

Pour une mondialisation du bien public santé !

François-Xavier VERSCHAVE : Un certain nombre d'associations de malades ont commencé depuis trois ou quatre ans à secouer très sérieusement l'indifférence de la communauté internationale sur l'absence d'accès aux traitements pour les malades les plus pauvres. Gaëlle Krikorian d'Act Up nous montrera comment ce bousculement a commencé de se produire. Les pays du Sud ont eux aussi commencé à refuser ce système inique en matière de santé et à affirmer la possibilité ou la nécessité de soigner leurs ressortissants. À cet égard, l'expérience menée par Eloan Dos Santos Pinheiro, qui a dirigé le laboratoire pharmaceutique gouvernemental Far Manghinos au Brésil est tout à fait exceptionnelle. Elle vous passionnera car elle montre qu'en la matière il n'y a pas de fatalité. La question de la mondialisation des soins est déjà présente chez nous à travers la présence des migrants, car nos systèmes de protections sociales ou sanitaires se sont créés sur la base d'une solidarité territoriale, c'est-à-dire que la solidarité s'organise entre les citoyens d'un même pays. Mais cette solidarité territoriale rencontre une limite, celle du serment d'Hippocrate des médecins qui s'engagent à soigner tous ceux qui se présentent. Il y a donc une contradiction entre cette forme de soumission à l'article premier de la Déclaration universelle des droits de l'Homme – les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droit – et le système de solidarité limité sur un territoire. La manière dont nous traitons le soin des migrants, des étrangers est déjà une manière d'anticiper sur la construction d'un bien public à l'échelle mondiale, ce dont nous parlera Mohamed El Moubaraki.

Suite à ce quatrième débat et aux échanges qui en découleront, nous concluons cette journée avec Catherine Puig, première Vice-présidente du Conseil général, qui fera le lien avec le passé, c'est-à-dire avec l'appel précurseur de Bobigny qui a été lancé il y a un peu plus d'un an, et avec les mobilisations immédiates, notamment à l'occasion du Forum social européen.

Gaëlle KRIKORIAN : Je vais vous parler du rapport entre la propriété intellectuelle et le médicament, à partir de l'expérience d'Act Up-Paris en la matière. Act Up travaille depuis 1996 sur la question de l'accès aux médicaments dans les pays en développement, a priori l'accès aux traitements contre le sida. Dans le cadre de ce travail, nous avons été obligés de nous intéresser à la question de la propriété intellectuelle, avec de nombreuses autres organisations.

Partons d'un constat assez connu : dans les pays en développement, les médecins mais aussi les malades dans leur grande majorité ne disposent pas des tests, des outils de diagnostics, des médicaments, des vaccins etc. dont ils ont besoin, de produits de santé qui existent et sont disponibles ailleurs, parce qu'ils n'ont pas les moyens d'en payer le prix.

On considère que ce prix est une des principales entraves à l'accès aux médicaments. Évidemment d'autres facteurs entrent en jeu, mais le prix du médicament est un des points majeurs qui empêche les gens d'y accéder. Il est important de le souligner parce que ce prix est l'un des arguments majeurs qui est utilisé par les bailleurs internationaux pour justifier du fait qu'ils ne

Quand on s'intéresse à la raison pour laquelle les prix des médicaments sont si élevés, on se rend vite compte qu'il y a un rapport avec l'existence des brevets qui confèrent des monopoles aux compagnies pharmaceutiques.

s'investissent pas pour essayer de développer l'accès aux médicaments dans les pays en voie de développement. C'est ce à quoi on a été confronté dans la lutte contre le sida ces 20 dernières années. Il a fallu beaucoup de temps, de travail et de ruse pour finir par obtenir que les financeurs internationaux, la Banque mondiale, l'Union européenne, les coopérations internationales acceptent de s'engager un minimum à financer l'accès aux traitements dans les pays en voie de développement, ou tout au moins qu'ils ne puissent plus utiliser cet argument du prix du médicament. En 1996, lorsque l'on demandait à l'Union européenne ou à la Banque mondiale de s'engager dans l'accès aux antirétroviraux leur réponse était simple : avec un médicament qui coûte 10 000 € par an, comment voulez-vous que l'on envisage de le rendre disponible dans des pays pauvres ? Ce problème est devenu très public et on en a beaucoup parlé autour de la question de l'accès aux antirétroviraux et des trithérapies. Cela dit c'est un problème qui se pose aussi en matière de prise en charge contre le sida pour d'autres médicaments, pour traiter des infections opportunistes qui sont moins connues mais qui nécessitent des médicaments pouvant aussi coûter très cher, et c'est évidemment un problème que l'on rencontre au-delà du sida pour de nombreuses pathologies.

Quand on s'intéresse à la raison pour laquelle les prix des médicaments sont si élevés, on se rend vite compte qu'il y a un rapport avec le fait qu'il existe des brevets, et que ces brevets confèrent des monopoles aux compagnies pharmaceutiques. L'objectif de ma présentation est d'essayer de réfléchir autour de plusieurs questions : est-ce que le prix du médicament est une fatalité ? Quel est le cadre légal national ou international sur les questions de propriété intellectuelle, et quelles sont les répercussions en matière de santé publique et d'accès aux médicaments ? Mais aussi quelles sont les possibilités nationales ? Eloan pourra développer ce qu'elle a pu faire au Brésil. Quels sont les enjeux aujourd'hui, lorsqu'on se penche sur ce qu'il se passe dans les pays en voie de développement, mais aussi en prenant en considération les difficultés auxquelles sont confrontés les pays riches, de plus en plus, en matière de disponibilité et d'accessibilité des médicaments ?

Est-ce que le prix du médicament est une fatalité ? À partir de 1997, des entreprises publiques au Brésil et privées en Inde, ont commencé à produire des copies d'antirétroviraux à des prix 90, 95, 98 % moins cher que ceux des firmes occidentales.

Le prix du médicament est-il une fatalité ? Nous avons longtemps cru que oui. Il y a quelques années, quand on demandait l'accès aux antirétroviraux dans tous les pays y compris dans les pays pauvres, on nous répondait que cela ne serait pas possible, que le prix était ce qu'il était, que l'on pouvait essayer de négocier avec les laboratoires pharmaceutiques mais que ces choses-là coûtaient très cher à rechercher, à produire etc. On pouvait espérer faire un peu baisser le prix des médicaments, mais dans des proportions très limitées.

À partir de 1997, notamment au Brésil, des entreprises publiques et même privées comme en Inde, ont commencé à produire des médicaments génériques, c'est-à-dire des copies d'antirétroviraux qui étaient tout d'un coup vendues à des prix beaucoup beaucoup beaucoup plus bas que les prix auxquels nous étions confrontés quand nous discutons avec les compagnies pharmaceutiques occidentales. Beaucoup plus bas cela signifie 80 % moins cher, 90, 95, 98 % moins cher ! On est passé d'un traitement qui était vendu dans les pays du Nord comme dans les pays du Sud 10 000 € par an à un traitement qui aujourd'hui peut être acheté à moins de 200 € par an. Cette différence est énorme et a un intérêt immédiat parce que cela signifie

qu'aujourd'hui nous avons peut-être une chance de pouvoir enfin développer l'accès pour tous, et que ces traitements deviennent également « abordables », peut-être pas directement pour les gens, mais pour les Gouvernements s'ils s'engagent. Un certain nombre de Gouvernements de pays en développement peuvent mettre en place des mécanismes pour subventionner l'accès aux médicaments, c'est envisageable quand le traitement coûte 200 € par an, mais ça ne l'est plus si c'est 10 000 €. Cette révolution a donc ouvert des perspectives en matière d'accès aux médicaments, mais surtout elle a prouvé deux choses essentielles qui étaient dans cette boîte noire que nous ne pouvions pas ouvrir : d'une part il est possible d'avoir accès à des médicaments à des prix très largement inférieurs à ceux que proposent les compagnies pharmaceutiques, ou à ce qu'elles prétendent pouvoir proposer.

Pendant longtemps, quand on négociait avec les laboratoires, avec Glaxo Wellcome par exemple, à force de pressions médiatiques, on parvenait à obtenir des réductions de l'ordre de 25 ou 30 %. Les laboratoires disaient alors qu'il leur était impossible de descendre plus bas sauf à rogner sur les coûts de production. Évidemment nous étions encore très loin du coût de production. Quand on voit qu'une compagnie indienne est capable de proposer un prix 98 % moins cher, alors que c'est une compagnie privée qui cherche aussi à faire un bénéfice, on se doute que le prix de production du médicament est infime. L'un des enjeux pour nous à l'époque – un enjeu qui reste tout à fait d'actualité – était de sortir de la situation de monopole. Parce que lorsque plusieurs compagnies, publiques ou privées, sont capables d'offrir un médicament, et qu'un mécanisme basique de compétition se met en marche, il permet de faire baisser les prix de façon beaucoup plus efficace et durable que n'importe quelle négociation. En négociant avec les compagnies pharmaceutiques, nous n'avions aucun outil pour les obliger à faire baisser leurs prix, si ce n'est en leur faisant un peu de mauvaise publicité dans les médias.

L'étude sur les prix des médicaments menée par Médecins sans frontières a montré qu'à partir de l'année 2000, au moment où les médicaments génériques antirétroviraux ont vraiment commencé à être disponibles et à se vendre, l'impact a été très fort sur les prix des antirétroviraux brevetés. Tous les anti-rétrovirus n'ont pas été copiés, mais ceux qui ont pu l'être ont connu une réduction drastique de leur prix et les compagnies pharmaceutiques se sont alignées.

Une fois posée la question du prix, on arrive à celle du brevet, qui permet de maintenir un monopole. Pourquoi le brevet nous intéresse-t-il quand on parle d'accès aux médicaments dans les pays en voie de développement ? Depuis 1994, 125 pays à l'époque et maintenant 147 sont membres de l'Organisation mondiale du commerce, et se sont donc engagés à mettre en œuvre l'accord de Marrakech, qui comprend un certain nombre d'accords dont celui qui porte sur la protection de la propriété intellectuelle : l'ADPIC, Accord sur les droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce. L'objectif de cet accord est de fixer un standard minimum en matière de protection intellectuelle qui doit être appliqué dans tous les pays. Il y aurait beaucoup de choses à dire à ce sujet, et on peut s'interroger sur l'intérêt de mettre en place ce mécanisme. On peut s'interroger sur l'intérêt de faire respecter la propriété intellectuelle dans un certain nombre de pays qui ne bénéficieront pas des théoriques avantages qu'est censé mettre en place ce système.

L'ADPIC, Accord sur les droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, a pour objectif de fixer un standard minimum en matière de protection intellectuelle qui doit être appliqué dans les 147 pays membres de l'OMC.

On offre une protection de 20 ans à l'« inventeur » du médicament, en échange de quoi il peut gagner de l'argent durant cette période et réinvestir dans la recherche pour découvrir de nouveaux médicaments.

Le système de la protection de la propriété intellectuelle s'applique à toutes les inventions, entre autres aux médicaments et aux produits de santé, et l'objectif est, en principe, de permettre l'innovation thérapeutique. On offre une protection de 20 ans à l'inventeur du médicament, en échange de quoi il peut gagner de l'argent durant cette période et réinvestir dans la recherche pour découvrir de nouveaux médicaments. Ce système est peut-être efficace dans certains cas de figure, mais le constat actuel est qu'il est globalement inefficace, et même tout à fait inefficace en ce qui concerne les pays en développement qui n'ont jamais accès aux innovations de santé publique.

Le standard est donc un brevet de 20 ans, qui protège contre l'existence de copies. Au terme des 20 ans, a priori le produit tombe dans le domaine public, et c'est à ce moment là qu'apparaissent ce que nous appelons en France les génériques. Dans les cas des antirétroviraux, les « génériques » dont on parle sont en fait des copies, soit parce qu'il n'y a pas eu de brevet reconnu dans le pays, soit parce qu'il n'y avait pas de législation de protection au moment du dépôt du brevet, soit parce que le pays a recouru à des dispositions permettant de contourner les brevets. Pour l'instant, ces dispositions n'ont encore jamais été utilisées. La justification de ce système des brevets était donc d'inciter l'innovation, mais la deuxième table ronde de ce matin a fortement souligné le fait que l'innovation pharmaceutique a très fortement diminué depuis les années 70. Seulement 39 nouvelles molécules sont arrivées sur le marché américain en 2002, ce qui est très peu. De plus ces médicaments sont rarement de véritables innovations, même si les prix augmentent considérablement. Or, le prix du médicament devient lui aussi mondial, et un nouveau médicament pour des pathologies lourdes et mortelles de type sida, hépatites etc. représente systématiquement un prix de l'ordre de 10 000 euros par an. Ces prix sont largement acceptés par les agences du médicament en France, en Europe, aux États-Unis ou au Japon, pays ayant les marchés les plus importants.

Un moment important ces dernières années a été celui où l'Organisation mondiale de la santé, suivie par d'autres, a commencé à communiquer sur le fait que la mise en application des accords sur la propriété intellectuelle allait avoir des conséquences dans les pays en développement que l'on pouvait qualifier très clairement de néfastes. Cela allait encore réduire l'accès déjà largement insuffisant aux produits de santé. Une étude particulièrement significative avait été réalisée par un économiste du FMI, qui montrait par exemple qu'en Argentine la mise en application de la protection sur la propriété intellectuelle sur le médicament signifiait une augmentation de 70 % des prix, et parallèlement une réduction de 50 % de l'accès sur les médicaments qui jusqu'à présent n'étaient pas dans un système de monopole. Cela signifie des conséquences désastreuses pour les populations.

Quand l'OMS a commencé à communiquer sur ces questions, et aussi parce qu'il y a eu une forte mobilisation sur la question de l'accès aux médicaments contre le sida dans les pays en développement, nous avons assisté à un mouvement international important. Les médias ont été de plus en plus attentifs et les associations ont réussi à se faire relativement entendre. La Conférence ministérielle de Doha a alors eu lieu, en novembre 2001. Elle a été un moment fort, où les pays du Sud se sont alliés pour créer un bloc, avec la ferme intention d'obtenir quelque chose. Ils ont obtenu une déclaration : la déclaration de Doha dite « ADPIC et santé publique », qui reconnaissait le droit des pays à passer outre la propriété intellectuelle dans l'objectif de

La déclaration de Doha reconnaissait le droit des pays à passer outre la propriété intellectuelle, dans l'objectif de favoriser l'accès aux produits de santé et aux médicaments pour tous.

favoriser l'accès aux produits de santé et aux médicaments pour tous. Sur le principe, cette déclaration était vraiment un événement, le droit « aux médicaments pour tous » était d'ailleurs rédigé dans la déclaration de l'OMC, ce qui était assez amusant.

Donc sur le principe on reconnaît le droit à contourner la propriété intellectuelle, ce qui veut dire que la santé est suffisamment importante pour ne pas être systématiquement reléguée derrière les préoccupations commerciales. Mais concrètement, en réalité il ne s'agit que de réaffirmer quelque chose qui existait dans l'accord ADPIC, c'est-à-dire que les pays du Sud ont le droit d'utiliser ce qu'on appelle les licences obligatoires, une disposition juridique qui permet à un État de dire qu'il ne trouve pas d'entente avec le détenteur d'un brevet alors qu'il a besoin d'un produit, donc soit qu'il le fabrique lui-même, soit qu'il le fait fabriquer. À Doha, on reconnaît et on réaffirme cette possibilité. Cependant, la majorité des pays ne peuvent pas produire eux-mêmes les médicaments dont ils ont besoin, soit parce que techniquement ce n'est pas possible – encore que produire des antirétroviraux n'est pas si compliqué – soit surtout parce que pour des raisons économiques on n'imagine pas lancer une production d'antirétroviraux dans chaque pays du monde, cela ne serait pas viable économiquement. À Doha, les États membres de l'OMC ont reconnu qu'il y avait un problème à ce niveau et qu'il allait falloir trouver une solution. C'est bien de dire que certains peuvent produire, que d'autres peuvent importer, mais on avait aussi besoin de dire que ceux qui produisent ont besoin de pouvoir exporter et qu'on doit légalement les autoriser à le faire. Cela n'a pas été fait à Doha, et c'est le piège qui est apparu derrière la belle déclaration, puisqu'on n'a résolu que la moitié du problème.

Depuis Doha, nous avons assisté à près de deux ans d'intenses et fatigantes négociations. Le fait que la discussion ne soit pas terminée sur cette question de l'accès aux médicaments génériques était aussi pour les pays du Nord et les laboratoires une manière de se garder la possibilité de revenir sur la discussion, et éventuellement d'essayer de revenir sur ce qui avait été décidé à Doha. Finalement cet été, in extremis, huit jours avant Cancun, un accord a été validé. Je ne rentrerai pas dans les détails sur la façon dont cet accord a été décidé, qui est assez tragique et d'un manque de transparence absolument total, et nous savons que des pressions énormes ont été effectuées notamment sur les pays africains pour qu'ils acceptent cet accord. Toujours est-il que cet accord est censé permettre l'exportation des médicaments génériques, sans aucune limitation, c'est-à-dire que cela ne concerne pas uniquement le sida, la tuberculose ou le paludisme. Cet accord concerne donc la santé en général. En revanche, cet accord est techniquement extrêmement difficile à mettre en œuvre, ce qui en annule la substance.

Aujourd'hui, a priori on a un accord sur la question de l'exportation, et on pourrait rêver de voir une libre circulation des copies de médicaments dans les pays qui en ont besoin, ce qui permettrait l'accès aux médicaments pour leurs populations. Mais il faut d'abord que cet accord soit retranscrit dans les accords de l'OMC sous la forme d'un amendement, donc la discussion n'est pas terminée. Act Up, Médecins sans frontières et beaucoup d'autres sont très critiques sur le fait que l'on puisse un jour réellement mettre en œuvre cet accord. Il y a d'autres possibilités dans les accords ADPIC qui sont utilisées par

Huit jours avant Cancun, un accord assez tragique a été validé, qui est censé permettre l'exportation de médicaments génériques. Mais il est techniquement extrêmement difficile à mettre en œuvre, ce qui en annule la substance.

les pays du Nord à longueur de temps, dans des domaines tout à fait différents de la santé. Nous pensons que les pays du Sud doivent absolument utiliser toutes les dispositions qui existent dans ces accords et qui peuvent permettre d'exporter, de produire ou d'importer sans passer par les fourches de l'accord élaboré spécialement par les pays du Nord à leur propre intention. Les négociations ne sont donc pas terminées et notre objectif est de faire en sorte que la circulation et l'accès aux médicaments génériques se développe de plus en plus. Cela signifie que nous posons la question de la responsabilité des États, pas seulement de ceux du Nord quand ils négocient à l'OMC, mais aussi celle des États du Sud. La leçon que l'on peut tirer de Cancun est que les gens sont capables de dire non. Nous aurions préféré qu'ils disent non une semaine plus tôt quand était en train de se signer un mauvais accord sur les génériques... Il existe des possibilités légales de réaliser un certain nombre de choses, encore faudrait-il qu'elles soient mises en œuvre.

Vous avez peut-être entendu parler récemment de la décision de la Commission de la concurrence en Afrique du Sud, qui vient de condamner deux laboratoires pharmaceutiques en raison des prix trop élevés qu'ils imposaient. C'est un début. Derrière cette décision on pourrait voir se mettre en place des licences obligatoires et de la production de médicaments génériques en Afrique du Sud. Ce serait la première fois qu'un pays du Sud aurait recours à une licence obligatoire pour produire un médicament contre le sida. Ce serait une façon de rompre le tabou sur l'utilisation des licences obligatoires dans les pays en développement et cela pourrait permettre à d'autres pays de s'engager sur cette voie.

Au-delà de ce qui se joue à l'OMC, on voit se développer des accords bilatéraux principalement négociés par les États-Unis pour imposer aux pays du Sud des mesures encore plus restrictives que le standard OMC. C'est un délire très dangereux.

L'autre chose essentielle en ce moment est qu'au-delà de ce qui se joue à l'OMC, on voit aussi se développer en ce moment des accords bilatéraux et régionaux. Ces accords sont principalement négociés par les États-Unis avec des pays en développement pris individuellement. Dans le cadre de ces accords bilatéraux, une quantité importante de sujets sont traités, notamment la question de la propriété intellectuelle. À travers ces accords, on impose aux pays du Sud des mesures qui sont encore plus restrictives que le standard OMC. C'est une forme de délire, mais c'est un délire qui est extrêmement dangereux. Par exemple, en ce moment au Maroc une négociation est arrivée à la phase terminale. Si le Maroc signe l'accord qu'il a en ce moment entre les mains, il condamne complètement son industrie locale de production de médicaments. Les conséquences vont être dramatiques en termes de santé pour ce pays, c'est évident.

Notre travail est donc également de solliciter le Gouvernement français qui a le devoir de dénoncer ce type de pratiques, dans la mesure où la France a fait partie des négociations à l'OMC, qu'elle y a défendu un certain nombre de principes, et qu'elle ne peut pas accepter que des règles encore plus hystériques que celles de l'OMC soient bafouées, dans le cadre de négociations obscures aux conséquences dramatiques.

Voilà le genre de choses sur lesquels Act Up-Paris est amené à travailler, à partir de son travail sur l'accès aux médicaments contre le sida. Nous parlons du sida en sachant très bien qu'au-delà du sida il y a beaucoup d'autres pathologies : celles qui se développent comme l'hépatite C pour laquelle il n'y a pas vraiment de médicament efficace, et pas du tout de médicaments dans les

pays pauvres ; on parle souvent des maladies orphelines mais dans les pays en développement même les maladies comme l'asthme ou des maladies bénignes nécessitent un accès aux médicaments. On parle de copies et de médicaments génériques, mais pour faire des médicaments il faut faire ou acheter de la matière première. Sortir des pays de la dépendance parce qu'ils sont capables de fabriquer le produit fini est une chose, mais s'ils ne sont pas capables de fabriquer la matière première eux-mêmes, ils seront une fois de plus tributaires de quelques rares vendeurs sur cette planète. L'innovation et l'acquisition de la technologie sont également importants. Quand on dit que l'on copie un médicament, il y a tout un travail de formulation, d'acquisition de la technologie, parfois d'amélioration du médicament ou d'adaptation aux spécificités locales... L'acquisition de ces techniques va favoriser la capacité de fabriquer de nouveaux médicaments. C'est ce qu'a fait la France pendant des années avant de commencer à appliquer les règles de la propriété intellectuelle. C'est comme cela que la France a pu développer son industrie pharmaceutique. Il est vraiment important de réaliser que la logique qui s'exerce dans les pays en développement à travers la Banque mondiale, le FMI, les accords de l'OMC etc. est la même logique que celle qui s'exerce de plus en plus fortement dans nos pays. Cela nécessite une mise en commun de la réflexion Nord Sud entre les différents acteurs, mais aussi une lutte commune à intensifier. Enfin, parler des laboratoires pharmaceutiques est une chose, mais nous avons surtout besoin de parler de la responsabilité des États, dans leur implication dans la recherche, dans leur implication dans la mise à disposition des médicaments et dans leur accessibilité.

François-Xavier VERSCHAVE : Merci Gaëlle. Je vais donner la parole à Eloan Pinheiro.

Eloan PINHEIRO : Bonsoir. Tout d'abord, pardonnez-moi de ne pas parler en français. Je vais m'exprimer en portugais, mais la traduction sera faite et Gaëlle aidera en cas de difficulté. Tout d'abord, je souhaite remercier les organisateurs de ce débat de m'avoir invitée à cet événement pour présenter l'expérience d'un pays pauvre, et avec des indicateurs sociaux assez bas. Le Brésil doit lutter et avancer pour proposer des médicaments capables de soigner les principales maladies qui atteignent sa population. Évidemment, cette expérience a été rendue possible d'abord par l'engagement d'une action gouvernementale, grâce à l'existence d'une société civile engagée dans ce processus, grâce aux ressources humaines disponibles et aux capacités technologiques installées au Brésil.

Le Brésil est un pays de dimension continentale. Il compte 5 507 municipalités, une population proche de 169 millions d'habitants, un produit national brut par habitant de 7 625 dollars par an, mais qui ne reflète pas vraiment la réalité de la population du pays, une espérance de vie de 67 ans et un indice de développement humain de 0,7 %. Près de 237 000 personnes sont atteintes du sida au Brésil, et on estime à 600 000 personnes le nombre de séropositifs. Il y a un taux de séro-prévalence de 11 pour 100 000 habitants. Ces données socio-économiques excluent le Brésil des pays qui pourraient être en capacité de recevoir de l'aide. Pourtant, ces indices masquent le fait que peu de personnes concentrent la majeure partie de la richesse, alors qu'une grande partie de la population est exclue. Cela maintient beaucoup de personnes en situation d'exclusion et de précarité et augmente les difficultés du pays. La liste des

antirétroviraux qui ont été développés et produits au Brésil comprend : Zidovudine, Didanosine, Lamivudine, Zidovudine plus Lamivudine, Indinavir, Nevirapine, Saquinavir, Ritonavir. Cette production a notamment permis de faire des économies des coûts moyens, une diminution du prix de certains médicaments de 72 %, et de 34 à 43 % selon la trithérapie utilisée.

Gaëlle KRIKORIAN : Une petite précision, il existe plusieurs types de combinaisons entre trois médicaments pour faire une trithérapie. Le problème est que toutes les molécules de l'association n'ont pas forcément pu être produites au Brésil, et dans une trithérapie on peut se retrouver avec un des trois médicaments qui reste sous brevet et donc reste très cher. On arrive alors à faire baisser le prix global du traitement, mais pas autant qu'on le pourrait si on était capable de produire soi-même les trois molécules.

La baisse du prix des traitements par trithérapie au Brésil a permis de réduire l'indice de mortalité de 40 à 70 %. La morbidité a été réduite de 60 à 80 % et le nombre d'hospitalisations a été divisé par 4, ce qui a permis d'éviter près de 234 000 hospitalisations et de faire des économies de 677 millions de dollars.

Eloan PINHEIRO : En 1997, 35 000 patients étaient sous traitement au Brésil, ce qui représentait une dépense d'environ 83 millions de dollars. En 2003, nous avons réussi à augmenter considérablement le nombre de patients sous traitement tout en maintenant plus ou moins le niveau de dépenses qui avait été initialement prévu pour traiter un nombre moindre de patients. 125 000 sont aujourd'hui traitées avec 212 millions de dollars.

Voici une démonstration de comment les indices de traitement ont pu être diminués au niveau individuel : la Zidovudine en capsules de 100 mg est passée de 0,26 dollars l'unité en 1998 à 0,10 dollars en 2003, soit une baisse de 61 % ; la combinaison Zidovudine et Lamivudine en tablettes est passée de 1,97 dollars à 0,43 dollars, soit une diminution de 78 % ; la Lamivudine en tablettes de 150 mg de 1,11 dollars à 0,22 dollars, soit moins 80 % ; la Névirapine 200 mg de 2,96 dollars à 0,26 dollars soit moins 91 % etc. Pour certains médicaments tels que le Nelfinavir, l'Efavirenz, le Lopinavir plus Vitonavir qui étaient encore sous brevets, le Gouvernement brésilien a dû faire pression pour permettre tout de même une diminution des prix à partir de l'année 2000. L'impact de ces baisses de prix sur les traitements par trithérapie a été important non seulement sur le contrôle du niveau de dépenses pour le Ministère de la santé, mais surtout sur l'indice de mortalité qui a été réduit entre 40 et 70 %. La morbidité a été réduite de 60 à 80 % et le nombre d'hospitalisations a été divisé par 4, ce qui a permis d'éviter près de 234 000 hospitalisations et de faire en fin de compte des économies de 677 millions de dollars. Il est évident que si un système de santé reste cher, c'est parce que les médicaments restent chers. Le nombre de décès dus au sida s'est donc nettement infléchi à partir de 1996.

Comment de tels résultats ont-ils été atteints ? À travers l'engagement gouvernemental et notamment un décret présidentiel de 1996 qui garantit à tous l'accès aux soins dans l'ensemble du système de santé publique. On a organisé les critères de traitement en établissant un Comité consultatif qui révisé périodiquement ces critères. Ce système de Comité consultatif est composé à la fois de représentants du Ministère de la Santé, de médecins, d'ONG et de personnes atteintes du sida. De nombreux défis restent à mener au Brésil, et nécessiteront un budget assez élevé de 6 milliards de reais (environ 2 milliards de dollars) en 2003. Dans ce budget, 27 % est destiné à l'acquisition des médicaments, les médicaments contre le sida représentant 516 millions de reais et les autres médicaments 690 millions de reais.

Malgré ces avancées, il reste encore des problèmes à résoudre, même si 80 % des médicaments sont produits sur place, il en reste encore 20 % qui sont importés. 49 % de la population brésilienne a encore des difficultés d'accès aux médicaments. Il reste donc encore beaucoup de travail pour que les personnes les plus démunies aient accès aux médicaments. Quelles sont les solutions que l'on peut proposer pour relever ces défis ? Il faudra développer les processus et les méthodes à travers une ingénierie et un savoir faire pour produire des médicaments qui ne sont pas sous brevet. La présence d'experts qui peuvent garantir la qualité des matières premières est aussi nécessaire pour arriver à produire ces médicaments, tout comme l'établissement d'un réseau de fournisseurs de matières premières qui permettent d'obtenir de bons prix sur le marché, pour la production des médicaments. Il faudra encore faire pression sur les industries pharmaceutiques pour que les médicaments qui restent sous brevets voient encore leur prix baisser.

L'objectif de la recherche et développement sera de diminuer le retard technologique des pays en développement. Déjà six laboratoires publics au Brésil participent à ce processus d'accréditation par l'agent nationale de régulation. La capacité de production brésilienne totale, comprenant les secteurs public et privé, est actuellement de 3 milliards d'unités d'anti rétroviraux. Pour garantir ces réponses, l'engagement de l'Etat est indispensable, et il doit clairement établir les priorités de santé publique. Cela passe évidemment par une volonté en matière de recherche publique et de développement universitaire, pour que ce que la population considère être une priorité soit effectivement une priorité de la politique de recherche. Pour nous, il est important de savoir que si la population contribue aux dépenses de l'Etat, celui-ci a la responsabilité de répondre aux besoins de santé publique. Il est également nécessaire d'établir un transfert de technologie au niveau international, des pays développés vers les pays sous développés.

Un système doit également être établi au niveau local, qui passe par un partenariat entre les instituts de recherche publique et les laboratoires. La recherche des instituts publics peut se transformer en recherche appliquée et aboutir au développement et à la production de médicaments à disposition de la population. Ce partenariat doit exister à l'intérieur du secteur public, mais également entre le public et le privé. À travers ce processus, le secteur privé favoriserait cette dynamique et produirait les médicaments encore nécessaires, et les laboratoires publics feraient ce transferts des médicaments vers les besoins de la population. Dans ce processus, il est évident qu'on ne peut pas oublier les responsabilités des pays développés notamment vis-à-vis des pays du Sud. Du fait même de l'avance technologique des pays du Nord, ils peuvent participer en apportant leur expertise technique et en formant des ressources humaines capables d'enrichir des expériences dans le Sud.

Ce sont tous ces facteurs qui amènent au succès d'une politique de santé publique. La solution ne peut pas venir uniquement des entreprises privées, dans la mesure où leur objectif n'est pas la réponse à une nécessité sociale ou la satisfaction d'un droit humain, mais la recherche du profit. La seule solution pour avancer dans ce domaine est de renforcer les priorités publiques définies par la population qui amènerait à mettre en place un « brevet public » dont tout le monde connaîtrait la composition. Cela garantirait l'accès aux médicaments pour tous, sans devoir payer le coût du brevet. Cela concerne toutes les pathologies, pas seulement celles dont souffrent les populations du Sud, mais les populations du monde entier.

François-Xavier VERSCHAVE : Merci infiniment Eloan. On dit toujours que le Nord se porte bien alors que le Sud va mal. Dans ce cas de figure on constate que le Brésil a réussi à coller d'adjectif public à quelque chose qui échappait totalement aux besoins des populations. Cette expérience peut en inspirer beaucoup d'autres. Mohamed El Moubaraki, Président de l'association Migrations santé, va maintenant nous parler de l'accès au soin pour les personnes étrangères.

Dans les pays en voie de développement, ou plutôt « en voie d'appauvrissement », les femmes courent 175 fois plus de risque de mourir en couche que dans les pays du Nord.

Mohamed EL MOUBARAKI : Migration santé est une association loi 1901 créée par de jeunes médecins dans la foulée des années 60 – 70 pour revendiquer les mêmes droits pour les migrants et les Français. Nous avons œuvré pour la promotion, la protection de la santé des migrants, des réfugiés et de leurs familles par l'accès au système de santé et par l'accès au droit, en tant que citoyens à part entière. Si le système de soin français est le meilleur, et si cette société a des valeurs universelles, cela ne signifie pas forcément que ces valeurs sont respectées quand une personne étrangère arrive sur le territoire français. L'immigration est le miroir de la société et de son histoire. Ses valeurs historiques y sont condensées et peuvent se remettre en cause. Jusqu'aujourd'hui, la France a toujours besoin des migrants. Ce besoin est estimé à 100 000 migrants annuellement, tout comme l'Europe. À titre d'exemple, afin de combler le manque de médecins et de personnel médical dans nos hôpitaux, on fait appel à des médecins et infirmiers étrangers. Cela entraîne d'ailleurs une importante fuite de cerveaux alors que les pays du Sud ont un besoin extrêmement criant de personnel qualifié, et pas seulement de médicaments. Dans les pays en voie de développement, ou plutôt « en voie d'appauvrissement », les femmes africaines courent 175 fois plus de risque de mourir en couche que dans les pays du Nord.

La Déclaration universelle des droits de l'Homme est un des facteurs essentiels pour l'intégration dans un état de droit. Or, la santé en est un point essentiel, et elle doit prendre en considération le facteur culturel. L'association Migration santé utilise une démarche participative, ce qui signifie que nous ne faisons pas les choses « pour l'autre », mais avec les migrants, ceci dans le cadre de groupes de travail qui accueillent l'autre avec sa richesse, sa manière de voir les choses. Nous sommes présents dans près de 120 foyers de travailleurs migrants, et nous y parlons notamment du sida, ce qui n'est pas évident. Le sida est perçu de manière différente d'une culture à l'autre, il existe des tabous culturels. Quand on arrive dans un lieu clos où l'on se retrouve en reclus par rapport à la société, avec des problèmes de chômage et d'exclusion, on ne peut pas aborder la question du sida sans créer un climat de confiance, pour que les personnes se prennent en charge, qu'ils se sentent responsables en tant que citoyens et pas stigmatisés. Nous avons développé un secteur de formation pour les professionnels de la santé, parce que l'enseignement médical dans les écoles et universités ne prend pas en considération l'aspect préventif et social à destination des migrants.

Concernant les relations Nord-Sud, là encore, la déclaration universelle des droits de l'Homme peut nous servir de référence. Après le cataclysme de la seconde guerre mondiale, grâce à la résistance qui existait au sein des peuples et qui a permis la victoire sur le fascisme. Toutes les nations se sont mises d'accord, sur une charte de résistance pacifique appelée « Déclaration Universelle des Droits de l'Homme » : tous les êtres humains naissent et

demeurent égaux en dignité et en droit. Article 2, « tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la santé de sa personne » Article 3 « Toute personne a droit au travail » Article 25 « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé » Article 26 « Toute personne a droit à l'éducation » La santé, l'éducation, le travail sont un ensemble qu'on ne peut pas délier. On a exprimé la volonté d'assurer ces droits d'une manière universelle, pourtant actuellement 20 % des plus riches se partagent 86 % des richesses de la planète, alors que les 20 % les plus pauvres se partagent à peine 1 % des richesses. Et l'écart continue à ce creuser entre les pays riches et les pays pauvres, alors que nous sommes à peu près 6 milliards d'habitants sur cette planète aujourd'hui. Les problèmes de santé qui se posent dans les pays pauvres concernent souvent des pathologies qui ne devraient pas être aussi graves, mais 70 % de la mortalité dans les pays du Sud est due à des maladies qui sont presque inexistantes dans les pays riches : des maladies parasitaires, liées à l'hygiène et à l'accès à l'eau potable. Il ne faudrait pas des budgets énormes pour mettre fin à ces problèmes, cela ne nécessiterait pas les milliards qui sont investis dans l'armement nucléaire... L'argent est là mais il est utilisé à d'autres fins. La réponse à ces problèmes est au niveau de développement de ces pays, car la « maladie » qui fait le plus de morts dans le monde est la pauvreté. Existe-t-il un projet de développement global sur cette planète, ou allons-nous rester dans nos petits égoïsmes pour tenter de conserver ces acquis ? En arrêtant de financer des guerres il y a de quoi développer toute la terre entière. Le budget de l'État français qui vient d'être voté augmente encore les sommes affectées à la fabrication de missiles. Si on aidait les paysans du Sud avec la même force que l'on aide le secteur agroalimentaire aux États-Unis et en Europe, l'essentiel de ces problèmes de santé trouveraient des solutions. Ce n'est pas une question de charité, c'est une obligation de rééquilibrer les choses au niveau mondial.

70 % de la mortalité dans les pays du Sud est due à des maladies qui sont presque inexistantes dans les pays riches : des maladies parasitaires, liées à l'accès à l'eau potable...

François-Xavier VERSCHAVE : Si je comprends bien, il faut que nous cherchions un vaccin contre la pauvreté, ce qui demande une ingénierie particulière...

Débat

Un intervenant : L'exemple du Brésil m'interpelle énormément. Par rapport aux avancées remarquables qui ont été faites au Brésil, notamment en matière d'accès aux médicaments génériques contre le sida, est-ce que cette expérience ou les médicaments produits aujourd'hui ont bénéficié à d'autres pays du Sud ? Avez-vous été sollicités par d'autres pays pour les aider dans l'acquisition de ces médicaments génériques à bas prix ? Les partenariats Sud-Sud sont à développer, en avez-vous déjà effectué ?

De plus, j'ai une observation d'ordre général. C'est un exemple qui peut nous donner des idées. Madame, pour le Brésil, vient de dire qu'il fallait une véritable volonté politique pour que ces actions puissent prendre de l'ampleur et avoir une efficacité certaine. Nous sommes au cœur du problème. Dans un certain nombre de pays du Sud, on ne peut pas parler d'État indépendant, il n'y a ni État, ni volonté politique parce que les représentants ne sont pas reconnus par leurs peuples, élus par leurs peuples, ce sont des pantins, des personnes soutenues par une certaine mafia, par des puissances extérieures... Le terme de « françafrique » est souvent utilisé pour décrire les relations entre la France et certains pays d'Afrique, mais il y a aussi d'autres influences qui peuvent venir de l'extérieur. Donc ce n'est pas une question de manque de volonté de la population, il y a des potentialités de révoltes et de revendications dans les pays du Sud, mais ces velléités sont en général annihilées par des influences qui dépassent les capacités de réaction des populations. Des initiatives sont parties de partenariats entre des organisations du Nord avec des organisations du Sud, et qui ont favorisé l'émergence d'une société civile en Afrique, qui n'est malheureusement pas soutenue par la plupart des organisations internationales ayant les capacités de les aider.

François-Xavier VERSCHAVE : Avant de passer la parole à Eloan, une petite précision. Il y a dix ans, en Afrique, il n'y avait qu'un Gouvernement démocratiquement élu, aujourd'hui il y en a 13 ou 14. Peu à peu, ce besoin essentiel d'avoir un Gouvernement légitime – sans quoi il n'y a pas de santé publique – progresse. D'autre part, dans l'exemple du Brésil, le pouvoir en question n'était pas forcément très favorable à ces orientations, ce n'était pas un Gouvernement de gauche, mais la volonté politique découle aussi d'une pression de la population.

Eloan PINHEIRO : Évidemment, le partenariat Sud-Sud est essentiel, et ce qui est ressenti dans un pays du Sud peut être mieux compris par un autre pays du Sud qui partage le même type d'expérience. L'expérience d'un Gouvernement corrompu, du manque de démocratie, de la faible possibilité pour la population civile de s'exprimer en font partie. Le Brésil a connu un régime militaire très fort pendant de nombreuses années, jusqu'à la fin des années 70, et l'émergence d'un régime démocratique est récente, mais cela explique aussi cette lutte croissante de la société civile pour des droits, pour une égalité. Il est évident qu'il sera plus facile d'établir des transferts de technologie entre le Brésil et les pays d'Afrique, comme c'est déjà le cas entre le Brésil et des pays d'Amérique latine. J'ai déjà visité certains pays d'Afrique où j'ai pu constater que les capacités de production existent, mais il manque de l'argent pour les développer. Effectivement, la pauvreté est un grand facteur de

développement des maladies dans le monde. On a parlé du sida, mais il est évident qu'au Brésil il y a encore des zones fortement touchées par le paludisme et où la diarrhée et le choléra ou d'autres maladies infectieuses persistent. Cette proximité des réalités entre pays sous développés permet d'aller vers une alliance des pays du Sud. Mais pour cela la mobilisation de la société civile est indispensable, et il est illusoire d'attendre que cette alliance se fasse à travers les gouvernements.

Un intervenant : Par rapport à la déclaration de Doha, on a parlé de produits industriels et commerciaux, que sont les médicaments. Mais il y a aussi une tendance dans les pays du Sud à entretenir des savoirs médicaux différents, par l'utilisation de plantes, de médecines traditionnelles en partie à base de produits naturels. Dans les années 80 et 90, il y a eu de véritables expéditions des entreprises pharmaceutiques pour aller travailler sur les plantes et sur cette médecine traditionnelle, et pour confisquer ces savoirs. L'objectif final des laboratoires était évidemment d'utiliser la molécule pour la transformer en produits commerciaux et déposer des brevets qui font que les savoirs locaux sont confisqués et que les gens localement ne peuvent pratiquement plus utiliser leur médecine traditionnelle légalement. Est-ce que dans ce cadre là, Doha peut apporter une protection pour cette utilisation locale de la biodiversité ?

Un intervenant : Dans l'analyse qui a été faite de la propriété intellectuelle, on constate qu'il y a une citation des bienfaits d'une concurrence. Écoutant ce discours favorable à l'accès aux médicaments, je ne vais pas le taxer de défendre le néo-libéralisme, mais je voudrais savoir s'il n'existe pas d'autres expériences, d'autres formes de prises en charge, notamment étatiques. Si on laisse au marché libéral le soin de nous protéger contre certaines maladies, il y a des risques à prévoir...

Gaëlle KRIKORIAN : Concernant les médicaments, la seule chose que Doha a apporté, dans le cadre d'un système imposé à tout le monde, c'est d'accorder des petites possibilités, dans certains cas d'exceptions. Dans ces exceptions, un État souverain – ils le sont encore... théoriquement – a la possibilité de dire qu'il a un problème de santé publique, sans avoir à s'expliquer et à prouver que son pays est à feu et à sang, qu'il y a des milliers de morts etc. C'est à l'État qu'il revient d'évaluer l'urgence de la situation, comme les États-Unis l'ont fait quand il y a eu les menaces à l'Anthrax. À ce moment-là, les États-Unis voulaient utiliser une licence obligatoire parce que le laboratoire allemand Bayer qui produisait le médicament contre l'Anthrax proposait un prix trop élevé. Le Secrétaire d'État à la santé des États-Unis a refusé cette situation et décidé de contourner le brevet pour pouvoir produire le médicament eux-mêmes ou le faire produire par d'autres. Cet épisode avec l'Anthrax a d'ailleurs eu un impact très fort au moment de Doha. Il était difficile pour les États-Unis de refuser aux autres ce qu'eux-mêmes avaient voulu faire, et qui avait été si médiatisé. C'est la seule chose que permet Doha : faire produire, produire ou importer.

L'application des réglementations sur la propriété intellectuelle est établie dans les 147 pays membres de l'OMC jusqu'à preuve du contraire. Si les industriels sont les plus rapides à aller identifier une molécule sur une plante et qu'ils la

font breveter dans le pays, ils sont détenteurs du brevet. Il n'y a pas de protection dans ce type de situation. La seule issue c'est que les pays qui sont entrés dans le système de l'OMC prennent en compte toutes les conséquences que cela implique et mettent en place des moyens pour devancer les industriels. Les pays du Sud doivent élaborer des stratégies pour essayer de se protéger. Mais on peut aussi reposer la question du fait que la santé n'a peut-être pas à faire partie de ce type de réglementations. Ou encore estimer que les pays qui n'ont pas dépassé un certain niveau de développement et n'ont aucun bénéfice à tirer de l'utilisation de ce système, ne devraient pas être tenu d'en subir les contraintes.

En ce qui concerne la concurrence, évidemment c'est embêtant d'utiliser ce terme. J'aurais pu le formuler autrement, mais cela aurait été un peu hypocrite de ma part. Effectivement, on observe que quand trois, quatre, cinq ou six producteurs fabriquent et vendent un produit, on arrive à faire baisser les prix en les faisant se bagarrer entre eux. Mais nous savons aussi que nous n'avons pas intérêt à laisser la production des médicaments strictement aux mains du privé. Même chose pour la recherche. On vient de tellement loin, avec un système de monopole absolu, que nous sommes contents quand trois ou quatre laboratoires privés se battent ensemble.

Eloan PINHEIRO : Dans le même sens, on ne peut pas parler du droit à la santé si des monopoles ou des oligopoles en bloquent l'accès. C'est à l'État de réguler, des hôpitaux jusqu'à la production des médicaments, c'est l'État qui doit imposer un seul système de santé. Sinon on se retrouve entre des profits colossaux tirés par les acteurs privés sans subir de contrôle. La santé doit être prise dans sa globalité, on ne peut pas laisser une frange à part sans que cela ne creuse le déséquilibre de la sécurité sociale etc.

Mohamed EL MOUBARAKI : Dans le même sens, on ne peut pas parler du droit à la santé si des monopoles ou des oligopoles en bloquent l'accès. C'est à l'État de réguler, des hôpitaux jusqu'à la production des médicaments, c'est l'État qui doit imposer un seul système de santé. Sinon on se retrouve entre des profits colossaux tirés par les acteurs privés sans subir de contrôle. La santé doit être prise dans sa globalité, on ne peut pas laisser une frange à part sans que cela ne creuse le déséquilibre de la sécurité sociale etc.

La pharmacopée existe depuis les Grecs, Avicenne avait déjà élaboré un dictionnaire—sur la pharmacopée, il avait inventé l'anesthésie et effectué les premières opérations. Le savoir humain s'est ensuite conceptualisé sous forme de données scientifiques, mais si l'on va à son origine, on ne sait qui est « propriétaire » de quoi. Ce savoir de la santé appartient à l'humanité tout entière et ne peut être considéré comme une quelconque propriété privée.

François-Xavier VERSCHAVE : Nous nous trouvons face à la monstruosité des règles de l'OMC. Depuis le début des progrès de la science de la médecine ou d'autres sciences qui touchent à la connaissance scientifique, depuis les débuts de l'université il y a près d'un millénaire, la connaissance scientifique est un bien public. Enlever le caractère public à la connaissance, c'est aboutir à une régression monumentale. Le problème est que nous avons commencé à l'accepter, mais nous ne sommes peut-être pas obligés de continuer à accepter cette monstruosité.