

Santé et États défailants.

Professeur Deminatti Marc-Marie (Nice, février 2005)

Définition de l'État défailant : « un État défailant est un État qui, de par son incapacité à assurer le contrôle de son fonctionnement et son incapacité à faire observer ses propres lois, génère des problèmes exportables et devient un danger pour les autres états » (www.ihedn.fr/).

Définition de la Santé humaine : connaissances, moyens matériels et humains nécessaires au maintien ou au rétablissement du bon état physique et mental de la personne humaine.

Introduction.

L'être humain vit dans des écosystèmes différents avec des échanges de personnes, matières, énergie selon des modalités variables qui touchent toutes les parties de la Terre : la France, l'Europe et les Européens obéissent à ces règles communes. Malgré cette diversité bioéconomique qui pour les uns est différence, pour d'autres inégalité, injustice, inéquité, il y a un point commun à ces acteurs, c'est la Santé (1, 2, 3). En effet la Santé, selon l'article 1^{er} de la Constitution de l'OMS, « est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (4, 5). La Santé est ainsi un droit fondamental de tout individu à naître ou né (6). Cette Santé peut être perturbée lors du travail, du repos, ou d'activités du loisir, par des facteurs présents dans l'air, l'alimentation, l'environnement physique ou social. Cette recherche de bien-être maximum pour tous conduit obligatoirement à des conflits, car ce qui est bon pour les uns n'est pas forcément bon pour tous. De plus nul ne peut décider pour l'autre de ce qui est bon ou pas bon, sans en apporter les preuves scientifiques qui doivent aboutir à des normes d'égalité, de liberté et d'efficacité (1 : p.41), et non à des règles de charité, d'altruisme ou de solidarité dans cette recherche du bien-être. Ainsi le moyen de vie sinon de prospérité des uns peut être responsable de la destruction de l'autre : c'est le cas des drogues dites naturelles (7, 8, 9). Alors que l'accès aux soins, aux médicaments, est un droit égal pour tous, ce qui d'ailleurs ne supprime ni l'inégalité de naissance due à la diversité biologique, qu'il ne faut pas confondre avec les conditions de grossesse et de naissance, ni le quotidien une fois la guérison obtenue, laquelle n'est pas toujours restitution ou réparation.

Facteurs, vecteurs, actions.

Les facteurs pouvant agir sur la Santé sont de nature physique (ex. rayonnements, t°, etc.), chimique (ex. drogues naturelles, synthétiques, insecticides, etc.), biologique (ex. gènes, chromosomes, bactéries, virus, prions, parasites, etc.) ou socio-économique (ex. guerre, violence, difficultés familiales, sous-développement, etc.). Sans oublier qu'un facteur d'une nature donnée peut avoir des conséquences d'une autre nature sur l'individu ou la société : ainsi les conséquences sociales de la drogue (8). Si ces facteurs ont une action souvent facile à constater quand elle est immédiate, par contre l'action à long terme sur l'individu et *a fortiori* sur la société, son économie, sa démographie, etc. reste difficile à analyser, mais doit toujours rester présente à l'esprit. Ceci est sans doute une des raisons pour lesquelles la définition de la Santé selon l'OMS se limite à l'individuel (5). Les facteurs agissant défavorablement sur la Santé peuvent être présents sur place (industries chimiques, tétanos, etc.) ou être transportés par des vecteurs physiques (vent, bateau, avion, etc.), chimiques (eau, alimentation, etc.), biologiques (humains, puces, moustiques, viande et prion, « mules » humaines pour la drogue (10), etc.), socio-relationnels (rumeurs, médias, mode comportementale, etc.). La dégradation de la Santé étant constatée ou prévisible et les vecteurs identifiés, encore faut-il mener des **actions directes** ou **indirectes**, les unes à court terme (quarantaine, hygiène, etc.), d'autres à long terme (vaccination, modalités de fabrication de l'alimentation, etc.). Actions préventives ou curatives qui passent par l'individuel pour atteindre le collectif. Ces actions sont décidées et menées les unes par des structures type organisations non gouvernementales, les autres par des institutions gouvernementales, intergouvernementales, ou internationales, conduisant ainsi à l'élaboration d'un Droit International de la Santé (DIS) (6).

Les drogues naturelles, le SIDA, le paludisme, etc. peuvent servir d'exemples pour l'étude des relations États défailants – Santé et de leurs conséquences sur l' Europe.

Les drogues naturelles.

Les problèmes liés aux drogues ne sont plus à aborder sur le plan de la liberté individuelle, comportementale ou de l'idéologie, mais de façon scientifique et médicale car les drogues sont des facteurs pathogènes au même titre que l'amiante par exemple. La production, la diffusion et la consommation des drogues naturelles, cannabis, cocaïne, héroïne, et leurs dérivés permettent d'analyser la complexité des mécanismes impliqués dans les relations possibles États défaillants – Santé en Europe.

Le **cannabis** ou chanvre indien (9), dans ses différentes formes d'emploi (marijuana, résine ou haschich, huile, ...), inhalées ou ingérées, provoque le bien-être recherché mais est responsable de troubles de l'attention, de mémoire, et comportementaux incompatibles avec une vie sociale et professionnelle normale. Ces troubles liés à une substance, le tétrahydrocannabinol (THC), responsable de modifications organiques dont la réparation est indispensable. Le THC n'est pas encore utilisé en thérapeutique. En Europe sa consommation est devenue un problème de santé publique au même titre que l'alcool ou le tabac : quel voyageur monte dans l'avion s'il sait que le pilote vient de fumer un « joint » ? La richesse de la plante en THC dépend des conditions de culture et de sa sélection qui peuvent être mises en œuvre même dans un pays européen.

La **cocaïne** (7), alcaloïde contenu dans les feuilles d'un arbuste d'Amérique du Sud, le cocaïer, quelles que soient ses formes (neige, krack...), et ses modalités d'utilisation par inhalation ou voie intraveineuse, est un puissant psycho stimulant à effet gratifiant associé à des manifestations neurovégétatives pouvant entraîner la mort. Cet alcaloïde n'est pas utilisé en thérapeutique. Le cocaïer nécessite des conditions climatiques particulières de chaleur et d'humidité, ce qui explique la répartition des principales zones productrices : Colombie, Bolivie, Pérou, Java, Taiwan, ...

L'**opium**, (7) latex extrait des capsules d'une papavéracée, le pavot, contient des alcaloïdes dont la codéine, la papavérine, et la morphine, utilisées en thérapeutique. La morphine ou base M permet de fabriquer l'héroïne ou diacétylmorphine ou base H, poudres mélangées à divers ingrédients injectables dans une veine. Ses effets immédiats sont un bien-être très profond (flash ou rush), qui nécessite pour son obtention une augmentation progressive des doses. À côté de ces effets neuropsychiques conduisant à la dépendance, certains sont toxiques et mortels. La culture du pavot est possible dans des zones chaudes variées, comme le Pakistan, l'Afghanistan, la Turquie, la Birmanie, la Thaïlande, l'Iran, la vallée de la Bekaa au Liban ...

Les **productions** de cannabis, cocaïne, opium, nécessitent des conditions de culture plus ou moins rigoureuses ou spécifiques quant à l'environnement (chaleur, eau, lumière, terre), à la surface disponible, au temps de croissance, à la main-d'œuvre disponible, et à la sélection des plantes. Ces conditions impliquent que les vastes territoires de production doivent connaître une certaine tranquillité donc être protégés pour permettre la croissance des plantes ou la récolte, contrairement à la production de drogues non naturelles (ecstasy MDMA, méthadone, Subutex, amphétamines, etc.) qui nécessitent moins d'espace et de temps et sont largement commercialisées (11). Cette différence entre ces deux types de drogues pourrait jouer en faveur du synthétique mais la recherche du bien-être autorise les distributeurs à jouer sur leur non incompatibilité d'action et les consommateurs à vanter au contraire leur complémentarité lors du rituel de l'imprégnation. Les pays producteurs de ces drogues naturelles (12) sont soit internes à l'Europe comme les Pays-Bas (13), soit voisins comme le Maroc qui reste le plus gros producteur de cannabis, soit lointains comme l'Afghanistan, le Pakistan, la Colombie, le Mexique, l'Afrique Australe, etc.... Les récoltes, sans requérir de gros moyens techniques, sont suivies d'un **transport** vers les « laboratoires » de traitement, situés le plus près possible du lieu de récolte, et vers les points de répartition territoriaux chargés d'assurer la **distribution** aux consommateurs (14).

Soit la production est initialement en « régie étatique », comme au Maroc, c'est alors son contrôle qui n'est pas ou ne peut être assuré. Ainsi actuellement en Afghanistan, où a lieu 87% de la production mondiale d'opium, le gouvernement en place ne dispose d'aucun moyen opérationnel, juridique, économique ou politique pour la contrôler, la réduire, et éliminer les trafiquants qui prélèvent 80% des 2,8 milliards de dollars de bénéfice que rapporte cette activité : toute aide, souhaitée par ce gouvernement et mise en œuvre avec la Communauté Internationale, ne doit pas compromettre la stabilité sociale actuelle de ce pays (15, 16). Soit il s'agit de groupes idéologiques (religieux, ethniques, révolutionnaires, ...) ou simplement criminels (mafia) qui prennent en charge le territoire producteur, d'autres les transports, d'autres la distribution. Les bénéficiaires les plus importants revenant à l'organisation qui occupe la zone productrice, voire aussi le traitement, ce qui lui permet de s'armer. Si sont décrits des groupes en lutte avec l'État (mafia italienne, FARC en Colombie...), d'autres sont infiltrés dans l'État (Mexique, Turquie, Russie, Nigeria, ...), d'autres parallèles à l'État (Russie, Japon, Birmanie,...), d'autres utilisés par l'État (USA lors du conflit Afghanistan-URSS, ...), d'autres sont narco-États (Haïti ...) (17), d'autres enfin sont indépendants de l'État (Tigres du Sri Lanka, Kosovo,...) (12). Ainsi les zones productrices sont les unes situées sur le territoire d'États non défaillants, d'autres sont contrôlées par des pouvoirs locaux comme en Afghanistan, en Birmanie, en Colombie, ... Cette répartition des zones ne peut être considérée comme définitive, car les conditions de culture et de récolte sont aussi fonction des perturbations climatiques mais surtout des progrès en technique de culture végétale : ainsi une société située dans les Pays-Bas propose des graines sélectionnées et réalise une production hors terre avec clonage sélectif de plants riches en THC (13). L'analyse de la production dans ces différentes zones permet les conclusions suivantes : la production est directement liée au profit que l'on peut en tirer. Ce profit stabilise tout d'abord la population locale productrice et devient nécessaire directement ou indirectement aux détenteurs légitimes du pouvoir ou aux groupes rebelles, terroristes, ou plus simplement aux propriétaires de la terre (12).

Cette diversité des relations drogues-États montre que les **actions** à mener ne peuvent être que de forme et de nature très différentes pour atteindre la maîtrise de la production et le contrôle des réseaux de distribution, de la consommation, ce qui exige une entente politique des États et une coopération des moyens au niveau national et international comme l'ont souhaité les Nations Unies en 1998. (12 : p. 117). Les actions premières se situent au niveau des zones de production qu'il faut transformer économiquement, politiquement. Si l'activité du cultivateur est modifiable à plus ou moins court terme, par contre celle des narcotrafiquants, pas toujours considérée comme étant criminelle, dans la zone productrice et lors des phases d'écoulement des produits, est plus complexe à maîtriser de par sa nature et ses formes. Le contrôle du transport et de la distribution nécessite beaucoup de moyens pour une efficacité variable car facilement contournable dès que l'on s'éloigne de la zone de production. Par contre la lutte contre le blanchiment et les mouvements d'argent au niveau national, européen, international, est plus sûre, car elle toucherait à la fois la criminalité et le terrorisme (18, 19, 20).

En **conclusion** seules les actions possibles juridiquement et matériellement, mais pas forcément les plus efficaces dans l'immédiat, doivent être décidées et mises en œuvre de façon coordonnée au niveau national contre le transport, la consommation et au niveau international contre la production et le transport : volonté commune et coordination des Services restent des obstacles prioritaires à franchir. La formation des soignants dont le rôle est fondamental dans la prévention, le traitement de l'addiction, qu'il s'agisse du traitement substitutif et de la dépendance, ainsi que son corollaire l'information du public, s'inscrivent dans les missions des autorités nationales et européennes. Des structures, comme l'OMS ou les ONG humanitaires, ont leur place dans l'information du consommateur et les réseaux de soins et de prévention.

Maladies contagieuses.

Il s'agit d'analyser la relation État défaillant et certaines maladies humaines dont le facteur biologique pathogène peut être transmis à l'homme, soit directement (variole, SIDA, SRASS,

...), soit par un intermédiaire non biologique (instruments, ...), ou biologique particulier (moustique, puce, ...). Les agents biologiques responsables de ces maladies sont de nature très variable : pluricellulaire (vers, ...), monocellulaire (amibiase, ...), bactérienne, virale, et même protéique comme le prion dans l'homologue humain de la maladie « de la vache folle ». C'est sur la connaissance de la biologie de ces agents, de leur mode de transmission et d'action, que repose leur diagnostic, leur traitement, leur prévention, voire leur éradication comme dans le cas de la variole.

a/ Le SIDA

L'épidémie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), apparue en 1981, s'est transformée en pandémie mondiale. Le **syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)** qui en résulte est responsable en 2003 de la mort de 3 millions de personnes ; 38 millions d'enfants, d'adultes, en sont actuellement atteints et 5 millions sont nouvellement infectés selon le rapport de l'ONUSIDA (www.dz.undp.org/hiv-aids/HIV-AIDS.html). En France, 150.000 personnes sont porteuses du VIH, 5 à 6.000 sont infectées chaque année (www.france5.fr/sante). Dans les Alpes-Maritimes, 2.813 cas sont déclarés (21).

La première particularité du SIDA est le critère de sa définition qui n'est pas clinique mais biologique. Le VIH, virus à ARN, a la particularité de franchir facilement les muqueuses (vaginale, anale, buccale...) et de s'intégrer sous forme d'ADN dans les noyaux de certaines cellules (dont les lymphocytes CD4, ...) chargées de la défense de l'organisme. Sa multiplication intracellulaire entraîne la mort de ces cellules et permet sa diffusion dans l'organisme. L'organisme, dont la défense est diminuée, est l'objet d'infections dites opportunistes. Fragile en dehors d'un milieu physiologique, le virus est rapidement détruit. Ce n'est que 10 jours après sa pénétration, appelée contage, que sa présence est détectable dans le sang (plasma) selon des techniques qui, quoique précises, nécessitent contrôle et interprétation. Les manifestations cliniques ne sont quant à elles ni spécifiques, ni évocatrices (22, 23). Depuis 1996 des médicaments puissants sont utilisés mais leur application, que ce soit au début (24) ou lors du suivi du patient, nécessite certains moyens d'analyse, une compétence médicale, et aussi une observance thérapeutique rigoureuse de la part des patients. Cette thérapeutique dite trithérapie car associant trois types de médicaments (25), a transformé le pronostic, donc le quotidien des porteurs du VIH, dès lors considérés comme atteints d'une affection chronique nécessitant un suivi médical et biologique. Les sécrétions sexuelles, le sang, etc...étant porteurs du virus sont responsables de la transmission interhumaine lors des rapports sexuels, de transfusions, de greffes d'organes, de piqûres, et de la grossesse, L'absence de vaccin fait que la prévention ne repose que sur le contrôle de la transmission qui a pour base l'information de tous, l'identification des porteurs, la connaissance de leurs habitudes, et le traitement. On a ainsi défini des actes à risque et des populations à risque.

La **répartition géographique** du SIDA montre que les pays d'Afrique sub-saharienne, d'Asie du Sud et Sud-Est sont les plus touchés, puis suivent ceux d'Amérique Latine, d'Europe Centrale, et l'Asie Centrale : les pourcentages de porteurs pouvant atteindre 39% de la population (ex. Botswana) (26). Les possibilités d'accès aux médicaments anti-viraux présentent une configuration inverse, elles vont de 75 à 100% en Europe Occidentale à 0,59% pour l'Afrique sub-saharienne (26). Les régions à risque, parfois lieux de conflits, sont caractérisées par leur différence de structure gouvernementale, leur densité humaine très inégale avec des zones surpeuplées sans urbanisation, une économie inexistante ou captive, des dépenses de santé faibles et des lois, des règles émoussées avant d'atteindre le quotidien.

Les **conséquences du SIDA** sont d'une part individuelles, d'autre part collectives puisqu'il entraîne une déstructuration sociale en détruisant, dans certaines régions, le déjà faible tissu économique existant, en raison du nombre, de l'invalidité et de la mort des porteurs non traités. Il y a aussi un aspect sécuritaire par suite de l'atteinte des capacités opérationnelles des forces engagées dans des missions internationales de paix dans des zones à forte prévalence de SIDA (27, 28).

Les **actions** à mener pour traiter les porteurs, pour empêcher la diffusion du virus, et participer à son éventuelle éradication, doivent si possible s'adapter aux conditions et

habitudes locales, c'est-à-dire être des actions de terrain, coordonnées et contrôlées par une instance internationale comme l'OMS : position qu'elle a perdue au profit du Programme des Nations Unies sur le SIDA/VIH (ONUSIDA) (5, p.82-84). Si l'éradication de la variole en 1977 est la démonstration de l'efficacité de la coordination des actions locales et internationales, par contre l'échec pour le paludisme et le SIDA reste une preuve des difficultés et de la fragilité de leur montage (5, p74-76, p82).

Ces actions nécessitent un financement dont le président Jacques Chirac a proposé une modalité (29). Ces actions et ce financement impliquent la participation des gouvernements, d'agences nationales et internationales, mais aussi des organisations non gouvernementales avec l'accord des populations bénéficiaires : ceci afin d'éviter **l'ingérence** dans un État en utilisant la couverture **sanitaire**.

Les actions visant à empêcher la pénétration en Europe de sujets porteurs, si juridiquement possibles, se heurteraient à des difficultés techniques et seraient peu efficaces, contrairement au contrôle des produits vecteurs comme le sang ou des organes humains.

L'accès aux médicaments a quant à lui des aspects médico-sociaux que sont leur indication, leur qualité, leur mode de fabrication et les formes de distribution, les risques de chimiorésistance du virus et de non-observance des patients. Les aspects juridico-financiers des médicaments anti-viraux ne sont ni spécifiques ni particuliers au SIDA puisqu'ils concernent la production et la vente de médicaments soit encore sous brevet commercial, soit génériques, lesquels sont des copies des originaux n'ayant plus d'exclusivité commerciale : les uns comme les autres doivent être vérifiés, contrôlés de façon rigoureuse avant leur administration aux patients (www.chups.jussieu.fr/polys/pharmaco/polys/generiques.html)(30). Ainsi l'ONG « Médecins Sans Frontières » a mis en place une trithérapie anti-virale peu chère, de prise simplifiée, et facilitant l'observance du patient, ceci doit être confirmé (31). Dans le cas de la transmission mère-enfant, un protocole simple et efficace, expérimenté en Thaïlande, est proposé lors de la grossesse (32).

En conclusion les problèmes du SIDA sont liés, tout d'abord à son mode principal de transmission qui est sexuel, avec ses connotations physiologiques, idéologiques, philosophiques, religieuses, ainsi qu'au coût de la thérapeutique et à son observance par les patients, aux conditions techniques du diagnostic, à l'absence de vaccin, mais surtout aux difficultés de financer et de coordonner les actions au niveau international. Les pouvoirs locaux même légitimes des régions les plus touchées sont impuissants devant la tâche technique immense et très coûteuse dont la réalisation nécessite la sécurité physique des acteurs mais aussi l'accord préalable et la participation active des populations concernées.

b/ Le SRAS

L'épidémie du SRAS (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère) qui s'est étendue au monde entier en 2003 (4.000 cas, 200 morts), est pleine d'enseignements quant aux comportements des principaux acteurs dans la relation État défaillant / Santé humaine.

La **chronologie** des événements est la suivante (33, 34, 35, 36) : novembre 2002, des cas de pneumopathie atypique sont décrits dans une région du sud de la Chine dont les autorités refusent l'accès à l'OMS ; février 2003, des cas touchant essentiellement le personnel hospitalier sont signalés et bien décrits à l'hôpital français d'Hanoi et chez des médecins de HongKong. L'OMS représentée à Hanoi par Carlo Urbani, victime lui-même décédera le 29 mars, prévient les autorités vietnamiennes. Le **12 mars l'OMS lance une alerte mondiale** sans consulter ni État, ni l'ONU. Le 18 mars l'Université Chinoise de HongKong déclare que l'agent infectieux est le virus H5N1 de la grippe aviaire de 1997, donc sans risque de transmission interhumaine et endémique dans la région. Le 17 mars, l'OMS décide la mise en place d'un réseau international de laboratoires et d'experts. Le 22 mars, la Faculté de Médecine de HongKong et d'autres centres occidentaux annoncent qu'il s'agit d'un paramyxovirus (groupe auquel appartiennent les virus de la rougeole, etc.). Le 4 avril des chercheurs de HongKong et des CDC (agence fédérale américaine de veille sanitaire) affirment qu'il s'agit d'un coronavirus (groupe viral responsable du rhume et donc

généralement peu virulent) et à contagion interhumaine. Le 16 avril, 3.600 cas et 160 morts, l'OMS recommande des mesures pour éviter la transmission interhumaine. Le 28 avril 2003 le Vietnam est le premier pays à avoir vaincu l'épidémie.

Les **actions** ont été différentes selon les États. Les États touchés ont utilisé, avec difficultés, soit la quarantaine, parfois de quartiers urbains entiers, et l'application de mesures individuelles de protection, soit l'interdiction de leur territoire aux ressortissants des zones à risques, soit la prise de la température auriculaire aux voyageurs, soit le conseil de différer les déplacements vers les régions à risque (35). Les structures hospitalières ont été rapidement débordées, par l'afflux de demandes et par les difficultés à accueillir des patients contagieux. L'agitation médiatique des scientifiques pour présenter rapidement leurs résultats incomplets, a peut-être été contrôlée sinon admise par les États, qui au même titre que le soignant ou le fabricant de médicaments, sont responsables de la Santé.

En **conclusion**, pour lutter contre une épidémie qu'elle soit à effet immédiat comme le SRAS ou retardé comme le SIDA, il faut en connaître le facteur, ses modalités de transmission pour envisager sa prévention et son éradication. L'information du risque circule plus vite et heureusement touche bien plus de monde que l'agent infectieux. C'est pourquoi face à une maladie infectieuse contagieuse, l'OMS, dont la fonction n'est que consultative, a su montrer des capacités réactionnelles bien fondées. Il n'y a aucune collaboration entre les structures sanitaires compétentes de chacun des États face à un danger commun qui aura de graves répercussions humaines et économiques. Ce que l'on sait maintenant c'est que le coronavirus retrouvé est un hôte habituel de la civette, et qu'il aurait subi des mutations particulières lui permettant de passer chez l'homme, de devenir virulent et à transmission interhumaine pour disparaître peut-être momentanément.

Conclusions générales.

À la diversité des défis sanitaires correspond une diversité des réponses qui pour être efficaces doivent rester coordonnées au **niveau de l'État**. Selon le facteur, la protection de la population nécessite une alerte précédée du recueil, de l'analyse et de l'interprétation des informations, puis doit suivre une décision des moyens et des acteurs à activer. Cette succession « analyse, alerte, décision, exécution » reste fragile et les échecs peuvent être nombreux car silencieux. Les 14 947 victimes de la canicule de 2003 sont l'exemple de l'échec de la mise en alerte suivie de l'absence de mobilisation de tous (37).

Ainsi **les défaillances de chacun des États isolés sont inévitables** dans les domaines de la Santé humaine qui pour une large part dépend de l'environnement:

- quand il s'agit de supprimer la production d'un facteur toxique comme la drogue ou l'apparition d'un facteur infectieux comme le SIDA ou le SRAS,
- quand il s'agit de l'alerte,
- quand il s'agit de contrôler le transport d'un facteur toxique ou infectieux,
- quand il s'agit de traiter les manifestations cliniques d'un agent toxique ou infectieux.

Par contre **la coordination des États est indispensable** pour ce qui concerne la recherche scientifique, la formation des acteurs, le choix et l'emploi des moyens (voir la récente proposition du Président J. Chirac de création d'une force internationale humanitaire de réaction rapide (38)), l'exécution des actions, la surveillance et l'alerte, qui sont nécessaires à la protection des populations.

Bibliographie.

- 1 – Claude Schneider-Bunner
Santé et justice sociale
Economica, 1997, 273 p.
- 2 – Sylvie Paquerot
Le statut des ressources vitales en Droit International
Bruylant, Bruxelles, 2002, 272 p.
- 3 – Henri Paret
Humanitaire et Santé Publique
L'Harmattan, 1997, 301 p.
- 4 – Frédérique Mestre-Lafay
L'O.N.U.
PUF, 2004, 126 p.
- 5 – Yves Beigbeder
L'Organisation Mondiale de la Santé
PUF, 1997, 128 p.
- 6 – Michel Belanger
Le Droit International de la Santé
PUF, 1997, 126 p.
- 7 – Les dossiers du praticien – La drogue : guide pratique
Impact Medecin 1994, n 236 p.3-26.
- 8 – Conduites addictives: Monographie
La Revue du Praticien, 2003, vol.53, n°12 p.1291-1342, Baillière éd.
- 9 – Cannabis : Monographie
La Revue du Praticien, 2005, vol.55, n°1 p.14-74, Baillière éd.
- 10 – Alexandre Garcia
« La mort avec 75 boulettes de cocaïne dans les intestins »
Le Monde 8/01/2005
- 11 – Michel Hautefeuille, Dan Véléa
Les drogues de synthèse
PUF, 2002, 128 p.
- 12 – Alain Labrousse
Géopolitique des drogues
PUF, 2004, 126 p.
- 13 – Yves Eudes
« Vivre le chanvre ! » Le Monde 17/09/2003
- 14 – Alexandre Narsi
Trafic de drogue : enquête sur les nouvelles filières marseillaises
Le Figaro 23/12/2004
- 15 – Françoise Chipaux
« Le gouvernement afghan veut mettre fin à l'impunité des trafiquants de drogue »
Le Monde 22/12/2004
- 16 – Jean-Pierre Stroobant
« Contre la drogue, l'Afghanistan demande l'aide de l'OTAN »
Le Monde 26/01/2005
- 17 – Thierry Oberlé
« Les narcotrafiants font main basse sur Haïti » (narcoÉtat selon J.Y Noël)
Le Figaro 21/12/2004
- 18 – Anne Michel
« Blanchiment et soutien abusif : les banques demandent de nouvelles règles »
Le Monde 7/01/2005
- 19 – Jacques Follorou
« Bercy réclame plus de moyens pour lutter contre le blanchiment »
Le Monde 16/12/2004

- 20 – J. Fo.
« À l'origine de la fortune du chef terroriste, un long rouleau de 3 mètres »
Le Monde 26-27/12/2004
- 21 – Isabelle Brette
SIDA : grande cause nationale 2005
Nice-Matin 23/01/2005
- 22 – Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Monographie
La Revue du Praticien, 1999, vol.49, n°16 p.1731-1788, Baillière éd.
- 23 – Karine Lacombe, Pierre-Marie Girard
Infection à VIH
La Revue du Praticien, 2003, vol.53, n°13 p.1479-1487, Baillière éd.
- 24 – Marc-Antoine Valantin, Christine Katlama
Pourquoi ne faut-il pas prescrire trop tôt un traitement antirétroviral ?
La Revue du Praticien, 2004, vol.54, n°8 p.819-824, Baillière éd.
- 25 – François Raffi
Médicaments anti-VIH
La Revue du Praticien, 1999, vol.49, n°16 p.1763-1771, Baillière éd.
- 26 – Joanna Hagger
Le SIDA sans répit
Le Monde 27/12/2004
- 27 – Jean-Yves Nau
Les maladies sexuellement transmissibles sont en recul chez les militaires
Le Monde 17/05/1996
- 28 – Paul Benkimoun
Le SIDA comme question de sécurité Le Monde 12-13/12/2004
- 29 – Jean-Pierre Robin
Chirac : une taxe mondiale contre le SIDA Le Figaro 27/01/2005
- 30 – Yves Mamou
Les médicaments génériques ne cessent de se développer Le Monde 28/12/2004
- 31 – Catherine Petitnicolas
SIDA : la bataille mondiale des médicaments
Le Figaro 1/12/2004
- 32 – Marc Lallemand, Gonzague Jourdain, Sophie Le Cœur, Nicole Ngo-Giang-Huong, Vallop Thaineua
Prévention de la transmission mère-enfant : un protocole simple, d'une efficacité remarquable.
Médecine-Sciences 2005, vol.21 n° 1, p.28-29, EDK éd.
- 33 – Mathieu Nowak
Pneumopathie, les lendemains d'une épidémie
La Recherche, juin 2003, n° 365 p. 38-45
- 34 – Jean-Louis Vildé
Une pneumopathie atypique
Pour la Science, mai 2003, n° 307 p. 28-29
- 35 – Jean-Yves Nau
Contagiosité du SRAS : jusqu'où s'alarmer ?
La Revue du Praticien-Médecine Générale, 2003, T 17 n° 611 p. 586
- 36 – Patrick Zylberman
Le SRAS
La Recherche, janvier 2004, n° 371, p. 46-47
- 37 – David Schanll, Jean Brami
Décès à domicile dus à la canicule
La Revue du Praticien-Médecine Générale, 27/11/04 T 18 n° 662, p. 1007-1011
- 38 – Béatrice Gurrey
M. Chirac propose une « force humanitaire de réaction Le Monde, 2-3/01/2005