

Guerre contre les usagers de drogues accès aux traitements et répression en Thaïlande

Pauline Londeix, Jérôme Martin

DANS **VACARME 2011/2 N° 55**, PAGES 84 À 87

ÉDITIONS **ASSOCIATION VACARME**

ISSN 1253-2479

ISBN 9782350960296

DOI 10.3917/vaca.055.0084

Date de mise en ligne : 02/09/2014

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-vacarme-2011-2-page-84?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Association Vacarme.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

guerre contre les usagers de drogues

accès aux traitements et répression en Thaïlande

par Pauline Londeix & Jérôme Martin

fronts du sida

De numéro en numéro, objets de tensions entre malades et politiques publiques.

Les usagers de drogue en Thaïlande sont victimes d'une double cécité. Cécité du gouvernement qui refuse de mettre en place une politique de soins adéquate. Cécité des laboratoires pharmaceutiques qui refusent de mettre à disposition des plus démunis les médicaments qui seraient, seuls, en mesure de les soigner (Roche et Shering Plough). En réaction, des équipes travaillent sur le terrain pour mieux évaluer la situation sanitaire.

Pauline Londeix et Jérôme Martin militent à Act Up-Paris.

Pour G erald Sanchez

La Thaïlande est un des rares pays à avoir tenu tête à l'industrie pharmaceutique des pays du Nord en levant certains brevets sur des médicaments pour avoir recours à l'importation de génériques indiens. Contrairement à de nombreux pays en développement, les autorités sanitaires financent elles-mêmes les médicaments antirétroviraux contre le VIH, et n'ont que très faiblement recours à l'aide internationale. En dépit d'une approche *a priori* progressiste en matière d'accès à la santé, dont a témoigné la mise en place d'une couverture maladie dès 2001, les usagers de drogues sont depuis des années la cible d'une répression acharnée, et l'accès au traitement contre l'hépatite C, qui touche 98% d'entre eux, leur est refusé. D'une part, le prix extrêmement élevé du peg-interféron, élément indispensable de l'unique traitement pour soigner l'hépatite C, reste à la charge des malades et constitue une entrave majeure à l'accès au traitement. D'autre part, la stigmatisation et les rafles contre les usagers de drogues, qui ont repris sur ordre du ministère de l'Intérieur depuis février 2011, contribuent à la propagation exponentielle du virus de l'hépatite C (VHC) et du VIH – la co-infection par ces deux virus touche environ 50% des usagers¹.

quand la guerre aux usagers fait son grand retour

Depuis le départ for  de premier ministre Thaksin Shinawatra à l'automne 2006, la « guerre à la drogue » menée par les autorités thaïlandaises a pris un nouveau

visage. Le gouvernement n'appelle plus explicitement des milices   massacrer les usagers de drogues dans les rues, comme ce fut le cas entre février et avril 2003, où près de trois mille personnes, selon Human Rights Watch, furent abattues. Difficile de se réjouir pour autant. Les usagers de drogues restent, avec les migrants, la cible favorite des responsables politiques. L'objectif est platement électoraliste: « Parce que l'opinion publique leur est défavorable, s'attaquer aux usagers de drogues, c'est donner l'impression que l'on fait quelque chose pour le pays », explique Kamon Uppakaew, responsable de la mobilisation communautaire à TTAG (Thai AIDS Treatment Action Group).

La répression actuelle vise l'abstinence forcée. La dernière semaine de février 2011, le ministère de l'Intérieur a lancé une action massive de contrôles et de rafles visant à enfermer les usagers de drogues dans des camps de « réhabilitation », c'est-à-dire de sevrage. Les injonctions du ministère laissent libre cours à l'arbitraire policier. Kamon et d'autres activistes témoignent de contrôles illégaux et autres *check-points*, instaurés par des officiers zélés qui n'hésitent pas à prendre des initiatives qui dépassent leurs prérogatives. Parce que les policiers touchent une prime pour chaque usager de drogues arrêté, tous les moyens sont bons. Les policiers accroissent leurs revenus en ran onnant les personnes qu'ils contrôlent: le système entretient la corruption. De nombreux contrôles sont effectués à l'entrée de centres de soins, là où est dispensé le seul traitement de substitution accessible, la m thadone². Les centres de distribution de seringues propres sont également visés. Les associations d'usagers de Bangkok ou des autres provinces reçoivent régulièrement la visite des

forces de l'ordre qui exigent la liste de leurs membres, comme il semble que cela soit pratiqué auprès des centres de méthadone. De vieux listings datant de la période de Thaksin sont encore utilisés pour traquer les usagers, leur famille, leurs enfants.

la réduction des risques

L'existence de programmes de réduction des risques est d'une importance capitale pour les usagers de drogues : ils permettent de réduire le nombre d'overdoses et de contaminations par le VHC et par le VIH. La proportion de personnes co-infectées par les deux virus montre qu'il est essentiel de lutter conjointement contre les deux pandémies. À titre d'exemple, en France, la première cause de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH est aujourd'hui due à l'hépatite C. Pourtant, si de nombreuses institutions internationales sont mobilisées pour tenter de juguler trois grandes pandémies (le sida, la tuberculose et le paludisme), la lutte contre les hépatites virales continue d'être mise à l'écart.

Par réduction des risques (RDR), on entend généralement la consommation à moindre risque, l'échange de seringues, l'accès à l'information sur les modes de contaminations. En Thaïlande, pourtant, et selon le gouvernement, la RDR, c'est avant tout l'abstinence forcée. Après s'être présentés dans des hôpitaux où l'accès aux antirétroviraux leur a été refusé³, les usagers sont envoyés dans des camps de « réhabilitation »⁴. Kamon nous raconte qu'au moins cinq de ses amis sont morts d'une overdose à leur retour d'un camp d'abstinence — le corps perdant souvent sa « tolérance » au produit après quelques jours ou quelques mois sans consommation.

Si l'État thaïlandais refuse de centrer son action sur la mise en place d'une politique de consommation à moindre risque, les activistes et les ONG⁵ se battent depuis des années pour que de tels programmes existent. Des financements du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, récemment octroyés, doivent ainsi permettre à la Croix-Rouge thaïlandaise, qui en est le bénéficiaire principal, de développer des programmes spéciaux de réduction des risques à destination des usagers de drogues. Ils devraient également favoriser une remontée de données sur l'état des contaminations à partir des provinces où les programmes sont implantés.

la bataille des chiffres

Alors que la session spéciale de l'ONU sur le sida a lieu dans deux mois à New York, et que chaque pays est censé rendre un rapport faisant état de l'évolution de la lutte contre l'épidémie, le coordinateur de l'ONUSIDA à Bangkok est incapable de fournir la moindre donnée épidémiologique concernant la coinfection par le VIH et l'hépatite C, ou le nombre de personnes sous Peg-interféron. Estimant qu'il « ne peut pas répondre aux

Roche et Shering Plough jouissent d'un monopole sur le traitement contre le VHC, qui leur permet d'imposer des prix très élevés.

questions médicales », ce médecin nous renvoie sur l'OMS pour obtenir des données scientifiques. De leur côté, les autorités sanitaires thaïlandaises sous-estiment fortement la prévalence de l'hépatite C chez les usagers de drogues et dans la population. Or, pour qu'un traitement soit inscrit sur la liste des médicaments essentiels du système de couverture santé et que son coût soit pris en charge, des chiffres doivent témoigner d'un besoin suffisant ou faire état d'une épidémie généralisée. Pour les autorités, il n'y aurait actuellement en Thaïlande que 4000 personnes sous peg-interféron, ce qui ne justifierait pas une prise en charge par l'État.

Les associations estiment à 500 000 le nombre de personnes touchées par l'hépatite C, soit 98% des usagers des drogues injectables. Selon des études sentinelles menées dans des centres provinciaux de la Croix-Rouge thaïlandaise, la proportion de personnes infectées par le VHC accédant à l'interféron ne serait que de 1%. L'inscription de l'interféron à la liste des médicaments essentiels nécessite une remontée des besoins auprès des autorités sanitaires ; mais, en l'absence d'un accès gratuit à l'interféron, les associations ne pratiquent plus de dépistage. En effet, « comment convaincre des personnes de se faire dépister, si on ne peut rien leur proposer en retour ? » confie Tuui Teemanka, coordinatrice de AidsACCESS, principale association de lutte contre le sida dans le pays. Le coût du peg-interféron freine le dépistage, ce qui empêche la production de chiffres témoignant des besoins réels et bloque l'inscription du médicament dans le registre de la couverture santé, donc sa gratuité. La boucle est bouclée.

Seuls les riches peuvent se soigner, en payant eux-mêmes leurs traitements près de 600 000 THB (soit 14 000 € pour un traitement de 48 semaines). Si on ajoute le prix du suivi biologique, le coût total d'un traitement dépasse le million de bahts⁶.

un traitement complexe à réussite variable ?

Le seul traitement actuellement disponible contre l'hépatite C est l'interféron péglé combiné à de la ribavirine, un antiviral. La prise du peg-interféron présente différents intérêts en fonction des chances pour le malade de *clearer*, c'est-à-dire de se débarrasser du virus⁷. Contrairement

aux antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH, l'interféron n'est pas un traitement à prendre à vie, mais pendant une durée de 24 ou de 48 semaines.

Les objectifs de la prise de la bithérapie interféron/ribavirine peuvent varier selon l'état de santé de la personne. L'objectif peut être de *clearer*, ou, lorsque ce n'est pas possible, de « ralentir » le virus, afin d'éviter des complications telles le cancer du foie ou la cirrhose. Pour les personnes mono-infectées, l'espoir de se débarrasser du virus grâce à la prise de peg-interféron est supérieur à 50%, tous génotypes confondus. Les personnes infectées par le génotype 3 (le plus présent en Asie du Sud-Est) ont entre 70 et 83% de chance de ne plus vivre avec le virus après la prise du traitement, alors que les personnes infectées par les génotypes 1a et 1b (génotype le plus présent en Europe, Amérique du Nord et Japon) ont des taux de réussite beaucoup plus faibles: de 40 à 44%. Les personnes co-infectées par le VIH, infectées par le génotype 3 ont 73% de chance de ne plus avoir de trace du virus de l'hépatite C après 6 mois de traitement – pour les personnes à la fois infectées par le VIH et le VHC 1a ou 1b, les taux de succès aux traitements sont plus faibles: de 14 à 29%.

Pour les personnes co-infectées, les interactions entre antirétroviraux et le traitement de l'hépatite C ont été peu étudiées. Un dépistage précoce du VIH et du VHC chez ces personnes permet de développer des stratégies différentes: tenter d'éliminer l'hépatite C avant d'entamer le traitement antirétroviral (dont les effets indésirables importants sur le foie ne sont plus à prouver) peut avoir bien des avantages.

Le peg-interféron est commercialisé sous deux formes et dosages différents, l'alpha2a de Roche sous le nom de Pegasys® et l'alpha2b de Shering Plough sous le nom de Peg-Intron®. Selon l'association américaine d'activisme thérapeutique Treatment Action Group (TAG)⁸, les deux traitements n'ont jamais subi d'études comparatives. Aujourd'hui, ces deux firmes jouissent d'un monopole sur ce traitement, qui leur permet d'imposer des prix très élevés. La complexité de fabrication de ce bio-médicament⁹ est souvent mise en avant par Shering et Roche pour refuser d'en baisser le prix.

vers un générique de l'interféron ?

Pour fournir un meilleur accès aux traitements aux séropositifs thaïlandais, le pays a pris des mesures efficaces, comme le recours à l'importation de génériques de médicaments antirétroviraux. L'accès aux traitements pour les personnes co-infectées par le VHC en Thaïlande repose de la même façon sur la volonté politique des autorités.

Si l'État thaïlandais décidait de faire de l'accès au peg-interféron une priorité, sa première initiative serait sans doute d'essayer d'obtenir un prix abordable des laboratoires Roche et Shering Plough. On connaît cependant l'intransigeance de Roche sur la question: en 2008, la

firme avait refusé de délivrer du Fuzeon®¹⁰ à la Corée du Sud à moins de 22 000 dollars par an et par personne, rejetant l'offre sud-coréenne de 18 000 dollars. Les deux firmes pharmaceutiques auraient récemment refusé l'accès compassionnel¹¹ au peg-interféron en Thaïlande. Dans ce contexte, la seule option en Thaïlande reste d'émettre une licence obligatoire sur le peg-interféron, en s'appuyant sur les dispositions prévues dans le droit international, qui permettent à tout pays qui l'estime nécessaire d'importer ou de produire un générique d'un médicament breveté. La Thaïlande a déjà eu recours à ces dispositions à quatre reprises, notamment pour deux antirétroviraux contre le sida. Selon nos interlocuteurs de MSF-Thaïlande, la production locale de générique de peg-interféron reste très peu probable, compte tenu de la complexité de fabrication de ce bio-médicament. La solution la plus simple pour la Thaïlande serait d'importer à partir d'autres pays – une usine égyptienne vient par exemple de mettre au point un générique en attente de pré-qualification par l'OMS.

Il faudra alors cependant s'attendre à de nouveaux coups bas de la part des pays riches. Des câbles de Wikileaks¹² récemment publiés, sur le recours aux licences obligatoires en Thaïlande en 2007 pour importer le générique d'un médicament antirétroviral du laboratoire américain Merck & Co, attestent de la virulence des pressions politiques. Autre front à tenir: l'entrée prochaine de la Thaïlande dans une négociation avec la Commission européenne pour la signature d'un accord de libre-échange. Comme c'est le cas en Inde, il y a fort à craindre que les exigences européennes en matière de propriété intellectuelle ne menacent le recours aux génériques tandis que sont systématiquement renforcés les monopoles des laboratoires de marque, aux dépens des enjeux de santé publique.

vers de nouvelles molécules pour traiter le VHC ?

Chez les personnes co-infectées, le taux d'échec à la seule bithérapie actuellement existante reste très élevé. Ce taux d'échec aurait sans doute pu être anticipé, voire réduit, avec une autre politique de recherche et de développement des molécules. Mais les laboratoires pharmaceutiques refusent d'inclure dans les essais cliniques des personnes qu'elles jugent problématiques¹³. Du point de vue des firmes, ces malades ont moins de chance de bien répondre au traitement, et risquent donc d'amoinrir le taux de succès des essais menés. Ceci explique qu'aujourd'hui, les données sur les interactions entre drogues et traitements restent très faibles, mais aussi que le peg-interféron soit arrivé sur le marché sans que soient étudiés ses effets spécifiques sur les personnes co-infectées.

Cette situation rend le développement de nouvelles molécules anti-VHC indispensables. Plusieurs dizaines de nouvelles molécules sont actuellement dans les *pipelines*, dont certaines en phase 3, et approchent de la mise sur le marché¹⁴. Mais les personnes co-infectées restent

massivement tenues à l'écart des essais cliniques.

Par ailleurs, en 2011, alors que la prise en charge des séropositifs au VIH est prévue, aucune recommandation de l'OMS n'existe sur la co-infection, augmentant ainsi la diversité des prises en charge et des pratiques médicales. Dans la lutte contre le VIH, l'émission de recommandations internationales sur la prise en charge et sur les « bonnes pratiques » a permis d'obtenir dans beaucoup de pays une meilleure qualité des soins et une meilleure circulation des informations thérapeutiques. En outre, des recommandations mondiales sur la prise en charge de la co-infection pourraient encourager les bailleurs internationaux à associer davantage la lutte contre les hépatites à la lutte contre le VIH/sida.

Un cadre national répressif qui empêche jusqu'à l'évaluation même de l'importance de l'épidémie de VHC; un contexte international hostile à la production et à la circulation de génériques qui rend inaccessibles des molé-

Les personnes coinfectedes restent massivement tenues à l'écart des essais cliniques.

cules aussi vitales que le peg-interféron : cette description peut donner le sentiment que la situation est irréversible.

Pourtant les activistes ne désarment pas. Pour sortir du cercle vicieux de l'absence de chiffres qui empêche une remontée des besoins et un remboursement de traitements vitaux, ils en reviennent aux fondamentaux : pas de politique sanitaire sans chiffres, et si ces chiffres n'existent pas, ou sont inexacts, nous les produirons nous-mêmes. C'est la priorité de Kamon Uppakaew : fournir des données à partir d'enquêtes de terrain, les faire remonter aux autorités sanitaires, mais aussi éduquer et mobiliser. Il prépare ainsi pour septembre une journée de *coming out* de personnes co- infectées au VIH et au VHC. Kamon essaie également de rassembler les énergies, de transmettre aux activistes les dernières informations scientifiques sur les prises en charge possibles, sur les nouvelles molécules en cours de développement. Partout dans le pays, TTAG, AidsACCESS et MSF-Thaïlande sont engagés dans un travail de pédagogie auprès des activistes sur l'importance de la mobilisation contre les accords de libre-échange entre l'Inde et l'Union européenne, qui causeront d'importants dommages sur l'accès aux traitements dans le pays. Ils travaillent par ailleurs à convaincre les autorités sanitaires d'émettre une licence obligatoire sur le peg-interféron. En effet, bien que les premiers résultats d'essais cliniques sur des molécules en cours de développement contre le VHC soient encourageants¹⁵, on sait que ces nouvelles

molécules (à une exception) devront être prescrites en trithérapie, c'est à dire systématiquement associées au peg-interféron et à la ribavirine. Le combat pour obtenir un générique du peg-interféron ou une baisse conséquente de son prix est plus que jamais d'actualité, si l'on veut que les découvertes scientifiques bénéficient aux malades des pays en développement. Les activistes thaïlandais semblent déterminés à obtenir gain de cause. Ils promettent des manifestations dans les prochaines semaines contre les laboratoires pharmaceutiques américains et européens installés à Bangkok. ■

[notes]

- 1 Les données épidémiologiques concernant le VIH viennent du rapport d'ONUSIDA de 2008, celles sur le VHC de l'International Harm Reduction Association. Voir le site de l'association TTAG (Thai AIDS Treatment Action Group), (<http://www.ttag.info>).
- 2 En France et dans de nombreux pays, le Subutex® est également disponible. Ces deux substances produisent des effets différents en fonction des personnes, d'où l'intérêt de disposer de plusieurs options de substitution, ce qui n'est pas le cas en Thaïlande.
- 3 À côté de la répression policière, les usagers de drogues doivent également faire face à des discriminations de la part de nombreux professionnels de santé.
- 4 En effet, selon ONUSIDA et les associations, l'accès aux antirétroviraux est souvent refusé aux usagers de drogues actifs.
- 5 Il s'agit d'ONG thaïlandaises comme TTAG ou AidsAccess et d'ONG régionales et internationales.
- 6 Le salaire moyen dans les grandes villes est de moins de 5 € par jour.
- 7 Des données et expériences récentes de malades suggèrent que parler de « guérison » ou d'« éradication » quand le virus a disparu est parfois prématuré. Lire (www.actupparis.org/spip.php?article4406).
- 8 TAG, « Guide sur la prise en charge de la coinfection VIH et VHC », (www.treatmentactiongroup.org).
- 9 Médicament produit à partir d'organismes vivants ou de leurs composants cellulaires.
- 10 Traitement de troisième ligne du VIH/sida.
- 11 Cet accès permet à des personnes en ayant un besoin urgent d'obtenir, hors essais cliniques, des traitements qui ne sont pas encore validés sous la forme d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation; ou, dans le cas de médicaments déjà autorisés par les autorités de santé, de proposer des prix préférentiels, voire la gratuité, pour un nombre défini de personnes dans les pays en voie de développement ou émergents.
- 12 (<http://thaicables.wordpress.com/2011/02/08/bangkok-7133-next-steps-for-thailands-compulsory-license-bid/>).
- 13 Par exemple, les usagers de drogues (en raison des interactions entre drogues et médicaments), les personnes trans' (en raison des interactions entre hormones et traitements) et les personnes co-infectées (en raison des interactions entre les antirétroviraux contre le sida et d'autres molécules).
- 14 Les molécules anti-VHC en cours de développement sont, pour le laboratoire J&J: le Telaprevir + autre IP (inhibiteur protéase), le TMC 435350. Chez Bristol Myers Squibb: le BMS 790052 (un inhibiteur NS5A) et un IP, le BMS 650032. Chez Gilead: le GS-9256 (un IP), le GS-9190 (un inhibiteur non nucléosidique de la polymérase) et le GS-9450 (un inhibiteur de la caspase).
- 15 Des premiers résultats sur ces essais ont été présentés début mars 2011 lors de la CROI (conférence scientifique sur le sida) à Boston. Les maigres données dont on dispose sur les personnes co-infectées avec le VIH montrent un taux de succès équivalent aux personnes mono-infectées, ce qui invalide les préventions des firmes contre l'inclusion de co-infectés dans les essais.