

# ACT UP PARIS



## Les aléas de la lutte contre le sida en Afrique

L'industrie du médicament contre la santé publique

Mémoire des Luttés - UFAL Juin 2010



# **Sida en Afrique :** **une situation épidémiologique au delà de l'entendement**

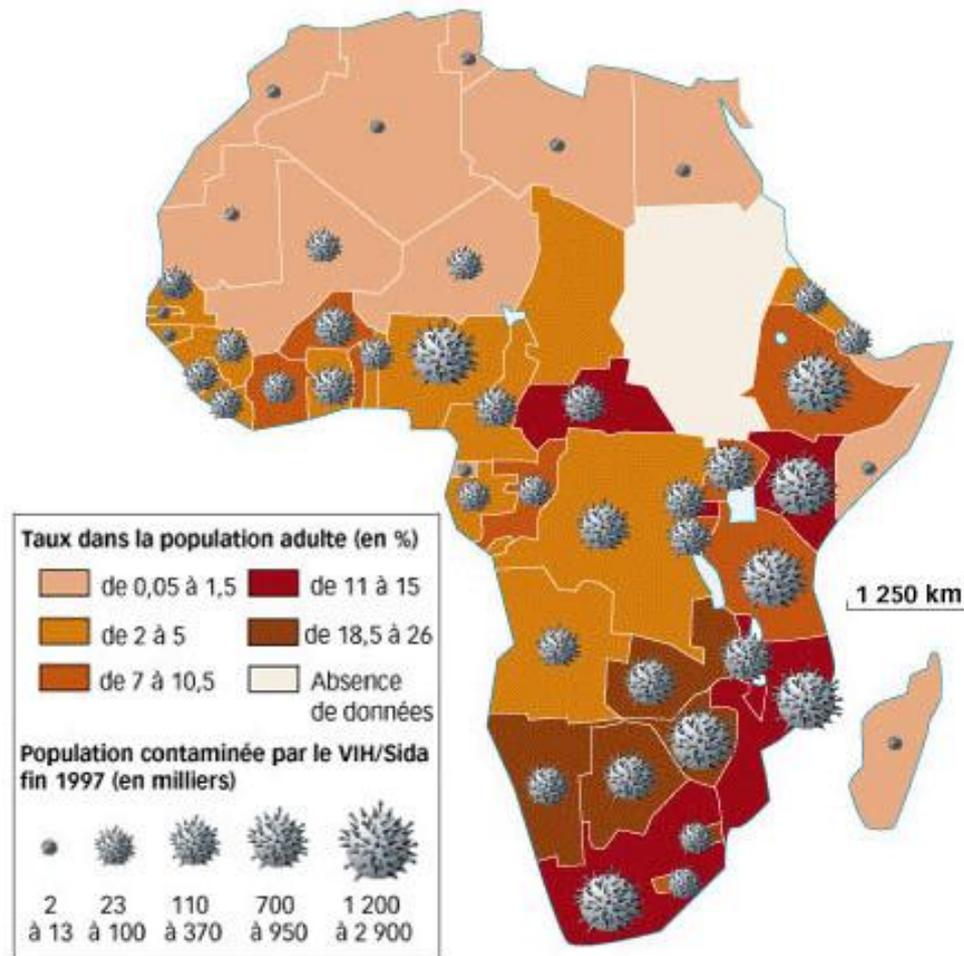
## **△ Depuis les débuts de la pandémie du VIH/sida :**

- 25 millions de morts à travers le monde ;
- en 2010, toujours 6000 morts du sida par jour ;
- une épidémie encore en pleine progression : plus de contaminations que de mise sous traitements dans la même période.

## **△ La sous-région la plus touchée : l'Afrique australe :**

- Afrique du sud : 350 000 morts du sida et 5 700 000 PVVIH ;
- Swaziland (prévalence au VIH la plus élevée au monde : 26%) suivie du Lesotho et du Botswana (23%) ;
- pays à prévalence entre 12 et 26 % : Zambie, Namibie, Zimbabwe, Swaziland, Mozambique, Afrique du Sud, Lesotho ;
- espérances de vie les plus basses au monde : entre 30 et 40 ans (en Afrique du Sud).

# Contexte Prévalence à VIH en Afrique



# **Contexte** Prévalence du VIH en Afrique

## Ce qui se cache derrière les chiffres (1)

- △ La prévalence du VIH semble plus faible dans certains pays.
- △ P.e : en République Démocratique du Congo, on réalise que les chiffres officiels sont très en deçà de la réalité:
  - △ séroprévalence officielle : 1,4%, mais probablement réelle, 10% ;
  - △ au Sénégal, pays d'Afrique de l'ouest qui a réussi le mieux à juguler la pandémie, parmi les MSM (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) et selon des études non officielles : 60-80% de séroprévalence ;
  - △ spécificité du VIH : on peut mourir d'AVC, d'un cancer, du paludisme, de la tuberculose,

# **Contexte** prévalence du VIH en Afrique

## Ce qui se cache derrière les chiffres (2)

- △ Ce qui se cache derrière la baisse de la prévalence :
  - △ un pays où la prévalence du VIH baisse ne veut pas dire que c'est un pays qui se bat efficacement contre le VIH/sida ;
  - △ un pays où la prévalence du VIH baisse signifie que c'est un pays où la plupart des séropositifs décèdent.

## **Années 90 : les trithérapies hors de portée de l'Afrique**

- △ **Au début des années 90, il paraissait impensable que ces traitements puissent être disponibles en Afrique.**
- △ **Le coût de ces traitements à prendre à vie paraissait être un frein majeur à l'accès.**
- △ **On entendait beaucoup d'arguments racistes : « *de toute façon, ils ne savent pas lire l'heure et ils n'ont pas de montres ; ils ne sauront pas quand prendre les médicaments* », « *il fait tellement chaud là-bas qu'ils ne pourront pas les conserver* », etc.**
- △ **De ces arguments découlait l'idée qu'il fallait tout axer sur la prévention et non sur l'accès aux traitements.**
- △ **C'est dans ce contexte que les associations de malades se sont mobilisées pour dénoncer le coût des**

# Années 90 : les trithérapies hors de portée de l'Afrique



ICASA, 2003 Nairobi, Kenya

## **Années 90 : les trithérapies hors de portée de l'Afrique**

- △ Alors qu'en Afrique subsaharienne, le salaire moyen annuel est de \$2000, les premières trithérapies coûtaient en moyenne \$10,000 par an et par personne.
- △ C'est l'arrivée massive de génériques qui a permis de faire chuter considérablement le coût des traitements, et a permis un accès plus important aux antirétroviraux.

# En 2010 en Afrique : **se soigner reste un combat**

△ « Selon ONUSIDA, moins de 40% des personnes vivant avec le VIH en ayant besoin ont accès à un traitement » :

- « 40% », chiffre très au dessous de la réalité, compte tenu de la difficulté pour ONUSIDA d'avoir des données précises (ONUSIDA se base sur les rapports pays qui sont plus ou moins précis) ;
- « en ayant besoin » signifie les personnes dont le taux de CD4 est inférieur à 200 ;
- « à un traitement » signifie pour 98% des séropositifs africains bénéficiant d'un traitement, « une première ligne », soit des molécules toxiques qui ne sont plus utilisées en France depuis 1996 ;
- pour être mis sous traitement, il faut pouvoir passer des examens : test de charge virale et test de CD4. Dans de nombreux pays ces examens qui coûtent chers sont à la charge du malade. Ces examens restent chers en raison du prix des réactifs ; Roche et Abbott, qui détiennent un monopole dessus pratiquent des prix exorbitants et vendent souvent des machines bloquées, qui nécessitent l'utilisation exclusive de « leurs » réactifs.

## Nord/Sud : accès à deux vitesses

### Les « doubles standards » de l'OMS

- △ L'organisation mondiale de la santé (OMS) a mis en place des « doubles standards » de recommandations.
- △ Ces recommandations ont été modifiées début 2010:
  - alors qu'au nord, il est recommandé de mettre sous traitement le plus vite possible après le diagnostic de séropositivité, et d'administrer une molécule de « seconde ligne » ;
  - au Sud : il est recommandé de mettre sous traitement lorsque le malade est  $< 350$  CD4 (av. jan. 2010 :  $< 200$ ) . Il lui sera alors prescrit une « première ligne » : si possible zidovudine et tenofovir et de cesser progressivement l'administration de la stavudine.  
Ces premières lignes étaient utilisées au nord avant 1996, leur toxicité est reconnue par tous.
- △ La modification de ces recommandations est une bonne chose, mais rien ne dit qu'elles pourront être appliquées.

# Qui paye les médicaments ? (1)

## △ Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, premier bailleur international multilatéral.

- Le Fonds Mondial subit de fortes critiques, mais pourtant, c'est un des seuls mécanismes de financements de médicaments qui a atteint de tels objectifs (2,3 millions de personnes mises sous ARV).
- Il permet aux pays en développement de définir leurs priorités dans les demandes de financements qui sont envoyées à Genève.

## △ PEPFAR

- Il s'agit du « plan d'urgence du président américain contre le sida ».
- Il finance 60 à 70% des antirétroviraux dans certains pays d'Afrique anglophone (Kenya, Ouganda, Zambie, etc.).

## △ Les gouvernements des pays

# Qui paye les médicaments ? (2)

## △ UNITAID

- La facilité internationale d'achat de médicaments a été créée en 2006. Ses ressources proviennent de la taxe sur les billets d'avion mise en place dans quelques pays : France, UK, Brésil, Norvège, Chili, Corée du Sud, etc.
- Le rôle d'UNITAID est « d'impacter » sur le marché. C'est-à-dire, par d'importantes commandes de médicaments, faire jouer la concurrence et obtenir une chute du coût de certains ARV, notamment sur les ARV pédiatriques et de secondes lignes.
- Pour les prochaines années, UNITAID s'est donné pour but de mettre en œuvre une « communauté de brevets ».

## △ MSF, la Banque Mondial, etc.

# Quelle durabilité de ces programmes ?

## △ Le Fonds Mondial

- Le Fonds Mondial a été créé en 2001. Depuis 2008, il subit une importante crise au niveau de ses financements.
- En novembre prochain, les pays riches, qui contribuent à ce fonds mondial, doivent annoncer leur contribution pour les trois prochaines années.
- On sait déjà qu'il n'y aura pas suffisamment d'argent pour financer l'ensemble des programmes de qualité qui seront proposés (selon les estimations du Fonds), ni pour financer le passage sous seconde ligne de traitement, et non plus pour appliquer les nouvelles recommandations de l'OMS.

## △ MSF et UNITAID n'ont pas vocation à rester indéfiniment dans les pays

- MSF a commencé à se retirer de nombreux pays.

# **Crise des financements** Les conséquences dans les pays

## △ Cameroun

- Ruptures de traitements régulières depuis décembre dernier. Ruptures importantes de réactifs.

## △ Zambie

- Selon les estimations du NAC (national AIDS council), si le Fonds Mondial n'est pas en mesure de financer un programme pour la Zambie cette année, et compte tenu du désengagement de PEPFAR sur les traitements (qui préfère se « ré-axer » sur la prévention), l'accès aux traitements de 200 000 personnes (déjà sous ARV) pourrait être remis en cause d'ici janvier 2012.

## △ République Démocratique du Congo

- Les bailleurs internationaux se retirent tous les uns après les autres. Il ne reste plus que le Fonds Mondial. La RDC n'est pas non plus sûre qu'une proposition au Fonds sera validée cette année. Ce qui est en jeu: l'accès aux traitements et la prévention pour de nombreuses personnes.

**Dans ce contexte dramatique, une des solutions :**



**L'accès aux génériques**

# L'accès aux génériques

## △ « L'exception indienne » :

- Jusqu'en 2005, l'Inde n'était pas entrée dans l'OMC.
- Développement de son industrie générique : CIPLA, Hetero, Ranbaxy.
- Chute du prix des médicaments de « première ligne ». Les trithérapies passent de \$10,000 par an et par personne à \$100.

△ **L'arrivée des génériques et la baisse des prix ont permis à plus de 3 millions de personnes d'être mises sous traitements.**

## L'accès aux 2<sup>èmes</sup> et 3<sup>èmes</sup> lignes

△ **Aujourd'hui en Afrique, moins de 2% des personnes sous ARV ont accès à une seconde ligne.**

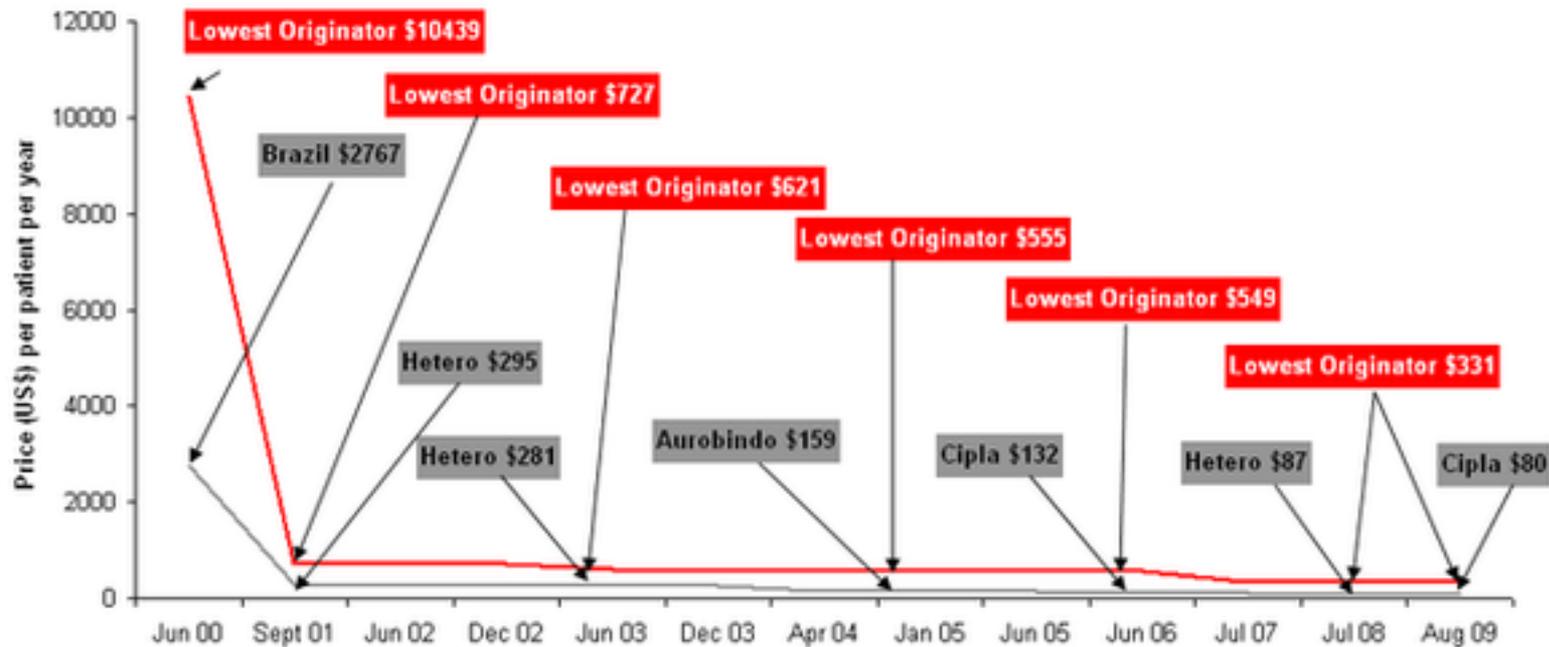
- Les autorités sanitaires exigent un test de résistance pour changer les personnes de traitements (aux frais du malade / tests hors de prix).
- UNITAID est un des seuls bailleurs à financer des 2<sup>ndes</sup> lignes.

△ **L'attitude des labos**

- En 2008, le Sénégal émet un appel d'offre car le pays est intéressé pour se procurer des troisièmes lignes.
- Les laboratoires qui détiennent un brevet sur une troisième ligne : Tibotec, Roche, etc. ne répondent pas.

△ **Quelques pays se battent pour l'accès aux troisièmes lignes mais ils sont rares : Mali, Sénégal .**

# 2000-2010 : Des avancées pour l'accès aux traitements



# Génériques : la production locale, une solution à court terme?

## △ Les freins à la production locale de médicaments :

- difficulté à obtenir une pré qualification de l’OMS ;
- les bailleurs internationaux n’achètent que des médicaments pré qualifiés au nom de la lutte contre la contrefaçon (ou plutôt de la lutte contre « les faux médicaments, ou médicaments « sans bioéquivalence ») ;
- le coût des matières premières ;
- l’échelle de production : très difficile pour une usine démarrant de proposer des prix aussi bas que CIPLA, p.e. ;
- face à l’urgence sanitaire, pas sûr, *in fine*, que les autorités locales choisissent d’acheter la production locale si elle est plus chère ;
- l’exemple de Pharmakina.



# Menaces pour l'accès aux traitements

## **Génériques** : la fin de l'exception indienne ?

- △ **L'Inde est entrée dans l'OMC en 2005. Elle ne peut plus contourner le « droit des brevets » de la même manière.**
- △ **Cette année, l'Inde signe des accords de libre échange avec l'Union Européenne qui prévoient :**
  - la prolongation de la durée des brevets (10 ans supplémentaires) ;
  - la prolongation du « data exclusivity ».
- △ **Les accords ACTA:**
  - augmentation des standards de propriété intellectuelle ;
  - augmentation du pouvoir donné aux douanes (incitation à saisir, à détruire les stocks de médicaments ou à les réexpédier à l'expéditeur à ses frais) ;
  - objectif : produire un effet dissuasif et freiner la production de génériques ;
  - conséquences : entraver la production de génériques et les importations parallèles ;
  - l'exemple de Rotterdam (mars 2009).

Résistances :

**Mobilisation contre accords de libre échange**

**Inde / UE**



मनमोहन  
भारत  
को खाना  
खायर  
को नहीं

ACT UP  
PARIS

Act Up-Paris™

# Résistances :

# Mobilisation contre ACTA mars – avril 2010

Jeudi 18 mars 2010  
communiqué de presse Act Up-Paris / April / La Quadrature du Net



## ACTA : Le gouvernement français doit rendre des comptes

Paris, le 18 mars 2010 - Ce jeudi 18 mars, Act Up-Paris, April et la Quadrature du Net rencontrent Patrice Guyot et Jean-Philippe Muller de la DGTPÉ (direction générale du trésor et de la politique économique) concernant l'accord ACTA (anti-counterfeiting trade agreement). Act Up-Paris, April et la Quadrature du Net dénoncent cet accord négocié dans la plus grande opacité et les menaces globales qu'il fait peser sur l'accès aux médicaments, le logiciel libre, et les libertés individuelles sur Internet. Les associations interpellent le gouvernement pour demander une position officielle de la France.

L'accord ACTA est négocié depuis 2008 dans la plus grande opacité entre l'Union Européenne et une douzaine de pays. Des fuites de documents officiels révèlent que cet accord vise à renforcer entre autres, la répression du partage d'œuvres sur internet, la sacralisation des dispositifs de contrôle d'usage des œuvres numériques (DRM) et l'amalgame entre médicaments génériques et produits médicaux contrefaits.

Act Up-Paris, April et la Quadrature du Net interpellent le Premier Ministre, François Fillon, ainsi que tous les ministres concernés (Anne-Marie Idrac, Pierre Lellouche, Bernard Kouchner et Christine Lagarde). Outre la publication des documents en cours de négociation, transparence qu'aucun-e représentant-e d'une démocratie ne peut refuser, les associations demandent des réponses précises aux questions suivantes :

\* La France compte-t-elle cautionner un accord qui fera peser une responsabilité accrue sur les intermédiaires techniques de l'Internet pour la transmission et le stockage d'œuvres par leurs utilisateurs ?

\* La France acceptera-t-elle un accord qui entravera la recherche, bloquera la production ou la circulation des génériques et renforcera le pouvoir accordé aux douanes, autorisant la saisie de médicaments à destination des pays en développement dans le pays où ils sont en transit et brevetés ?

\* La France compte-t-elle accepter de généraliser, en durcissant leur protection juridique, les DRM, ces menottes numériques entravant la concurrence, l'interopérabilité et le développement du logiciel libre, alors que l'on attend toujours l'étude d'impact de la loi DADVSI ?

Vendredi 19 mars 2010  
communiqué de presse Act Up-Paris / April / La Quadrature du Net



## ACTA : Les responsables du dossier renforcent nos inquiétudes

Paris, le 19 mars 2010 - Les représentant-es d'Act Up-Paris, April et la Quadrature du Net ont rencontré le 18 mars 2010 les responsables de l'ACTA pour la France, pour ce qui était présenté comme une réunion d'information. Les organisations n'ont rien appris sur la substance de l'accord en cours de négociation, confrontées au refus de leurs interlocuteurs et interlocutrices de communiquer toute information. La balle est désormais dans le camp du gouvernement.

Act Up-Paris, April et la Quadrature du Net déplorent le maintien de l'opacité sur les négociations en cours, les seules informations communiquées par la DGTPÉ ne concernant en effet que les participant-es aux négociations aux niveaux français et européen<sup>1</sup>. Les organisations ont également noté l'absence des représentant-es du ministère de la Culture et de l'Association des producteurs de cinéma, pourtant invité-es à cette réunion. Malgré leurs tentatives de nous rassurer, les représentant-es de la DGTPÉ n'ont fait que renforcer nos inquiétudes et n'ont pas été en mesure de donner la position de la France sur les trois questions posées :

\* La France compte-t-elle cautionner un accord qui fera peser une responsabilité accrue sur les intermédiaires techniques de l'Internet pour la transmission et le stockage d'œuvres par leurs utilisateurs ?

\* La France acceptera-t-elle un accord qui entravera la recherche, bloquera la production ou la circulation des génériques et renforcera le pouvoir accordé aux douanes, autorisant la saisie de



1 Participant également à cette réunion : Oxfam France, le conseiller juridique du directeur général du Trésor, des personnes de la direction générale aux Douanes

2 Le volet pénal relevant de la compétence des États Membres, les 27 doivent s'accorder sur la position qui sera négociée par la Présidence de l'Union européenne, en parallèle des négociations par la Commission. Les 27 s'entendent au sein d'une commission interministérielle ad hoc. Au niveau français, les ministères intervenant directement dans les travaux sont le ministère de la Justice, le ministère de la Culture, le ministère des Affaires étrangères et la DGTPÉ. D'autres ministères peuvent intervenir à tout moment pour participer aux discussions interministérielles. Le SGAE (Secrétariat général des affaires européennes) étant en charge de la coordination pour établir la position des ministères concernés.

# Résistances : Conférence du Cap **Juillet 2009**



Act Up-Paris™

# Résistances : Conférence du Cap **Juillet 2009**



# Résistances :

## Campagne d'Act Up « guerre aux labos »



# Guerre aux labos **Le cas Schering Plough (MSD)**

△ Schering a été le premier laboratoire à sortir un traitement de substitution aux opiacés.

△ Peu avant la tombée dans le domaine public du Subutex, le laboratoire s'inquiète et décide de mettre au point le Suboxone.

△ Comme il ne s'agit évidemment pas d'une innovation, le laboratoire décide de breveter et de vendre aux gouvernements le Suboxone sous l'approche suivante :

- cette nouvelle formule contient des microbilles ;
- elle est sensée être dissuasive pour les consommateurs de drogues qui compteraient se shooter avec. C'est donc au nom de la lutte contre la drogue que Schering a vendu ce produit ;
- pour s'être shootées avec, de nombreuses personnes



## Guerre aux labos **Le cas Abbott**



- △ En 2006, les autorités sanitaires thaïlandaises et Abbott ne parviennent pas à se mettre d'accord sur le prix du Kaletra (ARV).
- △ La Thaïlande menace d'émettre une licence obligatoire.
- △ Abbott menace de se retirer du territoire thaïlandais si la licence obligatoire sur le Kaletra est émise.
- △ La pression internationale se met en place, Act Up-Paris organise un « net-strike » sur le site du laboratoire.
- △ Abbott porte plainte contre Act Up.
- △ Abbott retirera sa plainte sous la pression internationale et trouvera un accord avec les autorités thaïlandaises.

## Guerre aux labos **Le cas Sanofi-Av**



- △ En 2008, les négociations entre la Thaïlande et Sanofi échouent sur le prix du Plavix (un anticoagulant médicament phare de Sanofi).
- △ La Thaïlande menace d'émettre une licence obligatoire.
- △ Le commissaire européen Peter Mandelson envoie un courrier menaçant la Thaïlande de rétorsions économiques de Bruxelles.
- △ On apprendra plus tard, que Sanofi et aussi Paris auraient fait pression sur la commission européenne pour que ce courrier soit envoyé.

## Guerre aux labos **Le cas Roche**



- △ Roche détient le monopole sur le Fuzeon, un inhibiteur de fusion (une troisième ligne de traitement anti-sida).
- △ Fin 2008, nous sommes alertés du fait que les négociations entre la Corée du Sud et Roche ont échoué car le labo demandait \$22,000 par an par personne (et que la Corée ne pouvait pas payer).
- △ Au cours d'une réunion en présence d'activistes coréens, Roche aurait déclaré « *nous ne faisons pas des affaires pour sauver des vies, mais pour faire de l'argent, sauver des vies ce n'est pas notre problème* ».
- △ Les activistes internationaux lancent une campagne mondiale qui

**Merci !**



Contact :  
pauline.londeix@gmail  
.com

## ROCHE PHARMA IN SOUTH KOREA



**If you have a monopoly, no need to be human.**

**Global Week of Action against Roche**

Act Up-Paris™