



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.2

31 octobre 2009

Original anglais

Projet de rapport du CIB sur la responsabilité sociale et la santé

Le présent rapport est l'aboutissement d'une longue réflexion du Comité international de bioéthique (CIB), entamée à sa douzième session (Tokyo, décembre 2005), immédiatement après l'adoption de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme.

Il ne prétend pas être exhaustif, ni prescriptif, et ne représente pas nécessairement les vues des États membres de l'UNESCO. 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, enrichissant ainsi la réflexion sur ce principe et sur son application concrète.

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'émergence du concept de responsabilité sociale
- B. Portée étendue de l'article 14
- C. L'article 14 et les notions de santé et développement social
- D. Le statut de la santé en tant que « bien »
- E. La santé en tant que droit de l'homme
- F. Responsabilité sociale, justice, solidarité et égalité
- G. L'article 14 dans ses relations avec les autres articles de la Déclaration

IV. DOMAINES DE PRÉOCCUPATION PARTICULIERS

- A. Soins de santé
- B. Recherche
- C. Industrie
- D. Éducation

V. LIGNES DE CONDUITE

- A. Procédures de décision
- B. Portée transnationale
- C. Comités nationaux de bioéthique
- D. Assurance qualité en matière de soins de santé
- E. Risques sanitaires mondiaux

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 santé¹. 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 élargit 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 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.

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.

3. 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. 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

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. »*

employés. Toutefois, s'il est clair que les États sont responsables à l'échelon national de leurs citoyens, la santé ne peut plus relever exclusivement de poches d'intérêts et de responsabilités se situant à ce niveau. Le commerce international et la recherche, par exemple, mettent en jeu des relations sociales qui transcendent les frontières nationales.

4. 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 de l'UNESCO (CIB) a décidé d'entreprendre une réflexion sur le principe de la responsabilité sociale et la santé, tel qu'il est énoncé dans cet article.

5. 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 ne prétend pas être exhaustif, ni prescriptif, et ne représente pas nécessairement les vues des États membres de l'UNESCO. 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, enrichissant ainsi la réflexion sur ce principe et son application concrète.

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

6. 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 devraient probablement se matérialiser. De l'autre, la situation sanitaire dans le monde porte un caractère inéquitable, dû pour l'essentiel à la pauvreté et au manque d'accès aux soins de santé.

7. On s'accorde depuis peu pour penser que les conditions économiques et sociales qui font que des individus tombent malades et ont un plus grand besoin de soins médicaux déterminent la santé de la population dans son ensemble. L'idée fait donc son chemin que la politique sanitaire ne se limite pas à la prestation et au financement de soins médicaux, mais englobe, entre autres concepts, l'importance que conservent tout au long de la vie les facteurs dont dépendent la santé pendant la petite enfance, ainsi que les effets de la pauvreté, du chômage, de la malnutrition, des conditions de travail, de la drogue, des appuis sociaux, des éléments du mode de vie tels qu'une alimentation suffisante, et la situation sur l'échelle sociale (on donne un aperçu des conditions sanitaires dans le monde à l'annexe II).

8. 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 dans bien des cas 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, retiennent 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.

9. Dans le monde entier, les personnes vulnérables et désavantagées ont moins 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 conçues pour réduire ces inégalités ont pour objet d'améliorer le niveau de santé de tous en répondant pleinement aux besoins sanitaires des plus désavantagés, et en aidant les pays qui en ont besoin à offrir à leur population de meilleures conditions de santé.

10. Il est très important d'agir sur les grands déterminants de la santé pour réduire la charge que représente la maladie et pour 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.

11. 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.

12. Plus récemment, en mai 2009, la soixante-deuxième Assemblée mondiale de la santé, après avoir examiné le rapport de la Commission de l'OMS, a invité tous les États membres :

- à s'attaquer aux inégalités en matière de santé à l'intérieur des pays et entre pays en s'engageant politiquement en faveur des grands principes permettant de « combler le fossé en une génération » sur le plan national s'il y a lieu, et à coordonner et gérer l'action intersectorielle en faveur de la santé de manière à intégrer l'équité en santé dans toutes les politiques, le cas échéant, en utilisant des instruments pour évaluer l'impact sur la santé et l'équité en santé ;
- à définir des objectifs et à mettre en œuvre des stratégies pour améliorer la santé publique en veillant en particulier aux inégalités en matière de santé ;
- à tenir compte de l'équité en santé dans toutes les politiques nationales visant les déterminants sociaux de la santé, et à envisager d'élaborer et de renforcer des politiques universelles globales de protection sociale, y compris de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins de santé, et de promouvoir la disponibilité et l'accessibilité des biens et services indispensables à la santé et au bien-être ;
- à favoriser le dialogue et la coopération entre les secteurs concernés de sorte que la santé soit prise en considération dans les politiques publiques pertinentes et que l'action intersectorielle soit renforcée ;
- à attirer davantage l'attention des personnels soignants, du secteur public comme du secteur privé, sur la façon de tenir compte des déterminants sociaux lorsqu'ils dispensent des soins à leurs patients ;
- à contribuer à l'amélioration des conditions de vie quotidiennes qui favorisent le bien-être sanitaire et social tout au long de la vie en associant tous les partenaires intéressés, y compris la société civile et le secteur privé ;
- à favoriser l'autonomisation des individus et des groupes, en particulier ceux qui sont marginalisés, et à prendre des mesures pour améliorer les aspects sociétaux qui affectent leur santé ;
- à générer de nouvelles méthodes et données factuelles adaptées à la situation de chaque pays, ou à utiliser celles qui existent, pour agir sur les déterminants et les gradients sociaux de la santé et sur les inégalités en matière de santé ;
- à mettre au point et utiliser des systèmes d'information sanitaire et des moyens de recherche et à les améliorer au besoin, de manière à surveiller et mesurer la santé de leurs populations en fonction de données ventilées, par exemple par âge, sexe, origine ethnique, race, caste, profession, niveau d'études, revenu et emploi, quand la législation nationale et le contexte l'autorisent, afin que les inégalités en matière de santé puissent être mises en évidence et l'impact des politiques sur l'équité en santé mesuré.

13. Les initiatives entreprises partout dans le monde pour combattre les inégalités en matière de santé sont très variées. Une approche, adoptée par exemple par le Brésil, consiste à créer une commission sur les déterminants sociaux de la santé qui se concentre sur trois engagements fondamentaux : équité, examen des faits et action. Une autre, fondée sur des études régionales menées dans 22 pays d'Europe, s'attache à améliorer les possibilités d'éducation, la répartition des revenus, les comportements en matière d'hygiène et l'accès aux soins de santé de manière à combattre ces inégalités. Une troisième, qui vise à examiner les réseaux de partage du savoir afin de déterminer les possibilités d'une action

améliorée dans des domaines clés, a mis l'accent (comme cela était à prévoir) sur le rôle central des gouvernements nationaux et de la société civile dans l'instauration d'une plus grande équité en matière de santé.

14. Nous devrions assister à l'avenir à de nouvelles avancées répondant à la tâche urgente qui consiste à améliorer les conditions de santé par des actions concertées tenant compte des déterminants sociaux de la santé. Comme le notait un éditorial de la revue *Lancet* (novembre 2008) : « Toutes les sociétés doivent s'efforcer de combler leur retard sur le plan de l'équité en matière de santé en l'espace d'une génération. Il y a trop à perdre à ne pas le faire ».

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

A. L'émergence du concept de responsabilité sociale

15. Les obligations morales sont profondément ancrées dans les relations sociales et sont donc un élément fondamental de la vie des sociétés. Elles ont pour point d'ancrage des institutions sociales, comme la famille, ainsi que des pratiques sociales telles que le respect de la parole donnée. Elles sont indépendantes du droit, dans la mesure où elles ne relèvent généralement pas de la justice. De fait, lorsqu'elles en relèvent, il est manifeste que les lois invoquées trouvent leur origine dans des engagements et des devoirs sociaux dont le non-respect a des conséquences sociales totalement inacceptables, que la société cherche à corriger. Par ailleurs, au fil des siècles, les grandes religions du monde ont encouragé l'élargissement de la notion de responsabilité envers autrui au-delà des limites du cercle familial pour lui conférer une dimension communautaire, nationale, voire transnationale.

16. Toutefois, l'expression « responsabilité sociale » n'est entrée dans l'usage qu'à une date récente. Elle est apparue dans le contexte de l'éthique des entreprises et institutions privées, pour définir les devoirs moraux de ces entités à l'égard des sociétés dans lesquelles elles sont implantées, au-delà des restrictions et obligations imposées par la loi. Cette expression relativement nouvelle suppose que la notion de responsabilité soit étendue, au-delà des personnes, aux groupes et communautés, mais aussi, au-delà des institutions et des entreprises privées, aux organismes publics, dans la mesure où ces derniers ont le même champ d'activité et produisent des effets qui peuvent être bénéfiques ou préjudiciables pour les travailleurs, les fournisseurs, les clients et les autres acteurs concernés, ou pour l'environnement. Les institutions et les entreprises ont une personnalité juridique, mais aussi une personnalité « morale ». Elles sont donc tenues d'assumer des devoirs qui sont spécifiquement moraux, au sens où ni un tiers ni l'État ne peuvent demander, exiger ou imposer leur accomplissement. Il s'agit entre autres des devoirs dits « citoyens ».

17. D'un point de vue moral, les devoirs relevant de la responsabilité sociale sont à comprendre comme faisant partie de ce que l'on appelle traditionnellement en éthique les « devoirs imparfaits ». Ces devoirs ne peuvent être ni prescrits ni imposés par un tiers 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 acquitter ses impôts). Il signifie simplement qu'il n'y a pas de coercition juridique. Cette différence est importante, surtout lorsque l'on considère les obligations procédant d'un droit fondamental, car il semble que la responsabilité et la responsabilité sociale aient un effet moindre : il s'agit d'un simple « devoir de bienveillance » aussi contraignant que l'on considère et devrait considérer qu'il est.

18. Tel est le contexte dans lequel s'inscrit l'analyse éthique de l'article 14 de la Déclaration. Ce qui est en jeu ici, c'est un droit fondamental à la santé, ainsi que la prise de conscience qu'il y a une limite à ce qui peut être atteint. 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. C'est pourquoi le devoir de responsabilité sociale est partagé par le domaine privé, les États et les gouvernements, qui sont appelés à remplir des obligations spécifiques dans toute la mesure des ressources disponibles, afin de mettre en œuvre et d'assurer progressivement le plein exercice de ce droit. Le paragraphe 2 de l'article premier souligne que la Déclaration « s'adresse aux États », et les articles 21, 22, 23, et 24 réaffirment que ces derniers ont des responsabilités irrévocables.

B. Portée étendue de l'article 14

19. Le premier paragraphe de l'article 14 est essentiel pour une bonne compréhension de la très large portée de l'article dans son ensemble. Il y est clairement dit que la promotion de la santé et du développement social est non seulement un objectif, mais « un objectif fondamental des gouvernements ». Cet objectif ne doit pas être poursuivi en usant de la seule persuasion morale, mais devrait faire l'objet d'une politique publique réfléchie. Le caractère central de cet objectif est facile à justifier dans la tradition démocratique, mais aussi du simple point de vue de ce qui est une obligation fondamentale du souverain : protéger les citoyens de la menace de guerre ou de violence. À notre époque le risque de décès dû à une maladie (non traitée) vient s'ajouter aux grandes menaces qui pèsent sur les citoyens. La souveraineté, pour être légitime, suppose donc la capacité de protéger les citoyens des menaces existantes, ce qui donne une raison de faire de la promotion de la santé, et de la protection contre ce qui la menace, une visée essentielle des gouvernements. De même, les États sont tenus de protéger les citoyens contre des menaces sociales telles que la pauvreté ou une grave dégradation de l'environnement.

20. L'article 14 dispose de même clairement que « tous les secteurs de la société » devraient participer 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 la satisfaction. Le bien-être et la prospérité de chacun sont liés au développement social. Il s'agit là d'une affirmation normative, et non descriptive, qui est peut-être l'élément le plus important de l'article. Elle suppose que la santé et le développement social ne relèvent pas du seul secteur de la santé, mais de tous les secteurs de la société, y compris par exemple les services éducatifs et les entreprises privées. Il se peut qu'un secteur de la société estime n'avoir aucune responsabilité en matière de santé et de développement social, et n'agisse pas de façon à les promouvoir. L'article 14 nie toute légitimité à cette attitude. Aucun groupe de la société ne peut s'exempter de la responsabilité de promouvoir la santé et le développement social.

21. Cela a pour corollaire qu'il est fondé de critiquer un secteur qui ne prend pas au sérieux cette responsabilité, que la critique émane des pouvoirs publics, d'organisations de la société civile ou de particuliers. Il peut être difficile de déterminer précisément qui au juste est visé par cette critique, car même si l'on conçoit intuitivement ce qu'est un « secteur de la société », il est rare qu'il ait un représentant naturel ou élu auquel adresser la critique. On peut par exemple considérer que l'industrie alimentaire dans son ensemble n'assume pas avec toute la rigueur voulue sa responsabilité de prévenir l'obésité, mais il n'existe pas toujours un représentant aisément identifiable de ce secteur à qui en faire le reproche, ou qui soit en mesure d'y donner suite.

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

22. Deux grandes conceptions philosophiques de la santé s'affrontent :

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

23. Dans la conception biostatistique, la santé est un état biologique objectif, que l'on peut définir en termes de fonctionnement typique d'une espèce donnée, par référence à une classe définie en fonction de l'âge et du genre. Un organe sain est donc un organe qui présente un fonctionnement typique de l'espèce, et un organisme sain un organisme dont toutes les parties présentent le niveau de fonctionnement typique de l'espèce. Cette conception de la santé séduit parce qu'elle semble objective, indépendante de toute valeur et fondée exclusivement sur la biologie. On lui a reproché de masquer les aspects relatifs aux valeurs dans la détermination des besoins en matière de santé, des mesures sanitaires et des résultats visés.

24. Dans la conception fondée sur la théorie de l'action, 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 rien sur le plan biologique n'empêche de poursuivre les objectifs raisonnables qu'il s'est fixés. Cette conception repose ouvertement sur des valeurs, car ce qui est perçu comme un état de bonne santé par une personne ne le sera pas par une autre qui aurait dans la vie des objectifs raisonnables différents. Les valeurs sont également prises en compte pour déterminer ce que sont des « objectifs raisonnables ». Cette conception de la santé offre l'avantage d'établir un lien intrinsèque entre la santé et les raisons principales pour lesquelles nous lui attachons une grande valeur. Elle a été critiquée parce qu'elle permet d'une part de considérer un trop grand nombre d'états comme sains (pour une personne n'ayant que des objectifs limités) et de l'autre d'en considérer un trop grand nombre comme pathologiques (pour une personne ayant des objectifs ambitieux).

25. La conception fondée sur la théorie de l'action est vraisemblablement plus proche de la définition de la santé et de sa valeur que retient le 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 ». À l'évidence, cette définition ne repose pas exclusivement sur la biologie. Toutefois, pour nombre de décisions politiques (concernant des mesures de santé publique), la conception de la santé adoptée par le décideur sera sans importance. Les états considérés comme caractéristiques de la bonne (ou mauvaise) santé dans chacune des deux conceptions se chevauchent en grande partie, et la plupart des personnes visées par ces décisions sont en mauvaise santé et ont besoin que des mesures soient prises dans l'une comme dans l'autre.

26. 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 se peut que des changements sociaux positifs intéressent l'ensemble des secteurs et des activités de la société, mais ils n'ont pas tous la même importance, et il serait étrange par exemple de qualifier le fait que les adolescents chantent plus juste et plus en mesure, de progrès social, dont la promotion devrait faire un objectif central du gouvernement, même s'il est certain que ce serait une bonne chose pour la société.

27. Il convient donc de déterminer quelles sont les manifestations du développement social qui relèvent des obligations énoncées à l'article 14. On sera aidé dans cette tâche par l'énumération partielle figurant aux alinéas (a) à (e) du paragraphe 2. Tout changement social entraînant une amélioration dans l'un des domaines qui y sont mentionnés (accès à des soins de santé de qualité et aux médicaments essentiels ; accès à une alimentation et à une eau adéquates ; amélioration des conditions de vie et de l'environnement ; élimination de la marginalisation et de l'exclusion fondées sur quelque motif que ce soit ; réduction de la pauvreté et de l'analphabétisme) constitue par lui-même une manifestation de développement social, que les gouvernements et tous les secteurs de la société se doivent d'encourager.

28. Il importe de noter que les progrès sociaux à encourager concernent les conditions matérielles (accès à l'eau et protection de l'environnement, par exemple), les structures formelles et culturelles (lutte contre la marginalisation et l'exclusion, par exemple), et l'éducation (lutte contre l'analphabétisme, par exemple). La promotion du développement social vise une large gamme d'objectifs et est intrinsèquement liée à celle de la santé puisque les domaines où est censé se produire le développement social correspondent aux déterminants sociaux de la santé.

D. Le statut de la santé en tant que « bien »

29. Comme indiqué précédemment, le paragraphe 2 de l'article 14 dit au premier alinéa 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 fait que certaines personnes n'attachent pas de valeur à leur état de santé ou n'accordent aucune importance à la santé d'autrui ne remet pas en cause ces arguments. Il ne fait guère de doute par ailleurs que la bonne santé des citoyens est un atout pour la société, et qu'elle est donc un bien social ou public. La santé de chacun améliore l'ensemble des conditions sociales.

31. En fait, l'argument selon lequel « la santé est un bien public » se heurte à des obstacles importants. Dans le vocabulaire économique, on entend par biens publics les biens dont la jouissance n'implique ni rivalité (leur consommation par un individu n'empêche en rien leur consommation par d'autres personnes) ni exclusion (il est impossible d'en interdire l'accès à certaines personnes). Ce n'est manifestement pas le cas de la plupart des formes de soins de santé. Les moyens matériels et les ressources en personnel ne sont pas infinis, d'où une situation de rivalité entre les consommateurs, et il est très facile par ailleurs d'exclure certaines personnes de la jouissance des soins de santé ou des avantages qu'ils procurent. Les connaissances concernant les soins de santé ne prêtent pas à rivalité, mais elles peuvent prêter à exclusion, et ne répondent donc pas à la définition d'un bien économique public. La tendance croissante à breveter des inventions thérapeutiques issues de la recherche universitaire montre que l'exclusion en matière de connaissances sur les soins de santé est possible et souhaitable aux yeux de certains sur le plan économique. Il existe pourtant des domaines où il semble plus juste de considérer la santé comme un bien économique public, en particulier lorsqu'il s'agit de prévention et de traitement des maladies infectieuses. Mais surtout, reconnaître que la santé peut être considérée comme un bien privé au sens économique ne revient pas à nier le fait qu'elle est un bien public au sens plus général indiqué plus haut, à savoir qu'une société dont les citoyens sont en bonne santé est meilleure que celle où la maladie est répandue.

32. Certaines théories de l'éthique affirment que qualifier la santé de bien public, c'est la traiter comme un produit, et non comme un besoin fondamental. Même si l'on accepte cet argument, il reste difficile d'échapper au devoir de contribuer à rendre les soins de santé accessibles à tous partout dans le monde.

33. L'apparition et la réapparition de maladies contagieuses et de pandémies soulignent combien il est important de penser la santé dans une optique mondiale et d'un point de vue économique et éthique. Cette conception, qui s'éloigne de la bioéthique centrée sur l'individu, doit tenir compte des différences contextuelles et culturelles. Soigner et guérir n'ont pas le même rang de priorité et ne donnent pas lieu aux mêmes politiques dans les différents pays. Mais les dirigeants politiques de tous les États doivent s'efforcer d'allouer des ressources à la prévention de la maladie et à la protection et la promotion de la santé. Le fait de considérer la santé comme un bien public universel peut aussi engager les pays à œuvrer pour une répartition plus équitable des ressources de santé.

E. La santé en tant que droit de l'homme

34. En décembre 2008 a été célébré le 60^e anniversaire de la Déclaration universelle des droits de l'homme, fondement du code international en matière de droits de l'homme. Ce code, qui énonce un ensemble de normes adoptées à l'échelon international pour orienter et évaluer le comportement des gouvernements dans des secteurs très variés, retentit de manière directe et précise sur la médecine, la santé publique et les systèmes sanitaires. L'absence de soins de santé, et d'une volonté de promouvoir la santé est une atteinte directe à un droit qui est ni plus ni moins la pierre angulaire de tous les autres : le droit à la vie.

35. Accès aux soins de santé et droit à la santé ne sont toutefois pas synonymes. Il est bien sûr impossible de garantir quelque chose comme un droit perpétuel à la santé. À l'inverse, le simple droit aux soins de santé peut sembler trop étroit au regard de facteurs importants tels qu'un environnement sans danger ou un assainissement adéquat. La communauté internationale a donc précisé le sens et la portée de 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'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre » (art. 12). Le contenu de ce droit est ce qui peut effectivement être atteint, et non pas toutes les possibilités auxquelles on pourrait songer. D'autre part, 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 déterminants fondamentaux 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 être victime d'une discrimination et de ne pas être soumis à un traitement médical qu'on n'a pas choisi, et ouvre des droits tels que le droit aux soins de santé primaires essentiels. Il exige l'existence d'un système de santé efficace, adapté et intégré de bonne qualité, qui soit accessible à tous.

37. La notion de 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 des pays à faible revenu. Mais le droit à la santé impose aussi certaines obligations immédiates, telles que la non-discrimination et l'obligation faite aux États de se doter d'un plan national en matière de soins et de protection de la santé. De plus, il oblige à établir 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 concernent. En vertu du droit international des droits de l'homme, les pays développés ont une certaine responsabilité concernant la réalisation du 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 nécessite des dispositifs de contrôle et de responsabilisation efficaces.

38. Selon le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (2007), ce droit est constitué de normes mondiales donnant naissance à des obligations légales, d'où la nécessité de dispositifs de responsabilisation efficaces. L'effet combiné de ces trois dimensions - normes, obligations et responsabilisation - peut avoir pour résultat l'autonomisation de personnes et de communautés défavorisées.

F. 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 être un facteur de restriction ou de limitation (art. 2). Dans le cas des soins de santé, pourtant, le droit que l'on peut revendiquer 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 », déjà soulignée, implique 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.

40. Dans la Déclaration du Millénaire (2000), les chefs d'État ont reconnu qu'en plus des « responsabilités propres » qu'ils devaient assumer à l'égard de leurs sociétés respectives, ils étaient « collectivement tenus de défendre, au niveau mondial, les principes de la dignité humaine, de l'égalité et de l'équité ». C'est ainsi que dans ses *Documents de travail* publiés en 2008 (sous le titre *Addressing Ethical Issues in Pandemic Influenza Planning*), l'OMS met en évidence deux niveaux de responsabilité distincts. Les gouvernements ont une obligation première à l'égard des populations dont ils sont directement responsables. Au-delà de cette obligation, il y a celle d'aider les autres pays, laquelle est d'autant plus grande que les ressources disponibles sont plus nombreuses et que des gouvernements étrangers peinent par manque de moyens à protéger la santé de leurs citoyens. Cette obligation peut également nécessiter des mesures législatives.

41. 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 précédents. 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 préserver sa dignité d'être humain. 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 fondée – entre autres – sur la situation économique, fait partie des objectifs obligatoires des gouvernements. Au niveau international, les États restent libres de choisir ce qu'ils entendent faire, même au sein d'un cadre d'intégration politique novateur. L'Union européenne, par exemple, a réaffirmé dans le Livre blanc de la Commission européenne du 23 octobre 2007 que le domaine de la santé relevait pour l'essentiel de la responsabilité des États membres. De ce fait, le rôle d'autres organisations faitières prend plus d'importance, et un appel à la solidarité devient inévitable.

42. Selon la conception qui lie la solidarité sociale à la notion de collectivité, la solidarité n'a de sens que si l'individu a le sentiment de faire partie d'un groupe particulier. On observera dans la plupart des groupes une tendance à préférer les autres membres du groupe ou à se montrer bienveillante à leur égard, mais la solidarité exige plus que cela. Elle exige l'idée d'une vie ou d'un destin partagé. Elle exige aussi un sentiment d'appartenance, d'intégration ou d'enracinement commun à chacun des membres du groupe. Ce sentiment d'appartenance est la motivation profonde qui fait que l'acceptation passive d'un destin commun se transforme en participation active à la réalisation d'objectifs communs. La solidarité devient un puissant moteur lorsqu'elle est mise au service d'objectifs tels que la promotion de la santé et du développement social.

43. Par ailleurs, la solidarité peut jouer un rôle utile en venant palier efficacement l'absence de règles juridiquement contraignantes. Le fait de considérer la santé comme un bien public universel incite les pays à œuvrer pour une répartition plus équitable des ressources de santé : vaccins, médicaments, innovation, recherche, etc. Nous savons tous que le progrès

scientifique ne cessera pas, mais il convient que ses applications soient bénéfiques à chaque région du monde et n'aient pas seulement pour fonction de permettre aux pays riches d'accroître la qualité de vie de leurs citoyens tandis que les pays pauvres demeurent privés du nécessaire pour survivre de manière décente. Dans cette optique, la santé devient une responsabilité « sociale » partagée, celle de faire en sorte que chaque être humain jouisse des normes les plus élevées en matière de dignité et de qualité de vie.

G. L'article 14 dans ses relations avec les autres articles de la Déclaration

44. 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.

45. En premier lieu, l'article 14 est à lire à la lumière de l'article 13, relatif à la solidarité et à la coopération (« La solidarité entre les êtres humains ainsi que la coopération internationale à cette fin doivent être encouragées. »). Cet article exprime la volonté 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, en prêtant une attention spéciale aux groupes et individus vulnérables (article 8). La coopération entre personnes, entre familles, entre groupes et entre communautés doit être une préoccupation particulière lors de la prise de décisions et de la mise en place de pratiques appropriées dans les domaines relevant de la Déclaration. Les dimensions internationales des soins de santé sont plus importantes aujourd'hui que jamais. Des maladies rares, parfois négligées dans les systèmes de soins de santé nationaux, peuvent présenter un grand danger dans d'autres parties du monde, et la coopération internationale s'impose donc pour y faire face. Dans d'autres cas, tels que la prévention du VIH/SIDA et les gripes pandémiques, par exemple, les dimensions éthiques des soins de santé transcendent inévitablement les frontières nationales.

46. Les progrès de la science et de la technologie étant considérés comme essentiels 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 y est dit de plus 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 au nom de laquelle ils doivent aider les pays en développement à renforcer leurs capacités, pour qu'ils puissent tirer parti du progrès scientifique et technique et se doter de leurs propres politiques de recherche et de leurs propres compétences scientifiques et technologiques.

47. L'article 15², qui traite des bienfaits résultant de la recherche scientifique et de ses

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. »*

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.

48. La pertinence de l'article 21 (« Pratiques transnationales ») aux fins de l'article 14 tient au rôle crucial qui y est attribué au « progrès des sciences et des technologies » dans 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 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.

49. La pertinence de l'article 23 (« Éducation, formation et information en matière de bioéthique ») pour l'article 14 tient également au rôle crucial qui y est attribué au « progrès des sciences et des technologies » dans 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, ainsi que
- de l'information et de la sensibilisation des chercheurs, des décideurs et du public en ce qui concerne les incidences éthiques et les possibilités liées au progrès des sciences et des technologies.

IV. DOMAINES DE PRÉOCCUPATION PARTICULIERS

A. Soins de santé

50. L'amélioration de la santé n'est pas seulement un effet du développement, c'en est aussi une prémisses indispensable. C'est pourquoi le taux de rendement des investissements consacrés à la santé est un des plus élevés que puisse obtenir un pays. 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. L'écart ne cesse de se creuser entre les connaissances médicales et la pratique médicale : c'est ce que l'on appelle parfois « l'écart entre savoir et faire (*know-do gap*) ». Des millions d'êtres humains n'ont pas accès à des soins de santé adéquats. Même dans les pays développés, nombre de traitements préventifs confirmés ne sont pas utilisés, ce qui entraîne des complications et oblige parfois à recourir à des traitements plus coûteux lorsque la maladie, qu'il était possible de prévenir, frappe effectivement. De nombreux traitements efficaces sont souvent sous-utilisés ou mal utilisés.

51. Des exemples illustrent l'ampleur du problème : selon le rapport 2008 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), on estime qu'à la fin de 2007, 33,2 millions de personnes vivaient avec le VIH, dont 2,1 millions d'enfants, et le SIDA avait causé 2,1 millions de décès. Chaque jour, jusqu'à 6 800 personnes contractent le VIH faute

d'avoir facilement accès à des moyens abordables et efficaces de prévenir la transmission du virus. Elles ne sont que 2 700 de plus par jour à recevoir des traitements antirétroviraux. En dépit des progrès, la couverture des traitements antirétroviraux reste faible : 31 % seulement des personnes qui en avaient besoin en ont bénéficié en 2007. Pour cette même année, on estime à 2,5 millions le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH. Bien qu'il soit possible depuis des années de prévenir presque totalement la transmission du VIH de la mère à l'enfant, seul un tiers des femmes enceintes infectées reçoivent un traitement antirétroviral empêchant cette transmission, et elles sont encore moins nombreuses à recevoir un traitement pour elles-mêmes. Selon l'OMS, 27 millions d'enfants n'ont pas été vaccinés contre différentes maladies ; nombre de patients ne reçoivent pas un traitement reposant 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. L'hypertension et la dépression non diagnostiquées et non traitées, de même que les cas non diagnostiqués de développement anormal du fœtus, sont des exemples de sous-utilisation des services médicaux.

52. En revanche, certaines interventions technologiques font l'objet d'une utilisation excessive, privant ainsi du bénéfice de certaines ressources rares des patients qui en auraient besoin. Il arrive par exemple que des patients subissent une intervention médicale dans des circonstances où la probabilité que les risques soient plus forts que les avantages est inacceptable ; d'autres sont exposés à des traitements coûteux pour la simple raison que la technologie existe, alors qu'ils ne peuvent raisonnablement en attendre un quelconque avantage ; d'autre part, divers traitements nouveaux, dont les bienfaits sont scientifiquement établis, sont en concurrence avec des thérapeutiques traditionnelles dont l'efficacité n'est pas prouvée et qui souvent ont des effets néfastes ; en outre, des thérapeutiques reconnues, qui ont fait leurs preuves pour une application clinique donnée, sont également utilisées dans d'autres contextes cliniques sans aucune garantie de sécurité ou d'efficacité. Les antibiotiques font souvent l'objet d'une consommation abusive, qui accroît les réactions indésirables et la résistance des agents infectieux. La littérature scientifique fait également état d'une utilisation abusive des angiogrammes coronaires, des endartériectomies carotidiennes, des endoscopies gastro-intestinales et des stimulateurs cardiaques.

53. La pénurie de ressources constitue, partout dans le monde, l'obstacle majeur à l'amélioration de la santé par des mesures sanitaires. Le coût des soins médicaux a poussé les dépenses de santé potentielles très au-delà des limites d'un budget réaliste dans tous les pays, même 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.

54. Même si l'on admet que l'égalité complète d'accès aux meilleurs soins possibles 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, de sorte que les ressources ne soient pas gaspillées et que des patients n'en soient pas de ce fait privés. Toutefois, l'exigence d'efficacité peut donner à penser que les ressources investies dans la santé devraient l'être en vue de produire un bienfait maximal. Il s'ensuivrait, par exemple, que certains groupes de patients dont les besoins sont importants, tels que les malades chroniques, les personnes âgées et les handicapés, se verraient refuser des soins au motif que l'on peut davantage pour d'autres patients. Une telle situation serait inéquitable. Il faut donc, lorsque l'on décide d'un traitement, trouver le difficile équilibre entre efficacité et équité. Cela amène à se poser d'importantes questions éthiques comme celles-ci : les nouvelles technologies devraient-elles toutes être accessibles à tous les patients ? Faut-il traiter tous les patients ? La capacité de bénéficier d'un traitement devrait-elle être le critère qui décide de la nécessité de ce traitement pour tel ou tel patient, ou est-ce en fonction des effets bénéfiques que l'on va déterminer qui doit recevoir tel ou tel traitement ?

55. On accepte de nos jours l'idée qu'un certain rationnement des soins de santé est inévitable. Quels sont les critères à appliquer ? Les solutions ne sont pas faciles à trouver, et il faudra avant tout, pour traiter ces problèmes, mettre sur pied un vaste programme d'éducation et de fourniture de conseils qui devra toucher tous les membres de la société, et être suivi d'un large débat visant 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 ;
- déceler et évaluer les tensions entre efficacité des soins de santé et équité en matière d'accès à ces soins.

B. Recherche

56. Si l'on veut améliorer la santé, il faut utiliser efficacement la recherche axée sur la création de connaissances et de technologies nouvelles. Cela concerne toutes les catégories de recherche : (a) recherche biomédicale (mise au point 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, (d) élaboration de principes directeurs concernant les bonnes pratiques.

57. La recherche dans le domaine de la santé peut avoir un impact important tant sur la santé que sur le développement social en général. 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 confronté à d'épineux problèmes 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.

58. De nombreux pays ont besoin de l'aide internationale pour mieux intégrer la recherche au service de la santé dans un dispositif d'ensemble, de manière à améliorer les systèmes de recherche sanitaire nationaux.

59. En outre, seule une faible part des ressources mondiales consacrées à la recherche sanitaire sert à financer la recherche de solutions aux problèmes de santé propres aux 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 s'établissaient à 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 dans le 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 ».

60. Il faut notamment intensifier la 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 améliorer la situation de la manière la plus rentable possible.

61. Une des recommandations adoptée à l'issue du Forum 8 (Mexico, 2004) était spécifiquement consacrée au financement de la recherche :

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.

62. Le problème est de savoir comment les gouvernements perçoivent la recherche. S'ils y voient une dépense et non un investissement, les fonds alloués seront comptés. C'est ce qui est le plus probable dans les pays pauvres où les fonds, plus limités, doivent être répartis pour répondre à des nécessités plus pressantes, par rapport auxquelles la recherche en matière de santé apparaît comme de moindre priorité. Il en résulte un cercle vicieux qui exclut tout espoir que des améliorations essentielles rendues possibles par des connaissances et compétences nouvelles soient apportées aux facteurs déterminants de la santé.

63. Il est important de doter les pays en développement de programmes de recherche. Mais à qui revient-il de le faire ? Quelles méthodes utiliser ? Il faut donner aux pays les moyens de fixer eux-mêmes leur propre programme et leurs propres priorités. Ils doivent à cet effet associer toutes les parties prenantes nationales à cette entreprise. Les pays en développement doivent concentrer leurs maigres ressources sur la recherche en santé de façon à optimiser les gains dans le domaine de la santé et sur le plan de l'équité. Il faut prévoir dans le budget des ressources pour la recherche, et y voir un investissement, et non pas une dépense. Même s'il est difficile de demander à des gouvernements qui ne disposent pour la santé que d'un budget de quelques dollars par habitant de participer à l'effort de recherche, ils doivent commencer à le faire. La Déclaration fait obligation aux États membres d'examiner avec attention la part de leurs dépenses qu'ils consacrent respectivement à la santé, à l'éducation et à la défense.

C. Industrie

64. Les organismes de développement ont lancé un défi aux entreprises du secteur pharmaceutique (certaines remarques seraient applicables aussi à la recherche publique) 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.

65. 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 la création de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et la signature de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord 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.

66. 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.

67. Certains projets récents d'un grand intérêt ont un caractère caritatif, et ne produiront 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

68. Il a été démontré que l'analphabétisme et la pauvreté sont deux grands obstacles à la santé et au développement social. On sait également qu'un faible niveau d'alphabétisation 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 appelle pour finir à réduire la pauvreté et l'analphabétisme. Selon les données actuelles établies par l'Institut de statistique de l'UNESCO, quelque 774 millions d'adultes ne peuvent ni lire ni écrire. En Afrique subsaharienne, les adultes analphabètes sont plus nombreux aujourd'hui 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 chiffre signifie presque un enfant du monde sur cinq ; en d'autres termes, des millions d'êtres humains n'ont pu acquérir la maîtrise de l'information sanitaire que l'on a définie comme « la capacité d'obtenir, d'utiliser et de comprendre l'information et les services sanitaires de base dont on a besoin pour prendre des décisions avisées en matière de santé ».

69. L'analphabétisme ou la maîtrise insuffisante de l'information 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.

70. Les gouvernements devraient aussi offrir 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 les moyens de débattre des problèmes moraux qui se posent dans leur pays et dans les autres.

V. LIGNES DE CONDUITE

71. La responsabilité sociale de promouvoir le droit de jouir du meilleur état de santé qu'il soit possible d'atteindre exige des actions concrètes. Celles-ci peuvent revêtir des formes multiples, comme il ressort de plusieurs dizaines d'années d'expérience en matière de programmes de santé. Les quelques stratégies recensées à titre d'exemple dans le présent rapport ne sont pas directement transposables dans de nombreux pays. Par conséquent, étant entendu qu'il existe une multitude d'autres solutions et qu'il convient de respecter le choix souverain d'une stratégie nationale que fait chaque État membre, la présente section vise à donner un aperçu général de ce qui peut être fait pour traduire sous la forme d'une politique concrète, le principe de responsabilité sociale en matière de santé énoncé à l'article 14 de la Déclaration.

A. Procédures de décision

72. 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, comme il serait souhaitable dans l'idéal, tous les objectifs mentionnés à l'article 14. Chaque société est donc amenée 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 de politique sociale en général, montrent qu'aucun algorithme n'offre des réponses indiscutables quant à la manière de procéder. Cela ne doit toutefois pas servir de prétexte pour s'abstenir de faire tout ce qui est dans la mesure du possible à l'intérieur de ces limites.

73. L'article 14 de la Déclaration doit être considéré comme un canevas à partir duquel formuler de manière plus explicite et plus détaillée les concepts relatifs 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 très générale 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 prêtant assistance aux plus nécessiteux, en faisant le meilleur usage des sommes investies, 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.

74. 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. L'objectif fondamental est d'accroître la probabilité de voir les priorités choisies dans un souci de justice.

75. On peut retenir quatre principes essentiels en matière d'établissement des priorités de santé : assurer à tous un traitement équitable, favoriser les groupes les plus démunis, rechercher l'avantage global maximum pour la société, et promouvoir ou récompenser l'utilité sociale. Pour apparaître légitimes, ces principes doivent être appliqués selon des règles

convenues. Il convient toutefois de noter que les deux premiers principes peuvent entrer en conflit avec les deux autres à plusieurs égards. Par exemple, s'il est souhaitable de promouvoir l'efficacité afin d'éviter le gaspillage de maigres ressources, il serait injuste de refuser des soins de santé à des citoyens qui en ont besoin au seul motif que d'autres pourraient en tirer dans l'ensemble un avantage plus important si ces ressources étaient utilisées autrement. Si tel était le cas, les individus qui ont le plus de besoins, comme les malades chroniques et les personnes handicapées, se verraient refuser des soins parce que les avantages qu'ils peuvent en espérer sont limités. L'alinéa (d) de l'article 14.2 peut être interprété comme faisant référence à ces groupes.

76. Il est donc important de noter que tout ordre de priorités entre des mesures sociales relevant des objectifs fixés à l'article 14 ou entre ces objectifs doit être établi selon une procédure de prise de décision légitime. Plus généralement, un responsable qui envisage de prendre une décision ayant des incidences pour la promotion de la santé ou du développement social, doit s'assurer qu'il est dûment tenu compte de l'effet de l'activité considérée au regard des différents objectifs mentionnés à l'article 14. Faute de quoi, des considérations importantes risquent fort d'être éludées. 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

77. On pourrait penser que l'article 14 n'a pas de portée internationale et que son libellé vise exclusivement les États puisque toutes les mesures qui y sont énumérées relèvent de l'activité normale des gouvernements. À cet égard, il est important de se souvenir que tous les articles de la Déclaration sont censés être interprétés comme un tout. Cela signifie que l'article 21, qui vise les activités transnationales, doit venir éclairer la lecture de l'article 14. Tous les gouvernements étant plus ou moins engagés dans des activités avec d'autres États, les dispositions de l'article 14 sont à considérer pour tout ce qui concerne ces activités. Par exemple, une société qui a des activités dans un pays autre que celui où elle est constituée ne peut invoquer le fait qu'elle n'a d'obligations que « dans son propre pays » pour se soustraire à ses obligations étendues à l'égard des ressortissants de l'autre pays qui sont concernés par ses intérêts. C'est ainsi qu'une société qui sous-traite la fabrication de ses produits à un autre pays devrait porter la plus grande attention aux conditions de santé et à la sécurité des personnes qui fabriquent ses produits.

78. 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... » (par. 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 ont le devoir de tenir compte des effets de la réglementation sur les autres États.

C. Comités nationaux de bioéthique

79. En vertu de l'alinéa (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 ».

80. Conformément à la Déclaration, les comités nationaux de bioéthique devraient être des organes indépendants, pluridisciplinaires et pluralistes, dont le mandat s'étend à d'autres domaines que la seule recherche médicale. Ils devraient être mis en place pour évaluer les progrès scientifiques et technologiques dans toutes les sciences de la vie et de la santé. De

plus, il devrait également leur être demandé 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 considéré, 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 ce que toute recherche médicale menée sur des êtres humains soit examinée par un comité accrédité ;
- 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.

81. 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 vulnérables dans le système de santé.

D. Assurance qualité en matière de soins de santé

82. L'article 14 appelle à promouvoir « l'accès à des soins de santé de qualité ». Le concept de qualité revêt une importance majeure étant donné les évolutions de toutes sortes que connaissent les soins de santé. Le progrès scientifique a permis de prévenir et de traiter de nombreuses maladies autrefois considérées comme incurables. Cela pose toutefois le problème du contrôle et de l'application adéquats de ces traitements s'agissant de protéger les patients. L'absence de contrôles aux niveaux national et international et dans le cadre de la profession facilite les pratiques à risque. C'est ainsi que quantité de médicaments et de techniques dont l'efficacité est incertaine et les contre-indications mal connues bénéficient d'un fort battage. La coopération internationale est indispensable pour former et informer convenablement les cliniciens, et s'accorder sur des principes directeurs concernant les bonnes pratiques et les mesures propres à protéger les droits et la dignité des patients.

83. L'assurance qualité en matière de soins de santé implique : (1) que des mesures de prévention et/ou des traitements adéquats, fondés sur des données solidement établies, soient appliqués en temps voulu ; (2) que l'on évite ou limite les facteurs de risque primaires ou secondaires ; (3) que la dignité et les droits des patients soient respectés.

84. Pour que les soins de santé répondent à ces critères, il faut :

- encourager les recherches visant à établir des lignes directrices claires concernant l'efficacité des différents traitements disponibles ;
- élaborer des stratégies en vue de réduire le fossé entre savoir et pratique médicale ;
- concevoir des stratégies propres à réduire le risque d'erreurs ;

- définir les concepts de santé et de maladie, et comprendre les limites de la technologie ;
- mettre sur pied des stratégies visant à définir les besoins fondamentaux en matière de santé et les critères minimaux auxquels doivent répondre les soins de santé ;
- réfléchir aux critères de rationnement acceptables, et préciser les limites des droits des patients concernant l'utilisation des nouvelles technologies.

85. La responsabilité morale croît en proportion des connaissances. Lorsqu'une personne contracte une maladie pour laquelle il n'existe pas de mesures de prévention ou de traitement efficaces connus, ou décède des suites de cette maladie, les autorités ont la responsabilité de rechercher les explications ou les traitements possibles. Mais lorsque la maladie peut être prévenue ou traitée, la société doit reconnaître que cela crée une responsabilité plus précise. Un système de soins de santé de mauvaise qualité expose tous les membres de la société, et les patients en particulier, à des risques importants. Ce risque peut coûter des vies, perturber les activités et entraîner un gaspillage de ressources, ce qui nuit au développement social. Améliorer la qualité des soins de santé exige donc la coopération de toutes les institutions et de l'ensemble des citoyens, ce qui suppose que chacun connaisse et accepte ses responsabilités propres.

E. Risques sanitaires mondiaux

Le changement climatique et la santé

86. La plupart des scientifiques s'accordent pour dire que le climat de la planète est en train de changer. On appelle « changement climatique » toute modification significative des mesures du climat qui persiste pendant plusieurs décennies ou au-delà. Certains signes montrent que le climat de la planète est en train de changer, de se réchauffer, processus qui s'accompagne d'un accroissement des précipitations et des extrêmes climatiques. Ces changements climatiques pourraient se traduire par une plus grande variabilité des conditions météorologiques, des vagues de chaleur plus intenses et plus longues, des épisodes de sécheresse plus fréquents et plus sévères, des phénomènes météorologiques extrêmes tels qu'inondations et cyclones tropicaux, l'élévation du niveau des mers et une aggravation de la pollution atmosphérique. La modification et la perturbation de l'écosystème pourraient produire d'autres effets. Chacun de ces changements risque d'avoir des conséquences négatives sur la santé. Il est admis que le changement climatique est un problème d'envergure mondiale, mais ses effets ne seront pas les mêmes pour les différentes régions géographiques et leur population.

87. Le changement climatique risque d'affecter la santé de multiples façons, et il sera le plus durement ressenti par ceux qui ont le moins accès aux ressources de la planète et qui auront le moins contribué à ses causes. Faute de mesures de mitigation et d'adaptation, il aggravera les inégalités en matière de santé, du fait en particulier de ses effets négatifs sur les déterminants sociaux de la santé au sein des communautés les plus démunies. Les risques pour la santé sont particulièrement manifestes dans les pays les plus pauvres, en particulier de l'Afrique subsaharienne. La pauvreté, le manque de ressources et les faiblesses de leur infrastructure, et souvent de leur gouvernance, les rendent beaucoup plus vulnérables face aux effets du changement climatique. Un réchauffement du climat peut entraîner sécheresse, pression sur les ressources (en particulier l'eau), migration et conflits. Les incidences sur la santé des populations locales sont gravissimes : sur la propagation et les modes de transmission des maladies, notamment lorsque les sources d'approvisionnement en eau sont inadéquates ou insalubres, sur la mortalité maternelle et infantile en cas d'effondrement du système de santé, et sur la malnutrition s'il y a pénurie alimentaire. Entre autres conséquences majeures, le changement climatique pourrait par exemple provoquer des modifications des modes de transmission des maladies infectieuses. Dans les pays pauvres, en particulier, les maladies à vecteur et des catastrophes majeures

risquent de freiner, ou même d'annuler, les avancées accomplies sur le plan du développement social. Le cancer de la peau est un autre effet préoccupant du changement climatique : de nombreuses études épidémiologiques citent le rayonnement solaire parmi les causes de mélanome et d'autres types de cancer chez les sujets à peau claire. Des projections récentes prévoient une augmentation de l'incidence du cancer de la peau et une aggravation des risques de brûlure de l'épiderme résultant de la diminution de l'ozone de la stratosphère, pendant au moins la première moitié du XXI^e siècle.

Les pandémies

88. Des événements récents concernant la santé dans le monde ont attiré l'attention sur la vulnérabilité des populations à l'ère de la mondialisation. L'apparition de la pandémie de H1N1 a placé les gouvernements et l'industrie devant des difficultés et des dilemmes éthiques sans précédent. Les considérations générales auxquelles a donné lieu la pandémie pourraient s'appliquer dans toutes les circonstances où une pénurie oblige à établir des priorités en matière de soins de santé. L'efficacité des systèmes de soins de santé et l'équité en matière d'accès aux ressources et de distribution de ces ressources sont deux grandes préoccupations. De plus, la plupart des études sur les relations entre pénurie et éthique insistent sur le fait que les mesures à prendre doivent l'être en toute transparence et après consultation du public, et que la confiance dans les responsables politiques et les décideurs est un élément essentiel de toute action entreprise au niveau mondial.

89. Face à une pandémie, des décisions doivent être prises concernant les actions nationales et internationales propres à limiter les effets de la crise, à en réduire les conséquences économiques et sociales à long terme et à sauver des vies de manière équitable. Ces décisions doivent tenir compte de la nécessité de concilier les aspects politiques et les aspects techniques, de définir des critères scientifiques et éthiques solides et objectifs, et de faire en sorte que le public reste confiant dans le caractère équitable et efficace des politiques publiques. La planification doit tenir pleinement compte des questions d'équité et de justice. Cela est difficile car il apparaît d'ores et déjà clairement qu'aucun gouvernement ne sera en mesure d'assurer une protection totale ou adéquate à tous les individus. Les vaccins ne seront pas disponibles, ou alors en quantités insuffisantes, et, dans bien des cas, il sera impossible d'offrir des soins adéquats en raison de la pénurie de personnel de santé et de ressources. L'impératif d'équité et de justice ne signifie pas toutefois que tout le monde doive recevoir le même traitement. Il implique que des décisions soient prises concernant l'allocation de ressources limitées en toute transparence et selon des critères rationnels et appliqués de façon cohérente.

90. Il est d'une importance vitale d'établir à l'avance des procédures de prise de décision qui permettent aux gouvernements et aux institutions internationales d'évaluer rapidement le niveau de risque et les besoins prioritaires pendant la phase aiguë de la pandémie, puis de prendre des décisions éclairées à chacune des phases suivantes. Ces procédures doivent être conçues de telle façon que les gouvernements puissent s'appuyer sur des bases solides en ce qui concerne les principes en matière d'équité, de non-discrimination, de solidarité et de réciprocité reconnus par de nombreux instruments internationaux contraignants relatifs aux droits de l'homme. On ne doit pas sous-estimer la force des valeurs éthiques et des concepts de solidarité humaine, même en cas de crise grave, surtout si les médias peuvent insister sur ces valeurs. Il est donc important de mettre sur pied une politique de communication. Les arguments fondés sur les obligations en matière de droits de l'homme et les principes éthiques auront plus de poids avant le début d'une pandémie et après qu'elle a pris fin.

Les pénuries alimentaires

91. Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), on estime aujourd'hui que, sur les 6,5 milliards d'habitants que compte la planète, près d'un milliard souffrent de la faim. Presque toutes les personnes sous-alimentées vivent dans des

pays en développement, et appartiennent pour la plupart à des groupes défavorisés : enfants, femmes et populations autochtones. Les pénuries d'eau, la dégradation des sols et l'élévation des températures qui résultent du réchauffement planétaire limitent gravement la production alimentaire. La production mondiale de céréales a atteint en 2008 un nouveau record, qui devrait en théorie suffire pour couvrir les besoins ressortant des projections pour 2008-2009, et pour permettre une modeste reconstitution des stocks. Mais le ratio stocks/utilisation des céréales n'a jamais été aussi bas au cours des 30 dernières années. L'accroissement de la production céréalière en 2008 est le fait des pays développés. Des prix plus attractifs, et une élasticité accrue de l'offre par rapport à la demande leur ont permis d'augmenter cette production de 11 %. Les pays en développement n'ont enregistré en revanche qu'une progression de 1,1 %. C'est là une preuve manifeste du degré de sous-investissement dont l'agriculture a pâti dans ces pays au cours des 20 dernières années. Cette aggravation particulièrement préoccupante de l'insécurité alimentaire à l'échelle internationale est toutefois la chronique d'un désastre annoncé, puisque les ressources consacrées aux programmes agricoles dans les pays en développement ont chuté, au lieu de progresser, de sorte que l'objectif consistant à réduire de moitié la faim dans le monde d'ici à 2015 risque de ne pas être atteint. De fait, si les tendances actuelles persistent, cet objectif pourrait n'être atteint qu'en 2150. À cet égard, les aliments transgéniques présentent à la fois des espoirs et des dangers, liés aux besoins et aux attentes des sociétés. Les gouvernements devraient établir des partenariats publics-privés pour répondre à la demande croissante d'information et entreprendre de définir des mesures, notamment en matière d'étiquetage, qui aident les individus à prendre des décisions autonomes en ce qui concerne la consommation de produits alimentaires et d'animaux ou végétaux génétiquement modifiés.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- Banque mondiale. Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services [Atteindre 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>]
- Blas E. *et al.* Addressing social determinants on health inequities : What can the state and civil society do? [Aborder les déterminants sociaux des inégalités en matière de santé : que peuvent faire l'État et la société civile ?]. *Lancet* 372 ; 1684-1689, 2008.
- 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.
- Costello A *et al.* Managing the health effect of climate change [Gérer l'impact du changement climatique sur la santé]. *Lancet* 373 ;1693-1733, 2009.
- 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.

- Hunt P. Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, A/HRC/7/11. New York : Assemblée générale des Nations Unies, 2007.
- Mackenbach J.P. *et al.* Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries [Inégalités socioéconomiques en matière de santé dans 22 pays d'Europe]. *New England Journal of Medicine* 358 ; 2468-2481, 2009.
- Navarro V. What we mean by social determinants of health [Ce que l'on entend par déterminants sociaux de la santé]. *International Journal of Health Services* 39 ; 423-441, 2009.
- Objectifs du Millénaire pour le développement, 2001.
- 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. Résolution WHA62.14, « Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé ». Genève, 2009.
- OMS. Addressing ethical issues in pandemic influenza planning [Aborder les questions d'éthique dans la planification en matière de grippe pandémique]. Genève, 2008.
- OMS. Changement climatique et santé humaine : Risques et mesures à prendre. Genève, 2003.
- OMS. Aide-mémoire N°288, Vaccination contre les maladies importantes pour la santé publique. Genève, 2005.
- 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]
- OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2009. Genève, 2009
- ONU. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale N° 14 (2000) - Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Genève, 2000.

- ONU. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Rapport annuel de l'ONUSIDA 2008 : Sur la voie de l'accès universel. Genève, 2009.
- 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.

Commission des déterminants sociaux de la santé

La Commission des déterminants sociaux de la santé a été créée par l'OMS en 2005 pour aider les pays et les partenaires mondiaux de la santé à faire face aux facteurs sociaux qui entraînent des problèmes de santé et des inégalités sanitaires. Elle a été chargée de recueillir, confronter et synthétiser, à l'échelle mondiale, des éléments probants sur les déterminants sociaux de la santé et leurs effets sur les inégalités sanitaires, ainsi que de formuler des recommandations sur les mesures à prendre pour remédier à ces inégalités. La Commission a opéré comme un réseau mondial rassemblant des centaines de chercheurs et spécialistes venant d'universités et d'établissements de recherche, de ministères et d'organisations internationales et de la société civile.

Le Rapport final publié par la Commission en 2008 (intitulé « Comblé le fossé en une génération ») présente des champs d'action clés – des conditions de vie quotidiennes et des facteurs structurels qui les sous-tendent – au niveau desquels il faudra agir. Il fournit une analyse des déterminants sociaux de la santé et des exemples concrets de types d'actions entreprises ayant fait preuve d'efficacité en matière d'amélioration de la santé et de l'équité en santé dans les pays, à tous les niveaux de développement socioéconomique.

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 Gouvernement 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 inévitable 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 ». Plus récemment, à mi-parcours de la période 2000-2015, une analyse de l'OMS a révélé que des progrès encourageants avaient été réalisés, notamment en matière de santé infantile. Pour certaines maladies, les acquis actuels doivent être maintenus, en particulier en ce qui concerne le SIDA, la tuberculose et le paludisme. La santé maternelle et néonatale est un des domaines où l'on a observé peu ou pas d'amélioration. Par ailleurs, les problèmes posés par les systèmes de santé précaires, la transition sanitaire et les nouvelles menaces pour la santé deviendront de plus en plus pressants dans un proche avenir.

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

Chaque année, quelque 536 000 femmes, dont 99 % dans les pays en développement, meurent de complications durant la grossesse ou l'accouchement. Le taux de mortalité maternelle mondial de 400 décès pour 100 000 naissances vivantes, enregistré en 2005, n'a guère évolué depuis 1990. La plupart de ces décès se produisent dans la région Afrique, où le taux de mortalité maternelle est de 900 décès pour 100 000 naissances vivantes, aucune

amélioration n'ayant été mesurée entre 1990 et 2005. La réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles passe par un plus large accès à des services de santé maternelle et génésique de qualité ainsi que par une meilleure utilisation de ces services. Dans les pays en développement, la proportion de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une visite pour soins prénatals est passée d'un peu plus de 50 % au début des années 1990 à presque 75 % dix ans plus tard. Pendant la période 2000-2008, 65 % des naissances dans le monde ont eu lieu en présence d'agents sanitaires qualifiés, soit 4 % de plus que durant la période 1990-1999.

La mortalité juvénile

La malnutrition est une cause antécédente de plus d'un tiers des décès d'enfants. En 2007, on a dénombré quelque 9 millions de décès d'enfants, ce qui est nettement moins que les 12,5 millions recensés en 1990. On a également enregistré une baisse de 27 % du taux de mortalité des moins de cinq ans durant cette période, ce qui représentait 67 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2007. La réduction de la mortalité juvénile dépend de plus en plus de la lutte contre la mortalité néonatale ; globalement, environ 37 % des décès chez les enfants de moins de cinq ans interviennent durant le mois qui suit la naissance, essentiellement au cours de la première semaine. Les pays qui progressent le plus lentement sont généralement ceux qui sont touchés par une forte prévalence du VIH/SIDA, par des difficultés économiques ou par un conflit. Les progrès réalisés en matière de réduction de la mortalité juvénile s'expliquent généralement par un élargissement de la couverture vaccinale, l'utilisation de thérapies de réhydratation par voie orale durant les épisodes de diarrhée, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, l'accès à des traitements combinés à l'artémisinine, les efforts visant à éliminer la maladie causée par l'infection à *Haemophilus influenzae* de type b, et la réduction de l'incidence des maladies grâce à l'amélioration de la qualité de l'eau et de l'assainissement. Toutefois, étant donné que les interventions dont l'efficacité a été prouvée restent peu disponibles et peu utilisées au niveau communautaire, la pneumonie et la diarrhée continuent de tuer chaque année 3,8 millions d'enfants de moins de cinq ans.

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. D'après les nouvelles estimations, 2,7 millions de personnes supplémentaires ont été infectées par le VIH en 2007 et il y a eu 2 millions de décès liés au SIDA, ce qui porte à 33 millions le nombre total de personnes vivant avec le VIH. Le pourcentage d'adultes vivant avec le VIH dans le monde n'a guère évolué depuis 2000. Les traitements antirétroviraux sont davantage utilisés ; en 2007, environ 1 million de personnes en plus vivant avec le VIH ont bénéficié de ces traitements. Toutefois, sur les quelque 9,7 millions d'habitants de pays en développement ayant besoin d'un tel traitement, 3 millions seulement ont reçu des médicaments. Des progrès ont été faits au niveau de la prévention, mais, à la fin de 2007, 33 % seulement des femmes séropositives avaient reçu des médicaments antirétroviraux pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant.

En 2006, quelque 3 300 millions de personnes étaient exposées au paludisme. Environ 1 200 millions d'entre elles appartenaient à la catégorie à haut risque (vivant dans des zones où l'on signale plus d'un cas de paludisme pour 1 000 habitants par an). Il est encore trop tôt pour observer des changements au niveau de l'impact à l'échelle mondiale, mais 27 pays (dont cinq en Afrique) ont enregistré une baisse, allant jusqu'à 50 %, du nombre de cas de paludisme signalés et/ou de décès dus à cette maladie entre 1990 et 2006. Les interventions visant à prévenir et à soigner le paludisme ont pris de l'ampleur. La production et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide se sont largement répandues, mais les objectifs mondiaux n'ont pas encore été atteints. En juin 2008, tous les pays et territoires où la maladie est très répandue, à quatre exceptions près, avaient adopté des thérapies combinées à l'artémisinine comme traitement de première intention pour le paludisme à *plasmodium falciparum*, et des mesures sont actuellement prises pour accroître l'utilisation des thérapies combinées.

L'OMD consistant à arrêter la propagation de la tuberculose et à inverser la tendance actuelle a été globalement atteint en 2004. Depuis, le taux de prévalence de la maladie recule lentement. Les taux de prévalence et de mortalité de la tuberculose pour 100 000 habitants ont baissé, respectivement, de 296 en 1990 à 206 en 2007 et de 28 en 1990 à 25 en 2006. Globalement, le taux de dépistage des cas de tuberculose dans le cadre de l'approche DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe) est passé d'environ 11 % en 1995 à 63 % en 2007. Les progrès en matière de dépistage se sont ralentis après 2004, essentiellement en raison des premiers succès enregistrés dans les pays possédant le plus grand nombre de cas. Les données relatives aux taux de réussite des traitements dans le cadre de l'approche DOTS révèlent une amélioration constante, ces taux passant de 79 % en 1990 à 85 % en 2006. La tuberculose résistant aux multithérapies et la tuberculose liée au VIH représentent des défis majeurs dans certaines régions.

Quelque 1 200 millions de personnes souffrent de maladies tropicales négligées, des infections invalidantes chroniques qui se multiplient dans les zones pauvres dotées de systèmes de santé précaires. En 2007, 546 millions de personnes ont été traitées pour prévenir la transmission de la filariose lymphatique. Seuls 9 585 cas de dracunculose (ver de Guinée) ont été signalés dans les cinq pays où cette maladie est endémique, contre 3,5 millions de cas environ dans 20 pays en 1985. Au début de 2008, 212 802 cas de lèpre ont été signalés au niveau mondial, contre 5,2 millions de cas en 1985.

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.

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.

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 débilitantes, 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. Globalement, le taux d'utilisation de la contraception est passé de 59 % en 1990-1995 à 63 % en 2000-2006. Toutefois, dans certaines régions, il reste très difficile de réduire les besoins considérables et non satisfaits en matière de planification familiale ainsi que les taux de fécondité élevés chez les adolescentes. Au niveau mondial, on a recensé 48 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans en 2006, ce qui représente une très légère baisse par rapport au taux de 51 pour 1 000 enregistré en 2000.

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 foetale 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. Bien que la quasi-totalité des pays en développement publient une liste de médicaments essentiels, les établissements de santé publics souffrent souvent du manque de médicaments. Les enquêtes menées dans une trentaine de pays en développement ont révélé que certains médicaments étaient disponibles dans seulement 35 % des établissements de santé publics, contre 63 % dans le secteur privé. Le manque de médicaments dans le secteur public oblige les patients à les acheter dans le secteur privé, où les génériques sont souvent vendus plusieurs fois le prix de référence international, les marques d'origine coûtant généralement encore plus cher.

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. Le manque d'eau potable et les mauvaises conditions d'assainissement sont d'importants facteurs de risque en matière de mortalité et de morbidité (maladies diarrhéiques, choléra, infestations vermineuses, hépatites, etc.). Le pourcentage de la population mondiale ayant accès à des sources d'eau de boisson de meilleure qualité est passé de 76 % à 86 % entre 1990 et 2006. Depuis 1990, le nombre d'habitants de régions en développement utilisant des

installations sanitaires améliorées a augmenté de 1 100 millions. En 2006, on dénombrait toutefois 54 pays dans lesquels des données étaient disponibles et où moins de la moitié de la population utilisait des installations sanitaires améliorées.

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.