à une activité de récupérateurs de biens usagés intelligemment remis en circulation dans des contextes marqués par la précarité. Soit une pratique médicale à laquelle il serait prétentieux de reconnaître un rôle dans des processus d'innovation dont certains sont également pertinents pour des pays riches en ressources.

Si les contextes où se déploie l'action médicale humanitaire conduisent souvent à simplifier les protocoles de soins, pour autant cela ne signifie pas recourir à des pratiques rudimentaires. Soit l'usage d'un test rapide pour le diagnostic de l'accès simple de paludisme, plutôt que d'un microscope. Les tests rapides conduisent à la confirmation ou à l'infirmité biologique, en quelques minutes, sans passage au laboratoire, par le dépôt d'une goutte de sang sur un petit dispositif. La lecture du résultat, à l'œil nu, est possible pour tout un chacun. Ce test rapide bénéficie des acquis récents de l'immunologie, c'est un outil scientifique à la fois plus sophistiqué et plus simple à mettre en œuvre que le microscope. L'innovation a consisté à en systématiser l'usage dans les équipes MSF. Nous sommes passés d'une pratique où, faute d'un test simple réellement utilisable en situation précaire, alliant grand nombre de patients et déficit de personnel de laboratoire qualifié, l'accès de paludisme était traité sans confirmation biologique, c'est-à-dire à l'aveugle et donc à tort dans des proportions qui variaient suivant les endroits, les profils épidémiologiques, mais pouvaient atteindre deux cas sur trois. Soit également l'usage des combinaisons à dose fixe adopté par MSF pour les cas du sida ou du paludisme : ne pas avoir à prendre un trop grand nombre de comprimés dans la journée fait partie du dispositif qui favorise la réussite du traitement en contribuant à l'observance par les patients. La réunion de plusieurs principes actifs en un seul comprimé n'est pas un simple bricolage mais requiert un travail scientifique formel de recherche et de développement qui débouche sur une plus grande efficacité thérapeutique. Ce sont là deux exemples attestant que la médecine des populations en situation précaire pratiquée par MSF n'est pas une pauvre médecine, elle utilise des technologies récentes, des objets médicaux (un matériel médical et chirurgical) conformes aux standards préconisés dans les pays de haute technologie scientifique.

On l'aura compris, selon notre hypothèse de départ, MSF a bien pris part à des processus d'innovation et continue de le faire. Encore faut-il confirmer ce point de vue en évitant l'illusion rétrospective. Nous reconnaissons un tel risque et ce d'autant plus que les rédacteurs de ce livre sont impliqués dans les activités de l'Association, pour certains de longue date. Leur position n'est clairement pas celle d'observateurs transformant en terrain d'études une organisation où ils interviendraient tels des consultants ou des chercheurs. En outre, cette enquête a principalement pris appui sur des sources internes, documents et entretiens avec des acteurs MSF qui participaient aux programmes médicaux sur lesquels portent les analyses. Les ébauches de chaque article ont été communiquées, pour revue critique, à un groupe de lecteurs composé des auteurs des autres textes

du livre et de collègues exerçant différents métiers (logisticien, pharmacien, médecin, infirmier, sociologue, historien, épidémiologiste, politologue) au sein de l'Association.

L'approche adoptée concorde avec une attitude de réflexivité critique par laquelle MSF tente de capitaliser les traits saillants de l'expérience et de renouveler les propositions d'action. Depuis le milieu des années 1980, une partie de ce travail de réflexion porte sur les objets médicaux.

Le résultat normalement attendu de cette démarche réflexive est d'améliorer les pratiques médicales, de les faire évoluer, en tirant les leçons de l'expérience. Il s'agit aussi de se protéger contre la pente naturelle d'une part de l'oubli des expériences réalisées et d'autre part de leur restitution sous la forme d'une auto-histoire euphorisante, héroïque, idéalisée. De ce point de vue, l'exercice de réflexivité n'a pas pour but de mettre en valeur les actions positives, c'est plutôt l'inverse qui est recherché. Nous reconnaissons que cette démarche ne va pas de soi, qu'il y a des difficultés à s'y tenir. Parfois, nous n'échappons pas au penchant de mettre l'accent sur les seuls résultats positifs des interventions, même si le risque en a été reconnu, identifié : l'histoire institutionnelle glorifiante biaise la perception du travail humanitaire. Nous ne le dirons jamais assez, le renouvellement des pratiques médicales concernant les cinq maladies retenues dans cet ouvrage est le produit d'un travail collectif impliquant de nombreux acteurs et institutions. Or, au sein de cet ensemble, la participation des praticiens, chercheurs et institutions sanitaires des pays affectés est systématiquement sous-estimée. Par exemple, qui a conscience que le Niger, présenté comme le pays le plus pauvre du monde, a mis au point le standard international pour le traitement des cas de méningite lors des épidémies, et cela par deux fois (1991, 2005) ? »

Table des matières

Innovations?	11	7. Paludisme : les résistances traitées par une médiation Sud-Sud	135
<i>Jean-Hervé Bradol et Marc Le Pape</i>		<i>Suna Balkan et Jean-François Corty</i>	
1. Les « satellites » de MSF. Une stratégie à l'origine de pratiques médicales différentes	27	8. Sida : nouvelle pandémie, nouvelles pratiques médicales et politiques	155
<i>Claudine Vidal et Jacques Pinel</i>		<i>Jean-Hervé Bradol et Elisabeth Szumilin</i>	
2. Mesurer, analyser, publier et innover	41	9. Contributions de Médecins Sans Frontières aux transformations de la médecine transnationale	173
<i>Emmanuel Baron</i>		<i>Nicolas Dodier</i>	
3. Politique des controverses	57		
<i>Marc Le Pape et Isabelle Defourny</i>			
4. Choléra : dépister et traiter hors des murs de l'hôpital	79		
<i>Jean-François Corty</i>			
5. Méningite : du praticien au prescripteur	95		
<i>Eugénie d'Alessandro</i>			
6. Trypanosomiase humaine africaine : en finir avec l'arsenic	115		
<i>Jean-François Corty</i>			

***Innovations médicales en
situations humanitaires
Le travail de Médecins Sans Frontières***

Sous la direction de Jean-Hervé BRADOL
et Claudine VIDAL
Editions L'Harmattan
196 pages / Novembre 2009
Prix (Europe) : 19 euros