

# **La santé et ses enjeux au 21<sup>ème</sup> siècle**

## **Avertissement**

Le réseau "santé" a été initié à la fin de l'année 2000 dans le cadre de la voie collégiale de l'Alliance pour un monde responsable, pluriel et solidaire : il s'agissait de réunir des professionnels de la santé et du social au niveau international pour un travail de réflexion et de proposition sur les enjeux de la santé au 21ème siècle.

Il est évident qu'en une année seulement, structurer un réseau réellement mondial et interculturel, capable en plus d'un travail collectif d'élaboration de propositions, relevait de la gageure. Le réseau "santé" a pourtant réussi à se développer parallèlement au niveau des pays hispanophones - travail coordonné par Juan Vielmas (Chili) qui a débouché sur l'organisation d'une rencontre internationale à Cuba en octobre 2001 - et au niveau francophone - travail coordonné par Didier Seyler, français travaillant en Côte-d'Ivoire.

Les résultats de ce travail sont donc présentés sous la forme de deux contributions successives, l'une rédigée originalement en espagnol, l'autre en français. La synthèse de ces contributions et leur enrichissement par l'apport d'autres régions du monde fera partie des tâches du réseau "santé" au cours des prochains mois.

## Sommaire

Introduction

Définition de la Santé

Crise du système d'experts et du modèle biomédical

Nouveau Modèle Sanitaire

Acteurs du Système

Financement et Fonds International Solidaire

## Introduction

La crise actuelle de l'humanité se manifeste tout particulièrement à travers le fait qu'une grande partie de ses membres souffre entre autres de la pauvreté, de l'iniquité, de la discrimination, de l'inégalité des chances, du retard technologique et de la difficulté d'accès à la santé. Les chiffres suivants nous permettent de le démontrer:

1.300.000.000 de personnes vivent dans la pauvreté absolue. Ils gagnent moins de un dollar par mois et représentent 25% de la population mondiale.

30% des personnes n'ont pas accès à l'eau potable.

1.000.000.000 de personnes souffrent d'anémie par manque de fer.

200.000.000 de personnes souffrent de la malnutrition.

2.000.000 d'enfants meurent chaque année suite à des maladies dont le vaccin est disponible.

7.500.000 d'enfants meurent durant le stade périnatal faute de soins appropriés.

La population féminine des pays sous-développés, qui représente 84% de la population féminine mondiale, a une chance sur 48 de mourir lors de l'accouchement. Dans les pays riches, cette proportion est de une femme sur quatre mille grossesses.

Ces statistiques brutales nous obligent à interroger les causes de cette réalité, d'autant plus que tous les pays du monde ont signé des déclarations qui les obligent à résoudre ces graves problèmes. D'autre part, la santé est un sujet qui concerne toutes les sociétés. Elle est une variable fondamentale du développement humain, ce pourquoi son analyse est incontournable et peut nous fournir des éléments qui nous aident à sortir de cette crise d'une manière plus globale.

C'est pour cela que certains représentants de l'Alliance ont manifesté la nécessité de prendre ce problème à bras-le-corps et de débattre des expériences, des idées, et par-dessus tout, des propositions concrètes. Cependant, nous sommes conscients du fait que la santé est un sujet extrêmement complexe dont l'analyse est infinie. Pour cette raison, un groupe de professionnels de la santé, membres de l'Alliance, ont dégagé des réflexions prioritaires autour de quelques-uns de ses éléments, tels que:

la définition de la santé, qui devrait aboutir à l'élaboration d'un cadre nous permettant de développer des actions et des propositions concrètes dans ce domaine.

le modèle ou système sanitaire prédominant, qui a clairement démontré ses insuffisances et qui exige d'être reformulé, et

le financement qui permettra de pallier les inégalités dans le domaine sanitaire.

## DÉFINITION DE LA SANTÉ

Il existe diverses définitions de la santé qui ont chacune tenté d'élaborer un concept global et applicable à chaque période historique. En 1948 l'Organisation Mondiale de la Santé

définit la santé comme un état de bien-être total, physique, mental et social. Si l'on se réfère à cette définition, personne ne peut se considérer sain vu qu'il s'agit d'une définition utopique, impraticable et extrêmement académique.

D'autres définitions existent comme celle de Milton Terris, qui met en lumière le fait que la santé n'est pas un absolu sinon un processus continu qui peut aller depuis la mort, qui serait en ce cas considérée comme l'état maximal de la maladie, jusqu'à l'état de santé le plus parfait. Ilich considère l'état de santé comme la capacité d'affronter la maladie.

Les questions qui se posent sont: peut-on envisager une définition unique de la santé mais plus opérationnelle et plus proche des gens ou devra-t-on définir des éléments généraux qui s'appliqueront à tel ou tel domaine?

¿ À quel point et jusqu'où doit-on prendre en compte les considérations culturelles?

L'ablation du clitoris effectuée pour des raisons traditionnelles chez les adolescentes de certains peuples est-elle acceptable au sein d'une définition de la santé?

Le groupe de professionnels de la santé de l'Alliance qui ont réfléchi au sein du Forum et lors des journées de la Havane, ont estimé à ce sujet qu'il est difficile d'établir par consensus une définition qui soit valable pour toutes les époques et pour toutes les sociétés. Une définition doit de même:

Contenir des éléments généraux et basiques, c'est à dire génériques.

Être applicable et adaptable à un niveau local.

Respecter les valeurs culturelles, à moins qu'elles n'aillent à l'encontre des droits de l'homme.

Les concepts qu'elle devrait inclure sont les suivants :

Le droit à la santé est un droit de l'homme fondamental et une composante essentielle du développement humain. À ce titre, il est indispensable au développement des potentiels de chacun.

L'état de santé est en partie subjectif puisqu'il définit le fait de se sentir bien à différents degrés, tant dans le moment présent que dans une perspective future, et en partie objectif car il reflète la capacité fonctionnelle qui lui permet d'affronter les défis de son environnement. Cette capacité fonctionnelle est changeante et dépend de la génétique ainsi que du vieillissement. La relation qui unit ces deux composantes, subjective et objective, est celle de l'interdépendance, au sein de laquelle les expectatives jouent un rôle important.

La santé est le produit de l'interaction entre différents facteurs, économiques, sociaux, politiques, biologiques, environnementaux, culturels et d'assistance sanitaire. Une société aura des résultats plus ou moins favorables quant à l'amélioration de sa qualité de vie selon l'action qu'elle exerce sur ces mêmes facteurs. Il y a peu, Wilkinson (1992) a démontré que la santé d'une population est étroitement liée aux différents niveaux de

revenus dont elle dispose, de sorte que si la richesse était concentrée dans un nombre de mains inférieur, on assisterait à une chute de l'état de santé dans les différentes couches sociales, ou tel que le dit Francis Bacon: "l'argent, c'est comme le fumier: son action est positive à condition qu'il soit bien réparti."

La santé a un caractère dynamique qui mêle les deux dimensions, individuelle et collective. Ces deux dernières sont interdépendantes. Certains facteurs trouvent directement leur origine dans les états et d'autres sont de nature individuelle, c'est à dire qu'ils correspondent aux personnes et à leurs décisions. Aussi bien les attentes que les modèles et les styles de vie d'une société influent sur les attentes et les décisions individuelles dans le domaine sanitaire. De même, la santé transcende l'individu et se réalise ou se matérialise au sein de son environnement familial, professionnel et culturel, prenant en compte le fait qu'il existe des sociétés saines et d'autres malades.

La santé améliore le potentiel des individus, leur permet d'envisager le futur et d'affronter les défis qui se présentent, s'adaptant aux nécessités de chaque situation, et ce afin d'atteindre une certaine harmonie avec soi-même et son environnement.

La santé met en jeu les domaines bio-psycho-sociaux et environnementaux. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire d'agir dans les secteurs de la promotion, de la prévention, de la rééducation et de la réhabilitation. Cela requiert le respect d'autres droits de l'homme fondamentaux tels que, entre autres: le droit à l'alimentation, au logement, la paix et la sécurité civile.

Les résultats en matière de santé sont fortement déterminés par les niveaux de développement des autres secteurs de la société, niveaux qui, à leur tour, sont dépassés si ces résultats s'améliorent. Les efforts effectués pour améliorer ces derniers se sont principalement concentrés sur les systèmes d'assistance sanitaire, du fait, probablement, de la croyance, que l'assistance sanitaire est le facteur déterminant de la santé. Cependant, bien qu'ils s'avèrent décisifs à niveau individuel, la jouissance ou l'absence des services de santé ne peut expliquer les différences dans les états de santé de tel ou tel groupe de population.

Comme il ressort de différentes études, la prospérité et la santé sont étroitement liées. Cela a été observé entre les groupes de revenus d'une même société ainsi qu'entre des sociétés différentes. L'accroissement de la prospérité constitue un indicateur de succès pour ce qui est de la manière dont l'environnement a été appréhendé dans le passé, et forme aux défis du futur.

Caldwell (1986) démontre que, au sein de cette forte corrélation et interaction entre santé et richesse, certaines sociétés prennent des mesures sanitaires qui dépassent largement ce que leur permettent leurs niveaux de revenu. Il nous fait aussi remarquer l'existence de caractéristiques sociales concrètes telles que le haut niveau culturel des mères.

D'autres études, menées dans divers pays au cours des années, ont démontré la corrélation entre l'espérance de vie et diverses caractéristiques liées au statut social: le revenu, l'éducation, l'activité professionnelle, le lieu de résidence (Wilkinson, 1992).

## CRISE DU SYSTÈME D'EXPERTS ET DU MODÈLE BIOMÉDICAL

En Occident, la santé est hautement médicalisée et se caractérise par la plus extrême des spécialisations, ce qui entraîne la perte d'un regard général sur l'être humain. Ce modèle plonge ses racines dans une pensée scientifique influencée par le cartésianisme et le positivisme, et qui a pour conséquence la fragmentation de la connaissance.

Cela explique un autre trait important de ce modèle, qui est sa tendance à l'usage indistinct de la technologie au sein des pratiques sanitaires, et ce dans une mesure bien plus large que celui des composantes humaines et relationnelles.

Les systèmes de santé ont été structurés à partir de l'offre des services sanitaires tels qu'ils sont définis par des experts, et tels qu'ils se basent sur les progrès scientifiques et biomédicaux, mais non pas sur les demandes sincères exprimées par la population et les conditions bio-psycho-sociales, ce qui reflète dans de nombreux cas un manque de légitimité des politiques sanitaires.

Le modèle s'est principalement centré sur le processus de guérison au détriment de la promotion et de la prévention sanitaire, et, sur le domaine hospitalier au détriment de la médecine générale, plus proche des gens.

De par son caractère bio-médical, il a étouffé l'expression d'autres systèmes de santé plus traditionnels.

Le modèle n'a pu s'adapter au contexte actuel. Il fut utile pour résoudre des problèmes de santé à des époques données, mais il est incapable de faire face aux actuels bouleversements démographiques et épidémiques.

Le modèle présente:

Des failles dans son organisation

Une faillite dans la formation de ses ressources humaines

Des limitations dans la participation des personnes

Une augmentation des coûts

L'insatisfaction de la population

Le manque de participation empêche la formation d'un contrepoids à ce modèle, fait qui entraîne une faible adhésion de la part de la population et qui va donc à l'encontre de la représentativité et de la gouvernance du système.

## NOUVEAU MODÈLE SANITAIRE

Afin de pallier à la faillite du modèle bio-médical, décrite précédemment, on a besoin d'un nouveau modèle de relations sanitaires plus humain, centré sur le patient, basé sur les valeurs suivantes:

Respect de la dignité des personnes

Respect de la diversité (culturelle, ethnique, sexuelle, etc.)

Solidarité

Responsabilité (de tous les acteurs du système)

Exercice de la citoyenneté (droits et devoirs)

Équité (dépassement des inégalités)

Participation

Ce modèle doit être structuré de manière à ce que les ressources disponibles soient administrées prioritairement dans le sens d'une plus grande efficacité et équité, et ce afin de résoudre les problèmes de la population. L'approche doit être sociale, avec une forte composante éducative, participative, multisectorielle et doit intégrer les caractéristiques suivantes :

Universalité

Intégrité

Continuité

Accessibilité : géographique, économique, culturelle et sociale

Aptitude à trouver des solutions. Effectivité. Efficacité

Valorisation des différentes pratiques sanitaires.

Faculté d'adaptation à la diversité culturelle.

Promotionnel et préventif.

Priorité à la Médecine Générale en tant qu'acteur de grande importance, aussi bien dans les ressources qu'en tant que régulatrice du processus et comme porte d'entrée.

Financement et contrôle public et centralisé.

Provision de fonds et prêts publics, privés ou mixtes.

Gestion décentralisée.

La participation doit être garantie de par son intégration dans les instances de prise de décision.

La provision de fonds et l'activité de prêt doivent considérer la personne comme un tout, en opposition à la spécialisation à outrance.

Le modèle doit intégrer tous les moyens techniques et les expériences socialement reconnues afin de prévenir et guérir les maladies, donnant au patient une certaine marge de liberté qui lui permette d'opter pour ce qui lui convient le mieux, sauf si cela met en danger la vie ou l'intégrité physique des personnes.

Le modèle doit établir les conditions nécessaires qui permettent aux patients d'émettre un choix libre et conscient au sujet de tout procédé auquel ils sont soumis.

Dans la prise de décision, la réalisation du bien commun doit primer sur les intérêts légitimes des corporations, qui doivent s'adapter à ceux des patients.

## ACTEURS DU SYSTÈME

Pour passer du modèle actuel à un autre qui intègre les caractéristiques énoncées, il faut que tous les acteurs assument leurs rôles et agissent conjointement, ce qui leur permettra de progresser sur cette voie. Les acteurs principaux sont:

Le gouvernement

Les usagers

Les financiers

Les fournisseurs

Il existe d'autres acteurs qui interviennent et influent sur le modèle à travers les acteurs principaux. Ce sont:

- L'industrie pharmaceutique et la recherche
- La classe politique
- Les universités
- Les organismes internationaux
- Les médias
- Les ONG
- Les corporations
- Divers

Le gouvernement doit réguler toute une série d'activités et de normes sanitaires, et ce afin de garantir le caractère participatif du système.

Il doit garantir la participation des fournisseurs, respecter leur dignité et leurs conditions de travail.

Pour que la participation des usagers et des travailleurs soit effective, elle doit avoir lieu au niveau de la prise de décisions pour ce qui est de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des politiques sanitaires.

Cela pourrait se faire à travers des directions corporatives de services ou d'établissements, selon la structure du système sanitaire considéré, mais en s'intéressant toujours aux processus collectifs de direction, qui intègrent professionnels et usagers.

L'affectation des ressources devra évidemment considérer l'opinion de ces instances de participation.

Il faut éviter le conflit entre les acteurs, en recherchant des alliances qui évitent les attitudes corporatistes. Ces dernières sont plus au service de leurs intérêts particuliers qu'à celui du bien commun et se coupent de l'essence des valeurs du modèle.

Le gouvernement doit prendre en compte dans ses actions, programmes et politiques générales, les considérations qui tendent à favoriser la santé de la population. Les politiques du logement, de l'environnement, de la culture, de l'éducation, etc. doivent promouvoir la santé.

Pour leur part, les usagers doivent remplir leur rôle d'acteurs principaux du processus, en exigeant leur propre participation à la définition et à l'évaluation de ce dernier ainsi que la qualité des services offerts, aussi bien au niveau local qu'au niveau du pouvoir politique, faisant pression sur ses représentants pour que les valeurs et les caractéristiques du nouveau modèle soit respectées.

Les usagers devraient conclure des alliances avec les acteurs principaux et secondaires afin de sauvegarder leurs intérêts.

Les usagers doivent aussi assumer leur responsabilité qui consiste à prendre soin d'eux-mêmes et à adopter un style de vie sain.

FINANCEMENT ET FONDS INTERNATIONAL SOLIDAIRE

Le financement de la santé doit répondre en premier lieu aux valeurs défendues par le modèle sanitaire, et en particulier à l'équité et à la solidarité. La provenance des fonds servant au financement peut être multiple: imposition directe, générale, des personnes, des employeurs, etc. ... La meilleure solution est l'existence d'un fonds unique. Le contrôle de l'usage des fonds doit être nécessairement centralisé, afin de garantir l'équité et la solidarité. Il est nécessaire de constituer un Fonds International de la Santé (FSI) qui contribue à améliorer l'état de santé des populations les plus démunies. Les ressources qui alimentent ces fonds peuvent provenir d'origines différentes et leur objectif principal serait d'initier le développement sanitaire des régions les plus défavorisées du monde.

Ce fonds doit être destiné à couvrir les besoins en terme de santé qui se font sentir dans la population, besoins qui ne peuvent être satisfaits par les pays en question du fait de leur sous-développement ou à cause de l'insuffisance de leurs ressources.

Le FSI doit être régi par des normes restrictives afin qu'il puisse intervenir dans ces pays et de manière à ce que ne soit pas dénaturé l'objectif pour lequel il a été créé.

Il est aussi nécessaire d'établir un haut degré de maniabilité dans l'usage de ce fonds, pour lequel les inéquités et les nécessités de ces pays seront les facteurs déterminants.

Afin de répartir le FSI, il est indispensable de créer un guide méthodologique sur lequel tous les membres de ce fonds se soient mis d'accord.

Le fonds doit orienter principalement ses ressources à la création de structures sanitaires propres et de ressources humaines qui permettront la pérennité du futur système. De même, il doit tendre à la satisfaction des besoins de base des populations, tels que les égouts, l'eau potable, etc. ..., et privilégier certains éléments comme la promotion, la prévention et le renforcement de la médecine générale. Tout ceci doit prendre place dans le cadre du développement complet d'un système sanitaire participatif.

En outre, une nouvelle forme de collecter et de distribuer les ressources de ce fonds doit être promue, en changeant le concept de la charité pour celui de la solidarité. (*Charité : vertu religieuse qui recherche l'amour du prochain. Aumône qui se fait au nécessiteux.*

*Solidarité: adhésion circonstancielle à la cause ou à l'entreprise d'autrui.)*

Les fonds devraient provenir des pays développés, de l'industrie pharmaceutique, pour cette dernière comme une manière de compenser les injustices occasionnées par les marges de bénéfice élevées réalisées sur la vente de médicaments, et, éventuellement, de fonds qui sont actuellement employés à financer diverses organisations d'aide humanitaire.

Le fonds doit rechercher l'alliance de diverses organisations, organismes internationaux et pays intéressés, afin de réaliser le premier pas vers sa création. Ces alliances peuvent être simultanément utilisées afin de définir des règles d'organisation qui puissent servir à un meilleur usage des fonds actuellement distribués, évitant ainsi leur dilapidation, qui est monnaie courante.

À partir de cette plate-forme, l'étape suivante consisterait à gagner en taille et en crédibilité, afin que la dénonciation de l'usage inadapté des aides gagne en effectivité, et

afin d'interpeller la conscience des pays riches pour qu'ils contribuent au fonds, sur une base éthique.

Il faut encore discuter pour savoir qui dirigera le fonds et comment. Il semble souhaitable qu'il faille éviter que ceux qui contribuent le plus au fonds orientent ses décisions, et que simultanément chacun se fasse le porte-parole de ses propres intérêts, que la centralisation devienne excessive et que les coûts administratifs soient trop élevés.

\*\*\*\*\*

ALLIANCE POUR UN MONDE RESPONSABLE, PLURIEL ET SOLIDAIRE  
Cahier de propositions pour la santé de demain  
(contribution)

Note de problématique  
12 novembre 2001

AVERTISSEMENT

*Cette contribution est le fruit d'un travail collectif commencé début 2001*

*La rédaction et la synthèse à été assurées par Didier Seyler, médecin généraliste français, résidant en Côte d'Ivoire.*

De nombreux apports ont été réalisés de la façon suivantes :

- *échanges, discussions et relectures du texte au cours de réunions multiples (Abidjan et Paris) avec des médecins français, des médecins de pays d'Afrique de l'Ouest, et des militants politiques français (non médecins) contactés à titre personnel, travaillant en Afrique de l'Ouest et en France ;*
- *relectures critiques et suggestions avec des collaborateurs de la FPH à Paris, et avec des " alliés ", soit au cours de réunions , soit par messagerie électronique ;*
- *relectures critiques et suggestions après présentation de l'Alliance sur des listes de diffusions spécialisées en santé publique et en politique de santé dans les PVD (médicaments notamment) ; il s'agit principalement de " E-MED " diffusant à 390 correspondants surtout en Afrique francophone (46 pays), et de " SANTE PUBLIQUE " diffusant à environ 150 correspondants francophone surtout européens.*

La santé de l'Homme constitue une problématique transversale, rarement abordée en tant que telle dans toutes ses dimensions. Au contraire, la gestion de la plupart des déterminants du bon état de santé (alimentation, environnement, équipement, travail, etc.), est du ressort de logiques politiques et économiques, où la santé publique n'est jamais la finalité.

Cette transversalité conduit à de nombreux recoupements avec d'autres problématiques abordées par l'Alliance. Il faut y voir un enrichissement plutôt qu'une redondance, plaçant le point de vue de la santé humaine parmi les priorités de l'avenir.

En analysant la situation de l'an 2000, trois axes de réflexions me paraissent intéressants à développer, en ce qu'ils emmènent des éléments nouveaux susceptibles de modifier l'approche de la santé dans le futur immédiat.

- Un axe environnemental avec l'émergence du concept de deuxième " révolution de santé publique " ;
- Un axe scientifique, tournant principalement autour du médicament et de son évolution ;
- Un axe alimentaire qui, à bien des égards, croisera pour de multiples raisons, la problématique du médicament et celle de l'environnement.

S'ajoute à ces trois axes, le développement d'une argumentation sur le concept " d'informations essentielles " en matière de santé, et sur son accès. Cette proposition est en effet particulièrement transversale à toute les questions de santé.

Il s'agit bien sûr de choix " arbitraires " qui ne doivent pas minorer les autres aspects, plus classiques de la question :

- *l'éthique, l'anthropologie et la philosophie, autour notamment des notions de santé, de mort, de rapport entre individus et groupes ...*
- le financement des politiques et des actions de santé et leurs articulations entre les différents niveaux géographiques,
- l'organisation sociale et professionnelle du système de santé,
- la place des médecines non conventionnelles, qu'elles soient " moderne " comme l'homéopathie, ou bien issues des sociétés dites " premières ".

Du reste, les améliorations les plus importantes de la durée et de la qualité de vie, sont la conséquence directe de l'élévation générale du statut culturel et économique des individus composant une population, plutôt que de l'action des médecins ou des antibiotiques par exemple.

### Environnement et santé

Depuis deux décennies, on observe une progression massive des pathologies chroniques graves dans les pays industrialisés : cancers, maladies neuro-dégénératives, maladies immuno-allergiques (l'asthme), etc. En France, selon les données des registres de cancer, entre 1975 et 1995, l'incidence des cas de cancer a progressé de 1% par an. Cette progression est variable selon la nature des tumeurs. Elle est de 4% par an pour les tumeurs du cerveau.

L'étude de l'épidémiologie des cancers, montre que les populations migrantes adoptent en une ou deux générations les mêmes types de cancer que ceux du pays d'accueil. Les Japonaises qui ont émigré à Hawaï ont ainsi 4 fois plus de cancer du sein que les Japonaises restées au Japon, et les Japonais immigrés des 2 sexes ont 4 fois moins de cancers de l'estomac que ceux restés au pays ... ! . Le changement d'environnement (au sens large, incluant l'alimentation et le mode de vie) peut seul expliquer une différence aussi spectaculaire.

Cette progression ne peut pas (ne peut plus) être rattachée à l'augmentation de l'espérance de vie (les données françaises sont des données corrigées sur l'âge), ni aux comportements individuels, tabac et alcool notamment, qui sont en diminution, même si bien entendu leurs responsabilités prouvées restent considérables.

Il s'agit pour les pays industrialisés d'un changement radical et massif, appelé par certains " *transition épidémiologique* ", cause principale de l'inadaptation des systèmes de soins fondés quasi exclusivement sur la réparation vis à vis de la morbidité infectieuse et traumatique. Désormais la médecine a affaire, non à un ou plusieurs épisodes morbides séparés, mais à un ou plusieurs processus d'exposition/induction/fragilisation qui par leurs natures et leurs ampleurs se déroulent tout au long de la vie.

L'hypothèse d'une responsabilité causale des éléments physico-chimiques, présents dans l'environnement et issus de l'activité industrielle, fait son chemin. Par exemple, les pesticides sont de plus en plus incriminés dans la genèse des cancers de l'enfant. La maladie asthmatique et les troubles de la reproduction masculine observés en Occident, sont aussi suspectés de causes environnementales.

Les connaissances récentes montrent que les substances toxiques n'agissent pas toutes avec un "effet de seuil". C'est le cas des cancérogènes pour lesquels on considère que le risque existe dès qu'il y a contact avec une seule molécule. Ce qui est important pour la santé humaine, c'est l'exposition à un produit dangereux, cette exposition pouvant exister dans

tous les milieux à des niveaux différents ; l'addition de ces expositions constitue un risque qui peut se calculer.

Le problème c'est que très peu de produits (il en existe environ 100 000) ont été évalués avec ces méthodologies modernes de l'évaluation des risques. A titre d'exemple, une directive européenne de 1993 prévoyait l'étude de toutes les substances chimiques produites ou importées à plus de 1000 tonnes par an (il y en avait 1885). Nous disposons de données de base pour 14% d'entre-elles, et seulement 5 substances ont terminé le processus d'évaluation du risque ; pour ces 5 cas, des modifications importantes de la législation ont été demandées afin de protéger les consommateurs et les travailleurs ! Devant la lenteur du processus, l'Union Européenne a proposé un Livre Blanc (février 2001), qui met la charge de l'obligation d'évaluation des risques sur les industriels, à échéances de 2010 pour les substances produites à plus de 1000 tonnes, à 2012 pour celles produites à plus de 100 tonnes.

Ce premier travail nécessaire ne nous donnera cependant qu'une partie de la réponse, car il ne prend pas en considération le problème des co-expositions. Toutes ces substances sont, en effet, testées séparément, or les populations humaines sont exposées à plusieurs polluants et on ne dispose d'aucun outil scientifique pour évaluer l'effet de cette co-exposition.

D'autre part, cela ne concerne que les substances chimiques produites, et non les produits issus de l'activité industrielle, comme les particules et les polluants atmosphériques diverses.

Nous sommes donc aujourd'hui largement ignorants du risque de la majorité des produits industriels existants dans notre environnement quotidien, aussi bien au travail, à la maison ou en milieu extérieur.

D'où la notion de principe de précaution, qui consiste à prendre en compte les risques non connus ou mal connus. Ce principe de précaution est différent de la logique de prévention, qui, elle, suppose la connaissance, pour intervenir en amont. Il faut agir sur la base d'éléments de connaissance sans avoir la certitude absolue de la relation exposition effet.

C'est la mise en évidence de la causalité des "microbes" vis à vis des maladies infectieuses par Pasteur, qui accéléra, il y a 100 ans la mise en place des dispositifs de préventions, bien avant d'ailleurs, d'avoir des médicaments efficaces pour lutter contre les "germes". Ce mouvement fut considéré comme étant une révolution de santé publique, la première de l'histoire. Ainsi, c'est par une action sur l'environnement (réseaux d'adduction d'eau et d'égouts) que les grandes pathologies infectieuses furent, pour l'essentiel, maîtrisées.

La mise en évidence de la responsabilité d'agents chimiques et physiques dans l'augmentation considérable des pathologies chroniques, pourrait bien constituer une

*deuxième révolution de santé publique*, dont les conséquences, seront au moins, aussi importantes.

L'enjeu est de repenser l'ensemble des procédés de fabrication et des modes d'utilisation à la lumière des risques possibles pour la santé humaine.

L'intégration du principe de précaution aux corpus législatifs nationaux, européen à partir du traité de Maastricht, et à certains traités internationaux comme celui de Rio en 1992, ainsi que la pression de l'opinion publique des pays riches, va, accélérer dans la prochaine décennie l'émergence de cette deuxième révolution de santé publique.

Quel sera le sort des populations vivant dans les pays pauvres où les modes de productions industrielles sont bien plus dangereux, et où la notion de "risques acceptables", (notion politique et non pas scientifique), en l'absence d'opinion publique structurée, diffère sensiblement des pays du Nord ?

Qui s'opposera à une délocalisation vers le Sud des usines à risque et par-là des " nouveaux " risques environnementaux s'ajoutant aux " anciens " ?

Certes les problèmes majeurs des pays du Sud relèvent prioritairement de la première révolution de santé publique. Mais, l'exemple de la révolution pasteurienne montre bien que le savoir ne suffit pas à la protection de la santé !

### Le médicament

Le médicament a toujours accompagné l'histoire des hommes. Sa fonction symbolique en tant que "remède", quelle que soit son efficacité biologique vraie, est une constante que l'avenir ne changera probablement pas.

Nombre de médicaments essentiels, comme l'aspirine ou la quinine, sont apparus hors de toute démarche scientifique moderne, à tel point qu'ils n'auraient probablement pas pu être commercialisés si leurs découvertes étaient récentes, eu égard aux contraintes techniques et réglementaires !

L'évolution des connaissances scientifiques et techniques va complètement bouleverser la place du médicament dans la santé, mais aussi dans la société tout entière, faisant du médicament un enjeu économique et politique absolument majeur.

La notion de médicament réellement efficace du point de vue biologique, est une notion extrêmement récente que l'on peut dater du début des années 80. Cette notion d'efficacité biologique s'entend comme l'utilisation de méthodes expérimentales et reproductibles permettant de prouver l'action pharmacobiologique d'un principe actif sur une population donnée. Cette approche que l'on pourrait qualifier de " moderne " s'appuie bien entendu sur les paradigmes rationalistes définissant en partie nos sociétés.

Désormais, si on se place de ce point de vue, on sait ce qu'est un médicament et donc ce que n'est pas un médicament ! Du coup, l'utilisation de ce produit de haute technologie impose un savoir minimal sur son utilisation, sur la compréhension de son fonctionnement ; par exemple l'utilisation des rapports bénéfices/risques et coûts/efficacités.

L'accès aux médicaments essentiels (ou efficaces) pose et posera de plus en plus deux problèmes :

- Un problème économique : le coût élevé des médicaments protégés par des brevets industriels ; la non production de certains médicaments essentiels (anti-parasitaires par exemple), les populations en ayant le plus besoin n'étant pas solvable.
- Un problème d'organisation : l'absence de professionnels formés à leur prescription ou/et à leur délivrance ; l'accès à l'information nécessaire à leur utilisation, et, la compréhension de cette information.

Ainsi la plupart des médicaments anti rétroviraux luttant contre le Sida peuvent être obtenus dans beaucoup de villes africaines, mais qui va être capable d'expliquer leur utilisation pour que leurs bénéfices soient supérieurs aux risques d'un mauvais usage, et qui est capable de les financer ?

Il faut entre 10 et 15 ans pour développer un médicament commercialisable. Nous pouvons donc aujourd'hui nous faire une idée des médicaments de demain, et extrapoler les problématiques qui vont en découler. Dans ce domaine, comme d'ailleurs dans tout le champ bio-médical, se préparent de véritables révolutions conceptuelles assimilables à une rupture épistémologique.

Les médicaments de demain prétendront à des niveaux d'efficacité qualitative et quantitative très importants ; de plus, ils ne se limiteront plus à la sphère du curatif.

Depuis une vingtaine d'années, les méthodes scientifiques permettent d'apporter des réponses qualitatives de type binaire pour une population étudiée qui est souvent assez vaste ; par exemple, telle intervention ou tel médicament est-il efficace dans telle situation, oui ou non ?

Grâce à de nouveaux modèles expérimentaux, des réponses quantitatives, pour des échantillons de populations de plus en plus petits, tendant vers l'individualité, s'ajouteront à la réponse qualitative binaire (oui ou non) ; ce qui signifie que si une intervention (un médicament) est efficace, on pourra dire de combien elle est efficace, et cela pour telle personne ; bref un médicament sera extrêmement adapté pour telle personne en particulier, souffrant de telle pathologie.

Il faut ajouter à ces innovations, l'utilisation et le développement de nouvelles technologies comme le génie génétique, la biologie cellulaire (cellules souches), la bio-informatique, et, de nouveaux supports comme les aliments traditionnels (bananes, lait, etc.), les tissus, qui, venant s'ajouter à la chimie traditionnelle, vont complètement transformer le visage des médicaments.

Les conséquences de ceci sont très prévisibles : les coûts de recherche et de production vont être en augmentation considérable, les prix de vente des médicaments aussi. Aujourd'hui, ils pèsent en France près de 22,5 milliards d'euros par an (150 milliards de FF), soit environ 15% des dépenses de santé, qui elles-mêmes représentent environ 10% du PIB. Au minimum, les budgets marketing destinés à faire acheter les médicaments représentent 15% du chiffre d'affaires de cette industrie, soit en France, par exemple, pas loin de 30000 euros par an (200000 FF) et par médecin prescripteur. Il n'est pas déraisonnable d'imaginer d'ici 20 ans, un triplement de tous ces chiffres.

Les industries du médicament feront partie de gigantesques conglomérats internationaux intervenant sur des secteurs extrêmement variés, incluant le secteur de l'information et de la communication, aussi bien du "grand public" que des publics professionnels.

L'information indépendante et de qualité sur le médicament, permettant de se faire une idée réelle de l'utilité de tel ou tel produit pour les individus, sera à l'avenir encore plus sérieusement menacée, du fait du poids économique et financier de ces industries, du cadre juridique de protection des brevets, et de la complexité scientifique et technique des futurs médicaments.

Dans cette optique, les régimes de protection sociale (secteur santé/maladie) dans les pays riches seront susceptibles d'explosion sur le moyen terme, et il va sans dire que la majorité de l'humanité va être totalement exclue de l'accès à ces médicaments de demain, si l'organisation de nos sociétés reste en l'état.

### Alimentation et santé

Il n'est pas besoin de rappeler l'importance de la nutrition dans la santé. L'Organisation Mondiale de la Santé estime que la moitié de l'humanité présente une malnutrition dont plus d'un milliard de personnes souffrant d'excès pondéral ou d'obésité. Quels sont les éléments nouveaux qui vont marquer ce domaine dans les prochaines décennies ?

L'industrialisation de la préparation des aliments et des repas, entraîne des modifications qualitatives des apports alimentaires impliquant des populations de plus en plus importantes. Pour des raisons techniques et économiques, ces préparations sont fondamentalement déséquilibrées, et cela d'autant plus que leur coût est faible. L'excès de sel, de graisses, de sucre, par exemple, entraîne une augmentation prouvée des risques de

développement de maladies chroniques, comme le diabète, l'hypertension et les maladies cardio-vasculaires, et même de certains types de cancers.

Le risque infectieux "classique" (listériose, botulisme, etc., c'est à dire les infections liées aux mauvaises qualités des conserves) est globalement circonscrit par cette industrialisation dans les pays développés, et les "accidents" sont d'abord le reflet des infractions ;  
il n'en est pas de même dans les pays du Sud, car les législations et les sanctions ne sont pas du même niveau.

D'autre part, même si ce constat n'est pas nouveau, les carences nutritionnelles restent bien entendu un défi quotidien pour la santé des individus et le développement des sociétés des pays du Sud. Il convient à ce propos, de rappeler que la malnutrition est assez souvent la conséquence d'une mauvaise utilisation des aliments disponibles, donc d'un problème d'éducation et d'information, plutôt que de l'absence en quantité nécessaire de ces aliments.

Les conduites addictives sont classiquement attachées aux modes d'alimentations ; elles concernent pour l'essentiel l'alcool, le tabac et les médicaments. L'industrie tabatière est en train de perdre, sous la pression judiciaire et sous la pression de l'opinion, ses marchés européen et Nord américain. Sa stratégie consiste à investir les marchés des pays du Sud, notamment en Asie et en Amérique latine, où la consommation de tabac chez les adolescents et chez les femmes a explosée grâce à des stratégies de marketing particulièrement performantes.

Le problème de l'addiction peut relever, notamment au niveau individuel, d'approches complexes, mêlant philosophie, culture, société par exemple. Néanmoins, il convient de souligner le caractère industriel croissant de la production de la majorité des produits addictifs (légaux comme illégaux), qui utilise toutes les facettes de l'organisation industrielle (recherche & développement, finance, marketing, etc.). Cela abouti à une sur-représentation de plus en plus massive des catégories de consommateurs recrutés parmi les plus pauvres et les plus ignorantes des populations.

Le public connaît mal les investissements massifs dans la chimie de la cigarette dans l'unique but d'augmenter la dépendance du consommateur, quel qu'en soit le coût en terme de morbidité/mortalité. Les révélations dans ce domaine, rendues possibles par les récents procès américains contre les industries tabatières, démontrent à quel point les dirigeants de ces industries, étaient conscients de la nocivité extrême de leurs productions ; elles démontrent aussi l'existence de véritables stratégies de désinformations visant à étouffer toutes velléités d'éducatons sanitaires.

Les frontières entre aliments et médicaments vont être dans un avenir proche de plus en plus floues : le concept "d'aliment" existe déjà, et celui-ci va devenir un enjeu absolument considérable des prochaines décennies. Pour ne donner qu'un seul exemple, il

est théoriquement possible, par manipulation génétique, de transformer une banane en vaccin possédant de nombreuses valences (c'est à dire équivalent à plusieurs vaccins) ...

Il est d'ailleurs intéressant de constater qu'au niveau mondial, les premiers groupes industriels de médicaments (et de la chimie), sont en même temps les premiers groupes industriels intervenant dans l'agriculture avec les semences, les pesticides, les ogms, etc. ..., et, que cette industrie est de très loin la plus profitable du monde. Pour mémoire, par ordre décroissant du chiffre d'affaire (1999), DUPONT, MONSANTO, NORVATIS (Ciba/Geigy/Sandoz), ASTRA ZENECA, AVENTIS (Rhône-Poulenc/Hoechst), pour les cinq premières sociétés.

### Informations essentielles en matière de santé : concept et accès

Le constat que “ les médicaments contre le sida sont au Nord et les malades au Sud ”, démontre encore une fois, que notre système de production industrielle à l'échelle mondiale, n'a pas pour finalité de satisfaire les besoins – ici les soins des malades - mais d'accumuler richesses et pouvoirs, au besoin en laissant mourir des millions de personnes alors que l'on dispose des remèdes pour les traiter.

Toutefois les arguments des industriels de la pharmacie ne sont pas tous irrecevables. Quel est le moteur principal qui permet à des personnes de travailler dur pour chercher et découvrir de nouvelles molécules ? Où sont les molécules modernes et efficaces issues des laboratoires de recherches soviétiques et chinois ? Le développement d'un médicament, sa production, sa distribution, ses contrôles de qualité, tout cela à un coût. Qui doit payer et que doit-on payer ?

Au Nord, c'est la société dans son ensemble qui paye quels que soient les systèmes mis en place, type assurance maladie ou type service national de santé. C'est la solidarité financière qui permet de financer l'industrie et sa recherche, et, qui permet à celle-ci d'en tirer des profits, qui sont devenues au fil du temps les plus importants de toutes les branches industrielles. L'importance de ces profits garantie par l'existence d'un système de solidarité, devrait conduire à réfléchir à la notion de “ profit raisonnable ” compatible avec le maintien de la solidarité qui en est sa source, et à une éthique minimale sur le plan international. Le bénéfice net, après coût de production (incluant le prix de la recherche), doit-il être de 15 %, de 150 %, de 1500 %, voire plus ?

D'autre part, le médicament s'il est nécessaire dans beaucoup de situation, n'en demeure pas moins insuffisant ; l'organisation du système de santé, et l'accès aux informations essentielles en matière sanitaire, aussi bien des professionnels de santé que de la population, sont aussi importants. Ces questions universelles, sont particulièrement importantes au Sud, et désormais aussi à l'Est de l'Europe, car le gaspillage des ressources disponibles dans ces pays, a des conséquences immédiates en terme de mortalité et de morbidité.

L'information de qualité, c'est à dire adapté à son utilisateur, scientifiquement validée et " non biaisée " par un conflit d'intérêt, présente au fond le même type d'enjeu que pour le médicament : tous les jours dans notre monde, des personnes meurent parce que, ni elles ni leur thérapeute, n'avaient la " bonne information " .

Qu'au Nord, le professionnel puisse être théoriquement poursuivi pour incompétence n'est qu'une piètre consolation du point de vue des victimes !

Faudrait-il réfuter le problème sous prétexte d'une liberté de choisir son médecin, alors que cette liberté est à ce point obscurcie par le défaut, voir la rétention volontaire d'informations à tous les niveaux ? Les patients de ceux qui ne se donnent pas les moyens d'accès aux informations essentielles, doivent-ils être les victimes d'un système qui les dépassent ? Et de toutes façon, comment pourraient-ils savoir !?

Les populations, les professionnels de santé, les décideurs politiques et techniques rencontrent des difficultés croissantes pour accéder à ces " informations essentielles " en matière de santé.

Les populations, les professionnels de santé, les décideurs politiques et techniques rencontrent des difficultés croissantes pour accéder à ces " informations essentielles " en matière de santé.

Les raisons sont nombreuses : profusion d'informations, souvent de nature commerciales, concentration des producteurs d'informations et contrôle de ceux-ci par les producteurs de biens sanitaires ou autres (alimentation, eau, chimie ...), conflits d'intérêts multiples et démission des dirigeants, coût de production de l'information de qualité, et obstacles linguistiques.

Pour les professionnels de santé, il faut ajouter une formation intellectuelle déficiente (éthique, esprit critique, stratégie de compétence, etc.) et le poids considérable des lobby.

Les revues biomédicales de qualité, presque toujours en anglais, sont financièrement hors de portée de la plupart des professionnels de santé dans le monde, ou, constitue un effort relatif important même dans les pays riches, compte tenu du prix important de leurs abonnements.

Ceux qui payent sur leurs deniers personnels des abonnements à des revues de qualité doivent d'abord avoir été convaincu de cette nécessité, quand tout leur environnement les poussent à se contenter du marketing pharmaceutique.

*De plus certaines de ces grandes revues commencent à développer un comportement de recherche du profit, soit spontanément, soit parce qu'elles sont tombées sous le contrôle de groupes industriels. Le limogeage en 1999, des rédacteurs en chef de deux des principales revues médicales mondiales (le JAMA et le NEJM), est un des exemples à méditer.*

Les mêmes questions que pour les médicaments essentiels, méritent d'être posées : qui doit payer ? Que doit-on payer ? Car si l'on parle d'information de qualité, nécessairement indépendante des industries de la santé pour le moins, il convient de remarquer que celle-ci a aussi un coût de production, de diffusion, de contrôle qualité ; qu'elle est elle aussi protégée par un dispositif de propriété intellectuelle, etc.

Au Nord le coût des thérapeutiques et de l'organisation du système sont collectivisés ; pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'accès aux informations essentielles ? Pourquoi les habitants du Sud ne peuvent-ils pas avoir accès à ces informations vitales, permettant d'économiser tant de vies ?

L'observation des différents systèmes existant dans l'Union Européenne montre que la collectivité ne veut pas nécessairement dire pouvoir public ou pouvoir d'Etat, mais dans tous les cas, absence de recherche du profit. Si la santé ne doit pas être un marché, et qu'elle nécessite un financement collectif de nature à assurer la Solidarité et la Qualité, alors l'accès aux informations doit pouvoir être financé lui aussi par la collectivité.

L'OMS vient de passer un accord avec une série d'éditeurs de revues biomédicales pour permettre l'accès de ceux-ci gratuitement sur Internet à partir de 2002 (Communiqué OMS/32 du 9 juillet 2001).

Au début de l'année 2001, un mouvement initié par des chercheurs américains a menacé de boycott des revues de publications scientifiques qui ne répondraient pas à leurs demandes de facilitation d'accès aux articles, arguant du fait que les recherches aboutissant à des articles sont en général financées par des fonds publics et que les droits d'auteurs sont cédés à des éditeurs privés. Leur pétition a obtenu 26000 signatures émanant de 170 pays (voir Le Monde du 20 avril 2001). Une des principales bases de données américaine (" Medline ") vient de décider le développement de l'accès libre à ses articles, suite à ce mouvement.

Il faut aller plus loin. Il faut définir dans le domaine de la santé une " liste " des informations essentielles qui nécessite d'être portée à la connaissance de tout le monde, de façon compréhensible, comme la liste des médicaments essentiels. La production, la distribution, les contrôles de qualité, les traductions, tout cela doit faire l'objet d'un financement collectif au même titre que la prise en charge du système de santé.

Comme pour les médicaments essentiels, les pays développés doivent contribuer à inclure les pays du Sud, dans la bataille pour l'accès aux informations essentielles, en commençant par les professionnels de santé.

Cette bataille stratégique dépasse largement le champ de la médecine préventive et curative. La liste des informations essentielles doit inclure les informations touchant au domaine de l'environnement et de la santé, de l'alimentation et de la santé. Elle doit

impliquer autant les professionnels de la santé que les professionnels de l'information, pour lesquels le concept d'indépendance revêt les mêmes enjeux.

Comme dans toute bataille, les alliances doivent être pensée par rapport aux objectifs. Les Etats, et en France, l'Assurance Maladie (alias Sécurité Sociale), ne doivent pas être considérés à priori comme des ennemis. Pourvu que ceux-ci ne défendent pas le point de vue du profit. Ce qui, avouons le, n'est pas toujours évident quant on observe les politiques de nos derniers gouvernements français, justement en matière de médicament.

Les corporatismes professionnels sont à cet égard bien plus suspects, au vue des relations ambiguës qu'entretiennent les industries de la santé avec nos leaders d'opinion médicaux.

### Conclusion

La majorité de la population mondiale, vivant hors de la trentaine de pays les plus riches, va continuer de subir simultanément les conséquences des fléaux infectieux, d'une alimentation de qualité dégradée, avec une augmentation des comportements addictifs téléguidés par un marketing performant, et, de la "*deuxième révolution de santé publique*", tout en étant tenue à l'écart des médicaments essentiels qui pourraient immédiatement sauver de très nombreuses vies.

D'ors et déjà, de grandes zones de la planète (Afrique, Europe de l'Est) voient l'espérance de vie de leur population régresser de façon significative, alors que dans les pays riches elle augmente de un an tous les quatre ans.

Dans le même temps, au sein des pays riches, les inégalités socioculturelles face à la santé progressent plus vite que l'augmentation globale de l'espérance de vie.

Ceux qui subissent les effets délétères d'un environnement dégradé chez eux ou à leur travail, cumulent aussi tous les autres facteurs de risque.

De plus, le coût des médicaments nouveaux est susceptible de faire à terme, exploser les systèmes d'assurance maladie, ce qui conduirait une partie non négligeable de nos populations dans la même situation que celle des pays moins favorisés, situation déjà observable aux Etats Unis d'Amérique.

Pour chacun des trois axes développés ici, l'*accès à l'information essentielle*, c'est à dire " adaptée et compréhensible ", " validée " scientifiquement, non biaisée par des conflits d'intérêts financiers et/ou corporatistes, constitue le terrain d'une bataille stratégique majeure dans laquelle les tenants d'un libéralisme absolu ont pris une longueur d'avance.

## Propositions

Par rapport à l'axe environnement et santé

1) Développer à tous les niveaux la recherche et l'évaluation de risque des produits industrialisés.

-Création d'agences continentales à statut autonomes disposant de moyens humains et financiers important, chargées de l'évaluation du risque ;

-Création d'agences continentales ou nationales chargées des autorisations de commercialisation et du contrôle.

2) Développer un étiquetage clair et informatif sur tous les produits commercialisés.

3) Etablir et rendre public les zones à risques issues des activités industrielles présentes et passées ;

favorisé dans ce domaine le travail multinational et coopératif afin de pouvoir contourner les pressions intra nationales visant à rester dans l'opacité.

4) Former les professionnels de santé dans ce domaine.

Par rapport à l'axe médicament

1) Constituer une ou des banques de données sur le médicament, indépendantes du monde de l'industrie et de la finance, capables d'être accessible à chacun dans sa propre langue et de façon simple et compréhensible, banques dont les données seraient scientifiquement validées sur le plan international. Le vecteur principal de cette base de donnée pourrait être le réseau internet.

2) Repenser et inventer des nouveaux processus d'industrialisation du médicament qui permette à la fois de rester performant dans les découvertes de remèdes nouveaux, et de les rendre accessible à tous ceux qui en ont besoin.

Dans ce cadre :

favoriser dans chaque bassin de population importante, une " auto suffisance médicamenteuse " par transfert de savoir et de savoir-faire ;

favoriser particulièrement dans chaque bassin de population importante, la production de médicaments non protégés par des brevets, sous contrôle et gestion (délégué ou non) d'une autorité publique (OMS ?).

Renvois au débat sur l'Organisation Mondiale du Commerce et à la protection de la propriété intellectuelle.

NB : Cette proposition est complémentaire de la nécessité de repenser aussi les modalités de financement de la protection sociale. Fondamentalement, même avec un système de mutualisation des dépenses (financement collectif des dépenses liées à un risque), il n'est plus acceptable de voir le prix des médicaments (très élevés) complètement déconnecté des coûts réels de production (très bas). Les coûts de recherche & développement ne peuvent justifier un tel écart, car ceux-ci sont " assurés " en amont et en aval, par la solvabilisation des consommateurs issue des systèmes d'assurances maladies.

3) Interdire l'exportation de médicament à partir de pays riches si ceux-ci sont interdits à la vente sur leurs territoires (avec des mécanismes d'exceptions adéquats).

4) Mettre en place des mécanismes incitatifs sur la recherche des médicaments dit " indigents " au moins du même type que ceux des médicaments " orphelins " .

Renvois aux propositions de Médecins Sans Frontières.

NB : Un médicament " orphelin " est destiné à soigner une maladie " orpheline " appelée ainsi à cause de son extrême rareté. Cette rareté rend, du point de vue industriel, non intéressant le développement de molécules parce que non rentable financièrement. Par analogie, on appelle médicaments " indigents " celui qui est destiné à soigner des maladies touchant principalement des populations non solvables, mais qui sont souvent des maladies touchant des centaines de millions de personnes comme les maladies parasitaires sévissant en zone tropicale.

Par rapport à l'axe alimentation

*Les propositions déjà largement développées par d'autres thématiques, notamment le cahier " Alimentation, nutrition, politiques publiques " .*

1) Stratégies éducatives prioritaires sur l'alimentation et la nutrition, en particulier pour les enfants.

2) Etiquetages des produits clairs et simples.

3) Organisation de négociations multipartenaires pour modifier la composition des aliments industriels (*modèle scandinave à propos du sel par exemple*).

Propositions transversales

1) Organiser l'indépendance des professions de santé

Il s'agit d'un enjeu stratégique majeur :  
au service de qui sont les professionnels ? De la population ou des industriels ?

Du point de vu du soignant, la finalité de la médecine ce n'est pas le profit, mais la lutte contre la souffrance et la maladie de façon préventive comme curative.

Il faut éviter les structures corporatistes du type Ordre des médecins en France qui notamment fut incapable de préserver l'indépendance des médecins dans ce pays.

Il ne s'agit pas non plus de structures syndicales qui ont un autre rôle.

Cela passe par des structures pluridisciplinaires et démocratiques capables d'influencer la formation initiale et continue sur le plan éthique, et capable de mutualiser les expériences par des échanges internationaux réguliers.

Il est assez paradoxal, compte tenu du niveau d'études requis pour de nombreuses professions de santé, que les échanges internationaux (majoritairement financés par l'industrie du médicament) soient presque exclusivement le fait d'une petite caste de professionnels déconnectée des réalités quotidiennes et cliniques, alors que la simple mutualisation des expériences des uns et des autres seraient porteur d'une forte dynamique.

2) Pour une politique d'accès aux " informations essentielles ", sur le modèle de la politique d'accès aux médicaments essentiels.

Cette politique intègre plusieurs niveaux :

Les " cibles " : population générale, et populations particulières c'est à dire professionnels de santé, journalistes, enseignants, politiques ; etc.

Les thèmes : santé et médicaments, alimentation et nutrition, environnement et santé.

Il existe de très nombreux exemples où la rétention d'information plus ou moins volontaire a causé des pertes en vie et en qualité de vie considérable (l'affaire de l'amiante, le sel dans l'alimentation, la mort subite du nourrisson, la supplémentation en acide folique des femmes enceinte, l'allaitement, etc. ), et cela même dans les pays riches.

Le conflit d'intérêt dans la plupart des médias entre l'information et les propriétaires de ces médias, mais aussi le coût très important de l'accès aux informations de qualité, sont les obstacles principaux à la diffusion des informations essentielles.

L'accès aux informations essentielles est une condition indispensable à la démocratie sanitaire, c'est à dire à l'implication de chacun dans les processus de décision collective touchant à la santé individuelle et publique.

2 bis) Création de dispositifs pénaux qui sanctionnent le s campagnes de désinformations délibérées portant sur les " informations essentielles ".

3) Développer des modèles de mutualisations pour financer la santé applicable par les communautés qui le souhaiteraient là où il n'existe pas de système de protection sociale,

permettant de dissocier le niveau de richesse d'une communauté avec son action de solidarité sanitaire. Autrement dit montrer que quelle que soit sa richesse, une politique de santé peut être efficace au sein d'un groupe pourvu que certaines règles et contraintes soit appliquées..