



# Genèse de la campagne pour l'accès aux médicaments essentiels

Annick Hamel

Article paru dans Humanitaire, revue de Médecins du Monde  
N°3, Automne 2001

<http://www.medecinsdumonde.org/publications/revueHumanitaire.htm>

Document en provenance du site internet de Médecins Sans Frontières

<http://www.msf.fr>

Tous droits de reproduction et/ou de diffusion, totale ou partielle, sous quelque forme que ce soit, réservés pour tous pays, sauf autorisation préalable et écrite de l'auteur et/ou de Médecins Sans Frontières et/ou de la publication d'origine. Toute mise en réseau, même partielle, interdite.

# Genèse de la campagne pour l'accès aux médicaments essentiels

Par Annick Hamel

*Les nouveaux champs de l'humanitaire. Parce que l'humanitaire ne cesse d'investir de nouveaux espaces, nous avons souhaité faire un tour d'horizon des pratiques qui manifestent tout à la fois sa capacité à penser globalement son action tout en affinant ses analyses. Annick Hamel revient pour nous sur la naissance d'une campagne qui manifeste le professionnalisme de plus en plus pointu des humanitaires et la force de mobilisation qu'ils sont aptes à déclencher. Une campagne exemplaire qui a déjà contribué à faire plier de nombreux laboratoires pharmaceutiques et marqué l'influence de plus en plus forte des ONG au sein des instances décisionnelles internationales.*

Depuis sa création, Médecins Sans Frontières a eu à intervenir dans un nombre important de situations épidémiques. Pour répondre à ce genre de crises, l'association dispose de moyens médicaux et logistiques permettant la prise en charge des malades. Elle participe également à des programmes de prévention et à la mise en œuvre de mesures de santé publique visant à contrôler les épidémies. Elle bénéficie par ailleurs, avec l'existence d'Epicentre, du savoir faire d'experts qui développent des activités de recherche en épidémiologie d'intervention.

Malgré tous ces moyens et comme toutes les organisations médicales humanitaires, MSF est depuis quelques années le témoin d'une évolution pour le moins inquiétante avec d'une part des besoins en constante augmentation et d'autre part des moyens thérapeutiques qui se réduisent. Alors que les maladies infectieuses transmissibles continuent de représenter la principale cause de mortalité et que les malades sont toujours plus nombreux (réapparition de certaines pathologies, épidémies plus fréquentes etc.), les médicaments nécessaires pour traiter efficacement ces malades sont de moins en moins disponibles (disparition de certains médicaments, inefficacité croissante et prix trop élevés).

En octobre 1996, à l'occasion du 25ème anniversaire de MSF, un colloque qui s'est tenu à Paris et qui portait sur la réponse opérationnelle aux épidémies dans les pays en voie de développement a permis d'une part de faire le bilan détaillé de ce constat et d'autre part de démontrer assez clairement que cette absence de médicaments n'était ni le fruit du hasard ni celui de la fatalité mais le résultat d'intérêts – ou de désintérêts – financiers, politiques, économiques et sociaux auxquels il convenait de s'adresser si l'on voulait assurer la survie de l'écrasante majorité de l'humanité.

C'est cette double conjonction qui a donné naissance, dans un premier temps au sein de la section française de MSF, à une « Cellule Médicaments » (1997) puis à un « Groupe de Recherche sur le Médicament Essentiel » (1998) pour aboutir enfin à une « Campagne d'Accès aux Médicaments Essentiels » en 1999.

## **Le constat : de moins en moins de possibilités de traiter les malades**

Alors que des progrès considérables sont accomplis dans tous les domaines de la santé dans les pays riches, les volontaires qui partent en mission voient au contraire leurs possibilités thérapeutiques se réduire progressivement pour traiter des maladies curables, extrêmement répandues et souvent mortelles en l'absence de traitement. Ainsi, l'absence de médicaments efficaces s'amplifie dans les pays en

voie de développement et marginalise de plus en plus la plus grande partie de la population mondiale.

### **Des médicaments abandonnés pour cause de non solvabilité**

La première alerte a concerné le chloramphénicol huileux, antibiotique le plus adapté au traitement des méningites épidémiques en Afrique mais dont la production a été abandonnée en 1995 par le laboratoire qui le produisait.

L'exemple le plus frappant est celui de la trypanosomiase (ou maladie du sommeil) à laquelle 60 millions d'africains sont exposés. Cette maladie a une létalité (rapport entre le nombre de décès et le nombre de cas) proche de 100% en l'absence de traitement. L'arsenal thérapeutique date de plus de 40 ans. Le mélarsoprol, dérivé de l'arsenic a été mis au point en 1932 et commercialisé en 1949. Il est utilisé pour traiter le stade le plus avancé de la maladie mais aujourd'hui, environ 25 % des patients sont résistants au mélarsoprol. De plus, ce médicament entraîne chez environ 5% des patients traités des effets secondaires mortels. On peut donc dire qu'aujourd'hui 30% des malades soignés avec ce traitement sont condamnés à mourir.

En 1990, l'eflornithine, un médicament mis au point pour le traitement de cancers, se révèle, par hasard, efficace dans la maladie du sommeil. Moins toxique que les dérivés de l'arsenic, c'est le seul recours en cas de résistance au mélarsoprol. En 1995, le laboratoire produisant l'eflornithine (qui n'a pas été retenu dans le traitement du cancer) cesse de le fabriquer et de le commercialiser, le considérant comme non rentable car son marché, africain, n'est pas solvable.

### **Des médicaments devenus inefficaces et une recherche en voie d'abandon**

Chaque année 300 à 500 millions de nouveaux cas de malaria sont enregistrés et font 1 à 2 millions de morts. La chloroquine, l'un des médicaments anti-paludiques les plus communs, a été mis au point en 1934. Il réunissait à l'époque toutes les qualités du médicament idéal : efficacité, coût de fabrication très faible et facilité d'emploi. Après 50 ans d'utilisation son efficacité a fortement diminué en raison de la résistance croissante que développe le parasite face au médicament. Aujourd'hui, seules quelques rares régions sont épargnées par la résistance à la chloroquine. Pourtant la chloroquine continue de figurer comme traitement de première intention dans la plupart des protocoles de traitement recommandés par l'OMS et appliqués par les Programmes Nationaux.

Les formes résistantes de la malaria exigent de nouveaux traitements. Au cours des vingt dernières années, seuls quelques rares médicaments anti-paludiques ont été commercialisés. Le manque de nouveaux traitements est la conséquence directe d'une recherche insuffisante. Malgré le nombre très élevé de malades, le budget annuel, à l'échelle internationale, affecté à la recherche sur la malaria ne représente que quelques dizaines de millions de dollars contre quelques billions pour les médicaments destinés aux pays industrialisés.

### **Des protocoles de traitement trop contraignants qui entraînent des résistances mortelles**

La tuberculose a causé la mort de 3 millions de personnes en 1997. Le traitement de la forme primaire de tuberculose est un traitement de 6 à 8 mois comportant environ

15 comprimés par jour. Ce schéma en fait un traitement long, intensif et extrêmement difficile à respecter. Les abandons de traitement sont nombreux, favorisant l'apparition de formes de tuberculoses multi résistantes. Ces dernières sont mortelles. Leur traitement nécessite des antibiothérapies lourdes, très chères (environ 10 000 dollars par traitement) et pas toujours efficaces.

Pourtant le schéma thérapeutique pour la forme primaire de la tuberculose reste le même, les combinaisons de médicaments (qui réduiraient le nombre de comprimés à ingérer quotidiennement) sont inexistantes ou inadaptées. Quant aux médicaments pour traiter les tuberculoses multi-résistantes, leur prix les rend inaccessibles à la plupart des malades.

Des schémas thérapeutiques plus simples, des combinaisons de médicaments réduisant le nombre de comprimés quotidiens pour la forme primaire de la tuberculose éviteraient des résistances liées à la difficulté de la compliance et donc des décès liés aux formes multi-résistantes de tuberculose.

### **Des médicaments inaccessibles financièrement**

Les exemples sont légion. On pense bien sûr aux anti-rétroviraux pour le Sida. Mais c'est aussi le cas du traitement de la shigellose dont les épidémies sont fréquentes et de grande ampleur en Afrique.

En juillet 1994 lors de l'épidémie de dysenterie à shigelle dans les camps de réfugiés à Goma (Zaire), un germe multi-résistant, uniquement sensible aux nouvelles quinolones comme la ciprofloxacine, était isolé. Or la ciprofloxacine est un médicament cher (20 dollars le traitement) qu'aucun pays démuni n'a les moyens d'acheter, surtout lorsqu'il s'agit de faire face à des épidémies de grande ampleur. Il n'est par ailleurs disponible qu'en petite quantité et sa posologie (5 jours de traitement) pose d'énormes difficultés : 600 nouveaux cas par jour nécessitent 3000 lits d'hospitalisation, ce qui est totalement impossible à gérer.

Mais c'est aujourd'hui le seul antibiotique efficace qui, en l'absence de recherche pour de nouveaux traitements, laissera le malade sans recours si des résistances se développent. Or le traitement par 5 jours d'antibiotiques favorise l'abandon en cours de traitement et l'émergence de résistances.

### **Des responsabilités multiples**

Ces exemples de situations concrètes ont été largement repris au cours d'un colloque organisé à la Faculté de Médecine de Lariboisière le 25 octobre 1996. Ayant pour titre « Réponses opérationnelles aux épidémies dans les pays en voie de développement », ce colloque a été organisé autour de 3 thèmes techniques représentatifs de l'expérience de MSF dans ce domaine : les maladies diarrhéiques, les maladies parasitaires et les maladies à réponse vaccinale. Il a permis d'illustrer plusieurs aspects des problèmes rencontrés sur le terrain et d'identifier les différents niveaux de responsabilités dans cette absence de médicaments efficaces et accessibles.

La responsabilité la plus générale découle de l'extension, à l'échelle mondiale, du système d'économie libérale. L'ouverture totale des marchés conduit les acteurs privés craignant la concurrence à recourir à des systèmes de protection qui ne laissent aucune chance à l'intégration dans le commerce mondial des acteurs les

plus faibles. La création de l'Organisation Mondiale du Commerce et ses accords annexes, dont l'accord sur les Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce (accord ADPIC), sont l'expression de cette nouvelle donne. L'accord ADPIC renforce la protection assurée aux inventions et aux découvertes - y compris le médicament - qui, dans cet univers de libéralisme, devient une marchandise comme une autre. Bénéficiant à terme d'une protection totale, le médicament de marque ne laissera plus aucune chance à la production, par des laboratoires de pays de développement moyen, de médicaments génériques dont le prix, à qualité égale, peut être de 20 à 30 fois inférieur à celui du médicament de marque.

La seconde responsabilité incombe aux organisations internationales. En véhiculant des slogans tels que celui de « la santé pour tous en l'an 2000 » basé sur des stratégies de « soins de santé primaires » ou de « recouvrement des coûts », les Organisations Internationales, [notamment celles chargées de la santé - OMS, UNICEF - ont accepté, repris à leur compte et cautionné des politiques de santé au rabais pour les pays pauvres. La prévention allait, selon l'utopie en cours, permettre qu'il n'y ait plus de malades et donc réduire drastiquement le coût des soins. Ces coûts réduits allaient alors pouvoir être pris en charge, au nom du libéralisme et de la décentralisation, par l'individu ou « la communauté » exonérant ainsi les Etats de leur devoir de protection et de prise en charge de leur population.

Les Etats partagent le troisième niveau de responsabilité. Le recours à la privatisation, le plus souvent sous la pression des institutions financières internationales, leur a permis de se désengager des secteurs les plus dispendieux, notamment des secteurs sociaux, déléguant ainsi une partie de leurs responsabilités – et surtout des coûts qui vont avec – au secteur marchand et privé. Dans les secteurs sociaux, les lois du marché se sont alors substituées au rôle régulateur de l'Etat. Cette tendance est très sensible – et humainement très coûteuse – dans les pays qui disposent de faibles ressources. Dans la même logique, le secteur de la recherche publique a laissé au secteur privé le loisir d'investir dans les seules recherches rentables.

Un quatrième niveau de responsabilité doit être attribué aux entreprises pharmaceutiques. Dans un système basé sur les lois de l'offre et de la demande, l'investissement est décidé en fonction d'une prévision de rentabilité. Or les coûts croissants de la recherche et du développement ont entraîné, outre la concentration des firmes pharmaceutiques, une dépendance accrue de ces établissements vis à vis du secteur financier. Les grands laboratoires pharmaceutiques, soucieux de leur profit et de celui de leurs actionnaires, n'ont donc aujourd'hui aucun intérêt à rechercher, développer, produire et commercialiser des médicaments destinés aux populations défavorisées dont les besoins défient les lois de l'économie de marché puisque leur demande est peu ou pas solvable.

Enfin il ne faut pas exonérer les professionnels de santé. Ces derniers, y compris à Médecins Sans Frontières, ont repris à leur compte certaines des incantations des acteurs internationaux. Progressivement, des personnels de santé ont accepté que

l'essentiel de leur pratique ne soit plus de traiter les malades mais d'encadrer, de superviser ou de gérer des systèmes dans lesquels la priorité était donnée à la prévention au détriment du soin curatif et du traitement. Il s'agissait d'aider des Etats plus ou moins déliquescents à mettre en place, sous la pression des grandes organisations financières internationales, les « soins de santé primaire » destinés à assurer la « santé pour tous en l'an 2000 » ou d'aider à ce que « l'Initiative de Bamako » devienne une généralité. Deux grandes tendances qui avaient pour conséquence de négliger le soin individuel, destiné à guérir, au détriment de mesures générales de prévention destinées à éviter les maladies. Cette marginalisation du soin a permis qu'au fil des années, des médecins, des infirmières acceptent comme une fatalité que les traitements qu'il distribuaient étaient de moins en moins efficaces voire inexistantes et que leurs patients étaient de moins en moins bien traités voire pas traités du tout.

Certains Médecins Sans Frontières ont refusé cette fatalité et ont, au nom de leur responsabilité médicale individuelle et de la responsabilité collective de l'association, décidé de remettre le soin de qualité au cœur de la pratique médicale de MSF. Pour cela, il était indispensable de rétablir la perception du devoir médical de chacun mais aussi de s'attaquer aux problèmes liés à une nouvelle organisation du monde. Car si cette tendance n'était pas inversée, elle allait déboucher inexorablement sur l'exclusion de la plus grande partie de la population mondiale. De cette volonté est donc née la « Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels » qui allait prendre sa forme définitive en 1999.

Cette campagne repose sur trois axes essentiels. D'abord, surmonter les obstacles à l'accès aux médicaments essentiels. Il s'agit d'une part de trouver les moyens de relancer la production de médicaments qui ne sont plus fabriqués et d'autre part de rendre financièrement accessibles les médicaments qui ont aujourd'hui des prix prohibitifs pour les malades et les systèmes de santé des pays pauvres. Ensuite, stimuler la recherche et le développement pour les maladies négligées. Il s'agit de trouver des solutions pour que de nouveaux médicaments et de nouveaux protocoles soient mis au point. Enfin, « humaniser » les accords mondiaux du commerce. Il s'agit de faciliter l'utilisation, par les pays démunis, des clauses de sauvegarde figurant dans les règles du commerce mondial qui autorisent la production ou l'importation de médicaments génériques moins chers.

Quelques résultats ont d'ores et déjà été obtenus. En 1998, a été reprise la fabrication du chloramphénicol huileux par une entreprise pharmaceutique sans but lucratif. En 1999, a été obtenue la fabrication de 10 000 flacons d'eflornithine et la poursuite des négociations pour assurer une production à long terme.

En 2000, 2000 traitements moins chers pour la tuberculose multi-résistante ont mis à disposition des différents pays en ayant besoin ; la même année, MSF parvenait à introduire des traitements anti-rétroviraux et des traitements pour les maladies opportunistes basés sur des médicaments génériques dans plusieurs pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine,

En 2000 toujours, le Gouvernement des Etats Unis fait savoir à plusieurs pays producteurs de médicaments génériques qu'il ne s'opposera plus au recours à des licences obligatoires de leur part pour poursuivre la production de tels génériques.

Cette année, le coût d'une tri-thérapie pour les malades du SIDA est descendu à moins de 350 \$ et 39 firmes pharmaceutiques ont retiré la plainte qu'elles avaient déposée contre une loi sud-africaine visant à faciliter l'accès à des médicaments moins coûteux.

Si la santé pour tous en l'an 2000 s'est révélée ce qu'elle était : une utopie démagogique, il n'en reste pas moins que dans les pays les plus pauvres, la situation socio-économique empêche toujours le développement de systèmes de soins performants et accessibles à la totalité de la population.

Cette situation n'est pas le fruit d'un hasard malheureux mais la conjonction d'intérêts mercantiles pour les uns, de désintérêt profond pour les autres et d'une irresponsabilité généralisée.

Il est donc temps que la recherche d'une certaine équité face à la maladie redevienne une ambition première pour l'action humanitaire, pour la recherche médicale et pharmaceutique mais surtout pour les pouvoirs publics nationaux et internationaux.

#### **Présentation de l'auteur:**

Infirmière et ancienne élève de l'IEP de Paris, Annick Hamel est actuellement coordinatrice de la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels à Médecins sans Frontières. Elle a effectué sa première mission au Liban en 1976 avec Médecins sans Frontières avant de rejoindre pour d'autres missions – au Tchad, en Afghanistan, en Haïti, au Burundi... - Médecins du Monde et Aide Médicale Internationale dont elle sera présidente. Elle est l'auteur de « *Les systèmes de santé au Moyen-Orient : unité géographique, unité des pratiques ?* », Coll. Saint-Antoine, Paris, 1991 ; « *Les Kurdes au-delà de l'exode* » (ouvrage collectif), L'Harmattan, Paris, 1992 et « *La méthode Kangourou : une alternative pour les enfants de petit poids de naissance* », ESF ed., Paris, 1996.