

Résumés

Les obstacles à la santé pour tous

Éditorial

Les obstacles à *la santé pour tous+

Malgré sa reconnaissance comme droit humain par les Nations unies et en dépit des progrès spectaculaires de ces dernières décennies, la santé ou plutôt l'état de santé du monde souffre d'une aggravation des déséquilibres. Certains pays du Sud accusent un recul de l'espérance de vie. Des dizaines de millions de personnes meurent chaque année de maladies parfaitement curables. Celles-ci ne éveillent guère l'intérêt des fabricants de médicaments, les populations concernées n'étant pas solvables. La logique de la marchandise s'affronte à celle du bien-être. Le marché de la santé est énorme, rien que celui des médicaments est évalué à 300 milliards de dollars par an. Il est aussi la branche industrielle la plus rentable. Les budgets de la publicité s'élèvent au double de ceux de la recherche. Le brevetage, encouragé par l'Organisation mondiale du commerce, est utilisé par les sociétés pharmaceutiques dans leurs stratégies de conquête des marchés. Les effets sont doublement dommageables : obstacle au traitement de certaines maladies graves et frein à terme à la recherche scientifique. La même logique commande la libéralisation des services. La subordination de diverses agences des Nations unies à l'influence des organismes financiers et au lobby des transnationales s'accroît. Les politiques néolibérales tendent à transformer l'ensemble des activités collectives, y compris la santé, en marchandise, bradant ainsi le droit à la santé. Une telle orientation se situe dans la logique du développement industriel capitaliste, au sein duquel la couverture des maladies et des accidents varie en fonction de la disponibilité de main-d'œuvre. Les alternatives passent par la reconnaissance, hors de la logique marchande, du droit à la santé pour tous, l'adoption de mesures d'urgence en situation de crise et une approche intégrale du problème.

Bilan de santé du Tiers Monde

Allenson de Silva

Bien que le Tiers Monde compte plus de 70% de la population mondiale, il souffre d'un accès très restreint à la consommation et à la production de médicaments. Les malades de ces pays sont dès lors le plus souvent condamnés à rester en mauvaise santé ou à mourir prématurément par manque de traitements. Plusieurs millions de personnes souffrent aujourd'hui de maladies diverses, d'anciennes éradiquées au Nord ou de nouvelles pour lesquelles il n'existe pas encore de remède. Et pourtant, seule une infime partie de la recherche est consacrée aux maladies tropicales. A cette situation injuste, sont venues s'ajouter les pressions émanant de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et des accords TRIPS (*Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights*, Accord sur les droits de propriété intellectuelle relatifs au commerce) qui risquent de freiner davantage la production de médicaments dans les pays du Tiers Monde, ainsi que le développement d'une certaine autonomie technologique. Au total, ces tendances paralysent la souveraineté des nations et leur capacité à améliorer leur politique de santé.

Logiques et pratiques des entreprises pharmaceutiques

Allenson de Silva

Quel est le bilan du développement de l'industrie pharmaceutique depuis la fin de la deuxième guerre mondiale ? Sur base d'importantes découvertes scientifiques et à la faveur de la logique de l'économie de marché, les petits fabricants du début ont fait place aux firmes transnationales qui contrôlent les marchés mondiaux, la production, les prix (exorbitants) et les bénéfices (plantureux), investissent dans les domaines de recherche les plus rentables, et conditionnent les prescripteurs et les consommateurs de médicaments. Ces derniers appartiennent donc aujourd'hui pour la plupart à une poignée d'entreprises qui, protégées par leurs brevets qui leur permettent de défier toute concurrence à l'échelle internationale, exercent un pouvoir sans précédent assimilable à des situations de monopole - sur les secteurs nationaux de la santé. Les populations pauvres du Nord mais surtout du Sud sont les premières victimes de cette configuration perverse. Une voie alternative à la confiscation privée des progrès scientifiques réside dans l'accès à des médicaments génériques, mais le rapport de force entre les géants de l'industrie pharmaceutique et les partisans de l'accès à la santé pour tous n'évolue guère.

Brevets et accès aux médicaments génériques : le *compromis+ de l'OMC

Cecilia Oh

Le 30 août 2003, un compromis était enfin trouvé sur la mise en œuvre de la Déclaration que l'OMC avait adoptée à Doha en novembre 2001, déclaration qui reconnaissait la primauté de la santé publique sur la protection des droits de propriété intellectuelle et des brevets et ouvrait les possibilités d'accès aux médicaments pour tous. Jusque-là, les Etats-Unis, sous la pression du lobby pharmaceutique, avaient multiplié les initiatives pour restreindre les circonstances dans lesquelles des médicaments génériques pouvaient être produits, exportés ou importés. Le compromis d'août 2003 confirme la possibilité, pour certains pays et fabricants, du recours à des *licences obligatoires+ (production, exportation ou importation de médicaments génériques, sans le consentement du détenteur du brevet), mais dans des conditions à ce point restrictives ou évasives qu'elles risquent de dissuader les acteurs concernés. L'enjeu, c'est pourtant l'accès de tous, et en particulier des pauvres, aux médicaments essentiels. Mouvements populaires et ONG mobilisées sur ces questions mettent en cause cet accord qui place le marché du générique sous un contrôle extrêmement limitatif et rassure les *majors+ de l'industrie pharmaceutique.

Réflexions sur le 25e anniversaire de la Déclaration de l'Organisation mondiale de la santé à Alma-Ata

Debabar Banerji

La Déclaration de l'Organisation mondiale de la santé en 1978 à Alma-Ata appelait à *la santé pour tous à l'horizon 2000+ et préconisait une politique de *soins de santé primaire+. La vision endogène, intégrale et progressiste proposée était le fruit de l'équilibre des pouvoirs qui prévalait alors, aussi bien à l'intérieur des frontières nationales qu'entre les États. Dès le début des années 1980 cependant, les rapports de force ont évolué au détriment de l'esprit d'Alma-Ata et au bénéfice des conceptions technocratiques et mercantilistes des gouvernements du Nord. Ceux-ci, en intelligence avec les élites des pays pauvres, ont tourné le dos aux objectifs et aux méthodes contenus dans la Déclaration. Depuis, la santé publique n'a cessé d'être malmenée. Les politiques nationales ont été contraintes de s'aligner sur les orientations des institutions financières internationales et sur les besoins des marchés. Des programmes spécifiques, dispendieux, verticalistes et délétères pour les systèmes de santé locaux se sont multipliés, sans incidence positive durable sur l'état sanitaire et les conditions de vie des populations pauvres. Il est grand temps de faire à nouveau des peuples les acteurs de premier plan de la santé. Les efforts de convergence à l'échelle mondiale de mouvements populaires mobilisés sur ces thèmes, notamment dans le cadre des Forums sociaux mondiaux, font poindre une lueur d'espoir. Ne serait-ce qu'en rappelant l'existence de la Déclaration d'Alma-Ata à ses signataires?

Les *soins de santé primaire+ depuis Alma-Ata : propositions pour une revitalisation

David Sanders

Le bilan de l'initiative *santé pour tous+ lancée par l'Organisation mondiale de la santé en 1978 est, pour le moins, inégal. Les progrès enregistrés sont menacés par un processus complexe et rapide de globalisation et par des politiques économiques néolibérales dont l'impact négatif sur les moyens d'existence et la santé d'un pourcentage croissant de la population mondiale, particulièrement dans le Sud, est manifeste. Si les efforts réalisés en matière de *soins de santé primaire+ ont substantiellement réduit les dommages de certaines maladies infectieuses, le volet intersectoriel de la démarche préconisée par l'OMS et son rôle de mobilisation sociale - qui constituent les clés de sa viabilité - ont été négligés, tant dans les discours que dans les actes. L'OMS doit aujourd'hui jouer un rôle bien plus audacieux : revendiquer l'équité, dénoncer les dangers de la libéralisation de la santé, souligner l'interdépendance existante entre secteur de la santé et autres secteurs socioéconomiques, et plaider pour davantage d'investissements, spécialement dans le développement des ressources humaines, sans quoi l'initiative *santé pour tous+ restera une simple déclaration d'intention.

Politiques de privatisation de la santé en Inde

Alpana Sagar et Imrana Qadeer

L'Inde compte une population pauvre de plusieurs centaines de millions d'habitants et affiche l'un des taux de mortalité infantile les plus élevés au monde. Les inégalités dans l'accès aux soins de santé y sont patentées, entre Etats, régions urbaines et rurales et groupes sociaux. Si le gouvernement indien promeut des politiques de la santé qui officiellement visent à l'équité et à l'efficacité, force est de reconnaître cependant que les orientations prises ces dernières années débouchent sur des résultats inverses aux intentions proclamées. Que les réformes proposées aient trait au financement du secteur, à la levée de cotisations auprès des usagers des services publics, à la libéralisation du marché des assurances santé, à la privatisation de la profession et des soins, à l'expansion du *tourisme santé+ et à la promotion de traitements de haute technologie, elles tendent toutes, dans les faits, à privilégier un secteur déjà favorisé de la population et des domaines de soins, secondaires et tertiaires, moins prioritaires, pour la majorité des Indiens, que les soins de base. Il est dès lors urgent que la définition et l'exécution des politiques de la santé en Inde en reviennent à l'inspiration de la Déclaration de l'OMS à Alma-Ata en 1978, qui en appelait à *la santé pour tous+ à l'horizon 2000, sur base d'une politique volontariste de soins de santé primaire.

Femmes et santé au Nicaragua

Ana María Pizarro

Faute de politiques publiques progressistes de la population, de la santé et de l'éducation, les femmes nicaraguayennes sont confrontées à des problèmes sanitaires alarmants, et ce d'autant plus qu'une grande majorité d'entre elles vit sous le seuil de pauvreté. Les taux de mortalité maternelle, d'adolescentes enceintes, d'avortements clandestins, ainsi que la violence domestique atteignent des dimensions extrêmes au Nicaragua. Sans parler des ravages du sida, encore largement sous-estimés. Si les programmes d'ajustement structurel appliqués religieusement par les gouvernements néolibéraux de ces quinze dernières années ont considérablement affaibli les politiques sociales, les orientations conservatrices des dirigeants en matière d'éducation sexuelle et l'influence de la hiérarchie catholique sur un Etat pourtant officiellement laïc jouent également un rôle dévastateur. Ainsi par exemple, les droits que le Vatican souhaite voir reconnus aux embryons, aux *non encore nés+, priment, dans la pratique, sur les droits des femmes. Pour une amélioration réelle de la situation sanitaire du pays, c'est l'ensemble des priorités et des responsabilités de l'Etat nicaraguayen en matière de santé qui sont à revoir.

Mondialisation et politique de la santé en Corée du Sud

Soonman Kwon

La mondialisation est à la fois source de nouvelles possibilités et de nouveaux défis pour la politique de la santé en Corée. La propagation de politiques novatrices ainsi que les expériences d'autres pays ont permis de tirer des enseignements importants pour la récente réforme nationale du secteur. Toutefois, lorsque les pressions externes pour réduire le rôle de l'Etat coïncident avec la volonté du gouvernement de diminuer les dépenses et de privatiser les services sanitaires, le sort des politiques de la santé devient problématique. En Corée, le secteur privé joue déjà un rôle significatif, tant dans le financement des soins de santé (par le biais notamment des assurances-maladie) que dans la prestation des soins. Etendre cette mainmise du privé sur le système national de santé précipitera la détérioration de la solidarité, au bénéfice d'une élite minoritaire. Rien ne garantit non plus qu'un surcroît de concurrence améliorera l'efficacité de l'ensemble. L'amplification des marges de manoeuvre des praticiens indépendants, grâce au développement des assurances-maladie privées, rendra les contrôles de qualité et les limitations des abus plus difficiles à opérer. Si l'on renonce à adopter une attitude équilibrée à l'égard de la mondialisation, du rôle de l'Etat et des marchés, sur base des spécificités et des priorités nationales, c'est l'avenir de la politique coréenne de la santé que l'on hypothèque.

***Big Pharma+ et la maladie du sommeil en Afrique centrale**

Spring Gombe

La maladie du sommeil touche 36 pays d'Afrique subsaharienne. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 600 000 Africains seraient infectés chaque année et environ 45 000 personnes en mourraient annuellement, souvent même sans que leur maladie ait été diagnostiquée. Les deux principaux médicaments qui existent actuellement pour traiter la maladie du sommeil ont des effets secondaires très lourds et parfois mortels. Leur administration est difficile et pénible pour les patients. Pourtant, aucune alternative n'est aujourd'hui à l'étude, car les grandes firmes pharmaceutiques - *Big Pharma+ - jugent le marché trop peu rentable. Elles ont même envisagé d'arrêter la commercialisation du médicament actuellement le plus efficace, l'Eflornithine, qui doit son existence à son utilité dans certains traitements cosmétiques sur les marchés des pays riches... Seul un accord d'urgence passé avec l'OMS et l'ONG Médecins sans frontières a permis de reporter l'échéance. Mais pour combien de temps ? Le diagnostic précoce de la maladie, qui garantirait un traitement présentant peu de risques et réalisable de façon ambulatoire, ainsi que le développement de la recherche et la production de médicaments sûrs et efficaces sont les objectifs prioritaires des acteurs concernés par ce fléau.

La santé en Afrique subsaharienne, aux Philippines, en Inde, en Argentine et en Equateur : défis et alternatives

María Hamlin Zúniga et Mike Rowson

La Déclaration de l'OMS à Alma-Ata, signée en 1978 par plus de 130 ministres de la Santé, exigeait l'instauration d'un ordre économique mondial plus juste et demandait que les fonds destinés à l'armement soient réassignés aux dépenses de santé. En dépit des engagements (**la santé pour tous en l'an 2000+*), sous beaucoup d'aspects, la Déclaration n'a hélas pas été mise en pratique. Les systèmes de santé sont soumis à des pressions sans précédent. Tandis que de nouvelles maladies se répandent (tout comme certaines anciennes), la santé publique s'est détériorée dans de nombreux pays. Les frais médicaux représentent une charge insupportable pour les pauvres. La mondialisation et le rôle prépondérant laissé au libre-échange des biens et des capitaux pèsent sur le secteur. Plus précisément, l'introduction d'une logique de marché dans le domaine même des soins de santé a miné les valeurs fondamentales censées l'inspirer, telles que la coopération et la solidarité ; elle a également affaibli la

capacité des pays à redistribuer la richesse. Faire face à ces problèmes à l'échelle mondiale, tout comme à l'échelle nationale et communautaire, constitue le travail complexe et épuisant des militants de la santé. Leurs efforts sont l'expression concrète des valeurs qui animent la Déclaration d'Alma-Ata.