



Organisation
des Nations Unies
pour l'éducation,
la science et la culture



Comité international
de bioéthique (CIB)

Distribution limitée

SHS/EST/CIB-15/08/CONF.502/3 REV.
29 mars 2009
Original anglais

Projet de rapport sur la responsabilité sociale et la santé

Le présent projet de rapport est le fruit d'une réflexion engagée par le CIB depuis 2005 sur le principe de la responsabilité sociale et de la santé, avec les délibérations de son groupe de travail sur cette question et les débats des douzième (2005), treizième (2006), quatorzième (2007) et quinzième (2008) sessions du Comité, ainsi que les observations et les opinions formulées à la cinquième session du Comité intergouvernemental de bioéthique (CIGB) (2007) et à la session conjointe du CIB et du CIGB (2008). Il s'est enrichi également des observations écrites communiquées par les membres du CIB et du débat général tenu au Comité interinstitutions des Nations Unies sur la bioéthique.

Division de l'éthique des sciences et des technologies

Table des matières

I. INTRODUCTION

II. LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET LES RESTRICTIONS D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

III. RESPONSABILITÉ SOCIALE ET SANTÉ : LES DIMENSIONS ETHIQUES ET JURIDIQUES

- A. L'apparition de la notion de responsabilité sociale
- B. Le devoir moral de responsabilité sociale
- C. Portée étendue de l'article 14
- D. L'article 14 et les notions de santé et de développement social
- E. Le statut de la santé comme « bien »
- F. La santé comme droit humain
- G. Responsabilité sociale, justice, solidarité et égalité
- H. L'article 14 dans ses rapports avec les autres articles de la Déclaration

IV. DOMAINES DE PRÉOCCUPATION PARTICULIERS

- A. Soins de santé
- B. Recherche
- C. Professionnels du secteur
- D. Éducation

V. LIGNES DE CONDUITE

- A. Procédures de décision
- B. Portée transnationale
- C. Comités nationaux de bioéthique

VI. BIBLIOGRAPHIE

Annexe I HISTOIRE SUCCINCTE DES INITIATIVES INTERNATIONALES POUR LA PROMOTION DU PRINCIPE DE LA RESPONSABILITÉ SOCIALE ET DE LA SANTÉ

Annexe II TOUR D'HORIZON DE LA SITUATION SANITAIRE DANS LE MONDE

I. INTRODUCTION

1. **La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme** (ci-après dénommée la « Déclaration ») a été adoptée par acclamation le 19 octobre 2005 par la Conférence générale de l'UNESCO à sa 33^e session. Dans son préambule, la Déclaration affirme qu'il est souhaitable, dans la mesure du possible, « de développer de nouvelles approches de la responsabilité sociale pour faire en sorte que le progrès scientifique et technologique aille dans le sens de la justice, de l'équité et de l'intérêt de l'humanité » ; un article entier - l'article 14 - est consacré à la question de la responsabilité sociale et la santé ⁽¹⁾. La présence de l'article 14 fait que la Déclaration ouvre des perspectives d'action qui vont au-delà de l'éthique médicale et réaffirme la nécessité de placer la bioéthique et le progrès scientifique dans le contexte d'une réflexion ouverte au monde politique et social.

2. L'article 14 a pour objet d'appeler l'attention des décideurs en médecine et sciences de la vie sur les préoccupations concrètes de la bioéthique, contribuant ainsi à réorienter la prise de décision bioéthique vers des problèmes qui sont urgents pour nombre de pays. Même si la liste n'est pas exhaustive, elle met en valeur cinq aspects précis comme domaines de décision prioritaires et universels à prendre en compte :

- (a) l'accès à des soins de santé de qualité et aux médicaments essentiels, notamment dans l'intérêt de la santé des femmes et des enfants ;
- (b) l'accès à une alimentation et à une eau adéquates ;
- (c) l'amélioration des conditions de vie et de l'environnement ;
- (d) l'élimination de la marginalisation et de l'exclusion fondées sur quelque motif que ce soit ;
- (e) la réduction de la pauvreté et de l'analphabétisme.

3. L'article 14 élargit donc considérablement le domaine d'action de la bioéthique, pour prendre en compte les problèmes sociaux et les problèmes fondamentaux associés à la prestation des soins de santé. Il formule des orientations pour les politiques des soins de santé. Les parties prenantes sont nombreuses : ce sont les gouvernements, les groupes organisés au sein des sociétés, tels que les communautés ayant pour signe distinctif par exemple leurs croyances religieuses ou leurs caractéristiques ethniques, les sociétés commerciales, les organisations politiques, les établissements d'enseignement, les services de prévention et de répression et d'autres.

4. L'article 14 exclut la possibilité de voir dans les frontières géographiques d'une société le point où prennent fin les responsabilités sociales. Si c'était le cas, cela encouragerait les gouvernements, dans l'exercice de leurs fonctions, à ne se préoccuper que des besoins et des intérêts de leurs ressortissants, et les sociétés commerciales que de ceux de leurs actionnaires, de leurs clients et de leurs employés. Alors que manifestement, les États ne peuvent plus être des poches isolées d'intérêts et de responsabilités. Le commerce international et la recherche, par exemple, mettent en jeu des relations sociales qui transcendent les frontières nationales.

¹ « 1. La promotion de la santé et du développement social au bénéfice de leurs peuples est un objectif fondamental des gouvernements que partagent tous les secteurs de la société.

2. Compte tenu du fait que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques ou sa condition économique ou sociale, le progrès des sciences et des technologies devrait favoriser :

- (a) l'accès à des soins de santé de qualité et aux médicaments essentiels, notamment dans l'intérêt de la santé des femmes et des enfants, car la santé est essentielle à la vie même et doit être considérée comme un bien social et humain ;
- (b) l'accès à une alimentation et à une eau adéquates ;
- (c) l'amélioration des conditions de vie et de l'environnement ;
- (d) l'élimination de la marginalisation et de l'exclusion fondées sur quelque motif que ce soit ;
- (e) la réduction de la pauvreté et de l'analphabétisme. »

5. Il n'en est pas moins vrai que les déséquilibres mondiaux contraires à l'équité demeurent les plus difficiles à résoudre. Il est bien connu que notre sens moral et notre capacité d'empathie se ressentent de la distance dans le temps et l'espace. En décidant fermement d'être solidaires, quelles que soient les formes de la solidarité, on pallierait la difficulté, en élargissant la responsabilité sociale. L'analyse bioéthique de l'article 14 devrait s'inscrire dans une perspective mondiale des problèmes de soins de santé que connaissent tous les êtres humains, bien que dans des conditions différentes, avec la prise en compte des ramifications de cette perspective dans des cultures et des traditions différentes.

6. L'article 14 est complexe, et il est indispensable d'en détailler les interprétations et les applications possibles. C'est la raison pour laquelle le Comité international de bioéthique (CIB) de l'UNESCO a décidé d'entreprendre une réflexion sur le principe de la responsabilité sociale et la santé, tel qu'il est énoncé dans cet article. Le présent rapport est l'aboutissement d'une longue réflexion du Comité, entamée à sa douzième session (Tokyo, décembre 2005), tout de suite après l'adoption de la Déclaration. Il n'a pas pour objet de doubler le travail ou les débats déjà consacrés aux questions de politiques de santé publique dont s'occupent d'autres organes internationaux, en particulier l'Organisation mondiale de la santé (OMS), travail et débats dont il a tiré profit. Il tente d'aborder ces questions d'un point de vue bioéthique, en développant les aspects éthiques et juridiques du principe de la responsabilité sociale dans ses rapports avec la santé.

II. LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE ET LES RESTRICTIONS D'ACCES AUX SOINS DE SANTE

7. En ce début du XXI^e siècle, nous devons réfléchir aux effets de deux processus différents et contradictoires. D'un côté, le progrès scientifique a mis à notre disposition des thérapeutiques, des techniques chirurgicales, des médicaments et des outils techniques de diagnostic et de traitement nouveaux et plus efficaces de maladies jadis considérées comme incurables. On perçoit de plus en plus l'importance des soins de santé comme droit fondamental. En conséquence, l'espérance de vie est dans bien des pays beaucoup plus longue qu'elle ne l'était pour les générations précédentes, et d'autres améliorations sont probablement à attendre. De l'autre, la situation sanitaire dans le monde porte un caractère inévitabile, dû pour l'essentiel à la pauvreté et au manque d'accès aux soins de santé.

8. On a commencé depuis peu à voir la politique sanitaire comme allant au-delà de la prestation et du financement de soins médicaux, du fait que, pour la santé de la population dans son ensemble, les conditions économiques et sociales qui font que les gens tombent malades et ont besoin de soins médicaux sont manifestement de la plus haute importance. Parmi ces conditions, on peut citer entre autres l'importance que garde tout au long de la vie ce qui détermine la santé pendant la première enfance, et les effets de la pauvreté, du chômage, de la malnutrition, des conditions de travail, de la drogue, des appuis sociaux, du mode de vie (y compris une alimentation suffisante), et la situation sur l'échelle sociale (on donne un aperçu des conditions sanitaires dans le monde à l'annexe II).

9. Selon l'OMS [Commission des déterminants sociaux de la santé (2008)], les déterminants de la santé sont notamment les environnements social, physique et économique, ainsi que les caractéristiques et les comportements individuels. Le contexte où vivent les gens détermine leur santé, pas moins que leur héritage génétique, leurs choix personnels et leur mode de vie. Il n'y a donc aucune raison de blâmer les gens d'être en mauvaise santé. Nombre des déterminants de la santé échappent au contrôle individuel direct. Ces déterminants comprennent des facteurs tels que les suivants :

- le revenu et la situation sociale - à un revenu et une situation sociale plus élevés correspondent une meilleure santé. Plus l'écart est grand entre les plus riches et les plus pauvres, plus les différences de santé sont marquées ;
- l'éducation - à un niveau d'instruction faible correspondent une mauvaise santé, plus de stress et moins de confiance en soi ;

- l'environnement physique - une eau salubre et un air pur, l'hygiène sur les lieux de travail, la sécurité dans le logement, dans les communautés et sur les routes concourent tous à une bonne santé ;
- l'emploi et les conditions de travail - les personnes pourvues d'un emploi sont en meilleure santé, surtout celles qui exercent plus de contrôle sur leurs conditions de travail ;
- les réseaux de soutien social - quiconque bénéficie d'un meilleur soutien de la famille, des amis et de la communauté est généralement en meilleure santé ;
- la culture - les coutumes et les traditions, ainsi que les croyances familiales et communautaires, retentissent toutes sur la santé ;
- les caractéristiques génétiques - le patrimoine génétique exerce une influence sur la durée de vie, l'état de santé et la probabilité de certaines maladies ;
- le comportement personnel et les capacités d'adaptation - une alimentation équilibrée, l'activité physique, l'usage du tabac, de l'alcool, et la manière de réagir au stress et aux difficultés de la vie ont tous des effets sur la santé ;
- les services de santé - l'accès aux services de prévention et de soins et leur utilisation exercent une influence sur la santé ;
- le genre - les hommes et les femmes souffrent de types différents de maladies à des âges différents.

10. Dans le monde entier, les personnes vulnérables et désavantagées ont moins d'accès aux ressources sanitaires, tombent plus malades et meurent plus tôt que celles qui occupent des positions sociales plus privilégiées. La part la plus importante des problèmes sanitaires est attribuable aux conditions sociales dans lesquelles les gens vivent et travaillent. Des soins de santé de bonne qualité sont indispensables au bien-être des populations, mais ne suffisent pas à répondre aux grands problèmes sanitaires et à compenser des situations sanitaires inéquitables. Les mesures visant à réduire ces inégalités ont pour objet d'améliorer le niveau de santé de tous afin de répondre pleinement aux besoins sanitaires des plus désavantagés, et de concourir à améliorer plus rapidement la santé des gens qui vivent dans des pays et des régions où le niveau de santé est moins bon.

11. Il est très important d'agir sur les grands déterminants de la santé pour réduire la charge que représente la maladie et favoriser la bonne santé de la population dans son ensemble. Si on n'agit pas sur les déterminants sociaux, les pays où les besoins sont les plus marqués ne parviendront à atteindre ni les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) de l'ONU qui concernent la santé, ni les objectifs mondiaux de réduction des maladies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer et le diabète. Les problèmes sont particulièrement urgents dans les pays en développement où la charge que représentent les maladies chroniques vient de plus en plus s'ajouter à celle qu'imposent les maladies infectieuses sans traitement.

12. La Commission des déterminants sociaux de la santé (2008) de l'OMS a récemment fixé les recommandations globales suivantes :

- (a) améliorer les conditions de vie quotidienne - les circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ;
- (b) agir face à la répartition inéquitable de la puissance, de l'argent et des ressources - facteurs qui conditionnent ces conditions de vie quotidienne - aux niveaux mondial, national et local ;
- (c) mesurer le problème, évaluer l'efficacité de l'action, développer la base de connaissances, faire en sorte de former la main-d'œuvre aux déterminants sociaux de la santé, et sensibiliser le public à ces déterminants.

III. RESPONSABILITE SOCIALE ET SANTE : LES DIMENSIONS ETHIQUES ET JURIDIQUES

A. L'apparition de la notion de responsabilité sociale

13. Les obligations morales sont profondément ancrées dans les relations sociales et sont donc indissociables de la société. Leur point d'ancrage est dans les institutions sociales, comme la famille, et dans les pratiques sociales telles que la parole à tenir. Elles sont indépendantes du droit, dans la mesure où elles ne relèvent généralement pas de la justice. En fait, si elles en relèvent, il est manifeste que les lois invoquées trouvent leur origine dans des engagements et des responsabilités sociales qui, s'ils sont négligés, entraînent des conséquences sociales totalement inadmissibles que la société cherche à rectifier.

14. Ce n'est que récemment que l'expression « responsabilité sociale » est entrée dans l'usage. Elle est apparue dans le contexte de l'éthique d'entreprises privées et d'institutions, pour définir les devoirs moraux que ces entreprises ont à l'égard des sociétés dans lesquelles elles sont implantées, au-delà des restrictions et des obligations déterminées par les lois. Cette expression relativement nouvelle suppose un élargissement de la notion de responsabilité des personnes aux groupes, aux communautés, aux institutions et aux entreprises, publiques et privées. Les institutions et les entreprises, comme les personnes, ont des devoirs moraux qui vont au-delà de ce qui est requis par les lois. Autrement dit, les institutions et les entreprises ont non seulement une personnalité juridique mais également une personnalité morale, et sont tenues d'assumer des devoirs qui sont exclusivement moraux, en dehors de ceux que fixe le droit. Ce sont entre autres les devoirs dits « citoyens ».

15. D'un point de vue moral, les devoirs de la responsabilité sociale sont à comprendre comme faisant partie de ce qui s'est traditionnellement appelé en éthique les « devoirs imparfaits ». Ces devoirs, également appelés « devoirs de bienveillance », ont un caractère obligatoire pour les personnes, mais ne peuvent être ni exigés ni demandés ni imposés par autrui ou par l'État. Le mot « imparfaits » ne signifie pas que ces devoirs aient moins d'importance que ceux que l'on appelle « devoirs parfaits », ou « devoirs juridiques » (comme payer ses impôts). Il signifie simplement qu'il n'y a pas coercition juridique. Les devoirs parfaits sont d'ordre public ; l'État peut exiger qu'ils soient remplis, à la différence des devoirs imparfaits. Cette différence est importante, surtout lorsqu'on considère les obligations procédant d'un droit fondamental. Les devoirs sont en corrélation avec les droits : s'il y a accord universel sur certains devoirs, il devient possible de définir un ensemble de droits universels correspondant à ces devoirs. C'est là l'origine des droits de l'homme. Ces droits ont été définis pour déterminer les devoirs que tous les êtres humains ont les uns envers les autres. La responsabilité et la responsabilité sociale, en revanche, semblent liées uniquement au vocabulaire moral des devoirs imparfaits. Il peut donc sembler qu'elles aient moins d'efficacité. Les personnes, de même que les institutions et les entreprises, ont des devoirs qui ne peuvent leur être imposés ni par autrui ni par les États. Mais ce qui est en jeu ici est un droit fondamental à la santé. Les États et les gouvernements sont appelés à remplir des obligations spécifiques à l'égard de leurs ressortissants dans toute la mesure des ressources disponibles, afin de rechercher et progressivement d'assurer le plein exercice du droit à la santé.

B. Le devoir moral de responsabilité sociale

16. C'est là le contexte de l'analyse éthique de l'article 14 de la Déclaration. La nouveauté et l'importance de cet article tiennent à ce qu'il élargit la notion de responsabilité sociale, en l'appliquant non seulement au domaine privé, mais aussi au domaine public. L'esprit en est que les États ont aussi des devoirs de responsabilité sociale. Ces devoirs sont donc applicables dorénavant non seulement aux personnes ou aux organismes privés, mais aussi aux institutions et entreprises publiques. Le paragraphe 2 de l'article premier de la Déclaration souligne qu'elle « s'adresse aux États », et les articles 21, 22, 23, et 24 réaffirment qu'ils ont des responsabilités pour lesquelles ils sont irremplaçables.

17. S'agissant des biens sociaux primaires, les devoirs de responsabilité sociale des États sont des devoirs parfaits, et donc en corrélation avec les droits. Mais pour l'interprétation de cette affirmation, le critère est de savoir si l'objectif peut être atteint. Il faut savoir aussi que les droits économiques, sociaux et culturels des personnes ne sont en corrélation avec les devoirs des États que dans les limites établies par l'État lui-même. C'est la différence avec les autres droits de l'homme, les droits dits civils et politiques, pour lesquels chacun, en toute circonstance, peut saisir la justice.

C. Portée étendue de l'article 14

18. Le premier paragraphe de l'article 14 est d'importance cruciale pour une bonne compréhension de la très large portée de l'article dans son ensemble. Il dit clairement que la promotion de la santé et du développement social est non seulement un objectif, mais « un objectif fondamental des gouvernements », et qu'il n'est pas à poursuivre simplement par la persuasion morale. Le caractère central de cet objectif est facile à justifier dans la tradition démocratique. Un argument qui peut sembler surprenant en justifie la poursuite par une analyse inspirée d'une approche renouvelée de la doctrine de Hobbes sur les obligations du souverain : protéger les citoyens de la menace de guerre ou de violence. À notre époque nous ajoutons le risque de décès dû à une maladie (laissée sans soins) comme une des principales menaces qui pèsent sur les citoyens. La souveraineté, pour être légitime, doit donc être la capacité de protéger les citoyens des menaces actuelles, ce qui donne une raison de faire de la promotion de la santé, et de la protection contre ce qui la menace, un but central des gouvernements. De même, les États sont tenus de protéger les citoyens contre des menaces sociales telles que la pauvreté ou une grave détérioration de l'environnement.

19. L'article 14 énonce clairement aussi que tous les secteurs de la société participent à la promotion de la santé et du développement social. La santé est un bien fondamental parce qu'elle entre pour une bonne part dans le bien-être et le contentement. Le bien-être et les conditions de vie de chaque personne sont liés au développement social. Il s'agit là d'une affirmation normative et non descriptive, qui est peut-être la plus importante de l'article. Il peut arriver que dans une société, un secteur ne se sente aucune responsabilité pour la santé et le développement social, et n'agisse pas de façon à les promouvoir. L'article 14 nie toute légitimité à ces arguments. Aucun groupe de la société ne peut s'isoler de la responsabilité de promouvoir la santé et le développement social. Le corollaire est que l'on est fondé à critiquer un groupe qui ne prend pas au sérieux cette responsabilité, que la critique vienne du gouvernement ou d'associations de la société civile. Il peut être difficile de définir avec précision qui au juste est visé par cette critique, car même si on a une idée intuitive de ce qu'est un « groupe de la société », il est rare qu'il ait un représentant naturel ou élu auquel adresser la critique. On peut estimer par exemple que les industries alimentaires ne prennent pas au sérieux, ou pas assez au sérieux, leur responsabilité de prévenir l'obésité chez les enfants, mais il peut ne pas y avoir de représentant aisément désigné de ces industries à qui adresser la critique, ou qui soit en mesure d'y donner suite.

D. L'article 14 et les notions de santé et développement social

20. Dans les textes philosophiques concernant la notion de santé, l'accord ne se fait que sur deux points : (1) la santé n'est pas le contraire de la maladie, et (2) la définition de la santé comme « bien-être physique, psychologique et social complet » définit peut-être un état de l'être humain, mais elle ne définit pas la santé. Si l'on acceptait la deuxième définition, cela signifierait que tous les domaines des politiques sociales intéressent la santé, puisqu'ils retentissent tous sur le bien-être psychologique et social.

21. Deux conceptions philosophiques sont en lice pour définir la santé :

- la conception biostatistique : la santé comme état de fonctionnement spécifique d'une espèce donnée ;
- la conception de l'action hypothétique : la santé comme capacité de poursuivre des objectifs choisis en toute autonomie.

22. Dans la conception biostatistique, la santé est vue comme un état biologique objectif, que l'on peut définir en termes de fonctionnement spécifique d'une espèce donnée, par référence à une classe définie en fonction de l'âge et du genre. Un organe sain (en bonne santé) est donc un organe qui fonctionne selon la manière spécifique de l'espèce, et un organisme sain est un organisme dont toutes les parties fonctionnent au niveau typique de l'espèce. L'attrait de cette conception de la santé est qu'elle semble objective, exempte de l'influence de quelque valeur et liée uniquement à la biologie. Elle a été critiquée parce qu'elle cacherait les jugements de valeur inspirant le choix de la classe de référence, et qu'elle permet difficilement de rendre compte des maladies mentales et des éléments subjectifs de la mauvaise santé et de la maladie.

23. Dans la conception de l'action hypothétique, la santé est l'ensemble des propriétés biologiques et mentales qui permettent à un agent de poursuivre des objectifs. Un agent en bonne santé est donc celui que la biologie ne restreint pas dans la poursuite de ses objectifs raisonnables. Cette conception repose ouvertement sur des valeurs, car ce qu'une personne voit comme bonne santé peut n'être pas vu de même par une autre personne si elles ont dans la vie des objectifs raisonnables différents. Les valeurs entrent en jeu également pour ce qui est considéré comme « objectifs raisonnables ». L'attrait de cette conception de la santé est qu'elle établit un lien inhérent entre la santé et les raisons principales pour lesquelles nous lui attachons une grande valeur. Elle a été critiquée parce qu'elle permet d'un côté de classer trop d'états comme états de bonne santé (lorsqu'une personne n'a que des objectifs limités) et de l'autre d'en classer trop comme de mauvaise santé (lorsqu'une personne a de grands objectifs ambitieux).

24. Il est plausible que la conception de l'action hypothétique soit plus proche de la conception de la santé et de sa valeur qui s'exprime au paragraphe 2 (a) de l'article 14 de la Déclaration, « ...la santé est essentielle à la vie même et doit être considérée comme un bien social et humain », qui n'est manifestement pas purement biologique. Toutefois, pour nombre de décisions politiques (pour les interventions de santé publique), la conception de la santé adoptée par le décideur n'aura pas d'importance. L'intersection des ensembles d'états classés comme de bonne (ou de mauvaise) santé dans les deux conceptions est importante, et la plupart des personnes touchées par ces décisions sont en mauvaise santé et ont besoin d'une intervention dans l'une et l'autre conception.

25. Il est plus compliqué de déterminer ce que recouvre la notion de « développement social » en partie parce que la référence au « social » est vague, et en partie parce que le concept de « développement » est lui-même contesté. Il peut se produire une évolution sociale positive dans toute la gamme des secteurs et des activités de la société, mais ces manifestations de développement social n'ont pas toutes la même importance, et il serait étrange par exemple de voir un phénomène de développement social dans le fait que les adolescents chantent plus juste et plus en mesure, et d'en faire un changement à promouvoir comme objectif central par le gouvernement, même s'il est hors de doute que ce serait une bonne chose pour la société.

26. Il y a donc lieu de s'interroger sur les phénomènes de développement social qui entrent dans les obligations énoncées à l'article 14. On sera aidé dans cette tâche par l'explication partielle figurant dans les alinéas (a) à (e) du paragraphe 2 de l'article :

- (a) l'accès à des soins de santé de qualité et aux médicaments essentiels, notamment dans l'intérêt de la santé des femmes et des enfants, car la santé est essentielle à la vie même et doit être considérée comme un bien social et humain ;
- (b) l'accès à une alimentation et à une eau adéquates ;
- (c) l'amélioration des conditions de vie et de l'environnement ;
- (d) l'élimination de la marginalisation et de l'exclusion fondées sur quelque motif que ce soit ;
- (e) la réduction de la pauvreté et de l'analphabétisme.

27. Tout changement social entraînant une amélioration dans l'un des domaines mentionnés ici constitue par lui-même un phénomène de développement social, que les gouvernements et tous les secteurs de la société doivent encourager.

28. Il importe de noter que les phénomènes de développement social à encourager concernent les conditions matérielles (l'accès à l'eau par exemple), les structures formelles et culturelles (comme l'élimination de la marginalisation et de l'exclusion), et l'éducation (la réduction de l'analphabétisme par exemple). La promotion du développement social vise une large gamme de phénomènes et doit faire appel à la participation de la plupart des groupes sociaux. La promotion du développement social et celle de la santé sont liées de manière contingente, les domaines visés par le développement social étant en même temps les déterminants sociaux de la santé.

E. Le statut de la santé comme « bien »

29. Le paragraphe 2 de l'article 14 dit au premier aliéna que « ...la santé est essentielle à la vie même et doit être considérée comme un bien social et humain ». Mais quelle sorte de bien au juste ?

30. De nombreuses théories philosophiques et éthiques font de la santé un bien fondamental, soit par elle-même soit en vertu des liens étroits entre la santé, le bien-être et la participation sociale. Le cas des personnes qui n'attachent pas de valeur à la santé ou pour qui la santé n'est pas importante ne modifie pas ces arguments. Il n'y a guère de doute par ailleurs que des citoyens en bonne santé sont un avantage pour la société, et que la santé est un bien social ou public. La santé de chacun améliore l'ensemble des conditions sociales.

31. En fait, l'argument « la santé est un bien public » se heurte à des obstacles importants. Il n'est manifestement pas vrai que la plupart des formes de soins de santé ne comportent ni rivalité ni exclusion. Les ressources physiques et les ressources en personnel ne sont pas infinies, ce qui entraîne une rivalité entre les consommateurs, et il est très facile par ailleurs d'exclure des gens des soins de santé ou des avantages qu'ils présentent. Les connaissances concernant les soins de santé ne comportent pas de rivalité, mais elles peuvent comporter une exclusion, et se trouvent donc en dehors de la définition d'un bien public économique. La tendance croissante à breveter des inventions thérapeutiques issues d'universités montre que l'exclusion est possible en matière de connaissances sur les soins de santé, et que cette exclusion est vue par certains comme souhaitable du point de vue économique. Il y a pourtant des domaines où il est plus plausible de considérer la santé comme bien public économique, en particulier lorsqu'il s'agit de prévention et de traitement des maladies infectieuses. Mais surtout, en reconnaissant que la santé peut être considérée comme bien privé au sens économique, on ne nie pas le fait qu'elle est un bien public au sens plus large exposé plus haut, à savoir qu'une société dont les citoyens sont en bonne santé est meilleure que celle où il y a beaucoup de malades.

32. Dans certaines théories de l'éthique, on affirme qu'en parlant de la santé comme d'un bien public, on la traite comme un produit et non pas comme un besoin de base. Si l'on accepte cet argument, le bien public étant le bien de tous, et non pas un bien individuel supplémentaire, il est difficile d'échapper au devoir de concourir à ouvrir l'accès aux soins de santé à tous les gens du monde.

33. L'apparition et la réapparition de maladies contagieuses et de pandémies soulignent combien il est important de penser la santé sous l'angle mondial, et aussi sous l'angle économique. Cette perspective, qui s'éloigne de la bioéthique centrée sur l'individu, doit prendre en considération les différences contextuelles et culturelles. Soigner et guérir n'ont pas le même rang de priorité et ne se traduisent pas dans les mêmes politiques d'un pays à l'autre. Mais les dirigeants politiques doivent s'efforcer d'allouer des ressources à la prévention de la maladie et à la protection et la promotion de la santé. En considérant la santé comme bien public universel, on peut aussi inciter les pays à chercher une répartition plus équitable des ressources de santé.

F. La santé comme droit de l'homme

34. Décembre 2008 a marqué le 60^e anniversaire de la Déclaration universelle des droits de l'homme, sur laquelle est fondé le code international des droits de l'homme. Ce code, qui offre un ensemble de normes convenues à l'échelon international pour orienter et évaluer le comportement des gouvernements dans une gamme étendue de secteurs, retentit de manière directe et précise sur la médecine, la santé publique et les systèmes sanitaires. Si les soins de santé font défaut, et qu'il n'y a pas d'engagement à promouvoir la santé, c'est une atteinte directe au droit qui est tout bonnement la pierre d'angle de tous les autres : le droit à la vie.

35. L'accès aux soins de santé et le droit à la santé ne sont toutefois pas synonymes. Il est naturellement impossible de garantir quelque chose comme un droit perpétuel à la santé. En revanche, le simple droit aux soins de santé peut sembler trop étroit pour inclure des facteurs importants tels qu'une situation environnementale sans danger ou un assainissement adéquat. La communauté internationale a donc précisé en extension et en compréhension la notion de droit à la santé. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) inclut dans le droit international des droits de l'homme, comme disposition centrale, le droit à la santé, spécifiant de manière décisive : « Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre » (article 12). Le contenu de ce droit est ce qui est effectivement susceptible d'être atteint, et non pas toutes les possibilités auxquelles on pourrait songer. En revanche, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU a adopté en 2000 son observation générale 14, où il est dit que le droit à la santé, outre l'accès aux soins de santé, comprend les facteurs déterminants de la santé, le droit à la non-discrimination, la participation et la responsabilité.

36. Accepter comme norme ce qui est susceptible d'être atteint signifie que les mesures à prendre ne sont pas de celles qui peuvent se réaliser du jour au lendemain, et qu'elles sont expressément soumises à une réalisation progressive et à la disponibilité de ressources. Parallèlement, ce droit humain « fondamental » englobe un grand nombre de responsabilités et d'objectifs : soins médicaux, accès à l'eau potable, assainissement adéquat, éducation, informations sur la santé et autres déterminants de la santé. Il englobe des libertés, telles que le droit de ne pas subir de discrimination et de ne pas être soumis à traitement médical qu'on n'a pas choisi, et ouvre des droits tels que le droit aux soins de santé primaires essentiels. Comme les autres droits humains, le droit à la santé s'applique aux populations pauvres et défavorisées. Il exige qu'il existe un système de santé efficace, adapté et intégré de bonne qualité, qui soit accessible à tous.

37. La réalisation progressive signifie aussi qu'un pays est tenu d'améliorer régulièrement ses résultats en matière de droits de l'homme ; s'il n'y a pas de progrès, le gouvernement du pays considéré est tenu de fournir une explication rationnelle et objective. Du fait qu'ils disposent de plus de ressources, on attend plus des pays à revenu élevé que de ceux à revenu faible. Mais le droit à la santé impose aussi certaines obligations immédiates, telles que la non-discrimination et l'obligation faite aux États d'avoir un plan national de soins et de protection de la santé. De plus, il oblige à avoir des indicateurs et des valeurs repères permettant d'en contrôler la réalisation progressive, et à faire en sorte que les personnes et les communautés aient la possibilité de participer activement et en pleine connaissance de cause à la prise des décisions de santé qui les touchent. En vertu du droit international des droits de l'homme, les pays développés portent une certaine responsabilité pour le droit à la santé dans les pays en développement. Le droit à la santé donnant naissance juridiquement à des droits et à des obligations, il faut des dispositifs efficaces de contrôle et de responsabilisation.

38. Selon le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, ce droit est constitué de normes mondiales donnant naissance à des obligations légales, ce qui entraîne la nécessité de dispositifs efficaces de responsabilisation. L'effet combiné de ces trois dimensions - normes, obligations et responsabilisation - peut avoir pour résultat l'autonomisation de personnes et de communautés défavorisées.

G. Responsabilité sociale, justice, solidarité et égalité

39. Quel que soit le contenu que puisse recouvrir le concept de dignité humaine dans des cultures et des traditions différentes, un droit fondamental doit être conçu en termes d'égalité. Cela signifie, suivant la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, qu'aucune distinction, notamment « de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation », ni aucune « distinction fondée sur le statut politique, juridique ou international du pays ou du territoire dont une personne est ressortissante » ne doit servir de facteur de restriction ou de limitation (article 2). Dans le cas des soins de santé, pourtant, ce qu'on peut exiger comme droit n'est pas celui de rechercher le meilleur état de santé, mais le meilleur qui puisse être atteint. Cette idée de « ce qui peut être atteint » implique, comme nous l'avons déjà souligné, l'acceptation de certaines limites. Implique-t-elle pour autant l'acceptation des inégalités ? Or, ce que l'on voit au niveau national et surtout international, ce sont des inégalités énormes et croissantes. Y a-t-il là un véritable dilemme ou l'expression inévitable d'un passage de la dimension des règles juridiques à celle de principes moraux sans caractère contraignant ?

40. Les débats actuels sur la justice, la solidarité et l'égalité sont utiles pour bien comprendre la justification et la portée des obligations imposées par l'article 14, en particulier du fait que ces concepts sont mentionnés dans les autres articles précédant l'article 14 dans la Déclaration. La solidarité est probablement le plus contesté des trois concepts. Il existe une idée commune et partagée de ce que sont la justice et l'égalité, même s'il y a désaccord sur ce que la justice exige de nous et sur la nécessité de poursuivre l'égalité comme objectif. Mais pour la solidarité, la teneur et l'importance normative du concept restent mal définis. Le propos ici n'est pas de donner une analyse détaillée de la solidarité dans les nombreuses formes qu'elle peut prendre, mais d'esquisser une façon assez commune de comprendre la solidarité sociale, où elle est pour l'essentiel un concept de groupe. On voit bien là que la solidarité est différente de la justice. Selon la conception de groupe de la solidarité sociale, s'il n'y a pas de groupe définissable, la solidarité n'a pas de sens. Il faut par ailleurs distinguer la solidarité horizontale - entre pairs - de la solidarité verticale, celle qui lie les chefs et ceux qui les suivent, ou l'autorité et ceux qui y sont soumis.

41. L'engagement en faveur de la justice n'est pas nécessairement un engagement en faveur de l'égalité, même si le maximum d'égalité reste le but ultime lorsque la vie de chacun est en jeu. La norme d'équité et de justice oblige en tout cas à assurer à chacun le minimum nécessaire pour soutenir la dignité humaine. Au niveau national, assurer le meilleur état de santé qu'il soit possible d'atteindre et l'accès à des soins de santé de qualité, sans distinction - entre autres - de situation économique, fait partie des obligations contraignantes des gouvernements. Au niveau international, les États restent libres de choisir ce qu'ils veulent faire. Même dans l'Union européenne, peut-être la tentative la plus avancée de mettre en place un cadre d'intégration politique novateur, « le domaine de la santé relève pour l'essentiel de la responsabilité des États membres ». De ce fait, le rôle d'autres organisations prend plus d'importance, et un appel à la solidarité devient inévitable.

42. Dans la plupart des groupes, il existe une tendance à la bienveillance envers les autres membres du groupe, mais la solidarité exige plus que cela. Elle nécessite une idée de vie ou de destin partagé. Elle nécessite aussi un sentiment d'appartenance, d'intégration ou d'enracinement de chacun des membres du groupe. C'est ce sentiment d'appartenance qui est la motivation sous-jacente transformant le sentiment passif d'un destin commun en activité au service d'objectifs communs. Si la solidarité peut être mise au service d'objectifs tels que la promotion de la santé et du développement social, elle peut être une puissante force de motivation.

H. L'article 14 dans ses rapports avec les autres articles de la Déclaration

43. L'article 14 de la Déclaration ne peut être interprété comme un fragment isolé. En vertu de l'article 26 de la Déclaration, toute interprétation doit tenir compte de l'ensemble de la Déclaration, en particulier du contexte des autres principes, ce qui restreint et oriente les interprétations possibles concernant les valeurs fondamentales sur lesquelles repose la Déclaration.

44. Il faut dire tout d'abord que l'article 14 est à lire à la lumière de l'article 13 consacré à la solidarité et à la coopération (« La solidarité entre les êtres humains ainsi que la coopération internationale à cette fin doivent être encouragées »), où s'exprime l'engagement de fonder la déclaration non seulement sur une idée individualiste des droits mais aussi sur l'importance de la solidarité entre personnes et entre communautés, avec une prise en compte spéciale de ceux qui sont vulnérables (article 8). La coopération entre personnes, entre familles, entre groupes et communautés doit être un élément spécial de la prise de décision et de la mise en place de pratiques appropriées dans les domaines relevant de la Déclaration. Les dimensions internationales des soins de santé sont actuellement plus importantes que jamais auparavant. Des maladies rares, parfois négligées dans les systèmes de soins de santé à l'échelon national, peuvent présenter un grand danger dans d'autres parties du monde, et la coopération internationale s'impose donc. Pour la prévention du VIH/SIDA, par exemple, les dimensions éthiques des soins de santé transcendent fréquemment les frontières nationales.

45. Les progrès de la science et de la technologie étant considérés comme cruciaux pour la santé et le développement social, il apparaît clairement que les articles 15, 23 et 24 sont également très pertinents pour la promotion de ce développement. Il est dit de plus dans ces articles que les pays industrialisés à revenu élevé assument une responsabilité spéciale pour ce qui est de promouvoir le partage des bienfaits, la solidarité et la coopération internationale en science et en technologie, responsabilité qu'ils doivent exercer en aidant les pays en développement à renforcer leurs capacités, pour leur permettre de tirer parti du progrès scientifique et technique et de se doter de leurs propres politiques de recherche et de leurs propres compétences scientifiques et technologiques.

46. L'article 15⁽²⁾, qui traite des bienfaits résultant de la recherche scientifique et de ses applications, et de la nécessité de les partager avec la société et la communauté internationale, fait écho à l'article 14. Il désigne comme domaines concrets d'application de ce partage l'accès à des soins de santé de qualité et la fourniture de nouveaux produits et moyens thérapeutiques ou diagnostiques, issus de la recherche.

47. L'intérêt de l'article 21 (« Pratiques transnationales ») pour l'article 14 tient au rôle crucial attribué au « progrès des sciences et des technologies » pour la promotion de la santé et du développement social. Il est dit au paragraphe 3 de l'article 21 que la recherche transnationale en matière de santé « devrait répondre aux besoins des pays hôtes ». Il

2 « 1. Les bienfaits résultant de toute recherche scientifique et de ses applications devraient être partagés avec la société dans son ensemble ainsi qu'au sein de la communauté internationale, en particulier avec les pays en développement. Aux fins de donner effet à ce principe, ces bienfaits peuvent prendre les formes suivantes :

- (a) assistance spéciale et durable et expression de reconnaissance aux personnes et groupes ayant participé à la recherche ;
- (b) accès à des soins de santé de qualité ;
- (c) fourniture de nouveaux produits et moyens thérapeutiques ou diagnostiques, issus de la recherche ;
- (d) soutien aux services de santé ;
- (e) accès aux connaissances scientifiques et technologiques ;
- (f) installations et services destinés à renforcer les capacités de recherche ;
- (g) autres formes de bienfaits compatibles avec les principes énoncés dans la présente Déclaration.

2. Les bienfaits ne devraient pas constituer des incitations inappropriées à participer à la recherche. »

s'ensuit que la promotion de la santé et du développement social ne relève pas de la seule responsabilité du gouvernement d'un pays qui accueille des recherches transnationales ; les États qui parrainent la recherche transnationale portent eux aussi la responsabilité de garantir que cette recherche transnationale menée dans un pays hôte concourt à répondre aux besoins de recherche de ce pays particulier. L'article 21, qui plus est, s'adresse non seulement aux États et aux gouvernements participant à ces pratiques transnationales, mais aussi aux institutions publiques et privées qui y sont associées. Cela revient à dire que la promotion de la santé et du développement social dans un pays accueillant des recherches transnationales relève aussi de la responsabilité partagée de ces institutions qui y participent. Le paragraphe 2 de l'article 22 souligne le rôle des États pour la mise en place de comités d'éthique indépendants, pluridisciplinaires et pluralistes. La pertinence de ces institutions vis-à-vis de l'article 14 tient au rôle qu'elles pourraient jouer pour la définition de politiques viables de recherches prioritaires pour la santé et le développement social dans les pays en cause.

48. La pertinence de l'article 23 (Éducation, formation et information en matière de bioéthique) pour l'article 14 tient également au rôle crucial attribué au « progrès des sciences et des technologies » en vue de la promotion de la santé et du développement social, dans la mesure où ce développement est fonction :

- de la production, de la mise en œuvre et de l'utilisation de produits technologiques adaptés au contexte, mais aussi
- de l'information, et de la sensibilisation des chercheurs, des décideurs et du public aux incidences éthiques et aux possibilités du progrès des sciences et des technologies.

IV. DOMAINES DE PREOCCUPATION PARTICULIERS

A. Soins de santé

49. Améliorer la santé n'est pas seulement un résultat du développement, c'en est aussi une prémisses indispensable. C'est pourquoi le retour sur investissements consacrés à la santé a un des taux les plus élevés que puisse obtenir un pays. Il se produit un écart croissant entre les connaissances médicales et la pratique médicale, que l'on appelle parfois « la fracture savoir-faire ». Malgré des avancées biomédicales et biotechnologiques importantes qui ont des résultats favorables, réduisant la morbidité et la mortalité, l'accès aux soins de santé est loin d'être satisfaisant. Des millions d'êtres humains n'ont pas accès à des soins de santé convenables. Même dans les pays développés, nombre de traitements préventifs bien établis ne sont pas utilisés, ce qui entraîne par la suite des complications et parfois la nécessité de recourir à des traitements plus coûteux, lorsque la maladie qui aurait pu être prévenue frappe effectivement. De nombreux traitements efficaces sont souvent sous-utilisés ou mal utilisés.

50. Il y a des exemples pour illustrer l'ampleur de ce problème : 27 millions d'enfants n'ont pas été vaccinés contre différentes maladies ; nombre de patients ne reçoivent pas un traitement basé sur des données factuelles ; 30 % environ des patients ayant fait un infarctus du myocarde ne reçoivent pas l'aspirine qui pourrait en prévenir de nouveaux ; 50 % des patients souffrant d'affections coronaires ne reçoivent pas de bêtabloquants, 37 % seulement reçoivent des statines, et moins de 40 % ont un taux de cholestérol LDL inférieur à 100, alors que ce sont tous des facteurs de prévention des accidents coronariens. Faute d'utiliser en prévention primaire ou secondaire des traitements d'efficacité avérée, on a ensuite des complications qu'il faut traiter par des méthodes plus coûteuses. L'hypertension et la dépression non diagnostiquées et non traitées, de même que les lacunes des soins prénatals, sont des exemples de services médicaux sous-utilisés.

51. Il arrive aussi que des patients subissent des interventions médicales dans des circonstances où les risques peuvent être plus forts que les avantages ; des patients sont exposés à des traitements coûteux pour la simple raison que la technologie existe, alors qu'ils ne peuvent raisonnablement en attendre quelque avantage ; divers traitements nouveaux, dont les avantages sont connus scientifiquement, sont en concurrence avec des thérapeutiques utilisées tous les jours sans preuve d'efficacité ou même avec des résultats nuisibles ; des thérapeutiques ayant fait leurs preuves pour une situation clinique donnée sont également utilisées dans d'autres contextes cliniques où on ne sait rien de leur efficacité. Les antibiotiques font souvent l'objet d'une utilisation abusive, qui multiplie les réactions indésirables et la résistance aux antibiotiques. La littérature scientifique fait également état d'une utilisation abusive des angiogrammes coronaires, des endartériectomies carotidiennes, des endoscopies gastro-intestinales et des stimulateurs cardiaques.

52. Outre les problèmes notables exposés ci-dessus, les systèmes de soins de santé se trouvent face à un problème des plus difficiles : le coût des soins médicaux a poussé les dépenses très au-delà des limites de tout budget réaliste, même dans les pays les plus riches. Cette hausse des coûts des soins de santé limite pour nombre de patients les possibilités de bénéficier du traitement dont ils peuvent avoir besoin.

53. Même si on accepte que l'égalité complète d'accès aux meilleurs soins restera hors d'atteinte, chaque membre de la société, quelle que soit sa situation économique, devrait avoir un accès équitable à des soins de santé d'un niveau adéquat. Pour qu'un système de santé soit juste et équitable, il faut d'abord qu'il soit efficace. Outre les décisions de gestion à prendre pour y parvenir, il y a d'importantes questions éthiques à se poser : les nouvelles technologies doivent-elles toutes être utilisées pour tous les patients ? Faut-il traiter tous les patients ? Les nouvelles technologies médicales sont-elles utilisées pour sauver des personnes ayant de bonnes chances d'avoir une qualité de vie acceptable, ou servent-elles pour des personnes dont le pronostic (espérance de vie et qualité de vie) est mauvais ?

54. On accepte de nos jours l'idée qu'un certain rationnement des soins de santé est nécessaire. Quels sont les critères à appliquer ? Les solutions ne sont pas faciles à trouver, et il faudra avant tout, pour traiter ces problèmes, un programme éducatif intensif qui devrait toucher tous les membres de la société, suivi d'un large débat qui servirait à :

- définir les notions de santé et de maladie, et comprendre les limites de la technologie ;
- déterminer des stratégies permettant de définir les nécessités en matière de soins de santé, ainsi que les critères à appliquer pour fixer un minimum décent à cet égard ;
- réfléchir aux critères de rationnement acceptables, et préciser les limites des droits des patients pour ce qui est de l'utilisation des nouvelles technologies.

55. Pour des soins de santé de qualité, il faut : (1) pratiquer en temps voulu une prévention ou un traitement adéquats, basés sur des données factuelles ; (2) éviter ou réduire les effets nocifs primaires ou secondaires ; (3) respecter les désirs du patient ; (4) préserver la relation coût-avantage.

56. Notre responsabilité morale s'accroît à mesure que se développent nos connaissances. Lorsqu'une personne tombe malade ou meurt à cause d'une maladie pour laquelle on ne connaît ni prévention ni traitement efficaces, il n'y a pas de responsabilité morale, mais s'il s'agit d'une maladie qu'il est possible de prévenir ou de traiter efficacement il existe une énorme responsabilité morale que les sociétés doivent assumer. Les membres de la société comme les patients supportent de lourdes conséquences lorsqu'il n'y a pas de système de soins de santé de qualité adéquate, d'où des vies perdues, des fonctionnements réduits et des ressources gaspillées. Pour améliorer la qualité des systèmes de soins de santé, il faut que coopèrent toutes les institutions et tous les membres de la société, chacun connaissant et acceptant ses responsabilités à cet égard.

B. Recherche

57. Si on veut améliorer la santé, il faut utiliser efficacement la recherche existante. Il faut aussi, et c'est crucial, qu'il y ait des recherches visant à créer des connaissances nouvelles et de nouvelles technologies. Il s'agit là de toutes les catégories de recherche : (a) sciences biomédicales (création de nouveaux médicaments, vaccins, moyens de diagnostic et appareillage accessibles et d'un prix abordable), (b) recherche sur les systèmes et les politiques de santé, sciences sociales, sciences politiques, économie de la santé, recherche comportementale et opérationnelle, (c) recherche épidémiologique sur les rapports entre la santé et les environnements culturel, matériel, politique et social.

58. La recherche au service de la santé peut apporter un grand concours tant à la santé que plus généralement au développement. Au Forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé (Bamako 2008), les ministres des sciences et des technologies, les ministres de l'éducation et les représentants ministériels de 62 pays ont reconnu que dans un monde qui doit faire face à des problèmes ardu d'ordre environnemental, démographique, social et économique, la recherche est indispensable pour éclairer la nature et l'ampleur des problèmes de santé, mettre au point et pratiquer des interventions qui sauvent des vies, et accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement. L'« Appel à l'action » de Bamako engage les gouvernements à donner la priorité à la définition de politiques de recherche et d'innovation au service de la santé, dans le cadre de leurs stratégies nationales plus générales.

59. Pourtant, il y a de nombreux pays où on ne tire pas le meilleur parti des avantages de la recherche au service de la santé, parce que les investissements consentis sont faibles, qu'on n'a pas l'habitude de baser les décisions sur les données factuelles, ou que les capacités sont insuffisantes. Il faut là une aide internationale pour que la recherche au service de la santé soit bien intégrée à l'ensemble du système, d'une manière qui améliore les systèmes de recherche sanitaire dans les pays.

60. En outre, ce n'est qu'une faible part des ressources mondiales de recherche sanitaire qui est consacrée à la recherche de solutions aux problèmes de santé des pays en développement. En 1990, la Commission de recherche en santé pour le développement avait estimé que moins de 10 % des ressources mondiales de recherche en santé (qui étaient de 30 milliards de dollars des États-Unis par an en 1986) étaient consacrés aux problèmes de santé des pays en développement, qui représentaient plus de 90 % des problèmes de santé du monde, déséquilibre qu'on a appelé par la suite « l'écart 10/90 ». La recherche en santé représente actuellement dans le monde des sommes bien plus considérables : la dernière estimation est de 105,9 milliards de dollars des États-Unis pour 2001, dont 44 % dépensés par le secteur public, 48 % par le secteur privé à but lucratif et 8 % par le secteur privé sans but lucratif. Malgré ces augmentations, qui marquent une évolution positive, les investissements de recherche en santé répondant aux besoins des pays à revenu faible et à revenu intermédiaire restent massivement insuffisants - c'est encore le déséquilibre de l'« écart 10/90 ».

61. Il faut plus de recherche afin de corriger le manque de médicaments et de technologies appropriés pour traiter les multiples maladies transmissibles et chroniques dont nombre de pays en développement portent actuellement la charge, et pour fournir des connaissances et des données factuelles sur les politiques, les systèmes et les services qui montrent leur efficacité en différents lieux et dans différents environnements, sur ceux qui ne donnent pas de bons résultats, et sur ce qu'il faut faire pour les améliorer de la manière la plus rentable possible.

62. Une recommandation a été spécifiquement consacrée au financement de la recherche à la fin du Forum 8 (Mexico, 2004) :

Pour assurer les ressources nécessaires à la recherche essentielle dans les pays en développement, nous engageons les gouvernements de ces pays à investir au moins 2 % des dépenses de santé nationales dans la recherche, comme l'a recommandé en 1990 la Commission de recherche en santé pour le développement. Ces fonds devraient être utilisés

sur place pour la recherche en santé et le renforcement du potentiel de recherche. Selon la recommandation de la Commission, les donateurs sont engagés également à consacrer au moins 5 % de l'aide aux projets et aux programmes du secteur de la santé à la recherche et au renforcement des capacités de recherche dans les pays en développement. Suivre l'utilisation des fonds allant au développement des capacités est une activité complémentaire indispensable.

63. Toute la question ici est de savoir comment les gouvernements voient la recherche. S'ils y voient une dépense et non un investissement, les fonds alloués seront chiches, surtout quand dans les pays pauvres ils doivent être répartis pour répondre à des nécessités plus pressantes, reléguant la recherche en santé au statut de dépense et d'activité sans priorité, ce qui provoque un cercle vicieux excluant la possibilité d'améliorer les facteurs déterminants de la santé. Mais on arrive là à une question fondamentale : existe-t-il une nécessité plus pressante que la santé en tant que déterminant du développement ?

64. Il est important de dresser un programme de recherche pour les pays en développement. À qui revient-il de le faire ? Quelles méthodes utiliser ? Il importe que les pays aient le pouvoir de fixer eux-mêmes leur propre programme et leurs propres priorités. Il faut qu'ils fassent appel à la participation de toutes les parties prenantes nationales pour dresser leur programme. Dans les pays en développement, il faut concentrer les maigres ressources de recherche en santé sur les domaines bénéficiant le plus à la santé, et permettant de progresser vers l'équité. Il faut prévoir dans le budget des ressources pour la recherche, et y voir un investissement, et non pas une dépense. Il est difficile de demander à des gouvernements qui ne disposent pour la santé que d'un budget de quelques dollars par habitant de consacrer des ressources au programme de recherche, mais il faut qu'ils commencent à le faire. Le Comité international de bioéthique leur demande de réduire les fonds allant à d'autres priorités, telles que les dépenses de défense.

C. Professionnels du secteur

65. Les organismes de développement ont lancé un défi aux entreprises du secteur pharmaceutique (certaines remarques seraient applicables aussi à la recherche du secteur public) pour les inciter à se préoccuper plus de la crise sanitaire qui touche les pays en développement. Ils considèrent qu'une entreprise qui assume ses responsabilités sociales devrait être dotée de politiques d'accès aux traitements pour les pays en développement qui visent les cinq priorités - prix, brevets, initiatives mixtes publiques/privées, recherche-développement, et usage approprié des médicaments. Ils font observer qu'à l'heure actuelle, les entreprises définissent leurs politiques d'accès, pour l'essentiel, en termes d'initiatives philanthropiques. Il y a eu des initiatives importantes. Mais des difficultés de taille subsistent, surtout pour les prix.

66. Si les sociétés pharmaceutiques ne manifestent généralement pas d'intérêt pour la recherche visant la mise au point de nouveaux vaccins et de médicaments permettant de traiter les maladies tropicales et les affections typiques des pauvres, cela peut s'expliquer par le coût élevé de la recherche et les marges bénéficiaires faibles ou négatives à en attendre. Depuis qu'a été créée l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et qu'ont été signés les Accords sur les aspects des droits de propriété qui touchent au commerce (Accords ADPIC), les pays en développement ont vu augmenter le coût des médicaments de base, protégés par des brevets qui permettent aux sociétés pharmaceutiques d'imposer leurs prix. La conséquence est que certains médicaments de base ne peuvent être offerts aux groupes de populations pauvres à des prix abordables. Seulement, les modes de fonctionnement industriels et commerciaux des sociétés pharmaceutiques sont souvent en contradiction avec les objectifs de santé publique des pays en développement qui se trouvent face à des épidémies telles que le SIDA, le paludisme et la tuberculose. Le prix excessivement élevé des médicaments les met quasiment hors de portée des communautés les plus pauvres du monde.

67. Une solution aux prix prohibitifs, qui sont de fait un obstacle énorme, consisterait à trouver un accord avec les sociétés pharmaceutiques pour qu'elles acceptent de leur plein gré de différencier les prix entre les pays riches et les pays pauvres, ces derniers ne payant que les coûts de production et non pas les coûts de recherche-développement. L'OMS et l'ONUSIDA ont connu des réussites à cet égard. Mais ce système présuppose que les pays pauvres acceptent de ne pas réexporter les médicaments vers des pays riches, et qu'ils veillent à faire en sorte que les produits soient utilisés convenablement pour réduire le risque de résistance. L'Accord sur les ADPIC a également été révisé d'une manière favorable aux pays les plus pauvres. Ceux qui n'ont pas les moyens de produire des médicaments peuvent désormais demander une prorogation des licences obligatoires pour les produits génériques protégés par un brevet, de manière à pouvoir les importer depuis d'autres pays. Les médicaments génériques sont nombreux, mais il est probable qu'ils se multiplieront encore à mesure que des brevets viendront à expiration. Il peut s'ensuivre une baisse des bénéfices des entreprises pharmaceutiques.

68. Certains projets récents ont un caractère caritatif, et ne donneront pas de bénéfices. On peut citer comme exemple le nouvel Institut des maladies tropicales de Singapour, où la recherche porte sur de nouveaux médicaments contre la tuberculose et la dengue, et un nombre considérable de projets financés par des fonds privés pour la recherche de nouveaux traitements du paludisme, de l'éléphantiasis, de l'onchocercose, du VIH/SIDA, de la lèpre, de la dengue et de la trypanosomiase.

D. Éducation

69. Il a été démontré que l'analphabétisme et la pauvreté sont deux grandes causes de mauvaise santé et de mauvais développement social. Il est connu également qu'une alphabétisation faible a des incidences sur la mortalité et la qualité de la vie. C'est la raison pour laquelle l'article 14 commence par un plaidoyer en faveur de la promotion de la santé et du développement social et se termine sur un appel à réduire la pauvreté et l'analphabétisme.

70. La maîtrise de l'information sanitaire a aussi été définie comme la capacité plus ou moins développée de se procurer, de traiter et de comprendre les informations et les services sanitaires de base nécessaires pour prendre de bonnes décisions de santé. Les données actuelles, selon l'Institut de statistique de l'UNESCO, indiquent qu'il y a environ 774 millions d'adultes qui ne peuvent ni lire ni écrire. En Afrique subsaharienne, il y a actuellement plus d'adultes analphabètes qu'en 1990, et 150 millions d'enfants en âge d'aller à l'école primaire ne sont pas scolarisés, selon une estimation mondiale conjointe de l'UNESCO et de l'UNICEF. Ce nombre représente presque un enfant du monde sur cinq et l'on a donc des millions d'êtres humains qui ne sont pas en mesure de maîtriser l'information sanitaire.

71. En insistant sur le fait que ces trois objectifs - santé, développement social et alphabétisation - sont indissociables, on souligne aussi le lien entre la promotion de la santé et l'éducation pour sensibiliser au fait que chacun est personnellement responsable des déterminants de la santé qui sont choisis comme objectifs ou mode de vie. La responsabilité individuelle que l'on peut inculquer par une éducation bien menée, adaptée aux différentes cultures et traditions, est fondamentale et incontournable. À chacun de faire ou non ce qu'il faut pour être en bonne santé. Il peut s'agir par exemple d'observer une alimentation équilibrée et de pratiquer une activité physique, de ne pas fumer, d'éviter l'obésité ou de ne pas boire à l'excès, et aussi de réagir d'une certaine manière au stress et aux difficultés de la vie. Le problème d'éducation - même s'il se présente différemment - peut en fait être aussi grave pour les pays développés et riches que pour les pays en développement et les pays pauvres.

72. L'analphabétisme ou le manque de maîtrise peut aussi concerner l'éducation scientifique. Dans les sociétés dites du savoir, il est à peu près impossible pour un pays de suivre le progrès scientifique sans un solide corps de chercheurs. Autrement dit, il faut que

les enfants apprennent à maîtriser l'information scientifique assez jeunes pour acquérir une compréhension de base du monde qui les entoure et pouvoir soutenir le développement scientifique.

73. Les gouvernements doivent aussi offrir aux gens des possibilités d'éducation en bioéthique. L'article 18 de la Déclaration le demande. C'est l'éducation en bioéthique qui donnera aux citoyens d'un pays la possibilité de débattre des problèmes moraux qui se posent dans leur pays et dans les autres.

V. LIGNES DE CONDUITE

A. Procédures de décision

74. Il est évident que la promotion de la santé et du développement social n'est pas exempte de coûts, et qu'il y a peu de sociétés, s'il en existe même, qui disposent des ressources voulues pour poursuivre activement à un degré suffisant tous les objectifs mentionnés à l'article 14. Les sociétés sont donc amenées à fixer un ordre de priorité entre objectifs et pour chacun des objectifs. Des travaux récents sur l'établissement de priorités en matière de soins de santé et sur la fixation de priorités dans la société montrent qu'il n'existe pas d'algorithme incontesté qui offre des réponses définitives sur la manière d'établir ces priorités.

75. L'article 14 de la Déclaration est à voir comme canevas à suivre pour formuler de manière plus explicite et plus détaillée les concepts associés à la solidarité, à la réciprocité, à la justice et à la dignité dans leurs rapports avec la formulation, la justification et l'application des politiques de santé des États membres. La portée étendue de l'article 14 et sa formulation vague ne doivent pas empêcher les législateurs et les décideurs d'y voir un pas en avant vers la consolidation d'un accord très général sur les droits et les devoirs liés à l'une des fonctions les plus essentielles de la société, qui est d'améliorer, de préserver et de promouvoir le bien-être social des personnes et des groupes, en respectant la diversité culturelle, en se préoccupant des plus nécessiteux, en recherchant l'avantage maximum pour tous, et en s'efforçant de parvenir à l'équité et à la qualité dans la mise en place et la prestation de services de santé.

76. L'essentiel, pour établir des priorités, est de procéder de manière équitable vers un accord sur ce qui est légitime et juste. Les éléments essentiels sont en l'espèce la transparence, des motifs pertinents et acceptables, et des procédures permettant de réviser les décisions. La notion fondamentale est qu'on cherche à accroître la probabilité de voir les priorités choisies dans un souci de justice.

77. On peut dire que pour l'établissement des priorités de santé, quatre principes ont été jugés essentiels : traiter les gens en toute équité, favoriser les peuples les plus nécessiteux, obtenir au total l'avantage maximum pour la société, et promouvoir ou récompenser l'utilité sociale. Pour acquérir leur légitimité, ces principes doivent être appliqués selon des règles convenues.

78. Il est possible de considérer que l'établissement de toute priorité sociale correspondant exactement ou à peu près aux objectifs fixés dans l'article 14 devrait suivre une procédure légitime de décision. Plus généralement, un responsable qui songe à prendre une décision ayant des incidences pour la promotion de la santé ou du développement social, doit veiller à prendre en considération l'effet de l'activité envisagée pour tous les objectifs mentionnés à l'article 14. Autrement, il est parfaitement possible que des raisons importantes n'aient pas été prises en considération pour la prise de décision. L'article 14 peut donc servir de sorte de liste de contrôle permettant de vérifier que les arguments avancés par les décideurs pour justifier les décisions dans les domaines visés par l'article sont raisonnables.

B. Portée transnationale

79. Il peut sembler que l'article 14 n'ait pas d'incidence dans un contexte international, et le libellé pourrait faire penser qu'il est explicitement restreint aux États. De plus, toutes les mesures qui y sont décrites relèvent des activités gouvernementales normales. Dans ce contexte, il est important de se souvenir que tous les articles de la Déclaration sont à interpréter dans l'acceptation de l'article 21 qui vise les activités transnationales. Mais comme les activités de nombre d'acteurs sociaux sont menées dans différents États, les dispositions de l'article 14 sont à considérer dans tous les pays qu'elles touchent. Par exemple, une société qui a des activités dans un pays autre que celui où elle est constituée ne peut se dispenser des obligations locales au motif qu'elle n'aurait d'obligations que « dans son propre pays ».

80. Un autre aspect transnational possible de l'article 14 concerne la propriété intellectuelle. Réglementer la reconnaissance et l'exploitation légales de la propriété intellectuelle est une des manières dont un État peut faire en sorte que « ...les progrès des sciences et des technologies... » (paragraphe 2 de l'article 14) servent à promouvoir la santé et le développement social, mais les régimes modernes de propriété intellectuelle vont bien au-delà des frontières des États. Dans la mesure où le régime de la propriété intellectuelle en vigueur dans un État a des incidences ailleurs, ou encore pour les négociations concernant la réglementation de la propriété intellectuelle, les États et les acteurs sociaux sont obligés de tenir compte des effets de la réglementation sur les autres États.

C. Comités nationaux de bioéthique

81. En vertu de l'alinéa petit (c) de l'article 19 de la Déclaration, des comités nationaux de bioéthique devraient être mis en place pour « évaluer les progrès scientifiques et technologiques, formuler des recommandations et contribuer à l'élaboration de principes directeurs sur les questions relevant de la présente Déclaration ».

82. Les comités nationaux de bioéthique sont des organes indépendants, pluridisciplinaires et pluralistes, dont le mandat ne couvre pas seulement la recherche médicale. Ils sont mis en place pour évaluer les progrès scientifiques et technologiques dans toutes les sciences de la vie et de la santé. De plus, ils sont chargés de formuler des recommandations et de favoriser le débat, l'éducation ainsi que la sensibilisation et la mobilisation du public en matière de bioéthique. Il y a donc lieu d'encourager ces organes nationaux à se charger des responsabilités suivantes :

- déterminer quelles recherches en santé et développement social sont les plus pertinentes pour le pays en cause, et formuler des recommandations sur des politiques viables de priorités de recherche dans le domaine de la santé et du développement social ;
- se tenir continuellement informés des questions éthiques posées par la recherche médicale qui pourraient avoir des incidences sur les conventions internationales visant la recherche sur l'être humain, et veiller à examiner effectivement toute recherche médicale menée sur des êtres humains ;
- favoriser le débat et la sensibilisation du public concernant les dimensions éthiques du lien entre santé et développement social ;
- promouvoir une compréhension approfondie des conditions d'un rationnement « juste » dans le choix de priorités et l'affectation de ressources dans les systèmes de soins de santé publics et privés ;
- soutenir les expériences concrètes de solidarité, comme l'acceptation du don d'organes, mais aussi le bénévolat de la société civile pour l'aide aux personnes souffrantes et marginalisées ;

- suggérer des solutions aux problèmes cruciaux d'équité de l'accès aux soins de santé et d'accès équitable au traitement médical.

83. Il y aurait là un moyen de lier l'article 14 concernant la responsabilité sociale et la santé à la nécessité de définir des politiques viables pour les priorités de la recherche en santé et développement social dans les pays en cause, ainsi que de protéger les personnes dans le système de santé, au moment où elles sont dans un état de vulnérabilité.

V. BIBLIOGRAPHIE

- Banque mondiale. Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services [Toucher les pauvres par des services de santé, de nutrition et de population]. Washington, 2005. [<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPAH/0,,contentMDK:20746626~menuPK:400482~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:400476,00.html>]
- Commission de la recherche en santé pour le développement. Health Research: Essential Link to Development [La recherche en santé : un lien essentiel vers le développement]. Oxford University Press. New York, 1990.
- Conseil économique et social de l'ONU (Commission des droits de l'homme). Le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. New York, 2003.
- Forum ministériel mondial 2008 de la recherche pour la santé. Appel à l'action de Bamako sur la recherche pour la santé. 2008.
- Forum mondial de recherche pour la santé. Monitoring Financial Flows for Health Research [Suivre les flux financiers dans la recherche en santé]. Genève, 2008. [www.globalforumhealth.org/filesupld/MFF08/MonitoringFinancialFlows2008.pdf]
- HHS, National Institutes of Health, National Library of Medicine (NLM). In: Selden, C.R.; Zorn, M.; Ratzan, S.; et al. (Dir.) Health Literacy, January 1990 Through 1999 [La maîtrise de l'information sanitaire, janvier 1990 à 1999]. NLM Pub. No. CBM 2000-1. Bethesda, MD: NLM, February 2000, vi.
- OMS. Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle. Jakarta, 1997. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_fr.pdf]
- OMS. Promotion de la santé : Faire place à l'équité. Mexico, 2000. [www.paho.org/French/AD/SDE/HS/mexdec2000.doc]
- OMS. Scaling up the Response to Infectious Diseases [Développer les interventions face aux maladies infectieuses]. Genève, 2002.
- OMS. Review of Ethical Issues in Medical Genetics [Rapport sur les problèmes éthiques en génétique médicale]. Genève, 2003. [http://www.who.int/genomics/publications/en/ethical_issuesin_medgenetics_report.pdf]
- OMS. Rapport du Sommet ministériel sur la recherche en santé. Mexico, 2004.
- OMS. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World [Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation]. Bangkok, 2005.
- OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2005 - Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, 2005. [<http://www.who.int/whr/2005/fr/>]
- OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2006 - Travailler ensemble pour la santé. Genève, 2006. <http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html>
- OMS. Commission des déterminants sociaux de la santé. Closing the Gap in a Generation. Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health [Comblent le fossé en une génération. L'équité en santé par l'action sur les déterminants sociaux de la santé]. Genève, 2008.
- OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2008 - Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. Genève, 2008. [<http://www.who.int/whr/2008/fr/index.html>]

- OMS. Ethical Choices in Long-Term Care: What Does Justice Require? [Choix éthiques en soins à longue durée : qu'exige la justice ?] Genève, 2008.
[http://www.who.int/mediacentre/news/notes/ethical_choices.pdf]
- UNESCO. Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Paris, 2005.
- UNESCO. Report of the Expert's Meeting on the Right to Enjoy the Benefits of Scientific Progress and its Applications [Rapport de la Réunion d'experts sur le droit de jouir des bienfaits du progrès scientifique et de ses applications]. Amsterdam, 2007.
[<http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001545/154583e.pdf>]

ANNEXE I

HISTOIRE SUCCINCTE DES INITIATIVES INTERNATIONALES POUR LA PROMOTION DU PRINCIPE DE LA RESPONSABILITÉ SOCIALE ET DE LA SANTÉ

INITIATIVES ÉMANANT DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES

S'agissant de santé et de responsabilité sociale, le contexte international résulte d'un grand nombre d'instruments internationaux existants, de déclarations, de pactes internationaux ou de proclamations, ainsi que d'initiatives mentionnant expressément la santé et le bien-être des êtres humains.

Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Dans le texte bien connu de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, la santé est définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et il est affirmé que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

Déclaration universelle des droits de l'homme

La Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) traite de la santé et du bien-être à l'Article 25, où il est dit que : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires... », puis que :

« 2) La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale. »

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

À l'Article 15 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966), il est dit que chacun a le droit « ...de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications », tandis que l'Article 12 stipule ce qui suit :

« 1. *Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.*

2. *Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer :*

- a) *La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;*
- b) *L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ;*
- c) *La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;*
- d) *La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. »*

La santé pour tous d'ici l'an 2000

En 1977 la Trentième Assemblée mondiale de la santé a décidé que les gouvernements et l'OMS devraient avoir pour objectif principal dans les décennies à venir de faire accéder tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive, objectif communément désigné par la formule « La santé pour tous d'ici l'an 2000 » (Résolution WHA30.43).

L'engagement d'améliorer la santé dans le monde entier, surtout pour les populations les plus défavorisées, a été réexaminé en 1998 par l'Assemblée mondiale de la santé. C'est ainsi que sont nés les politiques et le programme « La santé pour tous au XXI^e siècle », où est réaffirmée la démarche des soins de santé primaires.

Dans le rapport de la cinquante et unième Assemblée mondiale de la santé, il est dit ce qui suit : « *Ces deux dernières décennies, les soins de santé primaires (SSP), qui représentent la pierre angulaire de la santé pour tous, ont donné l'élan et l'énergie nécessaires pour progresser en direction de la SPT. Mais, malgré ce qui a été fait, les progrès ont été entravés pour plusieurs raisons, notamment un engagement politique insuffisant en faveur de la mise en œuvre de la santé pour tous, la lenteur du développement socioéconomique, les difficultés à assurer l'action intersectorielle en faveur de la santé, le financement insuffisant de la santé, les changements démographiques et épidémiologiques rapides, et les catastrophes naturelles et dues à l'homme. La pauvreté a également progressé dans le monde. C'est lorsque les pays n'ont pas été en mesure d'assurer un revenu suffisant à chacun que la santé a été la plus touchée* ». Il était indiqué aussi que les politiques de soins de santé primaires devraient servir à :

- mettre la santé au cœur du développement et renforcer les perspectives pour l'action intersectorielle ;
- combattre la pauvreté pour refléter les préoccupations des SSP concernant la justice sociale ;
- promouvoir l'équité dans l'accès aux soins de santé ;
- édifier des partenariats regroupant les familles, les communautés et leurs organisations ;
- réorienter les systèmes de santé en faveur de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie.

L'engagement et le programme de l'OMS « La santé pour tous » ont été jalonnés par une série de conférences mondiales sur la promotion de la santé, commencée à Ottawa en 1986, où a été adoptée la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Cette conférence historique a été suivie de celles d'Adélaïde (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexico (2000), et Bangkok (2005).

Déclaration d'Alma-Ata

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires (SSP), tenue à Alma-Ata (Kazakhstan) en 1978, a été l'occasion d'affirmer que pour améliorer la santé, il fallait une démarche globale, « *l'approche "soins de santé primaires" [étant] essentielle pour parvenir à travers le monde dans un avenir prévisible à un niveau de santé acceptable dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale* ». La Conférence a adopté la Déclaration d'Alma-Ata où il était réaffirmé que « la santé... est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé ». Elle a appelé à transformer les systèmes classiques de soins de santé, à mettre en place une large collaboration entre secteurs, et à s'organiser dans les collectivités.

Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé

La Charte de Ljubljana, adoptée par les Ministres de la santé des États membres européens de l'OMS lors de la Conférence de l'OMS sur les réformes des soins de santé en Europe, à Ljubljana (Slovénie) en juin 1996, traitait des réformes des soins de santé dans le contexte spécifique de l'Europe. L'objet en était de définir un ensemble de principes s'intégrant aux systèmes de santé existants ou permettant d'améliorer les soins de santé dans tous les États membres européens de l'Organisation mondiale de la santé. Ces principes se fondaient sur l'expérience acquise par les pays dans la mise en œuvre de la réforme des systèmes de santé et sur la stratégie européenne de la Santé pour tous, en particulier sur les buts relatifs aux systèmes de santé.

Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle

C'est à la quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé : « À ère nouvelle, acteurs nouveaux : adapter la promotion de la santé au XXI^e siècle », tenue à Jakarta (Indonésie) en juillet 1997, que la promotion de la responsabilité sociale pour la santé a été affirmée pour la première fois comme une priorité.

Dans la Déclaration finale, la Conférence, la première à se tenir dans un pays en développement, et la première où il était fait appel au secteur privé pour soutenir la promotion de la santé, a dit dans ses recommandations que les décideurs [doivent] être résolument attachés au principe de responsabilité sociale et que tant le secteur public que le secteur privé doivent promouvoir la santé en menant des politiques et des pratiques qui :

- ne soient pas préjudiciables à la santé d'autres personnes,
- protègent l'environnement et assurent une utilisation durable des ressources,
- restreignent la production et le commerce de produits et substances nocifs par nature, comme le tabac et les armes, et dissuadent les pratiques de marketing nuisibles à la santé,
- protègent à la fois le citoyen sur le marché et l'individu sur son lieu de travail,
- incluent les évaluations d'impact sur la santé, comme une partie intégrante du développement des politiques en ayant constamment à l'esprit le principe d'équité.

Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation

Plus récemment, la Charte de Bangkok, adoptée à la sixième Conférence de l'OMS sur la promotion de la santé dans le monde, tenue en Thaïlande en août 2005, a défini les mesures, les engagements et les promesses nécessaires à l'heure de la mondialisation pour s'attaquer aux déterminants de la santé par la promotion de la santé. Il était dit dans les recommandations que « *les gouvernements à tous les niveaux doivent s'attaquer d'urgence aux problèmes de santé et aux inégalités en matière de santé car la santé est un des déterminants majeurs du développement politique et socioéconomique* ». Les quatre engagements essentiels étaient les suivants :

- placer la promotion de la santé au centre de l'action mondiale en faveur du développement : il faut pour cela des accords intergouvernementaux robustes qui améliorent la santé et la sécurité sanitaire collective, et des dispositifs efficaces de gouvernance sanitaire mondiale ;
- faire de la promotion de la santé une responsabilité centrale de l'ensemble du secteur public : les ministères doivent s'occuper des déterminants de la santé, à tous les niveaux de l'administration publique ;
- faire de la promotion de la santé un axe essentiel de l'action communautaire et de la société civile : des collectivités bien organisées et disposant des pouvoirs

voulus peuvent très efficacement déterminer leur propre santé, et encourager les pouvoirs publics et le secteur privé à assumer la responsabilité des conséquences sanitaires de leurs politiques et de leurs pratiques ;

- faire de la promotion de la santé une exigence de bonne pratique au niveau des entreprises : le secteur privé porte la responsabilité de veiller à la santé et à la sécurité sur les lieux de travail, et de promouvoir la santé et le bien-être des employés, de leur famille et des collectivités, ainsi que de concourir à atténuer les impacts plus généraux sur la santé à l'échelle mondiale.

Objectifs du Millénaire pour le développement

D'autres actions internationales visant à répondre aux besoins des plus pauvres, notamment à améliorer la santé, ont été définies dans les huit Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations Unies (Déclaration du Millénaire, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2000). Les OMD abordent la santé d'un point de vue mondial et social. On trouve parmi ces objectifs : Réduire la mortalité infantile (Objectif 4), Améliorer la santé maternelle (Objectif 5) et Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies (Objectif 6). De plus, l'une des sept modalités définies pour atteindre l'Objectif 8 Mettre en place un partenariat mondial pour le développement est de « rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement » en coopération avec l'industrie pharmaceutique.

INITIATIVES ÉMANANT D'AUTRES ORGANISATIONS

Hors du système des Nations Unies, il s'est conclu, entre organisations publiques, privées, non gouvernementales et internationales et associations de la société civile, un certain nombre d'alliances ayant pour objectif de s'attaquer aux déterminants de la santé par la promotion de la santé à l'échelle mondialisée. On trouvera exposées ci-après, à titre d'exemples, quelques initiatives récentes.

Forum mondial de recherche pour la santé. Les réunions parallèles récentes (Mexico, novembre 2004) du Forum 8 organisé par le Forum mondial de recherche pour la santé et du Sommet ministériel de la recherche pour la santé ont été l'occasion pour plus de 1 400 décideurs, ministres de la santé, chercheurs et représentants de gouvernements, d'institutions de développement et d'instituts de recherche d'examiner la manière dont la recherche pouvait permettre d'améliorer les stratégies et d'atteindre les OMD. Une des conclusions auxquelles sont parvenus tant le Forum que le Sommet a été que pour atteindre les OMD, il faudrait aborder la santé et ses déterminants de manière globale, et poursuivre sur la santé des recherches de haute qualité centrées sur les besoins des pays en développement et des populations vulnérables, qui prennent systématiquement en compte les problèmes transversaux de la pauvreté et de l'équité, en tenant compte : des inégalités tenant notamment au genre, aux compétences, à l'appartenance ethnique et à la classe sociale ; des besoins tant des personnes âgées que de la génération, la plus nombreuse que le monde ait jamais connue, de jeunes âgés de 0 à 19 ans ; et des besoins d'autres groupes spécialement défavorisés, tels que les migrants, les réfugiés et les personnes exposées à un conflit violent. Il a été conclu que tous les participants doivent s'engager à partager la responsabilité d'accélérer et de développer la recherche sanitaire consacrée à l'amélioration de la durée de vie et de la santé des êtres humains du monde entier. On s'est préoccupé particulièrement des moyens d'accroître le financement de la recherche sur les systèmes de santé, cette activité étant celle qui a peut-être l'impact le plus marqué sur l'amélioration de la santé.

Forum ministériel mondial 2008 de la recherche pour la santé. Réunis en 2008 à Bamako, Ministres et représentants de Ministères de la santé, des sciences et technologies, de l'éducation, des affaires étrangères et de la coopération internationale de 53 pays ont reconnu « que la recherche et l'innovation ont été et vont être de plus en plus essentielles

pour trouver des solutions aux problèmes de santé, pour aborder les menaces prévisibles et imprévisibles à la sécurité humaine, pour réduire la pauvreté et accélérer le développement, et appelé les gouvernements nationaux à agir :

1. Pour donner la priorité au développement des politiques de recherche et d'innovation pour la santé, en particulier ceux relatifs aux soins de santé primaires, en vue de s'approprier et de contrôler leurs agendas de recherche pour la santé ;
2. Pour allouer au moins 2% des budgets des Ministères de la santé à la recherche ;
3. Pour améliorer la capacité des institutions, des Ministères et à travers les systèmes, à mettre en œuvre des politiques de recherche, notamment en identifiant les priorités nationales de recherche ; en répondant à temps aux menaces imprévisibles à la santé ; en créant un environnement favorable au développement d'une culture solide de recherche ; en assurant le transfert de technologie ; en améliorant l'éducation et la formation des chercheurs ; en intégrant la recherche pour la santé dans les systèmes de santé ; en traduisant la recherche en action ; et en évaluant l'impact de la recherche pour la santé ;
4. Pour élaborer, définir et appliquer les normes, les règlements et les meilleures pratiques afin que les processus de la recherche soient responsables, équitables et transparents, y compris ceux concernant l'examen et les comportements éthiques, le développement et la fabrication de produits, la qualité et la sécurité des soins pour les patients, l'enregistrement des essais cliniques et le libre et équitable accès à l'information, aux données et aux outils de la recherche ;
5. Pour promouvoir le transfert et l'échange des connaissances par une application effective et sûre des interventions, par des politiques s'appuyant sur des bases factuelles, par une recherche s'appuyant sur les politiques et par la publication et la dissémination effective des résultats de recherche, y compris auprès du grand public et en prenant en considération la barrière des langues et les progrès dans le domaine des technologies de l'information;
6. Pour mettre en place des mécanismes et des outils permettant une recherche en collaboration effective, intersectorielle, interministérielle et transfrontalière et une coordination effective pour faire face aux défis complexes en santé ;
7. Pour renforcer la collecte, le stockage et le partage efficace d'informations et de données fiables en santé selon les normes internationales, pour assurer l'utilisation de la base de connaissances actuelles en sciences sociales et développer les compétences pour analyser les données au niveau local et leur utilisation dans l'élaboration des politiques, la planification, le suivi et l'évaluation ;
8. Pour renforcer la capacité de recherche et créer une masse critique de jeunes chercheurs en développant et en incluant les méthodes de recherche et d'éthique de la recherche dans les cursus, spécialement, mais pas exclusivement, pour les étudiants en sciences de la santé ; et pour mettre l'accent sur l'importance de la recherche scientifique dans les enseignements secondaire et supérieur. »

Grand Challenges in Global Health [Grands défis de la santé dans le monde]. Il s'agit d'un partenariat qui soutient la recherche scientifique et technique pour la solution de problèmes sanitaires critiques dans le monde en développement. Les partenaires sont la Fondation Bill et Melinda Gates, les Instituts de recherche en santé du Canada, la Foundation for the National Institutes of Health, et le Wellcome Trust. Chaque « grand défi » doit mener les chercheurs à une découverte scientifique ou technique qui devrait permettre de franchir un des goulets d'étranglement empêchant d'avancer sur une voie imaginaire menant à la solution d'un ou - mieux - de plusieurs grands problèmes sanitaires. Un « grand défi » est donc vu comme différent de la simple énonciation d'un des grands problèmes de santé dans le monde, tels que la malnutrition ou le défaut d'accès aux soins médicaux.

L'initiative a défini, pour en soutenir la poursuite, sept objectifs à long terme afin d'améliorer la santé dans les pays en développement :

- perfectionner les vaccins pour les enfants ;
- créer de nouveaux vaccins ;
- lutter contre les insectes qui transmettent les agents pathogènes ;
- améliorer la nutrition pour promouvoir la santé ;
- perfectionner les thérapies médicamenteuses des maladies infectieuses ;
- guérir les infections latentes et chroniques ;
- mesurer l'état de santé avec exactitude et à moindre coût.

Programme Atteindre les pauvres (RPP). Il s'agit d'une recherche de meilleurs moyens d'arriver à ce que les programmes de santé, de nutrition et de population bénéficient véritablement aux groupes de population défavorisés. Le programme a été mis sur pied par la Banque mondiale en coopération avec la Fondation Bill et Melinda Gates et les Gouvernements néerlandais et suédois. Pour que les programmes de santé, de nutrition et de population atteignent mieux les pauvres, le programme RPP vise à :

- déterminer lesquels des programmes de santé, de nutrition et de population atteignent véritablement - ou n'atteignent pas - les groupes démunis. Ces informations, obtenues par des techniques quantitatives récentes permettant de mesurer les résultats distributionnels des programmes, doivent orienter les choix des décideurs sur les méthodes à adopter ou à éviter dans la définition d'initiatives en faveur des pauvres ;
- encourager d'autres entités à évaluer de la même manière l'efficacité des programmes de santé, de nutrition et de population pour ce qui est d'atteindre les pauvres. Une utilisation plus large des techniques qui viennent d'être mentionnées, partant de l'idée d'« incidence des avantages » et servant à déterminer qui tire le plus d'avantage des dépenses publiques, permettrait aux décideurs d'évaluer, puis d'améliorer en continu les résultats obtenus pour ce qui est d'atteindre les pauvres.

Le programme part de l'idée qu'il n'est pas inévitables que les politiques de santé soient inéquitables : « Bien que la plupart des services de santé, nutrition et population exacerbent les inégalités entre les pauvres et les riches, en profitant bien moins aux premiers qu'aux seconds, bon nombre d'exceptions notables et riches d'enseignements ouvrent des perspectives prometteuses en montrant qu'il est possible d'atteindre les pauvres bien plus efficacement que nous ne le faisons aujourd'hui ».

ANNEXE II

TOUR D'HORIZON DE LA SITUATION SANITAIRE DANS LE MONDE

(L'Annexe qui suit reprend pour l'essentiel des constatations de l'Organisation mondiale de la santé données à titre d'illustration. Les références figurent dans la Bibliographie)

L'OMS a récapitulé en 2006 la situation sanitaire actuelle dans le monde : « Cette première décennie du XXI^e siècle voit d'immenses progrès dans le bien-être humain coexister avec un extrême dénuement. En ce qui concerne la situation sanitaire dans le monde, nous pouvons constater les effets bénéfiques des nouveaux médicaments et des nouvelles technologies. Pourtant il n'y a jamais eu autant de régressions. Dans certains des pays les plus pauvres, l'espérance de vie s'est effondrée, tombant à moins de la moitié de celle des pays les plus riches - par suite des ravages que fait le VIH/SIDA dans certaines zones de l'Afrique subsaharienne et dans plus d'une douzaine d'États en déshérence. Ces revers s'accompagnent, dans les pays riches comme dans les pays pauvres, d'une montée des inquiétudes devant la menace d'infections nouvelles telles que le SRAS et la grippe aviaire et de pathologies comportementales « occultes » telles que les troubles mentaux et la violence domestique. La communauté mondiale possède suffisamment de ressources pour faire face à la plupart de ces problèmes sanitaires ; mais le fait est qu'aujourd'hui de nombreux systèmes nationaux de santé sont affaiblis, peu réactifs, inéquitables - voire dangereux. Ce dont on a besoin maintenant, c'est de volonté politique pour mettre en œuvre des plans nationaux accompagnés d'une coopération internationale pour adapter les ressources, exploiter les connaissances et mettre en place de solides systèmes de santé pour traiter et prévenir les maladies et promouvoir la santé des populations ». **Source : Rapport sur la santé dans le monde 2006 - Travailler ensemble pour la santé - p. xv**

LES GRANDS PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE

Malgré les progrès de la médecine et de la santé, il subsiste de grands problèmes de santé publique, et de fortes inégalités des soins de santé entre le Nord et le Sud. Il y a actuellement 800 millions de personnes qui souffrent de la faim et de la malnutrition, et plus d'un milliard d'êtres humains qui n'ont pas accès à l'eau potable, à l'instruction de base et aux soins de santé. À l'âge de l'information où le développement d'avenir est censé fondé sur la connaissance, deux milliards d'habitants de la planète n'ont pas de branchement électrique et plus de 4,5 milliards d'entre eux (80 % de la population mondiale) sont privés des technologies de télécommunications de base.

La mortalité maternelle

Malgré tous les progrès scientifiques et technologiques qu'ont connus la médecine et la santé au XX^e siècle, les décès maternels ne diminuent pas. Selon l'OMS, seuls quelques pays disposent de données empiriques sur la mortalité maternelle sur une période de plus d'une année et il s'agit principalement de pays à revenu moyen ou présentant au départ des ratios de mortalité maternelle inférieurs à 200 décès pour 100 000 naissances vivantes. Selon les dernières estimations, 536 000 femmes sont mortes en 2005 du fait de complications de la grossesse ou de l'accouchement et, pour 100 000 naissances vivantes, il y a eu 400 décès maternels. Ce ratio était de 9 dans les pays développés, de 450 dans les pays en développement et de 900 en Afrique subsaharienne. Cela signifie que 99 % des femmes qui sont mortes pendant la grossesse ou l'accouchement provenaient de pays en développement. Un peu plus de la moitié de ces décès se sont produits en Afrique subsaharienne et environ un

tiers dans le sud de l'Asie : ensemble, ces régions représentaient plus de 85 % des décès maternels dans le monde. **Source : Statistiques sanitaires mondiales 2008 - OMS.** Une femme meurt de causes liées à la grossesse toutes les 45 secondes, une femme meurt toutes les 7 minutes et demie d'avortement à risque, qu'elle a souvent provoqué elle-même. Plus de 300 millions de femmes souffrent de maladies de courte ou de longue durée causées par la grossesse et l'accouchement.

La mortalité juvénile

À l'échelle mondiale, les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ont diminué tout au long des dernières années du XX^e siècle, passant de 146 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1970 à 79 en 2003. Mais à l'aube du troisième Millénaire, cette tendance globale à la baisse s'est ralentie dans certaines régions du monde. Dans 93 pays comptant 40 % de la population mondiale, la mortalité des moins de 5 ans baisse rapidement. Dans 51 autres pays (48 % de la population mondiale), les progrès sont plus lents : ces pays n'atteindront les Objectifs du Millénaire pour le développement que si les améliorations s'accroissent fortement. Plus inquiétants encore sont les 43 pays où vivent les 12 % restants de la population mondiale, où la mortalité des moins de 5 ans était forte ou très forte au départ, et où la tendance est actuellement stationnaire ou en train de s'inverser.

Au début du XXI^e siècle, plus de 10 millions d'enfants meurent chaque année (soit plus de 27 000 enfants par jour), alors que la plupart de ces décès sont évitables. Chaque année il y a environ 3,3 millions d'enfants morts-nés, et plus de 4 millions de nourrissons meurent dans les 28 jours suivant leur naissance, tandis que 6,6 millions de jeunes enfants, de pays pauvres pour la plupart, meurent avant leur cinquième anniversaire. Les causes principales de décès des moins de 5 ans sont les maladies évitables. Six maladies sont cause de 70 % à 80 % de l'ensemble de ces décès : les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, le paludisme, la rougeole, le VIH/SIDA, les naissances prématurées et les problèmes néonataux. Les trois quarts des décès de nouveau-nés pourraient être évités si les femmes enceintes bénéficiaient d'une meilleure nutrition et de soins périnataux convenables.

Les maladies infectieuses

Les maladies infectieuses restent un lourd fardeau dans le monde entier, dans les pays en développement comme industrialisés. Les infections peuvent être cause de maladie, d'incapacités et de décès pour les personnes, et peuvent désorganiser populations, économies et pouvoirs publics tout entiers. Les maladies transmissibles sont la cause principale de décès dans les pays les plus pauvres : 59 % des décès dont il est fait état dans les 20 pays les plus pauvres sont causés par ces maladies, alors que le pourcentage est de 8 % dans les 20 pays les plus riches. L'OMS estime qu'en 2002 11 millions d'êtres humains environ sont morts de maladies infectieuses et de parasitoses, dont 52 % en Afrique, 26 % en Asie du Sud-Est, et 3 % en Amérique latine. Les causes principales des décès annuels dus aux maladies transmissibles étaient les infections respiratoires (4 millions), le VIH/SIDA (2,8 millions), la tuberculose (1,5 million), les maladies diarrhéiques (1,8 million), et le paludisme (1,3 million).

Maintenant que les gens, les produits, les aliments et les capitaux circulent dans le monde en nombres et à une vitesse inconnus précédemment, des myriades de microorganismes pathogènes en font autant. Les frontières nationales n'étant que piètre obstacle à ce genre de menaces, surtout dans le « village mondial » fortement interrelié et facilement traversé de notre époque, un problème survenant dans un pays devient rapidement celui de tous les pays. La réapparition dans le monde entier de la dengue, l'introduction du virus du Nil occidental à New York en 1999, la propagation rapide de l'infection à VIH en Russie et la propagation mondiale de la tuberculose multi-résistante, ne sont que quelques exemples des profonds effets qu'exercent les forces de la mondialisation sur l'apparition, la répartition et la propagation des maladies infectieuses. Aucun pays n'est à l'abri de la menace mondiale croissante que peut représenter un foyer isolé de maladie infectieuse dans une région apparemment lointaine du

monde. Outre les maladies connues, on voit apparaître des épidémies nouvelles, comme le SARS, qui a touché quelque 8 000 personnes dans 30 pays en 2003, et la grippe aviaire, qui a fait massacrer des millions d'animaux sur trois continents ; les experts craignent que ce virus subisse une mutation et entraîne une pandémie de grippe humaine ; l'OMS a publié en 2005 la deuxième édition du Règlement sanitaire international, où sont précisées les mesures auxquelles les États doivent se conformer, et où les voyageurs, et l'inspection des bagages, du fret et des marchandises font l'objet d'une attention particulière.

Le VIH/SIDA est l'une des menaces les plus urgentes pour la santé publique mondiale. La plupart des infections par le VIH et des décès dus à cette maladie pourraient être prévenus si partout les individus avaient accès à des services satisfaisants de prévention et de traitement des infections à VIH. Les estimations de l'ampleur et de l'évolution de l'épidémie de VIH sont mises à jour chaque année par l'ONUSIDA et l'OMS. En 2007, des améliorations des données d'enquête et des méthodes d'estimation ont conduit à réviser substantiellement les estimations des nombres de personnes vivant avec le VIH, de décès liés à ce virus et de nouvelles infections dans le monde entier. Le nombre de personnes dans le monde vivant avec le VIH a été estimé en 2007 à 33,2 millions, le chiffre réel se situant entre 30,6 millions et 36,1 millions. Cette dernière estimation de l'OMS ne peut être comparée directement avec celles publiées au cours des années antérieures. Les nouvelles données et les méthodes améliorées utilisées en 2007 ont aussi conduit à une révision importante des estimations. L'Afrique subsaharienne continue d'être la région la plus touchée par le VIH/SIDA. En 2007, une personne sur trois vivants avec le VIH dans le monde se trouve en Afrique subsaharienne, soit au total 22,5 millions de personnes. **Source : Statistiques sanitaires mondiales 2008 – OMS**

Les maladies chroniques

Les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète sont de loin les causes principales de mortalité dans le monde, représentant 60 % de l'ensemble des décès. Des 35 millions de personnes qui sont mortes de maladie chronique en 2005, la moitié avait moins de 70 ans et la moitié étaient des femmes. Les déficiences de la vision et la cécité, les déficiences de l'ouïe et la surdité, les affections buccales et les anomalies génétiques sont d'autres affections chroniques qui représentent une part importante de la charge imposée par la maladie dans le monde.

Selon l'OMS, il y a un demi-siècle, un enfant né en Europe pouvait s'attendre à vivre environ 66 ans, une espérance de vie à la naissance plus longue que dans toutes les autres régions du monde, excepté l'Amérique du Nord. Par comparaison, l'espérance de vie 50 ans auparavant était de 38 ans en Afrique subsaharienne, de 41 ans en Asie, de 45 ans au Moyen-Orient, de 51 ans en Amérique latine et dans les Caraïbes et de 60 ans en Océanie. Sur les 50 ans qui ont suivi, l'espérance de vie à la naissance s'est allongée dans l'ensemble du monde, augmentant de près de 27 ans en Asie, de 23 au Moyen-Orient, de 21 en Amérique latine, de 14 en Océanie et de 11 en Afrique subsaharienne. La plus faible augmentation s'est opérée en Europe, où l'espérance de vie ne s'est accrue que de 8 ans, ce qui s'explique probablement par le rythme très lent des changements dans certaines parties de l'Europe continentale.

Compte tenu du vieillissement de la population des pays à revenu faible et moyen au cours des 25 prochaines années, la proportion des décès dus à des maladies non transmissibles va augmenter notablement. À l'échelle mondiale, le nombre de décès par cancer va s'accroître de 7,4 millions en 2004 à 11,8 millions en 2030 et celui des décès par maladie cardio-vasculaire va passer de 17,1 millions à 23,4 millions sur la même période. Les décès dus aux accidents de la route augmenteront de 1,3 million en 2004 à 2,4 millions en 2030, en raison principalement de l'accroissement du nombre de propriétaires d'un véhicule à moteur et de l'utilisation de ces véhicules avec la croissance économique vécue par certains pays à revenu faible ou moyen. En 2030, les cancers, les maladies cardio-vasculaires et les accidents de la route seront collectivement responsables de 56 % des 67 millions de décès prévus pour toutes les causes

réunies. L'augmentation du nombre de décès par maladie non transmissible s'accompagnera d'une importante baisse de la mortalité due aux principales causes de mortalité transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles, y compris l'infection à VIH, la tuberculose et le paludisme. Néanmoins, on s'attend à ce que la mortalité dans le monde due au VIH/SIDA augmente de 2,2 millions en 2008 jusqu'à un maximum de 2,4 millions en 2012, pour redescendre ensuite à 1,2 million en 2030.

D'après les prévisions, les quatre principales causes de décès dans le monde en 2030 seront les cardiopathies ischémiques, les maladies cérébrovasculaires (AVC), les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et les infections des voies respiratoires inférieures (pneumonie principalement). L'augmentation des BPCO est liée pour une grande part aux projections d'accroissement de la consommation de tabac. Par ailleurs, les accidents de la route émergeront comme cinquième cause de décès en 2030, après avoir été la neuvième cause principale de mortalité en 2004. Malgré la baisse projetée de la mortalité due au VIH/SIDA d'ici 2030, cette maladie restera la dixième cause de décès dans le monde. La mortalité due aux autres maladies transmissibles devrait décliner à un rythme plus rapide : la tuberculose passera au 20^e rang et les maladies diarrhéiques au 23^e rang dans la liste des principales causes de décès.

Le tabac est la seule grande cause de mortalité évitable dans le monde aujourd'hui, et c'est un facteur de risque pour six des huit principales causes de mortalité. Il tue entre un tiers et la moitié de ceux qui le pratiquent. En moyenne, chaque fumeur perd 15 années de vie. D'après les projections, le nombre total de décès par cardiopathie ischémique, maladie cérébrovasculaire (accident vasculaire cérébral), bronchopneumopathie chronique obstructive et autres maladies attribuables au tabac devrait passer de 5,4 millions en 2004 à 8,3 millions en 2030, soit près de 10 % de l'ensemble des décès intervenant dans le monde. Plus de 80 % de ces décès se produiront dans des pays en développement. **Source : Statistiques sanitaires mondiales 2008 – OMS**

On prévoit que l'ensemble des décès dus aux maladies infectieuses, aux problèmes maternels et périnataux, et aux carences nutritionnelles diminue de 3 % au cours des dix années à venir. Au cours de la même période, on prévoit que les décès dus aux maladies chroniques augmenteront de 17 %. Autrement dit, des 64 millions de personnes qui (selon les projections) mourront en 2015, 41 millions mourront d'une maladie chronique - si on n'intervient pas d'urgence. Contrairement à l'impression courante, 80 % des décès dus à une maladie chronique surviennent dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Sur le nombre total de 58 millions de décès en 2005, toutes causes confondues, on estime que les maladies chroniques en auront causé 35 millions, ce qui est le double du nombre de décès dus à l'ensemble de toutes les maladies infectieuses (VIH/SIDA, tuberculose et paludisme compris), des complications maternelles et périnatales, et des carences nutritionnelles. On prévoit que le nombre total de décès dus aux maladies chroniques augmentera de 17 % supplémentaires dans les dix prochaines années, alors que selon les projections, le nombre total des décès dus aux maladies infectieuses, aux complications maternelles et périnatales et aux carences nutritionnelles devrait diminuer.

La menace s'aggrave - le nombre de personnes, de familles et de collectivités touchées augmente. Cette menace croissante est une cause de pauvreté qui n'est pas assez connue et qui entrave le développement économique de nombre de pays. Les grandes maladies chroniques tiennent à des facteurs de risque courants et sur lesquels on peut agir. Ce sont ces facteurs de risque qui expliquent la grande majorité des décès dus à des maladies chroniques, de gens de tous âges, d'hommes et de femmes, et dans toutes les régions du monde. Ce sont notamment : un régime alimentaire malsain, l'inactivité physique, et l'usage du tabac. Le fardeau de la maladie chronique a de grands effets néfastes sur la qualité de vie des personnes touchées, est cause de décès prématuré, entraîne des effets économiques importants - ce qu'on ne voit pas suffisamment - pour les familles, les collectivités et les sociétés en général.

Malgré des succès à l'échelle mondiale, les maladies chroniques ont généralement été négligées dans les activités internationales de santé et de développement. Elles n'ont pas non plus été incluses dans les cibles des Objectifs du Millénaire pour le développement. Les maladies chroniques font obstacle à la croissance économique et entament le potentiel de développement des pays, ce qui est particulièrement vrai pour les pays où la croissance économique est rapide, comme la Chine et l'Inde. Il est important pourtant que la prévention soit inscrite dans le contexte des activités internationales de santé et de développement, même dans les pays les moins avancés, qui connaissent déjà une poussée des risques de maladies chroniques et des décès dus à ces maladies.

La malnutrition

La malnutrition reste l'un des grands problèmes de santé publique dans le monde, comme le montrent les faibles indices de nutrition dans de nombreux pays du Sud, mais surtout en Afrique de l'Est et de l'Ouest (respectivement 0,46 et 0,50). On estime en outre que plus de 800 millions d'êtres humains n'ont pas accès à des vivres de bonne qualité en quantité suffisante, et que plus de 2 milliards de personnes souffrent de carences en oligo-éléments tels que la vitamine A, l'iode et le fer. Près de 11 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans meurent chaque année, et la quasi-totalité de ces décès se produisent dans les pays en développement, en Afrique subsaharienne et Asie du Sud pour les trois quarts d'entre eux - ces deux régions sont aussi celles où la faim et la malnutrition sont les plus fréquentes. En règle générale, ces enfants ne meurent pas de la famine, mais de maladies néonatales et de différentes maladies infectieuses guérissables, en particulier les maladies diarrhéiques, la pneumonie, le paludisme et la rougeole ; ils ne mourraient pas pour la plupart si leur système immunitaire n'était pas affaibli par la malnutrition. Enfin, la faim et la malnutrition sont les causes principales de l'indigence et de la misère, terrain fertile pour les comportements criminels et violents.

Les enfants qui ont faim sont scolarisés tardivement (s'ils le sont) ; ils arrêtent leurs études plus tôt, et apprennent moins, ce qui freine les progrès vers l'éducation primaire et secondaire pour tous. La sous-alimentation des femmes est l'un des résultats les plus destructeurs de l'inégalité des sexes : elle diminue leurs possibilités d'éducation et d'emploi, et fait obstacle aux progrès vers l'égalité et l'autonomie des femmes. La faim et la malnutrition rendent plus fréquents et plus létaux les problèmes de santé qui causent le plus de décès au cours de la grossesse et de l'accouchement. La faim et la pauvreté détruisent le système immunitaire de groupes de population, les contraignant à adopter des stratégies de survie à risque, et augmentant notablement le risque d'infection et de décès dus au VIH/SIDA, au paludisme, à la tuberculose et à d'autres maladies infectieuses.

LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Dans le monde entier, les gens qui sont vulnérables et défavorisés socialement ont moins accès aux ressources sanitaires, tombent plus malades et meurent plus tôt que ceux qui occupent une situation sociale plus privilégiée. La plus grande part des problèmes de santé est à rapporter aux conditions sociales dans lesquelles les gens vivent et travaillent, ce qu'on appelle les déterminants sociaux de la santé. De bons soins de santé sont essentiels pour le bien-être des populations, mais améliorer les soins cliniques ne suffit pas à régler les grands problèmes sanitaires de notre époque et à éliminer les inégalités sanitaires.

Si l'on n'agit pas sur les déterminants sociaux, les pays où les besoins sont les plus marqués n'atteindront pas les OMD concernant la santé, ni les cibles mondiales de réduction des maladies chroniques telles que les affections cardiovasculaires, le cancer et le diabète. Les problèmes sont particulièrement urgents dans les pays en développement où le fardeau que représentent les maladies chroniques s'alourdit rapidement, s'ajoutant à celui des épidémies infectieuses non résolues.

L'état de santé doit donc préoccuper non seulement les décideurs chargés des politiques sanitaires, mais ceux de tous les secteurs. Pour réduire les inégalités de santé dans le monde entier, il faut un grand effort qui vienne en complément de la mise en place de systèmes de santé et de la lutte contre la pauvreté, pour intervenir au niveau des déterminants sociaux de la santé. Ces interventions doivent comprendre l'action contre la pauvreté, mais avec un objectif plus large - améliorer les conditions dans lesquelles les gens vivent et travaillent. Elles viseront donc non seulement les principales maladies infectieuses liées à la pauvreté, mais aussi les maladies non transmissibles - physiques et mentales - et les morts violentes qui constituent la majeure partie des maladies et des décès dans toutes les régions du monde hors l'Afrique, et ajoutent une lourde charge à celle des maladies transmissibles en Afrique subsaharienne. Les principaux déterminants de la santé étant sociaux, les remèdes doivent l'être aussi. Traiter les maladies existantes est urgent, et ce sera toujours une grande priorité, mais sans exclure pour autant les interventions visant les déterminants sociaux sous-jacents de la santé. La lutte contre les maladies, bien planifiée et bien dirigée, a connu historiquement des succès, mais le développement social et économique a également été fort utile pour lutter contre les grandes maladies et améliorer la santé des populations. Des politiques sociales plus larges seront cruciales pour réduire les inégalités de santé.

La pauvreté. Les rapports entre la pauvreté, l'accroissement de la population, la dégradation de l'environnement, la mauvaise santé, la migration et les troubles sociaux sont bien connus. Chacun de ces phénomènes peut être à la fois cause et effet des autres. On a désormais une grande quantité de données permettant d'établir que les problèmes de santé des pauvres sont très différents de ceux des riches, à l'intérieur d'un pays donné et entre pays. Les politiques commerciales et économiques actuellement pratiquées (libre circulation des marchandises et des capitaux) dans le monde ont été cause de croissance économique dans les économies les plus importantes et les plus solides, mais aussi de décalages de plus en plus marqués de la richesse et de la santé entre pays et à l'intérieur de ceux-ci. Pour arriver à un développement écologiquement rationnel, économiquement productif, socialement responsable et réalisable du point de vue des comportements, il faut une stratégie de développement qui garantisse que la croissance économique se traduise par le développement humain : ce n'est qu'à cette condition qu'il pourra être durable.

150 millions de personnes supportent chaque année des dépenses de santé catastrophiques. Dans 89 pays inclus dans une étude de l'OMS, 2,3 % par an en moyenne des ménages subissent une catastrophe financière provoquée par des dépenses de santé, ce qui représente plus de 150 millions de personnes dans le monde. Plus de 100 millions de personnes deviennent pauvres après avoir payé des soins de santé. Les dépenses de santé catastrophiques surviennent dans des pays à tous les niveaux de développement. Néanmoins, ce problème est plus grave et plus fréquent dans les pays à revenu intermédiaire et faible.

Source : Statistiques sanitaires mondiales 2008 – OMS

La surpopulation. Des taux de fécondité élevés ont régulièrement été en corrélation forte avec la pauvreté, des taux de mortalité juvénile élevés, un statut et un degré d'instruction peu élevés des femmes, des carences des services de santé génésique et des contraceptifs insuffisamment disponibles et acceptés. La pauvreté et la population sont si étroitement liées que la solution de l'un et l'autre problème doit l'être aussi. À l'heure actuelle, les pays pauvres ne sont pas en mesure d'assurer le total des ressources nécessaires à cette fin. À l'exception de l'Afrique subsaharienne, la transition démographique est bien engagée dans une bonne partie des pays en développement, où les taux de fécondité et de mortalité élevés font place à des taux faibles. Le monde est à la fois plus jeune et plus âgé que jamais auparavant. La moitié de la population des pays en développement est actuellement âgée de moins de 23 ans, et un effectif estimatif de 800 millions d'êtres humains, soit 15 % de la population mondiale, est constitué d'adolescents. On a de ce fait un « élan démographique » : même lorsque les taux de fécondité seront descendus en-dessous des taux de remplacement, la population continuera à augmenter pendant plusieurs décennies. Le doublement des effectifs de personnes âgées dans les pays en développement au cours des 25 prochaines années représentera une « révolution

démographique sans précédent ». Le vieillissement de la population multiplie dans chaque pays le nombre des maladies chroniques débilantes, telles que les affections cardiaques et cérébrovasculaires, l'arthrose, l'ostéoporose, la démence, la maladie de Parkinson, le cancer etc., ce qui alourdit les coûts déjà croissants des soins de santé.

La malnutrition. Globalement, il semble que si la course mondiale entre la population et les vivres doit être au mieux trop serrée, pour les collectivités les plus pauvres (à cause de la hausse des prix) elle est déjà en train d'être perdue. Tout le monde est d'accord pour estimer que la population mondiale dépassera 8 milliards d'habitants en 2025, soit une augmentation de 30 % en 25 ans. À l'avenir, l'accroissement de l'approvisionnement alimentaire, nécessaire pour nourrir ces habitants supplémentaires, devra provenir surtout de rendements biologiques accrus, plutôt que de développement des surfaces cultivées et d'expansion à grande échelle de l'irrigation. La difficulté se pose partout dans le monde, et elle est à la fois technologique et politique. Le problème technologique est énorme, car il s'agit de mettre en place des systèmes de production nouveaux, à rendement élevé, plus nutritifs, et écologiquement viables. Des technologies nouvelles déjà connues, telles que les organismes génétiquement modifiés (OGM), les techniques après récolte, la lutte contre les ravageurs, et le stockage des aliments, peuvent aider à résoudre certains de ces problèmes. Il ne s'agit pas d'une situation connue qui se répète. La sous-alimentation déclenche une série de problèmes de santé tels que les retards de croissance, la vulnérabilité aux infections et - pire que tout - l'arriération mentale et les troubles des fonctions cognitives. Une situation socioéconomique défavorable durant la vie fœtale et la première enfance ont également une influence précise sur la mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux et au cancer de l'estomac à l'âge adulte, influence qui ne tient pas à un désavantage social continu au long de la vie. Les privations de l'enfance retentissent sur le risque de décès dû aux affections coronariennes à l'âge adulte, encore que dans ce cas il y ait influence ajoutée de la situation à l'âge adulte.

Les modes de vie. On a des raisons de penser que les modes modernes de vie inactive, de surconsommation alimentaire liée à la richesse, de stress causé par le désir de « s'enrichir rapidement » ou un monde « extrêmement compétitif », d'abus de nourritures et de boissons nuisibles à la santé, d'usage du tabac et de drogues de détente, la multiplication des relations sexuelles, et la dislocation des systèmes familiaux conviviaux de type classique, sont cause des profils nouveaux de morbidité et de mortalité que l'on voit déjà dans nombre de pays développés. L'obésité, le diabète, l'hypertension, les affections cardiovasculaires et cérébrovasculaires et les troubles mentaux sont déjà cause d'une hausse mondiale des coûts des soins de santé. Le nombre de diabétiques dans le monde devrait plus que doubler, selon les projections, d'ici à 2025, passant des 135 millions actuels à près de 300 millions. À l'échelle mondiale, la prévalence de maladies chroniques non transmissibles augmente à un rythme alarmant. Quelque 18 millions de personnes meurent chaque année d'affections cardiovasculaires, auxquels le diabète et l'hypertension prédisposent fortement. La forte augmentation des cas de diabète et d'hypertension est alimentée par la prévalence croissante des surcharges pondérales et de l'obésité, qui se sont ajoutées ces dix dernières années à l'insuffisance pondérale, à la malnutrition et aux maladies infectieuses parmi les grands problèmes de santé menaçant les pays en développement. Le grand coupable est l'environnement qui encourage des comportements causant l'obésité.

Le défaut d'accès aux soins de santé. Les soins de santé jouent un rôle limité, mais non négligeable, comme déterminant de la santé. On estime que 5 des 30 années d'allongement de l'espérance de vie obtenue sont à attribuer à l'amélioration des soins de santé. Sur ces 5 années, on a estimé que les services thérapeutiques sont responsables d'environ 3,5 années, et les services cliniques de prévention d'environ 1,5 année. La plus grande proportion de ces progrès attribuables aux soins de santé est à rapporter au diagnostic et au traitement des affections cardiaques coronariennes, ce qui représente 1 à 2 années d'espérance de vie supplémentaire. Il importe, dans toute la mesure du possible, de prendre pour valeur repère de qualité les besoins de la population plutôt que son niveau de richesse. Ce ne sont pas

seulement les pays développés qui y ont droit, comme le montre par exemple le Centre Salam de chirurgie cardiaque de Khartoum, qui offre des soins médicaux gratuits à des patients venant de nombreux pays d'Afrique.

L'environnement physique. L'environnement physique retentit de différentes manières sur la santé et la maladie. L'eau salubre et l'air pur, l'hygiène sur les lieux de travail, la sécurité des logements, des collectivités et des routes, concourent tous à une bonne santé. On peut citer aussi l'exemple des substances toxiques qui causent des maladies pulmonaires ou des cancers ; la sécurité au travail, qui retentit sur le taux de traumatismes ; les mauvaises conditions de logement et la surpopulation, qui peuvent augmenter la probabilité de violence ; la transmission de maladies infectieuses et des problèmes de santé mentale, et les différences entre milieu urbain et milieu rural pour les taux de cancer. La présence de dangers naturels ou anthropiques est une source de maladies environnementales, que l'on peut considérer comme le signe visible et clinique de mauvaises conditions environnementales. On peut envisager comme principaux domaines d'intervention les polluants de l'air ambiant, à l'extérieur et à l'intérieur, le bruit, l'environnement intérieur et les conditions de logement, la contamination et la qualité de l'eau, et l'exposition aux radiations et aux produits chimiques. L'impact de ces facteurs est ressenti en association avec des problèmes auditifs, des troubles du sommeil, le stress causant l'hypertension et d'autres maladies de la circulation, les cancers de la peau et d'autres, l'asthme ou les malformations.

Le patrimoine génétique. Les facteurs génétiques sont reconnus comme exerçant une influence notable sur la santé, et il sera donc important de mieux comprendre ces influences. Les déterminants génétiques sont des facteurs constitutifs importants de la santé individuelle ; mais ils échappent pour le moment au champ des interventions de santé publique. La génétique prendra de plus en plus d'importance dans les années à venir, car la quasi-totalité des maladies comporte des éléments génétiques constitutifs ou acquis. La mise en évidence de gènes prédisposant à telle ou telle maladie, ainsi que celle de mutations somatiques acquises sous-jacentes à une maladie donnée, le cancer par exemple, peut livrer un corpus important d'informations nouvelles vitales pour une meilleure compréhension de nombreuses maladies communes. Ces informations peuvent servir d'une part à déterminer des méthodes de diagnostic, et de l'autre à mettre en place des thérapeutiques nouvelles ou à cibler plus précisément des médicaments. Dans l'ensemble, les facteurs génétiques sont actuellement compris comme concourant à un niveau de risque plus élevé ou plus faible de telle ou telle issue de santé, et non pas comme les déterminant à coup sûr. Ils entrent aussi en interaction avec des facteurs sociaux et environnementaux pour influencer sur la santé et la maladie. Il sera important de comprendre ces interactions afin d'apprendre pourquoi parmi des personnes exposées à un environnement analogue, certaines tombent malades et d'autres pas.

Les voyages et la migration. Le monde actuel est caractérisé par une mobilité croissante des populations et des personnes. Les moyens de transport modernes facilitent grandement la rapidité et la diversité des formes de cette mobilité. Il y a maintenant près d'un milliard de voyageurs internationaux par an. La grande majorité se déplace pour des périodes brèves, pour leurs loisirs ou leur travail. Mais il existe des migrants internationaux - 150 millions à peu près dans le monde - qui se déplacent surtout avec un billet aller simple, habituellement depuis un pays pauvre vers un pays riche, et dont les conditions de travail et de vie dans leur nouveau pays peuvent être difficiles et restreindre leur accès aux services médicaux. Et d'autres (les réfugiés) sont contraints de quitter leur pays en proie à l'insécurité et la guerre. Ces voyageurs et migrants facilitent la transmission des maladies qui apparaissent ou réapparaissent, comme le SARS, la grippe aviaire, le VIH/SIDA, et la tuberculose.

Le manque d'accès à l'eau potable entraîne chaque année 8 millions de décès causés par des maladies d'origine hydrique (choléra, typhoïde, maladies diarrhéiques), les enfants représentant la moitié de ces décès. Il y a actuellement 1,4 milliard d'êtres humains qui n'ont pas accès à une eau salubre, et 2,6 milliards, soit 42 % de la population mondiale, ne sont pas desservis par un système d'assainissement de base (collecte et traitement des effluents). L'Organisation des

Nations Unies estime que quelque 1,6 million de vies pourraient être sauvées chaque année si on arrivait à améliorer l'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement et d'hygiène. De plus, les catastrophes naturelles sont de plus en plus courantes, et sont à 90 % liées à l'eau. Elles résultent d'une mauvaise utilisation des terres. Le cas du lac Tchad, en Afrique, est un exemple spectaculaire : il a perdu depuis les années 1960 près de 90 % de sa superficie de surface, essentiellement à cause du surpâturage, de la déforestation et de grands projets d'irrigation qui ne sont pas viables.

Pour une bonne part, les perspectives sont les mêmes - résultat d'une consommation en augmentation rapide face à des populations en accroissement et des technologies nuisibles pour l'environnement - pour d'autres stocks de ressources stratégiques, telles que les terres arables, les forêts, les herbages, les pêcheries, la diversité biologique, le climat, et l'atmosphère.

Les conséquences environnementales du développement. Même dans les circonstances les plus favorables, le développement a des effets nuisibles pour la santé, en agissant d'une part sur l'environnement et de l'autre sur les modes de vie. Ces effets se trouvent exacerbés lorsque des compulsions sociopolitiques exigent un développement économique rapide, « le développement à tout prix », sans tenir compte du milieu socioculturel et administratif, comme cela se produit dans nombre de pays en développement. Il est de fait et inévitable, bien que généralement reconnu, que l'introduction des nouvelles technologies indispensables au développement entraîne des conséquences irréversibles - sociales, écologiques, sanitaires - qui dans certaines circonstances peuvent être nuisibles. En multipliant les réservoirs pour l'irrigation, on augmente le nombre de sites de reproduction des vecteurs de maladies, tels que les moustiques qui ont fait réapparaître le paludisme, la dengue, et l'encéphalite japonaise. La déforestation et l'érosion des sols offrent un habitat plus vaste aux phlébotomes, qui transmettent la leishmaniose. L'usage croissant des pesticides pour développer la production agricole est responsable selon les estimations de plus de 2 millions de cas d'empoisonnement d'êtres humains chaque année, causant 20 000 décès.

On peut citer parmi les signes de menaces à la viabilité de notre écosystème : le réchauffement climatique, l'amenuisement de la couche d'ozone, les pluies acides, la déperdition de plus en plus marquée de forêts et de diversité biologique, la diminution des surfaces cultivables, la pollution atmosphérique, la pollution des eaux et des sols, les menaces pesant sur les ressources en eau, la réduction sensible des réserves alimentaires mondiales, l'épuisement progressif des ressources non renouvelables d'énergie, les migrations de population à grande échelle - dans un même pays (des zones rurales vers les zones urbaines), et traversant les frontières nationales - à la recherche de moyens d'existence, la menace croissante des taudis urbains, les niveaux inadmissibles de chômage dans la plupart des pays du monde, la répartition inéquitable, et qui le devient de plus en plus, des richesses entre nantis et démunis, aux niveaux national et international, avec le cortège de troubles sociaux, de criminalité et de guerres qui l'accompagne.