



Brèves du cahier 52

Publié le 14 mars 2025 par La rédaction



©

Grippe aviaire H5N1 : ce que l'on sait des cas humains observés aux États-Unis

Au 30 décembre 2024, 66 cas humains d'influenza aviaire hautement pathogène (IAHP) H5N1 ont été identifiés aux États-Unis, dont le tout premier cas sévère détecté le 18 décembre. Pour le moment, la quasi-totalité des cas est d'intensité modérée et seuls deux cas sévères sont à déplorer en Amérique du Nord, le second étant rapporté au Canada chez une jeune patiente de 13 ans. Aucun décès n'est survenu, fait rassurant comparé à la mortalité cumulative de 50 % entre 2003 et 2024 pour la souche détectée en 1997 à Hong Kong.

Aucune transmission interhumaine n'a été constatée. Grippe aviaire H5N1 : l'OMS mise sur le développement de vaccins à ARNm. Nouvelle encourageante, la mutation





enregistrée dans un cas sévère semble avoir un potentiel vaccinal : les gènes HA du virus sont similaires à ceux ciblés par les candidats vaccins A/Ezo red fox/Hokkaido/1/2022 et A/Astrakhan/3212/2020 à quelques acides aminés près. Cela permettrait une réponse rapide en cas d'épidémie humaine. L'OMS appelle à renforcer la surveillance de H5N1 chez les animaux et les humains.

Dépistage organisé du cancer du poumon : le programme pilote est enfin lancé

Les premiers participants, fumeurs ou anciens fumeurs, âgés de 50 à 74 ans, devraient être inclus dès la fin du premier semestre 2025 dans l'étude pilote de l'Institut national du cancer sur le dépistage du cancer du poumon. L'objectif est de définir les modalités optimales d'organisation en vue d'une généralisation à l'horizon 2030. C'est une étape attendue et essentielle au déploiement d'un dépistage organisé des cancers du poumon qui a été franchie. Ce projet prévu pour durer au moins trois ans dépistera 20 000 fumeurs ou anciens fumeurs (depuis moins de 15 ans), âgés de 50 à 74 ans, avec une consommation tabagique cumulée d'au moins 20 paquets-années. En France, avec plus de 30 000 décès chaque année, les cancers du poumon comptent parmi les « *plus meurtriers* », a rappelé le Pr Norbert Ifrah, président de l'Inca, lors d'une conférence de presse. La survie à 5 ans ne dépasse actuellement pas 20 %, car près des trois quarts des cas sont diagnostiqués à un stade avancé. La « *détection précoce* » des cas « *offre des chances réelles de guérison* », donnant au dépistage un « *intérêt majeur pour la santé publique* », insiste-t-il. Concrètement, un scanner thoracique faible dose, couplé à un parcours de sevrage tabagique, sera proposé à la population cible. L'examen est à effectuer deux fois à un an d'intervalle, puis tous les deux ans. L'Assurance-maladie prendra en charge à 100 % les scanners. Plusieurs modalités d'invitation au dépistage seront testées, avec une attention particulière aux populations les plus éloignées des soins. L'ambition est de définir les modalités les plus pertinentes en vue d'une généralisation. Le programme pilote doit permettre de définir les conditions optimales de mise en œuvre : durée, fréquence, nombre de clichés à réaliser, place de l'IA dans la lecture des images, recours à une faible dose ou à une très faible dose, répercussion sur l'offre de soins, etc. Pour anticiper l'afflux de patients, la Société française de radiologie forme depuis 2 ans des spécialistes à la réalisation du scanner et à sa lecture.



Les suicides en hausse chez les jeunes femmes et les hommes âgés

Un rapport de la Drees montre que les décès par suicide sont en hausse chez les plus de 85 ans, catégorie d'âge la plus touchée. Le taux de suicide chez les femmes de moins de 25 ans reste le plus faible mais augmente de 40 % entre 2020 et 2022. Les adolescentes de 15-19 ans sont quatre fois plus hospitalisées pour tentatives ou automutilation que les garçons du même âge. On note 9 200 décès par suicide en 2022, soit un taux brut de 13,4 décès pour 100 000 habitants dans le sixième rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS). Il est en augmentation de 0,4 point par rapport à 2021, en raison d'une hausse notable des suicides chez les hommes de plus de 85 ans et les femmes jeunes. Les plus de 85 ans sont particulièrement à risque de décès par suicide : 35,2 pour 100 000, trois fois plus qu'en population générale. Le taux de suicide des hommes de 85 à 94 ans a drastiquement augmenté entre 2021 et 2022, passant de 77 à 86 décès pour 100 000 habitants. Le risque des âgés est huit fois plus élevé que les femmes et 25 fois plus important que les hommes de moins de 25 ans. Les hommes décèdent davantage par suicide que les femmes, mais les hospitalisations pour gestes auto-infligés (GAI : dénomination rassemblant les tentatives de suicide [TS] et les automutilations non suicidaires) sont bien plus fréquentes pour ces dernières et en large hausse pour celles de moins de 25 ans. Pour 113 garçons de 15 à 19 ans sur 100 000 hospitalisés pour GAI en 2023, elles sont 516 adolescentes et jeunes femmes du même âge sur 100 000, un taux brut en augmentation de 46 % par rapport à 2017.

En 2022, d'après l'enquête Escapad, près d'un quart des adolescentes de 17 ans a déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année et environ 5 % disent avoir fait une TS les ayant menées à l'hôpital au cours de leur vie. La Drees relève aussi une influence du statut socio-économique sur le risque d'hospitalisation pour GAI. Chez les 20 % les plus pauvres, il est presque trois fois supérieur à celui des 20 % les plus aisés. Ici aussi les inégalités de genre persistent : les jeunes femmes pauvres sont hospitalisées sept à huit fois plus que les jeunes hommes aisés. Les jeunes « hors ménage » (sans abri, internat, foyers, résidences sociales), les adolescentes vivant avec un parent isolé et les jeunes mères seules sont bien plus hospitalisés que ceux cohabitant avec leurs parents.



L'ONS qualifie d'alarmante cette « hausse brutale et pérenne des hospitalisations pour GAI chez les jeunes filles, ainsi que les premiers indices d'une hausse des décès par suicide chez les jeunes femmes, d'un point de vue de santé publique ». L'instance pointe le manque d'explications empiriquement fondées qui permettraient de comprendre ce phénomène aux facteurs multidimensionnels et intriqués. Elle exhorte aussi à interroger la santé mentale des jeunes garçons en envisageant « l'existence de comportements auto-agressifs qui échapperaient aux indicateurs standards » et à porter une attention accrue à l'analyse des trajectoires. Et pendant ce temps-là on discute dans les médias d'aider les gens à se suicider...

L'IA vocale assiste les médecins

Aide au diagnostic, dispositifs médicaux intégrant la technologie... Les applications de l'intelligence artificielle se multiplient en santé. Un nouveau pas semble franchi avec le déploiement de solutions utilisant la voix pour assister le praticien dans sa consultation. Quelles sont ces technologies et comment fonctionnent-elles ? Le journal « Le Quotidien du médecin » s'est penché sur les offres des éditeurs et leur intégration par les médecins.

Depuis l'arrivée, au début des années 2010, de Siri (Apple), les assistants vocaux se sont fait une place dans le quotidien des Français. Au point d'intégrer les cabinets médicaux ? Pas tout à fait mais l'idée a fait son chemin chez les éditeurs de logiciels métiers qui bénéficient de l'essor des technologies d'intelligence artificielle.

Alexandre Lebrun, dirigeant et cofondateur de la société française Nabla, pionnière de la technologie, a créé son entreprise en 2018 avec l'ambition de mettre l'IA au service de la santé. Aujourd'hui, sa solution est utilisée dans une vingtaine de pays, les États-Unis et la France recensant plus de 80 % des volumes de consultations, indique le dirigeant, qui revendique plus de 10 millions de consultations traitées chaque année. Doctolib, qui commercialise sa solution depuis octobre 2024, « promet de transformer (le) quotidien » des soignants, avec notamment la « réduction de la charge mentale liée à la prise de notes exhaustives et la crainte de manquer des informations essentielles ». Ces assistants de consultation utilisent des technologies de reconnaissance vocale et de





traitement par intelligence artificielle. Ils captent via l'ordinateur (ou le téléphone) du médecin les échanges de la consultation, réalisent ensuite une retranscription puis une synthèse qui est fournie au praticien. Un document structuré est ensuite proposé pour alimenter le dossier patient. Pour tous, le système fonctionne avec une connexion internet. En effet, l'enregistrement et le premier traitement ne se font pas sur l'ordinateur du médecin. Mais rien n'est sauvegardé dans le cloud... Enfin, pas très longtemps... À partir de l'audio, un transcript est généré et est gardé par défaut 15 jours. C'est ce transcript qui est utilisé pour générer la note avec les informations structurées. » Pour les éditeurs de logiciels métiers, ces notes sont structurées et peuvent être intégrées directement dans le dossier patient. En fin de consultation la synthèse est proposée au médecin, qui peut l'éditer, la corriger... Les tarifs sont de l'ordre de 60 à 80 euros par mois. D'après l'ensemble des fournisseurs interrogés, pas besoin de consentement formalisé du patient car les données ne sont pas stockées en dehors de ce que sélectionne le médecin dans son dossier patient. Néanmoins, une information aux patients est conseillée par les éditeurs qui mettent à disposition des éléments de communication. Même si les avantages sont évidents, certains risques persistent, notamment en matière de protection de la vie privée, de coût et de formation.

Le Sahel est le centre du terrorisme mondial

La région du Sahel reste l'épicentre du "terrorisme" pour la deuxième année consécutive, avec plus de la moitié des décès dans le monde en 2024, selon le dernier Indice mondial du terrorisme publié mercredi. Sur 7 555 décès dus au "terrorisme" dans le monde en 2024, 3 885 ont été enregistrés au Sahel, soit 51% d'après l'Indice mondial du terrorisme élaboré par le groupe de réflexion Institute for Economics and Peace. L'indice classe chaque année 163 pays en fonction de l'impact du "terrorisme" et a comme indicateurs le nombre d'attaques, de morts, de blessés et d'otages. Selon l'étude, cinq des dix pays les plus touchés en 2024 se trouvent dans la région du Sahel. Le Burkina Faso, le Mali et le Niger continuent d'être parmi les plus touchés, de manière constante depuis 2017, selon l'indice. "Cela souligne un déplacement géographique de l'épicentre du terrorisme loin du Moyen-Orient vers le Sahel" ces deux dernières années, indique le rapport. Le Burkina Faso reste le pays le plus touché pour la deuxième année consécutive avec 1 532 morts en 2024 contre 1 935 en 2023. Le



Mali est passé de la troisième à la quatrième position avec 604 morts en 2024. Il est suivi du Niger qui a enregistré la plus forte hausse de décès au niveau mondial. "Le pays a connu un revirement au cours des deux dernières années, enregistrant une augmentation de 94% des décès dus au terrorisme, soit 930 morts en 2024", explique l'indice. L'indice mondial du terrorisme attribue à deux groupes djihadistes la plupart des attaques au Sahel : le Groupe de soutien à l'islam (GSIM ou JNIM selon son acronyme arabe) et l'Etat islamique au Sahel (EIS). D'autres organisations comme Acled, qui répertorie les victimes des conflits dans le monde, évoquent des bilans plus lourds pour les morts dus au jihadisme au Sahel. Le Mali, le Niger et le Burkina Faso sont dirigés par des juntes militaires au pouvoir après des putschs entre 2020 et 2023. Ils se sont retirés de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (Cedeao) pour se réunir au sein de la confédération de l'Alliance des Etats du Sahel (AES).

