

## Accès aux traitements : l'irréductible écart ?

**Kemal Cherabi**

Arcat-Sida

**Hélène Delmotte**

Le Journal du Sida

**La douzième conférence mondiale sur le sida de juillet 1998 a été placée sous le signe du cœur “ Bridging the gap ” (réduire les écarts). La problématique de l'accès aux traitements pour les pays en développement s'est imposée comme un enjeu éthique et de santé publique dans la lutte contre le sida à l'échelon international. L'idée d'une obligation morale a été au centre de tous les discours qui impliquent une prise de conscience de la part de nombreux responsables économiques, politiques et sanitaires de l'écart toujours plus grand entre les pays du nord et du sud en matière de traitements et de prise en charge des personnes atteintes par le VIH.**

Le Dr M'Pelé du Congo, président de la Société africaine antisida, a donné le ton d'emblée : "*Le slogan de la conférence est mal choisi, car nous nous rendons compte que l'écart ne cesse de se creuser.*" Le constat est en effet là, terrible : sur les 30,6 millions de personnes vivant avec le VIH-sida dans le monde, 21 millions se trouvent en Afrique sub-saharienne. Aussi, comme l'a notamment souligné Scott Hammer, du Beth Israel Deaconess Medical Centre : "*Les recherches qui vont être présentées à Genève nous imposent un impératif moral clair : fournir des traitements d'un bon rapport qualité-prix au monde en développement.*"

De fait, cette conférence a abouti à une reconnaissance explicite des différences entre le Nord et le Sud. Plusieurs types d'indicateurs sont venus à l'appui des différentes interventions, notamment les taux de morbidité et de mortalité, diagnostiqués ou ressentis dans les pays en développement. Ces données, croisées avec le niveau de développement socio-sanitaire, confirment l'existence d'un fossé qui n'a cessé de se creuser du fait de l'entretien des retards. Ceux-ci sont de deux ordres : ils incombent à la fois à la lenteur des prises de décisions internationales, mais aussi à des blocages structurels dus à l'absence ou à la mauvaise qualité des dispositifs sanitaires. C'est pourquoi de nombreux programmes d'aide aux pays en développement paraissaient impensables et inconcevables avant la conférence de Genève. *"L'absence de volonté politique et de combativité, l'absence d'interventions effectives, le déni ou la négligence de l'urgence ont contribué à l'expansion de l'épidémie et l'ont transformée en génocide systématique"*, a résumé Javier L. Hourcade Bellocq, de Buenos Aires.

Aujourd'hui encore, la réduction du fossé entre la rhétorique et la réalité a éveillé le scepticisme de nombreux intervenants dans la mesure où elle se trouve parfois freinée par des stratégies qui diffèrent considérablement. Par ailleurs, les enjeux en termes de santé publique, d'économie, de démographie et d'éthique complexifient la mise en œuvre d'une solidarité internationale.

### **Différentes démarches, différentes logiques**

Différentes logiques - pragmatique pour l'Onusida, " droits de l'homme " pour la France, financière pour la Banque mondiale, économique pour les laboratoires pharmaceutiques - coexistent sans toujours se rejoindre.

L'Onusida inscrit ses actions dans une logique pragmatique. Ses activités de recherche ainsi que ses efforts en matière de prévention sont guidés par le souci, urgent, de freiner l'expansion de l'épidémie. La France, pour sa part, défend une position historique, humaniste, où la réduction des inégalités Nord-Sud repose sur une logique du co-développement et où le versant des droits de l'homme est fondamental. Ainsi, Bernard Kouchner présente-t-il comme

première motivation du Fonds de solidarité *"un impératif éthique qui interdit l'indifférence face à la souffrance et refuse d'assister passivement à la chronique de millions de mort annoncées"*. C'est l'idée développée par Jonathan Mann selon laquelle *"se protéger sans protéger les autres est dangereux"*.

Le troisième acteur international - la Banque mondiale - a été la cible des attaques des associations de lutte contre le sida. L'affirmation de sa logique financière, son refus de participer tous azimuts à la délivrance de médicaments sans l'assurance de trouver un minimum d'éléments structuraux, choquant de nombreux acteurs de la lutte contre le sida qui lui reprochent par ailleurs de calculer les coûts des traitements pour les pays en développement en fonction des standards occidentaux.

Enfin, les laboratoires pharmaceutiques se situent pour leur part dans une logique entrepreneuriale de type privé. Si les profits ne constituent pas leur seule motivation compte tenu de la nature du combat, ils ne peuvent échapper à la logique économique.

Il semble d'ailleurs que l'industrie pharmaceutique s'intéresse de plus en plus aux pays en développement : *" le Tiers-Monde est-il trop pauvre pour intéresser les multinationales de la pharmacie? Certes non, car il constitue un immense marché. L'Afrique, par exemple, avec une population représentant le dixième de l'humanité, ne consomme à ce jour que 3% des médicaments produits dans le monde. Les perspectives s'avèrent donc alléchantes, d'autant que beaucoup de pays du sud dépensent 20 à 30%, parfois 50% de leur budget de la santé à l'achat de médicaments, contre 10% dans les pays riches : certaines estimations évaluent à 200 milliards de dollars la dépense en médicament du Tiers-Monde à l'horizon 2000 "* (1).

### **Les initiatives internationales**

L'une des priorités de l'Onusida réside dans la réduction de la transmission mère-enfant suite aux résultats de l'essai réalisé en Thaïlande. Cet essai avait démontré en février 1998 qu'un traitement allégé d'AZT par voie orale à la fin de la grossesse réduisait de 50% le risque de contamination de l'enfant.

L'objectif du programme onusien est de permettre à 30 000

femmes, dans onze pays d'Afrique, d'Asie ou d'Amérique latine, de bénéficier de cette thérapeutique (2).

GlaxoWellcome a d'ores et déjà consenti une réduction de 60 à 70% sur le prix de l'AZT par rapport aux prix européens.

Ce dispositif soulève toutefois de nombreuses interrogations. En premier lieu, le principe d'une sélection soulève des problèmes éthiques et contredit les règles démocratiques. Par ailleurs, la question de l'avenir de ces femmes n'a été que très peu évoquée. Enfin, les alternatives à l'allaitement ne semblent pas avoir fait l'objet de recommandations précises. Or les risques de transmission sont bel et bien réels. Comme l'a souligné Laurent Mandelbrot (3) : "*La transmission par le lait se poursuit pendant toute la période de l'allaitement*". Mais délivrer du lait artificiel à prix réduit ne résoudrait cependant pas tous les problèmes. Outre l'aspect économique qui résulte de l'obligation d'un approvisionnement régulier se pose aussi le bénéfice de l'allaitement lors des premiers mois de vie, qui représente un apport primordial sur le plan immunitaire. Il reste cependant que toutes les solutions alternatives, comme par exemple l'élevage de chèvres, ne sont pas épuisées.

### **Le fonds de solidarité thérapeutique**

Cette initiative française a rallié l'Union européenne, le G 8, des organisations internationales (Onusida, Banque mondiale), des fondations privées et l'industrie pharmaceutique.

Trois principes sont à l'origine du fonds de solidarité. En premier lieu, l'accès au traitement ne relègue pas au second plan les questions de la prévention et de la recherche vaccinale, qui demeurent des axes d'intervention privilégiés. Ensuite, il s'agit d'une démarche dont les résultats ne pourront être mesurés qu'à moyen terme. Enfin, la priorité des actions est donnée à la réduction de la transmission mère-enfant, qui est présentée par Bernard Kouchner comme la "*seule stratégie de santé publique intégrant des médicaments antiviraux*".

Le Conseil européen de Luxembourg a approuvé en décembre 1997 cette initiative et les chefs d'Etat et de gouvernement du G 8 réunis à Birmingham le 17 mai 1998 ont soutenu cette

proposition. Le budget nécessaire à ces réalisations est évalué entre 100 et 200 millions de dollars par an. La France a d'ores et déjà débloqué 5 millions de francs en 1998 et elle s'est engagée pour un montant de 20 millions de francs pour les années suivantes. Certains laboratoires ont d'ores et déjà confirmé la baisse de leurs prix dans les pays en développement, pouvant aller jusqu'à une réduction de 75% pour l'AZT, conformément à l'annonce du directeur général de GlaxoWellcome.

Ces interventions ont toutefois suscité des inquiétudes chez les acteurs associatifs, relatives au manque de transparence dans le choix des sites (4) et dans la stratégie thérapeutique, en particulier la délivrance de bithérapies, à mettre en œuvre. Hakima Himmich, présidente de l'Association de lutte contre le sida (ALCS) au Maroc, a notamment déclaré : *"Que l'on nous donne le standard ! Il n'y a pas de raison que nous bénéficions des protocoles de pays sous-développés"*.

Sur le choix des pays, les initiateurs du fonds de solidarité thérapeutique internationale font valoir la complémentarité de leurs réalisations avec celles d'Onusida. Le choix des pays s'est donc effectué en fonction de deux critères : la présence d'Onusida d'une part, et la fiabilité des infrastructures de santé d'autre part.

Quant à la délivrance d'AZT aux femmes enceintes et à leur mise sous bithérapie, Michèle Barzach, membre de la Task Force du FSTI, a défendu le point de vue selon lequel *"traiter la mère est une forme de vaccin pour l'enfant"*.

En outre, la logique qui prévaut consiste à s'appuyer sur les femmes dans le cadre d'une première étape permettant d'initier un dynamique d'accès aux traitements antirétroviraux. Il reste néanmoins que l'impact social d'une telle démarche n'est pas pris en compte dans la mesure où les partenaires ne seront pas suivis médicalement. C'est dire le risque d'émergence de sentiments d'inégalité, voire de révolte souvent relayés par le mouvement associatif. Des initiatives se sont donc développées en marge de ces dispositifs, comme par exemple celle qui a donné naissance au Conseil des réseaux africains sur le VIH-sida, dont l'objectif est de négocier l'accès aux traitements directement avec les laboratoires. Des discussions sont déjà très avancées avec

Bristol-Myers Squibb, qui a consenti des prix préférentiels.

On retrouve ainsi au niveau international les contradictions que l'on a déjà pu observer au niveau national. D'un côté, il y a les initiatives internationales que beaucoup jugent trop ambitieuses par rapport à la réalité. De l'autre, des initiatives privées donnent une nouvelle impulsion au mouvement associatif qui s'affirme à l'échelon international et pallie aux manquements de certains acteurs politiques. Notons par ailleurs que les infections opportunistes liées au VIH n'ont pas été intégrées dans les programmes d'aide internationale. Or, comme l'a rappelé Awa-Marie Coll Seck, "*le cotrimoxazole est problématique et déficient*".

Néanmoins l'Afrique a considérablement évolué, en bousculant certaines traditions, et en adoptant de nouvelles politiques sanitaires.

Ainsi, en Ouganda, le gouvernement a impliqué les religieux, les leaders traditionnels et tous les groupes de la société dans un débat sur les moyens de contrer le VIH. Des programmes de prévention ont pu être ainsi mis en place dans les écoles. Les changements de comportements chez les jeunes, qui ont intégré les préservatifs dans leurs pratiques sexuelles, sont notables. En Tanzanie, des programmes de prévention ont permis de diminuer considérablement le taux de prévalence féminin dans les campagnes (de 10 % en 1987 à 3 % en 1996). Enfin, l'exemple du Sénégal mérite également d'être cité, dans la mesure où la participation conjointe d'acteurs de la société civile (religieux, ONG, femmes) et la stabilité politique du pays ont eu des impacts bénéfiques sur la politique sanitaire.

### **Crises économiques et conflits**

Mais ce ne sont pas toujours les retards de développement qui entravent la lutte contre le sida. L'exemple thaïlandais a montré quelles pouvaient être les répercussions d'une crise économique grave. La Thaïlande a en effet été pendant longtemps un modèle dans la lutte contre le sida pour les pays en développement. Les budgets avaient été multipliés par trois entre 1992 et 1997. La dévaluation de la monnaie thaïlandaise et l'inflation ont eu pour conséquence une baisse de 15 % du budget de la santé publique. Prawase Wasi a ainsi

rappelé que la disponibilité des antirétroviraux a été réduite de moitié du fait des répercussions économiques de l'importation de ces médicaments.

Au sujet des pays en proie à des conflits, Javier L. Hourcade Bellocq a souligné que *"les ressources existent ou peuvent être trouvées. Il y a aussi des pays qui sont suffisamment pauvres pour acheter des armes ou faire la guerre. Où sont les priorités?"*

Ce sont ces priorités auxquelles il va falloir désormais apporter une réponse. Car, comme l'a dit Aliou Sylla, du Mali : *"Il faut établir des passerelles avant de combler le fossé. Le G 8 et l'Union européenne n'ont pas le droit de décevoir"*.

Il ne s'agirait pas d'oublier en effet qu'humanisme et solidarité ont leurs exigences...

- 
1. " La recherche contre le Tiers-Monde ", Larbi Bouguerra, PUF, 1993.
  2. Les pays qui bénéficieront de cette initiative sont le Botswana, le Burkina Faso, le Cambodge, le Honduras, le Rwanda, la Zambie, le Zimbabwe auxquels s'ajoutent les quatre pays où des essais avaient déjà été menés, soit la Côte d'Ivoire, la Tanzanie, la Thaïlande et l'Ouganda.
  3. Hôpital Cochin.
  4. Sept pays bénéficieront des initiatives de ce fonds : l'Afrique du Sud, (Soweto), Congo (Brazzaville), Côte d'Ivoire, Ouganda, Vietnam et Cambodge. Enfin, l'accès aux multithérapies sera renforcé au Maroc.