

SANTÉ MONDIALE L'ÉVOLUTION VERS LA PRIVATISATION

Entretien avec Rony BRAUMAN*
réalisé par Marie BONNET** et Daniel DELANOË***

Rony Brauman est médecin, ancien président de Médecins sans frontières de 1982 à 1994, et directeur d'étude du Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires (CRASH) de MSF. Il est professeur associé à l'Institut de sciences politiques de Paris, et directeur du Humanitarian and Conflict Response Institute (HCRI), Université de Manchester (GB). Il enseigne les enjeux politiques de l'action humanitaire et est également essayiste.

Pour Rony Brauman, la question de la santé globale se caractérise d'abord et avant tout par la circulation des agents infectieux et toxiques qui relève d'une action mondiale. La diffusion mondiale des comportements et des pathologies chroniques et urbaines nécessite une réponse plus locale. Dans le domaine du médicament, depuis

* CRASH (Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires) – Médecins sans frontières – 8 rue Saint-Sabin, 75011 Paris
Courriel : ronybrauman@gmail.com

** Anthropologue-psychanalyste, chercheuse associée au laboratoire CRPMS (Centre de recherches psychanalyse, médecine et société) Université Paris VII – 26 rue de Paradis – 75010 Paris
Courriel : mbonnet@numericable.fr

*** Laboratoire de pédagogie de la santé UPRES EA 3412 - Ufr SMBH Léonard de Vinci-Université Paris 13
74 av. Marcel Cachin, 93017 Bobigny
Courriel : daniel.delanoe@wanadoo.fr

une vingtaine d'années, l'industrie pharmaceutique a étendu son emprise sur l'orientation de la recherche de nouvelles molécules rentables (plus qu'utiles), sur le contrôle des essais thérapeutiques et sur la diffusion des résultats scientifiques.

Marie Bonnet - Daniel Delanoë – La question de la santé globale vous paraît-elle pertinente et est-elle utilisée dans le champ humanitaire ?

Rony Brauman – Oui, et ce n'est d'ailleurs pas d'aujourd'hui que se posent des enjeux de santé publique à une échelle qui dépasse la scène locale ou nationale. La santé globale, c'est la santé publique à l'échelle mondiale, laquelle est un ensemble à multiples niveaux liés entre eux : c'est aussi bien l'action de prévenir des maladies, qu'une discipline académique s'intéressant aux déterminants de la santé, un champ social qui rassemble des segments de population de professionnels particuliers, qu'une pratique gestionnaire, les dispensaires, les hôpitaux, l'action des ministères de la Santé, des agences de santé publique, etc. Il s'agit de tout cela à l'échelle mondialisée, mais les changements d'échelle induisent des changements de hiérarchie. Les dimensions gestionnaires sont certainement moins importantes quand on parle de santé globale que quand on parle de santé publique à l'échelle d'un département ou d'un pays.

La santé publique est l'étude des déterminants de la santé – déterminants physiques sociaux, en particulier – et l'action qui vise à les améliorer. Tout peut en dernière instance se rapporter à des questions de santé, mais si l'on veut éviter d'étendre indéfiniment le champ, on doit se limiter aux questions en rapport avec le corps et le soin. En tout cas, il ne s'agit pas d'une connaissance axiologiquement neutre qui se désintéresse du devenir de son sujet, mais d'un savoir, d'une recherche, tournés vers l'action.

M. B.- D. D. – Est-ce pour vous une réalité tangible ? Comment vous y êtes-vous confronté ? Dans quelles situations, locales ou internationales ?

R. B. – Une des activités de MSF est la lutte contre les épidémies¹. D'ailleurs, l'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE), qui regroupait des États d'Afrique francophone, a succédé à des instances internationales qui dataient de l'époque coloniale. C'était déjà une manière de prendre acte du caractère par essence transnational des phénomènes épidémiques. Donc, que ce soit avec la fièvre hémorragique à virus Ebola, le syndrome respiratoire aigu sévère lié au coronavirus (SRAS) ou le sida, tous les acteurs de santé (ONG, ministères de la Santé, institutions internationales de santé) sont confrontés à cette notion, ou plutôt aux enjeux qu'elle désigne.

M. B.-D. D. – Vous avez évoqué des épidémies de maladies infectieuses. Est-ce que depuis quelques décennies la santé globale inclut d'autres questions comme l'obésité ? Ou est-ce que cela reste en arrière plan ?

R. B. – Ces questions arrivent maintenant au premier plan, du fait de la transition épidémiologique que nous vivons, c'est-à-dire du changement d'allure des profils épidémiologiques dans le Sud, avec un recul relatif des pathologies infectieuses et parasitaires classiquement liées aux régions tropicales, et une avancée relative et absolue des pathologies métaboliques, cardio-vasculaires, tumorales de la ville, sans oublier les accidents de la route. Si ces besoins médicaux existent désormais dans tous les pays, ils ne sont pas pour autant au cœur de la santé globale. Par exemple, la réponse aux questions de traumatologie routière n'a pas besoin d'être coordonnée avec des pays voisins, avec des instances transnationales. De même que la réponse aux questions de diabète est évidemment informée par les expériences des autres, par les recherches, par toutes sortes d'informations, mais n'en est pas tributaire. Tandis que quand vous êtes face à une épidémie de choléra, de SRAS ou de sida, la question se pose de la circulation des patients, des régulations internationales.

¹ Cf. Claire Magone, Michaël Neuman & Fabrice Weissman (dir.), 2011. *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*. Paris, La Découverte.

On l'a vu pour le SRAS avec le contrôle des passagers dans les aéroports ou les mesures policières prises par les Chinois. On l'a vu pour la grippe aviaire également avec le contrôle du commerce des oiseaux, de leur consommation, ainsi que les ordres d'abattage. Il me semble nécessaire de différencier les problèmes selon les modes de diffusion et les échelles d'intervention, selon la nécessité ou non de coordonner les réponses.

M. B.-D. D. – Cependant certaines de ces maladies renvoient à du politique ou à de l'économique. L'épidémie d'obésité, avec la publicité pour la consommation de boissons sucrées, de coca-cola, le tabagisme et la publicité pour le tabac dans les pays du Sud, renvoient aussi à des enjeux internationaux et avec des acteurs qui ont des parts de responsabilités.

R. B. – Oui effectivement, c'est une situation intermédiaire, à mon avis, parce que si les pathologies sont à traiter sur le plan local, la pression à consommer des produits alimentaires toxiques – ou en tout cas très mauvais – est quant à elle beaucoup plus globale. On pourrait dire aussi qu'au-delà de la distribution généralisée des pathologies on a, si on y regarde de près, une distribution sociale très construite, une distribution de classe. Tout cela renvoie au politique aussi et surtout par la place accordée à la santé dans les choix gouvernementaux locaux et mondiaux, c'est-à-dire aux budgets des ministères de la Santé comme aux règles de l'OMC concernant le marché des médicaments.

M. B.-D. D. – Est-ce que, dans le même ordre d'idées, les questions liées aux différentes formes de pollutions qui ont un impact direct sur la santé environnementale – alimentaires, environnementales – peuvent également être considérées comme des questions de santé publique à un niveau international ?

R. B. – Ce devrait être le cas. On pense bien sûr à Tchernobyl ou à Fukushima, mais on voit des phénomènes analogues à l'échelle locale. Par exemple, en Afrique de l'Ouest, l'orpaillage est une ressource économique importante, pour un grand nombre de gens, qui de manière presque consciente, sacrifient leur santé. Le sacrifice est toujours différé parce que les accidents, les complications

surviennent plus tard, au profit d'un bénéfice immédiat, assurer leur vie quotidienne. Évidemment, l'usage de métaux lourds pour l'extraction de l'or a des conséquences qui débordent le périmètre de la mine par la pollution des cours d'eau, des nappes phréatiques, et donc par extension, débordent eux aussi les frontières.

M. B.-D. D. – Quel est selon vous le rôle des laboratoires pharmaceutiques et des organisations internationales dans l'organisation planétaire de la santé, mais aussi celui des grandes fondations philanthropiques, Ford, Gates ou historiquement la fondation Rockefeller, comme acteurs centraux des politiques ?

R. B. – Bill Gates, ce n'est ni l'ennemi à abattre, ni l'ami à célébrer. Il a ses objectifs personnels, je crois qu'il veut marquer l'histoire de la philanthropie, et il œuvre dans le même temps à la protection de la propriété intellectuelle, l'une de ses obsessions valable aussi bien pour ses logiciels que pour les médicaments. Ces deux types de produits apparemment très éloignés, sont en fait économiquement proches : leur coût réside non dans la matière première (il y a des exceptions pour les médicaments) mais dans ce qui précède la mise en fabrication. Contrairement à une voiture par exemple, le coût de production est faible, une fois le prototype mis au point. Gates est donc sur un terrain familier lorsqu'il combat toute atteinte à la propriété intellectuelle, alors que du point de vue de la santé publique, celle-ci doit au contraire être adaptée aux circonstances. Ce fut le cas lors des négociations de l'OMC au début des années 2000 lorsque fut accepté le principe de la licence obligatoire, permettant de fabriquer ou d'importer des génériques en cas d'urgence de santé publique. Depuis lors, les grands labos n'ont eu de cesse de revenir sur ce principe, notamment en compliquant à l'infini les modalités pratiques de sa mise en œuvre. En ce sens, la fondation Gates a partie liée avec les intérêts de l'industrie pharmaceutique et tend à privilégier les donations par rapport au droit. Les puissants préfèrent toujours la charité à la justice, rien de nouveau !

Cela étant, les fondations privées ont joué un rôle important dans le développement de la santé publique internationale et le bilan de la Fondation Rockefeller est très présentable de ce point de vue.

La puissance financière de la Fondation Gates lui donne une capacité d'intervention et d'influence sans doute inédite, tant du fait de la crise économique dans laquelle elle s'inscrit que de l'immensité de sa fortune. De fait, nous avons besoin de cette ressource pour cofinancer le développement et la mise au point de produits de santé innovants destinés à des populations peu intéressantes pour l'industrie. L'enjeu est de parvenir à travailler avec ces fonds sans pour autant en être prisonniers, c'est-à-dire de diversifier les sources.

Notons au passage que l'industrie pharmaceutique n'est plus la source d'innovations qu'elle a été jusque dans les années 1980. Son savoir-faire primordial, inventer des médicaments, s'est considérablement affaibli ces vingt dernières années, du fait des fusions-acquisitions destinées à créer des géants, seules entités, disait-on, à même d'assurer le financement de la recherche clinique. En pratique, on a vu une transformation sociologique de ces entreprises devenues énormes, très bien décrite par Philippe Pignarre (2003). Les équipes de recherche ont été obligées de fusionner et le bilan de ces fusions est mauvais, car on ne mêle pas si facilement des cultures de travail, des histoires d'entreprise, et c'est pourquoi ces fusions ont entraîné de vives tensions, en plus de celles dues aux compressions de personnel. Les résultats attendus de ces changements d'échelle dans la recherche ne se sont pas produits. Au contraire, il y a eu plutôt une régression. Mais une autre raison est aussi à l'origine de la perte de productivité intellectuelle de ces grandes entités, qui, elle, tient au changement de leurs directions : on est passé du médecin, voire du médecin-pharmacien (exemple type : Mérieux) au manager, financier ou banquier, qui attend des produits immédiatement rentables, avec des retours sur investissements à deux chiffres et à court terme. Cela privilégie l'industrie cosmétique par rapport à l'industrie pharmaceutique, et les médicaments de très grande consommation, comme les statines dont on a fabriqué le marché en en fabriquant les indications (en prévention primaire, les

statines² n'ont aucune efficacité démontrée, et ont des effets secondaires extrêmement fâcheux chez un quart des personnes qui en prennent).

On commence à prendre conscience collectivement des effets désastreux de la logique financière, sans pour autant prendre les mesures pour la contenir. Ainsi, pour rester dans ce secteur, la mise en place et le déroulement des essais thérapeutiques sont passés entièrement sous le contrôle de l'industrie pharmaceutique. Les contraintes appliquées aux essais thérapeutiques sont si fortes que ce sont nécessairement des équipes spécialisées en essais thérapeutiques qui les prennent en charge. Des cabinets sous-traitent la mise en œuvre, logistique, matérielle, le suivi, pour les essais multicentriques en phase II et III, (la phase I étant l'expérimentation animale). Du fait que l'on teste des produits présentant des avantages limités par rapport aux médicaments existants – parce qu'il n'y a pas de recherche fondamentale – il faut des échantillons de patients énormes. Par ailleurs si sur cinq essais cliniques, un est probant et les quatre autres non probants, la pratique est d'escamoter les quatre essais non probants. On sélectionne donc des médicaments qui ont un avantage thérapeutique très limité, parfois nul, et cela d'autant plus facilement que le traitement scientifique des données de ces essais est assuré par des cabinets spécialisés, eux-mêmes dans la main des labos. Le laboratoire produit le médicament, organise le test du médicament et organise l'évaluation du test de ce médicament, allant même jusqu'à obtenir la signature finale par des médecins universitaires qui n'ont eu qu'un rapport lointain avec l'essai³.

M. B.- D. D. – Quand ces processus ont-ils commencé ?

R. B. – C'est un effet progressif de la financiarisation et de l'accroissement gigantesque des laboratoires dans les années 1990,

² Les statines sont utilisées comme médicaments pour baisser la cholestérolémie de personnes qui risquent une maladie cardiovasculaire à cause de leur hypercholestérolémie.

³ Voir *Plos Medicine* (2009).

qui s'est encore accentué dans les années 2000. Au début, les laboratoires pharmaceutiques étaient opposés aux essais cliniques, mais ils ont assez rapidement compris qu'ils pouvaient en être les premiers bénéficiaires. La quasi-totalité des articles qui paraissent sur les essais de médicament sont positifs, comme si les résultats négatifs n'existaient pas.

M. B.- D. D. – Observe-t-on une emprise croissante des laboratoires sur les leaders de la profession médicale (comme cela a été montré pour les rédacteurs du DSM⁴) ainsi que sur les prescripteurs, voire même les institutions publiques (comme cela a été évoqué lors de la grippe H1N1) ?

R. B. – Oui. L'épidémie de grippe de 2010 a été un exemple très abouti de marketing, organisé à partir d'éléments initiaux réels consistants, une épidémie de grippe qui prenait une allure menaçante dans l'hémisphère Sud au mois de mai. Mais deux mois plus tard, il devenait clair que cette grippe ne sortait pas de l'ordinaire, et qu'elle était même moins létale. Cependant, en France notamment, les autorités sanitaires se sont mises en campagne : mise en production d'un vaccin spécifique, stocks de Tamiflu et de masques. Or vacciner en période épidémique est sans effet sur l'épidémie, quant au Tamiflu, il est inefficace, comme les masques pour ce type de virus (très petits et n'étant donc pas arrêté par des masques ordinaires, lesquels étaient stockés depuis la menace d'épidémie de grippe aviaire). À quelques exceptions près, les « patrons » de médecine ont activement soutenu la campagne. Le *British Medical Journal* (2010) a publié plus tard une enquête accablante sur les conflits d'intérêts en jeu à l'OMS à ce sujet.

Les quatre laboratoires producteurs mondiaux de vaccins, dont un français, étaient présents dans les commissions spécialisées du ministère comme de l'OMS, ainsi que le producteur de Tamiflu. Ils ont par exemple réussi à faire oublier les deux articles qui avaient montré que le Tamiflu n'avait aucune efficacité sur la grippe.

⁴ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).*

M. B.- D. D. – Pendant l'épidémie de grippe de 2010-2011, nous étions bien dans une question de santé globale et d'intervention des pouvoirs publics ?

R. B. – Oui, il y a eu d'ailleurs des réactions différentes. Les Polonais ont décidé au même moment de ne rien faire. Le ministre de la Santé s'est adressé à la population, avec l'appui du Premier ministre, annonçant que les études scientifiques dont ils avaient connaissance montraient qu'il n'y avait pas de surcroît de risque, et que le gouvernement ne prendrait donc aucune mesure particulière. La population l'a très bien compris. Ils n'ont pas eu plus de cas que d'habitude. La France a dépensé plus d'un milliard d'euro en pure perte, a épuisé le personnel de santé avec ses mises en garde, ses centres de vaccination, sans aucun objet, avec une motivation politique évidente : Nicolas Sarkozy qui n'était pas en très bonne posture dans les sondages, voyait là l'occasion d'affirmer l'autorité de l'État, de ceux qui le représentent, avec l'argument habituel : « Le danger est maximum, mais nous assurons votre protection, soyez tranquilles ». On estime que cette campagne a rapporté dix milliards de dollars aux quatre laboratoires pharmaceutiques qui monopolisent l'essentiel du marché du vaccin grippal. Sur un fond bien compréhensible, qui est la peur de la maladie, la chose la mieux partagée du monde, on a perdu la tête.

M. B.- D. D. – En zone d'épidémie de fièvre Ebola (une fièvre virale hémorragique foudroyante identifiée depuis 1976) on a vu des situations de rejet de l'intervention humanitaire et un lynchage de porteurs de pratiques conseillées par l'OMS, en l'occurrence des instituteurs. Est-ce que ce rejet n'est pas tout simplement une question de méthode ?

R. B. – Sans doute. Face aux épidémies d'Ebola, des équipes de MSF se sont trouvées en situation très délicate, arrivant dans une tenue de scaphandrier, dans une situation déjà très anxiogène. Et ces tenues n'étaient pas distribuées aux autres, alors qu'elles étaient la seule façon de se protéger. La récente flambée d'Ebola en Guinée a été une occasion de réduire au strict minimum l'usage de ces tenues, tout en les faisant porter également par des agents locaux là où

c'était indispensable, et de mobiliser des anthropologues aux côtés des épidémiologistes et des logisticiens de MSF. Je n'ai pas le bilan de cette intervention au moment où ces lignes sont écrites. Nous avons eu également des problèmes avec le choléra. Afin d'isoler les corps de malades morts du choléra, on les mettait dans des *bodybags*, ce qui a provoqué des rumeurs nous accusant de prélèvements d'organes, de trafics de corps. Les rumeurs et les angoisses montent très vite. En effet, face à cela, un discours apparemment rationnel, causaliste, simpliste, n'est pas suffisant. Il faut tenter de comprendre les gens qui rejettent ces interventions. Ces méfiances ont atteint un stade paroxystique avec les campagnes d'éradication de la polio au Nigéria et au Pakistan, considérées comme inutiles par des leaders religieux, donc suspectées de cacher d'autres objectifs tels que stérilisation, espionnage, et débouchant sur des assassinats de vaccinateurs. Je renvoie ici à l'analyse de Claire Magone publiée dans *La Vie des idées* (2013), montrant que de telles situations ne sauraient se réduire à une opposition entre obscurantistes et modernes, comme on le dit généralement.

M. B. - D. D. – Pouvez-vous nous donner votre avis sur la coopération entre la médecine et l'anthropologie médicale ? Depuis les années 1970 et surtout 1980-90, des anthropologues ont réalisé des travaux empiriques et ont offert leurs services aux institutions et aux acteurs de la santé et de la santé publique. Est ce que cette rencontre a vraiment eu lieu ? Est-ce qu'il y a eu un transfert du savoir des anthropologues vers les acteurs de la santé ?

R. B. – La conscience de la nécessité de recourir aux sciences sociales est beaucoup plus forte chez les praticiens de santé aujourd'hui qu'il y a une quarantaine d'années. On est sans doute loin du compte, comme l'atteste l'exemple de la polio. L'insistance qui est mise actuellement dans l'enseignement de la médecine sur l'éthique, comme code de bon comportement, permet de se donner à bon compte une conscience satisfaite, l'impression d'avoir répondu au problème essentiel de relation avec le patient. On se dispense ainsi de la compréhension historique et sociale, au profit d'une moralisation en surface de la relation. Il me semble qu'il faut

enseigner l'histoire et la sociologie de la médecine et du corps au même titre que les statistiques et la biologie moléculaire, et qu'elles sont plus utiles pour beaucoup de pratiques médicales que la biologie moléculaire, parce qu'on s'en sert tous les jours.

M. B. - D. D. – Existe-t-il des mouvements de patients comme Act Up dans les pays occidentaux, dans d'autres pays ?

R. B. – Non, assez peu. Une exception, une organisation sud-africaine qui s'appelle Treatment Action Campaign (TAC), a joué un très grand rôle dans l'introduction des antiviraux. Elle était formée d'anciens activistes de l'ANC (African National Congress) et avait donc une forte légitimité politique. Or l'Afrique du Sud a été attaquée par un consortium de trente-neuf laboratoires sur l'importation d'antiviraux génériques fabriqués en Inde, à la limite des règles de l'OMC. Ce fut le procès de Pretoria, qui a donné lieu à une mobilisation internationale très forte, laquelle n'a pas été pour rien dans le recul des laboratoires. TAC a organisé des manifestations de rues pour l'égalité, la justice, contre le cynisme du grand capital. C'était simple et clair. Mais depuis, une situation aussi canonique ne s'est pas présentée. Il y avait un passé de mobilisations politiques qui constituait la matrice dans laquelle s'est développée celle-ci, laquelle était à peine moins politique que les précédentes. MSF a soutenu activement TAC. Je les ai rencontrés il y a quelques mois, ils ont tous un souvenir quelque peu nostalgique de ce combat. Ailleurs, on ne voit pas de tels mouvements, à l'exception de l'Inde, sur la question du droit à la nourriture. Mais je ne sais pas si cela donne lieu à des mobilisations sur la santé. Même si c'est le cas, cela reste limité à une géographie et à des pathologies précises. En France, les diabétiques, les hémophiles, les cancéreux, ont bien des associations, mais qui sont contrôlées soit par les médecins, soit par des laboratoires. Ce sont plutôt des associations pour l'éducation secondaires du patient que des associations militantes. L'Association française contre les myopathies (AFM) est d'abord un collecteur de fond et un financeur de recherches. Rien à voir avec Act Up, qui d'ailleurs est privée de sa raison d'être par la généralisation des ARV (antirétroviraux). Notons au passage l'extraordinaire succès que

représente la lutte contre le sida : il n'aura fallu que quinze ans pour mettre au point un traitement efficace contre cette maladie mortelle inconnue, et quinze autres années pour atteindre un niveau significatif d'accès aux soins dans le continent le plus frappé et le moins bien équipé, l'Afrique. Il reste beaucoup à faire, mais la dynamique de la réponse au sida a de quoi impressionner.

M. B.- D. D. – Les protections éthiques se généralisent-elles dans les pays pauvres et les pays non démocratiques ?

R. B. – La distinction entre pays pauvres et pays riches, non démocratiques et démocratiques a un certain sens quand on parle de ressources, de moyens de protestations ou revendications collectives. Mais elle a ses limites dans le domaine de l'éthique. Sauf à penser qu'il y a une éthique *sui generis* qui surgirait toute armée des organismes qui font les essais cliniques – hypothèse qui me semble hors de propos, philosophiquement très fragile et empiriquement infondée – il n'y a pas de raison que ça se passe différemment là-bas et ici. Nous sommes d'une certaine manière logés à la même enseigne. Certes, un patient est mieux traité ici qu'il ne l'est au Nigeria. Globalement, les patients sont mieux traités ici qu'au Nigeria, car il y a plus d'instances de régulation, les rapports de force sont moins violents, sur les essais cliniques comme sur le reste. Mais le contrôle éthique, c'est-à-dire l'intérêt scientifique, l'usage qui est fait des données, car c'est de cela que l'on parle, au-delà des conditions du traitement du patient lui-même, se heurte à la fois à la puissance des compagnies pharmaceutiques et à la complexité technique et scientifique des problèmes posés, ici et là-bas.

M. B.-D. D. – Les modèles biomédicaux de la maladie se répandent-ils ? Comme par exemple le modèle de l'enfant hyperactif ?

R. B. – Vous pensez à la Ritaline. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'un modèle biomédical, mais plutôt de « chimio-comportementalisme ». Dans mon expérience, il est évident, d'une part que les modèles biomédicaux se généralisent, d'autre part que la rivalité entre soins traditionnels donnés par les tradithérapeutes et les soins biomédicaux doit être nuancée. Le patient ne voit pas ces pratiques

comme conflictuelles ou compétitives. Je vois des médecins qui eux-mêmes recourent à des soins non biomédicaux, acupuncture, ostéopathie, etc. Le recours aux médecines traditionnelles, y compris avec ce que la tradition a de renouvellement perpétuel, s'effectue de façon parallèle à la biomédecine, que ce soit en Europe, en Afrique ou en Asie. Les équilibres varient certes en fonction du nombre de médecins biomédicaux, mais qualitativement, on retrouve un recours semblable.

M. B. - D. D. – Pensez-vous que des systèmes de normes se répandent dans le monde, des normes corporelles, des normes de la santé, du système de soins ?

R. B. – Intuitivement, je dirais oui, y compris des normes alimentaires de milieu urbain qui s'accompagnent d'épidémies de surpoids, voire d'obésité. En ce qui concerne l'évolution de la situation entre normes biomédicales et les pratiques traditionnelles, je peux témoigner à partir de contacts nombreux avec des confrères, en particulier africains (un changement important des trente dernières années est l'arrivée « sur le marché » de plusieurs générations de médecins africains, très bien formés et compétents) qu'ils sont très biomédicaux et tendent à reléguer les pratiques traditionnelles dans l'obscurantisme.

M. B. - D. D. – En conclusion, qu'est ce qui vous tient à cœur dans ce domaine ?

R. B. – Réaffirmer que la santé, c'est d'abord la possibilité d'être malade et d'avoir un recours fiable, à rebours de la définition courante qui en fait l'absence de maladie. C'est cela que l'on attend d'abord, même s'il serait stupide d'en exclure la prévention.

Et redire, même si cela n'a rien d'original, que la santé, à l'échelon global comme local, doit être soustraite à la logique du marché. L'exemple américain, cher et inefficace, suffit à le montrer. La coopération entre privé et public est nécessaire, l'étatisation n'est pas en elle-même une réponse à de nombreux problèmes, loin de là. Mais l'orchestration des services et des normes par une puissance publique qui échappe à l'intérêt des privés – les affaires du Mediator et de la grippe A l'ont encore rappelé – la question du contrôle des

essais thérapeutiques et du contrôle des publications, celle de la formation des soignants (la formation postuniversitaire est à 100% déléguée aux laboratoires pharmaceutiques), la réintroduction d'une certaine neutralité dans ce champ largement biaisé par les intérêts financiers, voilà quel est l'enjeu. D'où l'importance d'une reprise en main, d'une relégitimation de l'intervention de l'État, de la puissance publique dans ce domaine. Ici comme au Nigéria, absolument partout et à des degrés divers, le problème est le même.

M. B. - D. D. – On ne sait pas dans quelle direction va se faire l'histoire ? Sommes-nous à la croisée des chemins ?

R. B. – La tendance est claire, c'est la privatisation. Mais il y a de fortes réactions contre cette tendance. Il ne faut pas considérer le combat comme perdu avant qu'il ne soit totalement engagé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BRAUMAN R., 2006. *Aider, sauver : Pourquoi, comment ?* Paris, Bayard Centurion.

BRAUMAN R., 2006. *Penser dans l'urgence : Parcours critique d'un humanitaire*. Entretien avec Catherine Portevin. Paris, Seuil.

BRAUMAN R., 2009. *Pourquoi je suis devenu... médecin humanitaire* (propos recueillis par Frédéric Niel). Paris, Bayard.

BRAUMAN R., 2010. *La médecine humanitaire*. Paris, PUF.

BRITISH MEDICAL JOURNAL, 2010. « Conflicts of Interest and Pandemic Flu », 340 : c2947.

MAGONE Cl., 2013. « Le dernier mile. Faut-il encore croire en l'éradication de la poliomyélite ? », *La Vie des idées*, <http://www.laviedesidees.fr/Le-dernier-mile.html>

PIGNARRE Ph., 2003. *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*. Paris, La Découverte.

PLOS Medicine, 2009. « Ghostwriting: The Dirty Little Secret of Medical Publishing That Just Got Bigger », 8 sept.

Résumé

La question de la santé globale se caractérise d'abord par la circulation des agents infectieux et toxiques qui relève d'une action mondiale. Dans cet entretien, Rony Brauman, dont les propos ont été recueillis par Marie Bonnet et Daniel Delanoë, réfléchit la façon dont, avec les épidémies de maladies infectieuses des dernières décennies, choléra, sida, syndrome respiratoire aigu sévère, fièvre à virus hémorragique Ebola, la question de la circulation des patients, des régulations internationales et des normes s'est posée au niveau mondial. Brauman décrit comment les acteurs privés, laboratoires pharmaceutiques, fondations, prennent une place croissante dans les orientations et décisions de santé publique.

Mots-clés : santé globale, épidémie, laboratoires pharmaceutiques, médicaments génériques, essais thérapeutiques, grippe H1N1, grippe aviaire, circulation des patients, éthique.

Summary

Global health: Evolution Towards Privatisation

Global health is first characterised by the circulation of infectious and toxic agents, which requires a worldwide action. In this interview, Rony Brauman whose ideas have been collected by Marie Bonnet and Daniel Delanoë thinks on the fact that when epidemics of cholera, aids, severe acute respiratory syndrome, Ebola haemorrhagic fever occurred, the questions of control of circulation of patients, international management, and international norms arised at international level. Brauman describes how private operators, foundations and pharmaceutical laboratories, play a growing part in orientations and decisions in public health.

Key-words: global health, epidemic, pharmaceutical companies, generic drugs, therapeutic trials, circulation of patients, avian flue, H1N1 flue, ethics.

* * *