



La santé ?

**Un droit fondamental pour
tous !**

**Un combat des acteurs
francophones de la coopération**

Introduction

La présente publication s'inscrit dans le prolongement du colloque organisé le 1^{er} décembre 2006 aux Moulins de Beez par le CEPAG sur le thème « La santé ? Un droit pour tous ! ». Placée sous le symbole de la lutte contre le sida, la journée a permis de partager l'expérience de divers acteurs de la solidarité, présents sur le terrain, de la santé sans être pour autant des professionnels du secteur médical.

En réunissant le CNCD 11.11.11, l'ONG Solidarité Socialiste, la coordination Sida-Assuétudes de la Province de Namur, les Mutualités socialistes, la FGTB et la FGTB wallonne, le CEPAG poursuivait deux objectifs :

- poser la question du droit à la santé en multipliant les portes d'entrée. Les contributions¹ reprises ici abordent la question de l'accès aux médicaments, des systèmes de protection sociale et d'assurance collective, des liens entre la souveraineté alimentaire et la santé des populations, de l'impact de la dégradation de l'environnement sur la santé et enfin des rapports entre le monde du travail et les politiques de prévention et de lutte contre les grandes pandémies ;
- le second objectif était de réunir des acteurs francophones présents dans le sud et/ou qui développent des programmes d'éducation au développement mais qui n'ont pas souvent l'occasion de travailler ensemble. En les conviant à ce colloque, nous espérions rencontrer pleinement le souhait du Conseil Wallonie-Bruxelles de la coopération internationale (CWBCI) de voir les acteurs de la coopération francophone travailler davantage dans un esprit de synergie.

Toutes les photographies qui illustrent les interventions proviennent de l'exposition « Sida : un nouvel apartheid » qui, comme le colloque du 1^{er} décembre, a constitué une des activités de la semaine de la solidarité citoyenne du CWBCI en Province de Namur.

¹ Contributions s'inscrivant dans le prolongement du colloque. Il ne s'agit pas de la retranscription des interventions.

Marchandisation des soins de santé et accès aux médicaments : de l'OMC aux accords bilatéraux

L'Accord sur les droits de propriété intellectuelle relatifs au commerce (ADPIC) est un accord de l'OMC qui a été rédigé au milieu des années '90 sous la pression des lobbies pharmaceutique et agroalimentaire et qui offre un cadre légal pour protéger, par des brevets, la propriété des biens dans tous les domaines de la technologie.

Cette politique des brevets, instituée au sein de l'OMC par l'ADPIC, permet aux firmes de breveter les médicaments pour une période de minimum vingt ans et de les vendre à un prix inabordable pour la majorité des citoyens du Sud. Cette réalité a été dénoncée dès 1999 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)². Cette situation est d'autant plus inique que nombre de médicaments proviennent de plantes médicinales sélectionnées et entretenues par les communautés traditionnelles du Sud avant d'être « découvertes » puis brevetées par les firmes pharmaceutiques.



L'argument avancé par le secteur pharmaceutique et les gouvernements des pays industrialisés en faveur du système des brevets est que la généralisation de ce système est indispensable au financement de la recherche. En effet, grâce aux brevets, les firmes possèdent un monopole sur la vente des médicaments brevetés et peuvent de la sorte maintenir des prix élevés pendant minimum vingt ans. Les profits engendrés grâce à ce privilège permettent ensuite aux firmes de relever le défi financier de la recherche médicale. En

² OMS, « Mondialisation et accès aux médicaments. Perspectives sur l'accord ADPIC de l'OMC », Genève, 1999.

définitive, selon cette logique, c'est l'humanité tout entière qui profite des progrès de la recherche médicale ainsi financée.

Pourtant, le système des brevets n'est pas un bienfait pour la santé publique, loin s'en faut. En effet, des millions de personnes meurent de maladies pour lesquelles il existe des médicaments, mais vendus à des prix trop élevés pour qu'elles y aient accès. Pour ne prendre que l'exemple du sida, alors que les traitements anti-rétroviraux existent depuis une décennie, 99% des personnes qui y ont accès vivent dans les pays industrialisés, alors que l'Afrique compte à elle seule 30 millions de séropositifs.

En outre, alors que les brevets sont censés financer la recherche au profit de tous, il n'existe aucune recherche sur les nombreuses maladies qui affectent exclusivement les populations du Sud – comme la maladie du sommeil, la maladie de Chagas ou la schistosomiase. Pourquoi ? Tout simplement parce que ces populations ne sont pas suffisamment solvables pour acheter d'éventuels nouveaux médicaments et que ces « marchés de la santé » ne sont donc pas jugés suffisamment rentables par le secteur pharmaceutique.

Résultat : un être humain sur trois n'a aujourd'hui pas régulièrement accès aux médicaments et seulement 8% des ventes mondiales de médicaments sont consommés dans les pays en développement, où vivent pourtant plus des trois quarts de la population mondiale. Selon l'OMS, des dix millions d'enfants de moins de cinq ans qui meurent chaque année, 80% pourraient échapper à la mort s'ils avaient accès aux médicaments. En résumé, le système des brevets équivaut à institutionnaliser au niveau mondial la non-assistance de millions de personnes en danger de mort.

D'ailleurs, si le système des brevets est un problème pour les populations du Sud, il commence également à l'être au Nord où le problème de l'accès aux médicaments risque de s'aggraver dans les prochaines années. En effet, le prix des nouveaux médicaments brevetés susceptibles à terme de voir le jour, comme les médicaments contre le cancer ou ceux issus de la recherche sur le génome humain, va immanquablement peser sur les systèmes d'assurance-santé des pays industrialisés, déjà menacés. On estime par exemple que les dépenses en produits pharmaceutiques devraient tripler en dix ans aux Etats-Unis.

D'un rapport de force à l'autre :

les débats au sein de l'OMC avant l'accord du 30 août 2003

Les pays en développement demandent depuis plusieurs années de pouvoir contourner le système des brevets pour répondre aux pandémies dévastatrices qui les rongent. L'article 30 de l'ADPIC permet de telles dérogations exceptionnelles, mais dans des cas et des conditions tellement restreints que sa portée est quasi nulle³. Le comble a été atteint en 2001 avec le procès intenté par 39 firmes pharmaceutiques contre le gouvernement de la République d'Afrique du Sud qui, conformément aux recommandations de l'OMS, envisageait de produire des médicaments « génériques » contre le sida, c'est-à-dire des copies de médicaments brevetés beaucoup plus accessibles car vendues bien moins cher. Le tollé qui en a résulté dans l'opinion publique a contraint les firmes à retirer leur plainte et a incité un groupe de pays africains à pousser les gouvernements des pays industrialisés à négocier avec eux sur ce thème.

Ainsi initiées le 20 juin 2001 à l'OMC, les négociations ont continué jusqu'à la conférence ministérielle de Doha en novembre 2001. Elles ont débouché sur un article de la déclaration finale, stipulant que l'ADPIC « peut et devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des membres de l'OMC de protéger la santé et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments ». La porte a ainsi enfin été ouverte pour que, en cas de crise sanitaire majeure, les pays du Sud puissent produire des médicaments génériques accessibles aux populations. Problème : rares sont les pays du Sud capables de produire des médicaments génériques. Il est donc nécessaire de permettre aux pays n'ayant pas cette capacité d'utiliser des « licences obligatoires » leur permettant d'importer des médicaments génériques produits par des pays voisins. La discussion, renvoyée à l'OMC, devait aboutir en 2002. Mais il n'en fut rien.

³ L'article 30 de l'ADPIC stipule que « Les Membres pourront prévoir des exceptions limitées aux droits exclusifs conférés par un brevet, à condition que celles-ci ne portent pas atteinte de manière injustifiée à l'exploitation normale du brevet ni ne causent un préjudice injustifié aux intérêts légitimes du titulaire du brevet, compte tenu des intérêts légitimes des tiers ».



Les négociations ont grosso modo mis en scène deux types de position. D'une part, les pays en développement, emmenés par le Brésil et l'Inde, ont demandé une interprétation de l'article 30 de l'ADPIC afin qu'ils puissent exporter rapidement des produits génériques vers les pays pauvres qui en ont besoin.

D'autre part, l'Union européenne a concédé l'octroi de licences obligatoires pour l'exportation de médicaments génériques, mais selon des conditions draconiennes : maladies et médicaments concernés limités, nombre de pays bénéficiaires restreint, procédure d'accès longue et incertaine, etc.

Malgré ces restrictions acceptées fin 2002 par tous les autres Etats membres, les Etats-Unis ont refusé toute modification de l'ADPIC, se limitant à concéder un moratoire sur les plaintes déposées sur la question à l'OMC et condamnant le projet d'accord du 16 décembre 2002. En cause : la crainte de l'industrie pharmaceutique américaine, dont les profits en 2002 se sont élevés à 37 milliards de dollars, de se voir prendre des marchés par des firmes brésiliennes ou indiennes et de voir les médicaments génériques revenir en contrebande sur les marchés du Nord.

En février 2003, une réunion rassemblant 22 des 145 Etats membres de l'époque a eu lieu à Tokyo dans le but de trouver une position consensuelle. Le Brésil a notamment proposé, mais en vain, que les capacités de production de médicaments d'un pays soient attestées par l'OMS.

Début 2003, l'Union européenne a, à son tour, déposé une nouvelle proposition permettant aux exportateurs de vendre à une liste de 76 pays pauvres des médicaments à des prix « différenciés » pour combattre le sida, la tuberculose et la malaria. Sans interférer avec le système des brevets et sans passer par des licences obligatoires, ce système facultatif permet aux fabricants qui le souhaitent de vendre les médicaments à un prix légèrement supérieur au coût de production (soit 15% de plus que le coût de production, soit 75% de moins que le prix moyen dans les pays de l'OCDE) et donc de s'ouvrir à de nouveaux marchés. Pour garantir que ces médicaments ne reviennent pas par des voies détournées sur le marché européen, ils devraient porter un logo permettant de les identifier facilement.

Les Etats-Unis restant inflexibles, les négociations se sont tendues au fil des semaines, les pays en développement conditionnant la suite des négociations au sein de l'OMC à un accord sur ce dossier. Le 28 août 2003, mis sous pression, les Etats-Unis ont abouti à un compromis avec quatre pays en développement (Brésil, Inde, Afrique du Sud et Kenya) officiellement entériné deux jours plus tard par les autres Etats membres. Reprenant le projet d'accord de décembre 2002 et sa procédure complexe d'accès aux dérogations, cet accord temporaire y ajoutait une déclaration des pays s'engageant à utiliser le mécanisme « de bonne foi », dans des cas de « problèmes de santé grave » et sans que les médicaments génériques n'aient accès aux marchés du Nord. Cet accord, s'il a permis de débloquent les négociations et a enfin ouvert la porte à l'importation de médicaments génériques par les pays pauvres, n'a pas remis en cause la logique des brevets et ne représente donc pas une fin en soi. Il est même difficilement praticable : le pays qui souhaite importer des médicaments génériques doit apporter la preuve qu'il vit une grave crise sanitaire, déterminer le nombre exact de médicaments nécessaires, mettre en place une administration douanière empêchant toute réexportation de médicaments génériques... tout en courant le risque de voir un Etat membre de l'OMC contester les arguments qu'il avance ! Autant de conditions freinant lourdement le nécessaire travail d'urgence sur le terrain... Ce qui n'a pas empêché les Etats membres de l'OMC de faire de cet accord temporaire un accord permanent à la veille du sommet de l'OMC à Hong Kong, en décembre 2005. Début 2007, seule la Thaïlande a utilisé ce mécanisme devenu permanent, ce qui démontre sa complexité excessive.

La prolifération des accords bilatéraux : menace pour l'accès aux médicaments

Corollaire de l'enlisement des négociations multilatérales à l'OMC⁴, les accords préférentiels se multiplient. Inexistants jusqu'à la fin des années 1950, ils n'étaient encore qu'au nombre de vingt-sept en 1990. C'est à cette époque que la difficulté des négociations du cycle d'Uruguay (1986-1994) et la dislocation du bloc soviétique ont favorisé la conclusion de multiples accords

⁴ Les négociations de l'OMC sont officiellement suspendues depuis juillet 2006.



régionaux et bilatéraux – à la fois entre pays voisins (Mercosur, Asean, Alena, etc.) et avec de nouveaux pays et partenaires stratégiques. Leur nombre est ainsi passé à 60 en 1995, puis à 102 en 2000. Avec l'échec des conférences ministérielles de l'OMC à Seattle (1999) et Cancun (2003), le phénomène s'est développé de manière exponentielle : l'OMC dénombre 193 accords régionaux et bilatéraux en vigueur en 2006 (dont 46 nouveaux depuis 2004) et en prévoit 300 d'ici 2008⁵.

Cette nouvelle génération d'accords concerne désormais des pays de zones géographiques et de niveau de développement très différents. Ces accords de libre-échange sont qualifiés d'« OMC plus », car ils couvrent un champ plus large que les négociations en cours dans le cadre du « programme de Doha », notamment les sujets de Singapour (investissement, marchés publics, environnement, concurrence) et les droits de propriété intellectuelle.

Les puissances commerciales (Etats-Unis, Union européenne, Japon, Chine) se concurrencent pour négocier avec les pays en développement. Ainsi, les Etats-Unis ont multiplié les accords bilatéraux avec les pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine et centrale (Chili, Singapour, Maroc, etc.) et ont entamé des négociations avec de nombreux autres (Malaisie, Thaïlande, Corée du Sud, etc.). L'Union européenne, après avoir privilégié le cadre multilatéral de l'OMC, s'active à entamer des négociations avec les pays asiatiques (Corée du Sud et Asean) pour rattraper son retard sur le Japon et les Etats-Unis. Le Commissaire au commerce, Peter Mandelson, a publié, en octobre 2006, un document stratégique sur la compétitivité externe de l'Union européenne, lorgnant avec appétit vers les marchés asiatiques. L'Union européenne a déjà conclu par le passé de tels accords bilatéraux avec le Mexique, le Liban, le Chili ou l'Afrique du Sud et négocie des accords de libre-échange avec les pays ACP (Afrique, Caraïbes, Pacifique), l'Amérique du Sud (Mercosur) et les pays méditerranéens (Euromed).

Cette multiplication d'accords préférentiels contredit plusieurs idées reçues en matière de commerce international.

⁵ OMC, www.wto.org ; Jo-Ann Crawford and Roberto Fiorentino, « The changing landscape of regional trade agreements », 2005 ; « Les accords bilatéraux, voie royale du libre-échange », *Le Monde Economie*, 20 juin 2006.

Primo, alors que les règles de l'OMC sont fondées sur le principe de « non discrimination », près de 40% des échanges internationaux s'effectuent désormais dans le cadre d'accords préférentiels régionaux ou bilatéraux. Ces accords sont des dérogations permises par l'article 24 du GATT et deviennent progressivement la règle. L'OMC dispose depuis 1996 d'un Comité des accords régionaux chargé d'examiner la conformité de ces accords avec les règles de l'OMC, mais il n'a rendu qu'un seul avis durant ces dix premières années d'existence (sur l'entente entre Tchèque et Slovaquie au lendemain de leur séparation).

Secundo, alors que l'impact économique et social du libre-échange commercial sur les pays les plus pauvres est dénoncé avec pertinence lors des sommets de l'OMC, aucun accord multilatéral n'a été conclu depuis la naissance de l'OMC en 1995. En réalité, seul un quart de la réduction des tarifs douaniers entre 1983 et 2003 s'explique par les accords multilatéraux⁶. Si l'OMC est régulièrement le champ d'action médiatisé des grands marchandages commerciaux, ce n'est pas en son sein que le dogme du libre-échange enregistre ses principales avancées.

Tertio, et par conséquent, le principal acteur de la libéralisation commerciale reste, de loin, l'Etat. Il est en effet responsable des deux tiers de la réduction des tarifs entre 1983 et 2003 (les 10% restants s'expliquant par les accords régionaux). Si les Etats sont traditionnellement présentés comme « victimes » du pouvoir des multinationales que favorisent les règles de l'OMC, elles-mêmes pourfendues plus souvent qu'à leur tour par les élus « nationaux », le principe de réalité impose de préciser que les victimes sont pour le moins consentantes. Non contents d'être aux premières loges, les Etats sont en réalité les véritables pilotes du processus de libéralisation (étant entendu que même la Commission européenne négocie sur base d'un mandat défini et contrôlé par les Etats membres).

Tout cela n'est pas une bonne nouvelle. Plus le centre de gravité des négociations descend du niveau multilatéral au niveau bilatéral, plus sévit la rai-

⁶ World Bank, Global Economic Prospects 2005, « Trade, regionalism and development », 2005.



son du plus fort. Au jeu du rapport de force bilatéral, les pays en développement sont perdants face aux puissances commerciales qui tentent d'élargir au maximum le champ des négociations. La multiplication des accords bilatéraux est notamment susceptible de porter atteinte à la santé des populations les plus pauvres en restreignant encore davantage l'accès aux médicaments⁷.

Les accords conclus en août 2003 et décembre 2005 sur l'ADPIC (Accord sur les droits de propriété intellectuelle relatifs au commerce) permettent aux pays en développement en situation de crise sanitaire d'imposer des licences obligatoires à bas prix aux firmes pharmaceutiques ou de fabriquer ou importer des versions génériques de médicaments sous brevets. Seule la Thaïlande a, en novembre 2006 et janvier 2007, émis une telle licence obligatoire, mais l'OMS estime que les médicaments génériques ont permis de diminuer le coût des traitements antisida, dont le nombre de bénéficiaires est passé selon la Banque mondiale de 100.000 à 1 million entre 2000 et 2005⁸.

Cette timide avancée est cependant en passe d'être étouffée dans l'œuf par les nouveaux accords bilatéraux signés par les Etats-Unis avec les pays en développement (Maroc, Chili, Jordanie, Amérique centrale, etc.).

Ces accords contiennent en effet un volet « ADPIC plus » autrement plus contraignant que les accords multilatéraux arrachés à l'OMC :

- prolongement de la durée des brevets (pourtant déjà fixée à vingt ans par l'ADPIC) en compensation des délais d'autorisation de mise sur le marché ;
- conservation par le producteur des droits sur les données pendant plusieurs années (cinq ans dans le cas du Maroc) afin de compliquer la fabrication de génériques ;
- obligation de conditionner la fabrication d'un générique à l'accord du détenteur du brevet, ce qui équivaut à rendre de facto impossible cette fabrication.

⁷ Carlos Maria, « Implication of bilateral free trade agreements on access to medicines », OMS, mai 2006.

⁸ World Bank, *Global Monitoring Report 2006*, 2006.

Comme le conclut un rapport du Congrès des Etats-Unis commandé par le parti démocrate : « Contrairement aux principes de la déclaration de Doha, les dispositions des accords de libre-échange privilégient les intérêts financiers des grandes multinationales de l'industrie pharmaceutique aux dépens de la capacité des pays en développement à affronter les problèmes de santé publique »⁹.

En définitive, la raison du plus fort est telle que le peu d'avancées enregistrées sur le front multilatéral en matière d'accès aux médicaments est détricoté par la nouvelle génération d'accords bilatéraux. Il en résulte que, au lieu de servir les objectifs sociaux des pays les plus pauvres, le commerce international, que le consensus de Monterrey consacre « moteur de la croissance et du développement », risque de provoquer de nouveaux « chocs externes » néfastes à la poursuite de ces objectifs.

⁹ « Trade agreements and access to medications under the Bush administration », June 2005, cité par Le Monde Economie, 20 juin 2006.



Souveraineté alimentaire et santé : le rôle des ONG

Il convient avant toute chose de distinguer la sécurité alimentaire de la souveraineté alimentaire.

Le concept de sécurité alimentaire a été forgé par la FAO (Fonds des Nations unies pour l'Agriculture et l'Alimentation) et est utilisé depuis les années '70. Pas très bien défini (chacun doit pouvoir avoir à manger en quantité suffisante), il a été longtemps au centre des discussions sur les moyens de réduire ou d'éliminer la faim dans le monde. Mais il ne se référait ni à la provenance de la nourriture ni aux conditions de sa production.



C'est pourquoi le mouvement international paysan Via Campesina a développé le concept de souveraineté alimentaire. Celui-ci a été porté à l'avant de la scène à l'occasion du Sommet mondial de l'alimentation de Rome en 1996 qui a abouti à une Déclaration officielle.

La souveraineté alimentaire, c'est en fait la sécurité alimentaire à laquelle on ajoute la dimension politique manquante. La souveraineté alimentaire, c'est la possibilité pour une population de maîtriser les choix essentiels qui lui permettent d'assurer sa sécurité alimentaire. Elle inclut notamment le droit des populations, de leurs Etats ou Unions, par des choix collectifs, à définir et à réglementer leur politique agricole et alimentaire en fonction, dans des contextes divers, du bien commun. L'important, c'est de savoir qui décide de ce qui est produit, de quelle façon ça l'est, où, dans quel but et pour qui ?



Les points essentiels pour la souveraineté alimentaire sont :

- la priorité donnée à la production agricole locale et à l'agriculture familiale (en opposition à l'agro-industrie) pour nourrir la population ;
- l'accès des paysans à la terre, à l'eau, aux semences et aux crédits, d'où la nécessité de réformes agraires, de la lutte contre le brevetage pour le libre accès aux semences, et de faire en sorte que l'eau reste un bien public à répartir équitablement ;
- le droit de tous les consommateurs de connaître les conditions de la production alimentaire ;
- le droit des Etats à se protéger des importations agricoles et alimentaires à prix bradés ;
- le fait que les prix agricoles doivent refléter les coûts réels de production.

Quels sont les liens entre l'alimentation et la santé ? Physiologiquement, ils sont évidents : la sous-alimentation est définie comme une «insuffisance alimentaire capable, à la longue, de compromettre la santé ou la vie de l'être humain ». La malnutrition, quant à elle, apporte, par rapport à la sous-alimentation qui est un concept de carence quantitative, la dimension qualitative : une personne peut très bien manger à sa faim, mais de manière déséquilibrée et néfaste pour sa santé.

On retrouve quelque part entre sous-alimentation et malnutrition, le même rapport qu'entre sécurité et souveraineté alimentaires. D'un côté, l'on insiste sur l'aspect quantitatif (de la nourriture en quantité suffisante), de l'autre sur les composantes qualitatives (les conditions de production et de consommation de cette nourriture).

Dès lors, on peut citer quelques points, parmi d'autres, qui lient la souveraineté alimentaire et la santé :

1. Les conditions de travail des enfants, des journaliers et des ruraux pauvres jouent sur leur santé (horaires, sécurité et hygiène, contact avec les pesticides). Les enfants qui travaillent dans les exploitations agricoles n'ont souvent pas l'occasion de fréquenter l'école et n'ont donc pas la



possibilité de connaître et de défendre leurs droits, notamment le droit à la santé, et de revendiquer des politiques de santé publique de qualité.

2. La dette du tiers-monde a entraîné, pour de nombreux pays qui demandaient le rééchelonnement de leurs remboursements, des programmes d'ajustement structurel imposés par le Fonds Monétaire International et la Banque mondiale. Ces programmes comportaient des coupes claires dans les budgets du secteur public (notamment la santé), et ont orienté le secteur agricole quasi exclusivement vers les cultures de rente (coton, soja, café, cacao...) ou d'autres cultures destinées à l'exportation (bananes, haricots, ananas, mangues, poivrons...). Ils ont entraîné l'ouverture forcée des marchés agricoles des pays en voie de développement ce qui, en parallèle aux aides européennes et américaines à leurs agricultures, a permis l'invasion de ces marchés par des importations de produits dont les prix ne reflètent pas les coûts réels de production. Cela amène la ruine de l'agriculture locale, la consommation par les populations locales de produits de moindre qualité et moins diversifiés, ce qui entraîne pauvreté et fragilisation de la santé.
3. L'exode rural est la conséquence de ces importations. Les populations se regroupent dans les banlieues de villes déjà surpeuplées. La promiscuité, la misère, les conditions d'hygiène et d'assainissement désastreuses conduisent à des épidémies ou des maladies endémiques.
4. Le sida et les autres maladies épidémiques font s'effondrer, dans les communautés rurales les plus touchées, les réseaux d'entraide qui contribuent à la sécurité alimentaire dans les périodes de pénurie ou de soudure entre deux récoltes.
5. Ces maladies pourraient être soignées si les pays industrialisés n'usaient de manière abusive du brevetage du vivant (semences, végétaux, molécules...) où le lien se fait entre la problématique de l'alimentation et celle des médicaments et produits pharmaceutiques.

Si l'on analyse les déséquilibres induits par les politiques macro-économiques en matière d'alimentation, quels sont les constats ?

- 852 millions de personnes souffrent de la faim dans le monde [96% vivent dans les pays en voie de développement (PVD)] ;
- 75% de ces personnes souffrant de la faim sont des « ruraux » [petits exploitants agricoles, ruraux sans terre, pasteurs nomades (et pour l'essentiel, parmi eux les femmes et les enfants)] ;
- 78% des enfants sous-alimentés vivent dans des pays qui produisent des excédents alimentaires : de fait, plus la part des produits agricoles dans les exportations d'un pays est grande, plus important y est le nombre de personnes sous-alimentées ou souffrant de malnutrition.

Le coût de la faim et de la malnutrition revêt plusieurs formes. La plus évidente est la charge économique directe de « dégâts » qu'il faut réparer. C'est par exemple le fait des dépenses médicales liées au traitement des grossesses à problèmes, des accouchements de femmes souffrant d'anémie ou de poids insuffisant, et aux soins des enfants atteints gravement, et à répétition, par la malaria, la pneumonie, la diarrhée ou la rougeole, parce que leur organisme et leur système immunitaire sont affaiblis par la faim.

Un calcul très approximatif des coûts médicaux directs associés à la sous-alimentation infantile et maternelle dans les pays en développement donne un total annuel de quelque 30 milliards de dollars, c'est-à-dire plus de cinq fois les sommes engagées à ce jour dans le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Et tout cela n'est rien à côté des coûts indirects que représente la perte de productivité et de revenus attribuable aux décès prématurés, aux incapacités, aux handicaps, à l'absentéisme scolaire et aux occasions manquées de s'instruire, de travailler et de participer à la vie de la collectivité. Selon des estimations provisoires, les coûts indirects de la faim seraient de l'ordre de centaines de milliards de dollars !



Ces coûts, directs ou indirects, sont le prix de la complaisance, le prix du renoncement face à la persistance de la faim et de l'accaparement des ressources. Ils sont inacceptables, non seulement en termes absolus, mais en comparaison de ce qu'il en coûterait pour prévenir et éliminer la sous-alimentation. De nombreuses études affirment que chaque dollar investi dans des interventions correctement ciblées sur la pénurie de nourriture et les carences en oligo-éléments rapporterait l'équivalent de 5 à 20 dollars !

Une production suffisante

Si elle était distribuée équitablement, la production céréalière mondiale actuelle pourrait fournir à chaque personne 2.720 calories par jour (estimation de la FAO, 2002), ce qui est plus que suffisant pour assurer les besoins de base, sinon l'équilibre alimentaire, sans même prendre en compte les légumes, fruits, huiles et racines alimentaires, coques, viande, poisson et les produits laitiers. Pourtant quelque 14% de la population mondiale souffrent encore de la faim et 78% des enfants sous-alimentés vivent dans des pays qui produisent des excédents alimentaires !

Comment cela est-il possible ?

**Nous vous proposons de voir maintenant
le pourquoi et le comment ?**

Le pourquoi est simple : il ne s'agit pas ici tant de rationalité économique, encore moins d'éthique, que d'une question de conservation du pouvoir et des privilèges par et pour ceux à qui le système profite. En d'autres termes, l'ordre alimentaire mondial est structuré de telle sorte qu'il n'a pas pour objet de nourrir la population mondiale, mais bien de maximiser les revenus des actionnaires des transnationales agro-alimentaires et de leurs alliés, en se focalisant sur la satisfaction des « besoins » des individus solvables et/ou capables de servir, d'une manière ou d'une autre, l'ordre en place.



Le comment est un peu plus complexe : les diverses révolutions industrielle, agricole contemporaine, verte..., ont permis d'accroître de manière phénoménale la production agricole. Au XIX^e siècle, dans les pays occidentaux, la productivité annuelle par travailleur rural ne dépassait pas 5 tonnes dans les fermes les mieux équipées. L'augmentation progressive de la superficie des exploitations agricoles, la mécanisation, la rationalisation du travail et la sophistication toujours plus grande de l'équipement et des techniques font que certaines unités, en grandes cultures céréalières par exemple, peuvent aujourd'hui atteindre, voire dépasser, une productivité annuelle de 2.000 tonnes par travailleur : une augmentation de 40.000% ! Ce qui corrobore les chiffres selon lesquels l'on produit aujourd'hui plus qu'assez pour nourrir tout le monde, en qualité comme en quantité, malgré la croissance démographique importante !

Cela s'est accompli, dans le même mouvement, par une concentration progressive des terres - malgré la forte expansion des superficies cultivées - des capitaux et des moyens de production dans des mains de moins en moins nombreuses : dans le monde industrialisé, 90% des exploitations qui existaient en 1900 ont maintenant disparu ! L'agriculture familiale dans nos pays n'est aujourd'hui plus guère qu'un souvenir et elle est mal en point dans le Sud. Le tout s'est en effet accompagné d'une baisse des prix des produits agricoles, qui a permis le développement d'une consommation de masse, provoqué la mort des petites unités par la baisse des revenus et l'impossibilité pour elles de réunir les fonds indispensables pour investir et « rester compétitives », tout en permettant l'engrangement d'énormes profits par l'industrie agro-alimentaire, désormais maîtrisée et dirigée par des méga-entreprises.

Celles-ci et les classes dominantes et privilégiées du Nord et du Sud, tantôt en guerre, tantôt alliées pour le contrôle des richesses du monde, ont fait et continuent de faire éclater progressivement tout ce qu'elles considèrent comme étant un obstacle à leur projet, et d'abandonner à son sort tout ce qui est en marge de leur système. Une logique prédatrice implacable est à l'œuvre : c'est ainsi que s'est mis - et continue de se mettre en place - un Nouvel Ordre Mondial dans le secteur-clé qu'est l'agro-alimentaire.



L'on assiste via l'unification des modes de vie (en ville, tout au moins) à l'uniformisation progressive des modes de consommation, à l'augmentation du nombre des grandes surfaces - et, dans un même mouvement, la diminution du nombre d'enseignes - à la rationalisation des fournisseurs et à la diminution de leur nombre, le tout à destination de la frange de la population capable de payer les produits, de plus ou moins bonne qualité - suivant les capacités financières de chacun - qui lui sont proposés. Tout cela s'accompagne d'un contrôle accru, voire absolu, des mass médias, de l'utilisation à outrance de la publicité omniprésente, abrutissante et de plus en plus standardisée. Le tout sous le regard bienveillant et intéressé des grandes institutions financières et commerciales internationales (Organisation Mondiale du Commerce, Fonds Monétaire International, Banque mondiale...) et sur fond de dégâts environnementaux, sociaux, culturels énormes et inédits.

Quelles sont les alternatives ? La mise en place de systèmes agricoles, dont le fonctionnement est démocratiquement contrôlé et capables d'assurer la sécurité alimentaire sans dévaster les systèmes environnementaux et sociaux, revêt désormais une grande importance et constitue l'un des axes primordiaux du développement durable.

Lorsque l'on sait que les agriculteurs représentent encore, respectivement, 60% et 70% de la population en Asie et en Afrique, et que l'immense majorité des quelque 852 millions de personnes souffrant de sous-alimentation sont des paysans pauvres, il est clair que le droit à la souveraineté alimentaire est un point focal de l'action pour le développement, et que celle-ci passe certainement par l'appui aux organisations paysannes du Nord et du Sud qui luttent dans ce sens, mais aussi par diverses mesures, qui seront très difficiles à mettre en œuvre parce que certaines d'entre elles auront nécessairement pour conséquence une réorientation radicale des modes de fonctionnement de la société globale.

Listons, sans prétention d'exhaustivité :

- l'application concrète, par des directives internationales contraignantes, du droit à l'alimentation ;
- l'annulation de la dette et l'utilisation des fonds ainsi dégagés à des programmes de soutien à l'agriculture paysanne et à la diversification alimentaire, notamment ;
- l'ouverture raisonnée des marchés des pays industrialisés pour les produits à haute valeur ajoutée des pays du Sud ;
- la réorganisation dans un sens démocratique des institutions financières et commerciales internationales ;
- la suppression du régime d'aides et de subsides des Etats-Unis et de l'Union européenne, ce qui entraînera la fin de l'exportation des produits occidentaux à des prix cassés sur les marchés du Sud ;
- la fin de l'utilisation de la surproduction agro-industrielle à des fins d'aide alimentaire, laquelle contribue à pérenniser la dépendance ;
- la mise sur pied de programmes de réforme agraire, avec redistribution des terres ;
- l'acquisition et l'extension de méthodes de culture respectueuses de l'environnement et de l'humain ;
- la modification des modes de production et de consommation dans nos pays, et la modification des modes faussés de perception de leur bien-être qu'ont les consommateurs, au Nord comme au Sud.

Les ONG doivent idéalement intervenir à trois niveaux, interdépendants et liés : de fait les actions menées par Solidarité Socialiste avec et par ses partenaires, au Nord et au Sud, sont des actions qui intègrent les différentes dimensions liées à la problématique de la coopération et du développement.



Au niveau « **micro** », on se situe dans le cadre du travail des organisations de base, des petits projets de terrain, avec des bénéficiaires, pour pallier un problème concret de malnutrition, de sous-alimentation. Sans oublier cependant, quand faire se peut, l'aspect alliance et réseau.

Au niveau « **méso** », il s'agit avec les partenaires au Sud et au Nord, et notamment avec nos alliés mutualistes et syndicaux, de travailler au renforcement des partenaires (institutionnel et organisationnel), à la constitution de réseaux et d'alliances pour la défense des droits (santé, alimentation, éducation...), de mener des actions de sensibilisation, d'éducation au développement et de plaidoyer si possible communes (La santé pour tous, Festival Espérance, Opération 11.11.11 en lien avec la Plate-forme Souveraineté Alimentaire du CNCD...).

Au niveau « **macro** », on se situe dans le cadre de la constitution de réseaux internationaux, de la participation à des groupes qui amènent des revendications politiques au niveau international : le Groupe Cotonou ; le ROPPA (Réseau des organisations paysannes et de producteurs d'Afrique de l'Ouest) qui a pour ambition de représenter toutes les plates-formes nationales d'organisations paysannes de la Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest ; SOLIDAR (ex-Entraide Ouvrière Internationale) ; le groupe EURAC (Europe-Afrique Centrale), CONCORD (la coordination des ONG de développement au niveau européen), et bien évidemment les coordinations syndicales internationales.

Systemes de santé et accès aux soins : L'expérience de la mutualité socialiste en Afrique

- L'accès aux soins en Afrique -

Améliorer l'accès des populations du Sud à des soins de santé de qualité est la finalité de notre démarche mutualiste dans les pays du Sud. Un obstacle important à l'accès aux soins est la barrière financière constituée par les coûts directs et indirects liés à la maladie et à son traitement.

Les grands indicateurs de santé mettent en évidence de profonds déséquilibres en matière de couverture médicale, d'accès aux soins, entre pays riches et pays pauvres.

Au sein même de ces derniers, on constate également de grandes disparités, l'Afrique subsaharienne étant le continent le plus défavorisé.

À titre d'exemple, on peut citer les dépenses de santé par habitant qui s'élèvent à 3.100 \$ (11% du PIB) dans les pays riches, alors qu'elles ne représentent que 81 \$ pour les pays en développement (6% du PIB). En Afrique, la situation est encore plus critique avec une moyenne de 37 \$ par habitant (5,5% du PIB).

De même, le nombre de lits d'hôpitaux pour 1.000 habitants est de 7,5 dans les pays occidentaux, contre 2,7 pour les pays en développement, et seulement 1,2 pour l'Afrique subsaharienne.



Un autre indicateur significatif est celui du nombre de médecins par rapport à la population totale. Ce chiffre est de 1 médecin pour 500 habitants dans les pays occidentaux, contre 1 pour 25.000 dans les 25 pays les plus pauvres, dont la grande majorité se situe en Afrique.

Ces déséquilibres dans l'accès à la santé se traduisent par de grandes inégalités face à la maladie et à la mortalité. Ainsi, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans s'élève à 84,3 pour mille dans les pays en développement et atteint 161,6 pour mille en Afrique subsaharienne, alors qu'il n'est que de 7,3 pour mille dans les pays riches. La morbidité et la mortalité infantile et maternelle dans la plupart des pays du Sud sont dues pour l'essentiel à quelques pathologies : le paludisme, les diarrhées, les affections respiratoires, les MST/Sida et les maladies dermatologiques, la malnutrition de l'enfant et les pathologies maternelles liées à la grossesse et à l'accouchement.

En dépit des grandes améliorations réalisées au cours des trente dernières années, l'état sanitaire de l'Afrique subsaharienne reste préoccupant. Ceci peut s'expliquer par des facteurs physiques, tels que le climat et le milieu naturel, mais surtout par le faible niveau de développement dans lequel se trouvent la plupart des États.

Le milieu rural, qui représente parfois plus de 75% de la population, est le plus touché, car les niveaux de revenu y sont insuffisants pour assumer le coût élevé des prestations sanitaires, notamment en milieu hospitalier et les infrastructures de transport sont le plus souvent en trop mauvais état pour permettre l'évacuation des malades vers les structures sanitaires.

La plupart des familles des pays du Sud n'ont ainsi pas accès à une assurance santé. Dans de nombreux pays, les systèmes de sécurité sociale ne couvrent que les travailleurs du secteur public et du secteur privé formel. Or, la majeure partie de la population vit de l'agriculture ou travaille dans le secteur informel en milieu urbain et se trouve sans couverture sociale.

L'assurance santé solidaire permet, elle, d'améliorer l'accès aux soins grâce au partage du risque financier.



Micro assurance santé et mutuelles de santé

Dans son interprétation la plus générale, le terme « micro assurance santé » couvre une diversité de systèmes d'assurance santé mis en place pour faciliter l'accès financier aux soins des populations vulnérables.

En Belgique, la plate-forme « MASMUT » a opté pour une définition qui attribue à la micro assurance santé certaines caractéristiques qui contribuent à des politiques équitables d'accès aux soins de santé et de protection sociale. La mutuelle de santé partage ces caractéristiques :

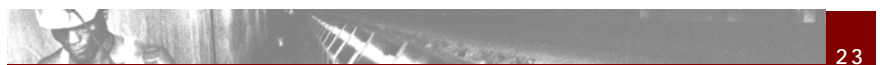
- la solidarité : le partage des risques tend vers l'inclusion du plus grand nombre. La contribution d'un membre est indépendante de son risque individuel ;
- la plus-value d'une dynamique sociale ;
- la participation démocratique des adhérents à la prise de décision et au contrôle de la gestion ;
- la non lucrativité et la priorité accordée au service aux membres.

Outre l'accès financier, la micro assurance santé/mutuelle de santé s'intéresse à quatre problématiques, à savoir :

- la protection sociale ;
- la démocratisation des systèmes de santé ;
- la promotion de soins de santé de qualité ;
- la lutte contre la pauvreté.

La protection sociale

La micro assurance santé ne doit pas être regardée comme un mécanisme isolé mais doit être située parmi d'autres mécanismes de protection sociale. L'objectif de la micro assurance santé est d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé pour les personnes qui ne bénéficient pas ou insuffisamment des systèmes officiels de protection sociale. Les différents mécanismes de protection sociale, notamment les systèmes nationaux de sécurité sociale, la micro assurance santé/mutuelles de santé et les mécanismes



d'assistance sociale doivent être articulés pour constituer un seul système qui tend vers la couverture universelle et, à long terme, vers l'assurance obligatoire.

La démocratisation des systèmes de santé

La micro assurance santé/mutuelles de santé fait partie d'une dynamique plus large qu'est la démocratisation des systèmes de santé. Cette démocratisation se traduit notamment par un changement de paradigme en termes d'acteurs impliqués dans les systèmes de santé. Ce changement de paradigme introduit de nombreuses questions relatives à la place du patient, aux rôles des nouveaux acteurs, au dialogue entre les prestataires de soins et des organisations d'utilisateurs, etc.

La promotion de soins de santé de qualité

Dans la perspective des systèmes de micro assurance santé/mutuelles de santé, la qualité des soins est un préalable pour que l'amélioration de l'accès aux soins ait du sens. La qualité des soins est aussi un objectif auquel la micro assurance santé/mutuelles de santé peut contribuer tant en ce qui concerne les services rendus (le paquet de soins) que les relations entre patients et soignants.

La lutte contre la pauvreté

Il y a trois aspects de la micro assurance santé/mutuelles de santé qui en font un instrument de lutte contre la pauvreté :

- un meilleur accès à des soins de santé de qualité peut accroître la productivité des ménages ;
- l'assurance santé peut éviter les dépenses catastrophiques engendrées par les soins de santé ;
- les stratégies de lutte contre la pauvreté préconisent une dynamique de démocratisation. La micro assurance santé/mutuelles de santé introduit dans la société les instruments de la démocratie telle que l'assemblée générale et le droit à la parole à des populations souvent exclues des processus décisionnels.

Expérience de la mutualité socialiste en Afrique

La mutualité socialiste soutient différentes initiatives de mutuelles de santé dans les pays du Sud.

La philosophie de ces projets repose avant tout sur un partenariat avec des mouvements sociaux organisés dans les pays concernés, qu'il s'agisse d'organisations syndicales, de groupements paysans ou bien encore d'associations de femmes, parfois au travers d'ONG locales qui soutiennent la structuration et la responsabilisation de ce tissu associatif.

La mutuelle de santé peut contribuer à permettre aux populations du Sud d'accéder à une offre de soins même rudimentaire, en ville comme à la campagne.

Elle travaille en synergie avec des partenaires belges qui sont essentiellement :

- l'ONG Solidarité Socialiste (SolSoc) ; cette ONG est financée à 85% par des fonds publics. La mutualité contribue au complément privé, tout comme des centaines de donateurs particuliers ;
- le syndicat, la FGTB wallonne, avec qui nous travaillons beaucoup sur le concept de mutuelle syndicale.

Le partenariat s'applique aussi au Sud, dans la mesure où nous n'imposons pas des projets, mais où nous travaillons avec des partenaires organisés (mutuelles existantes, syndicats, associations, groupements de femmes, de paysans...).

Enfin, les experts de la mutualité socialiste apportent leur concours à différents colloques ou séminaires, répondent à des demandes d'études de faisabilité et encadrent techniquement les différents projets développés par nos partenaires.

Nous avons ainsi mis au point un logiciel de gestion de mutuelle de santé en Afrique francophone.



Quelques exemples de projets développés ces dernières années en Afrique

Appui à un réseau de mutuelles syndicales en R.D. du Congo

Suite à la collaboration de la mutualité socialiste à différents séminaires organisés par la FGTB pour des syndicalistes congolais à la fin des années '90, la création ou la relance de différentes mutuelles syndicales à caractère professionnel (notamment enseignants, personnel de la santé...) s'est organisée à Kinshasa, sous l'égide du syndicat UNTC, et avec la participation de la CASOP (ancienne mutuelle syndicale nationale).

Une mission d'identification menée en février 2002 a permis de constater sur place la réalité de certaines de ces initiatives, les difficultés rencontrées, ainsi que la capacité de l'UNTC à gérer un projet de coopération dans ce domaine. En partenariat avec la FGTB wallonne, un financement régional a pu être obtenu pour développer un programme d'appui et de renforcement du réseau de mutuelles syndicales de l'UNTC à Kinshasa (programme AREMUS).

Ce programme s'est déroulé en 2004 et 2005 ; il a permis de former une soixantaine de cadres mutuellistes (tous bénévoles...) à la gestion et la sensibilisation mutualiste, et à sensibiliser plus de 1.000 personnes à adhérer aux mutuelles du réseau (qui touchent les enseignants, le personnel de santé, mais aussi le secteur informel - maraîchers, vendeuses...).

Mutuelle OYOFAL PAJ - régions de Kaolack et de Fatick (SENEGAL)

L'association sénégalaise APROFES est une importante ONG, composée de groupements de base, qui s'adresse essentiellement aux femmes. Elle développe des activités de formation, d'animation, d'information et de défense juridique, d'appui aux femmes victimes de violences, de sensibilisation au planning familial ainsi qu'aux MST/Sida.

Elle appuie également des initiatives de micro-crédit pour les femmes, et fonde sa philosophie d'action sur une approche participative.

Description du projet : APROFES a réfléchi à la faisabilité de l'implémentation d'un réseau de mutuelles de santé pour ses membres dans les régions où elle intervient. Elle s'appuie sur sa structure pyramidale décentralisée et utilise l'acquis de son système d'épargne-crédit.

L'objectif visé à l'origine par le projet « OYOFAL PAJ » était de mettre en place un réseau de mutuelles de santé au niveau de deux régions et auprès de 77 groupements de base, afin de garantir l'accès à des soins de qualité. Ce réseau doit être constitué d'une mutuelle centrale urbaine et de cinq mutuelles rurales.

A l'heure actuelle le réseau compte +/-1.000 membres cotisants et 3.700 bénéficiaires. Une réflexion est en cours sur les actions possibles pour consolider le réseau, en relation étroite avec la mutuelle de crédit.

A noter l'importance des échanges d'expériences avec d'autres structures mutuellistes, le partenariat avec le programme STEP-BIT, ainsi qu'une collaboration étroite avec les services de santé (couplée à un contrôle de la qualité effective des soins).

Développement de mutuelles de santé dans deux départements du Burkina Faso, par l'intermédiaire de l'association SONGUI MANEGRE (ASMADE)

L'ONG SolSoc est le principal partenaire financier et technique de l'association ASMADE depuis 1994, dans le cadre de micros-projets de santé au niveau de plusieurs villages (assainissement, éducation à l'hygiène, construction de latrines...).

Un important réseau d'appui s'est constitué dans le Borinage.

Des contacts ont eu lieu entre ASMADE et BIT-STEP, suite à une mission menée sur place en 2001. ASMADE s'est lancée dans la mise en place de mutuelles de santé à partir de 2003.

Description du projet : ASMADE a créé des mutuelles de santé (deux) en partant de la conscientisation des populations villageoises à l'importance de la prise en charge de leurs problèmes de santé. Cette étape suit logiquement le travail de sensibilisation à l'hygiène et à l'assainissement mené préalablement, qui a entraîné la mise en place de comités de santé villageois, et s'est fort ciblé sur la population scolaire.



Le phasage passe d'abord par une étape d'information et de sensibilisation, puis la mise en place de deux mutuelles (au départ des comités de santé villageois) avec comme objectif un accroissement significatif du taux de fréquentation des formations sanitaires (on vise également à résoudre 60% des besoins de santé des membres au niveau local).

A cet égard, il est prévu une collaboration entre les mutuelles et les centres de soins de santé primaires et secondaires (CSPS) des zones concernées.

Notons que le suivi du projet se réalisera en partenariat avec STEP-BIT.

Création et renforcement des outils d'éducation permanente sur la problématique de la prostitution et des IST/Sida en milieu scolaire du secondaire supérieur - partenariat avec le syndicat des enseignants du Congo (SYECO) à Kinshasa (République Démocratique du Congo)

Ce projet, financé par la Région wallonne, qui a commencé au début de l'année 2007, est le fruit d'un partenariat entre les organisations suivantes :

- au Nord : FGTB Liège-Huy-Waremme, FMSS (Mutualité socialiste de Liège), asbl Promotion et Culture ;
- au Sud : SYECO (syndicat des enseignants du Congo), ONG « PASCO » (parlons sida aux communautaires).

Les objectifs généraux du projet visent à :

- contribuer à la diminution de la transmission du VIH par voie sexuelle au sein de groupes d'élèves vulnérables, notamment à cause de la prostitution ;
- créer un réseau d'enseignants, avec l'appui du syndicat SYECO, organisés autour de la problématique des IST/Sida et mettre en œuvre des outils pédagogiques ;
- créer des liens entre les éducateurs spécialisés de l'ASBL, ceux du syndicat des enseignants et les enseignants eux-mêmes, en vue de mieux encadrer les élèves touchés par la prostitution et empêcher la population cible de décrocher du milieu scolaire.



Rôle des syndicats dans la lutte contre le sida

En Europe occidentale où la lutte contre le VIH/SIDA est portée par des mouvements comme Holebi (plate-forme d'échange pour et par les homos, lesbiennes et bisexuels), les stéréotypes et les dangers du virus sont davantage perçus, par le grand public, comme un phénomène qui touche certaines minorités spécifiques de la population (prostituées, consommateurs de drogues...). Cette conception simpliste pourrait nous faire oublier que, dans la plupart des pays « Sud », la pandémie concerne toutes les catégories de la population et fait partie intégrante de la vie de chacun.

Deux constats s'imposent :

Premièrement, dans 80% des cas, le virus se transmet par des relations sexuelles. Le reste par transmission mère/enfant et par contamination sanguine. Par la nature même de sa transmission, le VIH est une pandémie qui renvoie aux tabous et aux interdits sociétaux.

Le Sida est toujours perçu comme un drame intime, personnel et familial. Le sujet est très délicat et nécessite une relation de confiance pour l'aborder. La maladie est complexe avec des implications importantes sur la vie culturelle, sociale, économique des personnes atteintes.

Deuxièmement, sans se laisser prendre en otage par les chiffres et statistiques, il est incontestable que le VIH/SIDA a un impact négatif sur le volume des populations actives et donc sur les économies nationales et régionales. Le VIH/SIDA touche particulièrement la population active/jeune (15-48 ans). La perte, en coût humain et économique, est énorme.



VIH/SIDA - lieu de travail

Dans le monde de travail, l'Organisation Internationale de Travail dispose du programme BIT/SIDA. Au sein des Global Unions (regroupements de fédérations syndicales internationales tels que l'UNI, l'ICEM=Internationale de la Chimie, de l'Energie et des Mines...) et Global Business Coalition, il existe également un vaste mouvement « against VIH/SIDA (tuberculose et malaria) ».

Au niveau local, les organisations syndicales considèrent que le lieu de travail est l'espace privilégié pour mener une politique de prévention et d'éducation à long terme. En effet, on y retrouve souvent un personnel de même âge, de même sexe, de même niveau d'éducation, d'une même région, religion... ce qui permet de cibler les messages de prévention et d'éducation en vue de changer des comportements.

Dans certains secteurs, le risque de contamination VIH/SIDA ainsi que la maladie elle-même découlent directement de la responsabilité de l'entreprise. Le risque de contamination peut être lié aux conditions de travail. Dans les secteurs des transports, des mines et de la construction, les travailleurs vivent séparés de leurs familles/conjoints et sont logés dans une forte promiscuité pendant de longs mois, voire des années. Des progrès sociaux sont quelques fois visibles. En Afrique du Sud, les secteurs du transport et des mines ont récemment modifié leurs codes de travail pour y inclure les risques et conséquences de VIH/SIDA.

Les trois étapes de la stratégie syndicale de lutte contre le VIH/SIDA

(Réf. Principes fondamentaux du BIT relatifs au VIH/SIDA)

La **première étape** vise la Protection des Droits des travailleurs contre le licenciement et la discrimination (stigma/modification du poste de travail).

La **deuxième étape** implique la prévention par l'information, éducation et formation. Formations des travailleurs, campagnes de sensibilisation et création de manuel de formation, de négociation, de matériel de formation et de campagne.

La **dernière étape** vise l'accès aux soins et traitements. Les travailleurs doivent pouvoir recourir à l'assurance maladie et jouir de congés maladie prolongés. L'accès aux traitements et aux soins à domicile doit être garanti.

Conclusions

Le Bangladais Muhammad Yunus a obtenu récemment le Prix Nobel de la Paix pour avoir créé la Grameen Bank, une banque pour les pauvres et détenue par eux. Il est applaudi par tous, y compris par la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International. Pourquoi ? Parce que cela renforce l'idée que le capitalisme mondial peut aider les gens à sortir de la misère/pauvreté, sans remettre en question les causes structurelles de la pauvreté.

Dans la lutte contre le VIH/SIDA sur les lieux de travail, ce type de récupération par l'establishment est présent. Les éloges sur le rôle et plus-value des « formateurs/éducateurs » occultent le manque de volonté de mener une réelle politique VIH/SIDA, à savoir une politique de non-discrimination, de modification du poste de travail et d'accès à l'information et aux soins.

Il est essentiel que la solidarité envers les syndicats continue, en soutien à des projets de coopération syndicale. Tous ensemble nous devons dénoncer les politiques pharmaceutiques et le maintien des licences des médicaments et exiger que les partenaires sociaux soient directement impliqués dans la gestion des fonds Sida existants.

La Santé, « un droit pour tous », nécessite, aussi et avant tout, un contrôle des travailleurs.



Santé et travail :

les taxis-motos du Bénin - Projet UCOTAC

Depuis 2005, le CEPAG (en partenariat avec la FGTB wallonne) met en œuvre un programme de renforcement du syndicat des conducteurs de taxi-motos du Bénin. A la demande de la Confédération des syndicats autonomes du Bénin (CSA-Bénin), nous avons accompagné la mise en place



d'une stratégie générale de syndicalisation des secteurs émergents de l'économie dite « informelle ».

La crise des années '80 a engendré un contexte socio-économique caractérisé par une exclusion sociale grandissante et une paupérisation des travailleurs.

Les mesures d'ajustements structurels consécutives à la crise ont contribué à l'émergence du secteur de l'économie sociale informelle, à côté de l'Etat (de plus en plus faible) et des entreprises privées locales ou étrangères (mues par la recherche de profit maximal).

Au sein de ce secteur prépondérant évoluent deux dynamiques principales :

- Une dynamique institutionnelle caractérisée par l'émergence de plusieurs acteurs jouant désormais un rôle important dans le développement économique et social au Bénin : syndicats, ONG, mutuelles et coopératives, associations de développement, etc.
- Une dynamique sectorielle, caractérisée par l'émergence du sous-secteur de l'économie informelle, désormais prépondérante dans la formation du



Produit Intérieur Brut (plus de 60%), et pourvoyeuse de la grande majorité de main-d'œuvre du pays (plus de 90% de la population active)¹⁰.

Le sous-secteur de l'économie informelle est animé par un nombre impressionnant d'actifs contraints à une gamme variée d'« emplois alternatifs » (en moyenne plus de 160.000/an) : mécanique auto, petits réparateurs ou mécaniciens deux roues, petit commerce urbain, conduite de taxi-motos ou « zémi-djan », le change (cambistes), la petite restauration et le petit artisanat agro-alimentaire chez certaines femmes, gens de ménages, etc.

Ces différents acteurs vivent des conditions socio-économiques très critiques : très faibles revenus (en moyenne moins de 700 fcfa/jour), accès difficile aux soins de santé, chômage et précarité, insécurité alimentaire, accès difficile à l'éducation et aux services sociaux de base, etc. Ces acteurs mènent un combat quotidien pour la survie, le chômage, l'exclusion sociale, la précarité, voire l'indigence !

Cette restructuration sociale a conduit à l'émergence d'autres phénomènes ou pratiques très préjudiciables aux droits humains fondamentaux et aux droits de couches spécifiques : la désyndicalisation continue, la déréglementation, la délocalisation, le travail et trafic des enfants, l'exploitation sans vergogne et la maltraitance des gens de ménage, des discriminations sociales de toutes sortes à l'égard des femmes, etc.

Dans cette perspective, le secteur du transport urbain est rapidement apparu comme une priorité syndicale. En effet, en quelques années, suite à l'effondrement des services des transports collectifs urbains, les rues béninoises se sont remplies de « Zems », ces cyclomoteurs de fortune conduits par les « blouses jaunes ». Dans certains quartiers de la ville de Cotonou, on estime que les taxi-motos couvrent près de 90% des services de transport tant des personnes que des marchandises. Les chiffres donnent le vertige. L'Union des conducteurs de taxi-motos évalue à 60.000 le nombre de conducteurs,

¹⁰ La presque majorité de la main-d'œuvre active formelle est répartie entre le secteur public (à peine 5%) et le secteur privé lucratif et le secteur associatif non lucratif.



dont 40.000 seraient permanents et dépendants principalement de cette activité.

Lors de nos travaux de planification stratégique et des débats en Assemblée générale de l'Union, nous avons, avec les représentants syndicaux du secteur et les responsables des parcs de motos, identifié une série de carences et de problèmes de santé liés directement à l'activité et aux conditions de travail déplorables des travailleurs.

Citons ici les principales difficultés rencontrées :

Le revenu faible et incertain. Payé à la course, le conducteur prend à sa charge les frais d'essence, de réparation et d'entretien du véhicule. Motos qui dans la grande majorité des cas est louée à un propriétaire. Avec ce salaire de survie, il est difficile de faire face aux aléas de l'existence, de nourrir sa famille, d'assurer l'éducation des enfants, de se soigner et même de payer les enterrements...

Les conducteurs sont contraints de travailler de 10 à 12 heures par jour, 7 jours sur 7.

L'absence de protection sociale et d'assurance routière. En cas d'accident, le propriétaire se retourne contre le conducteur pour couvrir les dégâts matériels et physiques. Le nombre d'accidents mortels ou invalidants ou aboutissant à une incapacité temporaire de travail a fortement augmenté, notamment à cause de la densité du trafic urbain et la présence affirmée des « titans » (camions remorques).

L'apparition de diverses maladies, difficultés respiratoires, problèmes dermatologiques, allergies, cancers de la vessie et des poumons... Sans parler de la fréquence des crises de paludisme.

Face à ces constats dramatiques, les réponses syndicales sont multiples :

- évaluer les besoins prioritaires et les capacités contributives des membres de l'UCOTAC ainsi que ceux de leurs ménages respectifs en matière de santé et sécurité sociale ;
- développer, à travers un partenariat durable avec acteurs spécialisés, un système efficient et durable de référence-recours pour l'accès des mem-



bres à des services de sécurité sociale de qualité (soins de santé, et autres services de sécurité sociale) ;

- contribuer au renforcement de la surveillance nutritionnelle des enfants de 0 à 5 ans au sein des ménages des conducteurs de taxi-motos membres de l'Union (système de référence-recours aux services de promotion sociale des localités respectives, suivi staturo-pondéral, suivi-conseil nutritionnel, etc.).

Quant à la question du sida (et plus généralement des maladies sexuellement transmissibles), elle n'a pas été identifiée spontanément comme un problème important touchant les conducteurs. En réalité, l'identification de la problématique sida dans le milieu des transporteurs et des conducteurs est bien connue mais reste un sujet difficile à aborder. Les conducteurs renvoient la question du sida dans le secteur de la prostitution de rue. Milieu que les conducteurs connaissent bien. Les prostituées partagent le même espace géographique. Comme les conducteurs, elles attendent les clients dans les mêmes zones, sur les mêmes artères de la ville. Dans leurs déplacements, elles utilisent comme leurs clients les taxi-motos. Deux secteurs d'activités de l'économie informelle qui se côtoient donc quotidiennement.

Avec l'Union, nous avons décidé d'entamer des séances d'information et de sensibilisation, notamment lors des assemblées locales des conducteurs. Beaucoup de conducteurs connaissent mal la maladie et ignorent les modes de transmission et les comportements de prévention.

Perspectives

Il est urgent de mettre en place des modules de sensibilisation qui impliquent non seulement les membres affiliés mais aussi les conducteurs non affiliés.

De par leur nombre et leur visibilité, les conducteurs offrent un formidable moyen de diffusion vers la population (impression de messages sur les blouses jaunes).

Il est donc urgent de les impliquer dans le programme BIT de lutte contre le sida au Bénin et plus généralement dans les programmes nationaux de lutte contre les grandes pandémies qui touchent l'Afrique.



Présentation globale de la situation épidémiologique du sida en Belgique, en Europe, dans le monde

La Journée Mondiale du sida est symbolisée par un ruban rouge. Il représente également la lutte contre le temps que mènent plus de 40 millions de personnes porteuses du virus VIH dans le monde.

En mai 2006, ONUSIDA, l'agence de l'ONU chargée de la lutte contre le VIH, a émis un rapport sur l'épidémie du sida dans le monde. Celui-ci révèle que le pic de l'épidémie est passé (il a été atteint à la fin des années '90) et que la progression de la maladie est aujourd'hui stabilisée. Cela ne



veut pas dire que l'on a réussi à inverser la tendance.

Le rapport de l'ONUSIDA projette que, en l'absence d'actions de prévention et de traitement massivement élargies, 68 millions de personnes, dans les 45 pays les plus touchés, mourront du sida entre 2002 et 2020.

En Belgique, et ce depuis le début de l'épidémie, 19.044 personnes ont été diagnostiquées séropositives (infectées, porteuses du virus VIH). 3.511 personnes ont été diagnostiquées malades du sida. Le groupe d'âge le plus représenté est celui de 30-34 ans chez les hommes et de 25-29 ans chez les femmes.

Selon l'Organisation des Nations Unies de lutte contre le sida (ONUSIDA), l'un des principaux obstacles à la prévention, donc au ralentissement de l'épidémie, réside dans la difficulté à faire changer les comportements, et

ce, notamment, grâce à l'éducation (moins de 50% des jeunes ont une connaissance suffisante du sida pour pouvoir s'en protéger).

Elle estime également que si l'on veut atteindre l'objectif de l'accès universel aux traitements d'ici 2010 et faire reculer l'épidémie d'ici 2015, il faut désormais non seulement poursuivre mais accélérer la lutte contre le sida.

L'Union européenne s'est engagée à aborder le problème du VIH/SIDA et souhaite également faire le point sur les meilleures pratiques de communication mises en œuvre au cours des 25 dernières années en Europe.

L'Eurobaromètre consacré à la prévention du sida indique les tendances suivantes (par rapport à 2002) :

- les citoyens sont moins bien informés ;
- 50% de la population de l'UE ne comprend pas parfaitement comment le sida peut être transmis ;
- moins de 50% de la population adopte son comportement sexuel par la prise de précautions ;
- 88% des personnes interrogées reconnaissent la nécessité de programmes d'information à l'échelle de l'UE.

Ces chiffres sont interpellant à l'échelle nationale, européenne et mondiale. Ils nous incitent à poursuivre nos actions d'informations, de sensibilisation et de réductions des risques en Province de Namur en partenariat avec l'ensemble des associations de lutte contre le sida en Communauté française.

La Coordination Provinciale Sida Assuétudes existe depuis plus de 15 ans, elle développe et conçoit différentes actions de prévention et de réduction des risques avec des publics cibles (les personnes séropositives, les usagers de drogues par injection, les détenus, les jeunes en situation de vulnérabilité, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes migrantes ainsi que le public général).



La stratégie d'intervention de la Coordination Provinciale Sida Assuétudes se veut résolument participative et interactive afin de prendre en considération les besoins et attentes des publics cibles et créer des outils de prévention et de réduction des risques adaptés.

Chaque action a comme point commun, la mobilisation de relais professionnels et non professionnels qui suivent le fil rouge de la solidarité envers les personnes séropositives et qui combattent les discriminations liées au sida.

Le choix des publics cibles est déterminé selon des critères objectifs que sont les données épidémiologiques qui indiquent le taux de prévalence du VIH dans les populations précitées en Belgique (sources : Institut scientifique de santé publique, situation épidémiologique au 31 décembre 2005, ULB Promes, Bruxelles) et dans le monde (rapport épidémiologique du sida dans le monde 2006 de l'ONUSIDA, de l'OMS, UNAIDS).

Pour lutter contre le sida au quotidien, le dépistage et l'usage du préservatif sont des outils de prévention primordiaux qui doivent être mis à la disposition du citoyen.

Deux centres de dépistage anonyme et gratuit existent en Communauté française de Belgique :

- le Centre Elisa (Hôpital St Pierre) à Bruxelles ;
- le centre de dépistage de la Coordination Provinciale Sida Assuétudes de Namur.

La Coordination Provinciale Sida Assuétudes propose un dépistage anonyme et gratuit deux fois par semaine (mardi et jeudi).

Environnement et santé : un couple oublié ?

Lors de la journée du 1^{er} décembre 2006, j'ai évoqué mon expérience comme médecin en République Démocratique du Congo pour mettre en évidence l'importance de l'environnement sur la santé de la population dans les pays en développement (maladies transmissibles, accidents, violences, catastrophes naturelles, pollutions diverses...). En effet, ces quarante dernières années,



il m'apparaît que les ténors de la santé publique dans les PVD ont eu tendance à oublier l'importance que leurs prédécesseurs donnaient à l'hygiène publique.

Mais quelle est l'évolution du contexte international dans le domaine « environnement et santé » ?

Ce n'est qu'en 1992, à la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement tenue à Rio de Janeiro, que des plans d'actions nationaux pour la réalisation du développement durable ont été encouragés.

L'agenda européen, défini au fil de quatre conférences internationales (Frankfort 1989, Helsinki 1994, Londres 1999 et Budapest 2004), met l'accent sur les problèmes spécifiques du continent : pollution de l'air ambiant et intérieur, les produits chimiques tels que les pesticides, les radiations, la pollution de l'eau, le bruit...

En 1994, les ministres de la santé et de l'environnement de plusieurs pays, dont la Belgique, se sont engagés à élaborer des plans d'actions nationaux Environnement-Santé mieux connus sous leur sigle anglophone de NEHAP (National Environmental Health Action Plan).



En 1999, 72 ministres participants ont signé un Protocole sur l'eau et la santé.

La Conférence de 2004 s'est tenue sur le thème « Un futur pour nos enfants » et elle a fixé des buts prioritaires régionaux.

Pour l'OMS, la santé environnementale « comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, biologiques, sociaux et psychosociaux de notre environnement. Elle fait aussi référence à la théorie et à la pratique d'évaluation, de modification, de contrôle et de prévention des facteurs de l'environnement susceptibles d'avoir un effet nocif sur la santé des générations présentes et futures ».

L'approche retenue pour le NEHAP belge et la « Liste d'Actions Régionales Environnement-Santé » (LARES) en Wallonie sont plus limitées. Elle traite des domaines environnementaux classiques (eau, air, bruit...) et des effets liés aux dégradations de l'environnement, mais n'aborde pas les déterminants de la santé liés aux habitudes de vie (alcool, tabac, équilibre de l'alimentation...). C'est seulement le 28 avril 2004 qu'une première mise en œuvre d'un NEHAP belge se concrétisa par la signature d'un accord de coopération entre les onze ministres de l'environnement et de la santé belges ! Ayant participé aux travaux préparatoires de cet accord pour un service technique de la Région wallonne, je tiens à relever ici l'effet négatif sur la santé publique belge, et wallonne en particulier, de la répartition des compétences de santé publique et d'environnement entre la Communauté française de Belgique et les Régions wallonne et bruxelloise : comme matière dite « personnalisable », la prévention et l'éducation pour la santé sont de compétence communautaire, mais l'environnement et beaucoup d'infrastructures sont de compétence régionale. Je vous laisse imaginer les incohérences, les gaspillages et l'inefficacité de cette situation avec ses répercussions directes ou indirectes sur la santé de nos concitoyens.

Il est urgent de confier aux Régions wallonne et bruxelloise les compétences qui restent encore à la Communauté française de Belgique (éducation, culture, santé publique...). Je pense que beaucoup d'actions de notre LARES resteront au niveau des vœux pieux tant que cette réforme interne aux entités fédérées francophones n'est pas exécutée.

Au niveau de notre société civile, des réseaux existent ou se mettent en place. Citons ici le RISE (Réseau Intersyndical de Sensibilisation à l'Environnement), un projet mené en front commun par les ailes wallonnes de la FGTB et de la CSC. Il vise à développer un ensemble d'actions dans le domaine de l'environnement.

Permettez-moi également d'attirer votre attention sur l'existence d'une jeune plate-forme regroupant l'essentiel des acteurs belges de la santé publique internationale, elle s'appelle Be-Cause Health.

“Be-cause Health est une plate-forme informelle et pluraliste, ouverte à des membres institutionnels et individuels, actifs et intéressés aux problèmes de santé internationale et d'hygiène publique.”¹¹

En conclusion de ce bref exposé, il m'apparaît que les travailleurs de santé du Sud et les citoyens de ces pays pourraient bénéficier utilement de l'échange d'informations concernant le concept de la « santé durable » mise en danger par la dégradation continue de l'environnement, sans parler de l'appui de projets de la coopération syndicale internationale pour de meilleures conditions de travail là où elles sont déficientes.

Pourquoi pas aussi un système de veille, facilité par l'usage des nouvelles technologies de l'information et par des collaborations intersectorielles, pour éviter à l'avenir ce que connaît actuellement la Côte d'Ivoire avec l'importation illégale de déchets toxiques en provenance d'Europe ?¹²

« Mieux vaut prévenir que guérir ! »

¹¹ <http://www.itg.be/becausehealth/Site/Default.asp?WPID=91&MIID=99&L=F>

¹² Pour rejoindre le réseau créé ce jour, écrivez à : env_sante@yahoo.fr ou inscrivez-vous à env_sante@yahoogroupes.fr





Sommaire

Introduction	3
Marchandisation des soins de santé et accès aux médicaments : de l'OMC aux accords bilatéraux par Arnaud Zacharie, CNCD.11.11.11	4
Souveraineté alimentaire et santé : le rôle des ONG par Patrick Abeels, Solidarité Socialiste (SolSoc).....	13
Systèmes de santé et accès aux soins : l'expérience de la mutualité socialiste en Afrique par Michel Dejaer, Mutualités socialistes	22
Rôle des syndicats dans la lutte contre le sida par Tim Roosen, FGTB fédérale	30
Santé et travail : les taxi-motos du Bénin - Projet UCOTAC par Maurizio Vitullo, CEPAG	33
Présentation globale de la situation épidémiologique du Sida en Belgique, en Europe, dans le monde Stratégie de la coordination sida de Namur par Maryse Robert-Declercq, Députée provinciale en charge des Affaires sociales.....	37
Environnement et santé : un couple oublié ? par Jean-Pierre Lahaye, CASIW	40

