

MONDIALISATION ET SANTÉ: ENJEUX POUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS UN MONDE INTERDÉPENDANT*

Julio Frenk

Octavio Gómez-Dantés

Le transfert de l'examen des questions humaines du cadre restreint de la nation-État au vaste espace de la planète Terre a des répercussions non seulement sur le commerce, les finances, la science, l'environnement, le crime et le terrorisme, mais également sur la santé (Valaskakis, 2001). En 1997, un important rapport publié par l'Institut de médecine des États-Unis soulignait ce qui suit : « Les distinctions entre les problèmes de santé nationaux et internationaux perdent leur utilité et à l'occasion, causent une certaine confusion ». ¹ Ceci est dû à ce que le grand historien européen Eric Hobsbawm (1994) a dénommé l'élimination virtuelle du temps et de la distance.

On ne prétend pas pour autant suggérer que les contacts internationaux intenses sont un phénomène nouveau. Depuis des temps immémoriaux, les forces du commerce, la migration, la guerre et la conquête ont uni des personnes situées dans des lieux distants. Après tout, l'expression « citoyen du monde » a été gravée par le philosophe Diogène au IV^{ème} siècle avant notre ère. L'innovation réside dans le rythme, l'étendue et l'importance de l'intégration. Plus que jamais auparavant, les conséquences des initiatives émanées de lieux distants sont ressenties littéralement aux portes de nos foyers.

*Une partie des réflexions sur la globalisation et la santé présentées ici est basée, avec des modifications, sur l'article ci-après: Frenk, J.y Gómez-Dantés, O. 2002. Globalization and the Challenges to Health Systems. *Health Affaire* 21, 3:160-165.

Le degré de rapprochement dans notre monde peut être illustré par le nombre de voyageurs internationaux qui a triplé de 1980 à nos jours et se chiffre maintenant à trois millions de personnes par jour. De surcroît, il y a deux ans, pour la première fois dans l'histoire, 100 millions d'appels téléphoniques avaient été placés dans le monde (Kearny, 2001). Le mouvement anti-mondialisation lui-même s'est mondialisé en 2001 lorsque des activistes venus de partout dans le monde se réunirent à l'occasion du Premier Forum social international à Porto Alegre (Brésil). Nous ne saurions sous-estimer les incidences de ces changements sur la santé. En sus des problèmes nationaux, tous les pays du monde doivent maintenant faire face au transfert international des risques et saisir les chances qui s'offrent pour la santé.²

Le cas le plus évident d'élimination des frontières en matière de santé est la propagation des maladies transmissibles. Une fois de plus, il ne s'agit pas d'un phénomène nouveau en soi. Le premier cas documenté d'épidémie transnationale fut la plaie athénienne de 430 de notre ère. Originaire probablement de l'Afrique, elle se propagea au moyen de navires s'adonnant au commerce de céréales, s'étendant à la Perse et à la Grèce ancienne (Porter, 1996). La Peste de 1347 qui décima un tiers de la population européenne, résulta directement du commerce international. Durant le XVI^{ème} siècle, la conquête des empires aztèque et inca a constitué très tôt un exemple de guerre bactériologique involontaire au moyen de l'introduction de la variole et de la rougeole parmi les populations qui n'avaient pas été exposées à ces maladies. La colonisation de la Caraïbe et du Brésil a pratiquement abouti à l'extermination des populations autochtones, situation qui a préparé le terrain pour la traite des esclaves de l'Afrique occidentale. Cette traite à son tour a causé l'introduction du paludisme et de la fièvre jaune dans le Nouveau Monde, créant des catastrophes additionnelles (Porter, 1999). Dans le cadre de cet échange de microbes, il est possible que Christophe Colomb ait été le vecteur d'une grave maladie des Amériques vers l'Europe, à savoir, la syphilis. (Porter, 2004).

Un autre exemple de l'histoire ininterrompue du transfert international d'infections est la pandémie de choléra de 1829 qui, venue de l'Asie et passant par l'Égypte et le Nord de l'Afrique, pénétra en Russie pour traverser en Europe. Trois ans plus tard, elle avait atteint la côte est des États-Unis. Plus récemment, la pandémie de grippe qui s'est déclarée au début du XX^{ème} siècle, la maudite maladie dénommée grippe espagnole, a provoqué plus

de pertes de vies humaines que durant la Première Guerre mondiale.

Comme nous pouvons le voir, le caractère cosmopolite des maladies infectieuses date de longtemps. Ce qui est nouveau, comme on l'a mentionné antérieurement, c'est l'échelle de ce qu'on appelle le « trafic des microbes ». La multiplication explosive du commerce et les voyages internationaux produisent des milliers de contacts potentiellement infectieux et les avions *jet* ont réduit le temps de vol des voyages intercontinentaux à une durée inférieure à la période d'incubation de n'importe quelle maladie infectieuse humaine. Ainsi, l'*Aedes aegypti*, un puissant vecteur du virus de la dengue, a été introduite aux Etats-Unis durant les années 80, dans une cargaison de pneus usagés provenant du Nord de l'Asie. De même, la flambée de choléra au Pérou qui a éclaté en 1991, est devenue une épidémie à l'échelle continentale dans une question de semaines.

La tuberculose constitue un autre problème réémergent. 9 millions de personnes environ sont frappées de cette maladie et plus de 2 millions en meurent par an. Plusieurs motifs expliquent la réapparition de cette maladie et au nombre de ces motifs : la fragilité des personnes dont le système immunitaire est déficient. Fréquemment, la tuberculose est l'une des premières manifestations d'infection par le VIH. Au nombre d'autres variantes ayant des incidences sur le développement de cette maladie, il faut mentionner l'entassement, la mauvaise nutrition et le manque de soins de santé, facteurs qui sont tous présents parmi les couches socialement marginalisées.

Les derniers ajouts à la liste d'épidémies mondiales sont le syndrome respiratoire aigu sévère ou SRAS et la grippe aviaire. Cette dernière constitue encore un danger à l'échelle régionale, mais il existe des spécialistes qui anticipent une pandémie de ce type de grippe (Osterholm, 2005). À cet égard, deux enjeux se posent. En premier lieu, il est indispensable de concevoir des médicaments plus efficaces contre les maladies virales et plus spécifiquement, contre la grippe. Le médicament *oseltamivir*, un inhibiteur de neuraminidase, peut réduire les symptômes et prévenir la transmission de la grippe, mais il reste encore à démontrer ses avantages concrets. L'autre enjeu consiste en la nécessité de nouvelles technologies permettant de produire des vaccins contre la grippe qui soient plus économiques et à effets plus rapides. C'est là un enjeu de taille, compte tenu de la demande qui résulterait en cas de pandémie de cette nature

(Garrett, 2005). En outre, il faut élargir la capacité de production de ces vaccins grâce au renforcement de l'infrastructure, à la formation des ressources humaines et au transfert de technologie vers un nombre plus élevé de pays que les neuf qui sont en mesure de produire ces vaccins.

La propagation accélérée des maladies infectieuses est liée aux changements radicaux enregistrés dans notre continent ainsi qu'aux styles de vie, ce qui a porté Arno Karlen (1995) à faire état d'une nouvelle ère bio-culturelle. En effet, pour compliquer le tableau encore davantage, les gens et les microbes ne sont pas uniquement les seuls à passer d'un pays à un autre; les idées et les styles de vie reflètent la même tendance. Le tabagisme et l'obésité offrent les meilleurs exemples de risques de santé liés à la mondialisation qui imposent un double fardeau aux systèmes de santé à travers le monde, état de choses qui aggrave encore davantage les inégalités existantes. En fait, les problèmes qui affectent **uniquement** les pauvres, comme la malaria, ne sont pas les **seuls** problèmes qu'affrontent ceux-ci. Les décès liés à la consommation du tabac sont de plus en plus enregistrés dans les pays en développement, lesquels sont démunis de structures légales et régulatrices pour contrecarrer l'énorme pouvoir des sociétés multinationales. La seule façon de freiner ce pouvoir est d'assortir les politiques nationales d'instruments d'envergure mondiale, comme la Convention cadre de l'OMS sur la lutte contre le tabagisme, le premier traité international de santé publique. Le Mexique a été le premier pays de la région des Amériques à signer ce traité.

Mais la mondialisation de la santé va beaucoup plus loin que les maladies et les risques pour inclure également les produits destinés à la santé. Pour ne mentionner qu'un exemple, les normes régissant l'accès aux médicaments qui exigent une prescription dans un pays peuvent être subverties lorsqu'un pays voisin permet l'acquisition sans discernement d'antibiotiques, encourageant ainsi l'apparition de microbes résistants dans les deux pays.

Le commerce croissant de services et de médicaments sur l'Internet offre encore un autre exemple de situation ayant des incidences potentielles sur la prescription irrationnelle de médicaments et la propagation subséquente de microbes résistants. Les efforts récemment déployés par l'Organisation mondiale de la santé pour contrôler cette tendance démontre qu'il ne s'agit pas ici d'un phénomène marginalisé.³

Tous ces éléments constituent des facteurs contextuels qui limitent l'impact définitif des produits de santé, particulièrement les médicaments et les vaccins, étant donné qu'en fin de compte, toutes les innovations technologiques doivent se produire au moyen de systèmes de santé concrets. Comme nous l'avons vu lors des vives discussions qui se sont déroulées au sujet de l'accès aux médicaments contre le VIH/SIDA, le développement de médicaments efficaces en l'absence de structures adéquates facilitant leur accès aux patients peut créer des dilemmes d'ordre éthique et politique très graves.

Fort heureusement, ce domaine est l'un des secteurs où l'interdépendance a ouvert de nouvelles voies facilitant une initiative collective à l'échelle internationale. Ainsi les premiers efforts déployés durant les années 90 pour réduire les coûts des médicaments contre le SIDA ont abouti à des résultats très modestes. Il y a quelques années cependant, une forte mobilisation internationale a pu persuader plusieurs compagnies multinationales de produits pharmaceutiques à conclure des accords avec les pays en développement pour obtenir des réductions substantielles des prix des médicaments. Le Mexique a bénéficié de ces accords et c'est grâce à ceux-ci que notre pays jouit aujourd'hui d'un accès universel aux anti-rétroviraux.

Des secteurs liés à la mondialisation ont facilité l'organisation en 2001 d'une session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA, au cours de laquelle a été approuvée l'historique Déclaration d'engagement. C'était la première fois dans l'histoire que l'Assemblée générale consacrait une session à une question de santé, événement qui souligne les rapports croissants entre les pandémies comme le SIDA, le développement économique et la sécurité mondiale.

La complexité croissante des systèmes de santé a relevé plus que jamais la valeur des comparaisons internationales à ce sujet. Étant donné l'énorme impact économique et social des décisions de politiques, les pays peuvent bénéficier d'un processus d'apprentissage partagé. Telle est la signification de l'initiative qu'a lancée en 2000 l'Organisation mondiale de la santé pour évaluer le rendement des systèmes de santé à travers le monde entier.⁴ L'analyse comparative a le potentiel de promouvoir la vulgarisation internationale des pratiques optimales existantes.

Ce genre de biens publics de portée mondiale liés aux connaissances sera un élément clé permettant d'obtenir des améliorations additionnelles dans le domaine de la santé.⁵ En fait,

nous savons aujourd'hui que la plupart des progrès en matière de santé qui ont été enregistrés au XXème siècle peuvent être attribuée au progrès des connaissances obtenues au moyen de trois mécanismes. En premier lieu, la connaissance stimule des technologies nouvelles et plus avancées pour la manufacture de médicaments, de vaccins et de procédures de diagnostic. En deuxième lieu, alors qu'elle est intériorisée par les personnes, la connaissance scientifique structure son comportement journalier à l'égard de questions importantes comme l'hygiène personnelle, les habitudes alimentaires, la sexualité et l'éducation des enfants. Ainsi, la connaissance contribue à porter les personnes à modifier leur style de vie au bénéfice de leur santé. En troisième lieu, la connaissance peut améliorer la prise de décisions par les gouvernements, tant en ce qui a trait à la fourniture de services de santé qu'à la formulation des politiques publiques.

Chacun de ces mécanismes est limité par une série d'obstacles que nous devons surmonter. Pour ce qui est de l'utilisation des connaissances requises pour aboutir à de nouvelles solutions, notre principal enjeu consiste à combler le « Fossé 10/90 » selon lequel à peine 10% des ressources mondiales sont consacrées à la recherche de solutions à des problèmes de santé qui affectent 90% de la population dans le monde. Pour ce qui est de l'utilisation des connaissances pour améliorer les styles de vie, l'enjeu consiste à élargir l'accès aux connaissances de toutes les personnes, notamment des personnes les plus démunies. Démocratiser les connaissances est un élément essentiel à l'habilitation des personnes à développer la capacité d'affronter les risques traditionnels et émergents. Cette capacité leur permet aussi de devenir des utilisateurs informés des services de santé et des citoyens exigeant leurs droits. Finalement, le troisième obstacle se réfère à l'écart qui sépare encore le savoir et le faire, en raison d'une conversion inadéquate de la recherche en décisions concrètes pour une action immédiate. Ici, le grand défi consiste à obtenir que le **pouvoir des concepts** oriente **les concepts du pouvoir**, c'est-à-dire les concepts de ceux qui jouissent de la faculté de concevoir et de mettre en œuvre les politiques de santé.

Divers développements récents dans notre pays permettent d'illustrer ce dernier point. Grâce à la collaboration de plusieurs organisations universitaires et internationales, la capacité analytique des politiques de santé a été considérablement enrichie durant ces dernières années à l'aide d'outils comme l'évaluation du fardeau de la maladie, l'analyse du ratio coût-rendement, les

comptes nationaux de santé et les enquêtes normalisées. L'application rigoureuse de ces biens publics globaux liés à la connaissance, conjointement avec l'existence d'excellentes bases de données nationales, a aidé à impulser une réforme structurelle du système mexicain de la santé.

Il s'agit probablement d'un cas de manuel qui fait état des politiques basées sur des preuves. En effet, l'analyse rigoureuse a permis que les décideurs aussi bien que le public en général prennent conscience des diverses réalités critiques ayant besoin d'une solution. Ainsi, un calcul prudent des comptes nationaux de santé a révélé que plus de la moitié des dépenses totales afférentes à la santé au Mexique représentaient des menues dépenses. Ceci était dû au fait qu'environ la moitié de la population n'avait pas d'assurance-maladie. Ces résultats se sont révélés inattendus, étant donné que l'on avait généralement cru que le système mexicain de santé était financé essentiellement à l'aide de ressources publiques. Par contraste, l'analyse a révélé l'existence d'un paradoxe inacceptable. Nous savons que les soins de santé constituent l'un des moyens les plus efficaces de lutte contre la pauvreté. Cependant, ces soins médicaux deviennent un facteur d'appauvrissement des foyers lorsque les mécanismes sociaux ne sont pas disponibles pour garantir un financement équitable qui protège toute la population.

La vérification du fait que des millions de foyers versaient de leurs poches des sommes catastrophiques, a donné lieu à une perspective différente du fonctionnement du système de santé. Les auteurs des politiques publiques ont élargi leur approche pour prendre en considération les diverses questions financières dont l'énorme impact sur la fourniture de services de santé et les niveaux de pauvreté des foyers mexicains a été démontré. Un autre bien public global a également contribué à la réforme : il s'agit du mécanisme mis en place par l'Organisation mondiale de la santé pour l'évaluation du rendement des systèmes de santé. Ce mécanisme, publié en 2000 dans le cadre du *Rapport sur la santé dans le monde*, a mis l'accent sur le financement équitable comme l'un des objectifs intrinsèques des systèmes de santé.⁶

Comme conséquence directe du volume élevé des menues dépenses, une comparaison effectuée à l'échelle internationale montre que la performance du Mexique en matière de justice financière a été très faible. Au lieu de provoquer une réaction défensive, la vérification de ce résultat a abouti en 2001 à la réalisation d'une analyse détaillée sur le plan national, laquelle a

montré que les décaissements en cas de catastrophes se concentraient dans les foyers pauvres et non assurés. Cette analyse a été menée conjointement par le Secrétariat de la santé du Mexique, l'OMS et la Fondation mexicaine pour la santé, circonstance qui offre un exemple de la façon dont les gouvernements nationaux, les institutions internationales et les institutions non gouvernementales peuvent conjuguer leurs efforts. L'analyse réalisée à l'échelle nationale a été basée sur des données provenant des enquêtes sur les revenus et les dépenses pour le Mexique, un autre bien public global. Ces enquêtes menées par plusieurs pays dans le monde contribuent à créer des bases de données homogènes qui demeurent la clé des comparaisons internationales.

Le recours prudent à des analyses nationales et internationales a créé les outils nécessaires à la promotion d'une réforme législative approfondie qui a été approuvée en 2003 par une vaste majorité du Congrès mexicain, établissant ainsi un système de protection sociale en matière de santé. Ce système procède à une réorganisation et à un accroissement du financement public pour que, sur une période de sept ans, il devienne un pourcentage du PIB. L'objectif visé est d'offrir une assurance universelle de santé à 50 millions de Mexicains, pauvres dans leur grande majorité et qui à cette date, avaient été exclus des plans officiels d'assurance-santé parce qu'ils étaient indépendants, travaillaient en dehors du marché du travail, ou enfin oeuvraient dans le secteur informel de l'économie.

L'une des caractéristiques de l'expérience mexicaine a été l'investissement dans la recherche en vue de la conception de la réforme, le suivi de sa mise en œuvre et l'évaluation des résultats. C'est là un exemple clair et net de la possibilité d'harmonisation de deux éléments clés de la recherche portant sur la santé : **l'excellence scientifique et la pertinence de la prise de décisions.**

La nécessité de mener une enquête solide pour épauler la prise de décisions est renforcée de nos jours, au moment où nous sommes tous en quête de moyens plus efficaces de renforcer les systèmes nationaux de santé. En raison des lacunes qui affectent notre connaissance actuelle, chaque initiative de réforme doit être considérée comme une expérimentation dont les répercussions doivent être documentées à l'avantage de toute autre initiative, présente ou future. Ceci requiert un investissement solide en matière de recherches des systèmes de santé. Chaque innovation offre une occasion d'apprentissage. Ne pas en tirer profit nous

condamne à redécouvrir à un coût énorme ce que l'on savait déjà, ou pire encore, à répéter les erreurs du passé. Pour **réformer**, il est indispensable **d'informer**; dans le cas contraire, on court le risque de **déformer**.

Le cas mexicain démonte aussi que le dilemme entre la recherche locale et globale est un faux problème. Comme nous l'avons vu, la mondialisation permet de convertir les connaissances en un bien public international qui peut être porté au centre des agendas nationaux en vue de faire face à un problème local. Cette application de son côté alimente la réserve globale d'expériences, en créant un processus d'apprentissage partagé entre les nations.

Finalement, la réforme mexicaine illustre comment les biens publics de la connaissance peuvent habiliter les décideurs locaux à faire avancer l'agenda de la santé à la lumière de la concurrence pour l'octroi des soins et des ressources publiques. Les responsables de la santé peuvent utiliser les preuves à travers le monde pour démontrer que, en sus de sa valeur intrinsèque, un système de santé fonctionnant bien contribue au bien-être collectif de la société, à un meilleur taux de productivité, à un accroissement de la capacité éducative, au développement du capital humain, à la création d'emplois, à la protection de l'épargne, à l'allègement de la pauvreté, au renforcement de la concurrence et à la stimulation directe de la croissance économique. Ces arguments ont constitué un puissant instrument permettant de convaincre les décideurs de la nécessité de mobiliser **plus de fonds pour la santé**. Mais il est également indispensable de garantir aux citoyens la disponibilité d'un système de santé performant qui les mette en mesure d'obtenir un plus large éventail de **services de santé par rapport aux sommes qu'ils doivent verser**.

Le rendement des systèmes de santé locaux peut également être accru grâce à l'un des moteurs les plus importants de la mondialisation : la révolution des télécommunications. La médecine à distance ouvre de vastes perspectives d'amélioration de l'accès des populations marginalisées aux avantages de l'innovation, étant donné qu'elle laisse entrevoir un avenir dans lequel la distance physique ne constituera plus un obstacle majeur à l'octroi des soins de santé.

Naturellement, l'enjeu consistera à assurer que les fractures géographiques ne soient pas simplement remplacées par les fractures numériques, et que les nouvelles technologies ne donnent pas lieu à de nouvelles formes d'exclusion sociale. La portée de

cet enjeu devient évidente lorsque nous constatons que 80 pour cent de la population mondiale qui vivent dans les pays en développement, comptent pour moins de 10 pour cent des utilisateurs d'Internet.⁷ Les nouvelles formes d'exclusion sociale sont alimentées par les fléaux de longue date que sont la pauvreté et l'inégalité. Les 1 300 milliards de personnes qui survivent avec un dollar par jour nous rappellent les énormes fossés qui restent à combler.

L'exclusion et l'inégalité représentent l'une des faces obscures de la mondialisation ; l'autre étant l'insensibilité envers les cultures locales. Pris dans leur ensemble, ces facteurs peuvent expliquer l'un des paradoxes les plus douloureux de notre époque : précisément au moment où la technologie se rapproche plus que jamais de l'être humain, nous assistons à la réapparition de l'intolérance sous forme de xénophobie, d'épuration ethnique et d'oppression.

Avec l'intolérance, surgit, comme un frère siamois, le terrorisme, instrument traditionnel des minorités fanatiques offensées qui refusent de croire en la persuasion. Dans son essence, le terrorisme est la pire forme de déshumanisation, vu qu'il transforme les personnes innocentes en de simples cibles de ses attaques. L'arsenal du terrorisme s'est élargi pour inclure des armes chimiques et biologiques. Selon les services d'espionnage, durant ces récentes années, plusieurs groupes de militants à travers le monde ont essayé de développer ou d'acquérir des armes biologiques à des fins terroristes. Beaucoup de discussions ont été tenues au sujet de la viabilité et de la portée possible de ce type d'attaques. Ce qui est devenu évident cependant, c'est que, à la lumière des récents événements survenus à New York, Madrid et Londres, et de la croissance rapide du pouvoir de la biotechnologie, il est indispensable de renforcer nos systèmes de surveillance à travers des réseaux internationaux de laboratoires de santé publique, de mécanismes efficaces d'échange d'information et de programmes de formation à l'intention d'un personnel spécialisé. Indépendamment du fait qu'il pourrait ou non se produire une attaque bio-terroriste, ces mesures en elles-mêmes peuvent améliorer le fonctionnement quotidien de nos systèmes de santé pour le bien commun (Henderson, 2001).

Dans le long terme, l'enjeu le plus important qui se pose est celui de la mise en place d'un ordre mondial caractérisé par la paix au milieu de la diversité. Au lieu d'affirmer nos identités en rejetant ou en détruisant ce qui est différent, nous avons pour

obligation d'essayer d'aplanir les confrontations, de gérer les plaintes de manière équitable et de rechercher des accords (Berlin, 1992). Ainsi, nous pourrions vivre selon ce que Vaclav Havel (1995), ancien Président de la République Tchèque, a dénommé un code de base de coexistence mutuelle.

La santé peut contribuer à l'atteinte de cet objectif parce qu'elle englobe ces phénomènes qui unissent tous les êtres humains. C'est dans la naissance, la maladie, la récupération et finalement la mort que nous retrouvons tous notre humanité commune. Durant les périodes critiques qu'a connues le monde, la santé a constamment été l'une des rares aspirations de portée vraiment universelle. En fait, avant la constitution des organisations techniques spécialisées, les questions relatives à la santé représentaient un volet essentiel de la diplomatie internationale. De nos jours, la santé nous offre à nouveau l'occasion concrète de concilier **l'intérêt propre** de chaque pays avec **l'intérêt commun** de toutes les nations. Aujourd'hui, plus que jamais, la santé représente un pont pour la paix, un terrain commun, une source de sécurité partagée.

Si nous devons édifier un nouvel ordre mondial dans lequel les valeurs comme la santé sont encouragées au nom de la justice, il sera indispensable de renouveler la coopération internationale. En conclusion, permettez-moi de suggérer trois éléments pour ce processus de rénovation, les trois « e », à savoir l'échange de données d'expérience, les épreuves et l'empathie.

Les systèmes de santé à travers le monde font face à des enjeux sans précédents, dont beaucoup d'entre eux, comme il a déjà été mentionné, sont liés au processus de mondialisation. La révolution qui s'est opérée dans le domaine des communications nous offre l'occasion de procéder à un partage d'expériences au sujet des meilleures méthodes à retenir pour affronter ces enjeux. Pour que ce partage produise des fruits, il devra être basé sur des **épreuves** concernant les options. C'est à ce moment-là que nous serons en mesure de construire une base solide de connaissances alimentée par ce qui fonctionne vraiment ainsi que par la possibilité de transférer cette base à d'autres pays lorsqu'une telle décision s'avère raisonnable sur les plans culturel, politique et financier.

Mais, il faut mentionner une autre valeur. Le philosophe britannique Isaiah Berlin (2001) avait proposé l'étude comparative d'autres cultures comme antidote contre l'intolérance, les stéréotypes et le danger ou la duperie d'individus, de tribus,

d'États, d'idéologies ou de religions qui sont présentés comme les seuls détenteurs de la vérité. Et cette analyse nous conduit au troisième élément, l'**empathie**, cette caractéristique humaine qui nous permet de manifester de l'émotion face à une réalité qui nous est étrangère, de la comprendre, de nous identifier avec elle et en fin de compte, de mettre en valeur les éléments essentiels qui font de nous tous des membres de la race humaine.

En nous incorporant à ce processus de rénovation, nous ferions bien de nous rappeler ces paroles d'un leader universel, le Dr. Martin Luther King Jr (1968) 8), qui, il y a 40 ans, s'exprimait en ces termes:

“En réalité, les choses se réduisent à ce qui suit : Dans la vie, tout est lié. Nous nous retrouvons tous pris dans un réseau inévitable de réciprocité, entremêlés dans la structure d'un destin commun. Tout ce qui affecte une personne directement, affecte toutes les autres indirectement”.

Continuons à tisser ensemble le destin en faveur d'une meilleure santé pour l'humanité dans ce monde interdépendant que nous avons le privilège de partager.

NOTES

1. Board on International Health, Institute of Medicine. 1997. "America's Vital Interest in Global Health: Protecting our People, Enhancing our Economy, and Advancing our International Interests". Washington, D.C.: National Academy Press.
1. Frenk, J., Sepúlveda, J., Gómez-Dantés, O., McGuinness, M., and Knaul, F. 1997. *The New World Order and International Health*. BMJ 314:1404-1407.
1. World Health Organization. 1999. *Medical Products and the Internet*. Geneva: WHO.
1. World Health Organization. 2000. *World Health Report. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.
1. Kaul, I., Grumberg, Y., and Stein, M., eds. 1999. *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*. New York: Oxford University Press for the United Nations Development Programme.
1. World Health Organization. *World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance*. Geneva: WHO.
1. United Nations Development Programme. 1999. *Human Development Report*. New York: Oxford University Press.

REFERENCIAS

- Berlin, I. 1992. "The pursuit of the ideal". In: Berlin, I., *The Crooked Timber of Humanity*. New York: Vintage Books.
- Berlin, I. 2001. Nacionalismo: notas para una conferencia futura. *Letras Libres* 3, 34.
- Garret, L. 2005. The Next Pandemic. *Foreign Affairs* 84, 4.
- Havel, V. 1995. A Courageous and Magnanimous Creation. *Harvard Gazette* June, 15.
- Henderson, D. 2001. Testimony Before the Foreign Relations Committee of the U.S. Senate, September 5.
- Hobsbawm, E. 1994. *The Age of Extremes: A History of the World, 1914-1991*. New York: Pantheon Books.
- Karlen, A. 1995. Man and Microbes. *Disease and Plagues in History and Modern Times*. New York: Simon and Schuster.
- Kearny, A.T., Inc. 2001. Foreign Policy. "Midiendo la globalización". *Este País*, May.
- King, ML, Jr. 1968. *The Trumpet of Conscience*. New York: Harper.
- Osterholm, M. 2005. Preparing for the Next Pandemic. *Foreign Affairs* 84, 4.
- Porter, R. 1996. *Illustrated History of Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Porter, R. 1999. Health, Civilization and the State. *A history of Public Health from Ancient to Modern Times*. London & New York: Routledge.
- Porter, R. 2004. *A Short History of Medicine*. Blood and Guts. New York and London: WW Norton & Company.
- Valaskakis, K. 2001. Westfalia II: por un nuevo orden mundial. *Este País* 126.

NOTICES BIOGRAPHIQUES DES AUTEURS

Julio Frenk a été diplômé en 1979 comme médecin chirurgien à l'Université nationale autonome de Mexico. Il obtint de l'Université de Michigan une maîtrise en santé publique (1981), une maîtrise en sociologie (1982) et un double doctorat en organisation des soins médicaux et en sociologie (1983). De 1987 à 1992, il fut Directeur général fondateur de l'Institut national de santé publique du Mexique. Entre 1995 et 1998, il fut vice-président exécutif de la Fondation mexicaine pour la santé, une organisation de la société civile, et Directeur de son centre d'économie et de santé. En 1998, le Dr. Frenk fut nommé Directeur exécutif chargé des preuves scientifiques et de l'information pour les politiques tracées par l'Organisation mondiale de la santé ayant son siège à Genève (Suisse). Il exerce actuellement la fonction de Ministre de la santé du Mexique.

Octavio Gómez Dantés est médecin chirurgien diplômé de l'Université autonome métropolitaine de Mexico. Il détient une maîtrise en santé publique et une autre maîtrise en politiques de la santé. Ces deux diplômes ont été décernés par l'École de santé publique de l'Université de Harvard. Il a été chercheur à l'Institut national de santé publique du Mexique et à la Fondation mexicaine pour la santé, où il a mené des recherches dans les domaines des politiques de santé et de santé internationale. Il a été aussi conseiller de l'Académie nationale de médecine pour un projet concernant l'impact du Traité de libre échange d'Amérique du Nord sur les services de santé au Mexique. Il exerce actuellement la fonction de Directeur général de l'évaluation du rendement du Secrétariat de la santé du Mexique.

NOTES

1. Board on International Health, Institute of Medicine. 1997. "America's Vital Interest in Global Health: Protecting our People, Enhancing our Economy, and Advancing our International Interests". Washington, D.C.: National Academy Press.
2. Frenk, J., Sepúlveda, J., Gómez-Dantés, O., McGuinness, M., and Knaul, F. 1997. *The New World Order and International Health*. BMJ 314:1404-1407.
3. World Health Organization. 1999. Medical Products and the Internet. Geneva: WHO.
4. World Health Organization. 2000. World Health Report. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO.
5. Kaul, I., Grumberg, Y., and Stein, M., eds. 1999. *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*. New York: Oxford University Press for the United Nations Development Programme.
6. World Health Organization. World Health Report 2000. *Health Systems: Improving performance*. Geneva: WHO.
7. United Nations Development Programme. 1999. Human Development Report. New York: Oxford University Press.

REFERENCIAS

- Berlin, I. 1992. "The pursuit of the ideal". In: Berlin, I., *The Crooked Timber of Humanity*. New York: Vintage Books.
- Berlin, I. 2001. Nacionalismo: notas para una conferencia futura. *Letras Libres* 3, 34.
- Garret, L. 2005. The Next Pandemic. *Foreign Affairs* 84, 4.
- Havel, V. 1995. A Courageous and Magnanimous Creation. *Harvard Gazette* June, 15.
- Henderson, D. 2001. Testimony Before the Foreign Relations Committee of the U.S. Senate, September 5.
- Hobsbawm, E. 1994. *The Age of Extremes: A History of the World, 1914-1991*. New York: Pantheon Books.
- Karlen, A. 1995. Man and Microbes. *Disease and Plagues in History and Modern Times*. New York: Simon and Schuster.
- Kearny, A.T., Inc. 2001. Foreign Policy. "Midiendo la globalización". *Este País*, May.
- King, ML, Jr. 1968. *The Trumpet of Conscience*. New York: Harper.
- Osterholm, M. 2005. Preparing for the Next Pandemic. *Foreign Affairs* 84, 4.
- Porter, R. 1996. *Illustrated History of Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Porter, R. 1999. Health, Civilization and the State. *A history of Public Health from Ancient to Modern Times*. London & New York: Routledge.
- Porter, R. 2004. *A Short History of Medicine*. Blood and Guts. New York and London: WW Norton & Company.
- Valaskakis, K. 2001. Westfalia II: por un nuevo orden mundial. *Este País* 126.

NOTICES BIOGRAPHIQUES DES AUTEURS

Julio Frenk a été diplômé en 1979 comme médecin chirurgien à l'Université nationale autonome de Mexico. Il obtint de l'Université de Michigan une maîtrise en santé publique (1981), une maîtrise en sociologie (1982) et un double doctorat en organisation des soins médicaux et en sociologie (1983). De 1987 à 1992, il fut Directeur général fondateur de l'Institut national de santé publique du Mexique. Entre 1995 et 1998, il fut vice-président exécutif de la Fondation mexicaine pour la santé, une organisation de la société civile, et Directeur de son centre d'économie et de santé. En 1998, le Dr. Frenk fut nommé Directeur exécutif chargé des preuves scientifiques et de l'information pour les politiques tracées par l'Organisation mondiale de la santé ayant son siège à Genève (Suisse). Il exerce actuellement la fonction de Ministre de la santé du Mexique.

Octavio Gómez Dantés est médecin chirurgien diplômé de l'Université autonome métropolitaine de Mexico. Il détient une maîtrise en santé publique et une autre maîtrise en politiques de la santé. Ces deux diplômes ont été décernés par l'École de santé publique de l'Université de Harvard. Il a été chercheur à l'Institut national de santé publique du Mexique et à la Fondation mexicaine pour la santé, où il a mené des recherches dans les domaines des politiques de santé et de santé internationale. Il a été aussi conseiller de l'Académie nationale de médecine pour un projet concernant l'impact du Traité de libre échange d'Amérique du Nord sur les services de santé au Mexique. Il exerce actuellement la fonction de Directeur général de l'évaluation du rendement du Secrétariat de la santé du Mexique.