

Arrêter le massacre: action contre le SIDA

Selon les estimations d'ONUSIDA, 10,5 milliards de dollars US seront nécessaires d'ici 2005 pour juste pour appuyer l'effort «minimal» contre le SIDA. Ce montant énorme est mis en relief de manière spectaculaire par ce qu'un seul pays peut faire quand il s'agit d'entrer en guerre.

Fin 2003, la guerre contre l'Irak a coûté aux contribuables américains plus de 200 milliards de dollars US. Une vache «folle» en Amérique du nord peut faire la une de manière constante dans la terre des riches et des puissants, alors que des millions d'humains meurent dans le silence à l'étranger.

North-South Institute
John W. Foster¹

“ Ce sont des massacres par complaisance... le temps des supplications polies, même véhémentes, est révolu. On ne doit pas laisser cette pandémie se poursuivre et ceux qui la regardent se propager avec une sorte de sérénité pathologique doivent être tenus comptables. Il se peut qu'un jour on ait des tribunaux en temps de paix pour traiter de cette version particulière de crimes contre l'humanité. »

*Stephen Lewis, envoyé spécial du secrétaire général
des Nations-Unies pour le VIH/Sida en Afrique²*

La sécurité humaine n'a pas beaucoup de sens si les êtres humains concernés ne sont pas vivants pour en jouir. Préoccupés par la « menace du terrorisme », les citoyens des pays riches prennent de plus en plus conscience de leur vulnérabilité face à la maladie, tout comme ceux des pays pauvres sont exposés à un plus grand degré. Le fléau de la « grippe » aviaire menace les modes de subsistance de millions d'Asiatiques. L'apparition d'un petit nombre de cas de SRAS sème la panique dans l'économie de la métropole du Canada. Une ou deux vaches « folles » en Amérique du nord entraînent une perturbation majeure du commerce du bœuf à l'échelle internationale. Non seulement «on n'est pas seul au monde», mais de plus, aucune région, aucune nationalité ou aucune espèce n'est invulnérable dans notre biosphère (bien que certains prétendent que tel n'est pas le cas pour le cafard).

En ce qui concerne le SIDA, le Conseil de sécurité des Nations-Unies a rompu avec la tradition en examinant la nécessité de mener une action, l'Assemblée générale a tenu une Session spéciale engageant les dirigeants du monde à une réponse spectaculaire, le secrétaire général a suscité la création d'un Fonds global pour le sida, la tuberculose et le paludisme. Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) prennent l'engagement modeste de stopper et d'inverser la propagation de la maladie d'ici 2015.

La situation présente

- Trois millions de décès en 2003, un total mondial de près de 30 millions à ce jour.

¹ John W. Foster est chercheur principal, au North-South Institute, Ottawa, Canada et président du Comité de coordination de Contrôle citoyen.

² Lewis, Stephen: « Aids, Gender & Poverty: A United Front Against the Pandemic », *Social Development Review: 7:1*: Londres:International Council on Social Welfare (ICSW), 2003. D'un point de presse donné aux Nations-Unies, New York, 8 janvier 2003.

- Cinq millions de nouvelles infections en 2003, qui se poursuivent au rythme de près de 14.000 par jour.
- Quarante millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA.³

La vaste majorité – 95% - des personnes vivant avec le VIH/SIDA vit dans les pays en développement. La majeure partie de ces personnes sont des femmes et des filles, rendues plus vulnérables par la féminisation en cours de la pauvreté. Les femmes représentent 50% à 58% des adultes séropositifs en Afrique subsaharienne, en Afrique du nord, au Moyen-Orient et dans les Caraïbes. L'espérance de vie a été réduite de manière spectaculaire en Afrique subsaharienne : de 35 ans au Zimbabwe et de 28 ans au Botswana et au Swaziland.

Les taux de prévalence ont enregistré une hausse spectaculaire dans certains pays de l'Afrique subsaharienne: 38,8% au Botswana, 31% au Lesotho et 33% au Swaziland et au Zimbabwe. Vingt-quatre pays africains ont un taux de prévalence supérieur à 5% chez les adultes. Quand le taux de prévalence est supérieur à 1% de la population, il y a un risque potentiel d'épidémie plus généralisée. Un taux de 5% entraîne un risque de croissance exponentielle dans la population générale.

L'avenir

Selon le Rapport sur le développement humain 2003 du PNUD: «La Chine, l'Inde et la Fédération de Russie – tous ayant de vastes populations et courant le risque de voir un essor des taux d'infection par le VIH – sont des cas particulièrement préoccupants. Près de 7 millions de personnes sont infectées dans ces pays et en Afrique subsaharienne, on est passé de 7 millions à 25 millions de cas en une décennie... [M]ême dans un scénario modéré, d'ici 2025, près de 200 millions de personnes pourraient être infectées dans ces trois pays seulement.»⁴

Il y a des domaines où même à présent, on a trop peu d'information sur l'étendue de l'infection; le refus et l'ostracisme retardent la surveillance et le traitement effectif. Un essor considérable des infections est possible au Moyen-Orient et en Afrique du nord, mais dans un certain nombre de pays, les données sont rares. ONUSIDA déclare qu'une action rapide sur la prévention est d'une nécessité urgente, en particulier parmi les groupes qui pourraient être entraînés dans la phase suivante de la propagation de la maladie. La réticence à traiter les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les travailleurs/travailleuses du sexe et les toxicomanes utilisateurs de seringues a entravé la réaction. La promotion des préservatifs est largement absente dans la région mais certains pays sont en train de développer des programmes de prévention plus substantiels. Ceux-ci doivent être élargis pour couvrir les travailleurs migrants, les jeunes, les réfugiés, les personnes déplacées et les routiers, entre autres.⁵

VIH/Sida, développement et sécurité humaine

Là où le SIDA a des taux élevés de prévalence, l'incidence va bien au-delà des souffrances incroyables et des décès en sapant la sécurité humaine à de nombreux égards. Dans ces pays,

³ ONUSIDA, *AIDS Epidemic Update*, Genève, ONUSIDA, décembre 2003. Ces chiffres sont des estimations. Le nombre de décès varie de 2,5 à 3,5 millions, par exemple.

⁴ PNUD, *Human Development Report 2003: Millenium Development Goals: A compact among nations to end human poverty*. New York et Oxford: UNDP/Oxford University Press, 2003, p. 4.

⁵ ONUSIDA: « The Middle East and North Africa », *AIDS Epidemic Update*, décembre 2003.

la perspective de réaliser les OMD est faible et de fait, l'espérance de vie et la sécurité économique et sociale sont en régression.

- Sécurité économique: Le Rapport sur le développement humain 2003 du PNUD note que le sida «peut porter un coup terrible au développement.»⁶ Une étude de la Banque mondiale indique qu'un taux de prévalence de 10% chez les adultes peut réduire de jusqu'à un tiers la croissance du revenu national.⁷ L'UNICEF estime que, d'ici 2010, l'économie sud-africaine sera de 20% inférieure à ce qu'elle aurait été sans le VIH/sida.⁸
- Sécurité alimentaire: A la fin de 2002, près de 14,4 millions de personnes dans six pays d'Afrique australe couraient un risque de famine. La production agricole et les ressources vivrières sont devenues rares. Selon les estimations de l'Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), dans 25 pays gravement affectés, 7 millions de travailleurs agricoles sont morts du sida. Près de 16 millions de plus pourraient décéder au cours des 20 années à venir, à moins d'une inversion de l'incidence de la maladie.⁹
- Familles et structure sociale: Le VIH/sida non seulement détruit le «capital humain», mais encore fait courir le risque d'effondrement de la société du fait que la fonction de la famille, par laquelle la connaissance et les capacités sont transmises d'une génération à l'autre, est interrompue ou détruite. Les enfants se retrouvent sans parent/parents pour les aimer, les élever et les éduquer. L'OMD qui vise la réduction de deux tiers de la mortalité infantile d'ici 2015 est pratiquement impossible à réaliser dans les pays ayant des taux d'infection élevés.
- Sécurité nationale: De nombreuses forces militaires en Afrique enregistrent des taux d'infection cinq fois plus élevés que dans la population civile, allant dans certains cas, jusqu'à 50% ou 60%. En réduisant la capacité opérationnelle de nombre des forces armées des pays africains, le VIH/sida contribue à la vulnérabilité aux conflits tant internes qu'interétatiques.
- Gouvernance: La prévalence du VIH/sida impose des contraintes incroyables aux gouvernements des pays affectés. Affaiblis pendant des décennies par l'ajustement structurel et soumis aux restrictions croissantes administrées par la Banque mondiale, le FMI et l'OMC, les gouvernements ont à présent besoin d'être radicalement renforcés dans leur capacité à servir les besoins de leurs citoyens. Mais ils sont poursuivis par la menace de «la faillite de l'Etat». Ainsi, une étude récente du ministère des Finances de la Planification économique et du Développement et de celui des Services publics et de celui de l'Information du Swaziland documente le fait que «uniquement en raison du VIH/sida, les trois ministères perdront 32% de leurs effectifs complets» sur une période de 20 ans. Pour remplacer les enseignants perdus en raison de la pandémie, le Swaziland aura à former 13.000 personnes entre 1999 et 2016, au lieu des 5.093 dont ils auraient normalement eu besoin.¹⁰

⁶ PNUD, *op. cit.*, p. 41.

⁷ Bell, Clive, Shantayanan, Devarajan et Hans Gersbach, *The Long-Run Economic Costs of AIDS: Theory and Application to South Africa*, juin 2003. Rapport de recherche de la Banque mondiale.

⁸ Cité dans Standing Committee on Foreign Affairs and International Trade (SCFAIT), House of Commons, Canada. *HIV/AIDS and the Humanitarian Catastrophe in Sub-Saharan Africa*. Juin 2003, p. 16.

⁹ Cité dans International Crisis Group. *HIV/AIDS as a Security Issue*. Washington/Brussels: International Crisis Group, 29 juin 2001, p. 11.

¹⁰ Whitside, Alan, et al. *What is driving the HIV/AIDS epidemic in Swaziland, and what more can we do about it*? National Emergency Response Committee on HIV/AIDS (NERCHA) et ONUSIDA, avril 2003.

Sauver des vies: prévention, traitement et prise en charge

Le travail de prévention, de traitement et de prise en charge nécessite l'éducation, l'engagement communautaire et des systèmes de soins de santé performants. Comme le note ONUSIDA, «en Afrique où vivent deux tiers des séropositifs du monde, les systèmes de soins étaient déjà faibles et insuffisamment financés avant l'arrivée du sida. Ces pays ont à présent à faire face à la contrainte supplémentaire de millions de nouveaux patients. Dans de nombreux endroits, les structures pour le diagnostic sont peu adéquates et la fourniture de médicaments est irrégulière, même pour des conditions liées au VIH, faciles à diagnostiquer et peu coûteuses à traiter.»¹¹ Une approche intégrée de la santé, pour des populations en bonne santé, exige la réhabilitation et, dans certains cas, la reconstitution des systèmes de santé publique. Pour préserver la santé de la population, il faudra, bien sûr, d'autres fondamentaux – une alimentation décente, de l'eau propre et des logements décents. Une réponse fructueuse à la pandémie ne sera durable que si elle fait partie d'une stratégie de développement plus générale.

Ce n'est qu'au cours des dernières années que la perspective d'accès au traitement est devenue une réalité, il y a environ dix ans dans les pays riches, et malheureusement, dans un avenir plus lointain dans d'autres parties du monde. On a souvent soutenu qu'il était impossible d'administrer les nouveaux traitements anti-rétroviraux avec succès et de manière durable dans les pays pauvres, parce que ces traitements nécessitaient un niveau de sophistication et de développement économique qui n'était simplement pas présent dans ces pays. Les coûts prohibitifs de ce que l'on appelle la trithérapie constituent manifestement un autre obstacle. Le prix de la thérapie pour un patient, début 2000, était de 10.000 à 12.000 dollars par an.

Toutefois, dès fin 2000, le prix du traitement antirétroviral initial avait chuté à 500-800 dollars par personne dans les pays à faible revenu, et dès 2003, le prix de la combinaison thérapeutique avec les génériques les moins coûteux, recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), était inférieur à 300 dollars par personne par an.¹²

L'avancée peut-être à elle seule la plus importante a été faite à l'initiative du gouvernement brésilien, avec de fortes pressions des organisations de la société civile. A compter de 1996, le Brésil a assuré un accès universel gratuit à la trithérapie. Même au cours de la première année, ceci a allongé les chances de survie à une moyenne de 58 mois, contre 5 mois en moyenne dans les années 80. «C'est la première fois qu'une étude montre que l'accès universel gratuit à la trithérapie dans un pays en développement peut produire des avantages à la même échelle que dans les pays riches.»¹³ Toutefois, l'étude a également indiqué que peut-être seulement 40% des 600.000 patients séropositifs du Brésil sont conscients de leur infection. «Le reste se contente de craindre les conséquences sociales et physiques de cette maladie et préfère ne pas faire le test.»

D'autres pays n'ont pas eu la même chance. En Afrique du sud, la résistance du gouvernement au traitement antirétroviral et l'entêtement des firmes pharmaceutiques dans la protection de leurs brevets ont, pendant des années, retardé la réponse à la montée en flèche du nombre d'infections. L'obstination d'activistes de la société civile tels que Treatment

¹¹ ONUSIDA, *Access to HIV Treatment and Care*, Bulletin d'information, Genève: ONUSIDA, juillet 2003.

¹² *Ibid.*

¹³ Pio Marins, Jose Ricardo, Université de Campinas, cités dans «Free HIV Drugs in Brazil Have Boosted AIDS Survival», Reuters (25 juillet 2003), in CDC HIV/STD/TB Prevention, News Update, 30 juillet 2003.

Action Campaign, avec l'appui de réseaux d'ONG internationales, a abouti à des progrès significatifs, mais ces retards ont eu des conséquences tragiques à très grande échelle.¹⁴

Médicaments

«Aujourd'hui, au moins 400 personnes meurent du sida tous les jours au Kenya ... C'est l'action génocidaire du cartel des firmes pharmaceutiques qui refusent de fournir à l'Afrique des médicaments à un coût abordable, tout en déclarant des bénéfices de 517 milliards de dollars en 2002.»¹⁵

La lutte pour élargir l'accès à des médicaments vitaux se déroule pratiquement depuis l'annonce de la disponibilité de ces médicaments. La mise en place de l'OMC au milieu des années 90 a été associée à une extension phénoménale de la protection des brevets détenus par des privés – essentiellement des entreprises – à travers l'Accord international sur les aspects des droits de propriété intellectuelle touchant au commerce (ADPIC). L'Accord engage les pays participants à accorder une protection d'une durée de 20 ans aux détenteurs de brevets sur des médicaments, une victoire considérable remportée par les firmes pharmaceutiques qui détiennent nombre des brevets sur les médicaments dans le monde, et qui financent ou contrôlent une grande partie de la recherche en cours.

L'Accord sur les ADPIC contient des dispositions qui, en théorie, devraient assurer aux pays la flexibilité d'équilibrer ces protections par l'action en direction de la santé publique, par exemple à travers la délivrance d'une licence obligatoire pour permettre la fabrication de copies génériques à faible coût des produits brevetés. Toutefois, dans la pratique, sous la pression des firmes ou des pays producteurs plus puissants, certains pays soit ont interdit les licences obligatoires, soit n'ont simplement pas tiré profit de cette possibilité.¹⁶

Une restriction des intérêts est survenue lors de la Conférence ministérielle de Doha, au Qatar. Le 14 novembre 2001, une Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique affirmait que l'Accord sur les ADPIC «n'empêche pas et ne devrait pas empêcher les Membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique» et «en particulier, pour promouvoir l'accès aux médicaments pour tous.»

La déclaration laissait non résolue la situation des pays n'ayant pas la capacité de produire eux-mêmes des médicaments génériques. Elle engageait les pays à trouver une solution «rapide» à ce problème. Les négociations ont traîné en longueur pendant près de deux ans et ce n'est que lorsque que l'absence d'accord a menacé de faire capoter la Réunion ministérielle suivante de septembre 2003, à Cancun, au Mexique, que les négociateurs ont débloqué la situation, en permettant aux pays ayant des capacités de fabrication d'exporter, à travers une licence obligatoire, vers un pays importateur éligible. Le Conseil des ADPIC de l'OMC conserve, bien sûr, le droit de recevoir notification des intentions d'un pays et de contrôler et superviser un certain nombre de conditions. On ne peut avoir accès au droit aux

¹⁴ Les Organisations de la société civile ont démontré que le traitement peut être actualisé. dans le township de Khyelitsha, près de Capetown, les centres de soins de Médecins Sans Frontières ont aidé des personnes à stabiliser leur condition en développant des méthodes simples pour garantir l'utilisation régulière de dosages complexes et en formant des infirmières communautaires pour surveiller et appuyer les patients. A Soweto, la transmission mère-enfant a été réduite avec l'aide d'Oxfam, par l'utilisation du médicament Nevirapine, la fourniture de lait en poudre et la supervision d'un système de prise en charge communautaire. Ces initiatives doivent être élargies à très grande échelle. Elles doivent aussi être appuyées par la satisfaction des besoins de base, la fourniture d'une eau propre, d'une alimentation adéquate et de logements stables.

¹⁵ Déclaration du jésuite américain Angelo D'Agostino lors d'une conférence de presse tenue par l'Archevêque Paul Joseph Cordes, président de l'agence humanitaire du Vatican, Cor Unam. Tiré de: «Le Vatican part en guerre contre les compagnies pharmaceutiques.», *Le Soleil*, Québec, 30 janvier 2004.

¹⁶ Des ONG de développement et des droits humains, des organisations de personnes vivant avec le sida et leurs alliés ont entrepris une campagne persistante et globale pour élargir les opportunités d'accès et pour contrecarrer les pressions des grandes firmes et des grandes puissances.

médicaments et, pourrait-on dire, au droit à la santé, que sous l'autorité du Conseil des ADPIC. Les droits de propriété priment sur ceux des populations.

L'accord n'est qu'une «dérogation provisoire» en ce qui concerne les dispositions relatives aux ADPIC, en attendant un accord visant à amender l'Accord sur les ADPIC lui-même. Dans l'intervalle, au cours de négociations telles que la proposition de Zone de libre-échange des Amériques, les grandes firmes pharmaceutiques recherchent les ADPIC +, soit une protection de plus de 20 ans.

Les partisans du traitement ont jugé que l'accord «sérieusement inadéquat», car il confère aux organes de l'OMC une force d'intrusion potentielle et un rôle complexe qui pourraient retarder ou bloquer les progrès. Les pays importateurs restent dépendants de la prise de décision des riches.¹⁷

Le sida ne voyage pas seul

Le paludisme tue plus d'un million de personnes par an, dont 700.000 enfants africains. Les nouveaux traitements – la combinaison thérapeutique de deux médicaments pendant trois jours – coûtent 0,40 dollar pour le traitement d'un enfant et 1,50 dollar pour le traitement d'un adulte. Toutefois, de nombreuses familles ne sont même pas en mesure de faire face à ces frais et le Fonds global de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme reste à court d'argent. Selon les estimations de l'OMS, il faudrait 1 milliard de dollars pour réduire de moitié les 1,1 million de décès annuels dus au paludisme. Ceci est approximativement ce que la firme pharmaceutique Pfizer a tiré de la vente d'un seul médicament, le Viagra, en 1999.

Le déséquilibre entre les priorités et les dépenses de la recherche continue d'entraver les progrès dans la lutte contre les maladies qui affligent les pauvres. World Watch Institute note qu'entre 1975 et 1997, 1.223 nouveaux médicaments ont été développés, ciblant essentiellement des maladies de l'abondance et de la surconsommation. Au cours de la même période, seulement 13 des nouveaux médicaments étaient destinés à traiter le paludisme, la schistosomiase et d'autres «maladies tropicales» qui affectent les pays en développement. Germán Velásquez, coordinateur du Programme Drug Action à l'OMS, déclare: «Après Doha, il est clair que si les médicaments sont considérés comme des marchandises, la santé restera un prolongement du marché, avec des remèdes et des traitements disponibles uniquement pour ceux qui ont un pouvoir d'achat suffisant.»¹⁸ La récente Commission sur les droits de propriété intellectuelle, au Royaume-Uni, est allé jusqu'à demander si un médicament qui permet aux personnes d'exercer un droit humain fondamental – le droit à la santé – pouvait être lié par des règles qui entravent l'accès pendant 20 ans. Les médicaments essentiels, pourrait-on dire, sont un bien public global, ayant des avantages qui s'étendent à tous les pays, toutes les personnes et toutes les générations.¹⁹

«Ce question du médicament contre le sida est simple. C'est pour nous, les nantis, l'occasion de nous engager prudemment en mettant effectivement nos découvertes et nos inventions collectives au service de l'humanité. Nous constaterons peut-être que ce n'est pas

¹⁷ Néanmoins, les partisans du traitement cherchent par divers moyens à s'assurer que toute ouverture créée par l'accord est utilisée en vue de réaliser l'accès au traitement pour ceux qui en ont besoin.

¹⁸ Velásquez, Germán. *Drugs Should Be a Common Good: Unhealthy Profits*, *Le Monde Diplomatique*. Edition anglaise, juillet 2003.

¹⁹ Commission on Intellectual Property Rights. *Integrating Intellectual Property Rights and Development Policy. Report of the Commission on Intellectual Property Rights*. Londres: Commission on Intellectual Property Rights, septembre 2002, p. 48.

si dangereux et que notre système économique ne s'effondre pas. Et les avantages pour la santé seront immédiats et spectaculaires.²⁰

Echelle

«Quoiqu'il en soit, la guerre en Irak et ses conséquences vont coûter au monde plus de 100 milliards de dollars et je veux que l'on m'explique pourquoi il y a toujours tant d'argent pour les conflits et seulement quelques sous pour la condition humaine.»²¹

Le nombre considérable de personnes infectées ou mourantes peut éteindre nos sensibilités de risque de susciter un sentiment de banalité. En 2001, la Commission de l'OMS sur la macroéconomie et la santé estimait que les coûts de la réponse au VIH/sida pourraient atteindre 14 milliards de dollars d'ici 2007 et 22 milliards de dollars d'ici 2015. Un tiers des fonds aurait été distribué pour la prévention, un tiers pour le traitement des maladies opportunistes et un tiers pour le traitement antirétroviral. Ces chiffres sont basés sur des estimations très prudentes.²² Selon les estimations d'ONUSIDA, 10,5 milliards de dollars seront nécessaires d'ici 2005, juste pour appuyer un effort «minimal» contre la maladie.²³ Ces chiffres peuvent paraître considérables, mais ils sont mis en relief de manière spectaculaire par ce qu'un seul pays peut faire quand il s'agit d'entrer en guerre. Fin 2003, le coût de la guerre en Irak pour les contribuables américains était estimé à plus de 200 milliards de dollars, dont la majeure partie a été allouée en une seule année.²⁴

Elargissement de l'échelle

On estime à 40 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH sida aujourd'hui. L'OMS a tenté de s'assurer un appui et des ressources à l'échelle mondiale pour la fourniture de traitement à trois millions d'entre elles d'ici 2005: un début modeste mais qui, jusqu'ici, semble tout à fait hors de portée.

En Afrique subsaharienne, seules 50.000 personnes avaient bénéficié d'un traitement en 2002, selon des estimations, et seulement 43.000 en Asie et dans le Pacifique. En Amérique latine et dans les Caraïbes, le tableau est légèrement meilleur, en bonne partie grâce à l'exemple du Brésil, avec près de 200.000 personnes bénéficiant du traitement en fin 2002.

Le Fonds global de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a été créé en 2001, suscitant de fortes attentes, et a été conçu non pour remplacer les montants existants, mais pour collecter des fonds supplémentaires. Dans ses deux premiers cycles de financement, le Fonds a dépensé 1,5 milliard de dollars, dont 65% sont allés au VIH/sida. Pour 2003-2005, le Fonds a appelé à un budget de 9,7 milliards de dollars, mais n'a eu de promesses que pour 1,5 milliard en mi 2003.

²⁰ Sulston, John (Prix Nobel de médecine (partagé), 2002). «The Rich World's patents abandon the poor to die», *Social Development Review*, 7:1. Londres: ICSW, 2003. Initialement publié dans *The Guardian*, 18 février 2003.

²¹ Lewis, Stephen, voir note 2.

²² La Commission partait, par exemple, du principe que seulement 5% des Africains affectés sont actuellement conscients de leur situation et en conséquence, en mesure de savoir si le traitement est approprié ou non. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Macroeconomic and Health*, Genève: OMS, 20 décembre 2001, page 53.

²³ ONUSIDA. "Despite substantial increases, AIDS funding is still only half of what will be needed by 2005." Communiqué de presse, 26 juin 2003.

²⁴ Ce montant dépasse les dépenses régulières du Département américain de la défense de près de 400 milliards de dollars. Ces sommes éclipsent ce qui est nécessaire pour le VIH/sida et indiquent que le financement effectif n'est pas une question de capacité mais de choix politique.

L'aide publique au développement (APD) devrait jouer un rôle significatif et la Conférence de Monterrey sur le Financement pour le développement (2002) a été considérée comme un signe d'inversion du long déclin des engagements des pays riches. L'Irlande, la Belgique, les Pays-Bas et la Suède se sont tous engagés à des hausses significatives au cours des deux à six prochaines années. Le Canada a confirmé une hausse annuelle de 8%, mais il lui faudra 5 ans pour arriver aux niveaux de dépenses de 1991.

Annulation de la dette

L'annulation de la dette pourrait également être une source significative d'allègement. Les conditionnalités sur les prêts, manifestes ou subtiles, continuent d'encourager les restrictions sur les dépenses publiques, de faire pression sur les gouvernements pour qu'ils privatisent les services publics – y compris les services de santé – et qu'ils se conforment à des accords de l'OMC tels que les ADPIC. Le Fonds des Nations-Unies pour la population – FNUAP – a examiné dans quelle mesure le processus des Documents énonçant la Stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) de la Banque mondiale avait été utilisé pour optimiser les opportunités de réponse au VIH/sida, dans le cadre d'une réponse intégrée à la pauvreté. Le rapport conclut « La plupart des DRSP achevés ont généralement raté l'opportunité d'évaluer de manière effective les liens entre la pauvreté, la population et le VIH/sida. »²⁵ Le rapport fournit une liste de contrôle sur l'intégration du VIH/sida dans les stratégies de réduction de la pauvreté.

Il y a un écart immense entre, d'une part, la nécessité de sauver des vies à travers le traitement et un appui adéquat maintenant et de l'autre, le leadership et l'engagement nécessaires de la part de ceux qui contrôlent les ressources et l'établissement des prix du traitement. Il a fallu juste quelques mois après la défaite de Saddam Hussein pour que certains pays riches engagent des dépenses pour la «reconstruction» de l'Irak. Les efforts visant à séduire ou à embarrasser des gouvernements pour les amener à engager des ressources accrues dans la lutte contre la pandémie globale progressent lentement. Certains rêvent d'une sorte de « plan Marshall », qui avait aidé l'Europe après la seconde guerre mondiale.

Tournant

S'exprimant aux Nations-Unies, début 2003, l'envoyé spécial des Nations-Unies, Stephen Lewis, fait état de signes de «détermination et d'espoir» qu'il avait noté en Afrique. «Ce qui a changé,» a-t-il déclaré, «c'est la maturité, l'ardeur et la confiance des organisations de Personnes vivant avec le VIH/sida ... ils connaissent le coût des médicaments génériques; ils sont informés sur les régimes de traitement; ils savent ce que l'OMS doit entreprendre pour assurer un traitement à 3 millions de personnes d'ici 2005; ils savent que les riches de la société se rendent en Afrique du sud pour se faire traiter, alors que les pauvres restent à la traîne, sans défense; ils sont informés sur Doha, les droits de propriété intellectuelle et l'OMC; ils ont fait l'expérience amère de toutes les fausses promesses politiques. De plus en plus, nous sommes confrontés, de manière égale, à la sophistication et à la détermination.»²⁶

Sommes-nous, de fait, à un tournant dans la lutte contre la pandémie? Il y a très peu d'années, seuls un ou deux gouvernements africains avaient développé des stratégies pour prendre en charge la maladie, alors que de nos jours, nombre d'entre eux ont au moins commencé à mettre en œuvre de telles stratégies et que la Déclaration de Maputo de l'Union africaine (juillet 2003) engage les gouvernements africains à adopter une approche générale et

²⁵ Fonds des Nations-Unies pour la population (FNUAP). *The impact 2003*, pp. 85-92

²⁶ Lewis Stephen, voir note 2.

recherche un appui international.²⁷ Certains pays tels que l'Ouganda, et certains districts dans des pays montrent des progrès remarquables dans la prévention et la réduction des infections. Des fabricants de médicaments génériques dans des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, tels que le Brésil, l'Inde et la Thaïlande, sont en train de produire certains médicaments antirétroviraux à un coût raisonnable. L'Accord pré-Cancun sur l'exportation des médicaments génériques vers des pays ne disposant pas de capacité de fabrication offre, avec du retard, des possibilités de remplir les engagements souscrits, deux années auparavant, lors de la Conférence de l'OMC à Doha. Le Canada, entre autres pays riches, a démarré une initiative qui permettrait également aux firmes de produire et d'exporter de tels médicaments.

Néanmoins, les fondamentaux nécessaires pour atteindre des millions de personnes – des systèmes sanitaires renforcés dans les pays en développement, avec un personnel formé et appuyé de manière appropriée, des fournitures de médicaments adéquates pour l'accès universel, la sécurité soutenue des besoins de base - restent cruellement hors de portée. Il y a, de même, l'absence de leadership parmi les riches – ceux du Nord, les pays riches en pétrole et les classes aisées qui émergent dans les pays à revenu intermédiaire – pour rehausser le niveau de ressources et d'organisation à la hauteur de la tâche. Ce qu'il faut, c'est multiplier les dollars, les francs, les livres, les marks ou les yen. Ce qui est généralement offert, c'est, au mieux, un faible accroissement en pourcentage.

Stephen Lewis a évoqué l'idée qu'un jour, ceux qui empêchent la fourniture de médicaments vitaux, la mise en place des services sanitaires et la satisfaction des besoins de base qui leur permettraient d'être efficaces et viables pourraient comparaître devant les tribunaux, comme les auteurs de l'Holocauste à Nuremberg, après la seconde guerre mondiale, ou les instigateurs de génocides aujourd'hui, à Arusha et à la Haye. Qui serait sur le banc des accusés, face à la justice ? Ceux qui ont imposé une guerre inutile et coûteuse en Irak ? Ceux qui déploient tous les moyens possibles pour protéger le privilège des brevets ? Ou ceux qui permettent, à travers leur complaisance ou pire, la poursuite de ce gaspillage humain et une mauvaise répartition des ressources du globe ?

La fourniture de l'accès universel au Brésil, l'avancée vers la fourniture du traitement en Afrique du sud, la Déclaration de Doha et le compromis, avant Cancun, sur la fourniture de médicaments génériques sont tous dus, en grande partie, à la mobilisation de réseaux d'activistes, de Personnes vivant avec le VIH/sida, de médecins et de travailleurs de la santé dynamiques et de quelques – trop rares - politiciens qui ont pris conscience de l'urgence.

Le temps est venu de mener une action rapide et extensive qui libère les ressources et l'ingéniosité pour sauver des millions de vies et réparer les injustices absurdes qui les condamnent, ainsi que des millions d'autres, dans l'avenir, à la souffrance et à la mort.

Mesures à prendre

- L'accès, à des conditions abordables, à des médicaments qui allongent la vie.
- La reconnaissance et l'application des droits humains, en particulier le droit «qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.» (Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels).
- Une hausse radicale des ressources à travers le Fonds global, d'autres canaux multilatéraux et bilatéraux, l'APD, l'annulation et l'allègement de la dette, pour appuyer les services de santé publique et d'autres volets essentiels de la capacité immunitaire tels que l'eau propre, une alimentation et un logement adéquats.
- L'amélioration des services de santé publique et le soutien à ces services, y compris la formation, l'éducation publique, l'appui à des initiatives communautaires de prévention

²⁷ Union africaine. *Maputo Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis, Malaria and other related infectious diseases*. Déclarations de l'Union africaine. Assembly/AU/Decl. 1-5 Addis Abeba: Union africaine, juillet 2002.

et de prise en charge.

- La poursuite de la recherche en vue de vaccins pour le VIH/sida, de médicaments et de régimes de traitement appropriés pour d'autres maladies à grande échelle qui affectent les majorités pauvres du monde.

Et surtout, une alliance vigilante, continue et créative des organisations de la société civile, sans laquelle les autres actions ne seront probablement pas réalisées.