

L'accessibilité des antirétroviraux (ARV) pour traiter le sida

Lorsque l'ONUSIDA est créé en 1996, la réponse globale à l'épidémie de sida change en raison du développement et de l'homologation rapide par les compagnies pharmaceutiques des antirétroviraux (ARV), un traitement dont l'objectif est de bloquer le processus de réplication et d'infection du virus en attendant la découverte d'un vaccin. Grâce à ce nouveau médicament, la mortalité due au sida baisse de façon spectaculaire dans les pays développés, et permet de changer progressivement la perception du grand public sur cette maladie. En conséquence, les politiques sanitaires nationales concernant cette épidémie passent de la prévention au thérapeutique. Néanmoins, ce nouveau traitement est non seulement très lourd dans sa mise en application (plusieurs pilules à prendre à des heures précises) mais également très coûteux. En 1996, un traitement type coûtait environ 1'000 dollars par an pour traiter une personne. La Banque mondiale et certains gouvernements ont rapidement émis des doutes sur la possibilité d'utiliser les ARV dans les pays pauvres en raison du coût du médicament, des infrastructures médicales nationales défaillantes et du manque de personnel formé, et ils ont conseillé à ces pays de garder leur stratégie sanitaire initiale axée sur la prévention. Cependant, c'est aussi à cette même période que l'épidémie de sida fait des ravages, particulièrement sur le continent africain, ce qui rend ce discours, plein de préjugés, insupportable pour les populations concernées (Cueto 2019, Dalglish 2011).

C'est grâce à Fernando Enrique Cardoso, le président du Brésil, qu'une brèche est ouverte en 1996. En effet, il décide d'une loi rendant les médicaments contre le sida et leurs génériques universellement disponibles dans le système de santé publique brésilien. Cette décision provoque une levée de boucliers de la part des compagnies pharmaceutiques qui la considèrent comme une attaque contre leurs droits de brevet. En général (l'approbation du vaccin contre le Covid-19 constitue l'exception), il s'écoule dix ans entre la découverte d'une molécule et sa mise sur le marché. Les brevets étant attribués pour une période de vingt ans, il reste globalement dix ans pour l'exploitation commerciale d'un produit. On comprend ainsi aisément que le brevet constitue la source principale de revenus de l'industrie pharmaceutique qui à elle seule justifie les niveaux de rentabilité du secteur. C'est pour cette raison que les pays industrialisés ont attaqué les pays qui défendent un développement prématuré des génériques car ils font perdre beaucoup d'argent à l'industrie pharmaceutique. La certitude qu'apporte le brevet a néanmoins été sévèrement ébranlée par la législation sur la propriété intellectuelle des médicaments.

Au tournant des années 2000, plusieurs pays en voie de développement suivent l'exemple du Brésil et demandent aux gouvernements d'abaisser les coûts des ARV. De plus, certaines ONG (Médecins sans frontières (MSF), Oxfam, Partners in Health) participent à des programmes pilotes en Afrique et se chargent d'acheminer les traitements, persuadés que la stratégie de prévention n'est pas suffisante et que ces populations doivent aussi pouvoir bénéficier des ARV, en particulier l'AZT (zidovudine vendue sous la marque Retrovir), le premier médicament à un prix abordable. Néanmoins, les ONG n'ont pas les moyens financiers pour acheter les traitements auprès des grandes multinationales pharmaceutiques et se tournent souvent vers les médicaments génériques produits en Inde. Cipla, une compagnie pharmaceutique indienne a par exemple mis en vente en 2001 une trithérapie générique au prix de 350 dollars par an et par patient (Dalglish 2011). L'OMS et l'ONUSIDA mènent aussi des programmes pilotes en Côte d'Ivoire et en Ouganda dans le but de montrer l'intérêt des traitements ARV dans ces pays. En 2001, l'OMS et la Banque mondiale tentent des négociations avec les compagnies pharmaceutiques pour obtenir des traitements AVR à prix réduits pour les pays surendettés d'Afrique. Mais les multinationales se battent contre les pays qui veulent rendre les médicaments libres et gratuits pour les pays pauvres et elles sont soutenues dans leur démarche par le gouvernement des États-Unis qui dénoncent le Brésil et d'autres pays en voie de développement pour comportement déloyal à l'Organisation mondiale du commerce (OMC), dont le siège est à Genève.

En 2001, les laboratoires détenteurs des brevets d'exploitation de médicaments contre le sida se sont coalisés pour tenter un procès au gouvernement sud-africain qui avait lancé un projet de loi autorisant la copie de médicaments brevetés. Ce procès de Prétoria, perdu par l'industrie pharmaceutique, marque un tournant décisif dans la réglementation des produits de santé. L'OMC, par sa déclaration à Doha en novembre 2001, prend une décision importante qui change drastiquement les conditions d'exploitation des brevets pharmaceutiques. Il s'agit de l'[accord ADPIC](#) (aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) qui énonce que les pays en état d'urgence sanitaire peuvent passer outre la propriété intellectuelle et user de médicaments génériques. Cet accord offre des pouvoirs considérables aux pays qui possèdent les infrastructures de production pour fabriquer les médicaments génériques. Cependant, la déclaration reste floue quant à la possibilité d'importer ces médicaments génériques, or la plupart des pays pauvres n'ont pas les moyens de les produire par eux-mêmes. Cet obstacle est ensuite levé en 2003 par une nouvelle décision de l'OMC qui autorise cette fois les pays producteurs de médicaments génériques

à les exporter dans le cadre de licences obligatoires (Gateaux 2008). Cette nouvelle réglementation internationale change radicalement la position de force de l'industrie pharmaceutique face aux pays du Sud. Face à cette situation, et afin d'enrayer la tactique des pays producteurs de génériques, les compagnies pharmaceutiques des pays industrialisés changent de stratégie et décident de réduire le coût de leurs médicaments de 70%. Cette réduction volontaire des prix des médicaments a comme objectif pour l'industrie de conserver la jouissance de leurs brevets et aussi de faire preuve d'empathie face au drame du sida. Néanmoins, même avec cette diminution de prix, l'accès à large échelle aux ARV reste inaccessible pour certains pays pauvres.

Ce qui commence comme une bataille économique, finit par prendre une tournure politique sous la pression des activistes, des scientifiques et des hommes politiques qui dénoncent l'inégalité de l'accès au traitement entre les pays riches et pauvres. La 13^{ème} conférence sur le sida qui a lieu à Durban en Afrique du Sud cristallise cette position quand Nelson Mandela, alors président, se fait l'apôtre de l'accès libre aux ARV pour les pays pauvres. Ce mouvement a un effet direct sur le multilatéralisme, car en 2001 une session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies énonce que le sida constitue une menace à la sécurité globale et qu'il faut lui allouer plus de moyens financiers, d'où la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2002.

La 15^{ème} conférence sur le sida qui se tient à Bangkok en 2004 avec le slogan «l'accès pour tous» constitue un nouveau tournant car la Banque mondiale, les gouvernements des pays industrialisés (y compris les États-Unis) et l'OMS retournent leur veste en affirmant que la gestion du sida au Brésil est une réussite et doit devenir l'exemple à suivre. Ce changement de politique s'explique par la crainte des gouvernements à cette période que le sida ne déstabilise le système économique et politique des pays de l'Afrique subsaharienne augmentant le risque de crise économique, de guerre civile et d'insécurité globale mondiale. Ces inquiétudes motivent les

organisations des Nations Unies à travailler avec les compagnies pharmaceutiques et les gouvernements pour trouver des solutions. L'injection de millions de dollars de la part des fondations Clinton et Gates permettent d'acheter des ARV pour l'Afrique mais aussi l'Inde et les Caraïbes.

En 2003, le nouveau directeur de l'OMS, le Coréen Jong-wook Lee, fait un partenariat avec l'ONUSIDA pour améliorer de manière ostensible la situation concernant le sida dans les pays les plus pauvres. C'est le lancement de l'**Initiative 3 millions d'ici 2005**, visant à fournir un traitement antirétroviral à 3 millions de personnes atteintes du sida dans les pays à revenu faible ou intermédiaire d'ici 2005. Cette initiative est rendue possible conjointement par la baisse des prix du traitement (qui s'est simplifié depuis) et le degré d'urgence sanitaire. Si elle a permis d'augmenter le nombre de personnels soignants susceptibles d'administrer les traitements, l'initiative n'atteint pas ses objectifs quant au nombre de patients traités. Les raisons de l'échec sont à la fois techniques et politiques : dans beaucoup de pays les infrastructures médicales et sanitaires ne sont pas adéquates et manquent de personnel, du côté politique l'OMS a sous-estimé les préjugés qui existent toujours à l'égard du sida dans certains pays et les silences qui entourent encore cette maladie empêchant les malades de se soigner (Cueto 2019).



Manifestation en Afrique du Sud, lors des procès de Pretoria en 2001.

© Lori Waselchuk, 2001

Par ailleurs, l'Initiative 3 millions d'ici 2005 a été concurrencée par le lancement du Plan d'Urgence Présidentiel de Lutte contre le sida (PEPFAR) lancé par le président américain George W. Bush en 2003, une initiative du gouvernement américain pour sauver et améliorer la vie des personnes infectées ou exposées à l'infection, qui a bénéficié de sommes astronomiques. Le conservatisme religieux, l'intention de vendre non pas les génériques mais les produits des compagnies pharmaceutiques américaines, et la volonté d'améliorer l'image publique américaine suite à l'invasion de l'Irak en constituent les principales motivations. L'inconvénient de ce programme est qu'il s'agit d'aide bilatérale qui interfère avec le travail des OI. Ces dernières s'abstiennent pourtant de critiquer PEPFAR et cherchent plutôt à profiter de ce nouvel élan contre le sida pour chercher de l'argent supplémentaire (Dalglish 2011, Cueto 2019).

Tous ces nouveaux financements permettent d'améliorer sensiblement la couverture d'accès des malades éligibles aux ARV. Aujourd'hui on ne se demande plus s'il est possible ou souhaitable de traiter les personnes infectées du Sud, mais plutôt comment réussir. En effet, les problèmes de pénurie de personnel de santé, les faiblesses des systèmes de santé et des infrastructures demeurent. C'est pourquoi les Nations Unies réfléchissent au bien-fondé de cette stratégie d'accès universel, car elle risque de se faire au détriment des soins d'autres maladies. Pour toutes ces raisons, l'ONUSIDA et l'OMS ont appelé à remettre la prévention de la propagation du sida sur le haut des agendas politiques et institutionnels. Ce qui n'a pas empêché l'ONU de se fixer un nouveau défi à travers l'objectif fixé dans les ODD en 2015 qui est de mettre un terme définitif à l'épidémie d'ici 2030.



p.14



Autres partenariats et initiatives : la constellation de la santé à Genève



La gouvernance mondiale de la santé

[Travailler en classe](#)



La Banque mondiale a soutenu un programme de tests pour le VIH au début des années 2000, comme ici en Ouganda.

© World Bank / Arne Hoel, 2003