

CONFERENCE

Les maladies négligées et malades oubliés

Rony Brauman

2003

Intervention dans le cadre de la conférence donnée lors du forum de l'Université « santé/Droit de l'Homme », Genève, 6 février 2003.

Le *Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires* (CRASH) a été créé par Médecins sans frontières en 1999. Sa vocation : stimuler la réflexion critique sur les pratiques de l'association afin d'en améliorer l'action.

Le Crash réalise des études et analyses portant sur l'action de MSF dans son environnement immédiat. Elaborées à partir des cadres et de l'expérience de l'association, ces textes ne représentent pas la « ligne du parti » MSF, pas plus qu'ils ne cherchent à défendre une conception du « vrai humanitaire ». Leur ambition est au contraire de contribuer au débat sur les enjeux, contraintes, limites – et par conséquent dilemmes – de l'action humanitaire. Les critiques, remarques et suggestions sont plus que bienvenues, elles sont attendues.

The *Centre de reflexion sur l'action et les savoirs humanitaires* (CRASH) was created by Médecins Sans Frontières in 1999. Its objective is to encourage debate and critical reflexion on the humanitarian practices of the association.

The Crash carries out in-depth studies and analyses of MSF's activities. This work is based on the framework and experience of the association. In no way, however, do these texts lay down the 'MSF party line', nor do they seek to defend the idea of 'true humanitarianism'. On the contrary, the objective is to contribute to debate on the challenges, constraints and limits –as well as the subsequent dilemmas- of humanitarian action. Any criticisms, remarks or suggestions are most welcome.

Les maladies négligées et malades oubliés

Rony Brauman

Je voudrais commencer cette intervention en rappelant quelques faits ou quelques postures qui ne sont, après tout, pas si éloignées de nous. Par exemple, lorsque j'étais étudiant en médecine, on nous annonçait soit directement soit de façon implicite, que d'ici la fin du siècle - c'était dans les années 70, on en aurait terminé avec les maladies infectieuses, parce que le triomphe des antibiotiques allait bientôt se faire sentir et que restait un détail qui était le cancer, mais il n'avait qu'à bien se tenir ce détail, parce que les anti-cancéreux étaient en plein développement et que tout cela n'allait pas durer bien longtemps. On nous promettait ce programme, un temps proclamé par l'OMS toujours dans cette décennie des années 70, à savoir « La santé pour tous en l'an 2000 ». Il y avait une confiance extraordinaire à la fois dans la capacité d'innovation thérapeutique et dans la puissance attribuée aux médicaments et au fond, tout le reste n'était que un petit détail qui ne méritait pas d'être soulevé à l'époque.

La responsabilité des laboratoires et des gouvernements

C'est dans les années trente que sont apparus les premiers médicaments anti-parasitaires, anti-infectieux. Les années quarante ont vu apparaître quant à elles, les sulfamides et les antibiotiques qui ont littéralement révolutionné la pratique médicale et le sort des malades, provoquant une chute de la mortalité infectieuse importante du fait de ces véritables innovations techniques. C'est aussi l'époque où, soit à partir d'officines pharmaceutiques, soit à partir d'industries chimiques (généralement des industries de colorants), de véritables compagnies pharmaceutiques se sont peu à peu développées. Ceci, dans le cadre d'une politique de l'époque qui était la politique coloniale, la mise en valeur d'un patrimoine aussi bien humain que matériel et qui rendait ainsi la chose médicale particulièrement importante. Les problèmes médicaux étaient envisagés comme des problèmes médicaux-économiques mais contrairement à aujourd'hui, on avait intérêt à produire des médicaments contre l'oncoscose, la maladie du sommeil, le paludisme, parce qu'il en allait de nos capacités d'expansion territoriale, parce qu'il s'agissait, comme le disait élégamment Albert Sarraut, ministre des colonies de l'époque, de « faire du noir ». Faire du noir, cela voulait dire rendre un petit peu plus productive les capacités de travail des populations africaines parce que « établir son empire sur un cimetière » et je reprends là encore une expression d'Albert Sarraut, cela n'avait aucun intérêt. La mise en valeur des terres coloniales passait par la mise en valeur des populations capables de travailler ces terres, d'où un intérêt économique tout à fait fondamental qui a, dans le cadre de cette phase de la mondialisation, permis en dépit de toutes les critiques que l'on peut lui porter, l'apparition d'un certain nombre de médicaments dont aujourd'hui encore, nous avons l'usage. A peu près un tiers des thérapeutiques dont nous faisons quotidiennement usage, nous les soignants, datent de cette époque.

Avec la fin de l'ère coloniale, la donne change considérablement notamment parce que ce n'est plus la mise en valeur des terres mais l'augmentation des flux de commerce international qui domine et que les choses ont considérablement évolué. Un exemple, entre 1955 et 1990, sur 21 nouveaux médicaments anti-parasitaires, huit sont des produits directs de la médecine vétérinaire, les autres, des produits annexes issus d'autres recherches pour l'essentiel. En d'autres termes, tout ce qui est de l'ordre des elmenthases, des verminoses, des parasites intestinaux, provient de la recherche pharmacologique vétérinaire et bénéficie secondairement aux êtres humains. Autres chiffres, entre 1975 et 2000, sur 1'400 médicaments dits innovants (nouvelles molécules qui obtiennent de nouvelles autorisations de mise sur le marché) 13 seulement, soit environ 1%, sont consacrés à des maladies tropicales. La maladie qui a le plus bénéficié d'une recherche importante soutenue, c'est le paludisme jusqu'à la fin des années 70 en relation directe avec la

guerre du Vietnam puisque les principales molécules qui sont encore utilisées aujourd'hui, ont été mises au point par les américains pour traiter les boys au Vietnam. C'est l'institut Walter Reed qui est un institut militaire, qui est à l'origine de ces innovations.

Autre changement important qui accompagne la transformation de la donne internationale avec la fin l'ère coloniale qui est l'événement majeur de la deuxième moitié de ce siècle, c'est l'évolution qui marque la composition, la nature même des compagnies pharmaceutiques. Issues d'officines et d'industries chimiques, elles étaient encore dirigées jusque dans les années 60-70, par des médecins et des pharmaciens. Entreprises familiales, comportement induit par l'origine professionnelle et une certaine représentation du monde construite par cette origine professionnelle dans le contexte de l'époque coloniale et immédiatement post coloniale, cadre qui amenait les laboratoires à organiser la recherche pharmaceutique en fonction de la demande de soins, en d'autres termes, en fonction des besoins médicaux et de la volonté assez largement affirmée encore, de répondre à ces besoins avec un certain nombre de moyens dont des médicaments. Aujourd'hui, le secteur de la recherche et du développement pharmaceutique, au même titre que d'autres secteurs économiques comme la communication, l'édition et bien d'autres domaines d'ailleurs, sont dirigés par des financiers. Ils sont animés par une pure logique d'actionnaires, c'est-à-dire de distribution immédiate de dividendes, de retour sur investissement et les demandes de retours sur investissements sont extrêmement pressantes. Cette logique d'actionnaires a totalement envahi l'ensemble du comportement des grandes compagnies pharmaceutiques, je parle là de ces énormes institutions qui se sont créées peu à peu, à coup d'acquisition, d'OPA, de fusions et qui composent maintenant des empires financiers absolument considérables. La logique très évidente en matière de grands groupes multinationaux, c'est celle du recueil, du profit et du profit immédiat à court terme. Deux exemples qui illustrent ce genre de logique, lorsque le laboratoire Wellcome annonce publiquement qu'il va mettre sur le marché le premier médicament actif contre le sida, il connaît une augmentation de sa cote boursière tout à fait considérable et immédiate. Lorsque quelques années plus tard, le laboratoire Merydow annonce l'arrêt de l'aeflorditine, c'est-à-dire le seul médicament actif contre la maladie du sommeil, aucune fluctuation boursière n'est relevée, l'affaire passe sans retentissement vraiment important sur l'économie mondiale.

Economie du médicament, grandes tendances historiques, qu'est-ce que MSF vient faire là ? MSF se mobilise, dès le début des années 70 en tant qu'association de médecins, parce que l'arsenal thérapeutique est en train de s'affaiblir et que pour un certain nombre de maladies, les moyens deviennent de plus en plus légers, de moins en moins efficaces. Bernard Pécoul qui anime la campagne lancée et conduite par Médecins Sans Frontières qui est maintenant un réseau mondial « Campagne d'accès pour les médicaments essentiels » a été parmi les médecins qui ont été confrontés sur le terrain à ce genre de problèmes. En ce qui le concerne, c'est devant une épidémie de méningite en Afrique sahélienne et l'absence de médicaments réellement adaptés au traitement de cette épidémie qu'il a commencé à se poser la question d'une réaction un peu plus volontariste. En deux mots, pour une épidémie de méningite bactérienne dans une région très rurale, à population très dispersée et difficile d'accès, le chloramphénicol en solution huileuse est une arme de choix car en une seule injection, elle produit des résultats tout à fait considérables. Ce chloramphénicol en solution huileuse existait mais sa production était dépourvue d'intérêt et par conséquent avait été abandonnée. Grâce aux efforts accomplis par Bernard Pécoul dans le cadre d'une institution qui se mobilisait, il a été possible de reprendre la production de chloramphénicol huileux et notamment de la confier à un laboratoire construit sous forme associative, non lucrative qui fait que la simple production suffisait et que l'achat à prix coûtant était jugé satisfaisant pour cette institution là. Ce laboratoire à but non lucratif ayant été racheté par une compagnie pharmaceutique récemment, la question va se reposer ou est déjà en train de se reposer de manière très concrète.

On le voit, une association privée peut accomplir des gestes qui vont au delà de ses besoins immédiats et prendre en charge un problème segmentaire certes, mais un problème de façon un peu plus profonde, un peu plus ample que le simple fait de trouver le médicament pour son malade particulier. Mais on en voit presque aussi rapidement les limites qui sont celles d'un bricolage assez ambitieux mais d'un bricolage qui donne des résultats forcément instables. La maladie du sommeil, la méningite, le sida, le paludisme sont loin d'être des maladies oubliées, ce sont plutôt des maladies négligées mais si on veut garder le terme d'oubli ce sont les malades que l'on oublie, mon *laïus* c'est plutôt sur les malades oubliées que sur les maladies oubliées qu'ils portent et je pense que c'est là que réside le problème primordial.

La maladie du sommeil

La maladie du sommeil pose un problème comparable. Le traitement existe depuis les années trente, quarante, il est constitué de dérivés arsenicaux qui sont des médicaments dangereux mais dotés d'une certaine efficacité. Ils tuent un pourcentage non négligeable de malades mais dans le cadre d'un calcul médical assez classique, on l'emploie puisque la maladie du sommeil tue à presque 100%. Si vous employez un médicament qui ne tue qu'à 10% et qui soigne, améliore ou guérit le reste des malades, alors le bénéfice global est là et il ne faut pas hésiter à l'employer. Mais avec le temps il s'est passé avec ces dérivés arsenicaux ce qui se passe pour l'ensemble des médicaments anti-infectieux. Des résistances sont apparues et par exemple aujourd'hui, le même médicament qui était pratiquement dépourvu de résistances, est impuissant devant à peu près un tiers des patients, 25% des patients auxquels on ajoute environ 5 à 10% de mortalité et on s'aperçoit que plus de 30%, un patient sur trois atteint de maladie du sommeil, meurt avec ou sans soins, en l'occurrence avec soins. On a appris qu'il existait un médicament anti-cancéreux qui s'appelle l'eflornitine, mais qui n'a pas trouvé de véritables débouchés dans l'arsenal thérapeutique anti-cancéreux. En revanche, on lui a découvert des vertus thérapeutiques réelles, très importantes contre la maladie du sommeil. Moins toxique, plus actif, c'était exactement le médicament dont les médecins confrontés à cette épidémie terrifiante avaient besoin. Mais le laboratoire qui avait développé ce médicament, Mereldow, n'a pas cherché à le mettre réellement sur le marché parce que un patient moyen atteint de la maladie du sommeil a un pouvoir d'achat plutôt limité. Il n'y avait donc pas de marché solvable et le médicament a été abandonné. Sous l'impulsion de l'OMS et de MSF, la production a été reprise, la production dans un dispositif complexe. Pour MSF, cela a été un moment d'innovation réelle, plus encore que le chloramphénicol huileux qui au moins existait sous cette forme, là, il a fallu reprendre tout le processus de développement et de distribution mais le processus de distribution n'a pas débouché sur grand chose et nous nous trouvons, MSF, dans une situation un peu bizarre où il nous a fallu avec l'OMS, donner aux laboratoires qui acceptaient de reprendre la production de cette molécule, une garantie d'achat de l'intégralité de la production pour que l'on soit certain de l'acheter à un prix à peu près coûtant et assurer une certaine pérennité dans la production. Ainsi, le centre logistique de MSF à Bordeaux est devenu depuis quelques années, le principal sinon le seul agent de distribution de l'eflornitine pour l'ensemble des pays du monde, ce qui n'est pas notre boulot mais c'est la condition par laquelle il fallait en passer pour pouvoir disposer de ce médicament, car si nous n'avions pas accepté d'acheter l'intégralité de la production, la production n'aurait pas repris.

Le sida

Le sida a ceci d'intéressant qu'il démontre la réelle capacité de la recherche à produire des médicaments innovants pour une maladie émergente. Le sida n'existait pas en 1980 et 20 ans après, on dispose de médicaments dont l'efficacité est assez impressionnante. Cela a de quoi vous réconcilier avec la médecine et la recherche pharmacologique. Mais il faut quand même

préciser que ces molécules, depuis l'AZT jusqu'aux anti-protéases actuelles, ont été pour une très grande partie d'entre elles, développées par la recherche publique en particulier la recherche publique américaine. Les laboratoires dépendants de l'équivalent du ministère de la santé ou de l'université américaine, ont mis au point ces molécules qu'ils ont ensuite confié pour leur développement, leur distribution et leur commercialisation, à des laboratoires américains, ce qui est parfaitement légitime. La recherche publique américaine défend l'industrie américaine et en même temps elle innove, cela n'a rien de scandaleux en soi, n'importe quel état aurait fait cela. Cela a été vrai non seulement aussi bien pour la première que pour la deuxième génération de médicaments anti-rétroviraux. Ce qu'il faut simplement noter, c'est que les laboratoires nous expliquent que c'est la puissance d'innovation propre à l'industrie privée qui a permis d'apporter des solutions pas toujours satisfaisantes mais bien réelles à ce nouveau problème qu'était le sida alors que c'est tout de même une vérité tellement partielle qu'elle ressemble plus à un gros mensonge qu'à quelque chose correspondant à la réalité. C'est vraiment l'alliance des deux, mais au départ, la mise au point de ces molécules, c'est la recherche publique qui l'a réalisé. Ce fait pose sous un nouveau jour, la question de la propriété intellectuelle que les laboratoires brandissent toujours pour défendre leur capacité d'innovation.

La propriété intellectuelle, c'est tout simplement les brevets. On brevète une découverte, on assure le monopole de son exploitation et de sa commercialisation pendant une période de 20 ans, ça ce sont les accords de Marrakech, c'est le début de l'OMC en 1994, il y a à peine 10 ans. Avant, ces questions n'étaient pas posées sous l'angle de la propriété intellectuelle, mais depuis une dizaine d'année c'est le cas, le droit de la propriété intellectuelle est devenu le maître mot de l'industrie pharmaceutique, y compris lorsque la propriété intellectuelle au sens moral du terme, revient à d'autres que eux même. La propriété intellectuelle, elle-même source de royalties considérables qui permettent de relancer la recherche et de financer la recherche pharmaceutique, poste en effet considérable de l'industrie pharmaceutique, et si cette propriété intellectuelle n'est pas reconnue nous dit-on, si des brèches sont ouvertes en son sein, sur sa paroi, sur sa façade et bien s'en est fait de la capacité d'innovation des laboratoires. En gros c'est ce que l'on nous dit et c'est l'argument qui a été brandi de façon majoritaire pour empêcher les pays atteints par une épidémie aiguë de sida d'utiliser les clauses des accords de l'OMC¹ qui leur permettraient de sortir de ce système de royalties et de propriété intellectuelles et d'utiliser la situation d'urgence sanitaire pour produire sous forme générique, c'est à dire sans payer de royalties ou alors très peu, ces médicaments dont l'importance vitale n'échappe à personne, ni aux labos, ni aux gouvernements ni encore moins aux malades. A travers le sida, on voit la concentration dans le temps et l'importance des enjeux à la fois financiers et humains qui permettent de mettre à jour les contradictions d'un certain nombre de postures et de positions. Je m'empresse de dire que si les droits de propriété intellectuelle ont été brandis à relativement mauvais escient dans ce cas là, il n'en reste pas moins que les labos soulèvent une vraie question lorsque ils défendent l'impératif de faire rentrer de l'argent à partir de la commercialisation des médicaments pour assurer non seulement leur survie, mais leur développement et la recherche de nouveaux médicaments et que c'est un problème réel.

Le paludisme

Un mot sur le paludisme. Son évolution répond exactement à la même problématique et est soumise exactement aux mêmes contraintes que les autres médicaments dont nous sommes aujourd'hui de plus en plus dépourvus. Cette épidémie touche environ 4 à 500 millions de personnes par an et fait environ 1 à 2 millions de morts chaque année. Les médicaments contre le paludisme existent car la recherche n'a jamais vraiment cessé dans ce domaine. Mais de

¹ ref

nouveaux acteurs sont intervenus dans cette problématique, ce sont les gouvernements et en particulier un certain nombre de gouvernements africains qui imposent pour tous les dispensaires publics et la médecine gratuite ou la médecine non privée, des molécules et en particulier la chloroquine qui a été mise au point en 1934 il y a 70 ans et qui en 70 ans, a connu bien évidemment tout le cycle des résistances et est maintenant, quasiment inefficace contre l'essentiel des formes de paludisme. La chloroquine fait partie du protocole national d'un grand nombre de pays africains, là où justement le paludisme connaît sa prévalence la plus haute et les gouvernements de ces pays imposent à leurs institutions, à leurs propres soignants amis également aux intervenants étrangers, l'usage d'une molécule qui est une poudre de perlinpinpin alors qu'il existe des associations efficaces qui sont simplement réservées à des gens qui ont les moyens de les payer. Il y a vraiment une sorte de sacrifice par un grand nombre de gouvernements africains de leur propre population ou en tout cas, le sacrifice de soins à peu près décents accordés à leur propre population et qui nous rappelle que pour le paludisme comme pour le sida, les gouvernements des pays du tiers monde ont également leur part de responsabilité. Je pense en particulier à toute cette période pendant laquelle les gouvernements africains ont refusé de mobiliser leur population et de parler du sida, en laissant entendre que c'était encore un truc inventé par les anciens coloniaux, juste là pour embêter les africains, sans parler du président de l'Afrique du Sud Thabo Mbeki qui nie l'origine virale du sida et continue de réfuter l'importance des anti-rétroviraux dans son propre pays.

La responsabilité des organisations intergouvernementales et des organisations non gouvernementales

Les organisations intergouvernementales et les ong sont, dans les questions de santé, des intervenants de plus en plus importants. Rappelons que les budgets de santé et que les politiques de santé en général, sont les parents pauvres des politiques publiques dans une très grande partie des pays du tiers monde. Mais ce que l'on sait moins ou ce qu'il faut dire lorsque l'on pose ce problème là, c'est que cette stratégie de pénurie pour la qualifier de manière un peu caricaturale, a été longtemps encouragée par les organisations intergouvernementales. J'ai fait allusion au slogan de l'OMS « La santé pour tous en l'an 2000 », lancé en 1978 à la conférence d'Alma Ata lors de l'assemblée générale de l'OMS de cette année là. Comment s'imaginait-on que l'on allait accomplir, que l'on allait atteindre cet objectif de la santé pour tous à l'horizon 2000 ? Et bien essentiellement par la formation d'agents de santé villageois dont les connaissances étaient celles que l'on peut acquérir lorsque l'on a quelques notions d'alphabet en l'espace de deux à trois mois, c'est-à-dire rien, absolument rien. Il est impossible de former un agent sanitaire qui ait une quelconque possibilité de répondre avec pertinence à des problèmes de santé en l'espace de trois mois, c'est une pure chimère, voir un gros mensonge là encore et pour le reste, c'est encore les bonnes paroles, le catéchisme préventif qui tenait lieu de dispositif de santé en général. A travers cet ensemble là, je force un petit peu le trait, avec ce dispositif là, on pensait atteindre la santé pour tous en l'an 2000 : éradiquer les maladies. Il faut dire que la variole était sur le point d'être éradiquée, elle a été déclarée éradiquée en 1979 et ce modèle était très présent dans ce contexte très triomphaliste des années 70. Il n'en reste pas moins que cette politique tout à fait folle a été un formidable gaspillage validé, authentifié, ratifié pourrait-on dire par les différentes agences intergouvernementales et un grand nombre d'ong qui se sont précipitée avec grand plaisir pour prendre la place d'animateurs sociaux, pour venir expliquer que chacun était porteur de cette belle ambition de la santé pour tous en l'an 2000, ce qui était vraiment totalement dépourvu de fondement.

Aujourd'hui on a totalement basculé. Le balancier, comme souvent dans les histoires institutionnelles, revient très loin dans l'autre sens. Aujourd'hui, c'est la stratégie dite de recouvrement des coûts qui est devenue le maître mot d'un grand nombre d'organisations

oeuvrant dans le domaine de la santé. Autant on faisait dans le social, le lyrique, l'emphatique dans les années 70, autant maintenant, le romantisme semble avoir pris résidence dans le lexique des gestionnaires, puisque on parle de gestion rationnelle de l'offre de soins et que c'est le vocabulaire du management et de la finance qui s'est totalement installé, qui a pris droit de cité dans le domaine des soins médicaux.

On parle à présent de recouvrement des coûts, de tarification des soins, de gestion rationnelle de l'offre de soin, d'amélioration de la qualité de l'offre etc, tout un vocabulaire de marché de la santé - la santé est également un marché, on ne peut pas l'ignorer, mais là on est théoriquement hors marché et dans le non profit, c'est tout de même très troublant. Alors de quoi s'agit-il ? Il s'agit simplement de faire payer les malades pour leurs soins. Derrière tout ce vocabulaire qui a de temps en temps tendance à se draper dans un grand manteau de vertu, il y a une réalité brutale qui est « tu es malade, tu paies ; tu n'as pas sous, tu n'as pas de soins ». Un exemple illustrant cette politique : une césarienne est tarifiée en gros à l'équivalent de 100 Euros pour des gens dont le revenu moyen pour un pays africain, est de 1 Euro par jour pour un paysan. Vous imaginez aisément qu'une césarienne est tout simplement inenvisageable pour ces gens là. Alors les plus malignes des femmes qui ont besoin d'une césarienne, arrivent à dissimuler le fait qu'elles sont très pauvres. Elles se parent et arrivent malgré tout à obtenir la césarienne dont elles ont besoin. Je rappelle qu'en général, la question de la césarienne sous entend que la mort de la mère ou de l'enfant est en jeu, voir bien souvent lorsqu'elle n'est pas faite, la mort des deux. Ces femmes donc cachent le fait qu'elles sont indigentes et se font opérer mais si à la sortie elles ne peuvent pas payer, alors c'est la prison, et la prison dans l'hôpital. Ainsi, il existe maintenant dans certains hôpitaux publics des cellules destinées à enfermer des femmes dont le seul tort est de ne pas être capable de payer leur césarienne. Et ces hôpitaux sont soutenus par des organisations internationales, voir pour certains, accueillent des membres de médecins sans frontières par exemple ou d'autres ong. Autrement dit nous contribuons, nous, ong au même titre que les organisations intergouvernementales, à faire tourner ce système qui criminalise la pauvreté et doublement, car c'est lorsque l'on est pauvre et malade qu'on est jeté en prison. On est là face à quelque chose qui est extravagant, aberrant, abject.

Un système hypocrite, injuste et dangereux

On se trouve aujourd'hui face à une triple logique d'exclusion. Exclusion par l'absence de politique de santé, exclusion due au rappel des accords sur la propriété intellectuelle et au refus de l'exception sanitaire pour ces accords et exclusion due à la financiarisation croissante de l'industrie pharmaceutique qui est loin d'être une singularité mais qui est la règle pour l'ensemble du système. Ce système est hypocrite, injuste et dangereux.

Hypocrite pour les raisons que j'ai dites, par exemple le fait que pour le sida les molécules produites par la recherche publique sont ensuite commercialisées et que ce commerce là est présenté comme la juste rétribution d'un effort d'innovation considérable ce qui est faux, mais ce n'est pas toujours faux car pour bien d'autres molécules l'industrie pharmaceutique produit des innovations. Il n'en reste pas moins que son enrichissement, son développement institutionnel, économique et commercial est largement tributaire des politiques publiques de couvertures sociales, car si le marché européen est si important pour les labos, c'est bien parce qu'il y a un système Bismarquien de prise en charge des coûts de la santé et c'est grâce à cela que les coûts de la santé peuvent être en augmentation régulière, c'est à dire en rapport avec l'augmentation régulière de l'exigence de santé qu'attend notre vieille Europe. Cette logique du marché, cette authenticité par la vérification des bilans, cette espèce de vérité par les chiffres, elle est totalement fictive, il n'y a pas de marché libre dans ce domaine, il y a une interaction étroite et permanente entre le public et le privé et dans de telles conditions, le privé ne peut pas simplement rappeler

qu'il est privé quand ça l'arrange et oublier qu'il est aussi d'une certaine manière publique lorsque ça le dérange.

C'est un système injuste car il rejette une partie croissante de la population mondiale dans un statut de superflu de population superflue, inutile, improductive, reléguées à l'arbitraire de la charité, au bon vouloir des ong au caprices d'une fondation ou d'une institution internationale. La question de la justice, de l'égalité et même simplement de l'équité y est totalement abandonnée.

C'est dangereux enfin, pour deux raisons distinctes mais convergentes. D'une part parce qu'il n'existe pas de notion de sécurité sanitaire qui puisse être circonscrite à un territoire donné. Je rappelle que le premier office international d'hygiène est né de la grande épidémie de choléra qui est arrivée d'Europe de l'est et qui a traversé la France dans les années trente du XIXème siècle. On a rapidement compris à cette époque là que les limites territoriales, les souverainetés politiques avaient bien peu de valeur devant la diffusion d'un germe comme celui du choléra et que ça demandait un traitement international. Il est évident que les épidémies ou les endémies contemporaines ressortissent de la même logique et que penser que l'on va confiner des épidémies sur un territoire donné, c'est tout simplement stupide. On a surabondamment utilisé dans le passé l'idée qu'en matière de coopération internationale, la générosité c'était « nos intérêts bien compris », ça n'a pas été toujours le cas, ce n'est pas toujours vérifiable mais il me semble que en l'occurrence, oui, c'est une question d'intérêts bien compris que d'être généreux dans ce domaine car c'est une question de sécurité globale. D'ailleurs, ne nous décourageons pas tout à fait, le fait que la question des épidémies internationales soit mis à l'ordre du jour des réunions du G7/G8 est tout de même l'indice que cette conscience progresse, à nos grands hommes de faire le nécessaire afin qu'elle progresse non seulement dans les esprits, mais aussi dans la pratique.

D'autre part, c'est dangereux en raison de la financiarisation totale de l'économie et en particulier de l'économie du médicament. Cette logique financière a pour conséquence concrète de favoriser une stratégie de marketing plutôt qu'une stratégie de recherche, autrement dit, de favoriser des innovations pharmacologiques qui consistent essentiellement en une modification d'un radical, en une greffe d'un petit bout de molécule sur une autre permettant à une molécule déjà existante et dont l'efficacité est connue, de se trouver une nouvelle niche. Cette niche peut devenir assez rapidement presque une maladie en soi et c'est l'apparition d'un médicament qui crée une nouvelle niche qui crée une nouvelle maladie qui n'est pas plus une nouvelle maladie que vous et moi, qui est juste une invention de marketing validée par une autorisation de mise sur le marché et qui fait que on a des tas de nouveaux médicaments pour la névrose sociale, pour la chute des cheveux, pour telle forme particulière de l'angine de poitrine ou de l'hypertension qui n'apporte rien par rapport à des traitements existants mais qui font comme si.

Ces molécules ont une telle existence qu'on leur a déjà donné un nom, ce sont les « me too », les « moi aussi » sous entendu moi aussi je veux ma part de marché, mon segment de malades.

Une partie croissante de la recherche théoriquement innovante assurée par l'industrie pharmaceutique, est en train de dériver dans ce qu'il faut bien appeler quelque chose comme un marécage, un borborygme. Ajouter à cela que la formation des médecins, en France tout au moins, est assurée à 100% des jours dès le jour de leurs diplômes obtenus, par les labos et vous verrez que il est ensuite assez simple de convaincre que on innove, on fabrique du mieux parce que on invente tout simplement un nouveau nom pour une vieille molécule. Alors les labos sont un problème certes dans notre situation, mais c'est aussi une solution et devant une telle situation, il ne faut jamais l'oublier car on a besoin des labos pour produire des médicaments. Ce dont il s'agit c'est plutôt d'une régulation de leur production, d'une exigence de transparence dans les coûts de fabrication et c'est à nous, citoyens, chercheurs, pouvoirs publiques de fixer les limites et de mettre en question certaines de leur affirmations, de leurs pratiques. C'est également aux

gouvernements, y compris du tiers monde, d'imposer des législations plus justes, plus contraignantes et même si on a vu que les pays du tiers monde ne peuvent pas imposer des législations concernant l'OMC, ils peuvent se regrouper pour faire pression et déjà sur leur propre territoire, ouvrir et être un peu plus sensible aux problèmes sociaux et médicaux des plus pauvres de leurs administrés. J'ajouterai qu'il est absolument certain que rien ne changera et on a vu la régression de ces derniers mois s'il n'existe pas une capacité contestataire, une capacité de mobilisation à la fois locale et globale, elle existe en réalité cette capacité, on la voit, on la voit vivre et s'exprimer. Il faut l'activer, contribuer à son dynamisme, éviter qu'elle ne se relâche car ce n'est que dans le cadre d'un rapport de forces, pacifique certes, mais un rapport de forces, qu'on arrivera à apaiser, diminuer ce qu'il faut bien appeler par son nom, c'est à dire une violence sociale injustifiable et intolérable.