



Union Interparlementaire  
Pour la démocratie. Pour tous.



# Accélérer le traitement du VIH : action parlementaire et options politiques

Copyright © Union interparlementaire (UIP), 2015

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire, transmettre ou stocker dans un système de recherche documentaire, partiellement ou totalement, la présente publication sous quelque forme ou par quelque moyen électronique ou mécanique que ce soit, y compris par la photocopie ou l'enregistrement, sans l'autorisation préalable de l'Union interparlementaire.

Le présent ouvrage est diffusé à condition qu'il ne soit ni prêté ni autrement diffusé, y compris par la voie commerciale, sans le consentement préalable de l'éditeur, sous une présentation différente de celle de l'original et sous réserve que la même condition soit imposée au prochain éditeur.

Les demandes de reproduction ou de traduction en tout ou partie du texte de la présente publication seront accueillies favorablement. Elles doivent être adressées à l'Union interparlementaire. Les Parlements membres et leurs institutions parlementaires peuvent reproduire ou traduire, en tout ou partie, le texte de la présente publication sans autorisation, mais sont priés d'en informer l'Union interparlementaire.

Photo de couverture : © ONUSIDA

ISBN: 078-92-9142-635-5

Mise en page : Pitch Black Graphic Design, La Haye/Berlin

# Table des matières

<b>Remerciements</b>	2
<b>Glossaire</b>	2
<b>Synthèse</b>	3
<b>Introduction</b>	5
<b>Accélérer les progrès : la voie la plus rapide pour en finir avec l'épidémie à l'horizon 2030</b>	11
<b>Accès au traitement du VIH : un droit humain</b>	19
<b>Droits de propriété intellectuelle et accès à des médicaments abordables</b>	33
<b>Des financements durables pour le traitement</b>	43
<b>Conclusion</b>	55

# Remerciements

La présente publication conjointe UIP/ONUSIDA a été rédigée par John Godwin, avec les contributions de membres du Groupe consultatif de l'UIP sur le VIH/SIDA et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE). Nous remercions tout particulièrement Petra Bayr (Autriche), Libby Davies (Canada), Faustine Ndugulile (République-Unie de Tanzanie), Victor Suarez (République dominicaine) et Jon Ungphakorn (Thaïlande). Aleksandra Blagojevic de l'UIP a assuré la révision éditoriale et technique.

## Glossaire

SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
PI	Propriété intellectuelle
UIP	Union interparlementaire
PMA	Pays les moins avancés
ONG	Organisation non gouvernementale
TAC	Campagne d'action pour le traitement
ADPIC	Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
US\$	Dollars des États-Unis
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMC	Organisation mondiale du commerce

# Synthèse

Le traitement du VIH est un pilier de la riposte au sida : il contribue à prévenir les décès liés au sida et à éviter de nouvelles infections. Il aide aussi les personnes vivant avec le VIH à avoir une durée de vie proche de la normale, réduisant d'autant la stigmatisation liée au VIH. Les études montrent que le traitement du VIH, surtout quand il est administré aussitôt que possible après le diagnostic, ralentit la progression de la maladie, mais empêche aussi la transmission ultérieure du VIH. En outre, le droit au meilleur état de santé possible implique l'accès au traitement et aux autres médicaments, de sorte que les personnes vivant avec le VIH puissent mener une vie longue et productive<sup>1</sup>.

Or la mort frappe encore parce que le traitement du VIH ne parvient pas à tous ceux qui en ont besoin. C'est pourquoi ce traitement est l'un des piliers de la riposte au sida et est indispensable si l'on veut mettre fin à cette maladie d'ici à 2030.

Législateurs, contrôleurs de l'action de l'exécutif et chefs de file, les parlementaires sont bien placés pour élargir l'accès au traitement du VIH. En agissant pour la riposte au VIH, ils peuvent susciter un nouveau grand dessein en matière de santé, dont nul ne sera exclu et où le traitement sera une réalité pour tous.

Les pages qui suivent ont pour objet d'aider les parlementaires à cette fin. Elles sont un appel à l'action et à l'initiative, mais aussi une référence dans laquelle les parlementaires et leurs collaborateurs pourront puiser informations et conseils. On y trouvera une liste d'actions pouvant être menées par les parlementaires pour étendre l'accès au traitement du VIH, ainsi que des exemples de bonnes pratiques de législatures et de parlementaires individuels.

Le chapitre 1 pose la question « comment les parlementaires peuvent-ils soutenir les ripostes, par le traitement, au VIH ? » Le chapitre 2 rappelle la montée en puissance, au plan mondial, de l'accès au traitement jusqu'à ce jour, ainsi que les objectifs à atteindre rapidement si l'on veut lever

---

<sup>1</sup> ONUSIDA (2006). *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales*. Genève : ONUSIDA, paragr. 145, <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesfr.pdf>.

la menace que le sida fait peser sur le monde d'ici à 2030. Les mesures à prendre pour réaliser ces objectifs sont énumérées dans les trois chapitres suivants :

Le chapitre 3 porte sur la réponse au VIH du point de vue des droits de l'homme et sur les lois soutenant le droit à la santé des personnes vivant avec le VIH. On y trouvera des exemples de lois portant sur les médicaments essentiels, et de droits constitutionnels à la santé qui peuvent être invoqués à l'appui des traitements du VIH.

Le chapitre 4 montre comment la brevétisation des médicaments, en vertu des lois sur la propriété intellectuelle, affecte le coût des traitements du VIH. On y trouvera des exemples d'actions pouvant être entreprises, dans le cadre des règles internationales du commerce, pour que les brevets ne restreignent pas l'accès à des traitements abordables du VIH.

Le chapitre 5 est consacré aux moyens innovants et durables de mobiliser des ressources pour financer le traitement du VIH, avec des exemples de « Trusts Funds », de contributions spéciales et autres plans d'assurance sociale et de couverture maladie universelle.

Le présent document, destiné aux parlementaires, est le résultat d'une longue et étroite collaboration entre l'Union interparlementaire (UIP) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). L'UIP et l'ONUSIDA espèrent qu'il aidera parlements et parlementaires, où qu'ils soient, à prendre l'initiative politique et à exercer pleinement leurs pouvoirs législatif, budgétaire et de contrôle afin d'éradiquer l'épidémie de sida dans leurs collectivités et leurs pays.

# Introduction

## L'épidémie de sida n'a pas dit son dernier mot

### Personnes vivant avec le VIH

Nombre total de personnes vivant avec le VIH :	36.9 [34.3–41.4] millions
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH :	17.4 [16.1–20.0] millions
Hommes de 15 ans et plus vivant avec le VIH :	16.9 [15.7–19.0] millions
Enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH :	2.6 [2.4–2.8] millions

### Décès imputables au sida

Décès dus au sida depuis le début de l'épidémie :	34.2 millions
Décès dus au sida :	1.2 [980.000–1.6] million
Décès évités par le traitement, de 2000 à 2014 :	7.8 millions

Sources : *Estimations ONUSIDA 2014.*

Forts de leurs pouvoirs constitutionnels, les parlementaires peuvent peser de façon décisive sur les lois et politiques pour améliorer la vie de leurs concitoyens. Ils sont notamment tenus de répondre aux principaux problèmes de santé auxquels les sociétés contemporaines sont confrontées. Dans le monde, le sida cause plus de décès chaque année que n'importe quelle autre maladie infectieuse.

Un ensemble d'objectifs urgents et ambitieux, dits « Fast-Track Targets », a été fixé par l'ONUSIDA à l'horizon 2020, notamment pour ce qui concerne la prévention, la non-discrimination et le traitement. Les objectifs en matière de traitement peuvent être résumés comme suit : 90 pour cent des personnes vivant avec le VIH dépistées, 90 pour cent des personnes dépistées recevant le traitement et 90 pour cent des personnes sous traitement atteignant la suppression virale<sup>2</sup>. Ces objectifs mondiaux ne peuvent être atteints sans une action politique forte.

Le présent document porte particulièrement sur la question de l'accès au traitement. Notre génération peut mettre fin à l'épidémie de sida, mais

2 On trouvera dans le chapitre 2 une explication de ces objectifs. Voir : ONUSIDA (2014). *90-90-90 : Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida*. Genève : ONUSIDA.

seulement si sa réaction prend la voie rapide, le « Fast-Track », pour ce faire, en accélérant la prévention et le traitement du VIH et la lutte contre la discrimination. Pour éradiquer le sida, il faudra tout d'abord faire monter en puissance, comme jamais auparavant, les programmes nationaux de traitement du VIH, ce qui implique de lever d'urgence les obstacles législatifs et financiers en la matière.

## **Mettre fin à l'épidémie mondiale de sida : ce que les parlementaires peuvent faire**

### **Comme législateurs**

Comme législateurs, les parlementaires peuvent formuler, examiner et promulguer des lois visant à élargir l'accès au traitement, notamment des lois pour :

- garantir le droit d'accès aux traitements essentiels du VIH grâce à des programmes publics;
- mettre en place des lois sur la propriété intellectuelle soucieuses de santé publique, pour rendre disponibles des génériques moins coûteux;
- accroître les capacités de l'offre et de l'approvisionnement;
- créer un cadre de financement durable pour les traitements du VIH, par les systèmes de sécurité sociale, des « trust funds » ou d'autres moyens innovants; et
- garantir des traitements de qualité et des services de soins qui protègent les personnes vivant avec le VIH de la stigmatisation et la discrimination lorsqu'elles recourent aux prestations de santé.

### **Contrôle des budgets et programmes**

En contrôlant les budgets, les parlementaires peuvent :

- veiller à ce que les déficits de financement pour couvrir les coûts des traitements soient indiqués et comblés;
- prôner des financements novateurs pour les programmes de traitement à partir de sources nationales, même quand l'aide extérieure est en baisse, dans le cadre de leur propre contribution aux ripostes locales;
- peser sur les niveaux de financement pour les programmes de traitement et obtenir que les fonds soient investis de façon stratégique et efficace; et
- hiérarchiser les ressources pour maximiser l'impact, de sorte que les ressources soient dirigées vers les populations ayant le plus de besoins non satisfaits.

En contrôlant les programmes, ils peuvent :

- suivre le travail des autorités nationales et des administrations chargées du sida pour qu'elles planifient et mettent en œuvre des programmes nationaux de traitement adéquats;
- s'assurer que les services de santé couvrent toutes les populations qui en ont besoin, notamment les femmes, les enfants et les exclus; et
- enquêter pour établir si les gouvernements respectent leurs engagements internationaux concernant la montée en puissance des traitements du VIH.

### **Comme représentants et faiseurs d'opinion**

Les parlementaires peuvent :

- veiller à ce que l'accès au traitement du VIH reste une priorité politique nationale et collaborer avec leurs collègues et les autres parties prenantes pour mobiliser largement en faveur d'un accès élargi au traitement;
- sensibiliser à l'urgence des besoins en traitement et aux déficits dans les financements nécessaires en recourant aux médias, y compris les médias sociaux, dans le cadre d'une campagne plus globale visant à inscrire les programmes de traitement dans une procédure « Fast-Track »;
- organiser des consultations publiques et des visites à leur circonscription pour être sûrs que les lois et politiques répondent bien aux préoccupations des personnes en première ligne, notamment les équipes médicales, les personnes vivant avec le VIH et les défavorisés, de sorte que les législateurs nationaux sachent quels sont, au plan local, les obstacles empêchant la montée en puissance du traitement; et
- échanger savoir-faire et conseils sur les meilleures manières de mobiliser contre le sida, avec les parlementaires d'autres pays. L'UIP et l'ONUSIDA peuvent organiser des réunions mondiales et régionales permettant aux parlementaires de renforcer les capacités et la mobilisation<sup>3</sup>.

---

3 L'UIP et l'ONUSIDA organisent des réunions pour les parlementaires de sorte qu'elles coïncident avec les manifestations régionales et internationales. Exemple : la Conférence internationale sur le sida, Washington, 2012 : <http://www.ipu.org/splz-f/aids12.htm>. Des débats sur le sida sont également possibles lors des assemblées parlementaires. Exemple : l'Assemblée parlementaire conjointe des États d'Afrique, des Caraïbes, du Pacifique et de l'Union européenne, 2014; ainsi que l'Assemblée parlementaire francophone, 2013.



Les cliniques mobiles sont souvent les premières sources d'information sur la prévention, le dépistage et le traitement du VIH. © Le Fonds mondial / Efrem Lukatsky

---

À la **première Réunion parlementaire mondiale sur le VIH/sida** (Manille, 2007), les parlementaires ont déclaré<sup>4</sup> :

- Nous devons tirer un plus grand parti de notre rôle dirigeant dans la société pour briser le silence sur le VIH et le sida et encourager la transparence lors des débats sur cette pandémie. Nous sommes bien placés pour dénoncer la stigmatisation, la discrimination, l'inégalité entre les sexes et les autres facteurs aggravants de l'épidémie, et pour exiger des gouvernements qu'ils prennent des mesures.
- Nous sommes inquiets de ce que l'accès aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida est limité par le fait que les médicaments nécessaires sont trop chers dans nombre de pays.
- Tout en souscrivant à une action vigoureuse pour réduire la vulnérabilité au VIH des femmes, des enfants et des jeunes, nous craignons que d'autres catégories ne soient négligées dans la lutte contre le VIH et le sida. Il s'agit des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, des consommateurs de drogues, des travailleurs du sexe, des détenus, des réfugiés et personnes déplacées, et des personnes handicapées.
- Ce n'est que lorsque nous aurons compris que chacun d'entre nous, y compris les personnes frappées d'ostracisme, doit avoir accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien, que nous pourrions élaborer des plans stratégiques nationaux de prévention et de traitement du VIH à l'efficacité avérée, et que nous pourrions agir sur les facteurs aggravants de l'épidémie.

Dans la **Déclaration politique sur le VIH et le sida** (2011), les gouvernements se sont engagés, à l'Assemblée générale des Nations Unies, à<sup>5</sup> :

- Surmonter les barrières d'ordre juridique, réglementaire ou autres qui entravent l'accès au traitement, aux soins et aux services d'appui, aux médicaments, aux biens et aux services.
- Perfectionner la législation, les réglementations et la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement afin d'accélérer et d'élargir l'accès aux médicaments et produits thérapeutiques de qualité à des prix abordables.

4 UIP (2007). *Conclusions finales : Première réunion parlementaire mondiale sur le VIH/sida – Parlements et leadership dans la lutte contre le VIH/sida*. Manille, Philippines, 28–30 novembre 2007.

5 Nations Unies (2011). *Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida*. New York : ONU, paragr. 36 et 96.



Le traitement du VIH consiste en des antirétroviraux devant être pris chaque jour, à vie.  
© ONUSIDA/J. Ose

---

Les **Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de l'homme** (2006) comportent notamment les recommandations suivantes<sup>6</sup> :

- Promulguer des lois régissant la fourniture des biens et services et des informations de façon à assurer l'accès à des médicaments sûrs et efficaces d'un prix raisonnable.
- Prendre les mesures voulues pour garantir à toutes les personnes, sur une base durable et équitable, la disponibilité et l'accès à des médicaments sûrs et efficaces.
- Porter une attention particulière aux personnes et populations vulnérables.

---

6 Haut Commissariat aux droits de l'homme (HCDH) & ONUSIDA (2006). *Le VIH/sida et les droits de l'homme. Directives internationales*. Genève : HCDH & ONUSIDA.

# Accélérer les progrès : la voie la plus rapide pour en finir avec l'épidémie à l'horizon 2030

## 90-90-90 : cibles en matière de traitement pour mettre fin à l'épidémie mondiale de sida

L'approche accélérée vise à la fois à faire monter en puissance les services de prévention et de traitement du VIH et à mettre fin aux discriminations qui y sont liées. Pour soutenir les actions nationales de montée en puissance, l'ONUSIDA a fixé les cibles suivantes, au niveau mondial, d'ici à 2020<sup>7</sup> :

- **90 pour cent des personnes vivant avec le VIH connaissent leur séropositivité.**
- **90 pour cent des personnes diagnostiquées séropositives reçoivent une thérapie antirétrovirale soutenue.**
- **90 pour cent des personnes sous traitement antirétroviral atteignent la suppression virale.**

À l'horizon 2030, chacune de ces cibles sera portée à 95 pour cent.

En réalisant ces objectifs ambitieux et en intensifiant les activités de prévention, le monde pourra mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, comme menace de santé publique. Cependant, il faut agir dès maintenant – particulièrement dans la période 2015–2020 – pour jeter les bases du succès. Les chapitres qui suivent décrivent les actions requises pour que ces objectifs deviennent réalité.

**Figure 1. Les cibles 90-90-90**



7 ONUSIDA (2014). *Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*. Genève : ONUSIDA; ONUSIDA (2014). *90-90-90 : une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida*. Genève : ONUSIDA.

## L'épidémie mondiale

Le VIH s'est propagé à toutes les régions du monde. Il peut affecter des personnes de tous milieux sociaux, qu'elles vivent en ville ou en zone rurale, quels que soient leur âge, leur richesse ou leur orientation sexuelle.

Dans certaines zones d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, la prévalence du VIH est élevée dans toutes les couches de la société. Mais les femmes et les filles sont affectées de façon disproportionnée : les inégalités et les violences dont souffrent les femmes et les filles les exposent davantage au risque de contracter le VIH. En Afrique subsaharienne, les femmes représentent 58 pour cent des personnes vivant avec le VIH. Les études montrent que les violences exercées par le conjoint accroissent la vulnérabilité des femmes dans les contextes de forte prévalence<sup>8</sup>.

Le VIH a également un impact sévère sur les enfants et les jeunes. Le sida tue des adultes dans la fleur de l'âge, dont beaucoup ont des enfants. Les adolescents vivant avec le VIH sont la seule tranche d'âge dans laquelle les décès liés au sida ne baissent pas. En fait, le sida est la principale cause de mortalité chez les adolescents en Afrique<sup>9</sup>.

Dans certains pays, l'épidémie affecte principalement des personnes très vulnérables telles que les travailleurs du sexe, les homosexuels hommes et les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les transsexuels et les personnes qui s'injectent des drogues. Les femmes dont les conjoints ou les partenaires ont des comportements aussi risqués représentent souvent une proportion importante des infections, un schéma typique en Asie, en Europe de l'Est, en Amérique latine et en Amérique du Nord.

## Sauver des vies

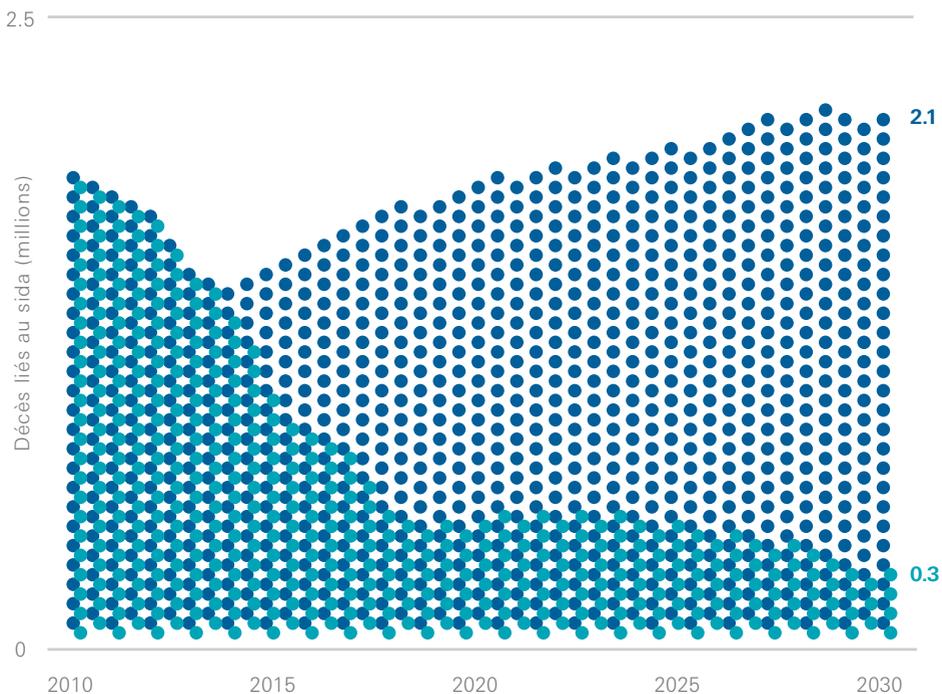
La réalisation des objectifs de traitement 90-90-90 et le lancement des outils de prévention, selon le modèle sur lequel ils se fondent, permettrait de supprimer l'épidémie de sida en tant que menace mondiale majeure d'ici à 2030. Associée à la montée en puissance d'autres outils de prévention, cette réussite réduirait le nombre annuel de nouvelles infections, après 2030, de 90 pour cent et le nombre de décès liés au sida de 80 pour cent, sauvant 21 millions de vies (Figure 2).

---

8 Durevall D., Lindskog A. Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African Countries: what do the demographic and health surveys tell us? *Lancet*. 2015; e34-43.

9 Organisation mondiale de la santé (OMS) (2014). *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade*. Genève : OMS, <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>, consulté le 5 février 2015.

**Figure 2. Décès liés au sida dans les pays à revenu faible à moyen, 2010–2030 : situation inchangée (niveaux de traitement de 2013) par rapport au scénario accéléré**



**21 millions**

Total des décès liés au sida et évités  
2015–2030

- Objectifs ambitieux
- Couverture constante

Source: *ONUSIDA*.

Les cibles concernent toutes les phases des soins, du dépistage au traitement. Le dépistage du VIH, point d'entrée à la fois du traitement et de la prévention, doit se conformer aux '5 C' :

1. Consentement.
2. Confidentialité.
3. Conseil.
4. Résultats Corrects.
5. Connexion/lien avec la prévention, les soins et le traitement.

Il est recommandé d'offrir à toutes les personnes testées séropositives un traitement pour le VIH ainsi que les informations leur permettant de décider, en connaissance de cause, de commencer un traitement. De nouvelles études montrent combien il est avantageux de commencer un traitement tôt – les données de l'étude clinique indiquent que le risque de progression vers un diagnostic de sida, sauf maladie grave ou décès, est réduit de 53 pour cent chez les personnes qui commencent un traitement au plus tôt<sup>10</sup>.



© Víctor Suárez Díaz

« Pour mettre fin au sida, il faut assurer un accès ininterrompu à un traitement à vie pour des millions de personnes. Nous ne disposons pas encore d'un produit qui soigne le sida, mais dans la plupart des cas les traitements peuvent arrêter la progression de la maladie, surtout lorsque les personnes concernées commencent le traitement avant que leur système immunitaire ne soit sérieusement mis à mal. Les traitements peuvent aussi grandement contribuer à la prévention du VIH. Ils ont considérablement réduit les cas de transmission mère-enfant dans mon pays et ailleurs dans le monde. »

**Víctor Suárez Díaz**, parlementaire, République dominicaine

10 National Institutes of Health (NIH) (2015). *Starting antiretroviral treatment early improves outcomes for HIV-infected individuals*. Bethesda, MD : 27 mai, <http://www.niaid.nih.gov/news/newsreleases/2015/Pages/START.aspx>.

### Traitement pour la prévention

Les objectifs 90-90-90 se fondent sur l'hypothèse que le traitement du VIH permet non seulement de garder des gens en vie, mais qu'il évite aussi de nouvelles transmissions du VIH. En supprimant la quantité de virus dans le corps d'une personne ('suppression virale'), le traitement du VIH réduit le risque de transmission quasiment à zéro. Quand une personne commence le traitement, il lui faut un soutien pour s'assurer qu'elle observe les prises quotidiennes de traitement permettant d'atteindre la suppression virale.

Le traitement est recommandé aux femmes enceintes vivant avec le VIH, afin d'empêcher la transmission mère-enfant. Il peut être aussi bénéfique pour les personnes qui ont un comportement les exposant à un risque plus élevé de contracter ou de transmettre le VIH. Des études récentes montrent que l'utilisation d'antirétroviraux (ARV) par des personnes présentant un risque très élevé de contracter le VIH peut éviter la transmission lorsqu'elle est associée à d'autres méthodes de prévention comme le préservatif<sup>11</sup>.

### Nécessité d'étendre les services

Sur les 35 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde, seuls 38 pour cent des adultes et 24 pour cent des enfants ont accès au traitement (Figure 3)<sup>12</sup>.

**Figure 3. Couverture du traitement chez les adultes et les enfants, 2014**



11 Voir : ONUSIDA (2014). *Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*. Genève : ONUSIDA; Organisation mondiale de la santé (OMS) (2013). *Les lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH donnent des orientations sur le diagnostic de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : recommandations pour une approche de santé publique*. Genève : OMS, paragr. 5.2.4.

12 Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les enfants n'ont pas accès au traitement : les occasions de dépistage manquées, les ruptures de stock de médicaments essentiels du VIH, la pauvreté des familles qui ne peuvent payer le transport jusqu'à la clinique, des cliniques situées trop loin du domicile, la peur de la stigmatisation et le manque de formation du personnel soignant. Souvent, les enfants nécessitent des formulations de traitement complexes et coûteuses. Voir : ONUSIDA (2014). *Le Gap report*. Genève : ONUDISA.

Certains pays ont réussi à améliorer considérablement l'accès au traitement. Dans le monde, le nombre des personnes recevant des traitements contre le VIH est passé de 2.2 millions en 2005 à plus de 15 millions en 2015, mais la couverture des traitements varie d'une région à l'autre. Des progrès notables ont été faits en Amérique latine et aux Caraïbes, mais il n'en est pas de même au Moyen-Orient, en Afrique du Nord, en Europe orientale et en Asie centrale (Tableau 1). La raison de ces écarts en termes de couverture tient, entre autres, aux capacités des systèmes de santé, à la stigmatisation et aux discriminations liées au VIH, à l'accès aux financements et au coût des traitements. On trouvera plus d'informations sur la situation de chaque pays dans les rapports d'activité sur la riposte au sida soumis à l'ONUSIDA<sup>13</sup>.

**Tableau 1. Couverture par le traitement du VIH, par région, 2014<sup>14</sup>**

Région	Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH recevant un traitement
Afrique subsaharienne	43 [39–47]
Moyen-Orient et Afrique du Nord	14 [9–19]
Asie et Pacifique	36 [32–41]
Amérique latine	47 [40–56]
Caraïbes	44 [33–54]
Europe orientale et Asie centrale	18 [16–21]

13 Les rapports d'activité sur la réponse au sida sont soumis par les pays une fois par an. Des rapports résumés peuvent être consultés, disponibles à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports>.

14 Estimation ONUSIDA 2014. Genève : ONUSIDA. L'ONUSIDA estime la proportion de personnes sous traitement VIH, par opposition à la proportion de personnes éligibles d'après les directives nationales ou internationales, pour lesquelles les critères varient dans le temps et d'un pays à l'autre.



L'information et les conseils sur le dépistage du VIH sont un pilier de la riposte au sida en Fédération de Russie, comme partout ailleurs. © OMS /Sergey Volkov

---

### **Des traitements abordables**

Le coût des traitements peut s'avérer prohibitif. Ainsi, le coût d'une combinaison standard d'un traitement de première ligne, qui était de plus de 10 000 US\$ par personne et par an en 2000, est tombé à environ 150 US\$ en 2014<sup>15</sup>, des laboratoires pharmaceutiques génériqueurs ayant mis sur le marché plus de médicaments contre le VIH. Cependant, le coût reste une préoccupation majeure, surtout pour les traitements les plus récents (ceux de seconde et de troisième lignes) encore sous brevet.

### **Une épidémie qui s'étend**

Il est particulièrement inquiétant de constater que la couverture par le traitement du VIH est si faible dans des pays et des régions qui connaissent encore une croissance rapide des nouvelles infections et une hausse des décès liés au sida, comme le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, l'Europe orientale, l'Asie centrale et certains pays d'Asie (par exemple le Bangladesh,

---

15 Médecins Sans Frontières (MSF) (2014). *Untangling the web. Un guide sur les prix des antirétroviraux*. Genève : MSF.

l'Indonésie et les Philippines). Même des pays ayant une faible prévalence du VIH au niveau national peuvent présenter une forte prévalence au VIH dans des groupes clés tels que les jeunes homosexuels hommes et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des partenaires du même sexe en Europe occidentale, en Amérique du Nord et en Amérique latine<sup>16</sup>.

Les taux de prévalence sont plus élevés, dans beaucoup de pays, chez les homosexuels hommes, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les transsexuels, les personnes qui consomment des drogues, les travailleurs du sexe et les détenus que dans la population générale. La stigmatisation et les discriminations que subissent ces populations les empêchent d'accéder aux services de lutte contre le VIH.

### **Les populations clés ont une prévalence plus forte du VIH**

Les personnes socialement marginalisées sont plus affectées par le VIH que le reste de la population. La prévalence du VIH est<sup>17</sup> :

- 12 fois plus élevée chez les travailleurs du sexe;
- 19 fois plus élevée chez les jeunes homosexuels hommes et les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes;
- 28 fois plus élevée chez les personnes qui s'injectent des drogues; et
- 49 fois plus élevée chez les femmes transsexuelles, que dans la population générale, dans le Rapport Gap et OMD.

---

<sup>16</sup> ONUSIDA (2014). *Le Gap report*. Genève : ONUSIDA.

<sup>17</sup> Données publiées dans : ONUSIDA (2014). *Le Gap report*. Genève : ONUSIDA, p. 127.

# Accès au traitement du VIH : un droit humain

## Introduction

Une riposte au VIH fondée sur les droits de l'homme est efficace parce qu'elle permet que les services nécessaires parviennent aux plus vulnérables – et parce qu'on se fait plus volontiers dépister et traiter quand on est sûr que ses droits seront respectés. Une réponse fondée sur les droits humains s'attaque aux facteurs sociaux aggravants du VIH tels que les inégalités entre hommes et femmes, l'exclusion sociale, la stigmatisation et les discriminations. Elle implique que les services de traitement respectent la dignité de chaque personne vivant avec le VIH.

Les droits de l'homme internationalement reconnus et qui concernent le traitement du VIH sont les suivants :

- Droit à la santé
- Droit à la vie
- Droit à la non-discrimination
- Droit à jouir des avantages du progrès scientifique.

Le présent chapitre décrit les actions pratiques pouvant être menées par les parlementaires pour que les ripostes au VIH soient bien fondées sur les droits de l'homme, notamment le droit à la santé et le droit à la non-discrimination.

Le droit à la santé est inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et reconnu dans les principaux traités internationaux, notamment le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels<sup>18</sup>, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes<sup>19</sup> et la Convention relative aux droits de l'enfant<sup>20</sup>. Les principales obligations des gouvernements en matière de santé consistent en la mise en place de centres de santé et la fourniture de médicaments essentiels<sup>21</sup>.

---

18 ONU (1966). *Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels*. 169 pays ont signé ou ratifié ce Pacte. Pays qui n'ont ni signé ni ratifié : Andorre, Antigua-et-Barbuda, Arabie saoudite, Bhoutan, Botswana, Brunei Darussalam, Émirats arabes unies, Fidji, Îles Marshall, Haïti, Kiribati, Malaisie, États fédérés de Micronésie, Mozambique, Myanmar, Nauru, Oman, Qatar, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Samoa, Singapour, Soudan du Sud, Tonga, Tuvalu et Vanuatu.

# Ce que les parlementaires peuvent faire

## En tant que législateurs

En tant que législateurs, les parlementaires peuvent veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'un droit légal d'accès au traitement du VIH. Le Tableau 2 indique les mécanismes permettant de garantir cet accès par la loi et les politiques. Ces mécanismes consistent en des lois nationales et en des dispositions constitutionnelles reconnaissant le droit à la santé.

**Tableau 2. Mécanismes juridiques et mesures politiques permettant d'élargir l'accès aux médicaments contre le VIH**

Mécanismes juridiques	Explication	Exemples de pays
<b>Droit constitutionnel à la santé et droit à la vie</b>	<p>L'inscription du droit à la santé dans la Constitution montre que le gouvernement est motivé. Les constitutions nationales peuvent être révisées pour y inscrire le droit à la santé, notamment le droit aux médicaments essentiels pour le traitement du VIH.</p> <p>Les garanties constitutionnelles du droit à la vie ont été interprétées comme comprenant un droit d'accès aux médicaments essentiels dans certains pays.</p>	<p>La plupart des constitutions nationales comportent le droit à la santé. Les tribunaux de certains pays considèrent que ce droit comprend spécifiquement l'accès aux traitements du VIH. Ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La Cour constitutionnelle de Colombie invoque le droit constitutionnel à la santé pour exiger du gouvernement qu'il fournisse des traitements du VIH<sup>22</sup>.</li><li>• Le droit constitutionnel du Brésil à la santé a été interprété par les tribunaux comme comprenant l'accès aux traitements du VIH<sup>23</sup>.</li><li>• La Cour suprême de l'Inde a ordonné au gouvernement de mettre à disposition des traitements du VIH en s'appuyant sur le droit à la vie<sup>24</sup>.</li></ul>

19 Nations Unies (1979). *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*. 189 pays ont ratifié cette convention. Pays qui n'ont pas ratifié ni adhéré à cette convention : États-Unis, République islamique d'Iran, Palaos, Somalie, Soudan et Tonga.

20 Nations Unies (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. Tous les pays ont adhéré à cette Convention, sauf les États-Unis.

21 En 2001, la Commission des Nations Unies sur les droits de l'homme a confirmé que le droit à la norme la plus élevée possible en matière de santé comprend l'accès à la thérapie antirétrovirale pour le VIH.

22 Cas T-271/95 du 23 Juin 1995. Voir : Organisation mondiale de la santé (OMS) (2004). *Ruling for access : leading court cases in developing countries on access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health*. Genève : OMS, p. 24.

23 Nunn A., Massard da Fonseca E., Bastos F.I., Gruskin S. A. et al. (2009). AIDS Treatment In Brazil: Impacts and Challenges. *Health Affairs*. 28(4) : 1103–1113.

24 *Sankalp Rehabilitation Trust v. Union of India* W.P. (C) 512/1999, ordonnances faites en 2010 et 2013. Voir : <http://www.lawyerscollective.org/hiv-and-law/current-cases.html>.

Mécanismes juridiques	Explication	Exemples de pays
<b>La reconnaissance du droit à la santé, au regard du droit international, comme partie intégrante du droit national</b>	La Constitution de certains pays dispose que les lois internationales sur les droits de l'homme sont automatiquement intégrées à la législation nationale.	Cette approche a été adoptée pour inscrire un droit à la santé dans la législation de plusieurs pays, notamment en Argentine où il a été établi qu'il en découle un droit au traitement du VIH <sup>25</sup> . Il a été décidé, dans ce cas, que le gouvernement était dans l'obligation d'assurer l'accès à ces traitements parce qu'il avait ratifié des traités prévoyant le droit à la santé.
<b>Lois et politiques garantissant un droit d'accès à tous les médicaments essentiels</b>	La législation peut prévoir des droits d'accès à des produits inscrits sur une liste de médicaments essentiels gratuitement ou à un prix subventionné. La plupart des pays ont une liste de médicaments essentiels. L'adjonction d'un médicament anti-VIH à cette liste ne nécessite pas forcément une loi. Il suffit d'actualiser des règlements ou des politiques. Les lois et politiques relatives à la couverture maladie universelle, à la concurrence et à la fixation des prix peuvent également fonder l'accès au traitement du VIH.	L'Organisation mondiale de la santé tient une liste modèle des médicaments essentiels comprenant 18 médicaments anti-VIH, mais le nombre des médicaments inscrits sur les listes nationales varie d'un pays à l'autre <sup>26</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afrique du Sud : 37</li> <li>• Brésil : 22</li> <li>• Chine : 3</li> <li>• Indonésie : 5</li> <li>• Kenya : 12</li> <li>• Malawi : 10</li> <li>• Philippines : 11</li> </ul>
<b>Lois et politiques prévoyant un droit spécifique d'accès au traitement du VIH</b>	Certains pays ont adopté des lois spécifiques sur l'accès au traitement. Les lois spécifiques au VIH peuvent indiquer le caractère prioritaire et urgent de la riposte nationale au VIH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La législation du Cambodge établit un droit aux soins primaires pour les personnes ayant le VIH<sup>27</sup>.</li> <li>• La législation du Kenya sur le VIH met le gouvernement (autant que les ressources le permettent) dans l'obligation d'assurer l'accès aux services et médicaments essentiels à un prix abordable pour les personnes ayant le VIH et celles exposées au risque du VIH<sup>28</sup>.</li> <li>• La loi des Philippines sur le VIH prévoit un droit pour toutes les personnes vivant avec le VIH aux services de santé de base dans les hôpitaux publics<sup>29</sup>.</li> <li>• La loi de la République-Unie de Tanzanie sur le VIH prévoit un droit au traitement du VIH<sup>30</sup>.</li> <li>• La loi du Viet Nam sur le VIH prévoit un droit légal d'accès au traitement du VIH<sup>31</sup>.</li> </ul>

25 *Asociación Benghalensis et al. v. Ministerio de Salud y Acción Social*, Cour constitutionnelle, dossier n° A.186.XXXIV, 1<sup>er</sup> juin 2000 (2000-323-1339) ; voir Organisation mondiale de la santé (OMS) (2004).

*Ruling for access: leading court cases in developing countries on access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health*. Genève : OMS, p. 24.

26 IMS Institute for Health Informatics (2015). *Understanding the Role and Use of Essential Medicines Lists*. Parsippany, NJ : IHI.

27 Loi sur la prévention et le contrôle du VIH/sida de 2002, article 26 (Cambodge).

28 HIV and AIDS Prevention and Control Act 2006, Section 19(2), (Kenya).

29 Loi des Philippines sur la prévention et le contrôle du sida de 1998, Section 22 (Philippines).

30 HIV and AIDS (Prevention and Control) Act, Section 24 (République-Unie de Tanzanie).

31 Loi sur la prévention et le contrôle du VIH/sida de 2006, article 39 (Viet Nam).



Le dialogue est essentiel afin de partager des informations sur le VIH, surtout chez les populations clés. © Le Fonds mondial/ Miguel Samper

---

### **Action pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination**

La discrimination peut sérieusement freiner le dépistage et le traitement du VIH. L'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH<sup>32</sup> montre qu'un pourcentage élevé des personnes vivant avec le VIH, partout dans le monde, ont subi des violences, perdu leur emploi ou leur logement, ou se sont vu refuser des services sociaux ou de santé en raison de leur séropositivité. Le plus inquiétant dans ce tableau est la fréquence élevée de la stigmatisation dans les centres de soins<sup>33</sup>.

Tout montre que la stigmatisation et la discrimination jouent comme un frein au dépistage et au traitement du VIH. Certains personnels de santé se permettent de juger leurs patients, ce qui peut se traduire par des discriminations. Ainsi, ils cherchent à réduire au minimum les contacts

---

32 L'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est un outil qui intègre le principe de participation des personnes vivant avec le VIH (GIPA). Pour plus d'informations, voir : <http://www.stigmaindex.org/about-index>.

33 ONUSIDA (2012). *Traitement 2015*. Genève : ONUSIDA, p. 20.

avec ces personnes et refusent toute assistance à des femmes enceintes, retardant les traitements et exigeant même des paiements supplémentaires pour leurs services. Exemples :

- Une étude sur les personnels de santé en Inde montre que 20 pour cent des médecins refusent parfois de traiter les personnes vivant avec le VIH<sup>34</sup>.
- Selon une étude au Bangladesh, 80 pour cent des infirmiers et 90 pour cent des médecins ont un comportement discriminatoire et les personnels de santé sont sommés par leur conjoint d'arrêter de soigner les malades ayant le VIH<sup>35</sup>.
- Une étude sur les personnels de santé au Nigeria montre que 9 pour cent des professionnels déclarent avoir refusé de soigner des malades ayant le VIH<sup>36</sup>.
- Une analyse des études effectuées dans la région du Moyen-Orient révèle des discriminations en matière de soins contre les personnes vivant avec le VIH : négligences, traitements différents, refus de soins, propos insultants, refus de contacts et isolement des malades, incinération des literies à la sortie du malade, facturation au malade des fournitures nécessaires et surutilisation de protections même en l'absence de contacts physiques<sup>37</sup>.

Les parlementaires peuvent soutenir des actions législatives pour éradiquer la stigmatisation et la discrimination en matière de soins. Les lois peuvent protéger des discriminations en imposant des pénalités, voire des dommages et intérêts. Le Tableau 3 indique les mécanismes juridiques offrant une protection contre les discriminations, outre des orientations éthiques rappelant le devoir de soigner, l'obligation de confidentialité et de consentement. Mais il faut savoir que l'application d'une loi est aussi importante que la loi elle-même; aussi les parlementaires doivent-ils veiller à la bonne application des lois protectrices.

- 
- 34 Kurien M., Thomas K., Ahuja R.C., Patel A., Shyla P.R., Wig N., Mangalani M. (2007). Screening for HIV infection by health professionals in India. *The National Medical Journal of India*, 20 (2), 59–66 ; voir aussi : Bharat S. (2011). A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Sahara J.* 8(3) : 138–49.
- 35 Ullah A.K.M. (2011). HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a study of health care providers in Bangladesh. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 10(2) : 97–104.
- 36 Reis C., Heisler M., Amovitz L.L., Moreland R.S., Mafeni J.O., Anyamele C. et Iacopino V. (2005). Discriminatory Attitudes and Practices by Health Workers toward Patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLoS Med.* 2(8) : e246.
- 37 Bernard D. et Hermez J. (2011). *HIV stigma and discrimination in health care settings in the Eastern Mediterranean Regio*. Présentation à la conférence « Family, the Millennium Development Goals and AIDS in the Middle East and North Africa region: linkages, challenges and opportunities », Doha.



© Petra Bayr

« En tant que législateurs, nous pouvons renforcer la riposte au VIH en veillant à ce que les lois qui ont des incidences sur les personnes vivant avec le VIH aident et protègent ces personnes au lieu de les stigmatiser. Les lois punitives qui criminalisent les personnes vivant avec le VIH et les populations clés peuvent détourner ces mêmes personnes que nous voulons atteindre des services dont ils ont besoin de façon si urgente. Nous avons besoin, plutôt, de lois qui protègent de la stigmatisation et de la discrimination, de sorte que nul n'hésite à se faire dépister, à demander des soins et des traitements. Sous traitement, les personnes vivant avec le VIH peuvent mener une vie normale et productive. En outre, plus on traite de personnes, plus on évite la transmission du VIH dans la société. En protégeant les droits des personnes vulnérables, on protège la santé publique. C'est dans l'intérêt de tous. »

**Petra Bayr**, parlementaire, Autriche

Les lois pénalisantes et qui font obstacle aux populations clés en matière de soins, comme les lois qui criminalisent les relations sexuelles entre personnes du même sexe ou rendent le dépistage obligatoire, doivent être remplacées par des lois qui protègent des discriminations et favorisent le dépistage volontaire et les demandes de conseil et de traitement. L'UIP et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) ont chacun publié un guide à l'usage des parlementaires sur les cadres juridiques non discriminatoire en matière de riposte au VIH<sup>38</sup>. Ce guide vise à encourager et aider l'examen, par le parlement, des lois qui empêchent une lutte efficace contre le VIH. Il décrit les procédures employées par certains parlements pour adopter des lois qui ont eu un impact positif sur la riposte au sida. De plus, l'UIP et l'ONUSIDA citent d'importants programmes relatifs aux droits de l'homme que les parlementaires peuvent encourager, notamment des formations pour la police et les agents de sécurité et l'intégration des droits de l'homme aux plans stratégiques nationaux, dans leur *Guide pratique à l'intention des parlementaires*<sup>39</sup>.

38 Voir : UIP (2013). *Des lois efficaces pour en finir avec le VIH et le sida : agir au Parlement*. UIP et PNUD : Genève. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.ipu.org/PDF/publications/law\\_hiv\\_fr.pdf](http://www.ipu.org/PDF/publications/law_hiv_fr.pdf).

39 UIP, Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et ONUSIDA (2007). *Agir contre le VIH et le SIDA : Guide pratique à l'intention des parlementaires*. Genève : UIP, PNUD et ONUSIDA, <http://www.ipu.org/pdf/publications/aids07-f.pdf>.

**Tableau 3. Mécanismes juridiques protégeant contre les discriminations**

Mécanisme juridique	Explication	Exemples de pays
<b>Protections constitutionnelles</b>	Certaines constitutions protègent contre les discriminations pour raison de santé, handicap, séropositivité ou autre.	La Constitution de l'Equateur (2008) dispose que nul ne peut être l'objet d'une discrimination pour raison de séropositivité <sup>40</sup> .  La Constitution des Fidji (2013) dispose que nul ne peut faire l'objet d'une discrimination injuste, directe ou indirecte, en raison de son état de santé <sup>41</sup> .
<b>Lois générales sur les droits de l'homme</b>	Certains gouvernements ont actualisé leurs lois sur les droits de l'homme ou contre les discriminations en y incluant le VIH. Même lorsque le VIH n'est pas expressément mentionné, la loi prévoit une protection pour raison « d'état de santé », de « handicap » ou « autre ». Les tribunaux ou les organes qui appliquent ces lois peuvent considérer que ces termes recouvrent le VIH et le sida.	L'Equality Act d'Afrique du Sud (2000) traite des discriminations à l'égard des personnes vivant avec le VIH, notamment dans les prestations de santé ou autres services <sup>42</sup> .  Les tribunaux ont défini le VIH comme un handicap aux termes de la loi fédérale contre les discriminations aux États-Unis <sup>43</sup> .
<b>Lois spécifiques au VIH</b>	Certains pays interdisent les discriminations par le biais de lois spécifiques au VIH. Les dispositions y afférentes peuvent protéger les personnes vivant ou supposées vivre avec le VIH, ainsi que leur partenaire, les personnes qui les soignent et les membres de leur famille.	Pays qui ont des lois interdisant expressément les discriminations contre les personnes ayant le VIH : Cambodge, Kenya, Mongolie, Nigeria, Philippines, République-Unie de Tanzanie et Viet Nam. Par exemple, la loi des Philippines sur la prévention et le contrôle du sida de 1998 dispose que nul ne peut se voir refuser un soin, ni être facturé plus cher en raison d'une séropositivité réelle ou perçue. <sup>44</sup>

40 Constitution de l'Equateur (2008), article 11(2).

41 Constitution des Fidji (2013), article 26(3).

42 Promotion of Equality and Prevention of Unfair Discrimination Act (2000), s. 34.

43 Bragdon v. Abbott, 524 U.S. 624 (1998).

44 Philippines AIDS Prevention and Control Act of 1998, s. 40.



© Faustine Ndugulile

« La Coalition des parlementaires tanzaniens contre le sida (TAPAC) défend le dépistage et le traitement fondés sur les droits de l'homme. Elle a soutenu la mise en place de la première loi sur le sida fondée sur les droits de l'homme en Afrique de l'Est, la loi tanzanienne sur la prévention et le contrôle du VIH et du sida. Une réussite exemplaire. Ce texte institue le dépistage et le traitement volontaires, la confidentialité, le consentement, et la protection contre les discriminations.

La TAPAC a également œuvré en faveur d'une loi établissant le Trust Fund tanzanien contre le VIH/sida. Cette loi permettra au pays de mobiliser des ressources intérieures et extérieures qui font cruellement défaut dans la lutte contre le sida.

Il y a beaucoup à faire, par exemple, pour sensibiliser les gens aux droits que leur donne la loi et pour former les professionnels de la santé. D'autres lois doivent être actualisées, de sorte qu'elles ne nuisent pas aux droits des travailleurs du sexe, des détenus, des consommateurs de drogues, des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et des transsexuels à accéder à la prévention et aux soins du VIH/sida. Malgré les difficultés, la République-Unie de Tanzanie progresse pour que son peuple ait accès à des programmes de prévention, de soins et de traitement qui sauvent de nombreuses vies. »

**Dr Faustine Ndugulile**, parlementaire, République-Unie de Tanzanie

### **Les parlementaires en tant que contrôleurs des budgets et programmes**

Le droit à la santé peut être soutenu par le biais du contrôle des budgets et programmes, en veillant à la mise en place d'une riposte nationale complète au VIH. Ainsi, les parlementaires peuvent :

- Veiller à ce que les politiques et pratiques de passation des marchés et de distribution soient fiables et permettent une chaîne d'approvisionnement en médicaments sûre et pérenne. Il faut absolument éviter les ruptures de stock et les pénuries de produits. Le traitement du VIH doit être pris quotidiennement et les interruptions peuvent mettre la santé et la vie des malades en danger.
- S'assurer que les services de dépistage du VIH et de conseil arrivent aux populations vulnérables et que l'on a bien réfléchi aux avantages et aux risques de méthodes innovantes telles que le dépistage à domicile et l'autodépistage.

- Contrôler l'action du gouvernement visant à étendre l'accès, au plan local, au dépistage et au traitement, par exemple en adoptant des politiques pour :
  - encourager les médecins à déléguer le traitement du VIH à des infirmiers en soins primaires ou à d'autres personnels de santé, quand cela est possible;
  - s'assurer que les traitements du VIH soient disponibles aux points de vente locaux, comme les pharmacies et les dispensaires; et
  - associer les organisations de la société civile à la prestation de services ou créer des services locaux, en les intégrant au système de santé, quand cela est possible.

Les programmes doivent avoir pour but d'éviter les abandons de traitement. Autrement dit, il faut supprimer les obstacles comme :

- les suppléments élevés sur le prix des médicaments, à verser à l'achat, ou pour les analyses et le transport vers les cliniques;
  - l'absence de centres de dépistage et de traitement de proximité;
  - la stigmatisation et la discrimination, notamment la peur d'être jugé par les personnels de santé; et
  - l'absence de services accessibles aux migrants, personnes déplacées, femmes et autres populations marginalisées.
- Demander des comptes au gouvernement pour s'assurer que des programmes non discriminatoires et ouverts à toutes les populations qui en ont besoin soient mis en œuvre. Veiller à ce que les programmes soient ouverts aux populations clés telles que les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues par injection, les détenus, les homosexuels hommes, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les transsexuels, de sorte qu'ils puissent accéder au dépistage et au traitement du VIH sans discrimination et que les services de santé répondent aux besoins spécifiques des femmes et des filles vivant avec le VIH.
  - Encourager l'intégration des services du VIH à d'autres services cliniques comme les services de santé maternelle et infantile, de tuberculose et de santé reproductive, pour que les soins soient centrés sur le malade. L'intégration des services permet de lutter contre la stigmatisation et de mieux coordonner les soins, en prenant en compte la santé et le bien-être de la personne dans sa totalité. Il faut aussi prendre en compte l'aspect familial, de sorte que les femmes et leurs enfants reçoivent les soins dont ils ont besoin quand ils en ont besoin.

## Pour mémoire : contrôle des programmes nationaux de traitement du VIH

- ✓ A-t-on pris des mesures pour plafonner le prix des traitements du VIH facturés aux malades ?
- ✓ Les traitements du VIH sont-ils inclus dans la liste des médicaments essentiels du pays ?
- ✓ A-t-on pris des mesures pour assurer que les réserves de médicaments du VIH sont bien pourvues (c'est-à-dire qu'il n'y a pas de risque de rupture de stock ou d'excédents et que les produits ne sont pas périmés) ?
- ✓ Les traitements pédiatriques sont-ils disponibles ?
- ✓ Y a-t-il des médicaments du VIH pour la prévention de la transmission mère-enfant, la prophylaxie post-exposition pour les professionnels de santé, les victimes de viol et les partenaires séronégatifs dans les couples sérodiscordants, et pour d'autres types de prévention ?
- ✓ Le gouvernement soutient-il la participation active des personnes vivant avec le VIH à la conception, la formulation et la mise en œuvre de programmes nationaux de traitement ?
- ✓ Les services de santé donnent-ils des informations précises sur les options de traitement du VIH, notamment où et comment obtenir un traitement, des soins et un soutien ?
- ✓ Les professionnels de santé sont-ils bien formés et conscients de l'obligation dans laquelle ils sont de fournir un traitement et des soins sans discrimination ?
- ✓ Des programmes d'information sur les traitements sont-ils fournis aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes qui les soignent ?
- ✓ A-t-on pris des mesures pour intégrer les services de traitement du VIH aux services de santé maternelle et infantile, ou aux services de santé reproductive, entre autres ?

### Zimbabwe : la Commission des comptes publics collabore avec les collectivités locales<sup>45</sup>

En 2006, la Commission des comptes publics du Parlement du Zimbabwe a mis en œuvre un projet en partenariat avec une ONG locale, le Women and AIDS Support Network, pour évaluer le programme national de traitement du VIH. Le but était d'établir si les services chargés du VIH parvenaient bien aux plus vulnérables, notamment les femmes et les enfants, dans un district prioritaire.

<sup>45</sup> Adapté de : African Parliamentary Poverty Reduction Network (2007). *APRN Newsletter*, 3(2) : 13. p. 13.

Pour identifier les obstacles au traitement, un groupe de personnes vivant avec le VIH a effectué une enquête sur les besoins de la collectivité. Il est ainsi apparu que les familles donnaient la priorité aux dépenses de nourriture, de logement et aux frais de scolarisation plutôt qu'aux médicaments. Le coût des traitements et des consultations médicales était souvent considéré comme trop élevé. Le coût du transport vers les cliniques et la stigmatisation dans la collectivité et les centres de soins étaient également dissuasifs.

Après l'enquête, la Commission des comptes publics a organisé une réunion avec les prestataires de santé et la collectivité pour débattre des mesures permettant d'élargir l'accès au traitement. Elle a émis les recommandations suivantes : offrir un accès au traitement dans les centres de soins primaires afin de réduire les coûts de transport, établir un cadre de suivi associant parlementaires et membres de la collectivité et établir des rapports réguliers sur l'utilisation des fonds publics pour les services chargés du VIH.

### **Les parlementaires en tant que représentants et faiseurs d'opinion**

En tant que représentants et faiseurs d'opinion, les parlementaires peuvent :

- Visiter les cliniques qui font du dépistage et des traitements du VIH dans leur circonscription et rencontrer les organisations locales qui représentent les personnes vivant avec le VIH pour recueillir des informations directes sur les difficultés d'accès au traitement. Solliciter des suggestions sur la manière de renforcer les services de traitement afin qu'ils parviennent à tous ceux qui en ont besoin, y compris les populations défavorisées. Se rendre compte des difficultés auxquelles les familles sont confrontées lorsqu'elles veulent faire dépister et traiter leurs enfants.
- Discuter avec les parties prenantes comme les associations professionnelles de travailleurs de la santé, les médias, les chefs religieux et les organisations de personnes vivant avec le VIH, afin de mobiliser en faveur de l'extension du traitement.
- Sensibiliser les autres parlementaires et les électeurs à l'approche fondée sur les droits à la santé et au fait qu'elle s'applique aux médicaments essentiels, y compris les traitements du VIH. Parler publiquement en faveur de l'accès au traitement en tant que droit humain.
- Démontrer publiquement le caractère infondé des peurs, des mythes et des préjugés sur le VIH et le sida et rappeler que les ripostes doivent se fonder sur la science et les données médicales, et non sur des préjugés obscurs. Dénoncer la stigmatisation et la discrimination<sup>46</sup>.

46 UIP (2014). *VIH/sida au Viet Nam – Relever les défis*. Genève : UIP.  
<http://www.ipu.org/pdf/publications/hiv-vietnam-fr.pdf>

# Études de cas

## Traitement du VIH et droit à la santé en Afrique du Sud



© MB Goqwana

« L'Afrique du Sud a progressé à pas de géant dans la lutte contre le VIH et le sida ces dernières années. Depuis 2010, plus de 20 millions de Sud-Africains ont été dépistés pour le VIH et les services de traitement touchent actuellement plus de 2,8 millions de personnes. Pourtant, il ne faut pas baisser la garde; le sida reste une crise de santé sans précédent pour le pays et on a enregistré plus de décès liés à cette maladie que dans n'importe quel autre pays. En tant que parlementaires, il faut absolument que nous prenions publiquement position sur le VIH. En tant que figures publiques, nous sommes bien placés pour alerter nos concitoyens sur l'importance d'un dépistage et d'un

traitement précoces afin de sauver des vies. Nous sommes bien placés aussi pour mobiliser des soutiens et dénoncer la stigmatisation qui empêche certains de solliciter des soins. Nous devons redoubler d'efforts sur le terrain, de sorte que notre action touche les populations et régions qui risquent d'être laissées pour compte »

**Dr MB Goqwana**, parlementaire, Afrique du Sud

Plus de 6 millions de Sud-Africains vivaient avec le VIH en 2014. En 2014, environ 18.9 pour cent [17.9 à 19.9 pour cent] des adultes du pays étaient infectés. Les jeunes femmes sont les plus touchées. La pauvreté des femmes, la condition qui leur est faite et les violences dont elles sont victimes les rendent plus vulnérables au VIH. Mais il y a aussi d'autres populations exposées : les travailleurs du sexe et leurs clients, les pauvres qui habitent dans des bidonvilles, les consommateurs de drogues, les homosexuels hommes et les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes.

### **Lancement d'une campagne nationale pour le traitement du VIH**

L'absence de mobilisation des élites a favorisé une forte croissance de l'épidémie de VIH en Afrique du Sud dans les années 1990 et le début des années 2000. C'est le Comité parlementaire conjoint de suivi pour

l'amélioration de la qualité de la vie et du statut des femmes qui a sonné le réveil. Il a procédé à des auditions nombreuses pour examiner l'impact du sida sur les femmes et les filles en 2001 et a réfléchi aux droits des femmes tels qu'inscrits dans la Constitution de l'Afrique du Sud, qui dispose que chacun a le droit d'accéder aux services de santé<sup>47</sup>. Le Comité a conclu que les femmes ont droit à des médicaments pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH et pour éviter l'infection par le VIH après un viol.

Le gouvernement n'ayant pas donné suite aux recommandations du Comité, un groupe de militants locaux connu sous le nom Treatment Action Campaign (TAC) a obtenu une décision de la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud ordonnant au gouvernement de fournir des médicaments contre le VIH afin d'empêcher la transmission mère-enfant. Cette décision se fondait sur les droits à la vie et à la santé inscrits dans la Constitution. Le gouvernement était tenu d'assurer l'accès aux médicaments contre le VIH dans tous les centres de santé publics afin d'empêcher la transmission mère-enfant<sup>48</sup>.

Le groupe TAC a fait valoir à maintes reprises le droit à la santé devant la justice et a obtenu gain de cause, assurant des traitements du VIH à des détenus et engageant des actions contre des multinationales pharmaceutiques pour qu'elles offrent des traitements abordables du VIH<sup>49</sup>. Dans chacune de ces affaires, l'action en justice était soutenue par des campagnes, des marches, des manifestations, des interventions dans les médias et une sensibilisation sociale en faveur d'un accès élargi aux médicaments.

Entendant enfin la voix de la base, le gouvernement a mis en place le plus important programme national de traitement du VIH au monde. Le monde de la justice et celui de la politique, cédant à la pression de militants dynamiques, ont fini par reconnaître dûment le droit à la santé.

Les parlementaires sont sur la brèche, rappelant l'importance du dépistage et du traitement du VIH à leurs électeurs. Dans le cadre de la campagne de dépistage lancée en 2010, le Parlement offre des conseils et des services de dépistage à ses propres membres. En 2013, des parlementaires se

---

47 Constitution de l'Afrique du Sud (1996), article 27.

48 *Minister of Health and Others v. Treatment Action Campaign and Others* (No 1) (CCT9/02) [2002] ZACC 16 ; 2002 (5) SA 703; 2002 (10) BCLR 1075 (5 juillet 2002).

49 Voir : Heywood M. (2009). South Africa's Treatment Action Campaign: combining law and social mobilization to realize the right to health. *J Human Rights Practice*. 1(1) : 14–36.

sont portés volontaires pour un dépistage du VIH, lors d'une campagne de deux jours visant à lutter contre la stigmatisation qui pèse sur cette opération, donnant ainsi l'exemple.

### **Comité conjoint chargé du VIH et du sida**

Un séminaire régional sur le sida, organisé par le Parlement et l'UIP en 2009, avait recommandé la mise en place de comités parlementaires multipartites chargés du sida. Cette recommandation a, par la suite, été soutenue par une résolution de l'Assemblée nationale. C'est ainsi qu'un comité conjoint chargé du VIH et du sida a été créé, avec des membres appartenant à tous les partis. Sa mission est de suivre la mise en œuvre des programmes du gouvernement sur le VIH et d'évaluer les lois, politiques et allocations budgétaires y afférentes. En 2013, le Comité a tenu des consultations et des réunions avec la société civile sur des questions prioritaires telles que l'accès aux services dédiés au VIH dans les prisons et les droits à la santé des travailleurs du sexe.

### **Enseignements de l'Afrique du Sud**

Un comité interpartis sur le VIH et le sida peut s'avérer très utile aux parlements. En effet, une telle structure peut assurer la liaison entre les organisations militantes et le parlement, attirer l'attention sur les aspects négligés de la riposte nationale au sida, comme les droits au traitement des femmes et des populations clés (travailleurs du sexe, détenus). Il peut demander des comptes au gouvernement sur la mise en œuvre d'une politique de traitement et de soins fondée sur les droits humains; suivre et évaluer la montée en puissance des traitements; recommander des dispositions législatives et obtenir la priorité pour le traitement et les soins dans le programme et le budget nationaux.

L'UIP a publié en 2012 un guide sur la manière de mettre en place un comité interpartis ou un groupe parlementaire informel sur le VIH et le sida. Voir : *Mieux faire connaître les enjeux du VIH et du sida dans votre parlement*, <http://www.ipu.org/PDF/publications/hiv-aids-guide-f.pdf>.

# Droits de propriété intellectuelle et accès à des médicaments abordables

## Introduction

### L'Accord sur les ADPIC

Les brevets sur les produits pharmaceutiques peuvent augmenter le prix des médicaments et constituer un obstacle majeur au traitement. La protection des droits de propriété intellectuelle (PI) implique un monopole sur les produits pharmaceutiques pour une période minimale de vingt ans, empêchant les concurrents de fabriquer et vendre des versions génériques moins chères.

Les lois d'un pays en matière de PI dépendent en partie de ses accords commerciaux avec d'autres pays. Les pays membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) sont tenus de respecter l'*Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce* (Accord sur les ADPIC). Cet accord définit les normes minimales de protection des brevets que les États membres sont dans l'obligation d'observer, dont une durée minimale de vingt ans pour les brevets. L'Accord sur les ADPIC prévoit également des flexibilités pouvant autoriser des capacités locales d'importation ou, dans certains cas, de production de génériques et/ou des versions moins chères de produits brevetés.

*La Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique de 2001*<sup>50</sup> a montré comment les flexibilités de l'Accord sur les ADPIC peuvent être invoquées pour soutenir l'accès aux médicaments. Cette déclaration affirme que l'Accord n'interdit pas, et ne doit pas interdire, aux membres de prendre des mesures visant à protéger la santé publique, et que les flexibilités ADPIC peuvent servir à cette fin. Certaines de ces flexibilités importantes liées à la santé publique touchent à la disponibilité et au prix des antirétroviraux et autres médicaments essentiels.

---

50 *Déclaration de Doha sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique*, WT/MIN(01)/DEC/2, 20 Novembre 2001.



Le traitement peut réduire le risque de transmission du VIH mère-enfant, le ramenant de 45 pour cent à moins de 5 pour cent. © Le Fonds mondial/ John Rae

Elles portent, entre autres, sur<sup>51</sup> :

- Les importations parallèles
- Les critères stricts de brevetabilité
- Les 'exceptions anticipées' pour faciliter l'enregistrement de génériques.
- Les licences obligatoires
- La portée de la protection des données d'essais pharmaceutiques
- Les lois sur la concurrence
- Les périodes transitoires (comprenant les périodes d'exemption pour les pays les moins avancés)

Les différentes manières de promouvoir l'accès au traitement sont expliquées en détail dans la note type ci-dessous. Cette note se fonde sur une situation fictive dans laquelle un 'Groupe parlementaire chargé de la santé' veut savoir si les lois de son pays en matière de PI comprennent des flexibilités et d'autres mesures soutenant l'accès au traitement.

51 Voir définitions de ces flexibilités ADPIC sur : [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2260\\_DOHA+10TRIPS\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2260_DOHA+10TRIPS_en.pdf).

# Note

---

**A l'attention de :** **L'Autorité nationale sur le sida et le ministère de la Loi et de la Justice**

**Expéditeur :** **Groupe parlementaire chargé de la santé**

**Objet :** **Examen des lois relatives à la propriété intellectuelle : actions visant à soutenir l'accès au traitement du VIH et à d'autres médicaments essentiels**

---

Les membres du Groupe parlementaire chargé de la santé redoutent que notre pays ne parvienne pas à assurer l'accès au traitement du VIH pour tous ceux qui en ont besoin.

Nous demandons une action immédiate pour assurer que nos lois sur la propriété intellectuelle soutiennent l'accès à des médicaments abordables. Nous pensons que le gouvernement impose des conditions strictes de brevétisation sur les médicaments du VIH, sans tenir compte de l'ensemble des mesures autorisées, en vertu des règles commerciales internationales, dans le but de soutenir l'accès au traitement.

Nous vous prions donc de bien vouloir examiner les mesures suivantes :

## **Licences obligatoires**

Modification des lois sur les brevets pour y inclure les licences obligatoires et l'utilisation par les pouvoirs publics. Les licences obligatoires interviennent lorsqu'un gouvernement autorise une entreprise à produire un médicament breveté sans le consentement du propriétaire du brevet. Elles peuvent aussi servir à autoriser l'importation de génériques. Nous vous prions de noter que d'autres pays ont invoqué avec succès les licences obligatoires pour étendre l'accès aux traitements du VIH : Brésil, Équateur, Indonésie, Kenya, Malaisie, Pérou, Thaïlande, Zambie and Zimbabwe.

## **Importation parallèle**

Modification des lois sur les brevets pour permettre l'importation parallèle de médicaments (importations d'un médicament breveté d'un pays où il est déjà commercialisé à un prix moins élevé). Ainsi, les personnes qui, dans notre pays, ont besoin de médicaments contre le VIH pourront les obtenir à un prix plus abordable.

## **Critères de brevetabilité stricts**

Définir strictement, dans les lois sur les brevets, les critères de brevetabilité et en exclure les brevets sur les nouvelles utilisations médicales de substances déjà connues. Ainsi, on empêcherait les 'cures de jouvence perpétuelles' de brevets de médicaments, à savoir les modifications mineures apportées à un médicament pour en proroger le brevet, ou l'obtention d'un nouveau brevet pour une molécule ou un produit existants.

### **Les exceptions ‘anticipées’**

Les médicaments anti-VIH doivent être enregistrés auprès de notre Autorité nationale des médicaments avant leur mise sur le marché. Or nous pensons que cette procédure d’enregistrement peut entraîner des retards importants pour la mise à disposition de génériques. En incluant une disposition relative aux ‘exceptions anticipées’ dans nos lois sur les brevets, on permettrait aux génériqueurs de commencer à développer la production de médicaments brevetés afin d’accélérer l’autorisation dès l’expiration du brevet. On peut aussi soutenir l’accès aux médicaments génériques anti-VIH en permettant à l’Autorité des médicaments de s’appuyer sur les données d’essais du détenteur initial du brevet pour évaluer la sûreté et l’efficacité des génériques.

### **Licences volontaires**

Nous prions instamment le gouvernement de bien vouloir demander aux grands laboratoires pharmaceutiques de confirmer qu’ils sont disposés à accorder des licences volontaires permettant la fabrication de génériques anti-VIH pour notre pays. Certaines sociétés mondiales sont peut-être disposées à accorder des licences volontaires à des génériqueurs locaux. Quelques-unes participent au Medicines Patent Pool, un groupement à but non lucratif de partage des brevets, visant à offrir des médicaments moins chers aux pays en développement grâce à des licences volontaires.

### **Accords commerciaux**

Nous vous prions aussi de bien vouloir vous assurer que notre gouvernement ne souscrit pas à des accords de libre-échange comportant des protections de brevets plus étendues que celles prévues par l’accord de l’OMC sur les ADPIC. Nous vous saurions gré notamment de veiller à ce que notre gouvernement ne signe pas d’accords commerciaux qui restreignent le droit à la santé en limitant sa faculté de recourir aux flexibilités ADPIC pour protéger la santé publique.

Nous vous remercions de l’attention que vous voudrez bien accorder à ces mesures et espérons que vous nous tiendrez informés de la suite qui y sera donnée.

### **Le Président du Groupe parlementaire chargé de la santé**

## Autres considérations pour les parlementaires

### Exportation de médicaments génériques produits sous licence obligatoire<sup>52</sup>

En 2003, l'OMC a mis en place une nouvelle procédure autorisant les membres à accorder des licences obligatoires pour la fabrication de génériques destinés à l'exportation vers des pays n'ayant que peu – ou pas – de capacités de fabrication de produits pharmaceutiques. Le gouvernement canadien, qui avait accordé une licence obligatoire autorisant l'exportation de traitements du VIH au Rwanda<sup>53</sup>, a trouvé la procédure plutôt fastidieuse, et le débat se poursuit sur cet aspect des choses. Les parlementaires doivent prôner une simplification des procédures d'autorisation des exportations et importations de génériques sous licence obligatoire.

### Lois réprimant la contrefaçon qui restreignent l'accès aux médicaments

Les lois réprimant la contrefaçon des médicaments vont parfois trop loin, en donnant une définition si large de la « contrefaçon » qu'elle englobe les génériques. Ces lois doivent être examinées soigneusement pour que leur application ne finisse pas par restreindre l'accès aux génériques. Ainsi, la Haute Cour du Kenya a estimé que la loi réprimant la contrefaçon était inconstitutionnelle : en empêchant l'accès au générique du VIH, elle violait le droit à la santé des personnes vivant avec le VIH<sup>54</sup>.

### Périodes de transition étendues pour la mise en œuvre de l'Accord sur les ADPIC dans les pays les moins avancés

L'Accord sur les ADPIC prévoit des périodes de transition pour les pays définis comme les moins avancés (PMA)<sup>55</sup>. Les PMA ne sont pas tenus d'appliquer les brevets sur les médicaments pharmaceutiques avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016. En 2015 le Bangladesh, au nom du groupe des PMA,

---

52 Voir : ONUSIDA, OMS et PNUD (2011). *Tirer parti des flexibilités de l'Accord sur les ADPIC pour améliorer l'accès au traitement du VIH*. Genève : ONUSIDA, OMS, PNUD.

53 Gouvernement du Canada (2004), *Canada's Access to Medicines Regime, Act to Amend the Patent Act and the Food and Drugs Act*.

54 P.A.O. & 2 others v Attorney General [2012] eKLR.

55 Les Nations Unies considéraient que les pays suivants étaient des Pays les moins avancés en 2014 : Afghanistan, Angola, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée Bissau, Guinée équatoriale, Haïti, Îles Salomon, Kiribati, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Tchad, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Vanuatu, Yémen et Zambie.

a soumis une demande au Conseil des ADPIC de l'OMC portant sur une nouvelle prorogation<sup>56</sup>. Les PMA sont autorisés à différer l'application de toutes les dispositions des ADPIC pour une période de transition prenant fin en 2021. Les PMA qui ont reporté les conditions d'un brevet relatives à des produits pharmaceutiques jusqu'en 2016, ou plus tard, sont le Bangladesh, le Cambodge, l'Ouganda et le Rwanda<sup>57</sup>.

### Kenya : bonnes pratiques en matière d'importations parallèles

La *loi sur la propriété industrielle* du Kenya (2001) comporte une règle très large autorisant les importations parallèles de médicaments vendus à l'étranger soit comme médicament brevetés, soit comme des génériques. La plupart des médicaments utilisés au Kenya sont des génériques importés en vertu de ce cadre d'importation parallèle. Depuis 2002, les principales organisations fournissant des services de traitement du VIH au Kenya s'appuient sur ces dispositions pour importer des génériques destinés au traitement du VIH<sup>58</sup>.

### Ce que les parlementaires peuvent faire

- En tant que **législateurs**, les parlementaires peuvent veiller à ce que les flexibilités ADPIC soient intégrées aux lois nationales. Une bonne référence à cet égard est le Rapport de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, qui fait un certain nombre de recommandations sur les droits de PI et les flexibilités ADPIC<sup>59</sup>.
- Dans leur fonction de **contrôle du budget**, les parlementaires peuvent s'assurer que le gouvernement prend en compte les importantes économies sur le budget de la santé qui résulteraient d'une extension de l'accès aux génériques. Les parlementaires peuvent faire pression sur leur gouvernement pour qu'il applique des flexibilités ADPIC telles que les licences obligatoires et les importations parallèles afin de permettre l'accès à des médicaments anti-VIH moins chers.

56 Le Bangladesh a fait une demande, au nom du Groupe des PMA, au Conseil des ADPIC en février 2015.

57 Voir, par exemple : Industrial Property Act 2014 (Ouganda) Section 8(3)(f) ; Law on Patents, Utility Model Certificates and Industrial Designs, article 136 (Cambodge). De même, la loi du Zanzibar sur la propriété industrielle de 2008 exclut les produits pharmaceutiques de la protection des brevets jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016 ou jusqu'à l'expiration d'une prorogation ultérieure acceptée par le Conseil des ADPIC.

58 Voir : Maleche, A., May, E. (2014). Right to Health Encompasses Right to Access Essential Generic Medicines: Challenging the 2008 Anti-Counterfeit Act in Kenya, *Health and Human Rights*, 16(2).

59 Commission mondiale sur le VIH et le droit (2012). *Risque, droits et santé*, New-York : PNUD, p. 87.

- En tant que **représentants et faiseurs d'opinion**, les parlementaires peuvent sensibiliser le gouvernement et les citoyens en général à la nécessité de contester les protections de brevets qui desservent les objectifs de santé publique en rendant des médicaments essentiels inabordables.

#### **Pour mémoire : sur les droits de propriété intellectuelle**

- La loi sur la PI de votre pays comporte-t-elle des dispositions sur :
  - Les licences obligatoires, y compris dans le cas d'une utilisation publique ?
  - Les importations parallèles ?
  - Les exceptions anticipées, pour faciliter l'inscription des génériques ?
  - Des critères stricts pour la brevetabilité ?
  - Les lois sur la concurrence ?
- Votre gouvernement a-t-il réfléchi aux options permettant de réduire le coût des traitements du VIH par le biais de licences volontaires ?
- La législation réprimant les contrefaçons évite-t-elle les amalgames entre les médicaments contrefaits et les génériques ?
- La loi exclut-elle les produits pharmaceutiques de la protection des brevets pendant les périodes de transition prorogées autorisées aux PMA ?

# Étude de cas

## Brésil : une conception flexible des droits de PI permet une montée en puissance du traitement

La prévalence du VIH au Brésil, largement confinée aux populations clés, reste stable au niveau national. Le taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans était inférieur à 1 pour cent en 2014, contre 10,5 pour cent chez les homosexuels hommes et chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. La prévalence du VIH est également élevée chez les transsexuels, les consommateurs de drogues par injection et les travailleurs du sexe<sup>60</sup>.

### Objectifs en matière d'accès universel et de « Fast-Track »

Le Brésil a créé des programmes nationaux de traitement du VIH qui comptent parmi les plus complets au monde. Ce succès est d'abord imputable à une forte implication des responsables politiques, à la mobilisation de la société civile, à une législation nationale propice, à la production nationale de médicaments anti-VIH et à la volonté de s'affirmer dans les négociations internationales sur les droits de PI.

Le ministère de la Santé s'est fixé comme objectif l'accès universel au traitement du VIH en 1996. En 2014, plus de 350,000 personnes étaient sous traitement. En 2014, une nouvelle politique a permis d'offrir un traitement précoce à tous les adultes séropositifs, et le gouvernement a officiellement adopté les objectifs 90-90-90 de l'ONUSIDA visant à mettre fin au sida à l'horizon 2030.

### Droits de PI et production locale

Les traitements du VIH sont distribués par le système de santé public. Le Brésil ayant une importante industrie pharmaceutique, près de 40 pour cent des traitements du VIH achetés par le gouvernement sont de fabrication locale.

---

60 Ministère de la Santé, Brésil (2014). *Rapport d'activité sur la riposte mondiale au sida*. Brasília : ministère de la Santé, Brésil.

En négociant avec les laboratoires pharmaceutiques, le gouvernement a brandi la menace de licences obligatoires, n'hésitant pas à y recourir quand les négociations marquaient le pas, afin d'obtenir d'importantes réductions des prix des médicaments anti-VIH.

En 2005, le gouvernement a menacé de révoquer le brevet relatif à un antirétroviral (Kaletra) en raison de son coût excessif. Le gouvernement a déclaré qu'il ferait produire ce médicament localement si le prix n'était pas revu à la baisse. Suite aux négociations, un accord a été conclu, moyennant une baisse de près de 50 pour cent du prix.

En 2007, les négociations entre le gouvernement et un laboratoire pharmaceutique portant sur l'achat d'un autre antirétroviral (efavirenz) sont restées dans l'impasse jusqu'à ce que les pouvoirs publics émettent une licence obligatoire pour l'importation de génériques. Du coup, le prix du médicament a été réduit de plus de 50 pour cent, ce qui a permis au gouvernement d'économiser plus de 103 millions US\$ pour la période 2007–2011<sup>61</sup>.

La Chambre des députés du Brésil a procédé à des consultations préalables à la formulation d'une nouvelle politique relative aux brevets en 2012–13. Des représentants des institutions de recherche, des entreprises brésiliennes et des multinationales, des organisations non gouvernementales, des responsables du gouvernement, du système judiciaire et du Congrès ont pris part aux discussions. Les recommandations qui s'en sont suivies, publiées dans un rapport de la Chambre des députés, portaient sur des réformes visant à renforcer les protections de la santé publique dans la loi sur les brevets, susciter la concurrence des génériques et faire baisser les prix des médicaments. Ainsi, il a été proposé de rendre les règles relatives à la brevétisation plus strictes, d'instituer un système de contestation plus énergique des brevets pour mettre fin aux pratiques fantaisistes des laboratoires pharmaceutiques en la matière, et de consolider le droit d'émettre des licences obligatoires.

### **Enseignements pouvant être tirés de la conception brésilienne des droits de PI<sup>62</sup>**

L'expérience du Brésil montre que l'adjonction d'une disposition relative aux licences obligatoires à la loi sur la PI renforce la position d'un pays dans les

---

61 Da Silva F.V.N., Hallal, R., Guimaraes, A. (2012). *Compulsory License and Access to Medicines: Economics Savings of Efavirenz in Brazil*, 19<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida, Washington, DC, juillet 2012.

62 Voir : Avafia, T., Narasimhan S. (2006). *L'Accord sur les ADPIC pour améliorer l'accès au traitement du VIH*. New York : PNUD, p. 21.

négociations avec les détenteurs d'un brevet, empêche les abus commis par des monopoles pharmaceutiques et permet de développer l'industrie et le savoir-faire locaux.

Mais l'expérience brésilienne met aussi en lumière les difficultés politiques auxquelles les pays en développement sont confrontés lors de la mise en œuvre de l'Accord sur les ADPIC. En effet, le Brésil a été soumis à d'énormes pressions de la part des laboratoires pharmaceutiques et des pays développés. En tant que grand pays aux revenus moyens, le Brésil a pu résister à cette pression. Cependant, les petits pays qui ont un pouvoir de négociation moindre éprouvent plus de difficultés, étant donné le risque de nuire aux relations commerciales.

S'inspirant de l'expérience brésilienne, les parlementaires peuvent :

- Inciter leur gouvernement à recourir aux licences obligatoires, afin d'obtenir des traitements moins chers contre le VIH.
- S'associer avec l'industrie, les chercheurs et les ONG locaux pour déterminer si les lois nationales sur les brevets comportent des flexibilités suffisantes permettant à la concurrence des génériques de faire baisser les prix des médicaments.
- Se demander si des options telles que le développement d'une capacité de fabrication locale pour produire des traitements du VIH, l'adjonction de flexibilités ADPIC à la loi nationale sur les brevets, ou des licences volontaires, sont susceptibles d'améliorer l'accès à des traitements moins chers du VIH.

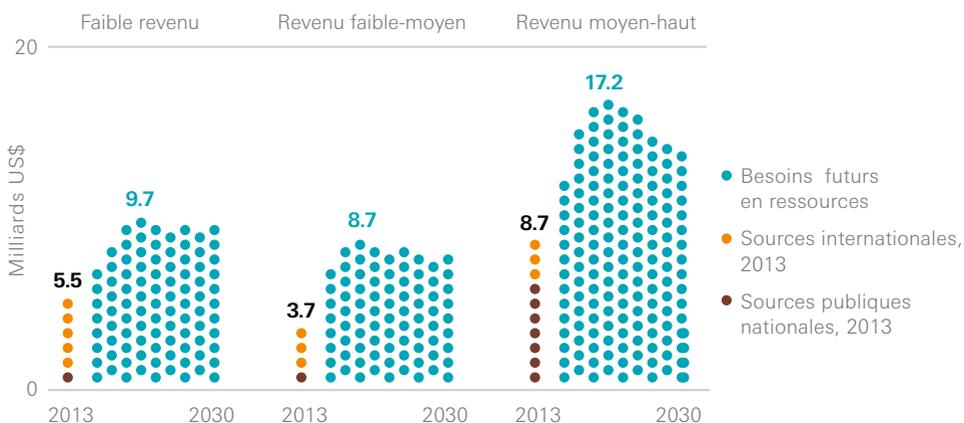
# Des financements durables pour le traitement

## Introduction

Le VIH a des conséquences à long terme sur les budgets de la santé, car il s'agit d'un état chronique nécessitant un traitement à vie. Le financement des programmes nationaux relatifs au VIH dépend le plus souvent et en grande partie de donateurs. Beaucoup de pays ont besoin de donateurs pour financer l'essentiel des coûts de traitement. Or cette situation est en train de changer et une grande incertitude pèse sur les niveaux futurs de l'aide internationale relative au VIH. Désormais, les principaux donateurs demandent aux pays concernés de s'investir d'avantage et d'assumer plus de responsabilités en prenant en charge une part plus grande du coût des traitements sur leurs budgets nationaux.

Un écart considérable existe entre les ressources disponibles et les sommes nécessaires à la montée en puissance des programmes nationaux de traitement du VIH, surtout si l'on veut réaliser des objectifs « Fast-Track » (Figure 4).

**Figure 4. Ressources disponibles en 2013 et ressources requises en 2015–2030, par niveau de revenu national**



Source: ONUSIDA

## Le Groupe consultatif de l'UIP met en garde contre la forte dépendance vis-à-vis des donateurs

Le Groupe consultatif de l'UIP sur le VIH/sida et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant effectue des visites sur le terrain dans divers pays pour recueillir des informations sur les bonnes pratiques, donner des conseils et discuter avec les parlementaires sur les politiques concernant le VIH et la mise en œuvre des programmes. Cela constitue un exemple de la manière dont les échanges parlementaires peuvent renforcer la réponse au VIH. Le Groupe consultatif a ainsi estimé que la forte dépendance vis-à-vis des financements extérieurs était très préoccupante dans plusieurs pays visités récemment. Par exemple :

- La mission du Groupe consultatif au Burundi, en 2013, a constaté que les donateurs fournissaient 96 pour cent des financements destinés à la riposte au VIH. La mission de l'UIP a recommandé aux parlementaires du Burundi d'étudier les exemples de pays qui financent la réponse au VIH sur des sources internes<sup>63</sup>.
- La mission du Groupe consultatif au Viet Nam, en 2014, s'est aperçue que les donateurs avaient commencé à retirer leurs financements de la lutte contre le VIH et demandaient désormais aux pays d'assumer d'avantage leurs programmes. Le Groupe consultatif a recommandé à l'Assemblée nationale du Viet Nam de prôner des feuilles de route claires pour la transition vers des budgets nationaux<sup>64</sup>.

Il existe plusieurs façons, pour un pays, de financer l'accès au traitement, ainsi que la riposte globale au VIH, à partir de ses ressources nationales. Certains pays investissent d'avantage au plan national pour pérenniser les financements. Par exemple :

- **Bélarus** : sachant que le financement international de la lutte contre le VIH est appelé à se tarir ou à diminuer fortement au cours des prochaines années, le Bélarus envisage d'assumer 100 pour cent des coûts liés au traitement du VIH d'ici à la fin de 2015, contre seulement 40 pour cent en 2013.
- **Jamaïque** : le Fonds mondial demande à la Jamaïque d'assumer au moins la moitié des coûts liés au VIH. Le gouvernement, estimant que ces coûts seraient gérables et budgétairement supportables, est en train de définir un plan à long terme comprenant plusieurs options et

63 UIP (2014). Le VIH/sida au Burundi – Relever les défis. Genève : UIP. [http://www.ipu.org/pdf/publications/burundi\\_fr.pdf](http://www.ipu.org/pdf/publications/burundi_fr.pdf).

64 UIP (2015). VIH/sida au Viet Nam – Relever les défis. Genève : UIP. <http://www.ipu.org/pdf/publications/hiv-vietnam-fr.pdf>.

stratégies de financement afin d'accroître son efficacité programmatique. Le pays a créé une fondation privée chargée de mobiliser des ressources nationales pour la riposte<sup>65</sup>.

### **Financement durable et couverture maladie universelle**

Beaucoup de pays entendent jeter les bases d'un financement à long terme en intégrant le financement de la lutte contre le VIH à des systèmes de couverture maladie universelle, essentiellement ou exclusivement soutenue par un financement national. Ces pays veulent passer des sources de financement spécifique au VIH à des modèles intégrant le financement des traitements du VIH à des mécanismes généraux de financement de la santé.

Les pays à revenu faible ou moyen pour lesquels la couverture maladie universelle est prioritaire sont les suivants : Bangladesh, Brésil, Cambodge, Chine, Gabon, Ghana, Indonésie, Rwanda, Sénégal, Thaïlande, Turquie et Viet Nam<sup>66</sup>. Nombre de pays à revenu élevé ont déjà mis en place une couverture maladie universelle soutenue par des systèmes nationaux d'assurance santé<sup>67</sup>. Pour mettre en œuvre de tels systèmes, les gouvernements doivent prendre la responsabilité d'établir des mécanismes équitables permettant de regrouper les fonds par le biais de l'impôt et de l'assurance. En général, dans les systèmes nationaux d'assurance santé, une partie des coûts est assumée par les patients lorsqu'ils obtiennent un traitement, l'essentiel des coûts étant couvert par l'assurance obligatoire et le produit des impôts.

### **Production locale**

Certains pays investissent dans la production locale de traitements du VIH dans le cadre d'une stratégie visant à réduire la dépendance vis-à-vis de l'aide internationale. L'investissement dans le secteur pharmaceutique local peut améliorer la sûreté des approvisionnements. La fabrication locale de traitements du VIH peut être une solution pour certains pays, mais beaucoup de pays à faible revenu n'ont ni les infrastructures ni le marché qui permettraient de rendre cette production viable. Il peut alors être plus rentable d'importer les traitements du VIH à partir de pays ayant des industries pharmaceutiques bien établies, comme l'Inde. Il faut donc déterminer soigneusement si la production locale est techniquement et économiquement faisable. Les principales difficultés sont les coûts de financement, l'accès à des travailleurs bien formés, la qualité de l'assurance, les droits de PI et le coût des matières premières.

---

65 ONUSIDA (2013). *Investissements intelligents*. Genève : ONUSIDA.

66 OMS (2014). *Le VIH, Couverture maladie universelle et programme de développement pour l'après-2015 : document de travail*. Genève : OMS, p. 56.

67 Exemples : l'Australie, le Canada, la Nouvelle-Zélande et la plupart des pays européens.

## Mécanismes internationaux pour le financement des traitements du VIH

### *Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (souvent appelé « le Fonds mondial ») est une organisation internationale de financement qui a pour but de collecter et décaisser des ressources pour prévenir et traiter le VIH, la tuberculose et le paludisme. Fondé en 2002, le Fonds mondial est un partenariat entre les gouvernements, la société civile, le secteur privé et les personnes touchées par ces maladies. Le Fonds mondial collecte environ 4 milliards US\$ par an et les décaisse ensuite en faveur de programmes nationaux et multi-pays, après approbation des propositions soumises par les gouvernements ou la société civile.

### *UNITAID*

UNITAID a été fondée en 2006 par les gouvernements du Brésil, du Chili, de la France, de la Norvège et du Royaume-Uni en tant que centrale d'achats internationale de médicaments pour le VIH, la tuberculose et le paludisme. Y adhèrent les pays à haut et à faible revenu suivants : Chypre, République de Corée, Luxembourg, Espagne, aux côtés du Cameroun, du Congo, de la Guinée, de Madagascar, du Mali, de l'Île Maurice et du Niger. Des groupes de la société civile participent également à la gouvernance d'UNITAID, donnant une voix aux organisations non-gouvernementales et aux groupes vivant avec le VIH, le paludisme et la tuberculose. UNITAID recourt à des financements novateurs pour accroître les fonds destinés à élargir l'accès aux traitements et aux diagnostics dans les pays à faible revenu. Près de la moitié des fonds collectés par UNITAID proviennent d'une taxe sur les billets d'avion.

## Mécanismes de financement spécifiques au VIH

Les pays recherchent désormais de nouveaux modes de mobilisation des ressources, autres que les formes d'aide traditionnelles accordées par les donateurs internationaux. Le Tableau 4 présente les moyens novateurs de financement des traitements du VIH utilisés par divers pays.

**Tableau 4. Mécanismes de financement novateurs**

Mécanisme de financement	Explication	Exemples de pays
<b>« Trust funds » de lutte contre le sida</b>	Les « trust funds » regroupent les fonds levés par différentes sources pour assurer que l'argent soit dépensé de façon efficace et ciblée sur la lutte contre le VIH et les programmes y afférents.	<p>Le Zimbabwe a un « trust fund » de lutte contre le sida depuis 1999. Le Conseil national sur le sida administre ce fonds.</p> <p>Le Kenya a proposé un « trust fund » sur le sida avec possibilité de l'étendre aux maladies non contagieuses<sup>68</sup>.</p> <p>La stratégie nationale de la République-Unie de Tanzanie contre le sida prévoit la mise en place d'un « trust fund » sur le sida et en fait une priorité<sup>69</sup>. La loi portant création de ce fonds a été soumise au Parlement en 2015.</p> <p>L'Ouganda envisage la création d'un « trust fund » sur le sida et réfléchit également à la mise en place de taxes sur les transactions bancaires, les billets d'avion et les produits tels que les cigarettes et les alcools pour financer les services de lutte contre le VIH<sup>70</sup>.</p>
<b>Taxes sur les biens et services</b>	<p>Des taxes peuvent être imposées sur les billets d'avion, les transactions financières, les téléphones portables, le tabac, l'alcool, entre autres.</p> <p>La taxe peut être instituée par une loi, adoptée par décret ou bien faire l'objet d'une rubrique dans le budget.</p> <p>Le fardeau des taxes sur les transactions financières et les billets d'avion doit être supporté par les contribuables aisés plutôt que par les pauvres.</p>	<p>Pays qui ont mis en place une taxe sur les billets d'avion : Cameroun, Chili, Congo, France, Île Maurice, Madagascar, Mali, Niger et République de Corée. Cette taxe s'ajoute au prix des billets d'avion et les fonds ainsi collectés sont versés à UNITAID afin de payer les achats groupés de médicaments. Les pays en développement peuvent réfléchir à la possibilité de contribuer à UNITAID en imposant une taxe sur les billets d'avion.</p> <p>Le Rwanda et l'Ouganda ont imposé des taxes sur l'utilisation des téléphones portables afin de financer les programmes contre le VIH.</p>

68 Katz I., Routh S., Bitran R., Hulme A. et Avila C. (2014). Where will the money come from? Alternative mechanisms to HIV donor funding. *BMC Public Health*, 14:956.

69 Gouvernement de la République-Unie de Tanzanie. *Third National Multi-Sectoral Strategic Framework for HIV and AIDS, 2013/14 – 2017/18*.

70 Kinyanjuni K. (2013). African Countries Adopt Innovative Financing to Bridge Gaps in AIDS Funding. *AIDSpan*, n° 209, 12 février 2013.

Mécanisme de financement	Explication	Exemples de pays
<b>Taxes sur les biens et services</b>	Une taxe sur les transactions financières a été proposée comme moyen supplémentaire de collecter de l'argent pour le Fonds mondial.	<p>Le Cap-Vert et les Comores ont également réservé des fonds provenant des impôts indirects sur les alcools aux programmes de lutte contre le VIH.</p> <p>L'assurance santé nationale du Gabon fournit une couverture aux plus pauvres. Elle est financée par une taxe de 10 pour cent sur le chiffre d'affaires des entreprises de téléphonie mobile ainsi qu'une commission de 1,5 pour cent sur les virements internationaux d'argent<sup>71</sup>.</p>
<b>Taxes sur l'emploi</b>	Les taxes sur les employés et les employeurs peuvent être une solution pour les pays ayant de fortes épidémies dans la population générale. Les sommes collectées varient en fonction des taux de chômage et du nombre de personne ayant des emplois déclarés.	Le Zimbabwe a mis en place une taxe pour la lutte contre le sida en 2000 <sup>72</sup> . Les employés sont imposés à hauteur de 3 pour cent sur leur salaire et les entreprises à hauteur de 3 pour cent sur leurs bénéfices. Les fonds sont reversés au « Trust Fund » national de lutte contre le sida. Près de 50 pour cent des fonds servent à couvrir les coûts des traitements. La taxe est collectée par le ministère des Finances et gérée par le Conseil national indépendant de lutte contre le sida.
<b>Échanges de dettes</b>	« Debt-2-Health » est un partenariat entre deux pays, facilité par le Fonds mondial. Le pays créditrice annule la dette et le pays débiteur s'engage à réinvestir les fonds dans des projets de santé par l'intermédiaire du Fonds mondial.	L'Allemagne a conclu des accords avec la Côte d'Ivoire, l'Indonésie et le Pakistan pour annuler la dette, et ces trois derniers pays se sont engagés, en retour, à investir dans des programmes de lutte contre le VIH par le biais du Fonds mondial <sup>73</sup> .

71 Oxford Business Group (2014). Expanding coverage : Universal health insurance is being rolled out. *The Report: Gabon 2014*, consultable sur : <http://www.oxfordbusinessgroup.com>.

72 Katz I. et al. (2014), *op cit*.

73 Voir : Katz, I. et al (2014), *op cit*.

# Ce que les parlementaires peuvent faire

## Législateurs et faiseurs d'opinion

Les parlementaires peuvent :

- Informer les gouvernements des divers modes de financement permettant de mobiliser des ressources.
- Proposer des solutions législatives et des politiques pour le financement des programmes de traitement du VIH, notamment des taxes et contributions spéciales, ainsi que des systèmes durables de couverture maladie universelle.
- Inviter les gouvernements à envisager de rattacher le VIH à d'autres domaines prioritaires de santé (par exemple : le paludisme, la tuberculose et les maladies non contagieuses) pour faciliter la mobilisation commune de ressources. Les mécanismes de financement innovants comme les taxes sur le tabac et l'alcool, entre autres, qui peuvent provoquer des problèmes graves de santé, permettent de lever des fonds pour divers besoins de santé; ils ont été utilisés pour financer des programmes relatifs au VIH et à des maladies non contagieuses.
- Lancer un débat approfondi sur les avantages et les risques liés à l'investissement dans une fabrication nationale de traitements du VIH, tenant compte des capacités technologiques et réglementaires locales, des possibilités de réduction des coûts et des projections de la demande future en traitements.

## Contrôle budgétaire

Les parlementaires peuvent :

- Peser sur l'allocation de fonds aux programmes de traitement du VIH lorsqu'ils contrôlent et approuvent le budget.
- Demander des analyses systématiques des coûts et des déficits futurs du traitement du VIH afin de préparer un 'argumentaire en faveur de l'investissement' dans les programmes nationaux de lutte contre le VIH. Pour plaider la cause de cet investissement, il faut identifier le financement requis au regard des coûts futurs du traitement et démontrer le retour sur investissement dans le traitement du VIH, compte tenu des économies en frais médicaux et des gains sociaux et en termes de productivité découlant de traitements précoces et efficaces. L'argumentaire en faveur de l'investissement doit porter sur le long terme (dix ans) et comporter un plan de financement durable de la riposte au VIH. Cet argumentaire permet de demander aux ministères et aux donateurs de planifier un financement durable. L'ONUSIDA a publié des

conseils pour l'élaboration d'argumentaires en faveur de l'investissement dans la lutte contre le VIH<sup>74</sup>.

- Proposer des solutions aux problèmes budgétaires par un travail en commission. Ainsi, la Commission zambienne du Portefeuille de la santé, du développement local et des affaires sociales a fait une analyse de la situation nationale face au VIH, en raison d'une augmentation rapide du nombre de nouvelles infections. Dans son rapport, elle s'inquiète de l'impact, sur le budget, de l'accroissement des coûts des traitements. Aussi recommande-t-elle au gouvernement de demander d'urgence aux multinationales pharmaceutiques et aux agences de donateurs de négocier des réductions importantes des coûts des médicaments nécessaires au traitement du VIH<sup>75</sup>.
- Proposer des mécanismes de financement novateurs et suggérer des solutions de transition des sources de financement spécifiques au VIH aux mécanismes de financement généraux de santé, étant donné que beaucoup de pays se dirigent vers la couverture maladie universelle.



La production de génériques d'ARV dans les pays en développement a permis de réduire les coûts du traitement et d'en élargir l'accès.

© ONUSIDA/T.Znidarcic

74 ONUSIDA (2012). *Investir pour des résultats au bénéfice des individus. Un outil d'investissement centré sur les individus destiné à mettre fin au sida*. Genève : ONUSIDA.

75 Commission des déterminants sociaux de la santé (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Rapport final de la commission des déterminants sociaux de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

## **Pour mémoire: contrôle budgétaire**

*Comment les fonds sont-ils collectés ?*

- Quelles sont les principales sources par lesquelles votre gouvernement finance les traitements du VIH ?
- Quelle est la part de financement provenant de donateurs internationaux et celle du budget national ?
- Quelle est la date à laquelle les fonds des donateurs arrivent à expiration ou doivent être réduits par rapport aux niveaux actuels ?
- Quelles seront les conséquences des réductions de financement pour le maintien des programmes de traitement du VIH ?

*Comment les fonds sont-ils dépensés ?*

- Est-il possible d'accéder à des médicaments moins chers pour réduire les coûts de traitement ? Est-il possible de réduire les coûts par des négociations avec les laboratoires pharmaceutiques sur des licences volontaires, d'acheter des médicaments par le biais de systèmes d'achat groupé, d'émettre des licences obligatoires ou bien d'investir dans une production locale de médicaments ?
- Y a-t-il des différences entre les niveaux des dépenses sur les traitements du VIH dans les diverses provinces ?
- La dépense par habitant dans chaque province correspond-elle au nombre d'habitants vivant avec le VIH et qui ont besoin d'un traitement ?
- Les ressources sont-elles stratégiquement orientées vers les principaux lieux et populations où la prévalence du VIH est la plus forte et où se trouvent les plus forts besoins non satisfaits en traitement ? Les ressources sont-elles prioritairement orientées vers les besoins particuliers des femmes et des filles ?
- Les services essentiels (à savoir les services de base pour la prévention, le traitement et les soins du VIH) sont-ils couverts par des fonds nationaux ?

# Étude de cas

## Traitement du VIH et couverture maladie universelle en Thaïlande<sup>76</sup>



© Jon Ungphakorn

« Depuis 2006, la Thaïlande s'appuie sur son propre budget national pour payer les traitements du sida. Le VIH a des conséquences à long terme sur les budgets de la santé, car il nécessite des traitements à vie. Le financement des traitements est un investissement de santé publique nécessaire, d'abord pour réduire le nombre des décès liés au sida et ensuite pour prévenir la transmission du VIH. Nous savons désormais que le traitement permet la suppression virale chez les personnes qui le reçoivent, ce qui réduit la contagiosité puisque la transmission du virus devient très difficile. Il est donc impératif d'investir dès aujourd'hui dans les traitements puisque le contrôle de l'épidémie permettra de diminuer considérablement la pression sur les budgets nationaux de santé dans les prochaines années. »

**Jon Ungphakorn**, ancien sénateur, Thaïlande

Il y avait 450,000 [400,000 à 490,000] personnes vivant avec le VIH en Thaïlande en 2014. Ce nombre ainsi que celui des nouvelles infections au VIH et des décès liés au sida en Thaïlande n'ont cessé de baisser depuis. Cependant, la prévalence du VIH serait encore élevée chez les homosexuels hommes, chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les consommateurs de drogues par injection.

La Thaïlande s'est engagée à mettre fin au sida d'ici à 2030, et à faire monter en puissance les traitements du VIH en faisant de l'accès universel à ces traitements une priorité nationale. En 2014, ce pays

76 Bhakeecheep S. (2014). *ASEAN plus Three UHC Network and HIV/AIDS Services under UHC: Thailand experience*. National Health Security Office, Thailand. Presentation of 23 June 2014; PHAMIT (Prevention of HIV/AIDS migrant workers in Thailand): <http://www.phamit.org/?lang=en>.

est devenu le premier pays d'Asie à offrir des traitements vitaux à toute personne vivant avec le VIH, quel que soit l'état de son système immunitaire (compte CD4)<sup>77</sup>.

### **Financement des traitements du VIH par l'assurance santé nationale**

La Thaïlande est un pays à revenu moyen qui offre un accès gratuit aux traitements du VIH par le biais de systèmes nationaux d'assurance santé. La *Loi sur la sécurité nationale de santé* de 2002 est le fondement législatif du système de couverture maladie universelle de la Thaïlande, qui offre un accès équitable aux services de santé grâce à l'assurance y afférente.

Les traitements du VIH étaient exclus du système de couverture maladie universelle lorsque celui-ci a été fondé. Sous la pression exercée par des groupes de la société civile, les traitements du VIH ont été intégrés en 2003 et initialement financés par des contributions des budgets nationaux et du Fonds mondial. Au début, les malades devaient payer une contribution de 30 bahts (moins de 1 US\$), mais cette contribution a été supprimée en 2006. Désormais, les services de santé sont gratuits dans le cadre du système d'assurance.

Le système de couverture maladie universelle est le plus important des trois systèmes d'assurance de santé publique en Thaïlande puisqu'il couvre la majeure partie de la population. Il cible essentiellement les pauvres du secteur agricole informel qui n'ont pas de revenus réguliers leur permettant de payer des primes d'assurance. Les deux autres systèmes sont celui de la sécurité sociale obligatoire, financé par les contributions des employés, des employeurs et du gouvernement central, et celui des fonctionnaires. L'un comme l'autre sont financés sur les recettes fiscales générales.

### **Travailleurs migrants**

Les besoins en traitement des travailleurs migrants sont également couverts. Les migrants reçoivent une carte d'assurance santé en contrepartie d'une contribution annuelle (2 200 bahts/65 US\$), ce qui leur ouvre le droit aux soins de base contre paiement de 30 bahts seulement. Depuis 2013, cette prestation est étendue aux thérapies antirétrovirales, aux analyses et traitements du VIH en cas de co-infection par la tuberculose, par exemple. Des ONG disent cependant que la couverture des populations de migrants reste parcellaire et qu'il faudrait donc plus de ressources pour mettre pleinement en œuvre cette politique<sup>78</sup>.

---

77 Thai National AIDS Committee (2014). *Thailand AIDS Response Progress Report 2014*. Thai National AIDS Committee.

78 Tang A. (2015). *HIV-positive migrants denied care at Thai public hospitals*, Reuters, 8 février 2015.

### Licences obligatoires et production locale

La Thaïlande a émis des licences obligatoires pour deux types de médicaments du VIH et a centralisé les achats et la chaîne de gestion de l'approvisionnement de tous les médicaments du VIH afin de réduire les coûts. Six médicaments du VIH sont maintenant fabriqués en Thaïlande. Les licences obligatoires servent à autoriser l'importation d'autres médicaments en provenance de l'Inde<sup>79</sup>.

### Taxe sur le tabac et l'alcool

L'autre méthode de financement employée par la Thaïlande est un impôt indirect additionnel de 2 pour cent sur le tabac et l'alcool. Les recettes sont allouées à la Thai Health Promotion Foundation, une institution créée en vertu de la loi dite *Health Promotion Foundation Act* destinée à financer les campagnes de mobilisation contre toutes sortes de problèmes de santé publique, notamment le VIH et les maladies non contagieuses<sup>80</sup>.

### Enseignements de la Thaïlande

Le succès du programme national Thaïlandais de traitement du VIH s'explique par la mobilisation des responsables politiques en vue de collecter des fonds. Les principaux éléments de cette réussite sont les suivants :

- Un engagement clair du gouvernement pour intégrer le traitement du VIH au système national de couverture maladie universelle.
- Un mécanisme efficace de contrôle des prix des médicaments afin de pérenniser le programme, avec des approvisionnements et une gestion centralisés.
- La fabrication au plan national des médicaments les plus fréquemment utilisés contre le VIH, associée à des licences obligatoires pour l'importation de génériques abordables.
- Une gestion des droits de propriété intellectuelle soucieuse de santé publique.

---

79 Efavirenz et lopinavir/ritonavir.

80 Srithamrongsawat S. et al. (2010). *Funding health promotion and prevention – the Thai experience*, World Health Report Background paper 45. Genève : OMS.

# Conclusion

Les informations et les études de cas exposées ci-dessus énumèrent les mesures pratiques pouvant être prises pour accélérer et élargir l'accès au traitement du VIH. Pour résumer :

- Les pays soucieux de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 doivent rapidement faire monter en puissance le dépistage et les traitements du VIH et réaliser les **objectifs 90-90-90 par la voie accélérée**. Pour atteindre ces cibles, une série d'actions est nécessaire et les parlementaires peuvent grandement y contribuer.
- En tant que **législateurs**, les parlementaires peuvent veiller à ce que des lois garantissent l'accès aux médicaments essentiels et à un traitement et des soins de qualité, de sorte que les personnes vivant avec le VIH soient protégées des discriminations. Les problèmes liés aux droits de propriété intellectuelle nécessitent une attention particulière, étant donné l'impact que les brevets pharmaceutiques peuvent avoir sur le coût des traitements du VIH. Les parlementaires doivent donc bien connaître les flexibilités ADPIC, notamment les licences obligatoires et les importations parallèles. Ils doivent aussi examiner les lois relatives à la propriété intellectuelle pour garantir que ces flexibilités soient utilisées. Enfin, les parlementaires doivent soutenir les lois mettant en place un cadre de financement durable, par exemple par le biais de « trust funds », de taxes, et aussi en intégrant les traitements du VIH aux systèmes de couverture maladie universelle.
- Lors du **contrôle des programmes nationaux**, les parlementaires doivent s'assurer que les programmes de traitements soient complets et qu'ils répondent aux besoins des femmes, des enfants et de toutes les populations clés. Les enfants ont en effet besoin de soins complexes qui ne sont pas suffisamment pris en considération. Les parlementaires doivent être à l'écoute des personnes vivant avec le VIH afin de construire une riposte efficace, tenant compte notamment de leurs opinions sur la manière d'élargir l'accès au traitement. Il faudra sans doute mettre en place de nouveaux modes, plus accessibles, de dépistage et de traitement du VIH au plan local, associer davantage les infirmiers et les pharmaciens et intégrer les services de lutte contre le VIH aux autres services de santé publique.

- Lors du **contrôle budgétaire**, les parlementaires peuvent prôner des mécanismes durables de financement du traitement du VIH. Quant aux gouvernements, ils doivent éviter une dépendance excessive vis-à-vis des donateurs internationaux et préférer, là où c'est possible, des sources nationales pour maintenir les programmes relatifs au VIH. Les parlementaires doivent demander instamment aux gouvernements d'analyser systématiquement les coûts futurs des traitements du VIH afin de prévoir à long terme, tout en réfléchissant aux possibilités de financements nationaux novateurs, ainsi qu'à la couverture des coûts du VIH par l'assurance santé et la sécurité sociale. Pour soutenir les budgets de santé, les parlementaires peuvent arguer que d'importantes économies peuvent être réalisées grâce à un accès plus large aux médicaments génériques.
- En tant que **représentants et faiseurs d'opinion**, les parlementaires doivent recueillir des informations directes auprès des personnes vivant avec le VIH et les travailleurs de santé sur les difficultés de mise en œuvre des programmes de traitement. Grâce à cet éclairage, ils peuvent ensuite soutenir publiquement la cause d'un accès élargi. Ils devront notamment insister sur les difficultés particulières auxquelles les femmes, les enfants et les populations clés sont confrontés, en s'attaquant aux peurs, aux mythes et aux préjugés liés au sida. Il leur faut montrer que les ripostes doivent être fondées sur la science et des preuves médicales, et non sur des fantasmes. Enfin, ils peuvent sensibiliser les gouvernements et les populations à l'impact des droits de propriété intellectuelle sur le coût de traitements, ainsi qu'aux moyens de rendre les traitements moins chers.

Le VIH reste l'une des menaces les plus redoutables pour la santé et le développement à notre époque. Forte heureusement, nous disposons désormais d'outils permettant de mettre fin à cette épidémie mondiale. L'amélioration récente de l'efficacité des traitements du VIH et une meilleure compréhension de la manière dont le traitement facilite aussi la prévention sont certainement les clés vers la première génération enfin libérée du sida. Mais pour que le succès soit complet, il faudra très certainement accélérer et élargir l'accès au traitement à tous ceux qui en ont besoin, en veillant à ce que nul ne soit laissé au bord du chemin. Les parlementaires peuvent contribuer à faire de cette ambition une réalité.





Union Interparlementaire

Pour la démocratie. Pour tous.

 +41 22 919 41 50

 +41 22 919 41 60

 [postbox@ipu.org](mailto:postbox@ipu.org)

Chemin du Pommier 5  
Case postale 330  
1218 Le Grand-Saconnex  
Genève – Suisse  
[www.ipu.org](http://www.ipu.org)