



LUTTE CONTRE LE VIH ET LES HÉPATITES : NOTRE VISION DE L'EUROPE DE LA SANTÉ

AVRIL 2019



ABRACO
ACCEPT
Actions Traitements
AFEW
AIDS Action Europe
Aids Hilfe Wien
AIDS Solidarity
Movement

Aidsfonds
Andrey Rylkov
Foundation
ANO Association of
NGO
Apoyo Positivo
Asocjacija DUGA
ASPTMR

Centre for Life
Correlation Network
Deutsche AIDS Hilfe
EATG
European testing
week
EUROTEST
Fédération Addiction

FEDITO BXL
HIV Danmark
HIV Finland
HIV-Svergie
International
committee on
the Rights of Sex
Workers in Europe

International HIV
Partnerships
LILA
Médecins du Monde
Europe
MozaiQ
Nova+
Podané Rucé

Positive Voice
Praksis
Prepster
Rights reporter
Foundation
Romanian Angel
Appeal

Romanian Harm
Reduction Network
Sens Pozitiv
Sidaction
UNAD
UTSOPI
Youth for Youth

LUTTE CONTRE LE VIH ET LES HÉPATITES : NOTRE VISION DE L'EUROPE DE LA SANTÉ

D'importants progrès ont été réalisés pour lutter contre le VIH et les hépatites, aussi bien en matière de connaissances, de traitements et d'outils. Des engagements internationaux ont également été pris pour mettre fin à ces épidémies¹. Pourtant, l'Union européenne et l'Europe plus largement² continuent de faire face à de nombreux défis en matière d'accès à la prévention et aux soins, et de respect des droits fondamentaux.

Une épidémie de VIH très active

En 2017, pour l'ensemble de la région, ce sont 160 000 personnes qui ont découvert leur séropositivité, soit 20 habitants-es sur 100 000. Plus de la moitié d'entre elles (53 %) étaient à un stade avancé de l'infection. Les populations vulnérables à l'épidémie – usagers-es de drogues (UD), hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), travailleurs-ses de sexe, personnes détenus-es, migrants-es, personnes trans – figurent de façon disproportionnée parmi les nouvelles infections : 30 % sont des HSH et 15 % des UD³. Or, pour atteindre les objectifs de développement durable fixés sur la santé pour la région, il faut, d'ici 2020, réduire de 78% ces nouvelles infections⁴.

L'hépatite C fait des ravages

En Europe, 14 millions de personnes souffrent d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) et 112 500 en meurent chaque année⁵. Parmi elles, les usagers-es de drogues sont particulièrement touchés-es par cette infection qui se transmet principalement par contact avec le sang. Pourtant, des médicaments efficaces existent, permettant de guérir 95 % de ces infections.

Une situation inquiétante en Europe centrale et orientale

Alors que cette partie de l'Europe regroupe 80 % des nouvelles infections au VIH et que la prévalence du VHC atteint jusqu'à 6 %, la continuité des soins est altérée par des ruptures d'approvisionnement et des prix excessifs au point de compromettre totalement l'accessibilité des médicaments. Cette situation, au croisement de la santé individuelle, de la santé publique et de l'égalité des droits, se traduit trop souvent par une sélection de patients-es au détriment des populations vulnérables, dont la santé continue de se dégrader. On constate notamment l'augmentation des cas de tuberculoses chez les personnes vivant avec le VIH.

Des populations criminalisées et discriminées particulièrement exposées aux contaminations

Près de la moitié des personnes contaminées au VIH⁶ sont issues des populations vulnérables à l'épidémie. Les politiques répressives, notamment contre ces populations, dans certains pays d'Europe centrale et orientale, les contraignent à l'exclusion, une situation difficile qui accentue les prises de risques. Ces mêmes lois favorisent les pratiques discriminatoires à l'encontre de ces populations lorsqu'elles tentent d'accéder aux systèmes de soins et de prévention.

Des avancées thérapeutiques qui ne bénéficient pas toujours à ceux et celles qui en ont besoin

Les outils existent pour en finir avec ces infections. Il s'agit d'associer le dépistage avec la prévention diversifiée : l'accès au traitement des personnes infectées pour empêcher la propagation des infections, le préservatif, les traitements post-exposition (TPE) et pré-exposition (Prep) pour éviter aux personnes séronégatives de se contaminer au VIH, le déploiement des stratégies de réduction des risques (RDR).

¹ Notamment pour le VIH (Onusida) : 90 % des personnes vivant avec le VIH doivent connaître leur statut, 90 % de ces personnes doivent recevoir un traitement et 90 % d'entre elles doivent avoir une charge virale durablement indétectable. Pour le VHC : l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a approuvé le *Global Health Sector Strategy (GHSS) on viral hepatitis 2016–2021*. Le GHSS appelle à l'élimination des hépatites virales, définies comme des menaces pour la santé publique, d'ici 2030.

² Selon la définition OMS de la région Europe. ³ Source : www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/hiv-aids-surveillance-europe-2018.pdf

⁴ Source : www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2018-2017-data ⁵ Source : www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/377253/fact-sheet-hepatitis-c-eng.pdf?ua=1 ⁶ Source : www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2018-2017-data

UNE EUROPE SANS SIDA NI HÉPATITES EN 2030 EST POSSIBLE! NOUS Y CROYONS, NOUS LA VOULONS!

Les infections ne connaissent pas de frontières. L'Union européenne le reconnaît⁷, c'est pourquoi le développement d'actions paneuropéennes est indispensable pour organiser une riposte coordonnée et efficace.

Pour atteindre les objectifs de développement durable sur la santé partout en Europe d'ici 2030, les personnes concernées, la société civile, les soignants-es et les décideurs-es politiques doivent agir ensemble.



Nous voulons

Nous - organisations de la société civile, associations de patients-es et de personnes concernées -, souhaitons que s'installe durablement dans l'agenda politique de l'Union, de ses États membres et des pays voisins, une Europe de la santé :

- **renforçant les dimensions sociales du développement durable afin de réduire les inégalités sociales, de mettre en place des systèmes de santé durables, universels et plus justes et d'améliorer les résultats en matière de santé pour toutes et tous ;**
- **respectueuse des droits humains, promouvant un accès universel à la santé pour tous-tes, et renforçant la capacité des États et des citoyens-nes à accéder aux traitements et aux outils de prévention nécessaires pour mettre fin aux épidémies de VIH, d'hépatites et de tuberculose. Une Europe qui œuvre contre les discriminations liées aux infections, à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre et aux modes de vie ;**
- **avant-gardiste, qui impulse et coordonne l'innovation des réponses à apporter à ces épidémies, tant en Europe qu'au niveau international ;**
- **faisant place à l'implication des acteurs-rices à travers le partage de pratiques et d'expériences, et facilitant leur travail avec les citoyens-nes pour répondre à leurs besoins.**



Nous demandons

L'Union européenne et ses institutions (Parlement, Commission et Conseil) doivent endosser un rôle moteur en son sein et avec ses voisins. Nous lui demandons en particulier :

- **l'augmentation de son aide au développement** à travers une contribution renforcée au Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et à travers la mise en place et l'affectation à la santé de **la taxe sur les transactions financières** ;
- **la mise en place d'une politique migratoire respectueuse** des personnes, assortie des prises en charge adaptées, notamment des problématiques sanitaires ;
- **une politique des drogues respectueuse de la santé et des droits des personnes consommatrices** ;
- **la fixation transparente et juste des prix des médicaments** pour que tout-e citoyen-ne de l'Europe puisse avoir accès aux médicaments sans discrimination liée à ses moyens financiers ou à ceux de son système de santé national.

La Plateforme Europe de Coalition PLUS et les organisations signataires de la société civile européenne appellent les institutions européennes et les futurs-es élus-es du Parlement européen à soutenir ces demandes et à en faire une réalité.

⁷ Décision 1082/2013/UE relative aux menaces transfrontières graves sur la santé.

SOLIDARITÉ INTERNATIONALE : L'EUROPE DOIT ASSUMER SON RÔLE



Marche activiste pendant la conférence internationale sur le sida de Durban, Afrique du Sud, 2016.

L'épidémie de VIH/sida continue de faire des ravages

En 2017, 1,8 million de personnes supplémentaires ont été infectées et près d'un million en sont mortes dans le monde. Certes, l'épidémie recule, mais 41 % des personnes séropositives n'ont toujours pas accès à un traitement⁸. Alors que les solutions existent, nous sommes encore bien loin des objectifs de fin des pandémies adoptés par la communauté internationale⁹ et de l'Onusida¹⁰ pour y parvenir.

Au-delà de la volonté politique, des problèmes structurels et du poids des discriminations, il s'agit de ressources financières insuffisantes. En effet, l'Onusida estime qu'en 2020, 26,2 milliards de dollars par an seront nécessaires pour les actions et traitements nécessaires et qu'il manque donc un peu moins de 5 milliards de dollars chaque année pour pouvoir financer la riposte¹¹.

L'enjeu est de taille, car sans financements additionnels pour accélérer la lutte, le risque d'une résurgence de l'épidémie est bien réel. Cela nous concerne toutes et tous, pays membres de l'Union européenne et ses pays européens voisins. Par ailleurs, sans atteinte de

l'objectif de développement durable « Bonne santé et bien-être¹² », les autres objectifs – d'éradication de la pauvreté, de la malnutrition, de réduction des inégalités de genre et économiques – ne pourront être atteints.

Un engagement fort de l'Union européenne attendu

L'Union européenne doit renforcer son engagement pour atteindre les objectifs internationaux. L'Union européenne et ses États membres contribuent à l'effort de solidarité internationale pour atteindre ces objectifs. Concernant le VIH/sida, l'Union européenne a été le sixième contributeur au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme lors de la dernière Conférence de reconstitution en 2016.

Depuis 2011, la mise en place d'une taxe sur les transactions financières (TTF) à l'échelle européenne est en discussion. Cette taxe permettrait à l'Union européenne de récolter 19,6 milliards d'euros par an¹³, soit plus de trois fois le montant des financements manquants actuellement. Malheureusement, faute de réelle volonté politique de la part des chefs d'État et des ministres des Finances des pays concernés, cette taxe n'est toujours pas mise en œuvre.

⁸ Source : www.unaids.org/en/resources/fact-sheet ⁹ ONU, Objectif de développement durable n° 3.3 : « D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles. »

¹⁰ 90 % des personnes vivant avec le VIH doivent connaître leur statut, 90 % de ces personnes doivent recevoir un traitement et 90 % d'entre elles doivent avoir une charge virale durablement indétectable. ¹¹ Source : www.unaids.org/en/resources/fact-sheet ¹² Source : www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html ¹³ EU Sees \$23.5 Billion in Revenue From FTT, 14/05/2018, www.bloomberg.com/news/articles/2018-05-14/eu-sees-23-5-billion-in-revenue-from-financial-transaction-tax

En ce qui concerne l'aide au développement, la contribution des États membres de l'Union, bien qu'au-dessus de la moyenne mondiale (0,5 % du revenu national brut), reste toutefois en-deçà de l'objectif d'y consacrer 0,7 % de leur revenu national brut ¹⁴.

D'importantes marges de progression en matière de solidarité internationale sont encore possibles. De plus,

la fusion annoncée des 12 instruments d'évaluation de l'action extérieure de l'Union en un seul – aide au développement, enjeux sécuritaires, contrôle migratoire, etc. – rendra complexe le suivi des engagements pris envers les pays les plus pauvres et la lutte contre les inégalités mondiales.



Nous voulons un renforcement considérable de l'aide publique au développement, tant de l'Union européenne que de ses États membres, afin de jouer un rôle décisif vers la fin des épidémies et réduire les inégalités entre les pays.



Nous demandons

- **l'augmentation de la contribution de l'UE et de ses États membres au Fonds mondial**, tant en montant qu'en pourcentage, lors de sa Conférence de reconstitution le 10 octobre 2019 ;
- **l'accompagnement des pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale** qui cesseront ou ont cessé d'être éligibles au Fonds mondial pour assurer la pérennité des programmes de lutte contre le VIH/sida et les hépatites, et plus particulièrement aux programmes destinés aux populations clés ;
- **la mise en œuvre de la taxe sur les transactions financières** européenne dont le produit doit financer l'aide au développement et la solidarité internationale ;
- **l'augmentation de l'aide publique au développement** de l'Union européenne pour atteindre au minimum 0,7 % de l'équivalent du revenu national brut ;
- **le plus haut degré possible de transparence et de redevabilité** pour son prochain cycle budgétaire pour garantir le contrôle parlementaire et citoyen.

MOBILITÉ ET MIGRATION : GARANTIR L'ACCÈS DE TOUTES ET TOUS À LA SANTÉ EN EUROPE



Manifestation de AIDES devant l'Office français de l'immigration de Paris pour dénoncer les refus injustifiés de titre de séjour pour soins, Paris, France, 2018.

Les politiques de dissuasion et de répression en matière migratoire menacent la santé des personnes contraintes de quitter leur pays en raison des conflits, des persécutions politiques, des discriminations, des conditions économiques ou encore des catastrophes naturelles. Il est en effet aujourd'hui clairement établi que ces populations sont surexposées aux risques de contamination par le VIH, les hépatites et la tuberculose du fait de leurs parcours migratoires et de la précarité des conditions de vie qui marquent leurs premières années après leur arrivée sur le territoire européen ¹⁵.

Une « crise migratoire » montée en épingle

Aujourd'hui, les politiques européennes en matière d'immigration et d'asile sont marquées par une coopération limitée aux aspects répressifs, notamment par le biais de l'agence Frontex, en charge du contrôle des frontières extérieures de l'Union. Bien loin de faire face à un flux migratoire massif, l'Union n'accueille qu'une part limitée des personnes en exil à l'échelle mondiale : 17 % en 2016 selon le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR), contre 30 % pour l'Afrique subsaharienne et 26 % pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord. Pourtant, le contrôle aux frontières extérieures ne cesse de se durcir, avec la mise en place de centres de tri aux principaux points d'entrée, et la soustraction de la gestion des populations réfugiées aux pays voisins en échange de contreparties financières ou diplomatiques.

Cette « crise migratoire », instrumentalisée à des fins politiques, alimente le repli sur soi et la xénophobie, et masque ce qui se joue réellement : une crise de la gouvernance des dispositifs d'accueil d'immigration et d'asile en Europe.

Selon les États membres de l'Union européenne, les administrations en charge de l'examen des demandes d'asile ne prennent pas suffisamment en compte les cas de persécutions subies du fait de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre dans le pays d'origine.

Des politiques nuisant à la santé des personnes

Les personnes migrant en Europe n'ont pas toujours accès à la prévention et aux soins dont elles ont besoin, les États membres n'ayant que des obligations minimales en la matière. Par ailleurs, bien que la Cour européenne des droits de l'homme ait récemment relevé le standard de protection des personnes malades étrangères ¹⁶, aucune législation européenne ne les protège contre une expulsion vers un pays où elles n'auront pas un accès effectif au traitement.

En matière d'asile, le règlement de Dublin impose aux personnes de soumettre leur demande dans le pays par lequel elles sont entrées dans l'UE, ou du moins, celui où elles ont laissé une trace administrative. Cette disposition conduit des personnes à être expulsées d'un pays européen vers un autre, parfois comme préalable à une expulsion vers leur pays d'origine. L'état de santé, au-delà de la possibilité physique de voyager, est peu

¹⁵ Enquête ANRS-Parcours en France et AMASE dans dix pays de l'UE. ¹⁶ Paposhvili v. Belgium, 2016.

pris en compte lors de ces procédures et la rapidité de ces dernières empêche bien souvent les demandeurs-ses d'asile de le faire valoir.

Une coordination des systèmes de santé défaillante face à l'ampleur de la circulation des personnes

Aujourd'hui, les États membres n'offrent pas toutes les garanties d'une continuité de l'accès à la prévention et aux soins pour les populations qui se déplacent au sein

de l'espace européen, que ce soit pour vivre, travailler ou voyager, quel que soit leur statut administratif.

La situation est particulièrement problématique pour les populations migrantes les plus exposées au VIH et aux hépatites, notamment les travailleurs-ses du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, dont la mobilité au sein de l'UE peut être un obstacle à l'accès aux droits et à la santé.



**Nous voulons
une Union européenne
assurant une véritable
politique d'accueil
avec des conditions de
vie dignes pour toutes
et tous, garantissant
les principes de non-
discrimination
en santé sur l'ensemble
de son territoire.**



Nous demandons

- **l'accès à la couverture santé pour toute personne** résidant dans un État membre de l'UE, quel que soit son statut administratif, afin d'accéder à la prévention et à des soins adaptés dans le système de droit commun ;
- **une réelle coordination des régimes de sécurité sociale** pour garantir la continuité dans l'accès à la prévention et aux soins des populations mobiles, quel que soit leur statut administratif ;
- **à l'UE et à ses États membres de garantir des trajets migratoires sûrs**, afin de protéger les personnes contraintes de quitter leur pays d'origine des violences auxquelles elles sont exposées durant leur parcours ;
- **la mise en place d'un cadre européen commun** afin de prendre en compte les spécificités des populations déplacées les plus vulnérables qui sollicitent l'asile, notamment les femmes et les personnes qui migrent en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Les personnes qui sollicitent l'asile doivent pouvoir déposer leur demande dans le pays de leur choix en Europe ;
- **la garantie d'une interdiction effective de l'expulsion des personnes malades** étrangères vers leur pays d'origine où elles n'ont pas un accès effectif aux soins, et la régularisation de leur statut pour raison médicale.

EN FINIR AVEC LA GUERRE CONTRE LES DROGUES EN EUROPE ET DANS LE MONDE



Campagne «Just Say No to the War on Drugs» portée par Coalition PLUS pendant la conférence AIDS 2018 à Amsterdam, Pays-Bas, 2018.

L'Union européenne n'a eu de cesse d'affirmer son rôle de leader historique dans le monde en matière de défense des droits humains, de soutien à la société civile ou encore de soutien aux programmes de réductions des risques liés aux usages de drogues, comme le démontre sa stratégie antidrogue de 2017-2020¹⁷.

Une situation sanitaire inquiétante et qui s'aggrave

L'Europe continue de faire face à des défis encore très importants et croissants en ce qui concerne les usages de drogues au regard des épidémies de VIH, de tuberculose et surtout d'hépatite C avec une prévalence de 61 %¹⁸. Les chiffres montrent de nouvelles pratiques de consommation et une inquiétante augmentation d'overdoses et de décès liés à la consommation de drogues (4 % de plus entre 2015 et 2016¹⁹). La volonté politique reste insuffisante et mal orientée pour y répondre. La couverture des programmes de réduction des risques et de traitements de substitution aux opiacées est insuffisante, faute de moyens financiers adéquats, et atteste d'une très grande disparité tant au sein de l'Union qu'avec le reste de l'Europe.

Des lois répressives qui favorisent les épidémies

Malgré les initiatives de certains pays qui ont revu leur cadre légal répressif au bénéfice d'une approche pragmatique ayant montré des résultats positifs, l'Union européenne reste ancrée dans une approche répressive des drogues, et va même au-delà des conventions de l'ONU. Cela a pour conséquence d'engendrer une très grande disparité entre les États membres et de contraindre tout déploiement de politiques plus progressistes.

Pourtant les données scientifiques démontrent l'échec de cette politique, comme le rapporte la Global Commission on Drug Policy²⁰, qui démontre également comment l'interdit pénal alimente le très fort niveau de discrimination et de stigmatisation de cette population dans l'accès à la santé, au logement, à l'emploi, etc.

¹⁷ Source : www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan-action-antidrogues-ue-2017-2020.pdf ¹⁸ Source : www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/drid ¹⁹ Sources : www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001FRN_PDF.pdf • www.emcdda.europa.eu/media-library/infographic-opioid-substitution-treatment-europe-coverage-and-principal-drug-prescribed_en • www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/hsr_es ²⁰ Source : www.globalcommissionondrugs.org



Nous voulons une Union européenne clairement engagée contre l'idéologie répressive et la criminalisation des usagers et usagères de drogues et pour une politique centrée sur la santé, le respect des droits humains, et luttant contre toutes formes de discrimination et de stigmatisation.



Nous demandons à l'Union européenne

- **de porter dans ses stratégies et plans d'action** relatifs aux produits stupéfiants et auprès des États membres :
 - une position forte contre les lois criminalisant la consommation et pour la suppression des peines d'emprisonnement pour la consommation et la détention pour usage personnel,
 - la mise en œuvre de politiques de réduction des risques ambitieuses en milieu ouvert et en milieu fermé, qui prennent également en compte les besoins spécifiques des femmes, des personnes trans, des personnes consommant des produits dans un contexte sexuel (le Chemsex),
 - l'implication des personnes concernées et de la société civile dans l'élaboration des politiques, leur mise en œuvre et leur évaluation,
 - la mise en œuvre et le financement des sept recommandations officielles de l'EMCCDA²¹ : la mise à disposition de matériels d'injection, l'accès aux traitements de substitution, le dépistage consenti des infections, la vaccination notamment contre les hépatites A et B, l'accès aux traitements anti-VIH et anti-VHC, la promotion de la santé, l'accès universel aux dispositifs et aux services de santé,
 - le déploiement et la généralisation de la prescription médicale d'héroïne, de la délivrance communautaire de naloxone, des salles de consommation à moindre risque, le renforcement de l'éducation et l'accompagnement à l'injection, et l'analyse de produits,
 - le renforcement des dispositifs de recueil de données, de veille sanitaire et des programmes de recherche.
- **de porter une voix progressiste sur la scène internationale** demandant la fin de la guerre à la drogue et que les politiques de drogues s'inscrivent dans les objectifs de développement durable et les recommandations du Groupe Pompidou²².

²¹ EMCCDA et ECDC, Rapport d'orientation *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs* (Prévention et contrôle des maladies infectieuses parmi les personnes qui s'injectent des drogues), 2011. ²² Source : www.coe.int/fr/web/pompidou/-/17th-ministerial-conference-closes-with-the-adoption-of-the-stavanger-declaration

LA SANTÉ EST UN DROIT, L'ACCÈS UNIVERSEL AUX MÉDICAMENTS, UNE NÉCESSITÉ



Manifestation interassociative contre la politique européenne des brevets devant l'Office européen des brevets à Munich, Allemagne, 2018.

L'Europe est la seule région de l'OMS où le nombre de nouvelles infections à VIH augmente. En 2017, 160 000 personnes ont découvert leur séropositivité. Et chaque année, on estime à 112 500 le nombre de morts dues au VHC ²³.

L'Union européenne revendique un rôle clé pour « protéger et améliorer la santé des citoyens ²⁴ ». Pourtant, alors que des traitements efficaces existent, des personnes vivant avec le VIH, le virus de l'hépatite C ou la tuberculose n'y ont pas accès en Europe.

Des entraves empêchent l'accès aux médicaments pour tous-tes :

- les prix excessifs et arbitraires des nouveaux médicaments, que les systèmes de couverture sociale ne peuvent ou peinent à soutenir, empêchant les patients-es d'accéder aux médicaments dont ils-elles ont pourtant besoin ;
- l'absence de transparence sur les négociations autour de ces prix empêche tout contrôle démocratique, notamment en cas de conflit d'intérêt entre négociateurs étatiques et pharmaceutiques ;
- l'opacité des montants réels investis dans la recherche et le développement alors même que ces investissements sont avancés par les entreprises pharmaceutiques pour justifier des prix exorbitants et qu'une partie de la recherche est faite et financée non pas par elles, mais par l'argent public ;
- un système de brevets dévoyé, autorisant des monopoles injustifiés sous couvert de critères opaques ;

• des directives et règlements européens protégeant les intérêts des firmes pharmaceutiques ²⁵, au détriment d'un cadre européen facilitant l'accès aux médicaments de qualité à coût acceptable.

Une politique des brevets dévoyée qui menace les systèmes de santé nationaux

Les traitements permettant de guérir l'hépatite C sont un parfait exemple. Arrivés sur le marché en 2014, ces derniers se sont vus protégés par l'Office européen des brevets par plusieurs brevets. Ce monopole assuré et les négociations des prix réalisées séparément par chaque État, sans visibilité sur le prix réel payé par les autres, a laissé libre cours à une flambée des prix. Cela a engendré des disparités entre les pays européens, où la cure a atteint plusieurs dizaines de milliers d'euros. Face à de tels prix, et alors que plus de 10 millions de personnes en Europe sont porteuses chroniques du virus ²⁶ et ont un besoin vital de traitement, la plupart des États ont choisi de rationner l'accès et d'effectuer un tri entre les malades.

Au-delà d'être éthiquement inacceptable, cette situation bafoue les efforts de santé publique et met en péril la survie de nos systèmes de santé. À l'heure où l'industrie pharmaceutique est plus rentable que les secteurs du luxe et du pétrole, il est urgent de mettre fin à cette logique de course effrénée aux profits, qui menace directement la santé individuelle et publique au sein de l'Union européenne.

²³ Sources : www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/hiv-aids-surveillance-europe-2018.pdf • www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/377253/fact-sheet-hepatitis-c-eng.pdf?ua=1 ²⁴ Site de la Commission européenne, page « Stratégie en matière de santé » : www.ec.europa.eu/health/policies/overview_fr ²⁵ Par exemple le règlement (CE) n° 469/2009 sur le certificat complémentaire de protection et la Directive (UE) 2016/943 relative au secret des affaires. ²⁶ OMS, *Rapport global sur l'hépatite*, 2017 : www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017-executive-summary/fr



**Nous voulons
une Union européenne
garantissant l'accès
universel aux
traitements et aux
outils de prévention
adaptés, pour toutes
les populations
et dans tous les États
membres de l'Union
européenne.**



Nous demandons

- **la transparence des laboratoires pharmaceutiques** et des États sur les négociations autour du prix des médicaments, ainsi que sur l'argent investi dans la recherche et le développement (notamment l'argent public) afin de fixer des prix justes et abordables ;
- **l'assainissement du système des brevets** aujourd'hui dévoyé en rendant plus rigoureux les critères de délivrance de brevets récompensant de réelles innovations ;
- **la révision des dispositions européennes** (ex: certificats complémentaires de protection, exclusivité des données) qui allongent les périodes de monopole pour permettre la mise sur le marché de génériques en temps voulu ;
- **un soutien renforcé de la recherche publique européenne** sur les innovations thérapeutiques et l'assurance que les résultats obtenus restent également publics, pour ne pas laisser la recherche et les innovations qui en découlent aux seules mains de firmes pharmaceutiques motivées par le profit ;
- **la prise en compte de la parole des patients-es et leur participation sur l'ensemble du cycle du médicament** (dans la gouvernance des essais cliniques, dans l'évaluation et les négociations des médicaments, etc.), pour éviter un contrôle exclusif de l'industrie pharmaceutique ;
- **une stratégie européenne d'approvisionnement** en produits de santé pour éviter les ruptures de stock en médicaments essentiels ;
- **l'encouragement des démarches européennes, comme celles de BeNeLuxA** ²⁷, d'achats groupés, de collaboration et d'union des forces des États membres pour négocier des prix abordables avec les entreprises pharmaceutiques.

²⁷ BeNeLuxA est une collaboration entre la Belgique, les Pays-Bas, le Grand-Duché de Luxembourg, l'Autriche et l'Irlande mettant en commun informations, expertise et pouvoirs de négociation afin d'obtenir des prix plus intéressants et une transparence des prix et des accords. Plus d'informations sur le site : www.beneluxa.org

