



Accès aux médicaments essentiels : une bataille perdue ?

L'accès aux médicaments essentiels pour les populations les plus pauvres est le défi à relever pour les prochaines années

« **S**anté pour tous en l'an 2000 »... le moins que l'on puisse dire est que nous sommes loin du compte, quand les écarts entre riches et pauvres s'accroissent chaque jour.

L'accès aux traitements de base et aux médicaments essentiels est un pilier de tout système de soins, même s'il est loin de résumer une politique de santé publique. Les centres de santé où l'on ne trouve pas de médicaments sont rapidement désertés et sont dans l'impossibilité d'avoir d'autres activités indispensables telles que l'éducation sanitaire, la prévention, etc.

Environ le tiers des 50 millions de personnes qui meurent chaque année dans le monde meurent d'une infection. Ces personnes vivent pour l'essentiel dans des pays du sud et meurent de maladies qui sont pour la plupart curables (à l'exception du sida).

La situation actuelle, avec des malades au sud et des médicaments au nord, est moralement inacceptable. Il n'existe bien entendu aucune solution simple à ce défi, car le défaut d'accès aux médicaments essentiels des populations démunies résulte d'une multiplicité de facteurs.

À partir de son expérience de terrain, Médecins sans frontières (MSF) s'est engagé pour plusieurs années dans une « campagne d'accès aux médicaments essentiels », structurée autour de trois thèmes principaux : stimuler le redémarrage de la recherche et développement pour les pathologies « tropicales » ; assurer la production de médicaments essentiels en voie d'abandon par leurs producteurs ; faciliter l'accessibilité financière aux médicaments essentiels brevetés (et pour ce faire, demander une « exception sanitaire » dans le cadre des accords internationaux du commerce)¹.

Un abandon de la recherche et du développement pour les pathologies tropicales

Entre 1935 et 1970, quand le marché des pharmaceutiques prenait en compte les intérêts de pays colonisateurs, la contribution de l'industrie pharmaceutique occidentale à la lutte contre les maladies tropicales endémiques a été cruciale. Depuis, les laboratoires se sont manifestement désintéressés des pathologies affectant les pays pauvres et se sont tournés vers des productions plus rentables, répondant aux besoins et au pouvoir d'achat des pays industrialisés.

Le résultat est là : quand un médicament pour le traitement des maladies tropicales est identifié à un stade précoce de recherche, le fabricant décide souvent de ne pas le développer, car il serait inabordable pour les patients concernés.

La production de médicaments essentiels est interrompue pour des raisons de profit

L'efficacité du *chloramphénicol* huileux pour traiter la méningite bactérienne est comparable à celle du traitement classique à base d'*ampicilline*. Son coût abordable et sa simplicité d'administration en font un médicament adapté aux pays en développement, notamment pendant les épidémies. Pourtant, la production et la disponibilité du *chloramphénicol* huileux ont été menacées. Le laboratoire Roussel Uclaf a en effet interrompu sa fabrication en 1995. Un transfert de technologie vers un laboratoire de Malte (sous la responsabilité de IDA, fournisseur à but non lucratif de médicaments essentiels génériques et grâce aux efforts de MSF) a permis de redémarrer une production de qualité depuis la fin 1998.

D'autres maladies graves, comme la leishmaniose ou la maladie du sommeil (voir encadré), connaissent des situations comparables : pour des raisons de rentabilité, des médicaments qui peuvent les combattre ont commencé à disparaître du marché. Il s'agit souvent de produits qui ont été



découverts dans les années cinquante et 1960, voire antérieurement, et ne sont pas ou plus utilisés dans les pays riches.

Le coût prohibitif des nouveaux médicaments

La dysenterie à *Shigella* type 1 est une forme extrêmement contagieuse de dysenterie. Non traitée, elle conduit à la mort dans 5 à 15 % des cas. La shigelle est rapidement devenue résistante aux antibiotiques traditionnels comme l'*acide nalidixique*. Des médicaments plus récents, comme la *ciprofloxacine* ou la *norfloxacine*, sont dix fois plus chers. MSF a conclu un accord avec les laboratoires Bayer Pharma, pour obtenir de la *ciprofloxacine* au prix de l'*acide nalidixique*. Mais il s'agit d'une mesure ponctuelle, sans perspective à moyen terme.

Les exemples ne manquent pas de nouveaux médicaments qui ne sont pas

Bernard Pécoul
Directeur
Pierre Chirac
Consultant
Campagne
« Accès aux
médicaments
essentiels » de
Médecins sans
frontières



© Médecins du monde. Photo Jean-Pierre Degas

abordables financièrement ; le cas le plus connu concerne les différents médicaments du sida. Beaucoup d'entre eux, récemment mis sur le marché, sont encore protégés par un brevet. Leur prix, établi en fonction des moyens des pays industrialisés, rend souvent ces médicaments inaccessibles dans les pays pauvres, sauf pour une élite. C'est la raison pour laquelle MSF soutient toutes les mesures d'exception au droit des brevets (licences obligatoires) prévues par les accords internationaux du commerce (accords de l'OMC) pour permettre de réduire les prix des médicaments.

Il existe de nombreux autres problèmes dans l'accès aux médicaments essentiels des pays pauvres. La contrefaçon est l'un de ceux-là.

Contrefaçons et médicaments de mauvaise qualité

Les pays pauvres ont rarement les ressources suffisantes pour appliquer les normes internationales nécessaires à la production de médicaments de qualité. Par ailleurs, dans de nombreux pays, y compris industrialisés, ces mêmes normes sont parfois mi-

ses en œuvre de façon moins stricte lorsque les médicaments sont destinés à l'exportation. La qualité des médicaments et donc leur efficacité sont incertaines dans bien des cas.

On assiste aussi à la commercialisation de faux médicaments, les contrefaçons, mises sur le marché de manière illicite. Les équipes MSF ont été confrontées à ce problème pendant la campagne de vaccination contre la méningite menée en 1995 au Niger. Quelque 88 000 vaccins, objet d'un don en provenance du Nigéria, ne contenaient pas de principe actif. Les conséquences en ont été fatales pour des personnes mal vaccinées.

L'accès aux médicaments essentiels pour les populations les plus pauvres est sans doute l'un des grands défis éthiques des prochaines années. Les progrès thérapeutiques sont sources d'enrichissement dans les pays industrialisés. On ne peut accepter que cet enrichissement repose en partie sur un déni d'accès aux traitements pour une grande partie de l'Humanité. ■

1. De nombreux documents sur la campagne d'accès aux médicaments essentiels sont consultables sur le site www.accessmed-msf.org

Une maladie oubliée : la trypanosomiase africaine

La trypanosomiase africaine (ou maladie du sommeil) est due à un trypanosome transmis à l'homme par la piqûre d'une glossine (ou mouche tsé-tsé). La maladie du sommeil conduit sans traitement à une encéphalite, un coma et la mort. La maladie du sommeil est aujourd'hui en pleine recrudescence et touche probablement 450 000 personnes sur les 60 millions de personnes menacées en Afrique équatoriale.

L'*éflornithine* (ou DFMO) a été découverte en 1985. C'est le seul médicament dont l'efficacité a été prouvée dans les cas de résistance, de plus en plus fréquents, au *mélar-soprol*, traitement de référence de la maladie du sommeil.

Après avoir été commercialisée par Merrell Dow à un prix très élevé (4 000 F le traitement), la production de ce médicament a été interrompue. Depuis 1996, Hoechst Marion Roussel (HMR), qui a racheté Merrell Dow, a offert à l'OMS les droits de commercialisation de l'*éflornithine*. L'accord de transfert de licence a été signé en décembre 1999. En collaboration avec les responsables de l'OMS, des ONG impliquées sur le terrain, et d'OTECI (association de cadres retraités de l'industrie pharmaceutique), MSF recherche une solution qui permette de rendre à nouveau disponible cette molécule, difficile à fabriquer.

Un stock de matière première re-

trouvé chez HMR a permis de relancer une production pour les prochains 12 à 18 mois. Cette solution n'est cependant pas pérenne. Un producteur devra être trouvé dans un pays du sud. L'OMS en tant que nouveau propriétaire de la molécule a délégué à MSF la mise en œuvre de tous les aspects opérationnels de l'accord : « *assurer la production, la commercialisation et l'homologation de l'éflornithine en Afrique et en Europe* ».

Un rôle central que MSF se voit contraint d'accepter pour débloquer une situation sans issue. Mais qui met en lumière les carences des pouvoirs publics, des institutions internationales et des industriels.