



Droits humains, responsabilité mondiale et accès aux traitements dans les pays en développement

**Exposés présentés à l'occasion de
l'Assemblée générale annuelle et des ateliers de perfectionnement du
Réseau juridique canadien VIH/sida**

**Montréal (Québec)
21-23 septembre 2001**

Droits humains, responsabilité mondiale et Accès aux traitements dans les pays en développement

**Exposés présentés à l'occasion de
l'Assemblée générale annuelle et des ateliers de perfectionnement du
Réseau juridique canadien VIH/sida**

21-23 septembre 2001, Montréal

Publication supervisée par David Garmaise
pour le Réseau juridique canadien VIH/sida.
Traduction : Jean Dussault et Josée Dussault

Pour de plus amples renseignements sur ce document :
Réseau juridique canadien VIH/sida
Tél. : 514 397 6828
Téléc. 514 397 8570
Courriel : info@aidslaw.ca
Site Web : www.aidslaw.ca

Le fichier électronique de ce document est téléchargeable de :
<http://www.aidslaw.ca>

© 2001 Réseau juridique canadien VIH/sida

**Cette publication a été financée en partie par la
Direction des affaires internationales, de la Direction générale de la politique de la santé et
des communications, Santé Canada**

L'Assemblée générale annuelle de 2001 du Réseau juridique ainsi que ses ateliers de perfectionnement ont été financés en partie par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, et par le Centre québécois de coordination sur le sida.

Le Réseau juridique est reconnaissant, pour leurs contributions financières, à : Matthew Wilton & Associate (Toronto); McCarthy Tétrault (Toronto); Goodman and Carr LLP (Toronto); Mary Thomson, McCarthy Tétrault (Toronto); Bruce Lemer, Grant Kovacs Norell (Vancouver); et Earl Cherniak, Lerner & Associates, Toronto.

Les conclusions, interprétations et opinions exprimées dans ce document sont celles de leurs auteurs, uniquement, et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou positions officielles de Santé Canada ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.

This document is also available in English.

Table des matières

Sommaire

Page 1

Discussion d'ouverture en panel L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS POUR LE VIH/SIDA DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Une perspective sud-africaine

MARK HEYWOOD

Page 3

Quel rôle y jouent les ADPIC ?
Pourquoi les Canadiens devraient-ils y voir ?

RICHARD ELLIOTT

Page 8

Donner accès aux médicaments essentiels :
Pourquoi une campagne mondiale est nécessaire

MARIE-HÉLÈNE BONIN

Page 21

Un impératif éthique d'agir
OU Pourquoi s'occuper de ça ?

DAVID J. ROY

Page 26

Plénière de clôture SIDA, DROITS HUMAINS ET RESPONSABILITÉ MONDIALE

Le Canada après l'UNGASS sur le VIH/sida

RICHARD ELLIOTT

Page 32

Quelques réflexions sur la mondialisation, le développement,
les droits de la personne et l'accès aux médicaments

MARK HEYWOOD

Page 36

SOMMAIRE

L'Assemblée générale annuelle de 2001 du Réseau juridique canadien VIH/sida a eu lieu à Montréal, du vendredi 21 septembre au dimanche 23 septembre. La rencontre a commencé le vendredi soir par une discussion de panel consacrée à l'accès aux traitements dans les pays en développement. Le volet d'affaires de l'a.g.a. était à l'ordre du jour des 22-23 septembre. Le dimanche 23, avaient aussi lieu des ateliers de perfectionnement de compétences, qui ont été suivis d'une plénière de clôture composée de deux exposés sur le sida, les droits de la personne et la responsabilité mondiale. Le présent document contient les textes des exposés présentés lors de la discussion de panel et de la plénière de clôture.

Le panel du 21 septembre, « L'accès aux traitements dans les pays en développement », se composait de quatre invités : (a) Mark Heywood, chef, AIDS Law Project (Afrique du Sud), secrétaire, Treatment Action Campaign; (b) Richard Elliott, directeur des politiques et de la recherche, Réseau juridique canadien VIH/sida; (c) Marie-Hélène Bonin, coordonnatrice, Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels, Médecin Sans Frontières (Canada); et (d) David J. Roy, directeur, Centre de bioéthique, Institut de recherches cliniques de Montréal.

Mark Heywood, en présentant une perspective sud-africaine, a parlé des raisons pour lesquelles l'accès aux médicaments est devenu si critique à la réaction contre l'épidémie, dans son pays. Marie-Hélène Bonin a parlé des raisons pour lesquelles des médicaments ne sont pas disponibles contre plusieurs des maladies qui affligent le Tiers Monde. Richard Elliott a examiné le lien entre la lutte internationale pour l'accès aux traitements et les retombées que l'Accord sur les aspects de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) pourrait avoir sur l'accès équitable aux soins de santé au Canada. David Roy a mis en lumière les impératifs moraux et éthiques de faire en sorte que des médicaments abordables soient accessibles au Tiers Monde.

Richard Elliott et Mark Heywood ont pris la parole de nouveau à la plénière de clôture, le 23 septembre, qui portait sur « Le sida, les droits humains et la responsabilité mondiale ». L'exposé de Richard a porté sur ce que le Canada doit faire pour respecter les obligations qui lui incombent comme suite à la Déclaration d'engagement sur le sida, signée à l'ONU. Mark a examiné les liens entre la mondialisation, le développement et les droits de la personne, puis il a situé dans ce contexte le problème du manque d'accès aux traitements.

Les panélistes ont parlé de l'urgence de régler le problème du manque d'accès aux traitements, dans les pays en développement, et de l'importance de ne pas faire faux bond à 95% de la population mondiale. Voici certaines des principales observations qu'ils ont offertes :

- ❑ La société doit surmonter l'impression que les inégalités mondiales sont un fait tragique contre lequel on ne peut pas faire grand chose : nous devons voir que ces inégalités sont moralement intolérables et totalement incompatibles avec les relations que les pays développés devraient avoir avec les pays en développement; nous devons les voir comme des maux que la société doit corriger. La société doit abandonner l'ethos qui accorde plus de valeur à la production et au profit qu'à la dignité humaine. Nous devons nous orienter vers un ethos de l'humanité.

- ❑ La mondialisation est incontournable, mais nous devons travailler pour que la mondialisation de la moralité et de l'éthique suive le rythme de la mondialisation du commerce et des affaires. Nous devons travailler à la mondialisation de l'accès aux médicaments essentiels.
- ❑ Nous devons travailler à favoriser l'accès aux traitements en même temps que nous nous attaquons à des enjeux plus vastes, comme l'amélioration des infrastructures de santé et des conditions liées aux causes sous-jacentes de l'épidémie.
- ❑ L'accès aux traitements et aux services de santé est devenu la question cruciale des droits humains, dans la réponse à l'épidémie de VIH/sida. Le droit a un rôle important à jouer dans la campagne pour l'accès aux traitements, mais il va de pair avec la mobilisation sociale et la promotion des droits et intérêts.
- ❑ L'agenda corporatiste qui influence les accords de commerce international, depuis quelques années, pose de sérieuses menaces à la santé et au bien-être des pauvres de ce monde.

Le même agenda corporatiste pose aussi des menaces à la santé et au bien-être des Canadiennes et des Canadiens. Les invités ont communiqué les observations suivantes, quant aux implications de cet agenda, pour le Canada :

- ❑ L'Accord sur les ADPIC a déjà été utilisé, au Canada, pour limiter l'accès à des médicaments génériques moins chers.
- ❑ Les accords de libre échange menacent de nuire à la capacité de pays comme le Canada de continuer à fournir des services publics de santé équitables. Ce n'est peut-être qu'une question de temps, avant que des sociétés pharmaceutiques invoquent les accords de libre échange pour attaquer les gouvernements provinciaux en ce qui a trait à des politiques de substitution de médicaments par des médicaments génériques, dans leurs programmes d'assurance santé; et contre les mécanismes fédéraux de contrôle des prix.

Les panélistes ont souligné des actions que la société civile du Canada peut entreprendre afin de s'attaquer aux problèmes d'accès aux traitements :

- ❑ Nous devons devenir plus informés à propos du commerce international et de ses règles. Nous devons comprendre comment les traités défavorisent les individus et les communautés.
- ❑ Nous devons insister vigoureusement, auprès de nos gouvernements, afin que dans la négociation de ces traités notre engagement aux droits humains, y compris au droit à la santé et à la vie, ait préséance sur les règles des brevets et du commerce de services de soins, lorsque ces règles entraînent un déséquilibre aussi énorme entre les profits privés et le bien commun. Nous devons insister pour que nos gouvernements deviennent des défenseurs du bien public – notamment de la santé publique et des droits de la personne – sur les tribunes du commerce international.
- ❑ Nous devons exhorter notre gouvernement à appuyer fermement les efforts des pays en développement pour assurer que l'Accord sur les ADPIC et les autres traités de commerce international ne soient pas utilisés pour bloquer l'accès à des médicaments abordables.

Panel d'ouverture

L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS POUR LE VIH/SIDA DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Vendredi 21 septembre 2001

Une perspective sud-africaine

Mark Heywood
Chef, AIDS Law Project
Secrétaire, Treatment Action Campaign

Je vous remercie de m'avoir offert l'opportunité d'être ici et de prendre la parole à cette importante rencontre. Je crois que les partenariats internationaux comme celui du Réseau juridique canadien VIH/sida (et ses membres) et de l'AIDS Law Project sont cruciaux et qu'ils le deviendront de plus en plus, avec le temps.

Il n'est pas facile de parler en quinze minutes de l'accès aux médicaments en Afrique du Sud. Particulièrement, parce que le sujet est complexe et fatigant – et dans mon cas, il touche aux émotions et pourrait prendre de longues heures à exposer. Pourtant, à certains égards, le problème est simple : beaucoup de gens vivent avec le sida et ont besoin de médicaments. Mais c'est aussi une histoire remarquable de tragédie, qui ne cesse de s'approfondir. Cet étrange pays d'où je viens possède les meilleures infrastructures de santé de l'Afrique, mais il ne donne quasiment aucun accès à des médicaments (non seulement aux antirétroviraux, mais aussi aux médicaments pour les infections fongiques et autres) aux personnes qui vivent avec le VIH. Dans ce pays, où plus de personnes vivent avec le VIH ou le sida que partout ailleurs en Afrique, la stigmatisation est si répandue que certaines se font encore lapider, battre, ou expulser de leurs maisons, parce qu'elles sont séropositives. Le plus embarrassant – j'ai réellement du mal à en parler, parce qu'avant l'avènement du sida j'étais militant et membre du Congrès national africain – est peut-être le fait que mon pays soit aux prises avec la plus grave épidémie de sida en Afrique, mais que l'homme qui le gouverne ne croit pas que le VIH cause le sida, et s'occupe principalement à empêcher, pour l'instant, l'accès chez nous aux médicaments que des pays comme le Canada mettent à la portée des personnes vivant avec le VIH.

Ces problèmes sont complexes et nous pourrions aborder chacun en détail. Mais je tenterai de limiter mes commentaires à un ou deux. Je voudrais parler de l'état et du stade de l'épidémie de VIH en Afrique du Sud. Je voudrais dire pourquoi la question de l'accès aux médicaments est devenue si critique et centrale, et comment, selon moi, un partenariat comme le nôtre peut contribuer à sauver des vies et à prévenir des infections.

État de l'épidémie du VIH en Afrique du Sud

À ma dernière visite au Canada, à la fin de 1998, pour présenter des exposés lors de réunions du Réseau juridique, j'ai été frappé par le peu de conscience de l'ampleur de l'épidémie en Afrique du Sud, ou même en Afrique. Je crois que cela a changé, aujourd'hui. Grâce à la conférence de Durban et à la lutte contre les compagnies pharmaceutiques, vous connaissez maintenant les défis de l'Afrique. Toutefois, ce changement a peut-être entraîné un phénomène aussi inquiétant : malgré une sensibilisation accrue à la situation de l'Afrique du Sud, les statistiques sont si déprimantes qu'elles paralysent notre capacité de réagir. Elles sont si écrasantes qu'on en vient presque à perdre de vue les vies réelles, derrière ces chiffres. On en vient presque à oublier que des stratégies peuvent sauver ces vies.

Nous y sommes confrontés chaque jour. J'essaie d'approcher la situation en pensant à l'époque où les quelque 40 millions d'habitants de l'Afrique du Sud vivaient sous le joug de l'apartheid. Dans notre lutte contre ce gouvernement, nous défendions des individus. Nous connaissions le nom des personnes en prison. Nous connaissions le nom des communautés délogées de force. Nous annoncions le nom des personnes tuées en prison. La lutte pour la dignité et les droits civiques de chaque individu nous donnait de la force et alimentait notre capacité de s'attaquer au système. Je crois que notre approche de lutte contre le VIH doit s'inspirer de cette expérience. Avant de vous parler de statistiques, je vous rappelle donc que derrière chaque chiffre, il y a une mère, un père, un amant, un employé ou quelqu'un d'autre. Il est particulièrement important de se le rappeler, en Afrique du Sud, parce que j'ai souvent remarqué un genre de racisme, même au sein de notre propre gouvernement, dans notre réaction à l'épidémie – un racisme qui semble insinuer que les noirs sont capables d'endurer plus de douleur, d'indignité et de manque de choses que l'on considère fondamentales à nos vies. Des choses cruciales. Il est donc important de mentionner quelques-unes de ces personnes.

En Afrique du Sud, les statistiques sont si écrasantes qu'elles paralysent notre capacité de réagir. Nous devons nous rappeler que derrière chaque chiffre, il y a une mère ou un père, un amant ou un employé. Nous devons les nommer. Nous devons reconnaître que nous luttons pour des personnes qui ont des noms, des histoires et des aspirations.

Les statistiques et les personnes derrière ces chiffres

Demain, à Cape Town, on inhumera une petite fille nommée Sibonguilay. Il y a trois semaines, sa mère adoptive nous avait écrit une déclaration sous serment pour notre dossier de poursuite judiciaire relativement à la transmission du VIH de la mère au bébé. Cette déclaration décrivait le décès de la mère de Sibonguilay deux ans auparavant. Il y a deux semaines, la fillette de cinq ans était à son tour emportée par le sida.

Avant de venir ici, je recueillais des déclarations de gens des townships autour de Johannesburg, pour le même dossier. J'ai visité une jeune femme, Sara, qui vit à Sharpville, un township très connu où 68 personnes ont été fusillées en 1961. En revoyant cette femme de trente ans, je fus frappé par l'horreur de l'épidémie. Il y a sept ans, au moment des élections, Sara débordait d'enthousiasme et d'ambition comme tous les Sud-Africains devant leur nouvelle démocratie.

Mais en 2001, son compte de cellules CD-4 est de 64; elle a donné naissance à un petit garçon de 1,4 kg, il y a un mois, sans accès à des antirétroviraux.

Comme si ce n'était pas assez, elle m'a raconté que deux jours plus tôt, son frère l'avait expulsée du foyer familial en disant au voisinage qu'elle avait le sida. Elle était là, devant moi, cette femme flétrie, pathétique et triste, qui vit avec le sida. Il y a des milliers de personnes comme Sara, en Afrique du Sud. Nous devons les nommer. Nous devons reconnaître que nous luttons pour des personnes qui ont des noms, des histoires, des aspirations.

Il y a sept ans, au moment des élections, Sara débordait d'enthousiasme et d'ambition comme tous les Sud-Africains à l'idée d'une nouvelle démocratie. Mais en 2001, son compte de cellules CD-4 est de 64 et elle a donné naissance à un petit garçon de 1,4 kg, il y a un mois, sans accès à des antirétroviraux.

Parlons un peu de l'état de l'épidémie. En entendant l'invitée précédente souligner que nous devons nous efforcer de conserver une longueur d'avance sur l'épidémie, au Canada, j'ai pensé « mon Dieu, j'aimerais bien pouvoir parler de maintenir l'avance sur l'épidémie en Afrique du Sud ». Lors de ma dernière visite en 1998, mon pays était aux prises avec une épidémie de VIH. Aujourd'hui, nous avons une épidémie de VIH et de sida. Selon des données gouvernementales, 1 500 nouveaux cas d'infection surviennent quotidiennement et 4,7 millions de personnes vivent avec le VIH – c'est-à-dire environ 8-9% de la population sud-africaine. Au cours des deux ou trois dernières années, une grave épidémie de sida s'est développée. Dans ma province d'origine, Gauteng, où sont situées Johannesburg et Pretoria, quelque 30 000 personnes mourront de maladies liées au sida, cette année. À l'échelle nationale, on parle de 150 000 décès liés au sida, chaque année. C'est un grand changement. Je suis impliqué dans la lutte contre le VIH depuis environ 1994. Les quatre ou cinq premières années de mon travail à l'AIDS Law Project, je ne voyais pas beaucoup de personnes malades et je n'entendais pas souvent parler de décès. Mais cela a changé. C'est pourquoi la question de l'accès aux médicaments est devenue si cruciale.

Un nouveau rapport du Conseil sud-africain de la recherche médicale, que notre président cherche à dissimuler, révèle que les femmes sont aussi susceptibles de mourir à 25 ans qu'à 75 ans. Cette observation se fonde sur des statistiques et sur l'analyse de certificats de décès de 1999 à 2001. Nous avons franchi un seuil critique. Il fut un temps où des gens pouvaient dire qu'ils ne connaissaient personne qui avait le VIH ou le sida. C'est n'est plus le cas. Aujourd'hui, tout le monde connaît des personnes affectées par le VIH. Il y a trois ou quatre jours, nous avons rencontré l'archevêque de Cape Town et le président du Congrès des syndicats sud-africains, pour former une alliance afin de réagir à l'ineptie de notre gouvernement. L'archevêque de Cape Town, homme très noble, nous a dit : « Vous savez, on a lutté pour la vie, et non pour la mort, durant la libération. Mais maintenant, notre clergé enterre des morts à tous les week-ends ». Et c'est vrai. À Johannesburg, dans ma clinique de droit universitaire qui compte 28 membres, trois sont décédés cette année – deux étaient des aspirants et aspirantes au Barreau. Dans le syndicat avec lequel je travaille, qui emploie 100 personnes, cinq sont mortes cette année. Il y a quelques semaines, Seesway Motamotung, une vedette de football, est décédé. L'année dernière, le porte-parole du président, Parks Maklekana, est décédé. (Bien sûr, il n'est pas décédé du sida – on ne peut mourir du sida quand on travaille pour ce président – mais il est difficile d'expliquer autrement

la mort d'un homme de 36 ans.) Voilà ce à quoi nous faisons face. C'est la transformation de l'épidémie de VIH en une épidémie de sida, qui rend si crucial l'accès aux médicaments.

L'accès aux traitements : une question juridique et de droits de la personne

En Afrique du Sud, nul ne prétend que la question se limite à trouver des pilules pour les malades. Bien sûr que non. C'est une question de développement social, une question de réaction aux causes réelles de l'épidémie, une question de transformation des services de santé, etc. Mais c'est aussi une question de garder les gens en vie. En Amérique du Nord, l'accès aux médicaments a amélioré la vie de nombreuses personnes. Par conséquent, nous dire que de rehausser d'abord nos services de santé et de résoudre d'autres problèmes, avant de s'attaquer aux questions d'accès aux traitements, c'est nous inviter à laisser mourir les milliers de personnes qui ont le sida pour régler d'autres questions en priorité. C'est absurde. Même si j'ai été invité ici à titre de co-président de l'AIDS Law Project, je parle de plus en plus en tant que secrétaire de la Treatment Action Campaign. Je ne crois pas que ce soit un problème, car l'accès aux traitements et aux services de santé est sans aucun doute devenu la question centrale d'ordre juridique et de droits de la personne. C'est le plus grand défi de droit et de droits de la personne, pour nous, au coeur de notre épidémie.

J'irais jusqu'à dire que c'est la question dont dépendront les autres aspects des droits de la personne, dans le contexte de l'épidémie. Je dis cela malgré mon travail pour les droits civiques et politiques. Il y a deux semaines, nous avons terminé la préparation de la deuxième édition de *HIV/AIDS and the Law*, un manuel de 500 pages qui porte principalement sur les droits civiques et politiques. Nous avons gagné des causes devant la Cour constitutionnelle, qui réaffirment le droit des individus à l'égalité, à l'emploi, à la dignité, etc. Certes, il est bien de jouir du droit à l'égalité et à l'emploi, mais à quoi bon avoir un travail si vous n'avez plus la santé dans quelque temps? Nos gains sur le plan des droits civiques et politiques n'ont changé ni l'environnement, ni le cours de l'épidémie en Afrique du Sud, à l'exception des quelques milliers de personnes aidées par nos victoires. L'ouverture à propos de l'infection à VIH est encore rare. Alors que nous commençons à nous demander pourquoi il en est ainsi, nous découvrons que l'attitude, la culture et la façon dont les gens réagissent pourraient être profondément transformées, si nous pouvions modifier les perceptions de ce qu'est la vie avec le VIH et éliminer la croyance que le VIH est automatiquement un verdict de mort. Notre gouvernement a adopté un slogan qui dit que la prévention est le remède... C'est bien beau si vous n'avez pas le VIH, mais peu utile si vous l'avez déjà. Voilà pourquoi nous croyons qu'il est si crucial de s'attaquer à la situation.

L'accès aux traitements et aux services de santé est sans aucun doute devenu la question centrale d'ordre juridique et de droits de la personne. Les autres aspects des droits de la personne en dépendront, dans le contexte de l'épidémie.

Le droit a un rôle à y jouer. Cette année, la poursuite judiciaire contre la Pharmaceutical Manufacturers Association (PMA), dans laquelle s'est impliqué l'AIDS Law Project, fut une lutte juridique et sur d'autres plans. Il ne fait pas de doute que le Réseau juridique canadien VIH/sida a contribué à l'abandon de la poursuite et à la diminution du coût des médicaments. En Afrique du Sud, aujourd'hui, une multithérapie coûte environ 1 000 rands par mois, alors qu'en janvier dernier elle coûtait 4 000 rands. Le prix actuel est encore au delà des moyens de la grande

majorité de la population. La plupart des habitants gagnent environ 600 rands par mois – nous sommes donc encore loin d’une solution. Mais cette baisse des prix signifie qu’au lieu de seulement 10 000 personnes (sur cinq millions) qui pouvaient prendre des antirétroviraux, maintenant 150 000 personnes sont en mesure de s’en procurer. Cette lutte a donc sauvé bien des vies.

Le droit joue aussi un rôle dans une poursuite que nous avons déposée la semaine dernière, afin d’obliger notre gouvernement à rendre accessible le médicament « névirapine » pour réduire le risque de transmission périnatale du VIH et à élaborer un plan national de traitement du VIH. Nous y invoquons le droit des individus à l’accès aux services de santé. Pour vous donner une idée de l’urgence de la situation : chaque année, en Afrique du Sud, 70 000 nouveau-nés naissent avec le VIH, de mères séropositives. Oui, le droit a un rôle à jouer, mais je dirais de plus en plus qu’il doit s’accompagner d’efforts de mobilisation sociale, de recherche et de défense des droits.

Le droit, en soi, peut produire de bons documents de recherche et entraîner des décisions judiciaires positives. Mais sans une mobilisation sociale autour de ces décisions, elles ne seront jamais appliquées. Pour être honnête, nous devons aussi parfois nous demander si des lois doivent être enfreintes. Nous devons suivre notre conscience. Nous croyons que certaines lois sur les brevets, dans la façon dont elles sont utilisées par des compagnies pharmaceutiques, violent notre constitution et les droits qu’elle garantit. Nous

Il faut respecter la loi, mais il faut aussi la transformer, si nécessaire, pour qu’elle nous aide à réagir à l’épidémie. Nous devons faire en sorte que la loi favorise les intérêts de l’ensemble de la société qu’elle est supposée servir.

sommes bel et bien prêts à transgresser ces lois. Nous avons mis en branle une campagne d’actes de défi de la loi. Nous importons illégalement en Afrique du Sud une version générique du médicament « diflucan » de Pfizer (aussi connu sous le nom de « fluconazole ») et nous le distribuons à diverses institutions, pour qu’il soit prescrit adéquatement par des médecins et des infirmières. Nous considérons cette campagne légitime et justifiable, devant l’injustice des lois. Notre message dit « oui, il faut respecter la loi, mais il faut aussi la transformer, si nécessaire, pour qu’elle nous aide à réagir à l’épidémie ». Nous devons faire en sorte que la loi favorise les intérêts de l’ensemble de la société qu’elle est supposée servir.

En conclusion, je crois que les partenariats comme le nôtre sont extrêmement importants. J’espère que nous serons en mesure de le renforcer, durant les deux prochaines journées et demie, et les mois et années à venir. Je vous exhorte à considérer l’Afrique du Sud, et votre relation avec ce pays par l’intermédiaire du Réseau juridique, comme une tribune pour enclencher la résolution de certains problèmes et défis globaux liés à l’accès aux traitements. L’Afrique du Sud est le pays d’un dixième des personnes vivant avec le VIH dans le monde, mais c’est aussi une société de plus en plus mobilisée par des syndicats, des églises et la Treatment Action Campaign. Notre société a une volonté (peut-être issue de sa lutte contre l’apartheid) de s’attaquer aux problèmes et de les vaincre. Mais je dois ajouter que le temps nous file entre les doigts. Chaque année, 150 000 Sud-africains meurent du sida et ce chiffre continuera de croître – il est donc urgent d’agir. Chaque effort, chaque semaine, compte.

Quel rôle y jouent les ADPIC? Pourquoi les Canadiens devraient-ils y voir?

Richard Elliott
Directeur des politiques et de la recherche
Réseau juridique canadien VIH/sida

Le procès qu'avait intenté l'Association des fabricants pharmaceutiques (PMA), en Afrique du Sud, est un exemple bien concret de la manière dont certains invoquent des traités internationaux et les droits de propriété intellectuelle privée, pour limiter la liberté des pays d'agir dans le meilleur intérêt du public et pour la protection et la promotion de la santé et du bien-être de leurs citoyens.

Mais je crois bien que cette affaire nous a aussi donné une raison d'avoir espoir, car ce fut l'une de ces trop rares histoires de réussite. Pleins de détermination devant une terrible crise, des activistes locaux appuyés par la solidarité mondiale *peuvent* réussir à tenir tête à l'industrie la plus lucrative du monde. Parfois, la justice *gagne* – même s'il ne s'agit ici que d'une des luttes très importantes dans une campagne beaucoup plus longue.

Dans un instant, Marie-Hélène Bonin expliquera l'action mondiale de Médecins sans frontières pour l'accès aux médicaments essentiels et pour la recherche sur des maladies négligées. Elle présentera aussi un aperçu des principaux points sur lesquels les militants pour les traitements devront insister, au cours des prochains mois et années. Puis le Dr David Roy parlera de la question de notre obligation éthique de nous attaquer aux questions de vie et de mort qui touchent à l'accès mondial aux traitements.

En guise de toile de fond à leurs commentaires sur les raisons pour lesquelles nous, Canadiens et Canadiennes, devons agir, et sur nos moyens de le faire, je souhaite examiner avec vous le lien entre la lutte que mènent la Treatment Action Campaign, l'AIDS Law Project et leurs alliés du monde entier, contre la situation sud-africaine, et les conséquences de l'agenda corporatiste qui sous-tend l'Accord sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (l'Accord sur les ADPIC), dans le dossier d'un accès équitable à des soins de santé au Canada.

Je sais que ceux vous, dans cette salle, avez été marqués par la profonde injustice que le juge Edwin Cameron a condamnée avec éloquence, à la Conférence internationale sur le sida qui s'est tenue l'an dernier à Durban :

Au coeur de la pauvreté de l'Afrique, je suis devant vous parce que je suis capable d'acheter la santé et la force. Je suis là parce que j'ai les moyens de payer pour la vie elle-même. À mes yeux, cette iniquité est de proportions considérables – que, simplement par ma relative richesse, je puisse être en vie alors que d'autres sont morts; que je puisse rester en forme et en santé alors que la maladie et la mort assiègent des millions d'autres personnes. [trad.]¹

¹ Juge Edwin Cameron. « L'assourdissant silence du sida », Jonathan Mann Memorial Lecture, XIIIe Conférence internationale sur le sida, Durban, Afrique du Sud, 10 juillet 2000, reproduit et traduit dans *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 86-94, à la p. 88

Nous devons être poussés à l'action par notre conscience. Cela devrait être suffisant. Mais au delà d'un appel à la moralité, nous pouvons – et nous devons probablement – faire aussi appel à l'intérêt éclairé des Canadien-ne-s. Et bien sûr le premier défi sera de faire la lumière.

C'est pourquoi je voudrais parler de trois développements précis qui illustreront pourquoi les Canadiens devraient s'inquiéter de l'agenda qui a conduit à la mise en place de l'Accord sur les ADPIC, en premier lieu, et qui sous-tend les pressions actuelles de certains qui souhaitent une politique encore plus déséquilibrée, en matière de droits de propriété intellectuelle.²

L'agenda corporatiste derrière les soi-disant accords de « libre échange » menace très sérieusement la santé et le bien-être, non seulement des pauvres de ce monde, mais aussi de chacun d'entre nous qui a la chance de vivre dans un pays riche.

La critique pourrait aller beaucoup plus loin et plus profond. Mais ces trois développements devraient suffire à mettre en relief le fait que l'agenda corporatiste derrière les soi-disant accords de « libre échange » menace très sérieusement la santé et le bien-être, non seulement des pauvres de ce monde, mais aussi de chacun d'entre nous qui a la chance de vivre dans un pays riche.

L'affaire des *Médicaments génériques* – Un dangereux précédent

Premièrement, penchons-nous sur l'expérience du Canada, à ce jour, relativement à l'Accord sur les ADPIC.

En mai 2000, un Groupe spécial de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), l'instance qui tranche les différends en vertu des traités commerciaux de l'OMC, a rendu une décision dans l'un des premiers cas portant sur l'interprétation de l'Accord sur les ADPIC en ce qui concerne les brevets de médicaments; ce verdict constitue un dangereux précédent. Dans ce qu'on appelle communément l'affaire des *Médicaments génériques*, les Communautés européennes (C.E.), appuyées plus tard par les États-Unis, ont déposé une plainte devant l'OMC, alléguant que deux aspects de la *Loi sur les brevets* du Canada contrevenaient aux dispositions de l'Accord sur les ADPIC.

Le Canada a réussi à sauvegarder la plus importante des deux dispositions contestées (ce qui n'est pas étonnant puisque les États-Unis et plusieurs pays européens ont des dispositions semblables dans leurs propres lois). Mais nous avons été défaits sur l'autre point – et nous avons perdu d'une manière qui pourrait être dommageable dans des litiges ultérieurs où serait en cause la loi d'un pays au regard de l'Accord sur les ADPIC. La décision est préoccupante sur deux plans :

- Premièrement, à cause du biais qu'elle établit pour d'éventuelles interprétations de l'Accord sur les ADPIC, en particulier en ce qui concerne les politiques sur les médicaments; et

² Ces remarques ont été présentées avant la menace des gouvernements du Canada et des États-Unis d'enfreindre le brevet de Bayer sur le médicament anti-anthrax nommé ciprofloxacine, devant le risque de bioterrorisme.

- deuxièmement, à cause de ce qui n’y est *pas* dit de l’importance d’équilibrer la protection des droits de brevets privés et l’intérêt public de promouvoir la santé et les droits de la personne.

Examinons ces deux points.

Premièrement, le Groupe spécial de l’OMC a adopté une approche très étroite, et biaisée, dans l’interprétation de l’Accord sur les ADPIC. La loi canadienne permettait aux fabricants de médicaments d’« emmagasiner » une version générique d’un médicament breveté, pendant les 6 mois précédant l’expiration du brevet, de manière à être prête à vendre leur produit générique dès l’expiration du brevet du médicament de marque. La loi, comme vous vous en doutez, ne permettait cependant pas la vente de produits générique avant la fin de la durée du brevet. En d’autres mots, elle n’entravait aucunement le monopole de marché du détenteur de brevet, pendant la durée de sa protection – ce qui est l’aspect le plus important d’un brevet. Néanmoins, au terme d’un raisonnement plutôt tordu, le Groupe spécial a conclu que le fait de permettre aux fabricants génériques d’accumuler des stocks de leur produit (afin d’être prêts à le vendre au moment permis) constituait un « réduction substantielle » des droits exclusifs du détenteur de brevet – et qu’en soi, cela ne pouvait pas constituer une « exception limitée » aux droits exclusifs de brevets, en vertu de l’Accord sur les ADPIC.

Cela dépasse largement ce à quoi les pays se sont engagés en signant l’Accord sur les ADPIC (i.e. une protection de 20 ans aux inventeurs). Cela intègre au traité un nouveau droit, tout à fait différent, pour les détenteurs de brevets : un « droit » à des monopoles supplémentaires de marché, au delà de la durée de leur brevet. Le Groupe spécial a adopté le raisonnement selon lequel c’est là l’intention des pays, en signant l’accord, bien qu’il s’agisse d’un point suffisamment important pour croire que les signataires l’auraient clarifié, s’ils avaient eu cette intention. De fait, le Canada et une majorité des pays qui sont intervenus dans le différend ont affirmé que cela n’avait pas été leur intention. En outre, l’Accord sur les ADPIC stipule que les États ne sont pas obligés, dans leurs lois, de protéger les brevets au delà de ce que requiert l’accord.

Deuxièmement, la décision est importante en ce qu’elle ne dit pas – ce que reflète encore l’approche étroite qu’a adoptée le Groupe spécial, pour l’interprétation de l’accord. Dans son plaidoyer pour défendre les dispositions de sa *Loi sur les brevets*, le Canada a soutenu qu’il a un intérêt national légitime dans « des mesures propices au bien-être social » et qu’il « cherchait à protéger la santé publique » en « favorisant l’accès à des médicaments génériques efficaces et peu coûteux après l’expiration du brevet et, dans cette perspective, [que ces mesures] prenaient en compte l’intérêt légitime des particuliers, des assureurs privés et des entités du secteur public qui finançaient les soins de santé au maintien de l’accès à des médicaments financièrement abordables »

Les C.E. ont répondu en affirmant que ces considérations n’étaient « guère pertinentes » à l’interprétation de l’Accord sur les ADPIC. Elles ont ajouté que l’accord est « neutre à l’égard [de ces] valeurs de la société » et que « aucune des considérations de politique générale publique [...] ne pouvait être invoquée pour justifier des mesures qui étaient incompatibles avec les dispositions de l’Accord [...] » Les CE ont expressément rejeté l’idée que « les consommateurs ou l’ensemble de la société » puissent avoir quelque « intérêt légitime » qui puisse être considéré dans le cadre de l’Accord sur les ADPIC. Elles sont allés jusqu’à affirmer en toute absurdité, que l’achat ou la

consommation d'un médicament par un patient n'avait aucune pertinence, du point de vue du brevet. Au dire des C.E., l'accord sur les ADPIC « ne visait pas à résoudre les problèmes de santé publique du monde entier. »

Il est carrément faux d'affirmer que la santé publique ou d'autres considérations d'intérêt public n'ont rien à voir avec l'interprétation de l'Accord sur les ADPIC. Il est particulièrement inquiétant qu'en fondant son interprétation aussi solidement dans les intérêts des détenteurs de brevets privés, le Groupe spécial semble avoir laissé pour compte certaines parties absolument fondamentales de l'Accord : des parties qui abordent directement le souci d'assurer un équilibre entre les intérêts de l'entreprise privée et le bien public.

L'article 8 de l'Accord sur les ADPIC, que le Canada a invoqué à sa défense, affirme expressément que les États peuvent adopter, dans leurs lois, les mesures nécessaires pour protéger la santé publique et pour promouvoir l'intérêt public dans des secteurs d'importance vitale pour leur développement. L'accord stipule, de plus, que des mesures peuvent s'avérer nécessaires pour empêcher le recours abusif aux droits de propriété intellectuelle, ou à des pratiques qui limitent de manière déraisonnable le commerce ou nuisent indûment au transfert international de technologie. En outre, l'article 7 de l'accord stipule que la protection des droits de propriété intellectuelle devrait avoir pour but de promouvoir l'innovation et la dissémination de la technologie « à l'avantage mutuel de ceux qui génèrent et de ceux qui utilisent des connaissances techniques et d'une manière propice au bien-être social et économique ». Il mentionne aussi, expressément, « un équilibre de droits et d'obligations ».

Le Canada a maintenant amendé sa Loi sur les brevets et retiré la disposition qui permettait aux fabricants de médicaments génériques d'emmagasinier leur produit et d'être prêts à le vendre dès l'expiration du brevet. Les délais que cela implique causeront des coûts supplémentaires, pour les patients et pour les assureurs publics et privés.

Pourtant, dans l'affaire *Médicaments génériques*, le Groupe spécial a complètement ignoré ces grands principes de l'Accord sur les ADPIC. Plutôt que de prendre en considération l'intérêt public comme le Canada l'y exhortait, il a porté son regard exclusivement sur les attentes des détenteurs de brevets en termes de retours financiers attendus de l'attribution d'une exclusivité de marché par un brevet. Plutôt que de considérer la nécessité d'équilibrer divers intérêts sociaux et économiques, le Groupe a décidé que, puisque les détenteurs de brevets s'attendaient à jouir de monopoles au delà même de la durée de leurs brevets – en empêchant que des médicaments génériques soient fabriqués à l'approche de l'expiration du brevet, et en retardant davantage l'arrivée de ces médicaments sur le marché –, alors cela devait faire partie de l'exploitation « normale » d'un brevet, et que l'interférence du Canada à l'encontre des attentes normales des détenteurs de brevets ne pouvait pas être justifiée.

Notons qu'en adoptant cette interprétation très étroite à l'égard des exceptions aux droits de brevets qui peuvent être prévues dans les lois des pays, le Groupe spécial a ignoré non seulement ces deux articles qui constituent des fondements de l'Accord sur les ADPIC, mais aussi les principes élémentaires de l'interprétation des traités, qui sont clairement établis dans une convention antérieure (la *Convention de Vienne sur le droit des traités*). Le Groupe spécial a même ignoré le principe affirmé par l'Organe d'appel de l'OMC, dans une affaire antérieure, à

l'effet que s'il existe plus d'une approche plausible pour l'interprétation d'un traité, on doit choisir la moins restrictive de la souveraineté des États.³

Quelle qu'en soit la raison, le Gouvernement du Canada a choisi de ne pas porter cette décision en appel devant l'Organe d'appel de l'OMC. Peut-être avait-on peur – et peut-être à raison – qu'en étant débouté une fois de plus, on aurait risqué d'établir un précédent encore pire. Le Canada a maintenant amendé sa *Loi sur les brevets* afin d'en retirer la disposition qui permettait aux fabricants de médicaments génériques d'emmagasiner leur produit et d'être prêts à le vendre dès l'expiration du brevet. Les délais que cela implique causeront des coûts supplémentaires, pour les patients et pour les assureurs publics et privés.

Solidarité internationale?

Comme l'illustre l'affaire des *Médicaments génériques*, le Canada – et pas seulement les pays en développement – subit un revers sur le plan des saines politiques pharmaceutiques, à cause de l'Accord sur les ADPIC. Vous pourriez croire que cette défaite inspire au gouvernement canadien une compréhension, une sympathie, voire une solidarité à l'endroit des pays en développement désireux d'utiliser la souplesse qu'est censé offrir l'Accord sur les ADPIC, afin de favoriser l'accès à des médicaments abordables. Mais vous auriez malheureusement tort, comme en ont fait foi le mutisme du Canada dans la récente dispute entre les États-Unis et le Brésil, devant l'OMC, ainsi que la conduite regrettable de notre gouvernement lors des récentes rencontres du Conseil de l'OMC sur les ADPIC. Observons ces deux épisodes tour à tour.

Le Brésil est souvent cité en exemple, comme un pays en développement qui, par des politiques efficaces sur le sida, fournit des médicaments gratuits – y compris des antirétroviraux – à plus de 90 000 personnes vivant avec le VIH/sida qui ne pourraient pas s'en payer autrement. Cette mesure a considérablement réduit les taux de mortalité et de maladies infectieuses. Le programme de traitement a été si fructueux que Médecins Sans Frontières a annoncé, il y a quelques jours, qu'il travaillera avec le Brésil pour répliquer son succès dans d'autres pays en développement.

Vous vous souviendrez que les États-Unis et le Brésil ont réglé – du moins pour le moment – leur dispute à propos d'une disposition de la loi brésilienne sur les brevets. Cette disposition prévoit que, pour jouir du plein exercice de leurs droits d'invention, au Brésil, un détenteur de brevet doit « exploiter localement » son brevet en moins de trois ans après son obtention – autrement dit, fabriquer au Brésil le médicament breveté – s'il est économiquement viable de le faire. Si cette exigence d'« exploitation locale » n'est pas respectée, une licence obligatoire peut être émise pour permettre à quelqu'un d'autre de fabriquer le produit sur place, en payant des redevances adéquates au détenteur du brevet (comme le prévoit l'Accord sur les ADPIC).

Alors que l'industrie pharmaceutique et les États-Unis qualifient cette exigence de mesure protectionniste visant à créer des emplois au Brésil (comme s'il s'agissait d'un mauvais objectif), les défenseurs du droit aux traitements ont souligné qu'au lieu de la simple importation, la production locale de médicaments aide à :

³ Voir R. Howse, « The Canadian Generic Medicines Panel: A Dangerous Precedent in Dangerous Times », *Journal of World Intellectual Property*, 2000, 3(4) : 493-507.

- isoler les prix des médicaments brésiliens contre les effets des fluctuations de la devise;
- stimuler un bassin de connaissances, dans ce domaine de la technologie, qui peut servir à la production de médicaments génériques lorsqu'un brevet expire ou si une licence obligatoire doit être émise plus tôt afin de contrer l'abus des droits de brevets, ou encore si un fabricant breveté cesse de fabriquer un médicament qui est encore nécessaire dans un pays mais pour lequel le marché mondial n'est plus assez vaste pour qu'il soit profitable de le produire; et
- progresser vers un des objectifs énoncés dans l'Accord sur les ADPIC : le transfert et la dissémination de la technologie.

Les défenseurs de l'accès aux traitements ont maintes fois exhorté le gouvernement canadien à appuyer le Brésil dans ce litige. Comme nous l'avons expliqué, si notre gouvernement considère qu'un pays peut justifier des mesures légales visant à favoriser l'accès à des médicaments abordables, en tant qu'acte souverain pour protéger la santé publique, tel que le Canada l'a affirmé dans sa propre défense devant l'OMC dans l'affaire des *Médicaments génériques*, alors certainement que le même raisonnement vaut pour un pays en développement qui subit des pressions des États-Unis qui nuiront à un programme national très efficace de traitement du VIH/sida? Les Brésiliens ne méritent-ils pas la même considération que les Canadiens?

Notre gouvernement a cependant agi « à la canadienne » – il s'est assis sur la clôture et nous a dit qu'il surveillerait la situation. Ce n'est pas un bien brave leadership...

Et, tristement, depuis quelques jours le Canada est passé de sa position sur la clôture à un réel obstructionnisme. Le Conseil de l'OMC sur les ADPIC était réuni à Genève, cette semaine, et le principal élément de discussion touchait la nécessité d'assurer que l'Accord sur les ADPIC ne nuise pas à la liberté des pays d'équilibrer les droits de propriété intellectuelle et l'intérêt public de la santé. Un groupe de 52 pays en développement de l'Afrique, de l'Asie et de l'Amérique du Sud a déposé des propositions pour assurer que l'Accord ne soit pas utilisé pour empêcher les gouvernements d'adopter des mesures pour rendre les médicaments plus abordables.

Les États-Unis ont présenté des contre-propositions qui, comme l'a affirmé un ONG, « pourraient tout aussi bien être un collage d'extraits » du site Internet de la Pharmaceutical Research and Manufacturers of America

Le gouvernement canadien doit changer sa position à l'OMC et appuyer fermement les efforts des pays en développement. Dans ce dossier comme dans plusieurs autres, le Canada doit faire preuve d'un leadership moral, et s'abstenir d'endosser sans questionnement les actions du gouvernement américain qui entraîneront la mort et la souffrance de millions de personnes.

(PhRMA), le groupe de lobby de l'industrie des médicaments de marque, aux États-Unis. Un peu étonnamment, le Canada a appuyé la position des É.-U. Ce n'est pas seulement honteux, et digne d'une critique très publique, ici au Canada. C'est aussi d'une myopie effarante. Lui-même victime directe du manque de souplesse avec lequel on peut interpréter l'Accord sur les ADPIC, et témoin immédiat de la manière dont on expédie jusqu'ici les préoccupations de santé publique, dans cette interprétation, le Canada devrait être un peu mieux avisé. Le gouvernement canadien doit changer sa position à l'OMC et appuyer fermement les efforts des pays en développement, à

la prochaine rencontre ministérielle de l'OMC, en novembre. Dans ce dossier comme dans plusieurs autres, le Canada doit faire preuve d'un leadership moral, et s'abstenir d'endosser sans questionnement les actions du gouvernement américain qui entraîneront la mort et la souffrance de millions de personnes.

Test génétique de prédiction du cancer du sein

Pour illustrer la myopie d'une telle position, permettez-moi de me pencher sur le deuxième exemple qui devrait convaincre les Canadiens que nous devons être actifs dans la bataille pour assurer que les régimes de commerce international et de brevets n'entravent pas l'accès à des soins de santé abordables.

Cette semaine, les journaux ont rapporté que le gouvernement de l'Ontario « met au défi » une entreprise américaine, Myriad Genetic Laboratories, qui prétend détenir des droits de brevets qui empêcheraient tout autre intervenant d'utiliser un test de dépistage génétique de gènes associés, chez certaines femmes, à un risque particulier de cancer du sein.⁴ Myriad, en réclamant des droits de brevets sur les gènes BRCA1 et BRCA2, exige que tous les tests de dépistage du cancer qui reposent sur l'examen de ces deux gènes soient effectués dans ses propres laboratoires ou des laboratoires auxquels elle a accordé une licence d'utilisation de ces gènes.

Jusqu'à récemment, les plans d'assurance santé de quelques provinces couvraient le coût de 800\$ de ce test effectué dans des hôpitaux canadiens. Mais Myriad demandera 3 850\$ par test (quatre fois plus). La B.C. Cancer Authority et le gouvernement de l'Alberta ont tous deux cédés aux demandes de Myriad, et annoncé qu'ils ne couvriraient plus le coût du test (on vient cependant d'annoncer, tout récemment, que les deux provinces sont peut-être en train de revoir leurs positions). En revanche, le gouvernement de l'Ontario a affirmé qu'il continuerait de payer le coût du test et qu'il entendait mettre ce dossier à l'ordre du jour de la prochaine rencontre des ministres de la Santé. Nous avons entendu des déclarations renversantes, de la part du gouvernement ontarien, ces derniers jours. Le premier ministre Harris a affirmé que les bienfaits du projet du génome humain « ne devraient pas être la propriété d'une poignée d'entreprises » [trad.]. On l'a cité comme ayant dit aussi :

Le gouvernement fédéral devrait examiner les lois canadiennes sur les brevets pour s'assurer que tous les citoyens puissent bénéficier de cette nouvelle frontière (sic) de la recherche. Si nous avons la capacité de sauver une vie, nous avons la responsabilité de le faire. [trad.]

Et, en parlant de limiter l'emprise des brevets pharmaceutiques, il a dit :

Lorsqu'il s'agit d'aide et de bienfaits concrets pour l'humanité ... il y a d'autres exemples de changements importants aux limites de ce que permettent les lois sur les brevets. [trad.]

⁴ R. Mackie, « Harris battles firm over gene patenting », *The Globe & Mail*, 20 septembre 2001; R. Benzie, « Ontario to defy US patents on cancer genes », *National Post*, 20 septembre 2001; C. Mallan, « Gene tests for cancer won't stop », *Toronto Star*, 20 septembre 2001; « Ontario defies US gene company over cancer test, arguing health care at risk », *Canadian Press Wire*, 19 septembre 2001; H. Kent, « Patenting move ends BC's gene testing program », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2001, 165(6) : 812.

Dans la même veine, le ministre de la Santé de la province a demandé si les bienfaits de la recherche sur le génome humain « vont se résumer à une série de monopoles établissant des prix exclusifs pour des tests que la plus grande partie du Canada – et, de fait, la majeure partie du monde – ne peut pas se payer? »

Forte rhétorique, venant d'hommes dont l'allégeance à l'entreprise privée, si l'on en juge par ce qu'ils ont fait jusqu'ici, a souvent été indifférente à toute référence aux droits humains ou même à la décence élémentaire. Mais nous avons encore, dans ce pays, pour le moment, un système de soins de santé financé par les deniers publics et prétendument universel; et ces dirigeants constatent les immenses implications financières que les brevets sur des gènes auraient sur les dépenses de l'État.

Pour le moment, ils parlent de réexaminer l'équilibre entre les profits privés et le coût abordable des soins de santé. Mais il pourrait être très facile, pour eux, de changer de refrain et de commencer à utiliser cette affaire comme un autre prétexte pour rétrécir le registre du système public de soins de santé du Canada. Nous devrions être sceptiques, devant leur préoccupation soudaine pour la santé et le bien-être des pauvres, chez nous et dans le monde, mais nous devons tout de même saisir l'occasion. Notre défi est de nous assurer que ce point de mire soit, et demeure, d'arriver à un juste équilibre entre la protection des brevets et le bien public.

Menaces actuelles : l'ALÉNA, l'ALÉA et l'AGCS

En outre, je veux mentionner certains autres développements qui sont en cours et qui montrent pourquoi les Canadiens, et pas seulement les Sud-africains ou les personnes qui vivent dans les pays en développement, devraient se préoccuper de leur accès aux soins de santé. Il s'agit de ce que j'appelle « la moins sainte des trinités » – trois autres traités de commerce qui menacent de nuire à la capacité de pays comme le Canada de préserver des systèmes publics de soins de santé qui offrent un accès relativement équitable à ces services. Je parle de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALÉNA), de l'Accord de libre-échange des Amériques (ALÉA) et de l'Accord général [de l'OMC] sur le commerce et les services (AGCS).

L'ALÉNA

L'une des caractéristiques les plus perverses de l'ALÉNA (et un précédent dans les accords de commerce) est le chapitre 11 : un ensemble de dispositions qui donnent aux grandes corporations le droit indépendant de poursuivre des gouvernements devant des tribunaux spéciaux (qui fonctionnent en grande partie dans le secret et sans grande transparence publique) pour obtenir des compensations financières s'ils considèrent que des politiques ou actions gouvernementales affectent la valeur de leur propriété privée.

On peut être sympathique à la notion que l'expropriation par un gouvernement ne devrait pas se faire sans compensation, mais l'expérience relative à l'ALÉNA, jusqu'ici, démontre que les corporations n'ont pas recours au traité pour la protection contre la saisie de propriété par l'État, mais plutôt pour attaquer des politiques et des lois qui visent à protéger l'environnement, la santé, ou d'autres intérêts publics.

Les tentatives visant à ce que des règlements gouvernementaux garants d'intérêts publics soient considérés comme des expropriations justifiant des compensations ont généralement été rejetées,

dans le droit des États-Unis et du Canada. Alors de grandes entreprises ont décidé de faire progresser cet agenda devant des tribunaux de l'ALÉNA, qui leur sont beaucoup plus conciliants. De fait, le Canada subit la plus grande attaque contre les lois d'intérêt public qu'on a vue en sept ans, depuis l'avènement de l'ALÉNA : des corporations réclament 11 milliards \$ US des contribuables canadiens, en compensation pour des réglementations adoptées par le gouvernement.⁵

Par exemple, le gouvernement canadien a déjà payé 13 millions \$ US à l'Ethyl Corporation, pour régler la poursuite de cette entreprise, qui affirmait que l'interdiction canadienne d'importation de l'additif à essence nommé MMT (connu comme un produit toxique) constituait une expropriation. Le Canada a fini par lever l'interdiction. (Je dois faire remarquer que le montant réclamé est juste un peu moins de la moitié de la somme annuelle que le Canada consacre à la Stratégie sur le VIH/sida.) Autres exemples : des contestations réussies, contre la mise en oeuvre par le Canada de deux accords internationaux en matière d'environnement; des contestations réussies contre une municipalité du Mexique qui refusait d'accorder un permis de construction pour un établissement à déchets toxiques; et une contestation en cours par l'entreprise de messageries UPS à l'encontre des services de colis et de messagerie offerts par le gouvernement par le biais de Postes Canada.

Peut-être n'est-ce qu'une question de temps, avant que des compagnies pharmaceutiques détentrices de brevets poursuivent les gouvernements provinciaux dont les politiques prévoient une substitution par des produits génériques pour des médicaments couverts par l'assurance maladie. Peut-être s'attaqueront-elles aux mécanismes de contrôle du prix des médicaments, comme le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

Vous pouvez imaginer les implications pour les mesures gouvernementales visant à améliorer l'accès à des médicaments génériques abordables. Peut-être n'est-ce qu'une question de temps, avant que des compagnies pharmaceutiques détentrices de brevets entreprennent des poursuites contre les gouvernements provinciaux dont les politiques prévoient une substitution par des produits génériques pour des médicaments couverts par l'assurance maladie. Peut-être s'attaqueront-elles aux mécanismes de contrôle du prix des médicaments, comme le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) qui a été créé à titre de mesure de consolation par le gouvernement Mulroney suite à l'abrogation de la majorité des licences obligatoires en vertu de la *Loi sur les brevets*, en 1987 et 1993. (De fait, des sociétés pharmaceutiques ont déjà commencé à contester la *juridiction* du CEPMB.)

L'ALÉNA pourrait être un obstacle majeur à ce que le Canada puisse jamais ré-adopter des dispositions plus vastes en matière de licences obligatoires, dans ses lois, car cela entraînerait presque certainement des poursuites à l'effet qu'il s'agirait d'une forme d'expropriation par le gouvernement. En ce sens, le Canada va pourtant déjà bien plus loin que les exigences de l'Accord sur les ADPIC de l'OMC, qui est entré en vigueur en 1995. D'ailleurs, l'Accord permet

⁵ Public Citizen, « NAFTA Chapter 11 Investor-to-State Cases: Bankrupting Democracy – Lessons for Fast Track and the Free Trade Area of the Americas », Public Citizen et Friends of the Earth, septembre 2001 (www.citizen.org).

aux pays d'intégrer à leurs lois domestiques des dispositions de licences obligatoires, bien que certaines restrictions puissent devenir problématiques, en particulier pour les pays qui n'ont pas de capacité de produire eux-mêmes leurs médicaments génériques.

L'ALÉA

L'Accord de libre-échange des Amériques (ALÉA) contient, en l'essence, les pires dispositions de l'ALÉNA et de l'ADPIC, étendues à tout l'hémisphère. Le texte est en négociation, mais tous les signes visibles laissent entrevoir des problèmes dans l'équité de l'accès à des soins de santé abordables.⁶ Les pays latino-américains et caribéens en développement sont susceptibles d'en être les plus affectés, mais aucun pays n'en sortira indemne.

Sur le plan de la propriété intellectuelle, il y a de fortes pressions pour qu'on y intègre des dispositions « ADPIC-plus » (plus poussées), en étendant les droits de monopoles et en limitant encore plus les options qui subsistent à la suite de l'Accord sur les ADPIC (comme les mesures de licences obligatoires) et qui donnent une certaine souplesse aux pays pour s'occuper de leurs problèmes ou préoccupations domestiques de santé publique. On risque aussi de limiter davantage la possibilité d'attribuer des licences obligatoires qui permettraient d'exporter des médicaments génériques – par exemple à des pays en développement qui n'ont pas la capacité de fabriquer les leurs.

Les États-Unis ont indiqué qu'ils souhaitent voir intégrer dans l'ALÉA des dispositions qui permettraient d'étendre plus longtemps la durée des brevets, retardant même l'arrivée de médicaments génériques sur le marché. En outre, pour revenir à la question des brevets sur les gènes que j'ai abordée il y a un moment, le texte proposé pour l'ALÉA étendrait les pouvoirs de monopole des corporations qui en détiennent – plutôt que d'exempter de la « brevetabilité » les découvertes génétiques (qui ne sont en fait pas des « inventions »).

L'Accord de libre-échange des Amériques (ALÉA) contient les pires dispositions de l'ALÉNA et de l'ADPIC, étendues à tout l'hémisphère. Les pays latino-américains et caribéens en développement sont susceptibles d'en être les plus affectés, mais aucun pays n'en sortira indemne.

En plus de resserrer la protection de la propriété intellectuelle privée, l'ébauche du texte propose d'inclure une section de type ALÉNA qui donnerait aux corporations la possibilité d'intenter des poursuites directement contre des gouvernements pour entrave aux profits – par exemple à cause de lois ou de politiques susceptibles de limiter les droits de brevets pour protéger des intérêts publics.

Autrement dit, l'ALÉA est une attaque à deux volets qui imposera aux États des règles encore plus rigides sur les brevets et qui laissera l'industrie voir à leur application.

L'AGCS (« GATS » en anglais)

Finalement, l'Accord général sur le commerce et les services (un des accords de l'OMC) limite les actions de gouvernements pertinentes aux services – comme les services de soins de santé. À

⁶ Pour une analyse, voir R. Weissman, « Comments on the draft FTAA text », Washington (DC), Essential Action, 22 août 2001.

l'instar d'autres accords de commerce, l'AGCS vise à permettre de contester des réglementations d'intérêt public lorsqu'elles affectent des intérêts corporatifs privés.

De plus, l'AGCS est assujéti à un ordre du jour intrinsèque de négociations visant à étendre continuellement son ampleur. En ce moment, il y a une menace très réelle que les services de soins de santé (entre autres) tombent sous l'emprise de l'AGCS. Bien que cet accord stipule que les « services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental » en sont exclus, la définition de tels services est si étroite que cette clause a peu de valeur pratique.⁷ Tous les services gouvernementaux offerts sur une base commerciale, ou fournis en compétition avec quelque autre fournisseur (i.e. des fournisseurs de soins de santé privés), sont assujettis à l'AGCS. Ainsi, tout secteur de services offerts par un amalgame entre le public et le privé, ou financés en partie par le public, est vulnérable – par exemple, les soins de santé au Canada, à l'heure actuelle – et ce, de plus en plus, vu la tendance à la privatisation de certains volets de la fourniture.

Un bon exemple est la menace qui découle du projet de loi 11 de l'Alberta (qui permettrait aux cliniques privées de recevoir des remboursements partiels pour des

interventions médicales, en vertu du régime provincial). Du point de vue de l'AGCS, tout droit de remboursement accordé à une entreprise privée et étrangère qui offre ces services devra être étendu « immédiatement et sans condition » à tout autre fournisseur semblable. Comme l'indique Scott Sinclair, du Canadian Centre for Policy Alternatives, ceci pourrait transformer une fissure du système public en une crevasse.⁸ De plus, une fois cette mesure adoptée, une action du gouvernement en vue de renverser la vapeur pourrait exposer tous les Canadiens à une plainte devant l'OMC et à des mesures de représailles commerciales venant d'autres pays, puisque des entreprises intéressées aux importants profits à faire dans le marché canadien des soins de santé contesteront presque à coup sûr de telles mesures en les qualifiant d'« expropriation ».

Les Canadiens devraient s'inquiéter tout autant que les Sud-africains, devant les programmes de soi-disant « libre échange » qui nous ont donné l'Accord sur les ADPIC. Les forces qui ont invoqué les droits de propriété intellectuelle privée et les accords internationaux, pour retarder les mesures du gouvernement sud-africain visant à rendre les médicaments plus abordables, cherchent aussi à mettre la main au collet du Canada.

Conclusion

J'espère que certains de ces exemples vous ont démontré pourquoi les Canadiens devraient s'inquiéter tout autant que les Sud-africains, devant les programmes de soi-disant « libre échange » qui nous ont donné l'Accord sur les ADPIC. Les forces qui ont invoqué les droits de propriété intellectuelle privée et les accords internationaux, pour retarder les mesures du gouvernement sud-africain visant à rendre les médicaments plus abordables, cherchent aussi à mettre la main au collet du Canada.

⁷ Pour une analyse détaillée de l'AGCS, voir : S. Sinclair, « GATS: How the World Trade Organization's new "services" negotiations threaten democracy », Ottawa, Canadian Centre for Policy Alternatives, 2000 (disponible à www.policyalternatives.ca).

⁸ *Ibid.*, p. 36.

Considérez qu'en février, cette année, la PhRMA, le groupe américain du lobby pharmaceutique, a inscrit le Canada parmi 13 pays sur sa liste annuelle de « surveillance prioritaire » et incite le gouvernement américain à placer le Canada sur sa liste officielle du même genre, qui constitue un avertissement aux pays concernés, qu'ils sont susceptibles de pressions commerciales et d'éventuelles représailles des États-Unis s'ils conservent certaines politiques auxquelles s'oppose le gouvernement américain (et son industrie).⁹ Nous ne pouvons pas prétendre que ce qui se passe « là-bas » n'est pas relié à ce qui se passe et se produira « ici même ».

Que faire? Le mouvement de lutte contre le sida a une histoire édifiante. Par nécessité, militants et gens ordinaires se sont éduqués et ont éduqué leurs communautés sur des questions médicales complexes – allant des fondements de la virologie à la conception des essais cliniques, en passant par le processus d'homologation de nouveaux traitements pharmacologiques. Informés et capables d'agir, les activistes de la lutte contre le sida, « initiés aux questions de traitement », ont rejeté la voie de la

passivité; ils ne se sont pas limités à compter sur les autorités gouvernementales ou les experts médicaux : ils ont exigé d'avoir voix au chapitre de l'élaboration des lois, des politiques et des pratiques qui affectent les personnes vivant avec le VIH/sida.

Nous devons insister – haut et fort, avec vigueur, et à répétition, semble-t-il – auprès de nos gouvernements qui négocient ces traités, pour que notre engagement à l'égard des droits humains, y compris le droit à la santé et à la vie, aient préséance sur les règles des brevets et des services de soins, afin de rétablir l'équilibre entre les profits privés et le bien commun.

À présent, la mondialisation croissante des visées des grandes sociétés recèle un autre défi. Pour le relever, il nous faudra devenir « initiés aux questions de commerce », capables d'articuler une critique de lois internationales et internes qui privilégient des intérêts financiers au détriment des personnes et de leurs droits fondamentaux à la santé et à la vie. Nous devons insister – haut et fort, avec vigueur, et à répétition, semble-t-il – auprès de nos gouvernements qui négocient ces traités, pour que notre engagement à l'égard des droits humains, y compris le droit à la santé et à la vie, aient préséance sur les règles des brevets et des services de soins, afin de rétablir l'équilibre entre les profits privés et le bien commun.

À Durban, lors d'une conférence satellite sur des enjeux légaux cruciaux et le VIH/sida, le juge Cameron a rappelé aux participants qu'il ne suffit pas d'épouser les bons concepts et de poser les bonnes actions, dans la réaction à cette épidémie : nous devons aussi avoir les bonnes émotions – notre indignation, notre compassion et notre souffrance doivent nous conduire à l'action.

Ses mots m'ont rappelé une idée écrite par Paul Monette il y a quelques années. Dans un passage, il se décrivait assis sur une butte, dans un cimetière, pensant à la perte d'un être aimé et à l'indifférence, à la haine et à l'avidité qui ont catalysé l'épidémie de VIH/sida et tant de décès. Sa dernière réflexion était un appel à l'action : « La souffrance est une épée, sinon elle n'est rien. »

⁹ Lettre du 16 février 2001, de Shannon S.S. Herzfeld, Senior Vice President (International Affairs), Pharmaceutical Research and Manufacturers Association of America, à J. Papovich, Assistant US Trade Representative for Services, Investment & Intellectual Property, et *PhRMA Special 301 Submission*, 20 février 2001 (disponible à www.pharma.org/intnatl/news/2001-02-20.40.pdf).

Les nombreuses menaces que pose la mondialisation corporatiste sont une des caractéristiques marquantes de notre époque. Nous devons réagir à ces menaces – nous ne pouvons nous permettre de ne pas le faire. Et nous devons le faire dès maintenant : les millions qui vivent (et meurent) déjà avec le VIH et les millions d'autres qui contracteront l'infection ne peuvent pas attendre plus longtemps.

Donner accès aux médicaments essentiels : Pourquoi une campagne mondiale est nécessaire

Marie-Hélène Bonin

Coordonnatrice, Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels
Médecin Sans Frontières (Canada)

C'est un grand plaisir et un grand honneur d'être invitée à prendre la parole aux côtés de gens que j'admire beaucoup et qui m'aident énormément dans mon travail quotidien. Honnêtement je suis surprise de voir mon nom associé à cette publication sur les brevets.¹⁰ Il y a six mois à peine, je ne connaissais rien aux brevets et aux questions juridiques ou commerciales, et c'est grâce à ces personnes que j'arrive maintenant non seulement à comprendre, mais aussi à essayer de faire comprendre à d'autres, l'importance de ces questions pour l'accès aux médicaments essentiels à travers le monde.

Comme vous le savez, MSF (Médecins Sans Frontières, connu aussi sous le nom de Doctors Without Borders au Canada anglais) est une organisation médicale d'assistance humanitaire. Elle n'est donc pas particulièrement familière avec les questions d'ordre commercial ou juridique. Vous voudrez donc bien m'excuser de ne pas approfondir cet aspect de la discussion, ce soir.

MSF existe depuis 30 ans. C'est devenu, avec les années, la plus grande ONG au monde, en matière d'assistance humanitaire médicale. Elle est aujourd'hui présente dans plus de 85 pays, y compris des pays qui vivent sous une menace assez terrifiante. Les populations pour lesquelles se préoccupe d'abord MSF sont les plus vulnérables, les populations en danger. Des populations aux prises avec des guerres, des conflits, des catastrophes naturelles. Des populations souvent réfugiées ou en déplacement, souvent très pauvres. J'insiste sur « très pauvres » : MSF est actif et présent particulièrement dans les pays en voie de développement et, dans ces pays, nous travaillons auprès des plus démunis et des plus marginalisés – les victimes des conflits et des catastrophes.

Par conséquent, nous travaillons tous les jours avec les gens qui ont le moins d'accès aux médicaments sur cette planète. Et il ne s'agit pas d'une minorité : Comme vous le savez, la grande majorité de la population mondiale habite dans les pays en voie de développement et n'a qu'un accès limité aux médicaments dont elle a besoin.

En 2001, les fonds consacrés à la recherche en santé atteignaient un record de 60 à 70 milliards \$. Seulement 10% de cette somme seront consacrés à la recherche sur des problèmes de santé qui atteignent 90% de la population mondiale

Sans entrer dans des détails statistiques fastidieux, j'aimerais toutefois souligner que 14 millions de personnes meurent chaque année de maladies transmissibles, telles le sida, la tuberculose, la malaria et bien d'autres – et que presque toutes

¹⁰ Richard Elliott et Marie-Hélène Bonin, *Les brevets, le droit commercial international et l'accès aux médicaments essentiels*, Montréal et Ottawa, Réseau juridique canadien VIH/sida et Médecins Sans Frontières Canada, 2001, accessible à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements/Les-brevets-le-droit-commercial-et-laces.doc>>.

(97%) vivent dans des pays en développement.¹¹ Or, dans bien des cas, des traitements existent, mais très peu de gens y ont accès. Cela n'aide pas notre travail. C'est donc à travers notre expérience concrète, quotidienne, sur le terrain, que MSF s'est trouvé de plus en plus confronté, avec les années, au problème croissant du manque d'accès aux médicaments.

Nous sommes confrontés à de sérieux problèmes, car un grand nombre d'épidémies croissent plutôt que d'être enrayerées et ce, pour diverses raisons. Parmi celles-ci, l'accès au traitement constitue l'un des facteurs négligés. Il existe plusieurs causes limitant cet accès. Pour n'en nommer que les principales : le prix des médicaments; la concentration de l'industrie pharmaceutique mondiale; le contrôle monopolistique des marchés dont jouit cette industrie grâce au système des brevets; les barrières manufacturières (et à la mise en marché) posées par ces entreprises s'il n'y a pas de marché « suffisamment » lucratif pour elles; le fait même que la recherche et le développement de médicaments soient d'abord déterminés par ce facteur de rentabilité du marché – pas de marché, pas de recherche; et le fait que les gouvernements adoptent de plus en plus ce même type de raisonnement (qui les conduit à investir des deniers publics selon cette seule « logique » du profit).

En conséquence, même les fonds publics investis dans la recherche universitaire sont de plus en plus soumis aux critères qui régissent les investissements de l'industrie pharmaceutique privée. Les chercheurs, qu'ils soient subventionnés par un ministère ou appuyés par une grande entreprise pharmaceutique, doivent effectuer le

**La recherche et le développement de médicaments sont d'abord déterminés par ce facteur de rentabilité du marché.
Pas de marché, pas de recherche.**

même boulot et répondre aux mêmes exigences. On observe de moins en moins d'investissements dans la recherche sur le traitement des maladies qui n'offrent pas de marchés lucratifs. Or, ces maladies affectent souvent la très grande majorité de la population mondiale. Les maladies transmissibles, comme le sida, mais aussi la malaria, la tuberculose, la maladie du sommeil, la maladie de Chagas, le kala-azar, la fièvre d'engorgement, la lèpre, l'ébola et bien d'autres encore, sont le lot quotidien de la majeure partie de la planète. On estime qu'en 2001 les fonds consacrés à la recherche en santé atteignaient un record de 60 à 70 milliards de dollars. Pourtant, des experts estiment que seulement 10% de l'ensemble des fonds consacrés à la recherche sont dirigés vers problèmes de santé qui atteignent 90% de la population mondiale¹². Imaginez le résultat..

C'est le portrait en amont, au chapitre de la recherche. Si nous regardons en aval, la réalité que je viens de décrire détermine la suite, c'est-à-dire ce qui sera fabriqué ou non – il arrive même que l'on cesse de produire des médicaments qui sont déjà au point. Par exemple, vous avez peut-être suivi l'histoire de l'eflornithine, un médicament pour traiter la maladie du sommeil.¹³ On avait

¹¹ Médecins Sans Frontières Canada, *Les médicaments, un luxe? Les politiques laissent mourir les malades!* 2001.

¹² MSF Campaign for Access to Essential Medicines and Drugs for Neglected Diseases Working Group, *Fatal Imbalance*, 2001; Pharmaceutical Research and Manufacturers of America, *2001 Industry Profile*; Global Forum for Health Research, *The 10/90 Report on Health Research*, 2000. (Available on-line: <http://www.globalforumhealth.org>)

¹³ La maladie du sommeil est transmise par la mouche tsé-tsé. Au Canada, jusqu'à récemment, on en avait peu parlé. Le journal *The Guardian* rapporte qu'en Afrique centrale la maladie du sommeil, presque éradiquée dans les années soixante, se répand trois fois plus rapidement que l'épidémie de VIH. En Angola, par exemple, au moment de l'indépendance [1974], il y en avait trois cas rapportés, alors que les estimés récents dépassent les 100 000 cas. (Dr.

développé ce nouveau traitement contre la maladie, l'eflornithine; il était efficace mais plus ou moins utilisé, parce qu'il coûtait cher. Les entreprises ont alors décidé de cesser de le produire : pas assez d'acheteurs. Ceci posait un grave problème : dès que les stocks se trouveraient épuisés, les médecins de MSF devraient recommencer à utiliser un vieux médicament, qui était inefficace, voire dangereux, toxique même (on a dit que ce médicament tuait jusqu'à 5% des patients). Pendant deux ans, l'Organisation mondiale de la santé et MSF ont donc fait d'urgentes pressions sur l'industrie pour relancer la production de l'eflornithine avant que les stocks mondiaux ne s'épuisent. Sans succès. Jusqu'à ce que l'industrie ne découvre que l'ingrédient actif de l'eflornithine serait efficace pour fabriquer une crème d'épilation faciale, offrant ainsi un grand potentiel de marketing aux États-Unis. Beaucoup, beaucoup de femmes pourraient s'y intéresser, alors on a soudainement relancé la production de l'ingrédient en question, en vue de produire et de lancer ce produit prometteur. Devant la scandaleuse incongruité de la situation (rendue publique par MSF et d'autres), c'est alors seulement que les choses ont commencé à bouger et qu'une entente de remise en marché de l'eflornithine à des fins médicales a enfin pu être conclue.

Continuons en aval. Après la difficile transition du stade de la recherche fondamentale vers ceux du développement du produit et de sa fabrication, vient ensuite l'étape de sa mise en marché. En supposant que l'on rencontre les critères de marché qui conditionnent sa production, à quel prix le médicament sera-t-il rendu disponible? Ici entre en scène la tragique réalité de la concentration de l'industrie pharmaceutique, alliée à celle que mes amis expliquent mieux que moi : le nouveau défi législatif que pose la mondialisation du régime des brevets.

Par le passé, si j'ai bien compris, les brevets étaient une affaire nationale : chacun pour soi – si un pays pouvait se permettre d'avoir des brevets sur les médicaments, il en avait, mais s'il ne le pouvait pas, il n'en avait pas (ou il en avait seulement sur certains produits pharmaceutiques, mais pas sur des médicaments essentiels¹⁴). Maintenant, c'est différent. De nos jours, c'est la mondialisation de tout. (Sur le plan commercial, j'entends – à ne pas confondre avec ce que l'on ne mondialise pas : le droit à la santé, à une certaine qualité de vie, aux soins et aux traitements). On mondialise le droit d'affirmer et de contrôler sa part du marché à tout prix. Si l'on n'y prend garde, cette réalité en voie de s'établir le sera plus solidement encore.

Dans les pays qui parvenaient à acheter ou à produire des médicaments à meilleur marché, l'accord sur la propriété intellectuelle de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) pourrait, dans quelques années, rendre impossible d'avoir recours à de telles mesures – on ne pourrait plus nécessairement profiter du meilleur produit au meilleur prix. Cela affecterait les quelques gouvernements de pays en développement qui peuvent se procurer des médicaments. Les

Josenando Theophile, directeur de l'Institut pour le combat et le contrôle de la maladie du sommeil, The Guardian, 18 août 2001).

¹⁴ « MSF est en accord avec la définition des médicaments essentiels adoptée en 1999 et considère que celle-ci ne nécessite pas de changements. Nous sommes particulièrement attachés dans cette définition au terme « donc ». C'est bien en effet parce que des médicaments sont essentiels qu'ils doivent être rendus accessibles financièrement (par les gouvernements du nord et du sud, les firmes pharmaceutiques, les institutions internationales, etc.) et non pas le contraire : des médicaments seraient essentiels seulement s'ils étaient abordables. (...) [Dans le cadre de l'actuelle révision du modèle de la liste de l'OMS], MSF considère que les médicaments essentiels chers ou difficiles à utiliser restent des médicaments essentiels. Ils doivent donc faire partie de la liste, en précisant leur particularité (difficiles à utiliser, chers, etc.). », Dr. Bernard Pécoul, Directeur, Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels, MSF, 2001.

principales conséquences retomberaient sur « monsieur et madame tout le monde » dans ces pays car, dans la majorité des cas, la population paie les médicaments de sa poche. Ces gens seraient affectés directement, de même, bien sûr, que les organisations comme la nôtre : nous ne pourrions plus toujours transporter des médicaments d'un bout à l'autre de la planète comme on l'a fait jusqu'ici.

Face à cette éventualité, MSF a constaté l'importance d'alerter l'opinion publique. Notre mission est double : c'est d'abord une mission d'aide humanitaire médicale, certes, mais aussi une mission de défense des droits humanitaires et de dénonciation des abus que nous observons dans le cadre de notre travail. En mai 1999, à Amsterdam, a eu lieu une conférence d'ONG internationales. Une première déclaration y a été adoptée par Médecins Sans Frontières, Health Action International et le Consumer Project on Technology (en toute conscience que le problème dépassait nos propres capacités d'intervention, qu'il faudrait créer des alliances avec divers partenaires et obtenir l'appui des gouvernements). Cette déclaration a conduit à une première présentation sur la question, lors la rencontre de l'OMC à Seattle, par le Dr. Bernard Pécoul de MSF.

La même année, MSF reçoit le prix Nobel de la paix et décide d'en utiliser l'argent pour lancer une campagne internationale pour l'accès aux médicaments essentiels. Cette campagne porte principalement sur trois volets d'action : législation, approvisionnement en médicaments et recherche. Le premier volet touche l'aspect législatif, le cadre international du commerce et ses effets sur notre travail et sur l'accès aux médicaments. Comment les accords commerciaux affectent la possibilité de créer des conditions pour des médicaments génériques de qualité, à bon marché, etc. On se concentre ici sur une action d'information, de concertation et de lobby. Le deuxième volet de notre action concerne la fourniture de médicaments qui existent – assurer notamment que l'on ne cesse pas de produire des médicaments dont on a besoin, que l'on produit ce qui est possible de produire et que l'on livre ces médicaments dans les pays qui en ont besoin. Nous aidons divers gouvernements et nos autres partenaires dans le monde à identifier les meilleures options. C'est un travail de logistique, de pharmacie, de « magasinage », de recherche et d'analyse des meilleurs moyens d'approvisionnement, puis d'acheminement aux populations qui en ont besoin. Le troisième volet concerne la recherche et le développement de nouveaux médicaments et outils diagnostiques; nous essayons de faciliter des échanges entre les chercheurs qui s'occupent des maladies les plus négligées et de stimuler les investissements publics et privés pour la recherche et le développement dans ce domaine.

Cette campagne et ces trois piliers dépassent largement le cadre de notre action quotidienne dans les missions sur le terrain – que ce soit en Afghanistan, au Congo, ou ailleurs. C'est pourquoi nous créons des partenariats avec ceux qui ont les compétences et les expériences qui nous manquent. C'est ainsi que nous avons eu le plaisir de faire connaissance avec le Réseau juridique canadien VIH/sida. Nous avons également sur le terrain, en Afrique du Sud, des relations avec la Treatment Action Campaign, et dans d'autres pays avec des ONG locales et associations de personnes qui vivent avec le VIH, par exemple.

Je ne crois pas que cette lutte sera facile, mais je crois que ces alliances nous permettront (et nous permettent déjà, depuis un an ou deux) de faire des gains et de progresser. Je crois aussi que Mark

Heywood¹⁵ a tout à fait raison de dire qu'il faut veiller à ne pas se laisser prendre au piège procédurier, à ne pas oublier que tous les jours des gens meurent par manque d'accès aux médicaments qui leur permettraient de vivre.

Le travail sur les questions d'ordre juridique est très important – surtout à la veille d'une nouvelle conférence ministérielle de l'Organisation mondiale du commerce où l'on abordera notamment la question du traité sur la propriété intellectuelle (en novembre, au Qatar). Les semaines à venir seront cruciales. Toutefois, il ne faut pas mettre tous nos œufs dans le panier de ces démarches et procédures qui ont parfois tendance à prolonger indûment la « recherche de solutions » à des problèmes urgents et graves. Il nous faut considérer un large éventail d'avenues, utiliser divers leviers en même temps, développer plusieurs stratégies et des partenariats multiples – parfois sans vraiment savoir ce qui fonctionnera, peut-être un peu à l'aveuglette, peut-être avec plus d'instinct, de sentiment de ce qui est juste, que de certitude quant à la marche à suivre la plus appropriée.

Guidés par nos principes, par nos valeurs morales, par nos expertises et par nos expériences personnelles, celles d'amis, de conjoints, de familles, de voisins, ici ou à l'étranger, nous pourrions faire des miracles. J'en suis persuadée.

¹⁵ Autre conférencier invité, du AIDS Law Project, de l'Afrique du sud.

Un impératif éthique d'agir ou Pourquoi s'occuper de ça?

David J. Roy

Directeur, Centre de bioéthique, Institut de recherches cliniques de
Montréal

Chercheur titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal

Directeur du Réseau FRSQ de recherche en éthique clinique

Rédacteur en chef, *Journal of Palliative Care*

Le titre de ce bref exposé a deux sources. Richard Elliott en est la première source. Lorsque je lui ai demandé de quoi il souhaitait que je parle ce soir, il m'a dit entre autres qu'il aimerait m'entendre répondre à cette question : pourquoi nous devrions, ici dans ces riches pays nord-américains, nous préoccuper des circonstances lamentables dans lesquelles des gens vivent, à des milliers de kilomètres de nous. Ma question principale pour cet exposé sera donc : « Pourquoi s'occuper de cela? »

La seconde source du titre de mon exposé est le journaliste C. Mihill. Il y a dix ans, à la 7^e Conférence internationale sur le sida, M. Mihill a exprimé son sentiment d'irréel devant l'indifférence qu'il constatait parmi les participants venant des pays riches du Nord, à l'égard de l'impact absolument catastrophique de l'infection à VIH et de la maladie dans les régions non développées ou en développement, sur cette planète. Il a affirmé, dans le *Manchester Guardian Weekly* (7 juillet 1991, p. 10) : « Même si un vaccin utilisable était découvert d'ici à l'an 2000, des millions de gens seront morts et plusieurs millions d'autres seront devenus porteurs du virus. Mais ce sera des noirs, basanés ou jaunes et ils ne seront pas de l'Ouest, alors les cyniques hausseront les épaules et demanderont "Pourquoi s'occuper de cela?" ». ¹⁶
De fait, pourquoi?

Premièrement : parce que nous devrions contribuer à la création d'une plus vaste culture de la paix dans le monde.

Les disparités actuelles, qui croissent depuis un certain temps – en ce qui a trait aux besoins élémentaires de la vie, à

l'accès aux médicaments, aux soins de santé, à l'éducation, à la capacité de gagner sa vie, aux ressources nécessaires pour le développement d'un pays et d'un peuple – ces disparités entre les peuples riches et pauvres de la terre catalysent la montée de la violence dans le monde.

Les disparités actuelles, qui croissent depuis un certain temps – quant aux besoins élémentaires de la vie, à l'accès aux médicaments et aux soins de santé, à l'éducation et à la capacité de gagner sa vie, aux ressources nécessaires pour le développement d'un pays et d'un peuple – ces disparités entre les peuples riches et pauvres de la terre catalysent la montée de la violence dans le monde.

¹⁶ C. Mihill, « A deadly division », *The Manchester Guardian Weekly*, 7 juillet 1991, p. 10.

Peu de temps après les attaques contre le World Trade Centre et le Pentagone, Mario Cuomo, l'ancien gouverneur de l'État de New York, en entrevue à la radio, a dit une grande vérité. Il a affirmé qu'on ne vaincra jamais le terrorisme par des fusils, des bombes et la violence. Nous ne parviendrons à réduire le terrorisme, a-t-il dit, que lorsque les peuples riches et forts de ce monde tourneront leur attention, avec constance et efficacité, vers l'aide aux peuples plus pauvres et plus faibles de ce monde. Nous ne contribuerons réellement au déclin du terrorisme et à la montée de la paix que si nous pouvons mobiliser nos efforts pour répandre la civilisation, dans ce monde – « civilisation », doit-on préciser, n'étant synonyme d'aucun mode de vie ou de culture qui existe. « Civilisation » signifie au moins : respect de la diversité parmi les peuples, respect de l'égalité morale de tous les peuples, en matière de dignité humaine et des conditions à satisfaire pour que cette dignité soit atteinte et maintenue.

Deuxièmement : parce qu'au regard d'une éthique de l'humanité, les iniquités qui existent dans notre monde sont intolérables.

De toute évidence, de terribles iniquités internationales affectent les parts de nourriture, de soins hospitaliers et de médicaments que les peuples et les gens reçoivent de la communauté mondiale. Mais comment percevons-nous ces inégalités? Comment les jugeons-nous? Simplement comme des faits, certes tragiques, mais tout de même comme des faits, venant de lois comportementales immuables, fondées sur des intérêts nationaux qui régissent les relations entre nations? Sommes-nous réellement capables de voir et de juger que ces iniquités sont moralement intolérables? Qu'il s'agit de maux auxquels nous devons remédier? Sommes-nous capables de considérer ces iniquités comme étant complètement incompatibles avec les relations que nous, du monde développé, devrions entretenir avec les gens des pays en développement?

De terribles iniquités internationales affectent les parts de nourriture, de soins hospitaliers et de médicaments que les peuples et les gens reçoivent de la communauté mondiale. Sommes-nous réellement capables de voir et de juger que ces iniquités sont moralement intolérables? Comme des maux auxquels nous devons remédier? Sommes-nous capables de considérer ces iniquités comme étant complètement incompatibles avec les relations que nous, du monde développé, devrions entretenir avec les gens des pays en développement?

Dans le rapport publié en 1980 par la Commission Nord-Sud, présidée par W. Brandt, ancien chancelier de l'ex-Allemagne de l'Ouest, on souligne maintes fois la prémisse incontournable que la survie de l'humanité est un défi global, un impératif assez puissant pour créer un lien de solidarité mondiale.¹⁷ Mais nous ne sommes pas encore à un stade de maturité, quant à notre conscience d'une « communauté globale »; nous demeurons mous, incertains, quant à l'ampleur de notre impératif moral de travailler vigoureusement pour la survie des autres et pour leur assurer des normes de subsistance qui sont essentielles à la dignité humaine.

De fait, nos concepts actuels de la justice sont rudimentaires, sous-développés, fragmentés, contradictoires, et bien souvent moulés par des notions de communauté qui sont bornées à nos intérêts locaux ou nationaux. Nos idées et théories sur la justice n'ont pas encore été influencées par les millions de cris qui nous viennent du monde entier, ni par la nécessité de réagir à la

¹⁷ Nord-Sud Kommission, *Das Überleben Sichern* [Assurer la survie], Köln, Kiepenheuer, 1980.

douleur et à la misère qu'ils expriment. Notre vision de la justice est embrouillée et incertaine, puisqu'il est loin d'être clair pour nous que « toute personne dans le monde est responsable de toutes les autres simplement parce que nous sommes tous des êtres humains, ou que les nations riches ont une obligation de partager leur richesse et leur technologie. En réalité, on ressent l'obligation de voir au bien-être de nos propres enfants, par exemple, mais pas nécessairement à celui des enfants des autres. »¹⁸

Ainsi, telle que nous la concevons à l'heure actuelle, la justice ne parvient pas à soutenir la vaste solidarité qu'il faut pour soulager la misère et la souffrance. Nous avons besoin d'une perspective plus élevée, pour travailler plus efficacement à l'horizon de la solidarité mondiale. Pour trouver cette perspective, nous nous tournons vers le principe de l'humanité – d'après lequel personne n'est étranger à nous, parmi ceux qui souffrent de pauvreté, de marginalisation, de faim, de maladie, de douleur ou d'une mort imminente. Ce principe nous dit que tout individu, dans ce monde, est responsable de tous les autres, en ce qui a trait aux choses essentielles à la survie et à la dignité humaine. Le fondement de cette responsabilité, en vertu du principe de l'humanité, est simplement le fait que nous sommes tous des êtres humains.

Principe de l'humanité : personne n'est étranger à nous, parmi ceux qui souffrent de pauvreté, de marginalisation, de faim, de maladie ou d'une mort imminente. Tout individu, dans ce monde, est responsable de tous les autres, en ce qui a trait aux choses essentielles à la survie et à la dignité humaine. La raison de cette responsabilité : simplement le fait que nous sommes tous des êtres humains.

Cependant, sommes-nous prêts à vivre et à agir selon une éthique de l'humanité?

Si l'humanité est la mesure impérative d'une éthique du sida, alors notre « éthique nordique » (pour paraphraser Hans Jonas) est tristement mal préparée pour ce défi planétaire. Une éthique repose sur un ethos, une image ou une vision de ce que cela signifie d'être « humain » et, aussi, de la société et de la communauté auxquelles devraient aspirer les êtres humains. Mais quel est notre sens de communauté, de nos jours? Je ne parle pas des notions idéalistes, philanthropes, voire utopiques, à propos de la communauté mondiale, que des gens peuvent chérir personnellement ou proclamer publiquement lors d'occasions solennelles. J'attire plutôt l'attention sur l'image « opérationnelle » d'un être humain et sur l'idée « opérationnelle » d'une société humaine qui déterminent actuellement le partage du pouvoir, la récolte de l'argent et du capital, la distribution des biens et des services au sein des nations riches du Nord, et entre ces autres nations et pays qui luttent pour se développer.

Nos sociétés libérales et démocratiques, dans le monde développé, si l'analyse du regretté C.B. Macpherson était correcte, recèlent une contradiction entre deux libertés. *Libéral* « peut référer à une liberté du plus fort de rabaisser le plus faible en suivant les règles du marché, ou le terme peut désigner une réelle liberté égale, pour tous les humains, d'utiliser et de développer leurs capacités. Cette dernière notion de liberté est incompatible avec la première. »¹⁹ La liberté du marché capitaliste domine (lorsqu'elle ne contredit pas carrément) la réelle liberté de tous les individus de s'auto-développer.

¹⁸ C. Levine, « Ethics, justice and international health », *Hastings Center Report*, avril 1977, 7 : 5-7.

¹⁹ C.B. Macpherson, *The Life and Times of Liberal Democracy*, Toronto, Oxford University Press, 1977, p. 1.

La démocratie, dans l'équilibre ou le modèle élitiste pluraliste de la démocratie libérale en vigueur dans les sociétés riches de l'Occident depuis le milieu du XXe siècle, a été jugée par Macpherson, dans son analyse, comme peu d'autres choses qu'un mécanisme de marché pour enregistrer les désirs des gens, tels qu'ils sont ou tels que les voient les élites du pouvoir au sein du marché économique oligopole dominant. La démocratie n'a pas réussi à être un principe transformateur pour faire avancer les gens vers ce qu'ils pourraient être ou pourraient souhaiter devenir. L'ethos de la démocratie d'équilibre représente les êtres humains comme des consommateurs, des maximisateurs de leur propre satisfaction et des bienfaits et utilités qui leur viennent de la société.

Il est peu probable que les iniquités internationales (quoique terriblement tragiques) soient vues comme moralement intolérables, lorsque les perceptions, les jugements et les politiques sont conditionnés par un ethos qui présente les humains comme des maximisateurs de leurs intérêts de consommation dans une société qui a besoin d'un équilibre d'inégalité. Pour une éthique mondiale du sida, de la faim et de la pauvreté, il faudra changer d'époque de conscience – faire advenir un changement qui conduira à mettre l'accent sur la communauté, plutôt que sur la richesse.

Réflexion – Pouvons-nous en venir à avoir l'autre à coeur, et à vivre l'éthique de l'humanité sans qu'il se produise en nous un changement profond et durable?

Il ne nous manque pas d'images assez puissantes pour galvaniser et mobiliser les forces de l'humanité qui sont latentes dans les coeurs et les esprits des femmes et des hommes de partout, au monde, pas plus qu'il ne nous manque la technologie pour transmettre ces images jusque dans nos havres de confort nordique. Pour nous plonger, juste un instant, dans l'été infernal du Rwanda. Combien d'entre nous, il y a sept ans, n'ont pas vu d'images (ou lu de compte-rendu) des milliers de gens qui, aux prises avec le choléra, sont morts dans leurs excréments et dans leur vomissure, puis ont été charroyés au bulldozer dans une fosse commune? Et, encore, la photographie qui a valu un prix Pulitzer à Kevin Carter, de cette petite fille au Soudan, seule, s'efforçant de se rendre sur un seul pied jusqu'à un poste d'alimentation, au village d'Ayod. Elle trébuche, elle est trop faible pour faire plus d'un pas ou deux de suite. Elle tombe encore, le visage dans la poussière, et, à quelques mètres derrière elle, dans la même position, un vautour est assis et attend, attend que la petite fille meure. Cette photographie, Edgar Roskis croit qu'elle n'aurait jamais fait le tour du globe, ni gagné le prix, n'eût été de la juxtaposition du vautour et de la petite fille affamée. La petite, seule, n'aurait jamais captivé l'attention qui fait gagner un prix.²⁰

Il ne nous manque pas d'images assez puissantes pour galvaniser et mobiliser les forces de l'humanité qui sont latentes dans les coeurs et esprits des femmes et des hommes de partout, au monde, pas plus qu'il ne nous manque la technologie pour transmettre ces images jusque dans nos havres de confort nordique.

Alors, tandis que cette image a fait le tour du monde, notre humanité clopine, loin derrière, et dans des régions du monde à quelques heures de vol d'ici, les mourants sont accompagnés par des

²⁰ Roskis E., « Images et vautours », *Le Monde diplomatique*, août 1994, p. 32.

vautours au lieu d'humains. Des vautours qui attendent la mort de ceux qui n'ont pas de nourriture et de médicaments.

Comme réflexion finale, une déclaration de position – Au sein de l'ordre économique mondial actuel, on ne vivra pas une éthique de l'humanité sans qu'il y ait transcendance; et il n'y aura pas de transcendance sans une conversion.

Nous ne manquons pas de voix (bien qu'elles puissent être rares) pour parler en prophète, haut et fort, du besoin de transcendance. Pour Maurice King, qui a écrit cette idée dans la revue médicale *The Lancet* en 1990, la transcendance est une condition nécessaire à la capacité de cette planète de soutenir la santé et l'existence des générations futures.²¹ Entre tous les critères de l'accomplissement humain, nous rappelle M. King, aucun ne suscite le respect de manière plus universelle que la transcendance de soi pour prendre soin d'autrui; et cette transcendance exigera de nous une diminution de notre consommation de luxe; de fait, elle nécessitera un renouveau du respect à l'égard d'une « quête délibérée de pauvreté », qui était jadis considérée comme une vertu qui méritait un vœu, en Occident. Vaclav Havel a parlé de la transcendance comme de la capacité d'aller au delà de la globalisation superficielle de nos vies et d'enraciner un nouvel ordre mondial dans la conscience que nous ne sommes pas seuls sur cette planète, et que nous n'y vivons pas chacun pour soi. La transcendance, le processus qui activera une éthique mondiale de l'humanité, commence par une conversion : nous détourner de l'ethos qui accorde à la production et au profit une place supérieure à celle de la dignité humaine des vivants et des mourants, pour nous tourner vers l'ethos de l'humanité qui nous permet de voir notre propre destin et notre destin à tous, dans cette petite fille qui trébuchait sous le regard du vautour, à Ayod.

Le processus qui activera une éthique mondiale de l'humanité commence par une conversion : en nous détournant de l'ethos qui accorde à la production et au profit une place supérieure à celle de la dignité humaine des vivants et des mourants; en nous tournant vers l'ethos de l'humanité qui nous permet de voir notre propre destin et notre destin à tous, dans celui des plus pauvres et des plus faibles de ce monde.

Comme réflexion finale, écoutons le poète Robbie Burns parler de la destruction de l'union sociale de la nature par l'empire humain.

En novembre 1785, Robbie Burns, poète écossais, a écrit un poème *À une souris*, à la souris qu'il avait délogée de son nid alors qu'il labourait un champ.

Je suis vraiment désolé, l'empire humain
A détruit l'union sociale de la nature
Et justifie cette opinion mauvaise
Qui te fait tressaillir devant moi,
Ton pauvre compagnon terrestre
Et frère mortel.²² [trad.]

²¹ M. King, « Health is a sustainable state », *The Lancet*, 1990, 336 : 666.

²² R. Burns, « To a mouse », dans *Burns - Poems and Songs*, sous la dir. de James Kinsley, Londres, Oxford University Press, 1969, p. 101.

La discussion sur l'accès des gens, autour du monde, à des médicaments qui peuvent les aider à vivre et réduire leur souffrance, est presque certainement une discussion sur la question suivante : les empires économiques et politiques de l'humain ont-ils détruit les unions sociales entre des êtres humains égaux, tous frères mortels, sur cette planète?

Le drame de la pauvreté mondiale et de l'exclusion de tant de gens de l'accès aux soins et aux médicaments pour le VIH, dont ils ont besoin pour vivre, est en même temps le drame d'une éthique de l'humanité. Les deux drames continueront-ils de se dérouler sous forme de tragédie? Le drame tragique, comme l'expliquait George Steiner, est centré sur la catastrophe. Les drames tragiques se terminent mal et les personnages tragiques sont brisés par des forces qui ne peuvent être ni complètement comprises, ni maîtrisées par les pouvoirs de planification rationnelle. Le drame tragique exprime une vision du monde où les sphères de la raison, de l'ordre et de la justice sont terriblement limitées et ne peuvent être étendues par aucun progrès de la science ou de la technologie.

Pouvons-nous imaginer l'avènement – non seulement dans la poésie des mots, mais avec intensité dans la poésie de l'action – d'une éthique de l'humanité qui libérerait nos frères et compagnons terrestres de ce qui semble être le tragique déterminisme de la pauvreté globale et le déterminisme de l'exclusion – exclusion que Ignacio Ramonet a qualifiée de « plus grand crime social de notre temps »?

Si nous sommes à l'aube d'un nouvel âge, qu'est-ce qui dominera : une éthique de l'humanité qui soudera notre union sociale brisée, ou une éthique de l'indifférence qui baissera la tête devant les forces immuables d'un déterminisme tragique?

Plénière de clôture

SIDA, DROITS HUMAINS ET RESPONSABILITÉ MONDIALE

Dimanche 23 septembre 2001

Le Canada après l'UNGASS sur le VIH/sida

Richard Elliott

Directeur de la recherche et des politiques
Réseau juridique canadien VIH/sida

À la récente Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) consacrée au VIH/sida, à la fin de juin 2001, les gouvernements du monde entier ont eu des discussions et des débats sur la réponse mondiale à l'épidémie. On a reconnu, du moins en théorie, qu'une crise mondiale représentant « l'un des défis les plus redoutables pour la vie et la dignité humaines » est, par nécessité, une responsabilité mondiale. En conséquence, que doit faire le Canada pour respecter ses engagements en vertu de la Déclaration d'engagement issue de cette UNGASS?

Quel est la valeur de la Déclaration d'engagement de l'ONU en matière de VIH/sida?

La Déclaration n'est pas un traité ayant force loi, mais plutôt une déclaration d'engagement adoptée à l'unanimité par tous les États membres de l'Assemblée générale de l'ONU, le 27 juin 2001. En dépit de son caractère non exécutoire, et même si le processus pour parvenir à la Déclaration a été ardu et parfois disgracieux et révélateur de nombreux préjugés et divisions qui continuent d'influencer l'épidémie mondiale, il s'agit d'un important énoncé d'engagement que tous les pays ont accepté de mettre en oeuvre. En soi, cela constitue un important instrument de promotion et de défense des droits, pour la société civile, auprès des gouvernements.

Quels sont les principaux éléments de la Déclaration?

Elle renferme des engagements, sur lesquels se sont entendus les gouvernements, dans 11 secteurs qui se recoupent grandement :

- ☐ leadership
- ☐ prévention
- ☐ soins, traitements et soutien
- ☐ droits de la personne
- ☐ réduction de la vulnérabilité
- ☐ orphelins et enfants vulnérables au VIH/sida

- ❑ réduction de l'impact social et économique
- ❑ recherche et développement
- ❑ VIH/sida dans les régions affectées par des conflits et des désastres
- ❑ ressources
- ❑ mesures de suivi.

Que doit faire la société civile, au Canada, comme suite à l'UNGASS?

Plusieurs secteurs nécessitent des actions du gouvernement et de la société civile, au Canada, pour faire en sorte que la Déclaration de l'UNGASS ait des effets concrets. En tant que société civile, nous devons examiner la Déclaration et identifier les domaines dans lesquels le Canada doit agir afin de respecter ses engagements. Dans certains domaines abordés dans la Déclaration, le Canada satisfait déjà aux engagements; mais dans d'autres cas, il reste encore beaucoup à faire. Nous devons donc communiquer avec le gouvernement, par toutes les voies disponibles, pour dire quelles actions nous considérons nécessaires afin que le Canada respecte ses engagements issus de la Déclaration. Et nous devons être vigilants, à surveiller l'action – ou l'inaction – du gouvernement et à assurer que, lorsque viendra le temps de faire « officiellement » le point sur le progrès des pays dans la mise en oeuvre de la Déclaration, les efforts du Canada soient décrits tels qu'ils auront été.

La société civile doit être vigilante, à surveiller l'action – ou l'inaction – du gouvernement et à assurer que, lorsque viendra le temps de faire « officiellement » le point sur le progrès des pays dans la mise en oeuvre de la Déclaration, les efforts du Canada soient décrits tels qu'ils auront été.

Que devrait faire le Gouvernement du Canada pour satisfaire à ses obligations en vertu de la Déclaration d'engagement sur le sida?

Il y a plusieurs fronts sur lesquels le Canada doit agir – et agir rapidement.

1. Fonds mondial pour le sida et la santé²³

Le Canada doit contribuer adéquatement au Fonds mondial pour le sida et la santé. À partir d'estimations du produit national brut de chaque pays de l'OCDE pour l'an 2000, Oxfam a estimé qu'une contribution proportionnée du Canada au Fonds mondial devrait être de l'ordre de 291 millions \$US (près de 450 millions de dollars canadiens) *par année*. Jusqu'ici, nous avons annoncé que nous verserons 150 millions \$ CAN – étalés sur trois ans. C'est l'équivalent de moins de 2\$ par année par Canadien – le prix d'une tasse de café. Un récent éditorial du *Globe and Mail* soulignait que les gouvernements du monde entier dépensent environ 800 milliards \$ par année pour l'armement et il demandait : « Que sont 9 milliards \$ pour combattre un fléau? »²⁴

2. Aide publique au développement (« assistance étrangère »)

²³ Depuis la tenue de l'assemblée annuelle du Réseau juridique, le fonds a été rebaptisé *Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*.

²⁴ Éditorial, « What's \$9-billion to fight a plague? », *The Globe & Mail*, 23 juin 2001, p. A12.

Nous devrions nous réjouir que le Canada ait augmenté et augmente la contribution de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) au soutien du travail de lutte contre le VIH/sida dans les pays en développement. Mais il faut aussi que nous nous rappelions que le Canada – bien qu'il soit l'un des cinq pays les plus riches au monde, et l'un de ceux qui ont souvent été classés par les Nations Unies comme ayant l'un des « indices de développement humain » les plus élevés – fait une contribution honteusement inadéquate en termes d'aide publique au développement (APD).

Le Canada – l'un des cinq pays les plus riches au monde, et qui a souvent été classé par les Nations Unies comme ayant l'un des « indices de développement humain » les plus élevés – fait une contribution honteusement inadéquate en aide publique au développement.

L'Assemblée générale de l'ONU a affirmé en 1970, pour la première fois, que les pays donateurs riches devraient verser 0,7 de leur PNB en aide publique au développement,²⁵

un objectif qui a été répété maintes fois, en trois décennies. Or, en 1999, l'APD versée par le Canada a en effet *baissé* à 0,28% de son PNB. (Seulement quatre pays riches satisfont ou dépassent l'objectif du 0,7% : le Danemark, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède).²⁶ L'histoire révèle que la tâche d'inciter les pays riches à respecter les engagements dont ils ont convenu est un effort de longue haleine; à n'en pas douter, nous devrions être prêts à un défi comparable, pour la mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida.

3. Commerce international et droit à la santé

Comme j'en faisais mention de la discussion en panel, à l'ouverture de cette assemblée, le Canada doit devenir un défenseur du bien public – pour la santé publique et les droits de la personne – sur les tribunes du commerce international. Le Canada devrait appuyer les pays en développement, dans leurs efforts pour que le l'Accord sur les ADPIC, de l'OMC, ne serve pas à bloquer l'accès à des médicaments abordables, là où ils sont désespérément nécessaires. Et il doit favoriser l'accès équitable aux soins de santé (y compris aux médicaments) dans les autres négociations qui sont en cours, comme celles de l'ALÉA et de l'AGCS.

4. Investissement dans la réaction domestique

En outre, bien que le point de mire de mes remarques soit principalement l'obligation du Canada de réagir à l'échelle mondiale, il est évident qu'une partie de la réponse mondiale est l'action de chaque pays sur son territoire. Au palier national, le Canada doit renforcer considérablement sa réaction – notamment en augmentant les fonds consacrés à la lutte contre le VIH/sida chez nous.

Dans un rapport préparé cette année, *Faire le point*, un évaluateur indépendant a examiné si l'investissement du gouvernement fédéral dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida était suffisant; il a conclu que le montant en était tristement insuffisant. En 1994, le gouvernement fédéral a augmenté à 42,2 millions \$ par année son engagement à la Stratégie. Mais depuis sept ans, ce montant stagne alors que le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida au Canada s'est accru de 43%, depuis le milieu des années 1990, et que les tendances démographiques de

²⁵ Assemblée générale des Nations Unies, résolution 2626 (XXV), 24 octobre 1970.

²⁶ « Foreign Aid », *The Economist*, 1 mars 2001, citant les statistiques de l'OCDE..

l'épidémie continuent de se transformer – ce qui signifie que nos efforts de prévention et de soins doivent joindre des populations multiples par des approches multiples. De plus, avec le temps, cet investissement s'est dévalué par l'inflation. Tout cela s'est passé alors que le gouvernement fédéral a accumulé, les uns après les autres, des surplus budgétaires record – qui s'élèvent actuellement à un montant cumulatif de quelque 40 milliards \$ (soit environ mille fois le montant actuel accordé à la Stratégie).²⁷

Comme l'indique le rapport indépendant que je viens de mentionner, le fait d'augmenter le budget de la Stratégie à 85 millions \$ par année ne servirait pas qu'à compenser pour l'inflation, à assurer que les dépenses suivent les tendances plus générales du secteur de la santé, et à maintenir les efforts au rythme de l'épidémie actuelle, mais aussi à :

- ❑ soutenir les efforts pour « prendre les devants » sur l'épidémie;
- ❑ accroître l'ampleur des initiatives de réduction des méfaits qui s'avèrent efficaces;
- ❑ joindre mieux les communautés les plus vulnérables à l'infection;
- ❑ améliorer l'accès à du logement abordable et améliorer d'autres conditions sociales et économiques qui affectent la santé des personnes vivant avec le VIH/sida;
- ❑ soutenir les organismes autochtones dans la mise en oeuvre de programmes adéquats pour leurs communautés, tant dans le nord du pays que dans le sud;
- ❑ accroître la capacité des ONG de répondre de manière plus efficace et adéquate aux nombreux besoins de la communauté;
- ❑ améliorer notre système de surveillance épidémiologique; et
- ❑ accroître la capacité canadienne en matière de recherche sur le VIH/sida.²⁸

Depuis 7 ans, l'investissement du Canada dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida stagne. Le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida au Canada s'est accru de 43%, dans le même temps. Le gouvernement fédéral a accumulé des surplus budgétaires record – un total cumulatif d'environ 40 milliards \$ (environ 1000 fois le budget actuel de la Stratégie).

Toutes ces facettes qui nécessitent une attention urgente, au Canada, et qui compléteront les contributions du Canada, doivent faire partie de la réponse mondiale à l'épidémie mondiale.

²⁷ Martin Spigelman Research Associates, *Faire le point: Évaluation de la pertinence de l'investissement du gouvernement du Canada dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida*, préparé pour le comité champion, Conseil ministériel sur le VIH/sida, janvier 2001. [N.d.t. En dépit de ce titre qui nous a été transmis en mai 2001 par une source ministérielle, le rapport n'est toujours pas accessible en français (fin novembre 2001).]

²⁸ Spigelman, *supra*, note 4, p. 33-34.

Quelques réflexions sur la mondialisation, le développement, les droits de la personne et l'accès aux médicaments

Mark Heywood
Chef, AIDS Law Project
Secrétaire, Treatment Action Campaign

L'année dernière, avant la Conférence internationale sur le sida à Durban, quelques personnes m'ont téléphoné du Canada et des États-Unis pour me demander s'il était imprudent de venir dans un pays où les taux de criminalité sont si élevés, où des lions se promènent en nature, etc. Je les ai rassurées en leur disant que c'était tout à fait sécuritaire. Je me suis retrouvé dans une situation assez étrange, la semaine dernière, quand j'ai dit à des gens que je partais pour le Canada et les États-Unis – j'ai eu droit à quelques regards perplexes, pour le moins qu'on puisse dire.

Je me sens privilégié d'assister à une rencontre comme celle-ci. Je regarde cela et j'ai hâte au jour où nous pourrons construire un réseau aussi diversifié, en Afrique du Sud. C'est un réseau dont l'existence doit donner un sentiment de sécurité aux personnes vivant avec le VIH/sida et à celles qui y sont vulnérables. Bravo, continuez. Je crois que votre réaction nationale est cruciale, au Canada. En ce qui concerne les commentaires dont je vais vous faire part, à propos de la réaction internationale, je ne veux pas que vous pensiez un seul instant que je sous-estime l'épidémie ou la nécessité de la contrôler, dans des pays comme le Canada et les États-Unis, et en Europe.

J'essaie de porter le chapeau que l'on m'a demandé de porter, celui de Michael Kirby,²⁹ mais il ne me fait pas vraiment. J'ai emprunté le titre du discours qu'il allait prononcer, « Le sida, les droits de la personne et la responsabilité globale », et j'y ai ajouté des réflexions – pas une position affirmée, seulement quelques pensées – dont la plupart me sont venues ces derniers jours. Elles partent d'idées soulevées vendredi soir par le Dr David Roy. Je crois que l'établissement ou le rétablissement d'une éthique mondiale de la dignité, d'une moralité mondiale de la dignité, est cruciale à la réussite des projets de droits de la personne (particulièrement dans les pays en développement) et à celle de la lutte pour l'accès aux médicaments. En fait, elle est également cruciale au succès de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) consacrée au VIH/sida. Je suis moins optimiste que Richard Elliott, devant l'UNGASS, car j'ai le sentiment que nous n'avons pas de temps à perdre avec une autre déclaration onusienne ratée. Pour que la Déclaration d'engagement aide les gens de la région du monde d'où je viens, nous n'avons pas une, deux, trois, quatre ou cinq années à consacrer à la surveillance de sa mise en oeuvre ou de son échec. Les questions sous-jacentes d'éthique et de moralité sont absolument fondamentales. Voici donc des réflexions, celles d'une personne plutôt désemparée devant les iniquités internationales et la mondialisation.

Il y a quelques jours, j'ai pris l'avion à Johannesburg, dans un pays où le taux d'infection à VIH parmi les femmes enceintes s'élève à 25% et où le revenu mensuel par habitant est de 100\$CAN. Je suis descendu de l'avion quinze heures plus tard, dans un pays où la prévalence du VIH est très faible (mais pas à négliger) et où le niveau de vie est excellent. J'ai pris l'avion dans un pays qui

²⁹ Mark a remplacé l'invité initial du Réseau juridique, le juge Michael Kirby de l'Australie, qui s'est trouvé dans l'impossibilité d'assister à l'a.g.a.

a perdu le contrôle de plusieurs aspects de sa société. Nos pays pauvres ont l'air en contrôle, mais en examinant de plus près on constate que plusieurs choses n'y tournent pas rond. Et puis j'arrive ici, où tout est en ordre. Les différences sont bouleversantes. J'écoutais un invité parler d'un essai clinique d'entretien à l'héroïne qui nécessiterait un investissement annuel de 20 000\$ à 25 000\$ par personne.

J'appuie tous ses propos, mais ces chiffres ont sonné bizarre à mon oreille, car j'ai déjà entendu des gouvernements, y compris celui du Canada, affirmer qu'un montant annuel de 750\$ par personne, pour aider les gens qui ont le VIH en Afrique du Sud ou en Afrique, était beaucoup trop élevé – autrement dit, que leurs vies ne valaient pas ce genre d'investissement.

Dans le contexte du VIH, la mondialisation du commerce, des échanges et des communications a devancé la mondialisation de la moralité, de l'identité et de l'éthique.

Pour être honnête, on dirait presque deux planètes. On pourrait dire la même chose de la mondialisation. Ce qui devrait nous inquiéter, en tant que défenseurs des droits de la personne, est le fait que ces iniquités existent et sont acceptées. Elles ne sont pas acceptées par nous, ici, évidemment. Mais elles le sont par la plupart des gens à l'extérieur de cette salle. Ce qui devrait nous inquiéter, en tant que défenseurs des droits de la personne, est que l'épidémie de VIH/sida aggravera ces iniquités.

La mondialisation

L'UNGASS nous force à examiner la responsabilité globale, ce qui signifie que nous devons saisir le phénomène de la mondialisation. La mondialisation est inévitable, sans aucun doute, alors je ne dirai pas qu'il faut « démondialiser » la planète pour retourner à un état de décence et de mortalité. Cela n'arrivera jamais. Dans le contexte du VIH, nous devons reconnaître que certains aspects de la mondialisation en ont grandement devancé d'autres. La mondialisation du commerce, des échanges et des communications a devancé la mondialisation de la moralité, de l'identité et de l'éthique. En vérité, dans la mondialisation de l'identité, nous reculons probablement, depuis quelques décennies. Il faut admettre que la mondialisation a autant le potentiel de diviser le monde que de l'unir. Dans cette perspective, je crois important de rectifier l'idée selon laquelle les pays comme l'Afrique du Sud sont « en développement ». Plusieurs pays du Tiers Monde, soi-disant « en développement », sont plutôt en sous-développement. Ils font

Le VIH profite des failles, des iniquités et des inégalités sociales pour se propager. Puis il rend ces problèmes encore plus graves.

marque arrière. L'expression « pays en développement » donne l'impression que le monde entier évolue dans le même sens, quoiqu'à un rythme différent. Or, le monde entier n'évolue pas dans le même sens.

Pour confirmer cela, regardez simplement les rapports sur le développement humain publiés par les Nations Unies, ces dernières années. Tous les indicateurs montrent que le VIH

est en train de renverser le développement. En Afrique du Sud, en 1992, on a fait marche arrière dans les progrès réalisés depuis deux décennies en matière de réduction de la mortalité infantile. Le phénomène reprend de l'expansion. L'espérance de vie des adultes décline. La pauvreté s'accroît. Le sida joue un rôle majeur dans tout cela, parce que le VIH fait deux choses. D'une part, il profite des failles, des iniquités et des inégalités sociales pour se propager. D'autre part, il rend ces problèmes encore plus graves. Cela est très évident en Afrique du Sud. Mon pays est soi-

disant débarrassé du racisme, mais ce sont des personnes blanches qui ont accès à des antirétroviraux; et les personnes noires ont accès à du « paracétamol » (ou « acétaminophène », un remède contre les maux de tête). Le VIH élargit le fossé qui existait déjà. Cela est très menaçant. Il y a quelques années, lors d'une rencontre à laquelle j'assistais à Genève, Kevin DeCock, épidémiologiste aux Centers for Disease Control – un homme pourtant assez conservateur – affirmait que le sida contribuerait au sous-développement de l'Afrique, au 21e siècle, de manière plus marquée que l'esclavage au 19e siècle. C'était une véritable prophétie.

J'ai récemment lu un livre intitulé *Les Fantômes du roi Léopold*, qui décrivait comment le gouvernement du Congo belge a tué 9 millions de personnes entre 1890 et 1910. Regardez ce qui se passe au Congo en 2001. Il y a un lien direct entre Kabila et les autres dictateurs, et l'état de perturbation et de bouleversement de cette société, née de l'esclavage. À quel genre de renaissance africaine pouvons-nous aspirer si deux millions de personnes y meurent des suites du sida à chaque année, et s'il est probable que cela se poursuive dans l'avenir prévisible? Comme l'a souligné Marie-Hélène Bonin, vendredi soir, le VIH n'est pas l'unique agent infectieux en cause. L'Afrique est également aux prises avec des épidémies de tuberculose, de malaria, de maladie du sommeil et d'autres maladies.

Je suis étonné que tout cela arrive pendant que l'attention consacrée au sida atteint un niveau historique et sans précédent. Pensez-y. Depuis à peu près 1988, nous avons vu apparaître un programme mondial de lutte contre le sida, l'ONUSIDA, etc. Il est probable qu'aucune autre maladie n'ait suscité autant de discussions, d'études, de réflexion et de conférences. Mais nous n'avons pas vaincu l'épidémie. Cela m'amène à parler des droits de la personne : je crois que nous devons nous demander pourquoi nous n'arrivons pas à freiner l'épidémie du VIH dans la plupart des régions du monde. (Je crois que vous y arrivez, ici – pas dans tous les groupes vulnérables, mais parmi la population générale.) Pourquoi les violations des droits de la personne se multiplient-elles, dans le contexte du VIH?

La plus grave violation des droits de la personne est celle qui nie le droit d'un individu à la dignité. Quand des gens malades se voient privés de médicaments qu'ils savent (par le biais de CNN ou de la BBC) facilement accessibles de l'autre côté du globe, il s'agit de la plus grave des violations de droits de la personne.

Edwin Cameron soutient que la plus grave violation des droits de la personne est celle qui nie le droit d'un individu à la dignité. Vous pouvez congédier une personne, ou refuser à un enfant le droit d'aller à l'école – ce sont deux situations déplorables. Mais quand des gens malades se voient privés de médicaments qu'ils savent (par le biais de CNN ou de la BBC) facilement accessibles de l'autre côté du globe, il s'agit de la plus grave des violations de droits de la personne. Ici, il se fait des choses fantastiques, mais dans le Tiers Monde, je crois que nos efforts ne fonctionnent pas. Nous devons nous demander pourquoi.

Développement

La réponse à cette question soulève le thème du développement, dont David Roy a parlé vendredi. En préparant mon exposé, je me disais que David Roy et Karl Marx auraient pu être bons copains. Il y a très longtemps, Marx a affirmé que les conditions de vie des individus

déterminent leur vision du monde, leurs pensées sur le monde et leur réaction aux menaces. Il disait que les conditions de vie influencent la conscience. Je crois certainement qu'elles influencent le comportement. Les gens qui vivent dans des conditions sordides et insalubres, qui subissent l'indignité au quotidien, n'ont pas comme principal souci de se protéger contre ce drôle de petit virus qui les rendra malades dans sept ou huit ans. Depuis 90 ans, 90 000 personnes sont mortes dans des mines, en Afrique du Sud. Récemment, un chercheur a interviewé un travailleur minier pour connaître son attitude face au VIH. L'homme lui a dit : « Vous savez, à chaque fois que je vais sous terre, je mets mon casque sur ma tête et j'ignore si je sortirai vivant, le soir venu. Et là, des gens viennent me dire que dans mon temps libre, quand je bois, quand j'ai des rapports sexuels, etc., je dois mettre une protection sur mon pénis. Pas question, oubliez ça ». Le VIH n'est pas perçu comme une menace importante.

Nous devons réévaluer les droits de la personne, redécouvrir les valeurs qui les sous-tendent, puis s'organiser, se mobiliser et promouvoir ces droits.

Même situation, dans le commerce du sexe. Ce milieu est très sensibilisé au VIH. Et pourtant, un soir, un homme demande à une prostituée d'avoir une relation sans condom en l'échange de deux bières – et elle accepte. Évidemment, la pauvreté est un facteur majeur. Et la pauvreté a une autre face : les gens qui vivent dans l'abondance ont très peu de sympathie pour la souffrance humaine et les épidémies qui dévastent l'autre moitié du globe.

C'est pourquoi, comme l'a dit David Roy, les valeurs et l'éthique humaine (ou leur absence) détermineront la réaction des pays et la répartition de leurs ressources. Pensez simplement aux événements des derniers jours. Ce qui s'est produit aux États-Unis le 11 septembre m'a bouleversé, comme tout le monde. C'était un acte affreux et criminel. Mais pendant la fin de semaine, j'ai entendu dire que 55 milliards \$ seraient débloqués pour la sauvegarde des compagnies aériennes. Personne ne semble prêt à dépenser ce genre de montant pour venir en aide aux 40 millions de personnes qui vivent avec le VIH – même si nous connaissons l'impact mondial qu'auront tous ces décès.

Droits de la personne

Par conséquent, je crois que nous devons réévaluer les droits de la personne, redécouvrir les valeurs qui les sous-tendent, puis s'organiser, se mobiliser et promouvoir ces droits. J'ai l'impression que les gens sont blasés des droits de la personne. La majorité d'entre eux ne portent pas attention à ces droits ou aux instruments qu'ils nous procurent; ils préfèrent laisser cela à

Dans plusieurs pays pauvres, les liens entre les droits de la personne et la prévention du VIH sont rompus, parce que la société est brisée.

quelques militants. Mais si nous mettions l'accent sur les valeurs qui servent de fondement aux droits de la personne, nous pourrions développer des campagnes de solidarité et des stratégies juridiques liées à ces valeurs.

En tant que porte-parole du soi-disant monde « en développement », je voudrais souligner deux autres considérations de droits de la personne. Il y a certainement des contradictions dans le discours mondial à propos des droits. Ce discours doit commencer à accorder la priorité aux besoins des gens les plus vulnérables du monde, en matière de droits. Je fais allusion particulièrement aux droits économiques et sociaux – c'est-à-dire aux normes élémentaires pour la société. Au cours des six

dernières années, l'AIDS Law Project a élaboré un excellent cadre juridique pour les personnes vivant avec le VIH en Afrique du Sud – un cadre probablement presque aussi progressiste que celui du Canada. Mais ce n'est pas très utile : les Sud-Africains n'ont pas accès au droit, donc ils ne s'en servent pas. Par conséquent, les principes fondamentaux comme celui que « les droits de la personne sont essentiels à la prévention du VIH » ne peuvent être mis en application, bien qu'ils soient convenables en théorie. Les liens entre les droits de la personne et la prévention du VIH sont rompus, parce que notre société est brisée.

Nous devons aussi tenir compte du fait que les personnes qui ont le plus grand besoin de droits sont souvent les moins aptes à articuler leurs besoins. Je ne suis pas une personne séropositive vivant dans le township d'Alexandra, à Johannesburg, et gagnant 500 rands par mois (si elle est chanceuse). Je ne peux verbaliser cette colère. En fait, comme plusieurs de mes collègues, il m'arrive de me laisser emporter par les voyages internationaux, les conférences, etc. Ce n'est pas très bon pour les personnes les plus affectées; nous devons nous en rappeler. J'ai un ami séropositif, Zackie Achmat, qui a presque le sida et qui est toujours très abrupt. J'ai souvent envie de lui dire : « C'est bien, Zackie, garde les gens mal à l'aise. Ne les laisse pas se bercer dans la complaisance. Tu as le droit de perpétuer ce genre de malaise ». Zackie a le droit de me garder mal à l'aise, en tant qu'ami et collègue, car je n'ai pas le VIH. Je ne suis qu'un simple missionnaire.

Accès aux médicaments

Je crois que le développement fondé sur les droits socio-économiques, et non sur la charité, est le droit de la personne le plus important à défendre. Je crois aussi que l'accès aux médicaments est désormais une composante clé de la lutte pour le développement, car le nonaccès aux médicaments entraîne le sous-développement et la pauvreté. Cela nous ramène à notre discussion de vendredi soir, à propos de l'accès aux traitements et de sa pertinence. C'est un sujet pertinent parce qu'à chaque année, au moins deux millions de personnes meurent des suites du sida, dans les pays du Tiers Monde. Bien sûr, les médicaments ne sont pas une panacée. Mais ils prolongent et améliorent la vie, ils mettent un frein au problème de l'orphelinat et ils permettent aux gens de travailler et de conserver leur dignité.

La pire tragédie est que la mondialisation de la science médicale ne se soit pas accompagnée d'une mondialisation de l'accès aux médicaments.

D'autres questions sont liées à la mondialisation. La maladie s'est mondialisée. Les mécanismes économiques et politiques qui ont servi à mondialiser la planète ont rendu de nombreux individus plus vulnérables aux maladies qu'ils ne l'étaient auparavant. La pire tragédie est que la mondialisation de la science médicale ne se soit pas accompagnée d'une mondialisation de l'accès aux médicaments. Une personne pauvre d'un township du Botswana ou du Malawi peut connaître l'existence de médicaments efficaces, par le biais d'Internet, mais elle n'a absolument aucune chance d'obtenir personnellement ces médicaments ou de se rendre à un centre de santé qui pourrait lui en procurer. C'est une énorme inégalité, une tragédie immense qui soulève une question fondamentale : qui a le droit d'accéder aux fruits de la science médicale? Qui a ce droit? Laissez-moi illustrer cela par un exemple. GlaxoSmithKline produit maintenant un nouveau médicament nommé « trizivir », une trithérapie qui élimine la plupart des problèmes liés à la multithérapie. Ce serait un médicament idéal pour les gens des pays en développement, où les

problèmes d’alphabétisation et de connaissance sur les médicaments sont beaucoup plus graves qu’ici. Mais je ne crois pas que ces gens mettront la main sur du trizivir de sitôt, même si le médicament est approprié pour les personnes qui ont le sida.

D’autre part, la compagnie Cipla produit un médicament nommé « triomune », une copie du trizivir qui a maintenant un certificat de bioéquivalence, je crois. Mais nous ne pouvons utiliser le triomune en Afrique du Sud. Si nous le rendons disponible, nous enfreignons la loi. Si nous l’importons, si nous le mettons dans la bouche de patients, si nous le prescrivons, nous enfreignons la loi. Si Cipla tente même d’enregistrer le triomune auprès de notre Medicines Control Council, elle enfreint une loi sur les brevets.

Ma question est la suivante : est-il moral de respecter ce genre de loi? Je pense que non. Je m’engage personnellement à enfreindre ces lois; je le ferais pour le triomune, et aussi pour le diflucan, si je voyais une manière sensée et responsable d’y arriver. Nous le savons tous, on ne fait pas initier un traitement antirétroviral quand on est incapable d’assurer un accès continu aux médicaments. C’est pourquoi nous ne le faisons pas, actuellement.

Le problème de l’accès aux médicaments essentiels dans les pays pauvres en est un de dévalorisation de la vie humaine; de transformation d’un élément aussi essentiel à certaines personnes que l’eau à la vie humaine, en une machine à profits qui enrichit d’abord des actionnaires du monde industrialisé.

Pourquoi avons-nous ce problème? Le problème n’est pas que Jean-Paul Garnier, le directeur général de GlaxoSmithKline, soit un homme méchant. En fait, c’est probablement un homme très gentil. Et si vous avez déjà rencontré Richard Sikes, ancien directeur de GlaxoSmithKline, vous savez qu’il est très aimable. Le problème est plutôt l’effritement graduel des valeurs, qui nous ramène aux propos de David Roy. C’est un problème de « commodification » et de privatisation de la médecine; de dévalorisation de la vie humaine; de transformation d’un élément aussi essentiel à certaines personnes que l’eau à la vie humaine, en une machine à profits qui enrichit d’abord des actionnaires du monde industrialisé. Voilà le problème. Il découle de la distanciation – silencieuse, mais très intentionnelle – de certains droits et des valeurs qui les avaient inspirés.

À l’origine, le brevet vise à récompenser un apport public. Mais les brevets n’apportent rien aux trois quarts de la population mondiale. Pourquoi l’Accord sur les ADPIC a-t-il été créé?

L’« Accord sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce » (ou

Il faut aider les gens des pays riches à s’indigner autant de la souffrance de leurs voisins éloignés que de celle de leurs proches.

« Accord sur les ADPIC »), qui rend applicables les lois sur les brevets à tous les pays du monde, a été mis sur pied au milieu des années 1990 à l’initiative de compagnies comme Pfizer et IBM. On l’a développé notamment parce que Pfizer a vu loin et a compris que la maladie se mondialisait et que ses médicaments seraient en demande mondiale – et que la production inoffensive (ou presque) de copies de ses produits, telle que s’y adonnaient

des compagnies comme Cipla dans les années 1960, 1970 et 1980, pourrait bien commencer à ronger ses profits. Il n’est donc pas surprenant que des lois sur les brevets aient commencé à s’appliquer aux médicaments, partout dans le monde, à partir du milieu des années 1990. Mais les conséquences de ces lois sont désastreuses. La propriété intellectuelle n’est pas un droit

inaliénable, comme la vie ou la dignité. Elle avait un but précis; et aujourd'hui, on en abuse. Voilà les valeurs que nous devons faire changer.

Conclusion

Je reviens à ce dont on m'avait demandé de parler : les droits de la personne, le sida et la responsabilité globale. Pour que la Déclaration issue de l'UNGASS sauve des vies, elle doit partir d'un sens de responsabilité globale et d'urgence. Pour moi, cela signifie quatre choses. Premièrement, il faut aider les gens des pays riches à s'indigner autant de la souffrance de leurs voisins éloignés que de celle de leurs proches. Deuxièmement, il faut apprendre à accorder autant d'attention au droit international qu'au droit national. Vous le faites clairement, dans votre réseau. Troisièmement, il faut consciemment s'efforcer de changer les normes et la moralité et élaborer des stratégies en ce sens. Finalement, de la même manière que la désobéissance civile est déjà parvenue à renverser des lois qui étaient injustes, il faut contester et défier les lois qui causent une discrimination contre les personnes pour des motifs comme la pauvreté, etc.; il faut les changer; et il faut mener des campagnes de défense des droits à cet égard.

Pour moi, c'est une question de moralité mondiale. Ce pourrait aussi être une question de bien commun de la planète. L'Afrique du Sud est divisée en deux nations, une blanche et une noire. Les blancs étaient méprisants à l'égard des noirs, et plusieurs le sont encore. Leur niveau de vie n'est pas du tout le même. La pauvreté créée par les blancs a déshumanisé les noirs et les a poussés dans un cercle vicieux de criminalité; puis les blancs ont perdu leur liberté. Je ne parle pas de l'apartheid. Je parle de la liberté de sortir de chez soi sans craindre de se faire fusiller, ou d'aller dans les boutiques ou au cinéma, un soir, à Johannesburg. Il y a un lien direct entre le monde que les gens riches ont créé pour eux-mêmes et la façon dont les gens pauvres ont commencé à se retourner contre ce monde (non pas délibérément, mais en réponse au traitement barbare qu'ils ont subi). C'est la même chose pour le sida, la mondialisation et les droits de la personne. Le monde ne pourra tolérer encore bien longtemps une telle division. Les pays industrialisés en viendront à ne plus pouvoir se tenir à l'abri des perturbations, de la décadence et des maladies qui affectent le Tiers Monde.