

# Malnutrition et inégalités sociales\*

B. Arzel, M. Golay, V. Zesiger, E. Kabengele Mpinga, P. Chastonay

## La situation dans le monde

Si l'on considère les textes internationaux ratifiés par la plupart des pays, la malnutrition et l'accès à une alimentation décente devraient être la norme!

En effet, selon

- la *Déclaration universelle des droits de l'Homme, 1948*: «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; [...]» *Principe 4*;
- la *Convention relative aux droits de l'enfant, 1989*: «Les États parties s'efforcent [...] de lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, [...]» *Article 24*;
- le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966*: «Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant [...] y compris une nourriture suffisante, et s'engagent à prendre les mesures appropriées pour la réalisation de ce droit.» *Article 11*.

## Définition de la malnutrition

- Alimentation mal équilibrée ou inadaptée aux conditions de vie d'un individu, d'une population (sous-alimentation, suralimentation, carence).
- Apports inadéquats d'énergie (kcal), de macronutriments (protéines, glucides et lipides) ou de micronutriments (vitamines, sels minéraux, oligo-éléments).
- L'état nutritionnel résulte de l'interaction complexe entre ce que l'on mange, notre état de santé général et l'environnement dans lequel on vit.

Toutefois la réalité est autre [1–4].

Dans le monde en développement, une personne sur cinq est sous-alimentée de façon chronique, soit plus de 800 millions d'individus. Chaque année 6 millions d'enfants de moins de

5 ans meurent des conséquences de la faim et de la malnutrition. Trois millions d'enfants supplémentaires meurent chaque année de maladies liées à l'eau.

D'autre part, plus de 2 milliards de personnes souffrent de carences diverses en micronutriments:

- 2 milliards de personnes, dont 52% femmes enceintes et 39% d'enfants de moins de cinq ans, souffrent d'anémie par manque de fer;
- 740 millions de personnes souffrent de carence en iode;
- 120 millions d'enfants sont victimes d'avitaminose A;
- 180 millions d'enfants présentent un retard de croissance dû à des carences nutritionnelles.

En Afrique entre 15 et 30% des adultes sont sous-alimentés chroniquement et jusqu'à 50% des enfants présentent un faible poids à la naissance.

Pour atteindre l'objectif fixé lors du dernier Sommet mondial de l'alimentation, qui est de réduire de moitié le nombre de ceux qui souffrent de la faim d'ici 2015 au plus tard, il faudrait diminuer le nombre de personnes sous-alimentées de 22 millions par an, alors que ce chiffre n'est actuellement que de 6 millions par an.

Mais il n'y a pas que carences en termes de malnutrition, il y a aussi excès.

L'obésité est extrêmement répandue dans les pays industrialisés avec des chiffres qui sont de l'ordre de 30% actuellement aux États-Unis dans certains sous-groupes de la population. En fait, elle y est en augmentation constante depuis le milieu du 20<sup>e</sup> siècle.

D'autre part, les données de l'Organisation des Nations Unies montrent que l'obésité existe dans toutes les régions en développement, et qu'elle y augmente rapidement, même là où sévit la faim.

Pour exemple, mentionnons quelques données récentes.

En Chine, le nombre de personnes ayant une surcharge pondérale a passé de moins de 10% à 15% en trois ans.

La prévalence de l'obésité chez les femmes est de 13% au Brésil et de 23% au Mexique.

En zone urbaine en Jordanie elle est de 32% chez les hommes et de 59% chez les femmes.

\* Ce travail a été réalisé grâce au soutien du Réseau universitaire international de Genève dans le cadre du projet «Santé mentale, droits de l'homme et législation» en collaboration avec l'OMS ainsi qu'au soutien du Forum de l'Université de la Société Académique de Genève dans le cadre du projet «Santé et droits de l'homme».

Correspondance:  
Dr Philippe Chastonay  
Institut de Médecine Sociale  
et Préventive IMSP  
Centre Médical Universitaire  
CH-1211 Genève 4

E-mail:  
philippe.chastonay@imsp.unige.ch

Même l'Afrique subsaharienne, où vivent la plupart des populations sous-alimentées du monde, connaît un accroissement rapide de l'obésité, et ce en particulier chez les femmes en zones urbaines avec des prévalence extrêmes en Afrique du Sud où 44% des femmes sont obèses.

#### Classification de la malnutrition selon le Body Mass Index

- Obésité extrême: BMI 40,0+
- Obésité sévère: BMI 35,0–39,9
- Obésité: BMI 30,0–34,9
- Surcharge pondérale: BMI 25,0–29,9
- Poids normal: BMI 18,5–24,9
- Sous-alimentation
  - légère: BMI 17,0–18,4
  - modéré: BMI 16,0–16,9
  - sévère: BMI 13,0–15,9
  - extrême: BMI 10,0–12,9

Parallèlement le diabète de type 2, jusqu'alors considéré comme une maladie des pays riches et des personnes âgées, connaît une progression fulgurante dans les pays en développement ou en transition où le nombre de cas devrait plus que doubler au cours des 30 prochaines années, passant de 115 millions en 2000 à 284 millions en 2030.

#### Déterminants de la malnutrition selon «People's Global Nutrition Forum», 2003

- Pauvreté, inégalité, injustice
- Insuffisance des services de santé
- Manque d'éducation et d'information
- Situation sanitaire insuffisante, pollution de l'eau
- Chômage, emplois sous-payés
- Urbanisation sauvage et incontrôlée
- Dégradation de l'environnement agricole
- Destruction des systèmes et cultures indigènes et traditionnels
- Accès inéquitable aux ressources alimentaires
- Commerce inéquitable, spéculation sur les marchés
- Régulation insuffisante de la qualité des aliments
- Promotion agressive des substituts du lait maternel
- Promotion d'une alimentation peu chère, trop énergétique
- Utilisation de l'aide alimentaire comme d'un instrument de pouvoir
- Persécution, terreur et guerre

#### Deux exemples de malnutrition particulièrement interpellant

Le regard que l'on porte sur la malnutrition peut prendre deux directions:

- les carences, affectant les populations les plus fragiles comme les enfants, les femmes et les vieillards;
- l'obésité, affectant de manière de plus en plus marquée les milieux les plus défavorisés.

#### Exemple no 1: la malnutrition infantile

Selon l'UNICEF [4] la prévalence de la malnutrition est élevée à travers le monde comme l'indique le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1

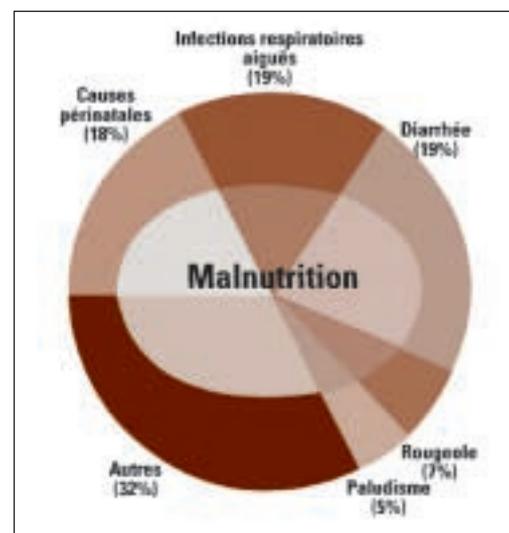
Prévalence de la malnutrition à travers le monde.

Région	Malnutrition infantile en %
Afrique subsaharienne	31
Afrique du Nord et Moyen-Orient	24
Asie du Sud	60
Extrême Orient et Pacifique	26
Amérique Centrale et Caraïbes	17
Amérique du Sud	8
Pays les plus industrialisés	–

Selon plusieurs études faites avec le soutien de l'OMS, la malnutrition a été associée à plus de la moitié de tous les décès d'enfants intervenus dans les pays en développement dans les années quatre-vingt-dix [5, 6]. Cela est représenté dans la figure 1 ci-dessous.

Figure 1

Décès d'enfants intervenus dans les pays en développement.



Il est avéré que la malnutrition affecte le potentiel de vie des individus et des communautés: le développement social et économique en pâtit sans parler du développement intellectuel et mental des individus concernés. C'est la spirale infernale dans laquelle se trouvent de nombreux pays en voie de développement [7].

Notons à propos de la malnutrition infantile qu'elle menace aussi les enfants de pans entiers des populations des pays les plus riches: il s'agit des enfants de milieux pauvres (25% ménages britanniques et 14% des ménages états-uniens vivent au-dessous du seuil de pauvreté) dont une majorité sont en situation de *food insecurity* et/ou *food insufficiency* [8].

### Exemple no 2: obésité et classe sociale

Pour la première fois, les individus en surpoids dans le monde équivalent en nombre de personnes en état de sous-alimentation. Et les nations en développement sont venues rejoindre les rangs des pays accablés par l'obésité.

Mais ce qui apparaît de plus en plus clairement dans une société donnée, c'est le lien prépondérant qui existe entre surcharge pondérale/obésité et un faible niveau d'éducation, un faible pouvoir d'achat ainsi que des conditions de vie en dessous du seuil de pauvreté [9, 10].

Prenons quelques exemples.

En France, l'obésité concerne actuellement environ 10% des adultes et entre 10 à 16% des enfants. Sa prévalence est en augmentation dans l'ensemble de la population, mais cette augmentation est nettement plus rapide chez les enfants. De plus, cette prévalence est de double parmi les classes sociales modestes.

Aux Etats-Unis, le développement de l'obésité a été fulgurante, au cours des 20 dernières années, et la situation actuelle est alarmante pour l'ensemble de la population [11]:

- en 1985, il y avait une prévalence de l'obésité de 15 à 19% de la population dans 8 Etats, entre 10 et 14% dans 12 Etats et inférieure à 10% dans 30 Etats de l'Union;
- en 2000, la prévalence de l'obésité était de 10 à 14% dans 1 Etat, de 15 à 19% dans 24 Etats, de 20% et plus dans 24 Etats de l'Union.

De fait, 40 millions d'américains sont obèses. Il y a un gradient socio-économique important: 14% d'obèse dans la population en général versus 24% dans la population à revenu limité. Il y a parmi les femmes avec une niveau d'étude secondaire 3,5% d'obèses contre 19% chez celle avec une scolarisation limitée au niveau primaire (pour les hommes 8% versus 22%).

### Actions de la communauté internationale

En 1992 a eu lieu le 1<sup>e</sup> Sommet mondial de l'alimentation à Rome. A cette occasion, les formes majeures de malnutrition ont été évaluées, ainsi que leurs causes multisectorielles et les facteurs y contribuant. Des stratégies, pour réduire la malnutrition, ont été identifiées comme bases des actions nationales et internationales. Au terme de cette conférence neuf buts et stratégies ont été énoncés afin de faire disparaître avant la fin de la décennie la famine et les morts causées par elle.

En 1996, lors du 2<sup>e</sup> Sommet mondial de l'alimentation, les chefs d'Etat et de gouvernement de 185 pays ainsi que la Communauté européenne ont réaffirmé le droit à une nourriture suffisante, indissociable de la dignité de la personne humaine et proclamé leur volonté de réduire de moitié le nombre de personnes souffrant de la faim et de la malnutrition d'ici 2015.

En 2001, le 3<sup>e</sup> Sommet mondial de l'Alimentation a réaffirmé l'engagement de réduire la faim dans le monde et a appelé toutes les parties concernées à intensifier leurs efforts pour atteindre cet objectif.

Enfin en 2004, l'OMS a fait de la lutte contre l'obésité une priorité au niveau mondial.

Les enjeux, aussi bien de la malnutrition par carence que de celle par excès, sont de nature économique, politique et culturelle. Ils sont majeurs, tant pour les pays du Sud que pour les pays du Nord. Leur développement social et économique ainsi que la santé de leurs populations en dépendent.

Parmi les 800 millions de personnes souffrant de malnutrition par carence, 8 millions par an meurent de faim faute d'alimentation appropriée, surtout en situation de conflits. Ces personnes ont le droit d'être secourues en priorité. Cela signifie déployer plus de moyens d'intervention dans les situations de crises, et pour les gouvernements exercer plus de pression pour éviter que la faim soit une arme dans les conflits. C'est un point essentiel.

Mais tous les autres ont aussi un droit, un droit à une alimentation suffisante. Ce droit se doit d'être défendu par les Etats, les ONG et les instances des Nations Unies. C'est le combat du rapporteur spécial des Nations Unies pour le droit à l'alimentation. Ce combat doit permettre à tout être humain d'avoir un accès régulier, permanent et libre, directement ou par achat, à une nourriture quantitativement et qualitativement adéquate et suffisante et qui corresponde aux traditions culturelles locales.

Et que dire du 3/4 de milliards d'obèses: ils ont droit à la non-discrimination, à l'information sur une alimentation saine et à un soutien pour réduire leur poids.

Autant de points où le médecin et le professionnel de la santé peut ou se doit de jouer un rôle de thérapeute, de conseiller, de défenseur des droits des ses patients et de ses concitoyens.

#### Références

- 1 FAO. L'Etat de l'insécurité alimentaire dans le monde. 2002.
- 2 WHO. The right to water. 2003.
- 3 James WPT. The nutritional crisis to come. In: Evert CE, et al (eds.). Critical Issues in Global Health. San Fransisco: Jossey-Bass; 2002.
- 4 UNICEF. The State of the World's Children 1998. Oxford: Oxford University Press; 1998.
- 5 Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease. Cambridge, USA: Harvard University Press; 1996.
- 6 Pelletier DL, Frongillo EA Jr, Habicht JP. Epidemiological evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality. *Am J Public Health* 1993;83(8):1130-3.
- 7 Lutte contre la pauvreté. Rapport du Secrétaire général. Conseil économique et social, Nation Unies. Mai 2001.
- 8 de Ons M, Frongillo F, Bloesser M. La malnutrition est-elle en régression? Analyse de l'évolution de la malnutrition de l'enfant depuis 1980. Bulletin de l'OMS. Recueil d'articles no 4, 2001.
- 9 Armstrong J, Dorosty AR, Reilly JJ, Emmet PM. Coexistence of social inequalities and obesity in preschool children: population based cross sectional study. *Arch Dis Child* 2003; 88(8):671-5.
- 10 Comptier G, Thibault H, Gerboin-Rerolle P, et al. Pratique d'alimentation du jeune enfant dans les familles démunies. Communication à la conférence internationale «Santé, précarité, vulnérabilité en Europe». Paris: UNESCO; Novembre 1996.
- 11 BRFSS. Obesity trends among adults. Atlanta: CDC; 2000.

## Accès aux médicaments: le droit au traitement!\*

M. Golay, V. Zesiger, E. Kabengele Mpinga, B. Arzel, P. Chastonay

\* Ce travail a été réalisé grâce au soutien du Réseau universitaire international de Genève dans le cadre du projet «Santé mentale, droits de l'homme et législation» en collaboration avec l'OMS ainsi qu'au soutien du Forum de l'Université de la Société Académique de Genève dans le cadre du projet «Santé et droits de l'homme».

Correspondance:  
Dr Philippe Chastonay  
Institut de Médecine Sociale  
et Préventive IMSP  
Centre Médical Universitaire  
CH-1211 Genève 4

E-mail:  
philippe.chastonay@imsp.unige.ch

La Suisse, grâce à un système d'assurance de base obligatoire et couvrant un très large spectre de prestations, connaît une situation privilégiée en matière d'accès aux soins et aux traitements par rapport à la plupart des pays du monde. Il y a non seulement équité dans l'accès aux soins pour tous mais aussi – merci LAMal – solidarité entre différents groupes de la population. Cette situation n'est pas parfaite toutefois. Il y a un accès moindre aux soins pour certains sous-groupes de la population, par exemple pour les personnes sans statut légal séjournant sur le territoire suisse, c.-à-d. les clandestins. Non couverts par l'assurance de base, contrairement notamment à ce qu'on peut observer dans certains pays de l'Europe, ces clandestins se retrouvent en cas de maladie démunis et tributaires de la charité. Bien sûr *ubi caritas, ibi deo*, mais il n'en demeure pas moins qu'il y a dans ce contexte un problème d'équité dans l'accès aux soins y compris les

traitements médicamenteux. Ce qui est plutôt exceptionnel chez nous est monnaie courante dans beaucoup de pays à travers le monde où de larges pans de la population n'ont pas accès à de quelconques soins. A cela s'ajoute le fait que dans la plupart des Etats, des minorités en situation d'exclusion n'ont pas accès aux soins disponibles pour le reste de la population: les migrants, les prostituées et les personnes incarcérées en sont des exemples. Or, ce sont souvent eux qui sont les plus exposés à certaines maladies comme notamment le VIH-SIDA [1-3].

### Accès aux médicaments: que d'obstacles!

Pour la majorité de la population mondiale, l'accès aux médicaments relève du parcours d'obstacles.

### Quelques paradoxes en matière d'accès aux médicaments

- 8% environ des dépenses pharmaceutiques sont destinées aux pays du sud alors que ceux-ci hébergent plus de 75% de la population mondiale.
- Seuls 5% de ceux qui en auraient besoin dans les pays en développement reçoivent des traitements antirétroviraux.
- Deux tiers des pays en développement importent presque le 100% de leurs médicaments.
- Seul 1% des médicaments développés entre 1975 et 1997, servent au traitement d'une maladie tropicale.
- 4 millions de vie par an pourraient être sauvées grâce à un diagnostic rapide et l'accès aux médicaments essentiels.

Sources: Déclaration de Berne, Médecins Sans Frontière et OMS.

Ces obstacles peuvent être d'ordre local ou international.

### Des obstacles locaux

Parmi les obstacles locaux, les plus fréquents sont:

- la distribution sur le territoire et dans les lieux de traitement est mal répartie ou de mauvaise qualité: trop de médicaments en certains endroits et pas assez dans d'autres;
- la répartition géographique des centres de soins eux-mêmes est problématique, ainsi que l'insuffisance des moyens de transport pour y accéder et celle du respect de la chaîne du froid;
- la consommation de médicaments n'est pas intégrée dans la culture et la tradition des soins du pays; ce fait est étroitement lié au manque d'information de la population sur l'usage et les effets des médicaments;
- la gestion des stocks est lacunaire et provoque des pénuries ou des excédents devenant périmés. Si ces derniers ont des effets secondaires graves, ils engendrent de nouveaux soins [4];
- les contrefaçons dont on ne peut vérifier la composition, ainsi que la production de génériques de qualité douteuse, qui constituent des dangers pour la santé [5];
- la production locale de génériques est insuffisante;
- la liste des médicaments essentiels est inadéquate par rapport à la réalité épidémiologique du terrain;

- les génériques ne sont pas connus et encore moins reconnus, même par le personnel soignant [6-9];
- enfin, les prix des médicaments sont très élevés relativement au pouvoir d'achat;

### Des obstacles internationaux à fort impact

Au plan international, on constate un manque de disponibilité de génériques de médicaments, alors que la recherche et le développement de certains médicaments pour des maladies rares dans les pays fortement industrialisés sont insuffisants [10].

A cette situation de pénurie, s'ajoute celle des prix élevés pour les pays pauvres en raison du fait qu'ils importent l'ensemble des médicaments qu'ils consomment et dépendent donc d'industries pharmaceutiques étrangères libres de fixer leurs prix et de bloquer la production de génériques meilleurs marché (cf. encadré) [10-12].

### Les accords internationaux en matière de médicaments

Les pays membres de l'OMC (Organisation Mondiale du Commerce) sont liés par l'accord sur les ADPIC (aspects des droits de la propriété intellectuelle touchant au commerce) qui réglementent entre autre les brevets pharmaceutiques et prévoit des mesures d'exception qui garantissent à la population l'accès à des produits vitaux tels que les médicaments. C'est en 2001, lors de la 4<sup>e</sup> rencontre ministérielle de l'OMC à Doha (Qatar), que la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique a permis à des tiers de «fabriquer, de vendre et d'exporter des médicaments et d'autres technologies sanitaires protégés par les brevets afin de mieux satisfaire leurs besoins en matière de santé». Cependant, les pays riches ont depuis mis sous pression les pays pauvres afin qu'ils ratifient des négociations commerciales régionales ou bilatérales qui limiteraient leur capacité à implémenter la Déclaration de Doha. Les Etats-Unis élaborent notamment dans le cadre des actuelles négociations autour de la ZLÉA (Zone de Libre-Echange des Amériques) des dispositions en matière de protection de la propriété industrielle qui pourraient fortement limiter l'accès aux médicaments essentiels en Amérique Latine.

### Un espoir: des acteurs engagés et des initiatives remarquables

Les rôles d'un acteur, l'OMS, et d'une initiative, le DNDi, sont présentés à titre d'exemple ci-dessous. D'autres acteurs et initiatives jouent

un rôle important dans le domaine de l'accès équitable aux médicaments.

L'OMS, dont la présence sur le front de la défense de l'accès aux médicaments pour les pays pauvres est forte, définit une stratégie basée sur quatre piliers: un «choix rationnel des médicaments, des prix raisonnables, un financement durable, et des systèmes d'approvisionnement fiables» [13]. Elle s'est en outre concentrée sur trois maladies prioritaires, le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme mais a convenu que les nouveaux accords sur les APDIC, qui rendent les règles sur les brevets plus contraignantes pour les producteurs de génériques, constituent un frein majeur à tous ces efforts.

#### Les médicaments dits «génériques»

sont ceux dont la protection par un brevet est arrivée à échéance. Le médicament, jusque là propriété exclusive du laboratoire qui le commercialise, appartient dès lors au patrimoine scientifique commun. Seuls les coûts de fabrication influenceront donc son prix, alors que celui des «non génériques» prend en compte le coût de leur mise au point et de leur commercialisation.

#### Les médicaments dits «essentiels»

sont ceux qui satisfont aux besoins prioritaires de santé de la population. Leur liste est nationale, établie selon leur relevance en terme de santé publique, leurs efficacité et sécurité, ainsi que leur rapport coût-efficacité. Ils sont censés en tout temps être disponibles dans le système de santé local, en quantité adéquate, avec le dosage approprié et à un prix abordable pour les individus et la communauté.

Source: OMS

Alors que l'OMS invite ses Etats membres à «explorer toutes les voies diplomatiques et politiques pour surmonter les obstacles à l'accès aux médicaments essentiels, en collaborant pour mettre ces médicaments à la disposition de ceux qui en ont besoin à un prix abordable» [13], l'accès aux médicaments essentiels est loin d'être résolu sur le terrain puisqu'aux prix prohibitifs et à l'abandon de la production de certains médicaments, se conjuguent une faiblesse extrême de la recherche médicale dans des domaines concernant les problèmes de santé des pays pauvres: à peine 10% de la recherche est aujourd'hui consacrée aux maladies qui concernent 90%

de la morbidité mondiale. Cette situation est dénoncée par plusieurs ONG qui exercent leurs activités d'information et de pression auprès des partenaires impliqués (industries, Etats et Organisations des Nations Unies) en calquant leurs agendas à celui des sommets internationaux.

Le DNDi (Drug Neglected Disease Initiative) a comme but de développer de nouveaux médicaments ou de nouvelles formes de médicaments existants pour les patients souffrant des maladies transmissibles les plus négligées. Le DNDi veille à mettre en avant l'intérêt public en créant des collaborations dans le domaine des médicaments entre la communauté académique, le secteur public, l'industrie pharmaceutique et la société civile.

#### Quel rôle pour les médecins et autres les professionnels de santé?

Comment les professionnels de santé présents dans les communautés, peuvent-ils se considérer comme des acteurs du changement et militer en faveur des améliorations indispensables au respect du droit à la santé? Le constat que des stratégies à fort impact sont mises en place bien loin de leurs champs d'action ne doit pas faire perdre de vue les rôles fondamentaux qu'ils sont à même de jouer: en créant autour d'eux des réseaux de santé incluant différents représentants de la communauté, ils peuvent faire remonter

#### Les maladies négligées

- Entre 1975 et 1999, 1393 nouveaux produits pharmaceutiques brevetés, seulement 1% consacrés aux principales maladies tropicales, alors que ces affections représentent plus de 10% de la charge mondiale de morbidité.
- Le développement des produits pharmaceutiques est un processus financé par les pays du nord et dont 80% de la commercialisation y est située, alors que plus de 80% de la population mondiale réside dans les pays du sud.
- Sur les 60 à 70 milliards de dollars US dépensés l'an dernier pour la recherche médicale, moins de 0,001% a été dépensé dans le développement de nouveaux traitements pour les maladies dites «négligées».

Source: DNDi

l'information sur les manques en matière de soins aux autorités et demander des réponses à leurs interpellations. De plus, ils peuvent jouer un grand rôle d'information, au travers des relations interpersonnelles avec leurs patients mais également au niveau de la communauté. De même, au niveau des planifications de santé d'un Etat, les professionnels de santé jouent le rôle essentiel de témoigner des besoins de la communauté dans les choix stratégiques et opérationnels à faire. Moteurs ou relais, ils sont les éléments clefs des campagnes de sensibilisation menées dans leur région.

C'est donc en usant de leur voix qu'ils contribueront eux aussi à ce que des prestations essentielles en matière de santé soient enfin accessibles à tous.

#### Des initiatives et acteurs importants

- ACT UP: [www.actupny.org](http://www.actupny.org)
- Global Treatment Access Campaign: [www.globaltreatmentaccess.org](http://www.globaltreatmentaccess.org)
- Health Gap Coalition: [www.aids.org/healthgap/index.html](http://www.aids.org/healthgap/index.html)
- MSF (campagne sur l'accès aux médicaments): [www.accessmed-msf.org/index.asp](http://www.accessmed-msf.org/index.asp)
- Oxfam, cut the cost campaign: [www.oxfam.org.uk/cutthecost](http://www.oxfam.org.uk/cutthecost)
- La Déclaration de Berne: [www.evb.ch/](http://www.evb.ch/)
- Health Action International (HAI): [www.haiweb.org/](http://www.haiweb.org/)
- Drugs for Neglected Diseases Initiative: [www.dndi.org/](http://www.dndi.org/)

#### Références

- 1 Jürgens R. VIH/sida et prisons: rapport final. (Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal). 1996.
- 2 OMS. Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons. OMS. WHO/GPA/DIR/93.3. 2003.
- 3 Campagne Sida Urgence G8. 2003.
- 4 OMS et MSF. Surmounting Challenges: Procurement of Antiretroviral Medicines in Low- and Middle-Income Countries. The Experience of Médecins Sans Frontières. OMS. 2003.
- 5 OMS. Garantir l'accès aux médicaments essentiels pour les problèmes de santé prioritaires. 2000.
- 6 Trouiller P. [Generic drugs in developing countries]. *Sante* 1996;6:21-6.
- 7 Haddad S, Fournier P. Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire. *Soc Sci Med* 1995;40: 743-53.
- 8 Blaise P, Dujardin B, de B, X, Vandenberg D. [Centralized purchasing of essential drugs, a priority for the health care systems of developing countries]. *Sante* 1998;8:217-26.
- 9 Dunne J. Quality of essential drugs. *Lancet* 1997; 350:1712.
- 10 La Déclaration de Berne. Se soigner: un droit pour tous! Vers un développement SOLIDAIRE 2003.
- 11 OMS. Implications de la Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique adoptée à Doha. 2002.
- 12 Oxfam. US bullying on drugs patents: one year after Doha. 33. 2003.
- 13 OMS. Assurer l'accès aux médicaments essentiels; cinquante-cinquième assemblée mondiale de la santé. 18 mai 2002.