



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

41 | 2015

Les mobilisations horizontales peuvent-elles s'étendre à l'humanitaire ?

Comment l'évolution des conflits implique de compter avec les maladies chroniques non transmissibles

Ran van der Wal



Édition électronique

URL : <http://humanitaire.revues.org/3234>

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 15 novembre 2015

Pagination : 88-95

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Ran van der Wal, « Comment l'évolution des conflits implique de compter avec les maladies chroniques non transmissibles », *Humanitaire* [En ligne], 41 | 2015, mis en ligne le 01 novembre 2015, consulté le 04 octobre 2016. URL : <http://humanitaire.revues.org/3234>

Ce document est un fac-similé de l'édition imprimée.

© Tous droits réservés

Tribune

Comment l'évolution des conflits implique de compter avec les maladies chroniques non transmissibles

Øar Ran van der Wal

Alors même que la crise humanitaire au Moyen-Orient est l'une des plus dévastatrices de notre ère, d'après Antonio Guterres, Haut-Commissaire des Nations unies pour les Réfugiés (HCR), l'aide humanitaire atteint ses limites¹. Cet article traite de l'une d'entre elles : les défis posés par l'approche des maladies chroniques non transmissibles (MNT)² dans le cadre des interventions humanitaires. En premier lieu, sont décrits le développement des interventions humanitaires de santé, la nature et les contextes changeants des urgences. En second lieu, sont abordés le contexte et les conséquences spécifiques de la crise syrienne. En conclusion, cet article mentionne certaines des nouvelles voies à explorer, comme le suggèrent des experts. Bien que les interventions humanitaires concernent aussi bien des catastrophes naturelles que celles causées par l'homme, le présent article se concentre sur ces dernières.

1. Guterres A., *Think the aid system can cope? It can't*, 2015 [18 Jan 2015]. Disponible auprès de : <https://agenda.weforum.org>

2. Les maladies chroniques non transmissibles sont non infectieuses ; elles progressent généralement lentement et affectent la santé à long terme. Les 4 types courants de MNT sont les troubles cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies pulmonaires chroniques. Ces maladies ont des facteurs de risque communs (tabagisme, consommation nocive d'alcool, mauvaise alimentation et sédentarité) et leur prévention serait possible par la réduction des facteurs de risque. L'OMS rapporte que les MNT représentent 63 % de tous les décès annuels à travers le monde, dont 80 % dans les pays à revenu bas et intermédiaire. OMS, *Rapport sur la situation mondiale des maladies chroniques non transmissibles 2010*, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

Des contextes humanitaires changeants

Ces dernières décennies, de profonds changements ont été observés dans les contextes humanitaires. Au cours des années 1970 et 1980, la forme d'aide humanitaire prédominante consistait à mettre à disposition des services dans des camps surpeuplés de réfugiés, dans des pays à faible revenu. Les réfugiés, des populations déplacées hors de leur pays de nationalité par crainte de persécutions, étaient relativement jeunes, et la mortalité était principalement due aux épidémies, aux exacerbations de maladies infectieuses endémiques et à la malnutrition. Les interventions de santé efficaces privilégiaient les soins de santé primaire simples (vaccinations, traitements antibiotiques et suppléments alimentaires) ; relativement peu coûteuses, elles étaient fournies comme des services parallèles aux systèmes nationaux de santé des pays d'accueil. Des taux seuils pour indiquer les différentes phases d'urgence et d'épidémies, ainsi que des directives cliniques et nutritionnelles ont été développés ; leur aboutissement a été la définition de modèles de bonnes pratiques consignés dans le manuel *Sphere* (1997), qui établit les normes minimum pour les interventions humanitaires³.

3. Spiegel PB, Checchi F, Colombo S, Paik E., "Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks", *The Lancet*, 2010, 375(9711):341-5.

Cependant, le conflit en ex-Yougoslavie dans les années 1990 a touché des pays développés à revenu moyen, avec des taux de mortalité de référence bien inférieurs, de meilleures conditions environnementales et des populations en relativement bonne santé. Dans ce « modèle de pays développé », les gens fuyant devant le conflit étaient moins démunis et mieux informés sur la santé et l'hygiène⁴. Contrairement aux normes basées sur des modèles de pays en voie de développement, où un taux de mortalité brut (TMB) de 1/10 000 par jour indique une urgence aiguë et où les enfants de moins de 5 ans sont particulièrement affectés, la guerre dans les Balkans a montré que les réfugiés du Kosovo, de Macédoine et d'Albanie n'ont jamais connu de TMB aussi élevé et que les enfants souffraient rarement de malnutrition. En revanche, la mortalité était la plus élevée chez les adultes, qui mourraient de blessures liées à la guerre (64 %) et de maladies chroniques (20 %), la deuxième cause principale de décès pendant le conflit du Kosovo. On a donc proposé de multiplier par deux le taux de mortalité pré-conflituel de référence, pour en faire un indicateur plus adéquat de l'acuité des urgences dans les pays développés⁵.

Les conflits ultérieurs, au Moyen-Orient, confirment que le modèle humanitaire traditionnel d'intervention basé sur les pays en voie de développement est inadéquat pour les pays à revenu moyen et intermédiaire. Dans le monde arabe entre 1990 et 2010, la combinaison de l'accroissement global du revenu et de l'espérance de vie avec des niveaux élevés de consommation de tabac, d'inactivité physique et de régimes alimentaires malsains, a mené à un changement dans la charge de morbidité – précédemment liée aux maladies contagieuses et à la reproduction, avec désormais des décès provoqués par des MNT. Les taux de consommation de tabac en Syrie, en Jordanie et au Liban se situaient entre 40 et 50 %, et le taux d'obésité avoisinait 25 % chez les hommes et 30 à 40 % chez les femmes⁶. Une étude rétrospective a fait apparaître que plus de 50 % des réfugiés irakiens qui se sont réinstallés aux USA entre 2007 et 2010 étaient obèses, avec une forte prévalence de MNT : 51,1 % d'entre eux souffraient d'au moins une MNT et 9,5 % de trois ou plus⁷.

Ce ne sont pas seulement la démographie et les charges de morbidité qui ont changé, mais les conflits eux-mêmes, qui sont de plus en plus complexes et prolongés, avec des populations déplacées dispersées dans des secteurs urbains et dans toute la région, au lieu d'être rassemblées dans des camps de manière ordonnée et contrôlée.

4. Burkle FM, "Complex humanitarian emergencies: A review of epidemiological and response models", *Journal of postgraduate medicine*, 2006;52(2):110.

5. Spiegel PB, Salama P, "Emergencies in developed countries: are aid organisations ready to adapt?", *The Lancet*, 2001;357(9257):714.

6. Rahim HFA, Sibai A, Khader Y, Hwalla N, Fadhil I, Alsiyabi H, et al., "Non-communicable diseases in the Arab world", *The Lancet*, 2014;383(9914):356-67.

7. Yun K, Hebrank K, Graber LK, Sullivan M-C, Chen I, Gupta J, "High prevalence of chronic non-communicable conditions among adult refugees: implications for practice and policy", *Journal of community health*, 2012 ; 37 (5) : 1110-8.

Contexte et conséquences du conflit syrien

Le conflit syrien illustre clairement les limites de l'intervention humanitaire. On compte deux fois plus de personnes déplacées à l'intérieur du pays (PDI) en Syrie (7,6 millions) qu'il n'y a de réfugiés syriens (3,8 millions), ces derniers étant dispersés à travers plusieurs pays (notamment la Turquie : 1,6 million ; le Liban : 1,2 million ; et la Jordanie : 622 000)⁸. La plupart des personnes réfugiées vivent dissimulées dans les populations d'accueil, souvent illégalement, dans des secteurs urbains pauvres, ce qui les rend difficiles à reconnaître et à atteindre pour les organisations humanitaires.

8. USAID, *Syria-complex emergency*, fact sheet 4, 2015 [cited 2015 April 2015]. Disponible auprès de : <http://www.usaid.gov>

9. Taleb ZB, Bahelah R, Fouad FM, Coutts A, Wilcox M, Maziak W., "Syria: health in a country undergoing tragic transition", *International journal of public health*, 2015;60(1):63-72.

Des auteurs⁹ décrivent le changement des besoins en soins de santé des Syriens en raison du conflit. La Syrie, un pays à revenu intermédiaire comptant environ 22 millions d'habitants en transition épidémiologique, souffre d'une double charge de morbidité. En 2012, autour de 20 % des enfants syriens étaient atteints de surpoids et d'obésité, alors que dans le même temps, 40 % en moyenne des enfants de moins de cinq ans étaient anémiés et 10 à 30 % sous-alimentés. Deux Syriens sur cinq étaient hypertendus ou obèses, et entre 1996 et 2006, le taux de mortalité global dû aux cardiopathies coronariennes a augmenté de 64 %. Ces conditions préexistantes ont contribué à la vulnérabilité de la population lorsque le conflit interne a éclaté en mars 2011, augmentant le niveau de stress et réduisant la nutrition adéquate, l'activité physique et le bien-être psychologique.

Les interruptions de traitement et d'autres conséquences du conflit interne ont aggravé le fardeau de MNT supporté par les Syriens. La destruction des équipements de santé (60 % des hôpitaux et 38 % des équipements de soins de santé primaires) et des ambulances (78 %), et le manque de routes et de transports sûrs ont fait de l'accès à la santé un sérieux enjeu. La majeure partie du personnel de santé a fui le pays, très peu de médecins notamment étant restés sur place. Le personnel et les patients étant systématiquement pris pour cibles, car les forces gouvernementales suspectaient les patients d'être des rebelles et le personnel médical d'être leurs complices, les patients avaient peur de se faire soigner ; ou bien, dans les territoires tenus par les rebelles, les civils avaient du mal à se faire soigner, parce que les combattants étaient prioritaires. L'accessibilité a été encore réduite par des pénuries sévères de médicaments, après la fermeture de nombreuses installations

pharmaceutiques qui assuraient précédemment 90 % de la production de médicaments en Syrie, en raison de l'insécurité, du coût élevé du carburant et du manque de matières premières. Par conséquent, vers la fin de 2012, on estime qu'environ 70 000 patients cancéreux et 5 000 dialysés en Syrie ne recevaient pas le traitement requis, et que quelque 300 000 Syriens sont morts de MNT depuis le début du conflit. Par ailleurs, les maladies infectieuses et la poliomyélite sont réapparues¹⁰.

10. Cousins S., "Syrian crisis: health experts say more can be done", *The Lancet*, 2015;385(9972):931-4.

Les pays voisins, proches de la faillite en raison de l'arrivée en masse de réfugiés syriens, ont fait appel à l'aide de la communauté internationale. En 2013, le ministre de la Santé de Jordanie a rapporté que des services de santé préventifs et curatifs représentant 53 millions USD ont été fournis par la Jordanie aux réfugiés entre janvier et avril 2013, alors que la communauté internationale n'y a apporté qu'une contribution de 5 millions USD¹¹. Les frais de santé sont une combinaison du nombre de réfugiés et de la charge de morbidité qu'ils apportent avec eux : sachant que 134 Syriens ont été traités contre le cancer en Jordanie en 2011, on s'attendait à ce que leur nombre augmente au-delà de 600 en 2013. Il n'est donc pas étonnant que la Jordanie ait abrogé la gratuité des soins de santé aux réfugiés vers la fin de 2014, les obligeant à payer des honoraires minimales semblables à ce que paient les Jordaniens non assurés. Au Liban, où les réfugiés syriens représentent plus de 25 % de la population, le secteur de la santé est privatisé. Les traitements médicaux, notamment pour les maladies chroniques, sont tout simplement inabordable pour la plupart des réfugiés. C'est pourquoi beaucoup choisissent de rentrer en Syrie pour se faire soigner, malgré l'insécurité qui y règne et l'incertitude de pouvoir revenir dans leur pays refuge.

11. Murshidi MM, Hijawi MQB, Jeriesat S, Eltom A., "Syrian refugees and Jordan's health sector", *The Lancet*, 2013;382(9888):206-7.

— Les défis de la réponse humanitaire

Cependant, les acteurs humanitaires s'évertuent à répondre à ces problèmes. Seuls quelques rares acteurs internationaux ont été autorisés à travailler en Syrie, principalement depuis Damas et par les canaux du Croissant-Rouge et des organisations locales désignées par le gouvernement syrien. Mais ils sont surchargés et cantonnés à des zones géographiques restreintes. Les territoires tenus par les rebelles reçoivent une aide transfrontalière officieuse, ce qui est dangereux et manque de transparence. Dans les pays voisins, la dispersion des réfugiés

rend très difficile l'accès par les acteurs humanitaires : il n'y a aucun camp de réfugié officiel au Liban, et seuls 30 % des réfugiés vivent dans des camps en Jordanie. Au lieu de mettre à disposition des gouvernements nationaux des services, les acteurs humanitaires doivent maintenant envisager de soutenir les systèmes nationaux de santé et de collaborer avec les gouvernements nationaux – ou d'être coordonnés par eux. Les activités de suivi et de collecte de données sont difficiles à réaliser, car les gouvernements nationaux ne collectent pas nécessairement de données sur les réfugiés, ce qui mène à un manque de données objectives sur lesquelles baser les interventions¹². Les structures de santé et le personnel médical des pays d'accueil sont sursollicités, et incapable de faire face à la charge de travail accrue, mais si les médecins réfugiés soignent les autres réfugiés, ils risquent d'être arrêtés et expulsés¹³.

12. Mowafi H., "Conflict, displacement and health in the Middle East", *Global public health*, 2011;6(5):472-87.

13. Arie S., "Syrian doctors risk arrest and deportation for treating fellow refugees in Lebanon and Jordan", *BMJ*, 2015 ; 350 : h1552.

— Une réflexion sans idées préconçues est nécessaire

La nature prolongée de la crise oblige à étendre la fourniture de services au-delà de l'aide et des soins d'urgence, et à inclure des soins secondaires et tertiaires, nécessaires pour une réponse efficace aux MNT. Cependant, cela requiert aussi des fonds d'une importance toute autre que des interventions humanitaires comparables dans des pays pauvres. Au-delà de la question de l'indisponibilité de ces fonds, l'injustice de la fourniture d'aide et de services dans les pays « riches » par rapport aux pays pauvres¹⁴ a soulevé des préoccupations d'ordre éthique. Cependant, quatre des sept principaux conflits armés (>1000 morts) en 2013, ont eu lieu dans des pays à revenu moyen ou intermédiaire (Syrie, Irak, Pakistan, et Nigeria), le conflit en Syrie étant¹⁵ le plus violent. Par ailleurs, la transition épidémiologique affecte aussi de plus en plus les pays à faible revenu, donc d'une manière ou d'une autre, et pour répondre efficacement aux besoins médicaux de leurs bénéficiaires, les acteurs humanitaires vont devoir s'attaquer aux MNT.

14. Crisp J, Janz J, Riera J, Samy S., "Surviving in the City: A Review of UNHCR's Operations for Iraqi Refugees in Urban Areas of Jordan, Lebanon and Syria", *Policy Development and Evaluation Service*, 2009.

15. Themnér L, Wallensteen P., "Armed conflicts, 1946-2013", *Journal of Peace Research*, 2014;51(4):541-54.

16. Spiegel P, Khalifa A, Mateen FJ., "Cancer in refugees in Jordan and Syria between 2009 and 2012: challenges and the way forward in humanitarian emergencies", *The Lancet oncology*, 2014;15(7):e290-e7.

Cela reste plus facile à dire qu'à faire. Des auteurs¹⁶ précisent que non seulement les fonds doivent être plus élevés, mais que le financement doit aussi être plus durable, du fait précisément de la nature chronique des MNT. Si les donateurs envisageaient un financement pluriannuel, au lieu du financement annuel habituel dans les urgences humanitaires, les acteurs médicaux

humanitaires pourraient plus efficacement planifier et gérer les besoins de santé à long terme des personnes souffrant de MNT. Ces auteurs suggèrent d'impliquer des acteurs et des fonds du secteur du développement, comme la Banque mondiale, pour renforcer la capacité du pays d'accueil à supporter le fardeau supplémentaire des réfugiés et à éviter les disparités entre les réfugiés et les populations d'accueil. Étant donné que la prévention et le dépistage précoce des MNT sont plus rentables que la gestion des étapes ultérieures de la maladie, il est préconisé d'inclure dans les soins de santé primaires le dépistage préventif, le diagnostic, la détection et le traitement actifs des MNT. La technologie mobile pourrait servir à informer les populations déplacées sur les endroits où s'adresser pour recevoir des soins de santé et à dispenser de l'éducation à la santé. En vue d'assurer la continuité des soins et améliorer la collecte de données, des dossiers médicaux informatisés supranationaux basés sur Internet, comme des registres régionaux des cancers, pourraient être développés.

Il ne s'agit là que de suggestions, et les preuves de bonnes pratiques devront être documentées. Une excellente coordination des acteurs et des activités sera cruciale, en particulier lorsqu'il s'agira d'approcher des partenaires inhabituels, tels que des acteurs du développement, et des efforts concertés et une bonne volonté politique sont essentiels. Mais il est évident qu'une réponse efficace aux MNT dans les crises humanitaires complexes d'aujourd'hui exige une perspective de santé publique à plus long terme et l'exploration de nouvelles voies.

Le monde change au rythme d'une urbanisation accrue, des populations vieillissantes, des charges de morbidité qui se modifient et des conflits mouvants. Pour répondre efficacement aux crises humanitaires, il convient de prendre en considération les profils démographiques et épidémiologiques, ce qui exige, comme l'ont montré les récents conflits du Moyen-Orient, une réflexion sans idées préconçues, en vue de développer un nouveau modèle de soins tenant compte de ces nouvelles réalités.

L'auteure

Ran van der Wal est titulaire d'un *Master in Law* et candidate à un *Master in Public Health*. Elle a travaillé pour des organisations humanitaires à partir de 2000 (Médecins Sans

Frontières 2000-2007 et Première Urgence-Aide Médicale International 2011-2012) au Sri Lanka, en Érythrée, au Nigeria, en République démocratique du Congo, au Tchad, au Soudan (Darfour) et en Thaïlande. Elle termine actuellement ses recherches pour son *Master in Public Health* à l'Université de Montréal au Canada.

L'auteure remercie **Karl Blanchet** et **Jiri Tucker** pour leur relecture attentive de l'article.