

Eugène Aujaleu dans les archives du *Monde*

Le Monde 22 février 1964

UNE POLITIQUE DE LA PRÉVENTION ", l'ouvrage de MM. Huet, président de la commission d'hygiène sociale au Conseil général de la Seine, et Rivière, directeur de l'hygiène sociale à la préfecture, a été présenté jeudi à l'Hôtel de Ville par M. Dardel, président du Conseil général de la Seine. Soulignant l'intérêt de ce livre, auquel ont collaboré d'éminents spécialistes, M. Dardel a mis en évidence les efforts de prévention dans le département.

À L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE. - Le docteur Eugène Aujaleu, professeur agrégé de médecine, vient d'être nommé directeur de cet organisme, en remplacement du professeur Bugnard, qui part en retraite. Le docteur Aujaleu, qui était précédemment directeur général de la santé publique, sera remplacé par le docteur J.-P. Robin, inspecteur divisionnaire de la santé à Lyon.

.....

PARIS EST FAVORABLE A L'ADMISSION DE PÉKIN A L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Le Monde 04 mars 1964

Genève, 3 mars (A.F.P.). - La 17e assemblée mondiale de la santé (O.M.S.) s'est ouverte mardi matin au Palais des nations.

Le Dr Eugène Aujaleu, chef de la délégation française, a annoncé au cours de la séance plénière que le gouvernement français était en faveur de l'admission de la République populaire de Chine à l'O.M.S.

[L'attitude de la France fait logiquement suite à la reconnaissance de Pékin par Paris le 28 janvier dernier. On peut imaginer que la France appuiera la candidature de la Chine populaire à l'O.N.U. et à tous les organismes internationaux qui lui sont affiliés.

Chacune des assemblées de l'O.M.S., depuis 1949, s'est ouverte sur une motion du bloc soviétique et des pays afro-asiatiques en faveur de l'admission de la Chine communiste à la place de Formose. Ces motions ont été à chaque fois rejetées par la majorité pro-occidentale de l'Organisation, qui estime que l'O.M.S. ne doit pas prendre de décision politique.

Indépendamment de l'O.N.U., la France jusqu'ici avait toujours soutenu ce point de vue. Son revirement n'a pas renversé la majorité puisque finalement la motion communiste soutenue par la France et le bloc neutraliste a été repoussée par 51 voix contre 21 et 22 abstentions.]

.....

LE DOCTEUR AUJALEU directeur de l'Institut national d'hygiène ; LE DOCTEUR ROBIN directeur général de la santé

Le Monde 29 février 1964

Un décret, publié au Journal officiel du 28 février, confirme la nomination, que nous avons récemment annoncée, du docteur Eugène Aujaleu au poste de directeur de l'Institut national d'hygiène, en remplacement du professeur Bugnard, appelé à d'autres fonctions. Aux termes d'un second décret le docteur Aujaleu est remplacé, comme nous l'avons également dit, au poste qu'il occupait précédemment de directeur général de la santé publique au ministère de la santé publique et de la population par le docteur J.-P. Robin, inspecteur divisionnaire de la santé à Lyon. [Né le 29 octobre 1903 à Négrepelisse (Tarn-et-Garonne), le docteur Eugène Aujaleu, médecin des hôpitaux militaires, a été successivement professeur agrégé dans la chaire d'épidémiologie au Val-de-Grâce (1936-1939), inspecteur général de la santé (1941), directeur des services de la santé du Comité français de libération nationale et du gouvernement provisoire d'Alger (1942-1944), directeur de l'hygiène sociale au ministère de la santé (1945), directeur général de la santé (1956), président du conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la santé (1959-1960). Il est commandeur de la Légion d'honneur.][Le docteur Robin, né au Puy, est âgé de soixante-trois ans. Diplômé de la faculté de médecine et ancien interne des hôpitaux de Lyon, il exerça pendant une dizaine d'années avant de faire partie, en 1937, de la première promotion d'inspecteurs départementaux de la santé. Inspecteur régional en 1939, puis, en 1945, directeur régional de la santé, le docteur Robin n'a jamais quitté Lyon, où il a la réputation d'être un excellent administrateur.]

.....

Le Monde Diplomatique nov. 1965

UN NOUVEL EXEMPLE DE COOPERATION ENTRE ETATS : LE CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER

Un compromis entre un organisme indépendant et une institution incluse dans l'O. M. S.

PAR EUGENE AUJALEU

ALORS que tout le monde s'accorde sur l'intérêt de coordonner et d'intensifier les recherches sur le cancer, il aura fallu toute l'autorité du général de Gaulle, l'action persévérante de M. Marcellin, ministre de la santé publique et de la population, et deux ans de négociations pour créer le Centre international de recherches sur le cancer, lui donner

un statut et assurer son financement. Il est vrai que cet organisme est sans précédent, tant en ce qui concerne son statut que ses attributions.

Le problème était le suivant : instituer un organisme intergouvernemental disposant de moyens financiers importants qui s'efforceraient, grâce à ses moyens et à l'autorité scientifique de ses conseils, d'orienter et de coordonner la recherche sur le cancer dans le monde et de subventionner les activités qui lui paraîtraient les plus intéressantes pour aboutir à la connaissance, à la prévention et à la guérison du cancer. Ceci à l'exclusion de toute recherche de laboratoire effectuée par le Centre lui-même, ces recherches devant être confiées aux laboratoires nationaux les plus qualifiés pour les mener.

Un premier obstacle d'ordre juridique venait de ce que tous les Etats, en ratifiant la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.), ont confié à cette organisation internationale la mission *« d'agir en tant qu'autorité directe et coordinatrice dans le domaine de la santé des travaux ayant un caractère international »*.

Il n'était pas douteux que les activités que l'on voulait confier à un Centre international de recherches sur le cancer tombaient sous le coup de ces dispositions.

Or les gouvernements qui avaient accepté d'unir leurs efforts pour améliorer la recherche cancérologique dans le monde, tout en appréciant l'activité de l'O.M.S. au sein de laquelle ils jouent d'ailleurs un rôle important, craignaient que la procédure de cette Organisation, et notamment la nécessité de soumettre les projets à une assemblée de près de cent vingt membres, ne soit pas assez souple. Ils redoutaient en fin de compte que leurs efforts pour la recherche sur le cancer ne se trouvent dilués dans l'action générale de l'O.M.S. et pensaient que l'opinion publique de leurs pays, dont on pouvait attendre beaucoup pour le financement du futur centre, serait plus sensible à la création d'un

organisme autonome et moins impersonnel qu'une grande organisation spécialisée des Nations unies dont le cancer, au demeurant, ne pouvait pas être la préoccupation essentielle.

Par contre, les mêmes gouvernements étaient conscients des difficultés qui ne manqueraient pas de se poser à propos notamment des problèmes de personnel, de retraite, de gestion de fonds, etc., dans un organisme international complètement indépendant, administré par un petit nombre de personnes et qui se voulait essentiellement un état-major de la recherche cancérologique.

La Constitution de l'O.M.S. a finalement fourni la solution de compromis qui évite les inconvénients des deux formules primitivement envisagées : l'organisme totalement indépendant et l'inclusion dans l'O.M.S.

L'article 18 de la Constitution prévoit en effet que l'une des attributions de l'Assemblée mondiale de la santé (réunion des représentants des Etats membres de l'O.M.S.) est de « *créer dans le domaine de la santé toutes institutions qu'elle estimerait désirables en vue de promouvoir et de conduire la recherche* ». Il suffisait donc d'obtenir de l'Assemblée qu'elle accepte de créer le Centre international de recherches sur le cancer et qu'elle décide que cette institution fonctionnerait conformément aux dispositions d'un statut administratif et financier qui lui serait proposé par les cinq pays qui avaient pris l'initiative de créer ce Centre.

C'est ce qui a été fait par l'Assemblée mondiale de la santé, dans un vote unanime, le 20 mai dernier, à la suite des efforts conjugués des représentants à l'O.M.S. des cinq pays (Allemagne, Etats-Unis, France, Italie, Grande-Bretagne) et du D' Candau, directeur général de l'O.M.S., dont la collaboration dans toute cette affaire a été inestimable.

Le Centre international de recherches sur le cancer est une institution de l'O.M.S. jouissant d'un statut qui lui accorde un conseil de direction indépendant, une autonomie financière complète et la liberté la plus totale des décisions d'ordre technique. Cette indépendance est encore accentuée par l'implantation du Centre à Lyon et non à Genève, où se trouvent les services centraux de l'Organisation mondiale de la santé. Par contre, l'administration de ce Centre est placée sous la haute autorité du directeur général de l'O.M.S., et les services de l'O.M.S. (services administratifs, financiers, de traduction, d'interprétation, etc.) seront largement utilisés par le Centre.

La structure interne

Le Centre comprend un conseil de direction, un conseil scientifique et un secrétariat ayant à sa tête un directeur. Le conseil de direction est l'autorité supérieure du Centre. Il est composé d'un représentant de chaque Etat participant et du directeur général de l'O.M.S. Actuellement sept Etats participent aux responsabilités du Centre puisque l'Australie et l'U.R.S.S. se sont jointes en septembre dernier aux cinq Etats qui avaient pris l'initiative. D'autres Etats ont manifesté leur intention d'adhérer prochainement, et on peut penser que très rapidement le conseil de direction comprendra une quinzaine de membres.

Le conseil de direction adopte le budget, contrôle les dépenses, fixe l'effectif du personnel et, après examen des recommandations du conseil scientifique, établit le programme des activités du Centre.

Au cours de sa première session en septembre dernier, le conseil de direction a adopté le règlement financier et le règlement intérieur du Centre, a désigné le conseil scientifique et a choisi le directeur

qui sera nommé, conformément aux statuts, par le directeur général de l'O.M.S.

Le conseil scientifique est certainement l'organisme le plus important du Centre. Il est composé de douze personnalités scientifiques choisies pour leur compétence dans le domaine de la recherche sur le cancer et les domaines connexes, sans considération de nationalité ni d'équitable répartition géographique, comme l'on dit dans les organisations internationales. Actuellement, cinq membres du conseil scientifique appartiennent à des pays qui ne participent pas et ne participeront peut-être jamais aux responsabilités du Centre. Les membres sont nommés pour trois ans et ne sont pas rééligibles immédiatement.

Le conseil scientifique a pour mission générale de définir la politique scientifique du Centre et de déterminer les orientations à donner à la recherche cancérologique. Plus particulièrement et dans ce cadre général, il doit préparer et proposer à l'approbation du conseil de direction le programme d'activité qui sera financé par le budget ordinaire du Centre, et les projets spéciaux qui pourront être mis en œuvre si des contributions bénévoles s'ajoutent aux cotisations des Etats participants.

Le conseil scientifique doit également, à l'intention du conseil de direction, apprécier les activités du Centre et formuler périodiquement des avis sur ces activités.

Le secrétariat constitue, sous l'autorité générale du directeur général de l'Organisation mondiale de la santé, l'organe administratif du Centre. Il se compose d'un directeur et du personnel nécessaire.

Le directeur, qui doit être un médecin au courant des problèmes de recherche cancérologique, prépare les programmes futurs et les prévisions budgétaires, surveille la mise en œuvre du programme en cours et dirige les activités administratives et financières. Il

doit présenter à chaque Etat participant et à l'O.M.S. un rapport annuel sur les travaux du Centre et les prévisions budgétaires pour l'exercice suivant.

Le directeur et le personnel du secrétariat ont le statut du personnel de l'O.M.S.

Deux sources de financement

Le financement des activités du Centre est assuré par deux catégories de ressources : d'une part, les contributions annuelles des Etats participants; d'autre part, les dons ou subventions spéciales émanant de toute personne physique ou morale ou de tout gouvernement, y compris les gouvernements des Etats participants qui peuvent ajouter à leur contribution annuelle obligatoire.

La contribution annuelle est la même pour chaque Etat participant, au contraire de ce qui se passe à l'O.N.U. ou dans ses institutions spécialisées, et notamment à l'O.M.S. Elle a été fixée à 150 000 dollars, soit environ 750 000 F, après de longues discussions au cours desquelles le gouvernement français a essayé d'obtenir qu'elle soit plus élevée. Ce montant ne pourra être modifié pendant cinq ans que par une décision unanime du conseil de direction. Après cette période, il suffira d'une majorité des deux tiers pour l'augmenter.

Les biens et avoirs du Centre font l'objet d'une comptabilité séparée de celle des fonds et avoirs de l'O.M.S. et sont gérés par le conseil de direction.

Le Centre dispose donc de deux catégories de ressources : des ressources certaines constituées par les contributions annuelles des membres, et des subventions bénévoles aléatoires dont l'importance peut être très variable selon les années. Aussi doit-il mettre en œuvre deux programmes distincts correspondant à ces deux catégories de ressources.

Le programme d'activités permanentes est financé par les contributions annuelles. Il comprend les dépenses administratives, le rassemblement et la diffusion des renseignements portant sur l'épidémiologie du cancer et la recherche cancérologique, l'instruction et la formation du personnel pour la recherche cancérologique (attributions de bourses), et un programme d'enquêtes épidémiologiques et de recherches en cancérologie dont l'exécution est confiée à des équipes ou à des laboratoires nationaux qui recevront des subventions à cet effet.

Les contributions bénévoles supplémentaires doivent être utilisées à des activités complémentaires du programme permanent, à la démonstration d'activités pilotes en matière de prévention du cancer et à l'octroi d'aide à la recherche sur le plan national.

Le budget actuel du Centre est modeste puisqu'il s'élève à 5 250 000 F, mais les adhésions prochaines doivent permettre d'atteindre rapidement 10 millions de F, somme à laquelle s'ajouteront sans doute des contributions bénévoles. Et l'on peut supposer que, devant l'importance des besoins qui sera mise en évidence par le conseil scientifique, les Etats accepteront assez vite d'augmenter leur contribution, surtout s'ils ont le sentiment que l'argent versé au Centre est bien employé.

Un dernier mot sur la procédure d'adhésion de nouveaux pays. Tout Etat membre de l'O.M.S. peut être admis si le conseil de direction reconnaît, à la majorité des deux tiers, que ledit Etat se trouve en mesure d'apporter une contribution efficace aux activités scientifiques et techniques du centre, et si cet Etat s'engage à verser la contribution annuelle en vigueur.

Comme il a été indiqué plus haut, le siège du Centre a été fixé à Lyon sur proposition du gouvernement français. La ville de Lyon a mis à la disposition du

Centre un immeuble qui doit permettre l'installation provisoire de l'organisme (1). Mais il sera nécessaire de construire des locaux plus vastes et mieux adaptés aux besoins du Centre. La ville de Lyon a offert le terrain ; le financement de l'immeuble à construire sera vraisemblablement assuré par des contributions de l'Etat, du département du Rhône et de la ville de Lyon.

.....

Le Monde 16 juin 1972

Moscou. (A.F.P.). - M. Eugène Aujaleu, directeur honoraire de l'Institut français de la santé et de la recherche médicale, et conseiller d'Etat en service extraordinaire, a signé mercredi 14 juin, à Moscou, avec le vice-ministre de la santé de l'U.R.S.S., M. Serguei Bourenkov, un nouveau plan de coopération franco-soviétique dans le domaine de la médecine. Le plan, qui prévoit en premier lieu des travaux de recherche en cancérologie et rhumatologie, porte aussi sur les questions de génétique, de greffes d'organes et de tissus et sur l'utilisation d'ordinateurs en matière de statistiques médicales.

.....

Mme VEIL A MIS EN PLACE LE NOUVEAU CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Le Monde 26 février 1976

Mme Simone Veil, ministre de la santé, a procédé, mardi 24 février à la mise en place du Conseil supérieur d'hygiène publique, rénové, dirigé par le professeur Eugène Aujaleu. Mme Veil a notamment déclaré : " Les attributions du Conseil dépassent maintenant très largement le strict domaine de l'hygiène, ou plus exactement elles se définissent dans le sens le plus moderne, le plus évolutif donné à ce terme, c'est-à-dire une prévention orientée vers un mieux-être de l'individu et de la collectivité locale. " Le Conseil supérieur, a encore indiqué Mme Veil, sera maintenant davantage associé à l'organisation de la prévention. Ce conseil est le plus vieil organisme consultatif dans le domaine de la prévention sanitaire ; il est consulté sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé, par exemple les projets de stations d'épuration, les problèmes d'alimentation... La réforme qui vient d'intervenir amène notamment à une déconcentration des services.

.....

RÉUNIE À GENÈVE L'Assemblée mondiale de la santé adopte un " code international de commercialisation des substituts du lait maternel"

Genève - L'Assemblée mondiale de la santé, organe exécutif de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.), réunie à Genève, a adopté à une écrasante majorité, le mercredi 20 mai, le " code international de commercialisation des substituts du lait maternel " préparé depuis plusieurs années en collaboration avec l'UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance). L'opposition des principales firmes industrielles en cause et des États-Unis n'aura pas suffi à obtenir des délégués qu'ils renoncent à un projet aussi longuement mûri. Les conséquences juridiques et économiques de cette décision ne devraient pas tarder à apparaître, de même que l'effet de contagion - espéré par les uns, redouté par les autres - sur d'autres branches industrielles, à commencer, sans doute, par l'industrie pharmaceutique.

Par CLAUDE BRISSET **Le Monde 22 mai 1981**

C'est par quatre-vingt-treize voix contre trois (1) et neuf abstentions que l'Assemblée mondiale de la santé a adopté ce " code " préparé de longue date par les délégués des deux institutions internationales, attendu impatiemment dans l'immense majorité des pays en voie de développement et redouté par quelques-unes des grandes multinationales du monde, à commencer par Nestlé. Plus de cinquante délégués s'étaient inscrits, mercredi après-midi, pour exprimer leur point de vue sur ce sujet. L'ensemble des observateurs réunis à Genève pour la circonstance s'attendaient donc à une charge en règle contre l'industrie des substituts du lait maternel, que les débats de la matinée laissaient présager. Ainsi, la délégation algérienne, dans une intervention particulièrement vive, avait-elle fait part de son amertume devant les manœuvres de dernière heure destinées à édulcorer les décisions qui seraient prises.

C'est donc à la surprise générale que, sur proposition de la délégation belge, les cinquante orateurs acceptèrent, à l'issue d'un pré-vote rapide, de renoncer à leurs exposés et que la commission spécialisée de l'Assemblée mondiale adopta, malgré l'absence d'une bonne partie des délégués, le code que devaient entériner, ce jeudi, l'ensemble des représentants en séance plénière.

Comment s'explique une décision aussi rapide, qui a pris de court un certain nombre de délégations et provoqué des protestations sur la manière même dont furent menés les débats ? Selon certains, la célérité de la décision résulterait d'une manœuvre de la délégation américaine et des représentants des principales firmes industrielles présents à Genève, soucieux d'éviter que l'après-midi de mercredi ne donne lieu à des exposés détaillés et multiples relatifs aux méthodes de pénétration commerciale de l'industrie des aliments infantiles. Selon d'autres, l'explication résiderait dans la lassitude des délégués et surtout dans leur certitude que le projet de code, malgré l'opposition des États-Unis, serait de toute manière adopté.

L'interdiction de la publicité

Quoi qu'il en soit, le projet est désormais une recommandation officielle de l'O.M.S. à ses cent cinquante-cinq membres. Selon les principales dispositions de ce texte, les ventes de tous les substituts du lait maternel et autres produits lactés, des biberons, des tétines, ne devraient plus faire l'objet d'aucune publicité " ou autre forme de promotion auprès du grand public ". Les distributions d'échantillons, les

cadeaux divers, les ventes promotionnelles devraient cesser, de même que tout contact entre les agents de commercialisation rétribués par les firmes et les mères ou les femmes enceintes. Les établissements hospitaliers, les maternités, ne devraient plus être utilisés pour la promotion des préparations pour nourrissons ; seuls les agents de santé des pays en cause devraient être autorisés à conseiller l'utilisation des laits en poudre. L'étiquetage de ces produits devrait à l'avenir, mentionner expressément la supériorité de l'allaitement au sein, les termes " humanisé " ou " maternisé " devraient disparaître des emballages. D'autre part, les pays sont invités à intégrer cet ensemble de dispositions dans leur législation nationale, l'O.M.S. et l'UNICEF proposant, pour ce faire, la collaboration de leurs juristes. Les États membres seront tenus d'informer le directeur de l'O.M.S. de l'application de ce code qui fera l'objet d'un rapport tous les deux ans à l'Assemblée mondiale de la santé. Dès 1983, la XXXVI^e Assemblée mondiale dressera un premier bilan d'application et proposera, le cas échéant, que les dispositions du code soient renforcées, puisqu'elles ne sont, en leur état actuel, qu'un ensemble d'" exigences minimales ".

C'est pour obtenir l'adhésion d'un maximum d'États que l'O.M.S. avait renoncé, dès janvier dernier, à proposer que ce code devienne un " règlement international " dont la portée juridique eût été de loin plus contraignante que celle de la simple " recommandation " adoptée mercredi. On peut, en effet, se demander dans quelle mesure il s'imposera aux pays membres et aux sociétés multinationales dont il vise à réduire l'activité commerciale. La première possibilité d'application concerne les pays du tiers-monde, que le nouveau code souhaite protéger des techniques de pénétration des grandes multinationales. Ces États, en effet sont désormais en droit de transformer cette " recommandation " en législation. Le code vise aussi très directement les grandes multinationales productrices d'aliments pour nourrissons installées, dans leur immense majorité, dans les pays industrialisés. Ces dernières se sont regroupées en une association, l'UCIFI (2), dont les représentants étaient très nombreux, ces jours derniers à Genève. Après avoir rappelé, avant l'ouverture de l'Assemblée mondiale, que le projet de code " détaillé et inutilement restrictif interdit des programmes éducatifs essentiels et précise les relations entre l'industrie et les professionnels de la santé ", les membres de l'UCIFI se refusaient, mercredi soir, à toute déclaration.

La délégation française, que dirigeait le professeur Eugène Aujaleu, s'est affirmée, comme l'ensemble des délégations de l'Europe des Neuf - et celle de la Suisse - favorable à l'adoption du code. Les autorités françaises reconnaissent volontiers que ce débat aura eu le mérite de mettre en évidence certaines pratiques commerciales peu acceptables en France même et condamnées d'ailleurs par les plus importantes des firmes françaises productrices d'aliments infantiles. Le dernier gouvernement de M. Raymond Barre avait, d'ailleurs, élaboré, pour rationaliser ces pratiques, un projet de loi qu'il devait soumettre au vote de l'Assemblée nationale dissoute. Ce projet qui aurait modifié sur ce point le code de la santé visait, comme le fait précisément le texte adopté mercredi à Genève, à interdire toute publicité et promotion, en France même, des substituts du lait maternel ainsi que les distributions gratuites ou quasi gratuites qui se pratiquent dans les maternités.

L'adoption du code par l'Assemblée mondiale de la santé marque en tout état de cause une modification de certains rapports de force. De nombreuses délégations de pays du tiers-monde, passé l'effet de surprise provoqué par l'adoption précipitée d'un texte d'une telle importance, montraient mercredi soir une satisfaction évidente. Les moins enthousiastes n'étaient pas les membres d'un groupe contestataire (3), qui, après un boycottage de Nestlé et l'intense action d'information menée en Europe et aux États-Unis, ont vu, ce jour, le couronnement de plusieurs années d'efforts.

(1) États-Unis, Bangladesh et Tchad. Ces deux derniers pays devraient, ce jeudi 21 mai, modifier leur vote et accepter, eux aussi le projet de code

(2) International Council of Infant food industrie, Les sociétés membres de l'UCIFI, dont Nestlé représentent 85 % des ventes des préparations pour nourrissons dans les pays en voie de développement

(3) IBFAN: International Baby Food Action Network

.....

Le récent congrès de Carthagène analysé par le professeur Jacques Ruffié.

Par Docteur JACQUES RUFFIÉ, professeur au Collège de France.

Le Monde, 17 décembre 1984

L'ÉVOLUTION économique et démographique mondiale, le progrès des sciences biomédicales et des biotechnologies, donnent au sang et à ses dérivés une importance sans cesse accrue et renouvelée qui nécessite une harmonisation des concepts et des objectifs dans tous les pays du monde, prenant en compte les particularités et les possibilités nationales et régionales.

La conférence qui vient de se tenir à Carthagène du 25 au 30 novembre, à l'initiative de la Croix-Rouge colombienne, avec l'aide de l'ONUDI (Organisation des Nations unies pour le développement industriel) et du gouvernement français, ainsi que de la Fondation Mérieux, a réuni des représentants de tous les pays d'Amérique latine, du bureau régional de l'OMS (Panamerican Health Organization) auxquels s'étaient jointes, à titre d'observateurs, quelques nations du tiers-monde (Inde, Algérie, Chine, Afrique noire, etc.), soit au total trente-cinq États, et quelque deux cents participants, dont une cinquantaine de Français, la plupart reflétant les différents aspects de la transfusion sanguine.

En effet, la transfusion sanguine représente sans nul doute l'une des spécialités qui ont fait progresser le plus la médecine, la chirurgie, la biologie humaine au cours de ce siècle. Elle fut rendue possible grâce à la découverte, par Landsteiner, en 1900, du système des groupes sanguins fondamentaux (A, B, O) qui montrait pour la

première fois comment chacun de nous possède sa propre identité immunologique (identité qui s'est précisée au fil des ans avec la découverte de nombreux autres systèmes dont le plus complexe est sans doute le système HL-A découvert par Jean Dausset dans les années 50).

Après l'ère pastorienne, le facteur limitant les interventions chirurgicales ne fut plus l'infection (grâce à l'aseptie et à l'antiseptie), mais la perte de sang qui finissait souvent par un état de choc irréversible. La transfusion permit de pallier cette menace et, grâce au remplacement permanent du sang écoulé, d'aborder des domaines de la chirurgie lourde et sanglante où les interventions peuvent durer plus de vingt heures, nécessiter plusieurs équipes chirurgicales et des transfusions de 40 à 50 litres de sang. De plus l'utilisation d'appareils à circulation extra-corporelle a rendu possible la déviation, pour un temps, du flux sanguin pulmonaire et cardiaque en dehors de notre organisme et d'aborder la chirurgie à cœur ouvert qui, il y a quelques décennies, passait encore pour de la science-fiction.

L'étape suivante a consisté à isoler les principaux éléments qui forment le sang et à n'injecter au malade que ceux dont il a besoin. On peut introduire ainsi dans son organisme, sous un même volume, une quantité bien plus grande de substance active. La première division du sang, qui est aussi la plus simple et la plus commune, consiste à séparer les cellules (phase solide) du plasma dans lequel elles flottent (phase liquide). En fait, il y a plusieurs catégories de cellules que l'on sait maintenant isoler les unes des autres. D'abord les globules rouges, sans noyaux, transporteurs d'oxygène du poumon aux organes (sang artériel) qu'ils déchargent de leur déchet (surtout gaz carbonique (CO₂) "relâché" à son tour dans les alvéoles pulmonaires). Cette ronde sempiternelle des globules rouges, tour à tour oxygénés dans le poumon et carboxylés dans les organes, assure le fonctionnement bio-énergétique de tout notre organisme (chaque cellule a besoin d'oxygène pour remplir ses fonctions). Aujourd'hui, on injecte des globules rouges (purée globulaire) à certains grands anémiques, à ceux qui ont perdu beaucoup de sang par blessures et exigent d'urgence un apport suffisant de leur véhicule d'oxygène. A côté des globules rouges existent plusieurs catégories de globules blancs, à noyaux, dont la fonction essentielle est de protéger l'individu contre les agressions étrangères (microbes, virus, parasites, etc.). Les uns agissent directement en allant au-devant de la substance à détruire qu'ils entourent, attaquent, digèrent (phagocytose). D'autres agissent à distance en fabriquant des substances capables de s'attaquer à l'intrus et d'altérer ses structures. Ce sont les anticorps. Les globules blancs sont injectés à de grands infectés ou à des malades dont les réactions de défense sont momentanément amoindries. Il existe enfin une troisième catégorie de cellules de toute petite taille, les plaquettes sanguines, qui jouent un rôle déterminant dans la coagulation. On injecte du plasma riche en plaquettes à certains malades qui manquent de ces éléments et saignent facilement.

La deuxième partie essentielle du sang correspond, nous l'avons dit, à sa phase liquide : le plasma, riche en matières organiques, est formé d'un nombre très élevé d'éléments (quelques dizaines seulement sont bien connus sur les centaines ou les milliers qui existent réellement : hormones, anticorps, vitamines, nutriments,

déchets, cholestérol, électrolytes, etc.). Depuis plusieurs années, on sait isoler par fractionnement du plasma total quelques-uns de ces facteurs qui sont d'un précieux secours dans certaines maladies : albumine chez les dénutrits, les opérés, etc. ; anticorps monos ou poly spécifiques pour faire face à une agression correspondante, facteurs de coagulation (tels PPSB, le facteur VIII) chez les malades qui saignent par suite d'anomalies génétiques entraînant des perturbations dans le phénomène très complexe de la coagulation. Jusqu'à présent et, bien que le don du sang soit en France entièrement bénévole et gratuit, ces produits coûtent cher, car ils existent à l'état très dilué dans notre organisme, et il faut des dizaines, voire des centaines, de litres pour fabriquer quelques grammes de chacun d'eux. Aujourd'hui, l'ingénierie génétique est en train de modifier complètement les données du problème. On peut introduire dans une bactérie ou une cellule préparée (hybridome), au moyen d'un véhicule qui est souvent un virus, une zone d'ADN (acide désoxyribonucléique) portant un programme génétique donné (facteur VIII par exemple). Cette cellule " recombinée " et tous ses descendants vont fabriquer en permanence ce facteur VIII. On procède à de véritables " exploitations agricoles ", mais au niveau cellulaire et bactérien, dans des cuves à fermentation. Il suffit d'alimenter régulièrement la colonie et de prélever ce qu'elle produit. Cette méthode offre trois avantages :

1. - Son rendement est élevé : les bactéries n'ont d'autres exigences que nutritionnelles. Une fois mises dans un milieu qui leur est favorable, elles se développent par duplication quasiment à l'infini et travaillent sans arrêt. Pour elles, il n'existe ni vacances, ni jours fériés, ni semaines de 39 heures, ni charges sociales, ni congés de maladie ou de maternité. Ce sont d'infatigables ouvrières.

2. - Leur produit est d'une grande spécificité. Elles fabriquent ce qui correspond à leur programme génétique et à lui seul. Aussi la substance finie est-elle plus facile à purifier. En effet, les fractions de sang humain peuvent conserver de nombreuses molécules " parasites " qui ont parfois des conséquences désastreuses : quand il s'agit par exemple de virus hautement pathogènes tels ceux de l'hépatite ou du syndrome immuno-déficitaire acquis (SIDA). Un pas de plus vient d'être franchi avec les cellules humaines ou animales dont les programmes génétiques ont été sévèrement contrôlés. Elles fabriquent ce qu'on leur impose : jamais plus. D'où, par exemple, la possibilité d'obtenir des anticorps d'une extrême pureté (anticorps monoclonaux correspondant à une spécificité précise, alors que les anticorps extraits du plasma humain ne sont jamais rigoureusement monospécifiques).

3. - Enfin la préparation de ces composantes stables du plasma par des méthodes industrielles, qui ne font plus appel au sang humain, échappe à l'éthique qui s'attache au don volontaire, anonyme et gratuit du sang. Ethique qui a mené beaucoup de pays et d'abord la France, grâce aux règlements mis en place il y a plus de trente ans par le directeur général de la santé publique Eugène Aujaleu, à interdire toute commercialisation des produits sanguins d'origine humaine. En France, la loi fut rigoureusement appliquée. Les rares firmes privées qui préparaient les dérivés sanguins, comme l'Institut Mérieux, le faisaient à partir de placentas considérés comme produit de rebut. Malheureusement, dans d'autres pays,

l'Amérique du Nord en particulier, où les deux systèmes bénévole et lucratif coexistent, ce dernier, mû uniquement par l'appât du gain, prélevait n'importe qui au plus bas prix, ce qui n'était qu'une forme moderne de l'exploitation de la misère humaine et conduisait souvent à mettre sur le marché des produits dangereux (on en a eu un exemple récent avec le SIDA évoqué plus haut).

L'on peut ainsi mesurer les dimensions et la complexité actuelle, humaine, économique, voire politique, de la transfusion, particulièrement dans les pays en développement. La création d'un centre important de fractionnement est devenue une entreprise de grande envergure et onéreuse. Il est exclu que les vingt républiques d'Amérique du Sud aient chacune leur industrie. En revanche, beaucoup considèrent peu souhaitable de rester sous la coupe technologique des firmes nord-américaines ou multinationales dont les produits, on l'a vu, n'offrent pas toujours les garanties désirables. Aussi la réunion de Carthagène a-t-elle souhaité l'harmonisation des règles concernant le don du sang en exigeant de tous les participants, sans exception, le bénévolat pur et simple, puis, dans un premier temps, le développement de trois pôles privilégiés : Cordoba, Mexico et Recife, qui seraient d'abord appelés à préparer des fractions à partir des placentas et ultérieurement des prélèvements veineux, cela afin de parer au plus pressé et de satisfaire les besoins les plus urgents de l'Amérique latine. La collaboration des services français producteurs (Institut Pasteur, Institut Mérieux, grands établissements de transfusion sanguine française) devrait permettre la réalisation et le développement rapide de ces centres régionaux de fabrication des éléments stables du sang par les technologies avancées. Ces réalisations, dont notre pays aurait l'entière responsabilité technique, pourraient être mises sur pied avec l'aide de l'ONUDI dans un avenir assez proche.

La conférence de Carthagène a souligné enfin le rôle primordial des donneurs de sang, rôle qui restera longtemps irremplaçable pour tous les malades qui ont besoin de cellules : globules rouges ou globules blancs, plaquettes formant chacune à l'échelon microscopique une petite usine d'une extrême complexité. Cette réunion, la première du genre, tenue par un pays industriel à haute technologie (la France) et un groupe de pays beaucoup moins avancés (les républiques latino-américaines) montre ce que pourrait être dans le futur une coopération régionale, fruit du dialogue Nord-Sud. Le prix et la complexité des techniques mises en œuvre exigent désormais que plusieurs entités géographiques et politiques naturellement liées s'entendent désormais pour aboutir à des réalisations communes qui sont au-dessus des moyens de chacune prise isolément. Une même convergence d'efforts complémentaires tendant aux mêmes objectifs est aussi indispensable à l'échelle d'une région, à l'intérieur d'un pays. Les biotechnologies, seules solutions pour répondre aux défis du troisième millénaire en matière de santé, représentent l'exemple typique de cette indispensable coopération. Le même schéma devrait s'appliquer à bien d'autres parties du monde (Afrique noire, Sud-Est asiatique, etc.) qui, en particulier dans le domaine médical, présentent, par rapport aux nations développées, un retard sans cesse accru et qui pourrait bientôt devenir irréversible, posant alors à l'humanité un problème dramatique.