

Médicaments : du « rêve » de Doha au cauchemar de Genève

Laurent Ziegelmeyer, syndicaliste dans l'industrie pharmaceutique.

Politique, revue européenne de débats n°5, mars 2003

En novembre 2001, la conférence interministérielle de Doha adoptait une déclaration faisant prévaloir la santé sur le commerce. Cela affirmait politiquement la possibilité des licences obligatoires (existant dans les accords Trips mais rarement utilisées du fait des pressions de certains états et de Big Pharma), et repoussait à 2016 le respect des règles de l'OMC par les 49 pays les moins avancés de la planète. Mais Doha favorisa les pays ayant des capacités de production (Brésil, Inde, Thaïlande...) au détriment de ceux – les plus nombreux – qui en sont dépourvus. Leur cas devait être réglé avant fin 2002. Tout au long de cette année, se sont tenus de nombreux conseils ADPIC, un mini sommet à Sydney (où n'étaient invités que 24 pays en absence de l'OMS !!), et des négociations interminables en décembre à Genève. Finalement, c'est un échec total !! Les discussions pourraient redémarrer début 2003, le prochain conseil de l'OMC se tient le 10 février, mais sans mobilisation peut-on encore espérer un résultat favorable aux malades ? Cet échec montre à quel point Doha n'était qu'un écran de fumée. Tout ceci était destiné à justifier l'ouverture d'un nouveau cycle de négociations commerciales, négociations qui avaient échouées à Seattle grâce au mouvement alter mondialiste.

Tout au long de l'année 2002, les discussions ont porté sur les maladies et sur les pays potentiellement concernées par un système « particulier ». A été également abordée l'extension possible de ces dérogations au delà des médicaments (tests, vaccins...). Il y a eu 3 positions en présence. Les USA, la Suisse, le Canada, le Japon et l'Australie entendaient préserver coûte que coûte l'industrie pharmaceutique. Georges Bush a déjà imposé quelques concessions très minimes à Big Pharma sur le sol américain, il n'allait pas en plus « couper le bras » qui le nourrit. En effet, cette industrie est de loin le plus gros financeur des campagnes électorales US. Ce premier « camp » tenait absolument à limiter le nombre de maladies et de pays « bénéficiaires », refusant d'aborder la question des tests et des vaccins, tout cela dans le cadre d'un cas par cas avec des mécanismes impraticables. Face à eux, on trouvait les pays en voie de développement soutenus par l'OMS, voulant un texte interprétatif (applicable immédiatement) de l'article 30 qui prévoit « des exceptions limitées aux droits exclusifs conférés par un brevet ». L'Union européenne défendait elle une modification de l'article 31. Quelle différence concrète entre ces deux dernières positions ? Un exemple : le Burkina Faso veut se procurer de manière urgente des génériques indiens. Dans le cadre de l'article 30, il y a juste besoin d'une décision de justice ou d'un vote du parlement burkinabé. Par contre si le cadre est l'article 31, il faut en plus l'accord du pays exportateur, c'est plus long et soumis à plus de pressions possibles. La proposition de l'UE, en contradiction avec celle de plusieurs états membres et avec celle du parlement européen, ne pouvait être applicable immédiatement au regard des règles de l'OMC alors qu'il y a urgence. Cette proposition était restrictive tant sur la liste des maladies que sur celle des pays concernés, véritable retour en arrière par rapport à Doha, avec l'instauration de l'OMC comme « gendarme » du médicament. Sous un vernis humanitaire, l'UE cherchait elle aussi à préserver l'industrie, finalement la même position que le premier camp mais plus hypocrite.

Pendant ce temps là, Big Pharma continue à piller les ressources naturelles du Sud pour mettre au point de nouveaux médicaments inabordables pour ces populations (Sud où des millions de gens continuent à mourir), tout en détruisant les emplois au Nord, comme chez Aventis où 1/3 des postes de recherche sont supprimés en France, tout ça pour augmenter ses profits déjà faramineux. Les scandales se multiplient comme récemment quand MSF dénonça le trust Roche qui vend un antisida plus cher au Guatemala et en Ukraine qu'en Suisse. Pour compléter le tableau, le fond mondial a toujours autant de difficultés à trouver les 10 milliards de dollars nécessaires.

Alors que faire ? Laissons la conclusion à deux femmes exemplaires :

- Eloan Pinheiro dos Santos, ancienne présidente du syndicat des travailleurs de la chimie, aujourd'hui responsable de Far-Marguinhos entreprise pharmaceutique publique brésilienne : « Je crois indispensable l'existence d'un secteur public de production pharmaceutique. C'est le meilleur moyen de contrôler les prix du médicament, et pas uniquement pour le Sida. ».
- Krissana Kraisintu, responsable du laboratoire public pharmaceutique thaïlandais : « Si vous vous contentez d'exporter des génériques, ce n'est pas du développement durable. La production locale est la seule solution à long terme ».