

**Le VIH/sida
Ici et ailleurs :
enjeux et réalités**

**Revue de presse
commentée
2000-2003**

Recherche et rédaction :

Luc Gagnon

Montréal, 2003

Le VIH/sida ici et ailleurs : enjeux et réalités
Revue de presse commentée 2000-2003
(Recherche et rédaction : Luc Gagnon)

VIH/sida dans les pays riches.....	3
Situation dans les pays endémiques.....	7
Impacts sur les individus et les communautés.....	8
Facteurs culturels.....	10
Historique de la lutte pour l'accès aux médicaments antisida	13
Accès aux traitements	17
Génocide sanitaire.....	18
Rentabilité financière et morale	19
Accès public vs profits privés.....	19
Systèmes de santé et priorités (défense, PAS, corruption).....	20
Guerre, corruption et cupidité.....	21
Responsabilité des multinationales.....	22
Volonté et succès au Sud.....	23
Vaccin.....	23
Moral des troupes	24
CONCLUSION	25

Ce document représente une revue de presse commentée sur le VIH/sida ici et ailleurs sur la planète. Les articles cités couvrent la période de 2000 à 2003. Les sources suivantes ont été utilisées :

- Le Monde diplomatique
- Courrier international
- Le Devoir
- La Presse
- Jeunes Afrique L'Intelligent
- Le Grain de sable, courriel d'information hebdomadaire de l'organisation ATTAC
- Et quelques articles parus dans d'autres sources.

Pour débiter, définissons le VIH et le sida. Le VIH c'est :

« Le virus de l'immunodéficience humaine. Ce virus s'attaque au système immunitaire responsable de la défense de l'organisme humain contre les microbes de toutes sortes qui l'agressent. » (Brochure 'Sida et milieu de travail' du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Gouvernement du Québec).

Et le sida c'est :

« Le syndrome d'immunodéficience acquise causée par le VIH. Une personne peut être porteuse du virus sans pour autant présenter de symptômes ou de signes extérieurs de maladie, car le VIH peut incuber pendant plusieurs années dans l'organisme avant que le sida ne se déclare. (...) Détruisant les défenses immunitaires, le VIH diminue la résistance aux maladies infectieuses et ouvre la porte à certains cancers. Ce sont surtout ces infections et ces cancers qui provoquent la mort. » (Brochure 'Sida et milieu de travail' du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Gouvernement du Québec)

Donc, le VIH c'est le virus et le sida, c'est quand le virus a réussi à affaiblir l'organisme suffisamment pour ouvrir la voie aux maladies opportunistes. Jusqu'à ce que mort s'en suive ...

VIH/sida dans les pays riches

Les lignes qui suivent présentent des informations visant à faire un portrait parlant de la situation actuelle du VIH/sida dans les pays riches. J'utilise l'expression 'pays riches' pour nommer les pays qui possèdent actuellement les moyens de lutter efficacement contre l'épidémie. En l'occurrence, le Canada et le Québec :

Selon un article de l'Actualité :

« À Montréal, (...) le VIH, n'est plus le tueur qu'il a été pendant une quinzaine d'années. Les maisons d'accueil pour sidéens ne sont plus des

mouroirs. Et pour beaucoup de 'personnes atteintes', l'infection par le VIH et même le sida avéré sont quasiment devenus des maladies chroniques.» (L'Actualité, 1^{ier} juin 2001, p.35)

Il est vrai que :

« Les infections au VIH ont considérablement diminué dans la province, le taux de mortalité passant de 8,1 à 1,5 pour 100 000 habitants au cours de la période allant de 1995 à 2001. L'épidémie n'est pas contrôlée pour autant : le nombre de personnes infectées est à la hausse depuis trois ans. » (Pour lutter contre le sida - Un centre spécialisé dans chaque région. Le Devoir, 13 mars 2003, internet.)

En région, la situation est moins rose qu'à Montréal :

« Dans la plupart des régions, les données sur les personnes porteuses du virus sont rares. On retrouve peu de services psychosociaux, peu ou pas de ressources en nutrition, une absence de suivi systématique de la clientèle toxicomane et peu de formation du personnel. La pénurie de médecins et la distance constituent en outre deux obstacles à l'accessibilité des soins. » (Pour lutter contre le sida - Un centre spécialisé dans chaque région. Le Devoir, 13 mars 2003, internet.)

La trithérapie offre aux personnes séropositives depuis environ 1996 un frein à la progression du virus et de ses impacts sur l'organisme. D'ailleurs, on dit tri thérapie ou multithérapie. C'est une combinaison de médicaments qui permet de renforcer ou de rétablir le système immunitaire, mais sans éliminer le virus, par contre. Dans l'état actuel de la recherche, une personne séropositive va devoir prendre des médicaments toute sa vie.

De plus, les traitements ne sont pas toujours efficaces. Je cite à nouveau l'article de l'Actualité :

« L'arme (que représente la trithérapie) est redoutable, mais pas absolue. Parce qu'un patient sur cinq 'répond' mal au traitement. Et parce que le virus a réussi à acquérir une résistance à la trithérapie. » (L'Actualité, 1^{ier} juin 2001, p.47)

Réjean Thomas, de la clinique L'Actuel à Montréal, ajoute :

« Le traitement n'est pas sans toxicité. Il peut causer à la longue du diabète, de l'artériosclérose, un cholestérol élevé. Et, souvent, de la lipodystrophie, une vilaine et typique répartition des graisses dans la partie supérieure du corps. Une cause importante d'abandon du traitement, ne serait-ce que pour des raisons esthétiques, croit le médecin, qui espère qu'on pourra un jour réussir des «arrêts de traitement planifiés', sous étroite surveillance médicale.' (L'Actualité, 1^{ier} octobre 2001, p.47)

L'article de l'Actualité date d'octobre 2001. Depuis, les arrêts de traitement planifiés sont de plus en plus expérimentés ici comme ailleurs.

Donc la trithérapie peut garder en vie, mais rendre malade et déformer le corps également. La prévention doit donc s'ajuster à ces nouvelles réalités. Selon la chercheuse Johanne Otis, « pour les jeunes d'aujourd'hui, le sida appartient au passé puisqu'on n'en meurt plus ; c'est devenu une maladie virtuelle. Même les personnes malades ne semblent plus l'être ». (L'Actualité, 1^{er} juin 2001, p.44)

Roger Le Clerc, qui a été très impliqué dans le milieu sida au Québec et qui vit présentement au Burkina Faso, parle des effets pervers de la trithérapie. Il affirme :

« La prévention en prend pour son rhume. À Los Angeles, San Francisco, Vancouver et Toronto, les comportements risqués - les relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples et changeants - sont plus fréquents qu'il y a quelques années. Pas à Montréal, dit-on. Mais ça finira bien par arriver ici » (L'Actualité, 1^{er} juin 2001, p.46)

Il faut dire que l'article de l'Actualité cité ici date de juin 2001. Depuis lors, ce qu'on appelle dans la communauté gay le 'bare backing', le sexe non protégé, a gagné en popularité. L'étude de la Cohorte Oméga sur les pratiques sexuelles des gais et bisexuels montréalais, révèle que : « si environ 15 % des participants à l'étude disent avoir encore à l'occasion des relations non protégées, la frange des résistants purs et durs serait plutôt de 4 %. (...) Toutefois, la fascination de certains jeunes pour les pratiques sexuelles extrêmes prouve qu'il faut renouveler le discours en matière de prévention.» (L'Actualité, 1^{er} juin 2001, p.44)

Si on fait un calcul rapide et qu'on applique un ratio de 10 % d'homosexuels dans la société, sur une population d'un million de Montréalais, ça nous donne 15 000 personnes pratiquant occasionnellement du sexe à risque et 4 000 autres qui le pratique régulièrement, seulement dans la communauté gaie. À ceux-ci, il faut ajouter toutes les autres personnes ayant des comportements à risque, jeunes ou vieux.

Parmi ces bare backers, il y a ce qu'on appelle des 'chasseurs de virus'. Matthew Laza, journaliste du 'Spectator', rapporte ce qui suit :

« Aux Etats-Unis 25 % des nouveaux malades du sida recensés l'année dernière avaient volontairement attrapé le virus. (...) Qui sont ces 'chasseurs de virus' ? Le journaliste du 'Spectator' en a rencontré quelques-uns. "Des citoyens ordinaires, convaincus que leur désir du sida est rationnel. C'est leur façon de réaliser l'union absolue et d'atteindre la plus profonde intimité. Des sentiments auxquels aspirent toutes les relations humaines. Pour eux, être contaminés est le plus merveilleux des cadeaux : c'est une expérience spirituelle." (Sida. Cherche partenaire séropositif. Courrier international, 7 février 2003, internet)

Malgré tout, au plan médical, la situation du VIH/sida est plutôt en contrôle dans les pays du Nord. Sauf pour certaines catégories de la population. Voici ce qu'en dit un groupe de travail sur le sujet dans un rapport publié en 2003 :

« Le VIH est de plus en plus associé à d'autres problèmes tels la toxicomanie, la pauvreté, l'itinérance, la prostitution et la maladie mentale, en somme, à la marginalité sous toutes ses formes. » (Pour lutter contre le sida - Un centre spécialisé dans chaque région. Le Devoir, 13 mars 2003, internet)

Concernant les détenus, voici un extrait d'un rapport du Réseau juridique canadien VIH/sida :

« Le sida continue de faire des ravages dans les prisons et pénitenciers du pays, mais les autorités carcérales demeurent pour la plupart aveugles à cette épidémie. » (Le Devoir, 20 novembre 2002, p.A3)

Le Service correctionnel canadien confirme cet état de chose :

« La prévalence de l'infection au VIH et aux hépatites B et C est beaucoup plus élevée dans les pénitenciers que dans la population en général. Telle est la conclusion d'une étude rendue publique par le Service correctionnel du Canada ('Hépatite et sida sont plus fréquents en prison'), la première en son genre. (...) Un détenu sur 55 est porteur du VIH, ce qui est dix fois plus élevé que dans la population en général. » (Étude du Service correctionnel du Canada. Le Devoir, 25 avril 2003, internet)

Pourquoi cet écart ?

« L'écart est attribué aux comportements à risque adoptés par certains détenus, entre autres en ce qui a trait à l'utilisation de drogues injectables ou aux relations sexuelles non protégées. À cet égard, les femmes sont désignées comme un groupe particulièrement vulnérable. (...) Le portrait brossé par le SCC pourrait sous-estimer l'ampleur du problème puisqu'une minorité de détenus subit un dépistage. En moyenne, un nouveau détenu sur quatre accepte de subir un test de dépistage du VIH ou de l'hépatite C. Dans la population carcérale régulière, cette proportion est de un détenu sur cinq. Chez les porteurs du VIH, un détenu sur deux bénéficie enfin d'un traitement approprié. » (Idem. Le Devoir, 25 avril 2003, internet)

Concernant les autres catégories de la population qui sont davantage touchées, Michèle Blanchard de la Maison d'Hérelle, un organisme communautaire sida montréalais, affirme ce qui suit :

« Le sida continue de frapper plus durement les exclus et les marginaux, les sans-soutien, les sans-réseau, les sans-abri - les cas 'lourds', comme on dit dans le jargon des affaires sociales. » (L'Actualité, 1^{ier} juin 2001, p.47)

Pour ce qui est des minorités visibles et des autochtones, un article du Devoir rapporte ce qui suit :

« Les gens de race noire et les autochtones présentent la plus forte augmentation d'infection au virus du sida dans la population canadienne, une hausse principalement attribuée à la pauvreté et aux mauvaises conditions de vie. » (Le Devoir, 17 mars 2003, p.A3)

Martin Schechter du Réseau canadien pour les essais VIH affirme :

« Le taux d'infection au VIH chez les autochtones dans l'est du centre-ville de Vancouver est de 40 à 50 %. (...) Il s'agit d'un taux aussi élevé que celui qu'on retrouve en Afrique du Sud et au Botswana. » (Le Devoir, 17 mars 2003, p.A3)

L'un des vecteurs important du VIH est l'échange de seringues infectées. Pourtant, des mesures appropriées peuvent permettre de réduire les risques de transmission sur ce plan. Le Devoir rapporte ce qui suit concernant l'expérience suisse en la matière :

« En 1988, un UDI (utilisateur de drogues intraveineuses) sur deux était infecté par le VIH à Genève, comparativement à un sur dix en 2002. Ces progrès sont attribués à une stratégie cohérente comprenant à la fois la répression, la prévention primaire, la thérapie et les initiatives de réduction des méfaits telles la distribution de seringues et l'ouverture du LIS (lieu d'injection supervisé). » (Le Devoir, 19 mars 2003, p.A6)

Bref, on peut affirmer que la pauvreté est propice au sida, tant ici que dans les pays du Sud. La principale différence, c'est que dans les pays du Nord on en meure presque plus et que là-bas, c'est l'hécatombe.

Situation dans les pays endémiques

Voici en guise de portrait de la situation, quelques informations sur le VIH/sida dans les pays du Sud. Les termes 'pays du Sud', 'pays sous-développés', 'pays en développement', 'pays les moins avancés', 'pays du Tiers-monde' ne regroupent pas nécessairement l'ensemble des pays les plus touchés. Il s'agit en fait des pays endémiques qui n'arrivent pas à lutter efficacement contre la pandémie. On retrouve dans le lot la plupart des pays d'Afrique, d'Amérique latine, d'Asie et certains pays d'Europe de l'Est comme la Russie par exemple. Voici quelques informations statistiques :

- « L'épidémie a tué 3,2 millions d'Africains en 2001 et 55 millions mourront prématurément d'ici à 2020. » (Courrier international, no 610, p.3)
- « L'organisation mondiale de la santé estime que six millions de personnes ont un urgent besoin de médicaments (antisida) et que, vu les taux actuels d'infection au VIH, l'inaction pourrait résulter en

un bilan de 68 millions de morts en moins de 20 ans.» (Le Devoir, 11 octobre 2002, p.A8)

- L'Afrique australe est la région du monde la plus touchée par le sida. Et c'est également où la progression a été la plus rapide : «Très élevé dans toute la région, le taux d'infection au VIH frise les 34 % au Zimbabwe et au Swaziland.» (Le Devoir, 14 janvier 2003, internet)

Présentement, c'est l'Afrique qui est le continent le plus touché, mais le virus est partout. Courrier international écrit :

« Les chiffres alarmants qui indiquaient une progression de la maladie parmi les populations asiatiques se confirment. L'Inde, la Chine et la Russie sont à leur tour durement touchées. Avec l'atteinte de l'Eurasie tout entière, les pays développés ne pourront plus fermer les yeux, car il y va de leur intérêt. Cette différence de traitement pourra scandaliser, elle n'en permettra pas moins une mobilisation réelle, dont bénéficiera par ricochet le continent noir.» (Courrier international, 28 novembre 2002, internet)

Est-ce que ça voudrait dire que les pays développés pouvaient se fermer les yeux auparavant puisque qu'il ne s'agissait seulement que du continent africain!?

Concernant l'Inde, un article du Devoir rapporte ce qui suit :

« Avec près de quatre millions de séropositifs officiellement répertoriés, l'Inde est le deuxième pays du monde le plus touché par le sida, après l'Afrique du Sud. (...) Plus alarmant encore, (une récente étude américaine) prévoit un total de 20 à 25 millions de malades d'ici 2010 si les autorités ne réagissent pas immédiatement.» (Le Devoir, 30 novembre - 1^{er} décembre 2002, p.A9)

Impacts sur les individus et les communautés

Pourtant, peu importe que le sida frappe en Afrique, au Québec en Asie ou en Amérique latine, les impacts sur les personnes touchées sont semblables. Et les voies de transmission également : prostitution, échange de seringues, contamination par transfusion sanguine, violence sexuelle, etc.

En Inde, comme dans plusieurs autres pays, la prostitution est une voie de transmission importante du VIH. Newsweek rapporte :

« Le sida s'est disséminé le long des routes empruntées par les camionneurs, clients d'innombrables prostituées. » (Courrier international, 28 novembre 2002, internet)

Nous pouvons facilement imaginer la suite dans la chaîne de transmission du virus du camionneur à son épouse et aux enfants à naître.

Toujours concernant la prostitution, voici l'extrait d'un article du International Herald Tribune tiré de Courrier international au sujet d'une jeune fille cambodgienne qui tente de sauver sa mère malade :

« Un voisin dit à la jeune fille qu'elle pouvait vendre son corps pour payer les soins médicaux. Comme elle était vierge, elle obtint le prix fort, 600 dollars, en échange desquels elle accepta, sous peine d'être battue, de travailler pendant six mois à raison de cinq ou six clients par jour.»
(Courrier international, no 609, p.27)

Le commerce du sexe comme outil de survie est utilisé partout. En Angola par exemple :

« Quand la guerre et la violence sévissent, le sexe permet de se procurer de la nourriture, des biens de consommation courante, de l'argent et de la protection. Le sexe devient une marchandise.» (Courrier international, no 622, p.38)

La violence sexuelle fait d'énormes ravages. Voici l'extrait d'un article du Monde diplomatique au sujet de l'Afrique du Sud :

« L'apartheid a porté le machisme et la violence sexuelle à des niveaux accablants. Pour une population de 43,8 millions d'habitants, la journaliste Charlene Smith cite le chiffre annuel d'un million de viols... Une violence qui explique, pour partie, la vitesse avec laquelle l'épidémie s'est répandue dans le pays.» (Le Monde diplomatique, août 2002, p.12)

C'est un fait qu'il y a pas mal d'échange de fluides à risque dans ce genre de violence faite aux femmes. Et il y en a également dans l'échange de seringues infectées. La situation russe est, à cet égard, très alarmante parmi les toxicomanes :

« Pour Ioulia Rakina, médecin chef du centre régional antisida, cette situation était prévisible depuis des années. Elle affirme : "Là où arrive l'héroïne, la contamination explose. Cette année, l'augmentation du nombre de cas est de 24 % inférieure à celle de l'année dernière, mais nous ne sommes pas en état de stopper le processus. L'armée des séropositifs s'accroît sans cesse." (Courrier international, 28 novembre 2002, internet)

Et il y a également le problème de la contamination par transfusion sanguine. Nous avons eu nos histoires d'horreur ici au Canada et ailleurs. Il semble que certains pays n'en n'aient pas tiré les leçons qu'il fallait. Un article du New York Times rapporte qu'au début des années 90 dans certaines régions en Chine, des milliers de personnes pauvres ont vendu leur sang pour un peu d'argent, sans soupçonner ce qui allait leur arriver. L'article en question rapporte :

« Des collectes de sang effectuées avec des procédés archaïques ont contaminé des villages entiers. (...) D'après des experts chinois, la vente de sang s'est pratiquée dans des dizaines de districts de la province du

Henan avant d'être interdite vers le milieu des années 90, ayant déjà causé la contamination d'au moins 1 million de personnes. » (Courrier international, 28 novembre 2002, internet)

Les pratiques sexuelles non protégées demeure le principal vecteur de transmission de la maladie à travers le monde. Zhang Beichuan, dermatologue de formation oeuvrant dans les milieux homosexuels chinois, prévoit que les pratiques homosexuelles deviendront le principal vecteur de transmission du sida une fois que les transfusions sanguines et le commerce du sang seront complètement contrôlées. » (Courrier international, no 640, p.6)

La situation est inquiétante dans la communauté homosexuelle chinoise :
« 5,9 % des membres de la communauté homosexuelle chinoise – qui compte plus de 18 millions de personnes – sont contaminés par le sida, contre seulement 2,5 % il y a quatre ans. On estime à environ 1 million le nombre de personnes actuellement contaminées par le virus ou susceptibles de l'être, selon les données officielles. Si l'on ne parvient pas à contrôler la situation dans la communauté homosexuelle, les conséquences seront inimaginables. Selon le ministère de la Santé, la Chine pourrait compter 10 millions de personnes atteintes du sida en 2010. » (Courrier international, no 640, p.6)

La mort de ces millions de personnes sur la planète a comme conséquence de 'créer' des millions d'orphelins. L'UNICEF évalue aujourd'hui à 13,5 millions le nombre d'orphelins du sida dans le monde. Six mille enfants sont infectés quotidiennement. (Le Devoir, 11 décembre 2002, internet)

Françoise Nduwimana, consultante en développement international écrit ce qui suit dans le Devoir :

« Aussi vrai que l'expression 'les enfants de la guerre' est entrée dans le langage universel, celle des 'enfants du sida' fait désormais partie du jargon populaire africain. (...) Contaminé par le VIH/sida lors de sa naissance, il naît pour mourir. » (Le Devoir, 3 décembre 2002, p.A7).

Facteurs culturels

Certains facteurs dits 'culturels' favorisent l'expansion du sida. Par exemple, le mythe véhiculé dans certains pays africains selon lequel le sexe avec une jeune fille vierge guérirait du sida...

Le manque d'informations et de connaissances est inquiétant. Voici ce que nous dit une femme sud-africaine :

«À l'Église de Zion, on prétend qu'on peut guérir par la prière. On dit aussi que les sangomas - les guérisseurs traditionnels - connaissent des herbes efficaces. Les médecins ? J'espère qu'un jour ils trouveront quelque

chose... J'ai entendu parler de... l'AZT, je crois...Le procès sur la névirapine ? Les antirétroviraux ? Je ne sais pas. Nous sommes si ignorants ! » (Le Monde diplomatique, août 2002, p.12)

Les problèmes reliés aux droits des femmes ont un impact évident dans plusieurs pays :

« Certaines personnes accusent la société patriarcale et le système féodal du Swaziland de dénier aux femmes le droit de refuser les rapports sexuels et déplorent la stigmatisation de la maladie, qui n'incite certainement pas les gens à se faire dépister. » (Courrier international, no 641, p.25)

La discrimination et les préjugés entretenus au plus haut niveau politique du Swaziland n'aident pas la cause :

« Le mois dernier, un haut conseiller du roi, le sénateur Walter Bennett, a déclaré devant une assemblée réunie dans la capitale commerciale, Manzini, que le gouvernement pourrait mettre un terme, dans l'avenir, au 'gâchis' de l'aide médicale fournie aux séropositifs et aux malades du sida, pour la bonne et simple raison que ces derniers avaient contracté le virus par choix. » (Courrier international, no 641, p.25)

Il y a également ceux qui mettent en doute le lien entre le VIH et le sida. Jusqu'à tout récemment le président Mbeki d'Afrique du Sud entrait dans cette catégorie. Voici là-dessus l'opinion de Zadkie Achmat, activiste sud-africain du Treatment Action Council (TAC) :

« Notre président a une grande responsabilité : il a sapé tout le programme de prévention et de traitement en mettant en doute le lien entre le VIH et le sida. De cette façon, il n'a pas encouragé les jeunes à utiliser le préservatif. D'autre part, il a dissuadé le gouvernement de consacrer de l'argent à la prévention. De plus, il a sapé le moral – déjà très bas – des médecins, infirmières, pharmaciens, chercheurs qui travaillent dans la santé publique. » (Courrier international, 7 février 2003, internet)

Mais des blocages occidentaux existent également à ce niveau. Voici un exemple tiré du New York Times qui rapporte la scandaleuse décision du président George W. Bush concernant la contraception. Il a été décidé ce qui suit :

« Supprimer les subventions américaines aux centres de planning familial étrangers qui informeraient les femmes sur les pratiques anticonceptionnelles, dont l'interruption de grossesse, et notamment les séropositives qui auraient peur de transmettre le SIDA à leur enfant. Sans l'aide de ces ONG, les Africaines et les Asiatiques n'auront plus la possibilité de se procurer de préservatifs, qui sont la seule protection efficace contre le VIH. » (Jeune Afrique/L'intelligent, 13-19 février 2001, p.23)

La position des autorités religieuses de différentes confessions contre la contraception et le port du condom signifie que les Africains, les Argentins, les Québécois et tous les autres séropositifs de la planète qui veulent suivre à la lettre les dictats de leur religion respectives devraient faire vœu d'abstinence pour éviter la propagation du virus. Cette position inacceptable a des impacts dévastateurs partout où la religion prend le pas sur l'humanisme. Les autorités religieuses ne sont pourtant pas sans ignorer que leur position sur la question rend l'accès aux préservatifs plus difficile et parfois même très difficile dans certains pays. Ce qui a pour effet d'encourager les pratiques sexuelles à risque et de favoriser l'expansion du sida et la mort lente de millions de personnes. Voici le cas des Philippines :

« Au début des années 90, face aux proportions inquiétantes que prenait l'épidémie, le gouvernement du président Fidel Ramos, un protestant, a tenté de réagir en lançant une campagne nationale de promotion du préservatif afin de ralentir la croissance démographique et d'enrayer la propagation du sida. Le public a réagi favorablement. Mais l'Église catholique a vilipendé cette politique. Par l'intermédiaire du clergé, elle a répandu l'idée que, tout aussi microscopiques qu'ils soient, les pores du latex utilisé pour fabriquer les préservatifs n'étaient pas assez petits pour empêcher le virus de passer. » (Courrier international, no 650, p.30)

Comment se fait-il que les efforts internationaux de lutte contre le VIH/sida des dernières années n'aient pas donné de meilleurs résultats ? Une partie de la réponse à cette question tient dans le caractère paternaliste de l'approche de la plupart des grandes organisations de la lutte contre le SIDA ces dernières années :

« Dans le cadre d'une mobilisation internationale, les spécialistes du Nord décidaient des objectifs opérationnels, collectaient les informations et examinaient les résultats. » (...) L'appropriation du volet sanitaire de la lutte contre le SIDA dans les pays du Sud par la communauté scientifique des pays riches s'accordait aux principes de solidarité professés par l'Occident. (...) En affaiblissant la légitimité des partenaires nationaux et en déstabilisant leur logique professionnelle, l'emprise scientifique occidentale a, de fait, favorisé l'indécision et les atermoiements des politiques. (...) Pour l'intelligentsia des bureaux de New York et de Genève, responsable des stratégies d'endiguement du fléau, la prise de conscience que la seule approche biomédicale ne permettait pas de surmonter le défi du SIDA a été une épreuve. (...) Le décryptage des multiples déterminants - physiologiques, psychosociaux, culturels, économiques - du comportement sexuel constitue-t-il toutefois un pré requis irremplaçable pour proposer des conduites compatibles avec une prévention de l'infection par le VIH ? » (Le Monde diplomatique, décembre 2000, p.9)

Historique de la lutte pour l'accès aux médicaments antisida

Afin d'illustrer la lutte pour l'accès aux médicaments antisida dans les pays endémiques, voici un historique de la lutte politique et juridique autour de la stavudine (Zerit). Les citations sont tirées en bonne partie d'un article du Monde diplomatique.

« Les universités américaines sont propriétaires des inventions qu'elles réalisent, mêmes si (...) 80% des budgets de la recherche biomédicale sont financés par les fonds publics fédéraux (américains). » (Le Monde diplomatique, février 2002, p.1)

Le système de santé public subventionne donc en bonne partie des découvertes qui sont ensuite développées et exploitées par des compagnies pharmaceutiques privées :

« Issue de recherches universitaires (à Yale aux États-Unis), la molécule (de la stavudine) a été attribuée en exclusivité à la firme Bristol-Myers Squibb, qui a entravé sa commercialisation dans les pays les plus touchés par la pandémie... » (Le Monde diplomatique, février 2002, p.1)

« Grâce à cette 'licence exclusive', BMS (Bristol-Myers Squibb) va acquérir un monopole dans tous les pays du monde où l'université a déposé son brevet. » (Le Monde diplomatique, février 2002, p.22)

Et ce brevet¹ permet à la compagnie de protéger ses produits et d'en fixer le prix de vente. En février 2001, MSF (Médecins sans frontières), qui a reçu le prix Nobel de la paix en 1999, demande à l'université :

« D'autoriser l'importation (en Afrique du Sud) d'une version générique² de la stavudine de façon à fournir un traitement gratuit aux personnes affectées par le VIH/sida. Elle mentionne, dans sa lettre, la proposition faite par le fabricant indien Cipla Ltd de lui vendre une version générique de la stavudine 'trente-quatre fois moins cher' que le Zerit. » (Le Monde diplomatique, février 2002, p.22)

¹ Un brevet c'est un « titre légal accordé par un État, ou un regroupement d'États dans un Office régional de brevet, pour son seul territoire, assurant un monopole pour une durée limitée (au minimum 20 ans) pour la production, la vente et l'importation d'une invention sur le territoire national. » (Grain de sable, no 219, 16 mars 2001)

² Il y a deux définitions de ce que c'est qu'un générique : 1^{ière} définition : Un médicament générique est la copie d'un médicament original, rendu possible par la chute du brevet initial dans le domaine public à la fin de la période légale de protection. 2^{ième} définition : Médicament commercialisé en dehors d'un monopole de brevet. Ainsi, lorsque dans un pays le brevet d'un médicament de marque donné n'est pas déposé et qu'on en trouve des copies, ces copies sont couramment qualifiées de génériques (Grain de sable, no 219, 16 mars 2001)

Donc on serait passé de 2.23 \$ à moins de 7 cents la dose. Un prix plus accessible pour les pays endémiques où la majeure partie de la population vit avec moins d'un dollar par jour.

« En deux ans et demi (de 1998 au premier semestre 2000), BMS en vendra pour plus de 2,3 milliards de dollars, principalement en Europe occidentale et aux Etats-Unis. En Afrique du Sud, le pays le plus touché par la pandémie, les ventes resteront insignifiantes (600 000 dollars en 1998). À 2,23 dollars la dose, le Zerit est inaccessible.» (Le Monde diplomatique, février 2002, p.22)

Les compagnies pharmaceutiques ont donc voulu conserver cette protection qu'offre les brevets en faisant valoir les modalités de l'accord de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) sur les brevets communément appelé L'ADPIC (ou TRIPS en anglais) sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent le commerce. Comme le rapporte un article de La Presse, cet accord :

« N'amène pas un 'libre-échange' de médicaments. Au contraire, il impose des lois de type américain, en matière de brevets, qui contraignent ses pays membres pour préserver (et souvent étendre) les monopoles commerciaux des fabricants pharmaceutiques pour au moins 20 ans.» (La Presse, 3 janvier 2001, p.A15)

On ajoute par contre que l'article 31 de l'accord prévoit :

«Qu'un membre (de l'OMC) pourra déroger à cette prescription (le respect des brevets) dans des situations d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence.» (La Presse, 3 janvier 2001, p.A15)

Donc légalement, les pays durement touchés par le sida pouvaient, en principe, produire leurs propres médicaments génériques grâce à l'article 31 de l'accord sur les brevets, dans la mesure où la situation du pays le nécessite. Toujours dans le même article de La Presse on apprend que malgré les dispositions de l'article 31 de l'accord, en janvier 2001 :

« L'Afrique du Sud a été poursuivie en justice par ce lobby industriel (39 compagnies pharmaceutiques), et menacée de sanctions commerciales par les États-Unis, parce qu'elle songeait à accorder des 'licences obligatoires'³ (permises selon l'article 31) permettant à un autre fabricant de produire un médicament en versant des royalties raisonnables au détenteur de son brevet.» (La Presse, 3 janvier 2001, p.A15)

³ Licence obligatoire : procédure administrative légale (figurant dans les accords ADPIC) par laquelle un gouvernement émet d'office une licence (autorisation) d'exploitation d'un brevet donné, autorisant la production, la vente et l'importation d'un produit sans la permission du détenteur du brevet. Les sources majeures d'intérêt des licences obligatoires concernent la défense, la concurrence, la recherche et la santé. Les Etats-Unis et l'Europe sont les deux régions du monde émettant le plus de licences obligatoires. (Grain de sable, no 219)

Les Etats-Unis et l'Europe sont les deux régions du monde qui émettent le plus de licences obligatoires. La crise de l'anthrax (maladie du charbon) est un des moments où les Etats-Unis ont utilisé une licence obligatoire :

« George W. Bush avait menacé la compagnie allemande Bayer de contourner son brevet sur le Cipro si les prix du médicament contre la maladie du charbon n'étaient pas cassés. Les États-Unis voulaient montrer que la lutte contre le terrorisme passait aussi par un brin de solidarité internationale», rappelle un diplomate européen. » (Le Devoir, 23 décembre 2002, internet)

Ce n'est pas le seul :

« Les exceptions au droit des brevets continueront à s'appliquer sans difficulté dans les pays riches, où les marchés sont importants et où l'Etat n'hésite pas à requérir des licences obligatoires sur de nombreuses technologies. Le Cipro n'était pas un cas isolé : les Etats-Unis ont récemment imposé des centaines de licences obligatoires sur des technologies aussi diverses que les camions semi-remorque, des variétés de céréales, des produits pharmaceutiques, des brevets génétiques, du matériel et des logiciels informatiques... pour n'en mentionner qu'une partie. » (Le Monde diplomatique, mai 2003, internet)

Le Dr William Prusoff, chercheur dans le domaine du sida et l'un des découvreurs de la stavudine, affirme ce qui suit :

« Personne ne devrait mourir pour des raisons économiques, faute de pouvoir s'acheter un médicament (...) Et je serais très heureux de ne plus percevoir aucunes royalties si cela pouvait aider à l'éradication de la maladie (...) Je ne suis pas un homme d'argent, reconnaît-il (...) Pourquoi les universités laisseraient-elles les compagnies pharmaceutiques se remplir les poches avec nos inventions ? » (Le Monde diplomatique, février 2002, p.22)

Les taux de rendement dans l'industrie pharmaceutique occidentale sont d'ailleurs très alléchants :

« Aux États-Unis comme en Europe, on commence à s'alarmer de la rentabilité inouïe de l'industrie pharmaceutique : entre 15 % et 25 % du chiffre d'affaires.» (Le Monde diplomatique, février 2002, p.1)

En février 2001, au moment où trente-neuf compagnies pharmaceutiques attaquent le gouvernement sud-africain en justice parce qu'il a autorisé le recours aux licences obligatoires, des activistes d'Afrique du Sud et d'un peu partout, (dont le campus de Yale d'où origine la stavudine), manifestent de manière énergique contre le prix des médicaments antirétroviraux :

« Le 14 mars (2001), la compagnie (Bristol-Myers Squibb) annonce une baisse draconienne de ses prix en Afrique du Sud et s'engage à ne pas poursuivre en justice un éventuel producteur de génériques.» (Le Monde diplomatique, février 2002, p.22)

Bien que la compagnie ait reculé, elle contrôle toujours le marché. Et ce, malgré une décision de l'OMC à Doha en novembre 2001 qui autorisait formellement la production de génériques dans les pays gravement touchés :

« A Doha, l'ensemble des pays membres de l'Organisation mondiale du commerce adoptèrent une déclaration sur les Adpic et la santé publique selon laquelle cet accord 'peut et devrait être interprété et mis en oeuvre d'une manière qui appuie le droit des membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments'. La déclaration, d'une force surprenante pour cette organisation, choqua les grandes compagnies pharmaceutiques. En réponse, l'industrie concentra ses feux sur l'un des points-clés de sa mise en application. Le paragraphe 6 de la déclaration enjoignait l'OMC de trouver une solution au problème des restrictions à l'exportation. En effet, lorsqu'un pays décide d'imposer une licence obligatoire sur un brevet, il est entendu que la copie du médicament réalisée par les industriels locaux doit être principalement destinée au marché intérieur. Mais, si tous les pays potentiellement producteurs se voient ainsi interdire d'exporter, comment un pays ne disposant d'aucune industrie locale pourrait-il faire valoir ses droits ? Et, si son marché local est petit, comment le même pays pourrait-il disposer de producteurs locaux viables - sachant que, dans l'industrie pharmaceutique, les économies d'échelle sont très importantes ? Une solution raisonnable - et qui ne contredit pas le libre-échange prôné par l'OMC - eût été d'autoriser l'exportation d'une copie de médicament à l'ensemble des pays ayant décidé de faire prévaloir le droit à la santé sur le respect des brevets. Afin d'organiser, concrètement, la mise à disposition au moindre coût des médicaments qui permettraient de soulager les souffrances et d'éviter la mort de millions de personnes. »

Mis à part quelques rares pays du Sud comme l'Inde, le Brésil et la Thaïlande, il existe 120 pays pauvres qui n'ont pas les infrastructures pour produire localement les médicaments nécessaires.

Les compagnies pharmaceutiques ont également voulu limiter l'étendue de l'accord en terme de type de médicaments concernés :

« La controverse portait sur l'étendue des besoins sanitaires au nom desquels un pays serait autorisé à passer outre aux brevets pour soigner sa population. Selon les pays riches, dont l'industrie monopolise la quasi-totalité des brevets pharmaceutiques mondiaux, des exceptions aux brevets pouvaient être tolérées pour les médicaments permettant de lutter contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Ils y ajoutèrent, pour faire bonne mesure, une poignée de maladies, pour la plupart tropicales et de faible intérêt commercial. Mais ni le cancer, ni le diabète, ni l'asthme, par exemple, ne figurent sur la liste limitative de maladies auxquelles ils veulent désormais restreindre l'accord de Doha. » (Le Monde diplomatique, mai 2003, internet)

Pourtant :

« L'affirmation selon laquelle la pneumonie, le diabète, l'asthme, les maladies cardiaques ou le cancer ne sont pas prioritaires pour les pauvres relève de l'ignorance ou du cynisme : (en l'occurrence) la plupart des morts dues au cancer ont lieu dans les pays pauvres. (...) Et la dépression immunitaire due au sida rend chaque maladie, même la plus bénigne, potentiellement mortelle. » (Le Monde diplomatique, mars 2003, p.28)

Les Etats-Unis ont proposé une liste limitative des maladies concernées par la déclaration. 143 pays membres de l'OMC sur les 144 se sont opposés à cette liste. Mais le veto américain a bloqué l'accord. Un haut fonctionnaire de l'OMC prétend, et je cite :

« Le Congrès (américain), sous la pression des (laboratoires pharmaceutiques), a estimé que le commerce passe avant les préoccupations humanitaires, » (Le Devoir, 23 décembre 2002, internet)

Paule Des Rivières dans un éditorial du Devoir a fait l'analyse suivante de la situation :

« Les États-Unis ne veulent rien entendre d'une liste 'ouverte' de médicaments, qui inclurait non seulement les antibiotiques pour lutter contre les principales épidémies, mais aussi ceux visant à combattre d'autres maladies représentant un danger pour la santé publique et dont les pays en voie de développement décideraient eux-mêmes. À ce moment, soutiennent les États-Unis, des pays dits 'intermédiaires' comme le Brésil ou l'Inde pourraient se lancer dans la production et l'exportation de médicaments génériques, en toute illégalité et en toute impunité (...) Il est odieux, et honteux, de constater que la communauté des pays riches n'est pas animée d'une volonté politique suffisante pour venir à bout des obstacles, inévitables dans un dossier d'une telle complexité. » (Le Devoir, 30 décembre 2002, internet)

Accès aux traitements

L'accès aux médicaments et aux traitements contre le VIH et le sida demeure marginal dans la grande majorité des pays endémiques :

« Dans les pays en développement, où vivent 95 % des personnes atteintes du VIH/sida, le prix élevé des médicaments anéantit pratiquement tout espoir de traitement. » (La Presse, 3 janvier 2001, p.A15)

En Afrique du Sud, comme dans certains autres pays pauvres :

« Les traitements existent et sont accessibles dans les cliniques privées, pourquoi ne sont-ils pas disponibles dans les hôpitaux publics ? » (La Presse, 3 janvier 2001, p.A15)

Edwin Cameron, juge sud-africain et séropositif se questionne :

« Pourquoi ai-je le privilège d'acheter ma vie et ma santé alors que 34 millions de gens sont en train de mourir, dans les pays pauvres ? » (La Presse, 3 janvier 2001, p.A15)

Zadkie Achmat, activiste sud-africain affirme :

« En Afrique du Sud, il y a un double système de santé, public et privé. Le privé concerne 7 millions de personnes ; en 2000, il a dépensé 4,2 milliards d'euros. Le système public concerne 38 millions de personnes ; en 2000, il a dépensé 3 milliards d'euros. La disparité est flagrante.» (Courrier international, 7 février 2003, internet)

Il existe un Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme mis sur pied en 2001 :

« Ce fonds qui devait être doté de 10 milliards de dollars par an selon les engagements pris en 2001 par les pays du G8 (dont fait partie le Canada), n'a reçu à ce jour que 27 % de cette somme. Qui n'a pas payé ? Les États-Unis, en tout premier lieu.» (Courrier international, no.610, p.3)

Selon des organisations canadiennes préoccupées par la question, le Canada ne fait pas sa part :

« La contribution du Canada au Fonds mondial a été minime jusqu'ici : l'équivalent de moins de 2 \$ par Canadien, soit le prix d'un café.» (Le Devoir, 11 octobre 2002, p.A8)

Génocide sanitaire

Peut-on parler d'un génocide sanitaire ? Sur la question du génocide, un éditorial de Courrier international affirme ce qui suit :

« Il y a génocide en cas, entre autres, de 'soumission intentionnelle de (l'ensemble ou d'une) partie d'un groupe humain (national, ethnique, racial ou religieux) à des conditions d'existence devant entraîner sa destruction». (...) Une personne n'est pénalement responsable devant la Cour pénale internationale que si le crime est commis 'avec intention et connaissance'. (...) Nul ne peut ignorer que les médicaments qui empêchent les malades de mourir du sida existent et pourraient être achetés si les promesses faites officiellement étaient tenues. Et que les malades continueront de mourir par millions si l'argent promis n'arrive pas. À quand le premier procès international contre ceux qui entravent sciemment la possibilité de soins pour les malades du sida ?» (Courrier international, no.610, p.3)

Rentabilité financière et morale

Comment éviter ces millions de morts ? Le Réseau juridique canadien VIH/sida affirme :

« Devant une souffrance monstrueuse quoique évitable, l'abandon des politiques mondiales sur le sida aux mains des intérêts commerciaux n'est que faillite morale. » (La Presse, 3 janvier 2001, p.A15)

Selon des groupes canadiens de lutte au sida :

« L'accès aux médicaments n'est pas qu'un impératif moral, c'est un investissement judicieux : il permettrait d'endiguer les infections opportunistes, inciterait à subir un test volontaire du VIH et réduirait le fardeau du VIH/sida (notamment le nombre d'orphelins) pour les familles, les communautés, les systèmes de santé et les économies. » (Le Devoir, 11 octobre 2002, p.A8)

L'investissement en santé est nécessaire dans les pays du Sud :

« En 1998, les gouvernements africains ont dépensé 6 milliards de dollars pour l'achat d'armements et consacré 15 millions à la lutte contre le sida. » (Le Monde diplomatique, décembre 2000, p.9)

Accès public vs profits privés

Concernant l'accès aux traitements, le médecin Cécile Winter affirme :

« L'explosion du sida est un cadeau de la mondialisation à tous les pauvres de la planète. Puisque mondialisation il y a, pourquoi l'accès aux soins et aux médicaments n'est-il pas mondialisé ? Devant l'urgence, qu'attend-on pour déclarer biens publics les médicaments antiviraux ? Tous les pays qui souhaitent et peuvent les produire - comme le Brésil, l'Afrique du Sud ou la Thaïlande - devraient être encouragés à le faire. Et les pays riches peuvent en produire pour les mettre, avec la logistique nécessaire, à la disposition des plus pauvres (...) Des millions de morts sont 'évitablement' » (Le Monde diplomatique, septembre 2002, p.31)

Pourquoi les secteurs public et universitaire ne produiraient pas et ne commercialiseraient pas des médicaments antisida ? Voici la réponse d'une université américaine :

« Yale n'a pas les moyens techniques ni financiers de produire un médicament. Pour qu'il arrive jusqu'aux patients, il doit être approuvé par la Food and Drug Administration (FDA), ce qui nécessite des essais sur l'homme très onéreux. » (Le Monde diplomatique, février 2002, p.23)

L'article fait cependant remarquer que :

« Le secteur privé a pris l'habitude d'englober l'argent public dans ses propres calculs pour définir le coût et le prix d'un médicament. Résultat : le contribuable paye deux fois le même médicament. » (Le Monde diplomatique, février 2002, p.23)

Aux dires de Daniel Vasella, PDG d'une compagnie pharmaceutique :

« Sans les brevets, les profits ne sont pas possibles et la recherche souffre. » (Le Monde diplomatique, février 2002, p.23)

Or, toujours dans le même article, on se demande :

« Comment expliquer, dans ces conditions, que les grands producteurs de médicaments - qui tous engrangent des profits records - investissent trois fois plus dans le marketing et l'administration que dans la recherche et le développement ? » (Le Monde diplomatique, février 2002, p.23)

Pour ce qui est de connaître le coût réel de production des médicaments, le Monde diplomatique rapporte :

« La vérité ? Elle se trouve dans les livres de comptes que les compagnies pharmaceutiques refusent obstinément d'ouvrir, au nom du secret commercial. » (Le Monde diplomatique, février 2002, p.23)

L'article de La Presse cité plus haut affirme ce qui suit :

« L'argument de la nécessité d'une protection plus ferme des brevets pour assurer aux entreprises un retour sur l'investissement n'est ici que cupidité. La poursuite du profit doit céder le pas à l'intérêt public plus vaste. Des profits raisonnables doivent être permis aux entreprises, mais les prix fondés sur des monopoles emplissent déjà les poches des fabricants de médicaments de marque alors que des millions d'humains meurent, incapables d'acheter la vie. Cette réalité devrait secouer notre conscience morale collective. » (La Presse, 3 janvier 2001, p.A15)

Systemes de santé et priorités (défense, PAS, corruption)

Le SIDA n'est pas seulement qu'une question d'accès à des médicaments. L'accès aux traitements dans les pays du Sud signifie également l'accès à des soins médicaux, des infrastructures médicales, de la formation, de l'information et de l'éducation. Même si plusieurs initiatives d'organisations des pays du Sud démontrent une capacité à lutter efficacement contre le VIH/sida, les moyens manquent. Selon le Réseau juridique canadien VIH/sida :

« Il manque à plusieurs de ces pays des infrastructures sanitaires adéquates - établissements de soins, mécanismes de distribution, formation de personnel médical. S'attaquer à ces lacunes est urgent, de pair avec celle du prix des médicaments. » (La Presse, 3 janvier 2001, p.A15)

Pour M. Kocheleff, médecin sud-africain :

« Il est urgent de repenser un système de soins incapable d'assurer la prise en charge des centaines de milliers de malades à venir. » (Il ajoute)
« Le pari, au fond, consiste à 'construire un réseau capable d'atteindre une part importante de la population quand les antirétroviraux arriveront enfin. » (Le Monde diplomatique, août 2002, p.13)

Même l'ex-président des Etats-Unis, Bill Clinton, milite en faveur d'efforts plus conséquents dans la lutte contre le sida :

« Bill Clinton a estimé (le 10 février 2003) que le sida est une menace pour la démocratie et que la responsabilité revient aux dirigeants d'élaborer les structures permettant le dépistage et l'accès aux soins dans les pays en développement.

Or, plusieurs des pays endémiques doivent se plier à des programmes d'ajustement structurel qui font en sorte de limiter leur marge de manœuvre en terme d'investissement dans leur système de santé :

« L'ajustement structurel, avec ses contraintes sur les budgets de la santé, associée à la permanence d'affections évitables ou curables - le paludisme, la rougeole, la malnutrition, la tuberculose, les maladies diarrhéiques, la morbidité maternelle et infantile -, a rendu malaisée toute réforme du système de santé susceptible de satisfaire les besoins élémentaires de la population tout en accordant une priorité à la prévention de l'infection par le VIH et à la prise en charge des malades du sida. » (Le Monde diplomatique, décembre 2000, p.9)

Guerre, corruption et cupidité

Les problèmes politiques dans plusieurs pays endémiques contribuent grandement à rendre difficile la lutte contre le VIH/sida :

« Lorsque l'effondrement d'un régime, la guerre ou les plans d'ajustement structurel anéantissent les structures sanitaires ou emplissent les camps de réfugiés, lorsque les inégalités alimentent les migrations et la prostitution, le sida progresse, inexorablement. » (Le Monde diplomatique, décembre 2000)

La corruption et la cupidité sont aussi un frein à la lutte. Voici ce que rapporte le Soir de Bruxelles concernant le trafic de médicaments entre l'Europe et l'Afrique :

« Fabriqués en Europe, des médicaments contre le sida expédiés à bas prix en Afrique se retrouvaient dans des pharmacies néerlandaises, où ils étaient vendus au prix fort », (...). Depuis juin 2001, les trafiquants détournent les médicaments (de la compagnie pharmaceutique)

britannique GlaxosmithKline destinés au Congo, à la Côte-d'Ivoire, au Sénégal et au Togo. À peine débarqués dans ces pays, ils retournaient illégalement en Europe. « Le pot aux roses a été découvert par un douanier belge intrigué par des cartons de médicaments en provenance d'Afrique et destinés aux Pays-Bas et à l'Allemagne. » (Courrier international, no.623, p.58)

Le développement d'un marché noir de médicaments antisida était d'ailleurs l'un des arguments des compagnies pharmaceutiques contre des arrangements sur les génériques ou contre la baisse des prix des médicaments originaux. Et il n'y a pas que des contrebandiers qui tentent de faire de l'argent avec le sida.

Financial Times rapporte ce qui suit :

« Alors que les économistes prédisent une catastrophe nationale imminente (en Afrique du Sud en raison du sida), un secteur voit l'avenir en rose et se frotte les mains : celui des pompes funèbres.» (...) Les *start-up* de l'enterrement utilisent n'importe quel moyen pour s'établir sur ce marché. Ils emploient des vendeurs rémunérés à la commission qui attendent avec leurs camions frigorifiques devant les morgues et les hôpitaux. Lorsque les familles arrivent pour identifier les corps, ils les abordent en leur proposant un 'bon prix' » (Courrier international, no.612, p.21)

D'autres opportunités d'affaires se développent également dans le domaine des pompes funèbres :

« Jim Robertson, fondateur de Coffin Kit, a trouvé un excellent créneau. (...) Il a conçu une bière en kit, conditionné en paquet plat. Le marché avait besoin d'un produit peu onéreux et aisément transportable. » (Courrier international, no.612, p.21)

Responsabilité des multinationales

Il existe des efforts louables du côté de l'entreprise privée. Certaines compagnies pharmaceutiques abaissent leurs prix ou font des dons de médicaments. Des fondations comme celle de Bill Gates financent des projets. Mais les efforts du privé sont encore timides. Selon The Nation, un hebdomadaire new-yorkais :

« La multinationale Coca-Cola doit être mise à contribution pour aider les Africains à lutter contre le sida (...) étant l'un des plus gros employeurs d'Afrique. (...) En fait, la société Coca-Cola a déjà pris des engagements en la matière. Mais seize mois plus tard, Coca-Cola n'a pris en charge que les 1 200 (personnes) qui travaillent directement pour elle. Or il y aurait de 60 000 (...) à 100 000 personnes (...) travaillant indirectement pour Coca dans le secteur de l'embouteillage.» (Courrier international, 29 octobre 2002, internet)

Volonté et succès au Sud

Certains gouvernements du Sud agissent avec succès. Un journal de Rio de Janeiro rapporte le cas du Brésil :

« Le Brésil a fait adopter une loi exceptionnelle qui autorise la distribution massive de médicaments génériques à bas prix. (...) Désormais, 70% des médicaments prescrits au Brésil sont génériques : une bonne nouvelle pour les quelque 30 millions de Brésiliens vivant au-dessous du seuil de pauvreté, qui se voient enfin offrir un accès aux traitements. Les malades du sida sont les plus concernés puisqu'ils peuvent accéder gratuitement à la tri thérapie. Alors qu'en 1995 les analystes d'ONUSIDA prévoyaient 1,2 million de séropositifs pour l'an 2000 (au Brésil), cette politique locale, renforcée par la prévention, a réduit ce nombre à moins de 600 000 cas. Le taux de mortalité pour cause de sida a chuté de 50 % en sept ans.» (Courrier international, no.622, p.46)

Il y a d'autres succès également qui sont enregistrés en Afrique. À ce sujet, Françoise Nduwimana a écrit dans Le Devoir :

« Si le Sénégal a pu bloquer la propagation du sida et si l'Ouganda est en train de gagner la guerre contre le sida, d'autres gouvernements peuvent aussi y arriver. Néanmoins, ils ne peuvent agir efficacement que si leurs politiques nationales sont appuyées par des leviers internationaux, car si le sida est une urgence africaine, les moyens pour le juguler sont au Nord.» (Le Devoir, 3 décembre 2002, p.A7).

Vaccin

Concernant un éventuel vaccin contre le VIH, la communauté scientifique n'est pas unanime. Voici une opinion recueillie dans le Monde diplomatique de décembre 2000 :

« L'éradication de son agent causal, le VIH, procède d'une seule issue, le vaccin. Le défi scientifique posé par son élaboration semble enfin en bonne voie ; son application, envisagée en 2007, réclamera des efforts redoublés en matière de financement, d'éducation et d'information, donc, d'organisation de débats. L'élimination de la prédisposition au SIDA, comme à d'autres fléaux, passe par une longue marche de mouvements sociaux.» (Le Monde diplomatique, décembre 2000, p.9)

Voici une autre opinion parue dans le New Scientist de Londres en 2002 :

«Après plus de dix ans de faux départs, le jour où l'on disposera d'un vaccin contre le sida approche enfin. Mais d'ores et déjà, le débat fait rage sur la façon dont il faudra l'utiliser.» (Courrier international, no.630, p.52)

Des enjeux d'efficacité importants sont à prendre en compte :

« Les premiers millions de vaccinations ne relèveront pas uniquement du coup de poker. Cela pourrait bien être aussi la plus grande expérimentation médicale jamais entreprise. » (Courrier international, no.630, p.52)

Moral des troupes

Le moral des troupes qui luttent contre la pandémie semble vouloir remonter dans les pays du Sud. Selon un article de l'Actualité :

« Alors que tout était désespoir et fatalisme il n'y a pas si longtemps, une chose a changé. L'Afrique, à l'instar de ce qui se passe dans d'autres pays en développement, veut pouvoir soigner ses malades avec ces médicaments qui font des 'miraculés'. » (L'Actualité, 1^{er} juin 2001, p.37)

Le docteur Goemaere d'Afrique du Sud affirme :

« Certaines des personnes soignées (grâce à la trithérapie) sont revenues de l'enfer : leur taux de CD4 était tombé à 15 (le seuil critique est fixé à 200). Leur charge virale est maintenant indétectable. Nous fêtons cette semaine le 'club des un an sous traitement' : sans cela, ils seraient tous morts. Si ça marche ici, ça peut marcher partout ! » (Le Monde diplomatique, août 2002, p.13)

Selon Mme Quarraisha Abdool Karim, épidémiologiste sud-africaine :

« Les traitements sont aujourd'hui plus faciles à tolérer et infiniment moins chers. Nos étudiants se forment en nombre, et le vaccin est à portée de main'. Tôt ou tard, dans dix ans peut-être, il y aura un après-SIDA... » (Le Monde diplomatique, août 2002, p.13)

CONCLUSION

Les pays riches peuvent se payer un système de santé hybride public-privé plus ou moins accessible et équitable selon les pays, les États ou les provinces, mais qui permet un accès décent aux traitements. Ce qui fait que, même si les efforts de prévention doivent être continuellement renouvelés, la pandémie est globalement stoppée, sauf pour les toxicomanes, les détenus, les pauvres et les 'chasseurs de virus'.

Le VIH/sida affecte l'Afrique de manière singulièrement alarmante, mais il s'étend également rapidement en Europe de l'Est et en Asie, sans oublier l'Amérique latine. Dans la plupart de ces pays, règle générale, les budgets de santé et les niveaux de revenu ne permettent pas de répondre aux besoins. Ce qui fait que des millions de personnes sont exclues des bénéfices des découvertes de la médecine moderne et sont condamnés à mourir à petit feu. Cette situation d'exclusion sanitaire est entretenue par la corruption, les politiques d'ajustement structurel, la militarisation, l'intégrisme religieux, la cupidité, le manque de volonté politique, de solidarité et de compassion. Tous ces facteurs provoquent un génocide sanitaire sans précédent en alimentant ou en exacerbant la souffrance, la pauvreté, la famine, la prostitution, la guerre, la violence et le viol.

Il existe quelques organisations et gouvernements qui tentent d'atténuer la souffrance avec des moyens bien souvent dérisoires. Tout ça entre autre en raison de blocages réglementaires et économiques majeurs qui restent à être levés afin que nous puissions vraiment nous doter des moyens nécessaires à une lutte efficace contre la pandémie.

Et la victoire est possible. Le Brésil et quelques autres pays du Sud le prouvent. Le VIH-sida peut être combattu avec succès, dans la mesure où il y a une réelle volonté politique d'agir en appliquant des solutions existantes comme la tri thérapie, et celles à venir comme le vaccin. Sans oublier la prévention et la lutte à la pauvreté qui sont les autres axes d'action à privilégier.

Luc Gagnon