

(Traduction du CCISD)

Le sida peut-il être arrêté? (*Can AIDS Be Stopped?*)

The New York Review of Books, March 14, 2002

By Helen Epstein, Lincoln Chen

Au cours des deux décades précédentes, alors que les pays occidentaux vivaient une croissance économique, le reste du monde faisait l'expérience de catastrophes financières : crise de la dette internationale en 1982, crise du peso mexicain en 1994, crise financière asiatique en 1997, faillite russe en 1998. Les conséquences sociales de ces désastres économiques (pauvreté, chômage et maladie) ont été ressenties en dehors de l'Ouest, en Afrique, en Amérique latine, en Asie, et dans l'ex-bloc soviétique. Les causes de ces crises sont complexes mais les critiques publiques se sont surtout adressées aux institutions responsables de définir les règles de la mondialisation de l'économie – l'Organisation mondiale du commerce, la Banque mondiale et le Fonds monétaire international. Des mouvements de contestation ont vu le jour parmi des groupes souvent en conflits les uns avec les autres, des syndicats aux environnementalistes, aux étudiants, aux ONG impliquées en santé, en justice sociale et en droits humains. Leurs griefs convergent : alors que les gouvernements occidentaux, appuyés par les banques et les corporations multinationales, poussent la libéralisation économique à son extrême, ils exacerbent, et souvent exploitent, les vastes inégalités sociales et économiques qui existent dans le monde.

Cette position semble être partagée par le financier et philanthrope Georges Soros. Dans son nouveau livre *George Soros on Globalization*, Soros conclut que le commerce et la finance internationaux ont devancé la capacité des États à gérer la mondialisation. La disponibilité de biens publics, ces biens nécessaires à tous mais non-produits par le marché comme un air salubre et le contrôle des maladies, a été particulièrement négligée. Au lieu de proposer de liquider l'OMC, la Banque mondiale et le FMI, Soros préférerait les voir renforcés et complétés par des institutions internationales plus fortes comme l'OMS et l'Organisation internationale du travail. Il croit qu'une mondialisation réussie demande des institutions internationales dédiées non seulement à la finance et au commerce, mais aussi à la santé publique, aux droits humains, à la protection de l'environnement.

Le VIH/Sida est en tête de la liste de Soros des problèmes sociaux mondiaux. Le souci concernant la pandémie de sida, et surtout en Afrique, a cru énormément ces dernières années, mais on ne sait toujours pas ce que la communauté internationale peut et devrait faire. Le coût élevé des médicaments antirétroviraux (ARV) est le sujet d'une controverse. Les compagnies pharmaceutiques fixent des prix incompatibles avec les possibilités des pays pauvres ; mais lors de la réunion de l'OMC à Doha, Qatar, en novembre 2001, ces compagnies ont dû plier devant les pressions des gouvernements, des ONG et des activistes, et permettre aux gouvernements des pays pauvres d'assouplir les règles rigides des brevets concernant les vaccins et les médicaments destinés à protéger la santé publique. Malgré ce triomphe apparent, beaucoup de chemin reste à faire. Une coalition de gouvernements et d'ONG, sous le leadership des Nations-Unies, vient de lancer le Fonds global contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GHF) ; la performance de ce fond démontrera les capacités d'une telle institution mondiale à faire face aux plus sérieuses crises de santé de notre époque, sinon de tous les temps.

1. À date, on estime à 50 millions le nombre de séropositifs; 25 millions vivent en Afrique où 3 millions en meurent chaque année. Dans plusieurs pays, l'espérance de vie a chuté de plus de 10 ans à cause du sida. Malheureusement, ceux qui sont en meilleure position de faire quelque chose (plusieurs chefs d'États africains, des leaders mondiaux comme le Secrétaire-d'État Colin Powell, l'ex-président Bill Clinton, et les chefs d'États du G8 réunis à Okinawa en 2000 et à Gênes en 2001) ont reconnu la gravité du problème du sida en Afrique et ailleurs dans le monde en développement depuis quelques années seulement. L'alerte épidémiologique avait pourtant été sonnée en 1985. Devons-nous nous étonner que la crise du sida en Afrique ait mis tant de temps à rejoindre ces hautes instances politiques ? En 1999, le Conseil de sécurité des Nations-unies déclarait le sida en Afrique une affaire de sécurité internationale, parce qu'il déstabilisait davantage les nations africaines fragiles. Mais en quoi cela affecte-t-il l'Ouest, particulièrement les USA ? L'histoire moderne des relations entre l'Ouest et l'Afrique montre que la mort de millions d'Africains, voire l'écroulement des États eux-mêmes, attirent peu l'attention. Des maladies comme le paludisme, les

infections respiratoires, la rougeole et les diarrhées, toutes prévenables ou curables et largement contrôlées en occident, continuent de tuer des millions d'enfants africains ; pendant ce temps, l'aide bilatérale américaine à l'Afrique diminuait de la moitié dans les années 1990. Durant la guerre froide, les USA supportaient des régimes responsables de la mort de milliers d'autres au Liberia, au Zaïre et en Afrique du Sud. Les USA et l'Europe de l'Ouest ne sont pas intervenus durant le génocide rwandais ; et n'eût été l'intervention de groupes Rocks, les Américains et les Européens auraient bien pu ignorer la famine en Éthiopie dans les années 1980. Les fonds US pour la prévention du VIH, dans les années 1990, se chiffrent à \$ 70 millions par année, une somme comparable à celle fournie par l'armée américaine pour le Viagra. Pourquoi le sida africain a-t-il finalement attiré l'attention des pays riches ? Pourquoi les autres catastrophes de santé n'ont-elles pu le faire ? Une hypothèse est que la vision des problèmes des pays en voie de développement, par les yeux des leaders occidentaux, des activistes et du public en général, n'est que le reflet de leurs propres problèmes localement. La souffrance des sidés africains attire l'attention plus que ne peuvent le faire les victimes du paludisme ou des diarrhées. D'une part, le sida est manifestement une maladie « mondiale » : depuis sa découverte au début des années 1980, le VIH s'est répandu dans tous les continents. Il a tué dans toutes les races et toutes les classes, des quartiers gais économiquement riches de San Francisco et de New-York jusqu'aux pires bidon-villes d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine.

D'autres infections furent, autrefois, aussi répandues et dévastatrices que le sida. Il y a 500 ans, la rougeole et la variole, introduites dans le Nouveau monde par les conquérants, ont décimé les populations locales. En 1918, la Grippe espagnole tua des millions de personnes à travers le monde. Jusqu'au début du 20^{ème} siècle, le paludisme et la typhoïde tuaient non seulement sous les tropiques mais aussi au Minnesota, en Angleterre et à Arkhangelsk, Russie. Au cours du dernier demi-siècle, cependant, les décès suite aux maladies infectieuses des enfants se firent rares dans les pays industrialisés. Ceci conduisit les épidémiologistes à associer des schémas d'infections à des stades de développement économique. Les maladies transmissibles, nutritionnelles ou liées à la reproduction (paludisme, tuberculose, malnutrition et mortalité infantile) sont ainsi devenues des « maladies de la pauvreté ».

Une seconde génération de maladies (cardiaques, diabète, cancer) sont considérées comme des « maladies de l'abondance », caractéristiques des pays industrialisés (même si les classes supérieures et moyennes des pays en développement souffrent aussi de ces maladies chroniques et dégénératives). Le sida fait partie d'une « 3^{ème} vague » de pathologies infectieuses, environnementales et comportementales qui émergent depuis quelques années. Quelques-unes sont considérées comme des « maladies de la mondialisation » parce qu'elles affectent tous les pays, et que leur contrôle va nécessiter des efforts inédits de coopération mondiale. Au cours des deux dernières décennies, plus de deux douzaines d'agents infectieux nouveaux ont été découverts, incluant les prions responsables de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, ainsi que les problèmes environnementaux liés au réchauffement de la planète et à l'amincissement de la couche d'ozone. Des problèmes de santé liés à des comportements à risque comme l'abus des drogues, du sexe non-protégé, des accidents de la circulation et de la violence, sont en augmentation particulièrement dans les sociétés rapidement changeantes. La distribution mondiale de ces maladies émergentes peut expliquer le fait que le sida n'est plus vu que comme un « problème de Tiers-monde » que l'Ouest peut continuer d'ignorer.

Le sida soulève des questions troublantes quant à l'influence des marchés privés et de la propagation des maladies infectieuses. La collision entre ces deux tendances a créé un contre-courant moral avec une dynamique propre. Depuis 1996, les séropositifs des pays riches ont accès aux médicaments antirétroviraux qui ralentissent la progression du sida. Ces médicaments s'attaquent au VIH, permettant ainsi la remontée du système immunitaire et le combat contre les infections opportunistes. Les ARV ne guérissent pas le sida, ont des effets secondaires importants et ne fonctionnent pas chez tous les patients : néanmoins, ils ont pu ajouter des années de vie chez des milliers de séropositifs des pays riches. On compte maintenant plus de 20 ARV. Ces ARV sont peu accessibles aux pauvres, en particulier les millions de malades africains. Une des raisons de leur coût élevé est la protection, par brevet, dont jouissent les compagnies pharmaceutiques pendant 20 ans, leur conférant ainsi un monopole. Durant cette période, les prix demeurent aussi élevés que le permet le marché. Jusqu'à récemment, les brevets ne protégeaient les compagnies occidentales que dans quelques pays, mais cette situation est en train de changer. En 1994, les gouvernements occidentaux, soucieux de protéger la propriété intellectuelle, se firent les promoteurs d'un accord sur les aspects commerciaux des droits de propriété intellectuelle (TRIPS, en anglais) lié au membership à l'OMC. Le

TRIPS étend la protection des brevets à tous les membres de l'OMC; toute invention (ex : un CR, un logiciel, un médicament) devient ainsi protégée partout. Le TRIPS était une réaction au piratage de musique et de vidéos en Chine, ainsi qu'aux producteurs de médicaments génériques en Indes, en Thaïlande et au Brésil. Tous les pays n'ont pas signé le TRIPS, mais la plupart l'ont fait ou le feront dans la prochaine décennie. Breveter des médicaments qui, s'ils étaient moins chers, pourraient prolonger la vie et abréger les souffrances de millions de pauvres dans les pays en développement, soulève de graves questions éthiques.

Le développement des ARV est dû en grande partie aux activistes gais séropositifs des pays riches, surtout aux USA, qui, à la fin des années 1980, firent le siège du NIH pour augmenter les fonds consacrés à la recherche. Ils demandaient aussi que le *Food and drug administration* accélère le processus d'approbation des médicaments prometteurs. À la fin des années 1990, plusieurs de ces mêmes groupes d'activistes, incluant Act Up, commencèrent à s'intégrer dans les campagnes menées par des organisations internationales comme Médecins sans frontières, OXFAM et CARE. Ils se plaignaient du fait que l'industrie pharmaceutique fixe des prix exorbitants pour enrichir leurs actionnaires au mépris de la situation des pauvres dans le monde. Pourquoi, disaient-ils, ces médicaments sauvant des vies, et disponibles, étaient-ils si chers ?

Ce débat sur l'accès aux ARV dans les pays pauvres survint en même temps qu'un questionnement plus large sur les mystères des politiques de fixation des prix des médicaments en général. On peut faire un parallèle entre la question des ARV et le prix élevé des médicaments sous ordonnances pour les Américains, incluant ceux qui relèvent du Medicare. Les compagnies pharmaceutiques font face, de plus en plus, à l'insatisfaction de leurs clients des pays riches où se trouve leur marché le plus lucratif. Ces clients risquent d'être sympathiques aux pauvres Africains séropositifs car leurs préoccupations sont les mêmes. Les Américains se demandent de plus en plus pourquoi les médicaments sont si chers, quelle est la définition d'une juste marge de profit, et pourquoi des normes morales ne s'appliqueraient-elles pas à la fixation des prix pour tout le monde, Africains pauvres et nous aussi ?

La remise en question du coût élevé des médicaments en général a conduit le public à se mêler des affaires de l'industrie pharmaceutique, et cela commence à être payant. Les activistes réclamant une utilisation plus large des médicaments génériques dans les pays pauvres aux prises avec de sérieux problèmes de santé publique ont obtenu, récemment, des gains.

Avant que le Brésil ne joigne l'Organisation mondiale du commerce en 1996, les fabricants de médicaments génériques y produisaient déjà un cocktail antirétroviral qui a donné lieu à un programme exemplaire de traitement par lequel tous les Brésiliens qui en ont besoin ont accès gratuitement aux médicaments.

Il n'est cependant pas évident que le programme brésilien soit facilement transposable en Afrique: le Brésil a en effet un revenu par habitant dix fois plus élevé que celui de la majorité des pays africains où sévit le sida et seulement 0,5% de sa population est atteinte alors que ce taux varie de 5 à 35% dans la plupart des pays africains au sud du Sahara.

Les obstacles à la distribution des médicaments contre le sida sont infiniment plus nombreux en Afrique qu'au Brésil. Néanmoins, en avril dernier, le gouvernement d'Afrique du Sud a remporté une bataille légale qui lui a concédé le droit de fabriquer elle-même sa version générique de médicaments brevetés. Si le président sud-africain Thabo Mbeki revisait sa position idiosyncratique sur le sida, un programme semblable à celui du Brésil pourrait bientôt y être mis en route. (4)

L'organisation mondiale du commerce a accordé aux gouvernements des pays pauvres, lors de sa récente réunion de Doha au Qatar, le droit d'émettre des licences contraignant les compagnies pharmaceutiques locales à produire des versions génériques de médicaments brevetés afin d'y protéger la santé publique.

Des négociations visant à permettre d'importer des médicaments génériques fabriqués ailleurs sont également en cours. Ainsi, un pays comme l'Ouganda, qui n'est pas en mesure de fabriquer ses propres antirétroviraux, pourrait les acheter de fabricants brésiliens.

Pour réduire le boucan de publicité négative, les multinationales pharmaceutiques ont été forcées, sous le couvert du programme d'accès accéléré adopté par les Nations Unies, d'offrir à prix réduit des médicaments contre le sida à un petit nombre d'établissements de santé de pays en voie de développement.

Mais ce programme ne donne accès qu'à un nombre limité de médicaments. Ses critiques disent également que seule la concurrence globale entre les fabricants de produits génériques pourra mettre les médicaments à la portée des bourses d'une portion significative des personnes atteintes dans les pays en voie de développement.

L'indignation soulevée par le prix élevé des médicaments contre le sida a contribué à attirer l'attention internationale sur l'étendue mondiale de l'épidémie si bien qu'à la fin de 2001, il est devenu possible de se procurer des cocktails antirétroviraux pour 300\$ ou 500\$ par année dans certains pays en voie de développement, soit à un prix largement inférieur à celui pratiqué à l'Ouest.

Toutefois, une multitude de raisons, dont la lenteur des bureaucraties gouvernementales, la pingrerie des compagnies pharmaceutiques, le coût malgré tout élevé des médicaments et les difficultés de distribution, font en sorte que peu de patients sidéens des pays en voie de développement reçoivent effectivement ces médicaments ou même toute forme de médication moderne autre que les antibiotiques les moins chers

C'est pour sortir de ce dilemme que les Nations Unies ont récemment lancé le Global Health Fund pour le sida, la tuberculose et la malaria. Aussi nécessaire que prometteur, le Global Health Fund fait face à d'imposants défis. Kofi Annan a suggéré au départ un fonds de 7\$ à 10\$ billions par année qu'alimenteraient les gouvernements des pays riches, des entreprises et des donateurs privés. Les dons recueillis jusqu'ici ne dépassent toutefois pas 1,7\$ billion. En dépit de leur discours, les pays de l'Ouest se sont montrés très parcimonieux dans leur contribution. Le gouvernement américain s'est contenté de promettre 500\$ millions sur une période de trois ans, ce qui a entraîné des engagements aussi timides des autres pays riches. La distribution de ces maigres ressources entre la prévention et le traitement des trois maladies cibles fera l'objet de décisions difficiles. Les avis ne concordent pas, par exemple, sur les sommes à allouer au traitement du sida. L'an dernier, une équipe de l'Université d'Harvard a proposé qu'une partie de l'argent soit consacrée à l'achat à rabais d'antirétroviraux produits par des compagnies pharmaceutiques occidentales. Ils se sont basés sur quelques programmes à petite échelle, dont celui de la Clinique Bon Sauveur à Haïti et du projet Khayelisha mené par Médecins sans Frontières près du Cap en Afrique du Sud, qui auraient démontré la faisabilité du traitement antirétroviral des patients pauvres de pays en voie de développement (6). Au dire des responsables de ces programmes, le plus grand obstacle est celui du coût des médicaments antirétroviraux. Ces petits projets pilotes sont admirables et pleins d'enseignement pratique et d'espoir, mais il y a matière à se demander s'ils peuvent être étendus facilement à toute l'Afrique subsaharienne. Les projets de Bon Sauveur et de Khayelisha n'administrent les traitements antirétroviraux qu'à une centre de patients chacun alors que l'Afrique compte à elle seule des millions de patients à traiter. L'expérience a montré que la distribution de médicaments, même simples d'administration, à une telle échelle comporte des difficultés énormes. Les programmes de traitement de la syphilis et de la tuberculose dans les pays en voie de développement montrent combien il est difficile d'y offrir des soins de santé même lorsque les médicaments sont offerts gratuitement ou presque. Les programmes de distribution de suppléments vitaminiques aux enfants ne sont pas plus faciles à mener. On estime à 1,6 million le nombre annuel de femmes de ces pays qui accouchent alors qu'elles sont atteintes de syphilis, une maladie susceptible d'entraîner le décès ou la malformation des nouveaux-nés. Or, les tests et traitements contre cette maladie ne coûtent que vingt-cinq cents. Des centaines de milliers d'enfants perdent la vue chaque année à cause d'une déficience en vitamine A; un million en meurent. Or les suppléments de vitamine A ne coûtent presque rien et ne doivent être pris que deux fois par année.

Certains programmes de traitement et de vaccination ont bien sûr connu des succès retentissants: rougeole, polio et onchocercose (la cécité des rivières), par exemple. Mais le vaccin contre la polio ou la rougeole ne s'administre que quelques fois dans toute une vie, tandis que la dose orale prévenant de l'onchocercose se prend une fois par année et ne nécessite pas, comme le sida, un suivi constant des patients. Même ces programmes relativement simples ont requis des fonds et un engagement substantiels des donateurs pendant de très longues périodes.

Cet échec d'application de traitements aussi simples et peu coûteux dans les pays en voie de développement s'explique par le manque de formation et de motivation du personnel de la santé, par une gestion et une administration inadéquate, par le manque de véhicules, de réfrigérateurs, de réactifs de laboratoire et d'autres équipements de base. Par exemple, le dépistage et le traitement de la syphilis chez les femmes enceintes requiert du personnel qualifié, un système de référence efficace, une provision de médicaments et de matériel de test fiables, un laboratoire rudimentaire sur place, un contrôle de sa qualité et d'autres ressources du genre qui font tout simplement défaut à la majorité des établissements de santé des pays pauvres.

Le traitement des patients sidéens est beaucoup plus complexe que le dépistage de la syphilis ou l'administration de vitamine A. Les patients sidéens ont besoin de counseling, de tests de laboratoire et de soins cliniques constants pour traiter les infections qui peuvent surgir et pour contrôler les effets secondaires des médicaments. Même si les médicaments et les autres composants étaient accessibles, ce qu'ils ne sont pas la plupart du temps, les programmes de traitement antirétroviraux requièrent un effort considérable des travailleurs de santé publique. Mais à cause de l'instabilité politique, de la stagnation économique, des réformes bâclées du secteur de la santé imposées par les institutions donatrices telles la Banque mondiale, la force de travail en santé à travers toute l'Afrique sub-saharienne s'est effondrée. Les médecins sont gravement sous-payés gagnant parfois aussi peu que 100\$ par mois. Les infirmiers et autres employés gagnent beaucoup moins. Le moral de ces employés publics est miné le travail au noir nuit considérablement à la prestation des services de santé. L'année dernière, des travailleurs en santé publique frustrés se sont mis en grève au Zimbabwe et en Ouganda. Dans toute l'Afrique sub-saharienne, médecins et infirmiers quittent le secteur public à la recherche de meilleurs salaires dans le privé ou sur d'autres continents.

L'efficacité éventuelle de tout programme de traitement du sida passe par un renforcement du système de santé global, en particulier de son personnel de première ligne et par une reconnaissance des besoins des gens atteints par la maladie. L'équipe de Harvard a proposé d'augmenter de 150\$ par année la rémunération du travail clinique supplémentaire requis par le traitement de chaque patient soigné aux antirétroviraux. Mais une telle mesure pourrait s'avérer insuffisante car l'on sait qu'un personnel bien formé et motivé et un système de santé bien organisé prennent des années d'investissement soutenu.

Le programme de la Clinique Bon Sauveur d'Haiti, se déroule dans un centre de santé fortement subventionné depuis fort longtemps par des donateurs étrangers. C'est aussi le cas de plusieurs petits programmes de traitement aux antirétroviraux menés dans des pays en voie de développement. Établie depuis quinze ans, la clinique du Bon Sauveur a pu offrir un niveau de soins beaucoup de bien plus haute qualité que celui du secteur public haïtien en général et cela, bien avant le début de son programme de traitement du sida. Le personnel y est bien payé et l'est sur une base régulière. Il peut compter sur des ressources, des médicaments (en plus des rétroviraux) et des fournitures suffisantes pour faire du bon travail.

Les médicaments antirétroviraux ne résoudront pas à eux seuls la crise du sida en Afrique.

Le débat sur le coût élevé des médicaments a pu amener à limiter le problème à un problème médical, mais il est de fait beaucoup plus complexe. Lorsqu'un Américain ou un Européen contracte le sida, l'affaire se passe généralement entre le patient et son médecin. Le diagnostic peut affecter les amis et la famille, mais l'effet du sida sur une famille africaine est d'un tout autre ordre: le sida y tue et invalide les gagne-pain de toute la famille. Le taux de dépendance est beaucoup plus élevé en Afrique qu'en Occident non seulement à cause de la proportion de jeunes enfants mais en raison du haut taux de chômage et de l'inexistence de tout filet de sécurité sociale.

La plupart des travailleurs de l'Afrique sub-saharienne sont des fermiers que la répartition inéquitable des terres et la chute des prix des produits agricoles africains a rendus dépendants de membres de la famille qui sont devenus des travailleurs migrants ou des travailleurs occasionnels dans les régions urbaines.

Les travailleurs migrants sont à haut risque face au sida: ils sont jeunes, font face à la solitude et à l'anomie sociale des campements et taudis urbains dans lesquels ils se retrouvent. Lorsqu'un mineur sud-africain est atteint du sida ou en meurt, par exemple, il laisse souvent derrière lui dans son village natal une dizaine ou même une vingtaine de dépendants démunis: enfants, épouses, beaux-parents, frères, sœurs,

parents et grands-parents. Les antirétroviraux pourraient maintenir ce mineur plus longtemps en santé, mais ils ont des effets secondaires propres, ils ne donnent pas de bons résultats chez tous les malades et ils ne guérissent certainement pas les malades. Leur famille en viendra donc à avoir besoin d'une autre sorte d'aide, que ce soit pour payer les droits de scolarité des enfants, pour acheter des semences, contracter de petits prêts, trouver un emploi, accéder à des conseils financiers et faire en sorte que les survivants démarrent de petites entreprises.

L'économie de nombreux pays africains est dans un si pauvre état que plusieurs petites entreprises y échouent. Les familles aux prises avec le sida y ont donc besoin d'un filet financier quelconque le temps qu'elles démarrent une autre petite entreprise. En outre, ces familles ont besoin de connaître leurs droits légaux et humains, en particulier en ce qui concerne la propriété et la discrimination au travail reliée au sida qui sévit dans les pays en voie de développement. Il faut trouver moyen de créer et de faire respecter au niveau national aussi bien que local des lois protégeant les droits des personnes atteintes du sida, chose pratiquement inexistante présentement en Afrique. Les communautés atteintes doivent aussi savoir comment se protéger du virus; elles devront entre autres pouvoir compter sur un approvisionnement fiable en condoms, un moyen qui vingt ans après le début de l'épidémie n'est pas encore accessible ni à un coût acceptable partout.
everywhere.

L'insistance excessive sur l'aspect médical du sida en Afrique vient probablement de la tendance à ne voir dans les problèmes africains que le reflet des problèmes des sociétés occidentales.

Mais plusieurs petits groupes Sida africains voient le sida d'un oeil bien différent. Ils offrent une panoplie de mesures de soutien social et de services de prévention en plus des soins de base aux personnes atteintes.. La plupart de ces projets fonctionnent pour l'instant avec des bénévoles et des budgets serrés et il n'y en a pas suffisamment pour aider tout le monde. Donner trop de poids à la seule intervention médicamenteuse pourrait mettre de côté l'excellent travail réalisé par ces groupes.

Il est clair que les compagnies pharmaceutiques devraient soit distribuer gratuitement leurs produits en Afrique ou en permettre les versions génériques si on leur promet en contrepartie la protection de leur marché dans les pays industrialisés. Elles en ont les moyens. Il est clair aussi que les projets du type du Faraja Trust de Morogoro en Tanzanie, ou le projet des enfants de la rue de Kampala en Ouganda, pour ne nommer que deux des milliers de groupes à l'œuvre en Afrique de l'Est, devraient recevoir le gros des fonds du Global Health Fund. Les rétroviraux pourraient alors être inclus dans ces programmes, là où la chose est possible.

Notes

[1] See George Soros on Globalization (Public Affairs, 2002).

[2] See AIDS in the World, edited by Jonathan Mann, Daniel Tarantola, and Thomas Netter (Harvard University Press, 1992) and references therein.

[3] See "Viagra Is a \$50 Million Pentagon Budget Item," The New York Times, October 4, 1998. The actual amount spent on Viagra turned out to be far less than this, however.

[4] See Helen Epstein's article "The Mystery of AIDS in South Africa," The New York Review, July 20, 2000.

[5] In addition, the US contribution will not consist of entirely new funds, but will be largely taken from existing international health programs, including those for maternal and child health in developing countries.

[6] Paul Farmer and others, "Community-Based Approaches to HIV Treatment in Resource-Poor Settings," The Lancet, Vol. 358 (August 4, 2001).