

REDÉFINIR LES PARADIGMES DE SANTÉ QUI FONT FAUSSE ROUTE : INFLUENCE SUR LA PRATIQUE MÉDICALE ET LA POLITIQUE PUBLIQUE DE SANTÉ

*Jorge R. Miranda-Massari
José R. Rodríguez-Gómez
Michael J. González*

« Tout compte fait, le succès ou l'échec de n'importe quel gouvernement doit se mesurer à l'aune du bien-être de ses administrés. Rien ne peut compter davantage pour un État que la santé publique ; la santé du peuple doit être son premier souci ».

Franklin Delano Roosevelt

Introduction

Le présent article propose d'amener le lecteur à s'interroger, par voie d'analyse critique, sur la façon dont la santé – appréhendée ici comme construction sociale – peut être manipulée. Les auteurs explorent de quelle manière des groupes précis, qui ont statut dans la société, posent un paradigme de contrôle social à l'aide de mécanismes sociaux déterminés, qu'il s'agisse de réglementation et, ou de programmes de cours universitaires qui tendent et oeuvrent au refus de considérer la responsabilité collective en tant que grande variable du bien-être social. Il est question d'apporter des exemples montrant comment des organisations particulières façonnant la culture – ce que sont les grandes compagnies pharmaceutiques et les structures déterminant les programmes de cours des facultés de médecine – peuvent freiner l'acceptation d'une évolution des paradigmes qui s'avérerait bénéfique à la société. Dans une perspective constructionniste, l'article développe l'idée de devoir modifier certains paradigmes structuraux pour faire avancer les connaissances, à partir d'un cadre interdisciplinaire promoteur de la santé, dont le but est de servir le bien-être collectif. Nous présentons le besoin de cerner et de commencer à évaluer les différents secteurs pour engager la révision de quelques

paradigmes dominants en matière de santé (par exemple, le médecin est la cheville ouvrière de la prise en charge du patient). Ces pages soulignent l'importance d'engager des actions sociales déterminées pour parvenir à modifier ces paradigmes dominants, qui limitent le bien-être de la société dans un domaine majeur comme celui de la santé publique.

Dans un premier temps, il s'agit de rappeler quelques faits concernant les changements significatifs en matière d'espérance de vie humaine depuis le XVIII^e siècle. Cette phase de l'exposé permet d'ouvrir la discussion pour repérer les subtilités, caractériser les styles, les décisions et les pratiques qui permettront de configurer les éléments du discours guidant les arguments de fond de notre écrit. À partir de là, le deuxième volet de notre article aborde la composante style de vie – les contenus et déterminants culturels -- ainsi que sa pertinence sous l'angle de la gestion préventive, un aspect si crucial dans le traitement des maladies. Ensuite, la troisième partie explore dans quelle mesure les inégalités sociales influent sur l'accès aux services de santé publique ou l'affectent. Une fois ces conditions établies, la quatrième partie de l'exposé met en exergue les dynamiques économiques qui jouent aussi sur la qualité des services de santé publique. Le cinquième volet offre du recul pour comprendre le rapport entre la configuration du savoir, les variantes économiques, d'une part, et la manipulation de l'information et la résistance au changement des processus associés à la santé publique, d'autre part. Sur cette toile de fonds, la sixième section concentre la discussion sur quelques aspects concernant l'élaboration des contenus déontologiques et médicaux, en soulignant l'éthos de la relation avec le patient et l'intégration du savoir dans ces rapports.

La conclusion reprend les prémisses du début, pose les problèmes en termes culturels, puis identifie et interpelle les parties protagonistes. Elle réfléchit à la nécessité de gérer des initiatives d'affirmation et d'inclusion pour engendrer les transformations sociales requises en vue de tirer tout le profit des processus mondiaux actuels, pour parvenir à un recentrage qui fera une priorité de la santé publique, en tant que variable fondamentale de notre vie sociale et économique contemporaine.

Espérance de vie et progrès en matière de santé

D'après des données récentes émanant d'agences nationales et internationales de santé publique, l'espérance de vie à la naissance est plus longue, à travers le monde. En effet, de 35-

40 ans vers l'an 1700, elle progresse à 45-50 ans vers le milieu du XVIIIe siècle. Et dans le courant de la première moitié du XXe siècle, elle atteint les 60 ans dans la plupart des nations industrialisées. De nos jours, bien des pays développés, et certains en voie de développement, atteignent une espérance de vie à la naissance comprise entre 70 et 80 ans (Oeppen & Vaupel, 2002).

L'allongement de la durée de vie est le résultat d'une prise en charge plus efficace des troubles de la santé, de l'adoption de mesures d'hygiène (publique et privée), d'une nutrition meilleure ainsi que d'une maîtrise et d'une application plus large des mesures de santé publique destinées à endiguer les maladies infectieuses et les problèmes d'environnement qui sont préjudiciables à la survie (González et autres 2000). Ces mesures ont eu, comme impact majeur, une réduction marquée de la mortalité infantile qui explique l'augmentation de la longévité entre le fin du XIXe siècle jusqu'au milieu du XXe. Les progrès de la médecine, comme les vaccins, ont eu un effet appréciable, même si certains le jugent restreint du fait de l'incapacité à toucher la plupart des enfants auxquels ils étaient destinés. Pour autant, le résultat final a été un recul réel de la mortalité infantile dans les sociétés qui les ont employés, même si, ça et là, il y eut de graves problèmes de distribution et d'administration. De même, quelques effets secondaires de ces vaccins ont été minimisés au vu des grands avantages que constituait, pour l'enfance, l'endiguement de nombreuses maladies assorties d'un taux de mortalité élevé.

Parallèlement à l'allongement de l'espérance de vie pendant la deuxième moitié du XXe siècle, que l'on peut imputer aux progrès enregistrés dans la médecine et la santé publique, on note aussi une hausse des cas de maladies dégénératives chroniques. Dès 1950, on relève une poussée du taux de mortalité en raison d'états dégénératifs chroniques comme les maladies cardiovasculaires, cérébrovasculaires, pulmonaires, le cancer et le diabète, pour n'en citer que quelques exemples. À toutes ces affections s'attachent des facteurs de risques liés au mode de vie. Un élément qui suggère la nécessité de cibler la personne afin qu'elle assume une grande part de la responsabilité concernant sa propre santé. Pour autant, faute d'avoir les moyens de prendre des mesures de protection, la personne n'est pas en mesure d'exercer, de manière sensée, la responsabilité de prendre soin d'elle-même. Parmi les moyens requis pour pouvoir s'occuper de sa santé, citons, entre autres, la valorisation même de la santé, l'accès aux connaissances

adéquates, l'appui social permettant de conserver un style de vie sain, et, sans aucun doute, les comportements favorables à la santé (l'exercice physique, par exemple).

La mise de la santé au rang de haute priorité facilitera la mise en place d'un accommodement pour faire ce qui convient afin d'amoindrir les risques auxquels nous nous exposons. Si nous comprenons que valoriser la santé est une décision personnelle qui mérite d'être respectée, il n'est pas moins certain que, paroles et écrits mis à part, les dirigeants responsables devront les associer à des actions concertées et probantes, qui se concrétiseront à leur tour dans une politique publique cohérente de promotion de la santé.

S'agissant des connaissances dont il faut disposer pour faire reculer le risque de maladie, force est de reconnaître les lacunes ou carences qui existent, en réalité, au sein de nos établissements d'enseignement et de nos instances professionnelles. Un vide de savoir que l'on peut aisément combler en complétant la formation des professionnels de santé, dans un souci de sensibiliser et d'actualiser le savoir, pour qu'ils voient la nécessité d'évaluer objectivement les nouvelles contributions à la science et aux systèmes qui servent le patient. La finalité de cette démarche est d'abaisser les risques et le taux de mortalité des maladies chroniques et infectieuses au sein de notre population. Il faut, c'est indubitable, actualiser le savoir pour pourvoir soigner, de manière optimale, les pathologies existantes étant donné que la mise à jour des connaissances et la sensibilisation du professionnel médical aux progrès de la science influent sur le taux de survie de ses patients.

Divers domaines de la médecine dite alternative ou complémentaire (dont la biochimie nutritionnelle, la médecine orthomoléculaire, la psychoneuro-immunologie, l'acupuncture, la botanique à vocation médicinale), commencent à faire l'objet d'analyses et ont largement été utilisés ces dernières décennies, au grand bénéfice des patients (NIH, NCCAM, 2006). Malgré un début d'apparition dans quelques programmes pédagogiques, ces connaissances ont peine à s'intégrer dans la pratique médicale, faute, peut-être, de n'avoir pas été évaluées de manière objective. Qui plus est, quelques instances, dont des services de l'administration et des organisations professionnelles, ont entravé les progrès et la pratiques de modalités médicales alternatives ou complémentaires, en dépit des preuves scientifiques dont elles disposaient au sujet de leur efficacité, efficience et innocuité.

Nous affirmons que lorsque certaines attitudes ultraconservatrices, discriminatoires ou axées sur la défense d'intérêts économiques particuliers, peuvent nuire à la santé d'un ensemble de patients – par suite d'une pratique médicale manquant de sensibilité et d'informations – il faut s'y opposer du haut de toutes les tribunes qui existent.

Le rôle de l'appui social à la santé publique a bien des ramifications, l'une des plus importants étant l'accès non seulement aux services médicaux et aux médicaments requis pour soigner la condition du malade mais, aussi, une alimentation plus saine et un environnement urbain qui facilite la gestion du stress, les loisirs et les activités propices au développement intégral de la personne. Des éléments qui doivent exister dans toute initiative de prise en charge éclairée au profit des membres qui composent une collectivité.

En dépit de l'endiguement des maladies infectieuses (pour une grande partie des habitants de la planète, au moins) et des avancées dans le traitement des conditions dégénératives chroniques, on note un certain degré de stagnation et d'incapacité institutionnelle, comme en témoigne l'apathie suscitée par les obstacles bureaucratiques de nos administrations. Cela se voit dans l'absence de politiques publiques de nature à encourager la prise en charge adéquate de maladies, infectieuses tout comme dégénératives, alors que des crédits existent dans ce but. De même, le manque de normes meilleures et plus actualisées dans la pratique médicale engendre des effets néfastes qui brident les progrès en matière d'allongement de la durée de vie. À titre indicatif, indépendamment de la richesse qu'un pays donné est en mesure de posséder et d'administrer (ce qui est essentiel, sans aucun doute), une foule de facteurs, qui déterminent l'état de santé général de la population vont au-delà de la simple prise en charge médicale. Ce fait est illustré dans des pays qui, sans être si riches de cela (le Costa Rica, par exemple) ont tendance à dépasser l'espérance de vie dans des nations qui le sont (les États-Unis). Ainsi, les normes de la pratique médicale ne sont pas les seuls facteurs à prendre en compte lorsque l'on analyse les facteurs d'allongement de l'espérance de vie dans un pays.

Il faut reconnaître le caractère essentiel de divers facteurs d'ordre socioculturel, organisationnel et administratif de santé publique (dont la création d'organismes d'aide socioculturelle et de politiques publiques de soutien social et sanitaire qui contribuent à diminuer la pauvreté et à renforcer les structures de santé

publique), et en tenir compte, puisqu'ils contribuent à allonger l'espérance de durée de vie. Par ailleurs, il faut admettre que ces facteurs peuvent expliquer divers écarts dans les taux de survie et indicateurs médicaux et sanitaires entre pays. Il faut, sans aucun doute, reconnaître l'utilité de ces facteurs et préconiser la menée de politiques de promotion de la santé destinées à faire reculer le taux de mortalité dans nos pays, un autre pas vers l'objectif public qui est de prolonger, plus encore, l'espérance de vie.

Modes de vie : éléments d'importance capitale dans la prévention et la prise en charge des maladies

Les publications médicales nous prouvent que l'on peut combattre les grandes causes de décès dans les pays développés (les maladies cardiovasculaires, cérébrovasculaires, le cancer et le diabète, par exemple) en changeant son mode de vie, y compris en modifiant son profil nutritionnel, en modifiant quelque peu son mode de vie. On peut adopter un régime alimentaire sain, consommer des aliments en quantité adéquate et de meilleure qualité, notamment des produits non conditionnés, des fruits, des légumes et moins de matières grasses nuisibles (telles les graisses hydrogénées et saturées). Il faut ajouter à ce qui précède, à en croire divers experts de santé, l'apport de suppléments vitaminés, à l'efficacité prouvée, pour préparer davantage le sujet et le conditionner à résister aux maladies (González, Matos & Miranda, 2000). En outre, il faut promouvoir la pratique de l'exercice physique suivi et la prise en charge de l'anxiété et du stress.

L'état mental défavorable et la maladie psychique sont de nature à compromettre la santé physique de l'individu, en ce sens qu'ils peuvent diminuer sa capacité à relever, comme il se doit, les défis de la vie quotidienne. Nous savons, par exemple, que le sujet en proie à un haut degré de stress et d'anxiété voit sa capacité de lutter contre les maladies altérée, par le biais d'un affaiblissement de ses défenses immunitaires. De même, les ouvrages scientifiques démontrent que l'impact de l'état nutritionnel sur les mécanismes de défense de la personne, à diverses étapes de sa vie, est un facteur important à prendre en compte, à l'instar du bilan nutritionnel à effectuer et du poids à conférer à un bon régime alimentaire. L'adulte plus âgé qui souffre de problèmes nutritionnels que l'on peut éviter (dont l'ostéoporose et la dénutrition en raison d'un accès inadéquat ou limité à des aliments nutritifs, ou par manque d'éducation en la matière) a été et reste un souci principal de la Santé publique, quel que soit le pays

considéré.

Il est crucial de donner toute sa place à la médecine préventive, et non au traitement de conditions ayant déjà fait l'objet d'un diagnostic, pour ainsi allonger l'espérance de vie. Le vieil adage « mieux vaut prévenir que guérir » est à la fois valide, conforme à l'éthique et porteur de répercussions économiques et de conséquences pour la survie qui justifient de l'appliquer aux populations vulnérables. Il est donc capital de commencer à encourager l'émergence d'une conscience nationale en faveur des soins à apporter à soi et promouvoir la menée de programmes de santé préventive (et curative dans les cas nécessaires) pour insuffler plus d'énergie à la population et la canaliser vers la poursuite d'objectifs positifs nationaux de défense de la santé qui ancrent une nation. Pour autant, de multiples facteurs limitatifs font que l'objectif n'est pas si facile à atteindre. Citons, entre autres, l'éventualité d'une gestion inadéquate des fonds destinés aux programmes de médecine préventive de l'administration, la corruption, le manque de documentation objective pour arrêter des décisions en connaissance de cause et les attitudes préjudiciables à notre santé.

Se donner la faculté, à l'aide d'informations concrètes, de prendre des décisions prudentes en matière de santé est un préalable incontournable pour éviter de tomber malade. Et un but qui relève de l'éthique.

Inégalités économiques et accès à la santé

Par malheur, tout un chacun ne profite pas, à parité, des soins médicaux qui existent et encore moins n'a accès à l'information adéquate que certains milieux prosélytes jugent même privilégiée. Il est reconnu généralement que l'accès aux soins médicaux est fonction de sa situation économique et du statut social d'une personne, de son niveau d'étude, de son sexe, voire de son groupe ethnique. Nous savons, en outre, que les variables sociodémographiques influent, de manière positive ou négative, sur le taux de survie. Par exemple, les Hispaniques qui vivent aux États-Unis meurent du diabète presque deux fois plus que les Anglo-Saxons. En dépit du fait que les Hispaniques représentaient seulement 11 % de la population totale en 1996, le pourcentage de nouveaux cas de tuberculose au sein de ce groupe avoisinait les 21 % (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2006). Par ailleurs, les Hispaniques affichent un taux de cas de tension artérielle et d'obésité plus élevé que les Anglo-Saxons. De même,

on constate des différences au sein des populations hispaniques proprement dites. À titre indicatif, si le pourcentage d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance est plus faible chez les Hispaniques que chez les Anglo-Saxons, le taux des Porto-Ricains dépasse de moitié celui des Anglo-Saxons (CDC, 2006). Les Américains de souche africaine offrent un autre exemple : leur taux de mortalité pour cause de maladies cardiaques excède de 40 % celui des Blancs. On notera que le taux de mortalité, tous types de cancer confondus, est 30 % plus élevé chez les Afro-Américains que chez les Blancs ; pour ce qui est du cancer de la prostate, il est le double de celui des Blancs. Le taux de mortalité imputable au cancer du sein chez les Afro-Américaines dépasse celui des femmes blanches, bien que le pourcentage de mammographies soit pratiquement le même. Enfin, le taux de mortalité dû au VIH/SIDA est sept fois plus élevé chez les Afro-Américains que chez les Blancs. (CDC, 2006).

Sur la base de ces chiffres, on peut affirmer l'impérative nécessité pour les professionnels médicaux de prendre sérieusement en compte les inégalités qui existent dans le domaine de la santé. De la reconnaissance de ce fait dépendra leur capacité à influencer, de manière bénéfique, sur les groupes socialement vulnérables qui exigent l'apport de soins spécialisés. De la sorte, on pourra bâtir une nation meilleure, qui présente des indices de santé plus adéquats pour tous.

On compte parmi les maladies chroniques et dégénératives du XXI^e siècle, qui sont considérées comme des épidémies de pays développés, ou en voie de développement, l'obésité, le diabète et le cancer. La fréquence de ces pathologies a commencé à s'accroître au cours du XX^e siècle, en raison, peut-être de la transformation des pratiques alimentaires traditionnelles. De fait, d'autres raisons tiennent aux intérêts de grandes compagnies commerciales, qui par le biais de campagnes publicitaires, incitent les personnes à modifier leurs profils d'alimentation diététique et de mode de vie sain au profit de comportements inadéquats et d'habitudes malsaines.

À titre d'illustration, citons les sociétés internationales qui, par voie d'annonces et de campagnes publicitaires coûtant des millions, encouragent le tabagisme, la consommation de blédines artificielles au détriment de l'allaitement maternel, de mets conditionnés et d'aliments de faible valeur nutritive, qui sont préjudiciables à la santé. La pratique de recourir aux additifs chimiques, outre la teneur élevée en matières grasses de la nourriture, sur fond de travail compétitif

démessuré pour se procurer des biens matériels (quête première dans une société de consommation) ne tient pas compte des conséquences néfastes de ces facteurs sur le bien-être et sur la qualité de vie individuelle et collective. Tout ce qui précède plombe l'espérance et la qualité de vie des citoyens. Dans la mesure où il y a risque de préjudice pour la population, on peut affirmer que la situation prend un caractère contraire à la déontologie.

Comme on le sait, la grande majorité des pathologies chroniques (hypertension, diabète, obésité, syndrome métabolique et cancer) peut être prévenue, voire endiguée par la prise de mesures de santé publique de nature simple. La modification des comportements en vue d'abandonner les modes de vie nocifs à la santé, l'éducation concrète et la prise de conscience sur les conséquences de ces maladies pèsent d'un grand poids, tant en termes de survie que de qualité de vie. C'est la raison pour laquelle il faut élaborer des programmes d'information destinés à faire envisager de telles mesures.

L'adoption de changements simples, dans le cadre d'un plan de modification du comportement (diminuer sa consommation de matières grasses et de sucre raffiné, par exemple) peut contribuer, de manière marquée, à allonger l'espérance de vie d'une population. À titre indicatif, une étude axée sur cinq caractéristiques du mode de vie d'un groupe rattaché à l'Église adventiste du Septième Jour, dans l'état de Californie, visait à déterminer si ses membres faisaient régulièrement de l'exercice, étaient végétariens, avaient été ou étaient fumeurs, restaient dans des limites de poids saines ou mangeaient de petites portions de noix, cinq à six fois par semaine. On a étudié l'impact de chacun de ces facteurs, pris isolément et collectivement, sur la longévité.

L'analyse a révélé que l'espérance de vie chez une femme adventiste âgée de 30 ans était de 85,7 ans, contre 83,3 ans pour l'homme adventiste non « carnivore ». Ce sont 6,1 années de plus que les autres Californiennes et 9,5 ans de plus pour les hommes. Chez les femmes adventistes non végétariennes, l'espérance de vie était de 84 ans et de 81 ans chez les hommes (Adventist News Network, 2006). Un seul exemple, parmi bien d'autres cités dans les ouvrages scientifiques, qui illustre de quelle manière un changement simple de comportement influe positivement sur la survie d'une personne. Il serait possible d'éviter 70 % des cas de cancers, à condition de cesser de fumer (la cigarette étant l'agent cancérigène le plus connu et le plus mortel entre tous), de consommer plus de cellulose, de ne pas s'exposer immodérément

au soleil, de subir une auscultation rectale et un examen du colon, du sein et du col de l'utérus (pour les femmes) et de la prostate pour les hommes (Colditz, 2004 & Rodríguez, 2006).

Il y a lieu de noter que le savoir scientifique est centré sur une idéologie dominante, qu'il entretient, laquelle répugne à envisager des conceptions qui ne sont pas traditionnelles. Cette méthodologie est validée par une méthodologie jugée irréfutable par beaucoup, qui cadre avec une optique généralement hiérarchique et totalitaire. Pour la plupart des professionnels de santé, les possibilités dites « alternatives » de traitement et de prise en charge médicale ne peuvent sortir des conventions, ce qui est regrettable puisque c'est brider le développement de la science. C'est peut-être en raison de cette intransigeance que, dans bien des facultés de médecine (pas dans toutes), certains cliniciens et, ou médecins refusent d'envisager d'autres options alternatives de soins qui ne correspondent pas aux traitements traditionnels, même si leur bien-fondé est validé par des preuves scientifiques. Une rigidité qui les amène à rejeter, en termes absolus, le large éventail de possibilités à mettre à l'épreuve, au point de fermer aussi des portes qui pourraient déboucher sur l'amélioration de l'état clinique de leurs patients.

Les mêmes ouvrages scientifiques, aux États-Unis, par exemple, nous prouvent pourtant qu'un nombre croissant de personnes font appel aux thérapies alternatives (Eisenberg, Davis, Ettner, Appel, Wilkey, Rompay & Kessler, 1998). De plus, un chiffre intéressant à signaler est que depuis 1990, soit une quinzaine d'années, il y a eu aux États-Unis plus de 425 millions de consultations concernant des thérapies non conventionnelles (dont kinésithérapies et massages, entre autres), soit 37 millions de consultations de plus que chez les médecins traitants durant la même période (Gutiérrez, 1998). En général, l'un des paradigmes dominants du milieu médical est que seul le clinicien est sensé savoir ce qui convient au patient. C'est peut-être le cas pour un patient en proie à une urgence, qui ne dispose pas des informations suffisantes ou qui a peine à les comprendre. Pour autant, si tant est que le malade est mieux et plus informé, il peut participer, en liaison avec le professionnel médical, à l'élaboration d'un plan d'action et d'intervention clinique, moyennant un plus grand degré de satisfaction et de respect du plan de traitement mutuellement convenu.

Intérêts économiques majeurs influant sur la santé publique

Les mécanismes du contrôle économique exercé par les grands intérêts commerciaux aiguisent les disparités à l'extrême. Il est accablant de savoir que les États-Unis, à eux seuls, pourraient alimenter convenablement les 6 milliards d'habitants que compte aujourd'hui la Terre. Considérons qu'un enfant nord-américain consomme, en moyenne par an, autant que 422 Éthiopiens et qu'avec 10 % seulement des investissements effectués dans le monde industrialisé, on pourrait éliminer les problèmes de malnutrition dans le tiers-monde. Fait plus dramatique encore, chaque occidental consommerait, et par voie de suite, polluerait quatre fois plus que chaque habitant des pays pauvres (Argaya-Roca, 2006).

Il est significatif que la richesse des 225 personnes les plus fortunées dans le monde équivaut à la moitié de celle de l'humanité et que les trois individus les plus riches de la Terre ont, en commun des ressources supérieures aux 48 pays les plus pauvres. Comme le dénonçait Alfonso Zumbado (qui est Directeur régional du Programme des Nations unies pour le développement de l'Amérique latine et des Caraïbes) dans son Rapport annuel sur le développement humain, en date de septembre 1998, 20 % des habitants dans le monde vivent en deçà de ce qui est jugé seuil de pauvreté. Un chiffre qui prend toute sa signification morale lorsque l'on sait que les pays riches consacrent, chaque année, au soin et à l'entretien de leurs animaux domestiques (comme le chien et le chat) la somme de 17 milliards de dollars. L'aspect incongru de ce fait sur le plan éthique est accentué lorsque l'on apprend que, dans ces pays, l'on consacre 12 milliards de dollars supplémentaires à l'achat d'articles comme les parfums et les produits de maquillages (Argaya-Roca, 2006).

Est-ce conforme à la déontologie ? Ces chiffres gagnent en signification lorsque l'on sait qu'il suffirait de 13 milliards de dollars pour que tous les êtres humains de la Terre aient accès aux services de santé minimum qui sont nécessaires à leur bien-être. Si, en plus de ce qui précède, nous ajoutons ce que nous signale Argaya-Roca (2006), que 40 % de l'humanité doit se contenter de 3,3 % des ressources tandis que 20 % des habitants de la planète en consomment 82,7 % et, plus scandaleux encore, causent, dans le même temps, 80 % de la pollution, il faut reconnaître que la répartition du capital, qui existe à l'échelle mondiale, est, sans équivoque, indigne et injuste. Les chiffres précédents laissent penser que si, à l'échelon de la planète, on posait la nécessité d'un

mode de distribution juste de la richesse et des possibilités à saisir, on pourrait allonger, de manière marquée, l'espérance de vie ainsi que la qualité de civilisation des diverses populations qui composent notre planète Terre.

Au sein d'un monde où le processus de mondialisation se propose d'engendrer des changements immédiats, avant tout dans des domaines où le savoir et la diffusion de ce savoir se propagent de façon vertigineuse par le biais des mass médias, il est nécessaire de reconnaître et d'évaluer les processus qui tirent parti de la mondialisation. Une illustration en est le développement d'espaces intellectuels au sein desquels se diffuse un savoir taxé par certains de « réactionnaire ». Le phénomène de la mondialisation, entendu au sens de phénomène ouvert, encourage la formation d'espaces de délibération critique, qui peuvent engendrer, ensuite, des transformations sociales, puis contester ou démanteler des paradigmes acceptés jusqu'à ce jour. Il est très probable que le même processus de mondialisation touche celui qui peut et ne peut pas avoir une vision critique des choses, selon le contexte historico-social de celui qui reçoit l'information et qu'il l'amène à réagir de diverses manières, soit en acceptant et, ou en défendant ce qu'il apprend, soit en le rejetant et en le présentant comme faux, ou en l'évaluant à l'aune des repères idéologiques qui sont les siens. À partir de là, le construit de santé (sa définition, les modalités de son maintien et le moyen d'en détecter les facteurs qui la limitent) est défendu par des intérêts économiques, qui ne souhaitent aucun type d'ingérence.

La perpétuation du contrôle et de l'influence économique qui se produisent, selon cette perspective, fait que rares sont ceux qui sont en mesure de « gérer » la santé. On s'en aperçoit lorsque, dans une équipe interdisciplinaire, un des professionnels du groupe s'enquiert de savoir qui, parmi eux, à plus de connaissances ou d'expertise pour prendre une décision. Or, il est fréquent, dans une équipe interdisciplinaire, que les décisions se prennent sans égard à la compétence potentielle de chaque membre du groupe à contribuer au bien-être du sujet en quête d'aide. La nécessité de gérer de manière multi- et interdisciplinaire est, en fait, un besoin fondamental, pour pouvoir réussir à promouvoir la santé du peuple. Et pour y parvenir, il y a lieu de s'écarter d'un paradigme strictement biomédical.

Manipulation de l'information et résistance au changement

À l'instar d'autres domaines du savoir, la médecine, en tant que discipline, repose sur des paradigmes dont ses praticiens se font les défenseurs. D'après Kuhn (1970), lorsque l'on se met à changer lesdits paradigmes, et il est certain qu'ils émergent en dépit de tous les obstacles, le même milieu scientifique résiste farouchement, au point de chercher à les éliminer dans plus d'un cas. La médecine, et le savoir scientifique qu'elle véhicule, ne fait pas exception dans son attitude face à l'évolution des paradigmes. Préconiser une optique nouvelle, une méthode neuve qui brise l'hégémonie de groupes établis rendra la vie plutôt difficile à celui qui s'en fait, initialement, le chantre. Les normes médicales qui régissent la prise en charge thérapeutique sont en évolution constante et c'est ainsi que l'on ne peut conclure à « l'existence d'une seule manière classique et incontestable de soigner les multiples pathologies et problèmes dont souffre l'humanité ». En fait, 2 % tout juste de l'humanité a accès, de manière continue et rapide, aux installations médicales ce qui l'amène, par nécessité, à rechercher d'autres options pour soigner ses maux, avec plus ou moins de succès. Nous affirmons, par conséquent, que les normes médicales font aussi l'objet de changement et de remise en cause et qu'elles doivent l'être, en fonction des progrès scientifiques et de la sensibilité humaine. Pour autant, il y a lieu de se demander si les soins médicaux et les modalités de soins sont infaillibles, même avec les moyens et les méthodes disponibles les plus avancés. La réponse est un « non » retentissant. Pour étayer cette affirmation, citons quelques chiffres émanant de Gutiérrez (1998), un écrivain de génie, à notre avis :

Dans les hôpitaux des États-Unis, 2 00 à 3 000 décès par semaine sont imputables aux traitements médicaux, soit, en un an, trois fois plus de vies américaines perdues que pendant la guerre du Vietnam et plus de quatre fois plus qu'en raison des accidents de la route, les estimations étant que, en plus de ces décès, il faut compter avec l'apparition de troubles chez 1,3 million de personnes supplémentaires.

Et le même auteur d'ajouter :

Les effets secondaires des médicaments suscitent toutes sortes d'analyses dans le cadre d'enquêtes diverses. L'étude menée par David Bates dans deux hôpitaux de Harvard aboutit à la conclusion que les effets secondaires évitables engendrent un surcoût de 2,8 millions de dollars par an, dans un seul grand établissement de pointe. D'autres enquêtes ont établi que les effets secondaire

sprolongent l'hospitalisation de deux jours, en moyenne, d'où un coût supplémentaire par cas de 2 300 dollars.

Enfin, nous sommes incités à la réflexion critique et à l'interrogation lorsqu'il demande :

Combien coûtent les examens malvenus ou superflus ?
Combien, ceux qui sont indiqués par insécurité du médecin ?
Combien, ceux dictés par la médecine défensive ? Combien, ceux que l'on effectue par ignorance de quelques professionnels qui méconnaissent les conditions ou les limitations de maintes procédures ? Ou valent ceux que l'on mène à des fins clairement commerciales parce que le professionnel a un intérêt direct dans les investissements consentis pour acquérir le matériel de diagnostic ?
Combien coûtent les chirurgies inutiles et combien les erreurs médicales. Enfin, combien coûte la mauvaise médecine ?

Est-ce que ces informations ont été portées à la connaissance du public ? L'on sait que celui qui gère les modalités d'accès aux sources d'information détient un grand pouvoir et celui qui les encadrent de manière sélective dans le but de renforcer et de promouvoir des intérêts particuliers peut se voir investi d'un pouvoir plus grand encore. Qui peut remettre en cause les grands intérêts économiques des sociétés si elles sont les sources de médicaments et de procédés médicaux multiples et triés sur le volet ? A-t-on accès à l'intégralité des informations requises pour évaluer, comme il se doit, la protection accordée au patient et son bien-être ? Au près de qui peut-on contester le type d'enquête clinique et, ou médicale et quel sorte d'intérêt défendent ces investigations et, en fonction de quels critères et, avant tout, faute de mesures à l'aune desquelles contrôler et suivre les effets secondaires éventuels sur le patient, peut-on en manipuler les résultats ? À des multinationales pharmaceutiques qui veillent à la défense de leurs intérêts capitalistes, aux universités qui reçoivent des fonds de leur part et pour lesquels elles sont en concurrence, ou aux médecins que viennent subventionner des intérêts privés ? Avec des intérêts à défendre d'un côté comme de l'autre ?

En analysant les textes de médecine et de déontologie sur le sujet, il apparaît nécessaire de développer et d'encourager la réflexion critique sur les conditions dans lesquels bien des investigations sont menées et sur les mécanismes qui servent à les subventionner. Les intérêts économiques que le mode de gestion capitaliste de l'économie mondiale suscite et entretient sont d'une telle ampleur que ses répercussions négatives dans nos communautés ne semble pas les gêner, l'important étant de gagner toujours plus, sans tenir compte des effets nuisibles qu'une telle

exploitation est en mesure de produire.

De même, des défis déontologiques colossaux se posent en matière de couverture de l'assurance médicale. Est-il déontologique qu'un patient fumeur, bénéficiant d'une assurance médicale payée par les deniers publics, profite de la même couverture médicale en cas d'asthme et d'hypertension artérielle qu'un non-fumeur? Pour répondre à cette question, il faut tenir compte du fait que, de par son comportement, le patient fumeur contribue directement à ses problèmes de santé, sans parler de ceux qu'il cause aux personnes de son entourage. D'où la nécessité d'attacher un coût aux comportements à risque, en tant que partie intégrante du processus d'établissement de l'assurance et, aussi, d'instituer des programmes qui incitent à adopter un mode de vie meilleur. Nous estimons que, sur le plan déontologique, la réponse doit être « oui »; pour autant, ceux qui argumenteraient le contraire seraient assez nombreux. La question, qui fait aujourd'hui l'objet d'un débat, suscite de grandes controverses.

Déontologie médicale : la responsabilité vis-à-vis du patient et l'intégration du savoir

Il est très fréquent qu'un patient atteint d'un mal grave reçoive un coup supplémentaire du côté qui devrait être moins enclin à le porter: de son médecin. Il incombe au docteur de guider son malade de manière à favoriser l'émergence de l'état physique, mental, affectif et spirituel requis pour lui permettre de s'adapter, de se rétablir ou de se guérir. Le champ de la psychoneuro-immunologie, qui étudie les interactions entre le comportement et les systèmes nerveux central, endocrinien et immunitaire, a démontré l'existence d'influences et de confluences entre les diverses dimensions de la personne, ainsi que des répercussions croisées dans le rapport entre le stress, les émotions et la santé. Le fait que la médecine conventionnelle conclut qu'il n'existe pas de solution à un état médical donné n'autorise pas le médecin à priver d'espoir le patient qui souffre.

Dans une société extrêmement légaliste et litigieuse, il n'est pas rare d'entendre qu'un médecin « ne doit pas nourrir de fausses attentes ». Par malheur, on en vient à comprendre que le mieux est de le priver de toute espérance. À preuve, les cancéreux, surtout ceux qui s'intéressent à des thérapies non conventionnelles qui peuvent leur apporter de l'aide. Ce choix n'implique pas que le malade est un « cobaye », puisque, même dans les thérapies expérimentales évaluées à l'aune du paradigme classique, l'obligation éthico légale de sauvegarder le bien-être du patient

persiste. Il est paradoxal que quelques cliniciens, qui connaissent la forte toxicité, parfois, de leurs traitements, ou leur coût élevé, sont incapables d'en garantir l'efficacité, arguent (au nom de la déontologie) ne pas pouvoir administrer de thérapies non conventionnelles, non toxiques et, souvent, à bas prix, alors que tous les éléments scientifiques indiquent qu'elle pourraient être utiles. Même si certaines de ces alternatives ont fait l'objet d'études scientifiques rigoureuses, le clinicien leur oppose un refus au seul motif que les ouvrages médicaux n'en font pas des « thérapies standard ». Pour des raisons de déontologie, on ne peut refuser au patient une option qui lui offre l'éventualité d'améliorer sa santé, sans grandes dépenses, moyennant un degré d'innocuité adéquat et des paramètres scientifiques établis. Il y a lieu de mentionner qu'en Europe et en Asie, la pratique de la médecine inclut des éléments jugés « non conventionnels » en Occident, qui peuvent être administrés sans autorisation médicale. Par contre, à Porto Rico l'acupuncture est réglementée par le Tribunal de contrôle des médecins, ce qui limite sa pratique à quelques docteurs homologués alors que en Asie et dans quelques états de l'Union, elle peut être pratiquée par des professionnels de santé non membres de la profession médicale.

Un autre exemple, en l'espèce, est l'emploi de la vitamine C (ou acide ascorbique), comme agent de lutte contre le cancer et le cholestérol (González, 2005; Riordan, 2005; Rodríguez & González, 1991). Bien des médecins n'ont pas lu les articles scientifiques expliquant son innocuité et son efficacité, mais ils n'ont pas envie de le faire. Or, l'exercice de leurs responsabilités et de leurs facultés de réflexion devrait les amener à ne pas préjuger de thérapies qu'ils ignorent et à explorer, de plus près, l'évolution des paradigmes qui pourraient apporter de nouvelles espérances dans leur domaine.

Conclusion

Il nous faut de profondes transformations sociales pour encourager une amélioration de l'état de santé parmi nos populations, un objectif qui doit devenir un but déontologique de caractère transnational. Tous les secteurs de notre société doivent s'y associer. Les paradigmes dominants qui brident le développement des sciences, dont celles de la santé, doivent commencer à faire l'objet d'une réévaluation sans crainte aucune, en reconnaissant que cette démarche demandera du temps et un changement de comportement. Le changement de comportement

peut être encouragé par le biais d'une réflexion source de conscientisation. Le souhait de vouloir transformer des réalités multiples dans le domaine de la santé nous oblige à adopter des plans structurels assortis de priorités adéquates, correctement organisées et destinées à satisfaire les besoins de santé de notre peuple.

Le leadership des autorités publiques et d'autres secteurs de la société civile doit se fondre en une politique publique de promotion de la santé, qui communique un message uniforme, par le biais de campagnes d'éducation visant le petit enfant et l'écolier du primaire, jusqu'à l'étudiant à l'université. Les mass médias doivent contribuer, à l'aide de campagnes publicitaires qui motivent la personne, à s'occuper de sa santé. Les législateurs doivent promouvoir la prise de mesures déterminées en vue d'améliorer la santé publique, en établissant le juste équilibre entre les diverses options de services de santé, qui ne dépende pas de la puissance économique d'intérêts économiques donnés. La médecine doit retrouver sa vocation et sa pratique humaniste dont le but premier est le bien-être du patient, sans être la proie de facteurs économiques qui cherchent à la contrôler et à la manipuler.

C'est dire que le traitement médical doit s'échelonner du plus simple au plus complexe et invasif, en reconnaissant et en permettant aux mécanismes de réparation et d'homéostasie de l'organisme de ramener la personne à l'état de santé. Cela suppose, aussi, discipline pour aller au coeur d'un problème – complexe, à tout le moins – puisque, au lieu de prescrire un médicament à prendre tous les jours (ce qui est relativement simple), le médecin serait tenu de faire une évaluation beaucoup plus fouillée, qu'il omet souvent par manque de temps. Une évaluation de ce type qui, sans aucun doute, aurait de lourdes conséquences en termes économiques que tous ne souhaitent pas affronter. Pour sa part, le patient sera tenu d'apporter quelques changements à son mode de vie.

L'attitude qui prédomine aujourd'hui dans notre cadre de vie cosmopolite et mondialisé privilégie la quête de solutions rapides et simples. Il faut vivre avec toujours plus d'intensité et ce sera un grand défi pour la société moderne de parvenir à transformer le citoyen de manière à encourager une vision du monde plus sereine caractérisée comme suit: développement de moyens permettant de gérer le stress avec succès, promotion d'une pratique suffisante de l'exercice, restriction de sa consommation de produits néfastes à sa

santé, meilleure qualité de l'alimentation et prise de suppléments dont le bien-fondé scientifique est établi.

Les forces économiques qui contrôlent et dirigent la pratique clinique des différents secteurs de la santé sont les usufuitiers des paradigmes existants. Les grandes industries ont le pouvoir économique d'influer sur les sphères du gouvernement, l'enseignement et la pratique de la médecine. Sur cette toile de fonds, il est préoccupant de constater le manque d'équilibre dans la répartition des crédits destinés à l'étude des thérapies alternatives et la maigre diffusion des informations concernant les progrès effectués dans l'élaboration de produits – dont certains sont nutritifs – non assujettis à brevet, mais qui ont montré leur utilité scientifique dans le traitement de multiples pathologies. Le contrôle de la publicité, les incitations industrielles, commerciales et personnelles ainsi que l'éducation sont des domaines qui exigent beaucoup d'attention. Les complexes pharmaceutiques axent une bonne part de leurs recherches sur la fabrication de produits « économiquement rentables », au sens que si leur commercialisation n'est pas envisageable, les recherches ne seront pas forcément poursuivies, indépendamment de l'importance que ledit produit pourrait avoir pour un groupe de patients déterminé, surtout s'il est composé de « rejets de la société, de marginaux ou de déviants ». La constante de l'intérêt économique se retrouve dans d'autres domaines techniques : ce n'est pas un hasard si, par exemple, des investisseurs achètent les actions de petits laboratoires étudiant les nanotechnologies, vu leur poids déterminant dans la prise en charge, à l'avenir, de pathologies comme le cancer et le diabète.

Pour être en mesure de parvenir à nos objectifs d'espérance de vie et d'amélioration de la qualité de vie pour tous les membres de notre société, nous ne pouvons tableur uniquement sur les technologies nouvelles et les découvertes scientifiques. Il faut établir un meilleur équilibre des structures, surtout entre les forces socio-économiques et les politiques de santé publique, en amenant les industries, les commerces et les individus à acquérir une conscience prosociale. Une partie du programme de la société civile doit porter sur l'adoption de mesures sociales efficaces qui, par le biais de la sensibilisation, permettent de modifier les paradigmes dominants qui ont été présentés dans cet article. L'éducation, la législation et le débat public, y compris la pression que le peuple peut exercer, revêtent une importance vitale pour le succès du plan destiné à améliorer la qualité de vie des nations.

L'élément libérateur et émancipateur associé au fait de rendre l'autre conscient du besoin de reconnaître les alternatives utiles, scientifiquement et déontologiquement fondées, doit être nourri par le biais d'une discussion critique empreinte de sagesse et de bien-fondé. La déontologie d'Hypocrate et l'éthique sociale l'exigent aussi. Ce doit être l'un des buts à atteindre en matière de Santé publique.

« Mieux vaut prévenir que guérir » (*Ou mieux vaut une once de prévention qu'une livre de remède*)

Benjamín Franklin

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adventist News Network. 2006. "Study Links Adventist Lifestyle with Longevity". <http://news.adventist.org/data/2001/06/09953757/index.html>. en. Retirado el 30 de abril de 2006.
- Argaya-Roca, M. 2006. "El aborto como método de explotación capitalista". <http://www.aciprensa.com/aborto/explotacion.htm>. Retirado el 28 de abril de 2006.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Report. 2006. <http://www.cdc.gov/az.do>. Retirado el 28 de abril de 2006.
- Colditz, G.A. 2004. "Modifiable Risk Factors for Cancer". *British Journal of Cancer*, Jan 26, 90(2): 299-303.
- Eisenberg, D.M., Davis, R.B., Ettner, S.L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M. & Kessler, R.C. 1998. "Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997: Results of a Follow-up National Survey". *Journal of the American Medical Association*, Nov. 11, 280 (18): 1569-75.
- Esguerra-Gutiérrez, R. "El médico para el nuevo milenio". *Medicina*, 20(2). <http://www.encolombia.com/medicina/academica/20248.htm>. Retirado el 28 de abril de 2006.
- González M.J., Matos M.I. and Miranda-Massari J.R. 2000. "Ethical Issues in Nutritional Sciences for the Next Century: Nutrition Research and Counseling on Nutraceutical Supplementation and Disease". *PR Health Sci J.* 19: 161-163.
- González M.J., Miranda-Massari J.R. et al. 2005 Nutritional Oncology Review: Ascorbic Acid and Cancer: 25 Years Later. *Integr. Cancer Ther.* 4:32-44.
- González M.J., Rivera Gutiérrez R., and Rodríguez, M.H. 2000. A Commentary on the Role Nutrition in Public Health History. Lessons for Prevention and Health Reform. *Biomedicina* 3:515-516.
- Kuhn, T.S. 1970. *The Structure of Scientific Revolutions* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Navarro, V. & Shi, L. 2001. "The Political Context of Social Inequalities and Health". *Social Science & Medicine*, 52, No. 3, 481-491.
- National Institutes of Health (NIH), National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) 2006 <http://nccam.nih.gov/health>. Retirado el 8 de mayo de 2006.
- Oeppen, J. and Vaupel, J.W. 2002. "Broken Limits to Life Expectancy". *Science*; 296:1029-31.

- Riordan, H.D., Casciari, J.J., González, M.J., Riordan, N.H., Miranda-Massari, J.R., Taylor, P. and Jackson, J.A. 2005. A Pilot Clinical Study of Continuous Intravenous Ascorbate in Terminal Cancer Patients. *PR Health Sci J.*;24:269-76.
- Rodríguez, J.R. & González, M. 1990. "Hacia una vision médica futurista: Nutrición y dietoterapia preventiva". *Hospitales*, 23: 9-11.
- Rodríguez, J.R. & González, M. 1991. "Treatment of Hypercholesterolemia with Vitamins E, C and Lecithin: A Case Report". *J. of Orthomolecular Medicine*, Vol. 53, No. 2, 78-80.

DONNÉES BIOGRAPHIQUES SUR LES AUTEURS

Jorge R. Miranda-Massari, est pharmacien clinique et professeur dans un département de sciences médicales. Il est titulaire de deux licences, une en biologie et l'autre en pharmacie. Il a obtenu son doctorat de pharmacie à la faculté de pharmacie et de sciences de Philadelphie et un diplôme de troisième cycle en pharmacocinétique, à l'université de Caroline du nord à Chapel Hill. Il a poursuivi d'autres études en soins néphrologiques à l'université de Pittsburgh et sur le sujet de l'anti-coagulation à la faculté de médecine de Virginie. Il a écrit maintes contributions scientifiques dont des éditoriaux, des révisions et des articles sur des résultats expérimentaux au profit de journaux scientifiques revus par pair. Il est consultant auprès du « Centre pour l'amélioration du fonctionnement humain » (Center for the Improvement for the Human Functioning) installé à Wichita, dans le Kansas. De plus, il a créé et coordonné le premier cours interdisciplinaire de médecine d'intégration à Porto Rico intitulé : "Prácticas Complementarias en la Salud y Sanación: Un Enfoque de Medicina Integrativa" (Pratiques complémentaires en matière de santé et de guérison : un recentrage de la médecine fondée sur l'intégration) ainsi que le manuel de cours avancé du même nom.

José R. Rodríguez, MD, MPH, PhD, enquêteur et épidémiologiste, ancien boursier des Instituts Nationaux de santé mental des États-Unis à l'université de Fordham. Il a été suivi une formation dans le domaine des méthodes d'investigation qualitative et quantitative. L'académie américaine des experts en stress traumatique lui a décerné le statut de « fellow » (chercheur associé) tout comme le Conseil américain des spécialisations psychologiques. Aujourd'hui, il est consultant en recherches au profit de diverses organisations nationales et internationales. Il a écrit deux ouvrages et de nombreux articles publiés dans des journaux professionnels revus par pairs dans les domaines des sciences médicales, de la sociologie et de la psychologie. Ses centres d'intérêt particuliers sont la gérontologie, la santé mentale, la nutrition, la spiritualité et la médecine orthomoléculaire.

Dr. Michael J. González, est biochimiste et professeur dans un département de sciences médicales. Il est titulaire de deux licences, une en biologie, l'autre en chimie. Il possède une maîtrise en biologie cellulaire et biophysique et une autre maîtrise en nutrition et en santé publique. En outre, il est titulaire d'un doctorat en sciences de la santé obtenu à l'université de Lafayette, et d'un autre doctorat en biochimie nutritionnelle et en biologie du cancer que lui a remis l'université de l'état du Michigan. Il a terminé des cours de troisième cycle en gériatrie au département des sciences médicales de l'université de Porto Rico. Le Dr.

Redéfinir des paradigmes de santé équivoques

González est membre élu du Collège américain de nutrition. Il est l'auteur de plus d'une centaine d'articles scientifiques. Il siège au conseil éditorial de diverses revues scientifiques comme *Biomedicina*, "Journal of Orthomolecular Medicine" et "Alternative Medicine Reviews". Il a aussi été consultant auprès de diverses entreprises et responsable de la fabrication de divers suppléments et produits pharmaceutiques.

Les docteurs González y Miranda-Massari sont pionniers en matière de développement de chiliothérapie non toxique contre le cancer. Leur travail sur la vitamine C, comme agent anticancéreux, vient d'être confirmé par le NIH. Ils ont publié la première étude clinique d'innocuité après avoir administré de fortes doses de vitamine C, par voie intraveineuse, à des patients atteints de cancer en phase terminale. Ils ont aussi publié l'article de révision le plus complet au sujet de la vitamine C et du cancer, en guise de suite aux recherches du lauréat de deux prix Noel, le Dr. Linus C. Pauling. Ils sont à l'origine d'un projet d'investigation, d'éducation et de service intitulé *InBioMed*. Le sujet d'enquête principal est le cancer. Il s'intitule *RECNAAC II* et vise le développement d'un protocole non toxique de traitement contre le cancer. Le projet éducatif prévoit un volet en université et un programme de formation continue destiné aux professionnels et, aussi, des informations à l'adresse du grand public. Le volet service inclut des consultations auprès des entreprises ainsi que la prise en charge de problèmes cliniques.