



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
39-43 QUAI ANDRE CITROËN
75902 PARIS CEDEX 15
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
WWW.CNS.SANTE.FR

NOTE VALANT AVIS

POLITIQUE INTERNATIONALE

FR

13/10/2011

VAINCRE L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA PAR DES INVESTISSEMENTS INNOVANTS

ADOPTÉE PAR LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA LE 13 OCTOBRE 2011

La présente *Note valant avis* a été adoptée par le Conseil national du sida le 13 octobre 2011 à l'unanimité des membres présents.

Le document peut être téléchargé sur www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011-10-13_nva_fr_politique_internationale

Créé en 1989, le Conseil national du sida est un organe consultatif indépendant composé de 24 membres spécialistes du VIH/sida, représentants de la société civile ou militants associatifs.

Le Conseil national du sida émet des avis et des recommandations sur toutes les questions posées par le VIH/sida à la société. Ses travaux sont adressés aux autorités politiques et à l'ensemble des personnes concernées par l'épidémie.

Le Conseil national du sida participe ainsi à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.cns.sante.fr

SYNTHESE ET RECOMMANDATION DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA

La présidence française du G20 a inscrit à l'ordre du jour la question des financements innovants alors que les discussions de haut niveau se multiplient sur la mise en œuvre d'une taxe sur les transactions financières. Ce mécanisme constitue **une opportunité réelle pour la communauté internationale d'assumer ses responsabilités** et de **garantir l'accès universel au traitement antirétroviral** promis pour 2015.

L'accès au traitement et aux soins représente **un intérêt majeur pour les personnes** qui en bénéficient mais également **un intérêt collectif** car la mise au traitement des personnes contaminées permet la réduction très significative du risque de transmission du VIH, condition pour parvenir à une **baisse conséquente des nouvelles contaminations**.

LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA CONSTATE

1. **Les besoins, notamment en termes d'accès au traitement, sont immenses.** Dix millions de personnes éligibles au traitement n'en bénéficient pas aujourd'hui. Les coûts induits demeurent très élevés et les moyens financiers, indispensables à la prise en charge des personnes, devront augmenter dans les prochaines années.
2. **Les Etats donateurs n'ont pas tenu leurs engagements** en faveur de l'aide publique au développement et ne semblent pas en mesure de pouvoir y consacrer 0,7% de leur revenu national brut en 2015 alors que le fossé entre les besoins et les ressources disponibles atteint un seuil critique.
3. **La protection accrue des brevets depuis 1994 a limité** la concurrence sur le marché des médicaments et **la baisse attendue du prix des traitements**, aujourd'hui ceux de seconde intention. Les dispositifs offerts aux Etats à revenu limité pour déroger à cette protection accrue ont été insuffisamment mis en œuvre.
4. **La gouvernance mondiale de la lutte contre le sida est assurée par des organisations disséminées** et insuffisamment coordonnées entre elles. Par ailleurs, les acteurs de la santé et ceux du commerce ne coopèrent que faiblement.

Pour faire face à l'ensemble de ces enjeux, en grande partie liés à la question décisive de l'accès universel au traitement, le Conseil juge opportun **la mise en œuvre d'une taxe sur les transactions financières** pour apporter un complément significatif aux ressources indispensables à la lutte contre le VIH/sida. En outre, il recommande d'engager l'action publique **bien au-delà de ce seul dispositif**.

LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA RECOMMANDE

1. **La programmation d'investissements pluriannuels à hauteur de plusieurs dizaines de milliards de dollars par an** afin de gagner en efficience et d'infléchir l'incidence de l'épidémie et le niveau des dépenses futures.
2. **La mobilisation de ressources financières complémentaires et combinées** : l'aide publique au développement, des financements innovants diversifiés (taxes, partenariats publics/privés) et un mécanisme à fort rendement financier (taxe sur les transactions financières).
3. **La baisse des prix des médicaments**, notamment permise par la mise en œuvre des dérogations aux règles relatives à la propriété intellectuelle accordées aux Etats à revenu limité.
4. **Une gouvernance mondiale renouvelée** qui s'appuie sur une coordination efficace de la lutte contre le VIH/sida sous l'égide d'ONUSIDA et sur une coopération renforcée entre l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation mondiale du commerce.

VAINCRE L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA PAR DES INVESTISSEMENTS INNOVANTS

NOTE VALANT AVIS

La présidence française du G20 a inscrit à l'ordre du jour la question des financements innovants alors que les discussions de haut niveau se multiplient sur la mise en œuvre d'une taxe sur les transactions financières (TTF). Ce mécanisme de prélèvement de ressources financières, défendu depuis plusieurs années par de nombreux acteurs de la lutte contre le VIH/sida, constitue **une opportunité réelle pour la communauté internationale d'assumer ses responsabilités** et de garantir l'accès universel au traitement antirétroviral (TAR) promis en 2005 pour fin 2010 puis en 2011 pour 2015.

Les Etats membres des Nations-Unies, réunis en Assemblée générale en juin dernier, ont retenu des objectifs chiffrés extrêmement ambitieux dans leur résolution solennelle¹ afin de répondre à **l'urgence mondiale d'une épidémie** qui compte chaque jour 7000 personnes nouvellement infectées, dont 1000 enfants : réduction du taux de transmission du VIH par voie sexuelle ou par usage de drogues injectables de 50 % d'ici à 2015, éradication de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, accès à des TAR pour 15 millions de personnes d'ici à 2015.

Il est établi aujourd'hui que l'accès du plus grand nombre aux traitements et à la prise en charge représente un intérêt majeur pour les personnes qui en bénéficient mais également un intérêt collectif car la mise au traitement des personnes contaminées permet la réduction très significative du risque de transmission du VIH². Cette diminution du risque représente une opportunité exceptionnelle de parvenir à une **baisse conséquente du nombre de nouvelles contaminations dans des délais relativement brefs**. Pour obtenir ces résultats, les donateurs publics et privés doivent consentir aujourd'hui un investissement financier exceptionnel, lequel pourra diminuer progressivement dans les cinq ans.

Après un accroissement sans précédent des revenus disponibles entre 2000 et 2008, **les investissements** engagés en faveur de la lutte contre le VIH/sida diminuent depuis 2009 et **ne répondent aujourd'hui ni à l'ampleur de l'épidémie ni aux objectifs fixés par les Etats**. Alors que l'ensemble des revenus disponibles atteignent en 2009 15,9 milliards de dollars, l'ONUSIDA estime que 28 à 50 milliards de dollars sont nécessaires chaque année pour parvenir aux objectifs d'accès universel attendus pour 2015³. Les seules contributions actuelles, multilatérales et bilatérales, traditionnelles et innovantes, apparaissent extrêmement insuffisantes, d'autant que la crise mondiale des économies des pays donateurs semble contraindre fortement les perspectives d'évolution.

Dans ce contexte, il apparaît indispensable de dégager des revenus nouveaux et de promouvoir des mécanismes innovants à fort rendement financier susceptibles de mobiliser très largement la communauté internationale, y compris les grands Etats émergents, afin de répondre au plus près aux enjeux de la lutte contre le VIH/sida.

Fort de ce constat, le Conseil national du sida souligne l'opportunité de l'adoption du projet de TTF soutenu à ce jour par plusieurs Etats de l'Union européenne. Le Conseil rappelle que cette taxe, dont l'affectation n'a pas encore été débattue, doit **impérativement financer les objectifs du millénaire pour le développement**. Mais surtout, le Conseil souligne que les pouvoirs publics ne peuvent envisager la seule promotion de la TTF, sans mettre en œuvre **un plan d'action plus large** qui lie les questions décisives de financement, d'investissement, de prix et de gouvernance. Ces objectifs visent à :

- ▶ diversifier et augmenter les ressources financières,
- ▶ établir leur affectation en fonction des besoins en investissement,
- ▶ favoriser la baisse des coûts et notamment ceux liés aux achats de TAR,
- ▶ organiser une coordination renforcée des acteurs et des organisations.

Ces conditions doivent permettre de mobiliser avec efficacité et efficience des financements innovants appelés à s'accroître et ce dans le respect des engagements internationaux, des enjeux de la lutte contre le VIH/sida et des principes de l'aide au développement.

LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA CONSTATE

1. Les besoins, notamment en termes d'accès au traitement, sont immenses, les coûts induits demeurent très élevés et les moyens financiers, indispensables à la prise en charge des personnes, devront augmenter dans les prochaines années.

L'accès aux TAR de première intention demeure insuffisant. Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) bénéficiant d'un traitement a été multiplié par 13 entre 2004 et 2009 mais **10 millions de personnes éligibles au traitement n'en bénéficient pas aujourd'hui**.⁴ L'accès aux TAR de seconde intention, indispensable à de nombreux malades en cas d'échec du traitement initial, est par ailleurs très déficient. On estime que 20 % des PVVIH mises sous TAR en Afrique subsaharienne doivent bénéficier d'un tel traitement après 20 mois⁵. Or, seuls 2 % des PVVIH y ont un accès effectif dans cette région⁶. L'accès aux TAR de troisième intention, en dépit de leur intérêt thérapeutique avéré, demeure extrêmement incertain dans la grande majorité des Etats à revenu limité qui ne disposent d'aucun plan d'action.

Il est par ailleurs nécessaire de souligner que l'accès aux TAR dans les pays à revenu limité repose notamment sur la diffusion de traitements dont la fréquence des effets indésirables est la plus grande et qui ne sont plus utilisés dans les pays du Nord. Ainsi, 56 % des schémas thérapeutiques dans les pays à revenu limité contiennent de la stavudine⁷ dont l'exposition prolongée entraîne des **toxicités pouvant mettre en jeu le pronostic vital**⁸. Les options alternatives (AZT et tenofovir) demeurent plus coûteuses ou demandent un suivi biologique plus intensif et doivent être arrêtées plus fréquemment.

Malgré la baisse considérable du prix des traitements de première intention qui atteignent aujourd'hui une centaine de dollars par an et par patient dans les Etats à revenu limité⁹, la communauté internationale n'est pas en mesure de mobiliser les ressources nécessaires pour assurer un accès universel aux personnes éligibles. **Les prix des traitements de seconde intention, qui demeurent élevés**, en raison de leur disponibilité très partielle sous forme de générique, constituent une difficulté supplémentaire. Ceux-ci sont environ 3 à 6 fois supérieurs à ceux des traitements de première ligne dans les pays à revenu faible et 3 à 22 fois supérieurs dans les pays à revenu intermédiaire-supérieur, qui, en outre, rencontrent des difficultés spécifiques d'accès¹⁰. Le prix des traitements de troisième intention ne permet pas d'en assurer la fourniture dans la très grande majorité des Etats à revenu limité.

Au-delà de l'accès aux médicaments, il apparaît que la prise en charge des PVVIH dont le coût demeure élevé et avoisine 400 dollars par an et par patient, soit un coût **quatre fois supérieur à celui d'un traitement de première ligne**, est souvent incomplète et inadaptée. L'accès aux programmes spécifiques de prévention (promotion du préservatif, changements comportementaux, circoncision masculine, prévention de la transmission de la mère à l'enfant, campagnes adaptées aux groupes les plus exposés) est par ailleurs insuffisant en dépit des efforts accomplis.

La lutte contre le VIH/sida devrait **nécessiter davantage de ressources dans les prochaines années**. Plusieurs facteurs expliquent cette prévision : la croissance régulière du nombre de PVVIH mises sous traitement à vie de première et de seconde ligne, l'augmentation de l'espérance de vie des PVVIH avec 14,4 millions d'années de vie gagnées grâce aux TAR depuis 1996¹¹, la baisse du nombre de décès/an imputables au sida, l'accroissement du nombre de personnes éligibles aux traitements, consécutif à l'évolution des recommandations internationales en matière d'initiation du traitement¹². Par ailleurs, la baisse de l'incidence du VIH/sida demeure largement insuffisante pour infirmer ces prévisions. L'épidémie continue de progresser de façon dramatique avec 2,6 millions de nouvelles infections estimées pour 2009.¹³

2. Les Etats donateurs n'ont pas tenu leurs engagements en faveur de l'aide au développement et de l'accès universel au traitement, alors que le fossé entre les besoins et les ressources disponibles atteint un seuil critique.

Les Etats se sont engagés lors des Sommets du G8 et des Nations-Unies de 2005 à consacrer **0,7 % du revenu national brut (RNB)¹⁴ à l'aide publique au développement (APD)** à l'horizon 2015. Or, six ans avant l'échéance, la France affiche un ratio APD/RNB de 0,46 en 2009¹⁵, en-deçà de l'objectif fixé pour 2009 afin d'atteindre 0,7 % en 2015. D'autres Etats européens comme la Suède, le Danemark, les Pays-Bas, la Belgique ou le Royaume-Uni atteignent ou dépassent aujourd'hui les objectifs.¹⁶

S'agissant plus spécifiquement de la contribution au financement de la lutte contre le VIH/sida, la France se classe au cinquième rang mondial derrière les Etats-Unis (58 %), le Royaume-Uni (10,2 %), l'Allemagne (5,2 %) et les Pays-Bas (5 %) avec une contribution financière qui s'élève en 2009 à 4,4 % de celle de l'ensemble des Etats donateurs. **Très mobilisée par l'action multilatérale**, la France consacre 80 % de ses revenus affectés à la lutte contre le VIH au financement de deux organisations internationales. Elle est devenue en 2011 le premier donateur du Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme avec 1,4 milliards de dollars promis pour les trois prochaines années. En outre, la France participe largement au dispositif de taxe sur les billets d'avion promu au bénéfice d'UNITAID avec une contribution pour la lutte contre le VIH/sida de 78,6 millions de dollars en 2009¹⁷ et 107,5 millions de dollars en 2010¹⁸.

En dépit de sa forte mobilisation, la France n'est pas **parvenue à créer une dynamique au sein des Etats donateurs** en faveur de l'aide multilatérale et des financements innovants, à l'instar de la taxe sur les billets d'avion, qu'elle a

largement contribué à créer. Ainsi, malgré l'accroissement du nombre de pays partenaires depuis sa création, UNITAID demeure toujours financé par la France, pour plus de la moitié de son budget, soit 58,5 % en 2010. Ensuite, il apparaît que la France **ne participe pas à la hauteur de son revenu national au financement mondial de la lutte contre le VIH/sida**. Avec une part de 4,6 % du RNB mondial, la France engage en 2009 2,1 % des revenus disponibles contre le VIH/sida. A titre de comparaison, avec des parts respectives du RNB mondial de 24,6% et 3,8 % les Etats-Unis et le Royaume-Uni contribuent à hauteur de 27% et de 4,7 % des revenus actuellement disponibles.¹⁹

Au regard de son revenu national et de son rôle pionnier dans la lutte contre le VIH/sida, la contribution française pourrait être plus significative, d'autant que les besoins non couverts par les financements demeurent considérables. La différence très forte entre les besoins estimés par l'ONUSIDA et les revenus disponibles affectés à la lutte contre le VIH/sida s'est accrue pour 2009 sans que la tendance ne semble s'inverser pour 2010 et 2011.

3. La protection accrue des brevets a limité la concurrence sur le marché des médicaments et la baisse attendue du prix des traitements antirétroviraux.

La généralisation de l'accès aux TAR a été permise par l'introduction de médicaments génériques à bas prix, copie des premiers médicaments *princeps* extrêmement coûteux. Plus de 60 Etats à revenu limité ont bénéficié de versions génériques des antirétroviraux²⁰ et aujourd'hui **95 % des traitements financés par les fonds mondiaux sont des génériques**²¹. L'ensemble des traitements de première et de seconde intention recommandés par l'OMS²² sont disponibles sous forme de génériques²³, cependant **leur accès n'est pas garanti à toutes les régions**. La protection accrue des brevets, organisée par des accords commerciaux en 1994²⁴, a compliqué la concurrence sur le marché des médicaments et a limité la baisse des prix des TAR, notamment ceux de seconde intention. Les dérogations aux règles sur les brevets prévues par ces accords en faveur des pays à revenu limité, et dont la nécessité a été rappelée en 2001 dans la Déclaration de Doha²⁵, n'ont pas entraîné une baisse suffisante des prix des traitements de deuxième et troisième intention.

Néanmoins, **grâce à ces dérogations et aux mobilisations en faveur de leur mise en œuvre**²⁶, plusieurs Etats, en particulier la Thaïlande²⁷ et le Brésil²⁸, ont été en mesure dans la seconde moitié des années 2000, de produire un nombre limité de médicaments génériques dont ils ne détenaient pas le brevet en déposant une licence obligatoire et ainsi d'obtenir des traitements indispensables à bas prix²⁹. Par ailleurs, plus d'une dizaine d'Etats ont utilisé la seule **menace du recours aux licences obligatoires** comme instrument de négociation avec les entreprises pharmaceutiques³⁰ et ont obtenu directement une licence dite volontaire, octroyée par les entreprises contre royalties, pour leur permettre de bénéficier de médicaments génériques³¹. Enfin, une centaine d'Etats à revenu limité ont récemment été autorisés à bénéficier de copies, à bas prix, des TAR produits par la société Gilead Science et dont certains sont encore en développement clinique.³² Cet accord a été conclu dans le cadre du *Patent Pool*, c'est-à-dire de la mutualisation de brevets, proposée en 2006 par UNITAID, puis défendu par Medecines Patent Pool (MPP)³³ et récemment soutenu par le G8 sous présidence française³⁴.

Les **initiatives promues** par les entreprises pharmaceutiques, en partenariat dans certains cas avec des organisations internationales **comportent des limites**. Les licences consenties par les entreprises pharmaceutiques à des Etats dans le cadre bilatéral peuvent être assorties de conditions spécifiques peu favorables et permettent aux entreprises productrices de médicaments *princeps* d'organiser une concurrence restreinte et de s'assurer du contrôle du marché. Ensuite les accords conclus dans le cadre du *Patent Pool* excluent des Etats à revenu intermédiaire et ils sont difficilement transposables aux entreprises pharmaceutiques qui n'adoptent pas le modèle économique de Gilead. En effet, l'entreprise compense sa faible implantation commerciale dans les pays à revenu limité par une cession groupée de ses brevets. Enfin, les accords qui prévoient la vente de TAR princeps sans profit ni perte, à l'instar du dispositif ACCESS (Accelerating Access Initiative) promu par des organisations internationales³⁵ et des entreprises³⁶, ont occasionné une réduction de prix de certains TAR comprise entre 80 % et 95 %³⁷ mais ils sont apparus opaques³⁸ et d'une portée limitée, avec des prix pratiqués qui peuvent être supérieurs aux prix des génériques³⁹.

L'une des principales difficultés liées à l'accès aux médicaments génériques à bas prix réside aujourd'hui dans la **signature d'accords bilatéraux susceptibles de contourner les dérogations**.⁴⁰ Ainsi, des Etats, en particulier les Etats-Unis, ont introduit des normes plus restrictives que celles prévues initialement par les accords traditionnels, comme en Thaïlande⁴¹, Jordanie⁴², au Maroc⁴³ et à Singapour⁴⁴. Et l'Inde serait aujourd'hui incitée par l'Union européenne, en échange de conditions d'importations moins contraignantes pour ses produits agricoles, à adopter des dispositions de protection supplémentaire des médicaments *princeps* risquant de compliquer les procédures de production des génériques. Par ailleurs, un accord commercial anti-contrefaçon (ACAC), traité international multilatéral qui vise à assurer une qualité optimale des produits et qui prévoit notamment d'accroître le contrôle des importations de produits non agréés par une autorité administrative compétente⁴⁵ pourrait compliquer le commerce international des médicaments génériques.

4. La gouvernance mondiale de la lutte contre le sida apparaît insuffisamment coordonnée et les coopérations entre les acteurs de la santé et du commerce demeurent trop faibles.

La gestion mondiale de la lutte contre le VIH/sida s'est **largement disséminée entre plusieurs instances** : les Etats bénéficiaires et donateurs, libres de concourir à des actions multilatérales ou bilatérales, dans certains cas menées par des instances créés *ad hoc* à l'instar du PEPFAR (U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief), les agences des Nations-Unies et notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui coordonne l'action sanitaire mondiale, le Programme conjoint des Nations-Unies pour la lutte contre le sida (ONUSIDA), chargé des partenariats entre les différentes agences, les organisations de collecte de fonds comme le Fonds mondial et UNITAID, les fondations privées, les partenariats publics-privés qui impliquent un nombre croissant d'entreprises et les organisations non gouvernementales (ONG) qui renforcent depuis plusieurs années leur position conquise dans la gouvernance mondiale.

Dans cet environnement multi-niveaux complexe qui lie étroitement public et privé, plusieurs difficultés subsistent.⁴⁶ Tout d'abord, les différents partenaires ne sont pas parvenus à se doter d'un **outil d'orientation et d'évaluation puissant** susceptible d'assurer le suivi transparent des engagements contractés par les Etats ou d'autres acteurs et de s'assurer d'un usage optimal des ressources dans les pays récipiendaires. Ensuite, en dépit de la création de l'ONUSIDA et de la signature de memoranda d'entente entre les organisations, l'action publique apparaît **insuffisamment coordonnée** et les partenaires ne semblent pas toujours en mesure d'éviter les redondances et chevauchements dans leurs programmes d'action.

Enfin, les partenaires ne semblent pas en mesure d'intervenir dans les autres secteurs de l'action publique, et notamment **les politiques commerciales, qui peuvent avoir une incidence forte sur la santé publique** et en particulier l'accès aux médicaments. Au plan global, l'OMS ne promeut aucune stratégie efficace susceptible de soutenir les pays à revenu limité sur la question de l'accès au médicament ou d'imposer les questions de santé publique à l'agenda de l'organisation mondiale du commerce (OMC), où l'agence dispose pourtant, dans un nombre restreint des instances de l'OMC, d'un poste d'observateur.⁴⁷ Aux plans nationaux, les ministres de la santé ne disposent d'aucune latitude pour représenter les intérêts de la santé dans les négociations commerciales entre Etats exclusivement conduites par les ministères des finances et du commerce extérieur.

Pour faire face à l'ensemble de ces enjeux, en grande partie liés à la question décisive de l'accès universel aux TAR, le Conseil juge opportun **la mise en œuvre d'une taxe sur les transactions financières** pour apporter un complément significatif aux ressources indispensables à la lutte contre le VIH/sida et recommande **d'engager l'action publique bien au-delà de ce seul dispositif**.

LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA RECOMMANDE

1. La programmation d'investissements pluriannuels à hauteur de plusieurs dizaines de milliards de dollars par an afin de gagner en efficience et d'infléchir l'incidence de l'épidémie et le niveau des dépenses futures.

Il est acquis aujourd'hui que l'accélération rapide de l'accès aux traitements antirétroviraux au bénéfice des populations infectées par le VIH/sida peut réduire de façon très significative la mortalité⁴⁸ et la morbidité⁴⁹ des personnes infectées mais également le risque que certaines personnes transmettent le virus. Garantir l'accès universel aux traitements est donc un moyen majeur d'enrayer durablement la dynamique de l'épidémie et de diminuer le niveau des investissements futurs.⁵⁰ Une stratégie théorique d'accès universel à un dépistage volontaire annuel et à une initiation précoce des traitements, sans tenir compte du stade clinique ni de l'évaluation des défenses immunitaires, avec **l'objectif d'une couverture de 90 % des PVVIH à l'horizon 2016**, serait susceptible de **réduire l'incidence du VIH et la mortalité à moins de 1 pour 1000**, de contenir la prévalence du VIH à moins de 1 % en 50 ans et de permettre, à partir de 2032, une baisse régulière des coûts, sous le niveau des coûts prévisibles au regard des stratégies actuellement menées.

Dans une autre hypothèse, en retenant l'objectif plus réaliste d'accès universel au traitement au bénéfice des personnes aujourd'hui éligibles suivant les recommandations internationales (avec une initiation du traitement plus précoce, avant que la diminution des défenses devienne majeure)⁵¹, il est envisagé d'augmenter significativement et régulièrement les financements de plusieurs milliards de dollars par an jusqu'en 2020 (avec un pic en 2015)⁵². Un tel investissement supplémentaire qui pourrait s'élever au total à 47 milliards de dollars pour les dix prochaines années, garantirait **une couverture de 71 % des PVVIH éligibles** et pourrait **éviter, d'ici à 2020, plus de 12 millions d'infections nouvelles et 7 millions de décès liés au sida**, dont 1,9 millions d'enfants. Un tel investissement s'avère hautement coût-efficace car il s'élève, par année de vie gagnée, à 1060 dollars, c'est-à-dire un coût inférieur au RNB par habitant des régions les plus pauvres du monde. Cet investissement, compensé par les bénéfices financiers directs et indirects obtenus grâce à la baisse du nombre de personnes infectées et donc de personnes traitées, permettrait aux Etats de diminuer leur investissement à partir de 2016.

Quelle que soit la stratégie choisie de mise sous traitement, les donateurs doivent accroître les financements suivant des plans d'investissement de plusieurs milliards de dollars supplémentaires par an pour espérer obtenir un impact conséquent sur l'évolution de l'épidémie et les dépenses du futur.

2. La mobilisation de ressources financières complémentaires et combinées : l'aide publique au développement, des financements innovants diversifiés et un mécanisme à fort rendement financier.

Les financements innovants ne doivent pas **se substituer à l'aide publique au développement** et les Etats, à commencer par la France, sont tenus, par leur engagement, d'augmenter leur contribution à l'APD pour rattraper le retard et atteindre le ratio de 0,7% du RNB consacré à l'APD à l'horizon 2015.

Considérant que la seule APD, fut-elle largement augmentée, demeurerait probablement insuffisante pour répondre aux enjeux de la lutte contre le VIH/sida, les Etats doivent aujourd'hui **mobiliser des ressources additionnelles** qui permettront à la fois d'augmenter les revenus disponibles et de diversifier les moyens d'actions pour que tous les pays donateurs puissent agir selon leurs capacités financières et leur modèle économique. Il apparaît indispensable d'offrir une **palette de financements innovants**⁵³ en recourant à la fois aux taxes et aux partenariats public/privé (PPP). Au titre de ces partenariats, il semble par exemple nécessaire de développer le dispositif *Debt2Health* qui permet à un créancier de renoncer au remboursement d'une partie de sa dette à condition que le bénéficiaire investisse sur une période déterminée dans le domaine de la santé et dans le cadre de programmes approuvés par le Fonds mondial⁵⁴. De même, les garanties d'achat futur, partenariats contractuels entre les entreprises pharmaceutiques et les Etats donateurs, qui s'engagent à payer un prix préétabli pour un produit donné si ce dernier parvient à être développé, peuvent être promues. Ce mécanisme existe aujourd'hui pour certains vaccins et pourrait être étendu aux TAR.

En raison de leur multiplicité, de leurs circuits financiers complexes, il apparaît difficile d'évaluer l'impact des dispositifs innovants sur la lutte contre le VIH/sida⁵⁵. Il demeure néanmoins probable que le rendement financier apparaît insuffisant pour espérer atteindre les objectifs assignés par les Etats. Il semble nécessaire de promouvoir un **mécanisme à fort rendement doté d'une assiette large et auquel se rallieraient de nombreux Etats**. La TTF soutenue par plusieurs pays et dont la faisabilité est avérée, d'après différentes agences internationales⁵⁶, serait acquittée par les vendeurs et acquéreurs d'instruments financiers à des taux spécifiques, selon les produits, ne dépassant pas 0,2 %. Dans ces conditions, et en dépit de limites inhérentes à un tel dispositif⁵⁷, le risque d'évasion des marchés pourrait être minimisé et les recettes financières recueillies maximisées. Selon une étude récente⁵⁸, les recettes de la taxe sont estimées à 265 milliards d'euros par an si celle-ci est mise en œuvre à l'ensemble des pays du G20. A défaut, une TTF appliquée uniquement à la France pourrait rapporter théoriquement 12 milliards d'euros.

3. La baisse des prix des médicaments, notamment permise par la mise en œuvre des dérogations aux règles relatives à la propriété intellectuelle accordées aux Etats à revenu limité.

La baisse des prix des TAR doit aujourd'hui être obtenue grâce à l'augmentation de la demande et des volumes de production que les recettes des financements innovants permettraient de solvabiliser, et au renforcement de la concurrence entre les entreprises pharmaceutiques, notamment grâce aux producteurs de médicaments génériques. L'entrée d'un deuxième concurrent générique réduit le prix à environ 50 % de celui du produit de marque⁵⁹ et permet d'entraîner une baisse des prix médicaments sur les marchés mondiaux⁶⁰.

Le renforcement de la concurrence entre les entreprises pharmaceutiques repose notamment sur les dérogations offertes aux Etats à revenu limité pour bénéficier d'un accès aux médicaments. Aussi, il apparaît indispensable de **promouvoir les opportunités offertes à ces pays pour bénéficier de licences sur les médicaments** et de réaffirmer les principes retenus dans le cadre de la **Déclaration de Doha**, c'est-à-dire la primauté de la santé publique sur l'application des règles de propriété intellectuelle pour les médicaments. Par ailleurs, il semble impératif **d'abroger les clauses présentes dans les accords bilatéraux** susceptibles de menacer le recours aux dérogations.

4. Une gouvernance mondiale renouvelée qui s'appuie sur une coordination efficace de la lutte contre le VIH/sida sous l'égide d'ONUSIDA et sur une coopération renforcée entre l'OMS et l'OMC.

Il apparaît aujourd'hui déterminant de promouvoir un suivi des objectifs que se sont assignés les Etats dans le respect de plusieurs des principes définis par la Déclaration de Paris sur l'Efficacité d'Aide⁶¹ et le programme Accra⁶² : harmonisation et transparence des programmes, gestion axée sur les résultats, responsabilité mutuelle des donateurs et des bénéficiaires, prévisibilité de trois à cinq ans de l'aide, déliement de l'aide avec l'assouplissement des restrictions qui empêchent les pays en développement d'acheter les biens et les services de la meilleure qualité au plus bas prix.

Les missions de régulation, de contrôle et d'évaluation des financements innovants affectés à la lutte contre le VIH/sida doivent être assumées par **une coordination renforcée, chargée du respect des objectifs fixés**. Afin de maximiser l'efficacité de ces financements innovants, cette coordination devrait s'assurer notamment que les Etats donateurs satisfont à leurs engagements et obligations, que les Etats récipiendaires réalisent des réformes de structures et définissent des stratégies de lutte contre le VIH/sida optimales, que les Etats à revenu limité

bénéficient du recours aux dérogations. L'ONUSIDA ne dispose pas de la compétence pour organiser seule cette coordination. Les représentants de plusieurs organisations ont vocation à y participer et notamment l'OMS, chef de file de l'action sanitaire mondiale qui promeut des objectifs politiques en matière de lutte contre le VIH/sida et l'Organisation mondiale du commerce (OMC) qui favorise l'ouverture commerciale et le libre-échange entre les Etats.

Ces deux dernières organisations doivent accroître leur coopération à partir des principes posés lors des discussions sur la Régulation internationale de la santé ouvertes en 2005⁶³. L'objectif aujourd'hui est d'assurer un **pilotage et une évaluation des politiques commerciales dans une perspective de santé publique** et de mettre en œuvre une coordination avec les pays à revenu limité en visant une amélioration de leur accès aux TAR. Pour y parvenir, les deux instances doivent faire face à des enjeux spécifiques. L'OMS doit renforcer ses programmes et son expertise relative aux questions d'accès aux TAR et de propriété intellectuelle. L'OMC doit favoriser une meilleure intégration de l'OMS et des pays à revenu limité au sein de ses instances d'analyse et de décision.⁶⁴

¹ Assemblée générale des Nations Unies, *Déclaration politique sur le VIH/sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida*, 8 juin 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110608_UN-A-65-L-77_fr.pdf

² J. M. Baeten, E. Kahle, J. R. Lingappa, R. W. Coombs, S. Delany-Moretlwe, E. Nakku-Joloba, N. R. Mugo, A. Wald, L. Corey, D. Donnell, M. S. Campbell, J. I. Mullins, C. Celum, "Genital HIV-1 RNA Predicts Risk of Heterosexual HIV-1 Transmission", *Sci. Transl. Med.* **3**, 77ra29 (2011). <http://www.natap.org/2011/HIV/SciTranslMed.pdf>

³ The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV, Prevention, Treatment, Care and Support*, Geneva, 2007. http://data.unaids.org/pub/Report/2007/JC1678_Fin_Res_Req_en.pdf

⁴ World Health Organisation (WHO), UNAIDS and United Nations Children Fund (UNICEF), *Toward universal access : scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2010*, World Health Organisation, 2010. http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/summary_en.pdf

⁵ Estimation ANRS. Audition CNS.

⁶ WHO, UNAIDS and UNICEF, *Toward universal access : scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report, op. cit.*

⁷ *Ibid.*

⁸ R. Subbaraman, S.K. Chaguturu, K.H. Mayer, T.P. Flanigan and N. Kumarasamy, "Adverse Effects of Highly Active Antiretroviral Therapy in Developing Countries", *Clinical Infectious Diseases*, 2007 45: 1093-1101. http://miembros.cisdat.org.mx/articulos/attachments/235_Adverse%20Effects%20of%20Highly%20Active%20Antiretroviral%20Therapy%20in%20Developing%20Countries%20.pdf. G. McComsey, J.T. Loneragan, "Mitochondrial dysfunction : patient monitoring and toxicity management", *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;37:S30-S35. http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2004/09011/Mitochondrial_Dysfunction_Patient_Monitoring_and_5.aspx#

⁹ Médecins sans frontières, *Untangling the web of antiretroviral price reductions*, 14th Edition, 2011. http://www.msf.org.uk/UploadedFiles/AIDS_report_UTW14_ENG_2011_FINAL_201107185335.pdf. WHO, *Global price reporting mechanism report*, December 2010. http://www.who.int/hiv/pub/amds/gprm_summary_report_dec2010.pdf

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ ONUSIDA, *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*, 2010. http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_Full_Fr.pdf

¹² Organisation mondiale de la santé (OMS), *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent. Recommandations pour une approche de santé publique*, mise à jour 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242599763_fre.pdf

¹³ UNAIDS, *UNAIDS report on the global Aids epidemic*, 2010. <http://www.unaids.org/globalreport>

¹⁴ Depuis 2002, le nouveau Système Européen de Comptes (SEC 95) a remplacé l'agrégat de produit national brut (PNB) par le revenu national brut (RNB) en tant qu'indicateur de richesse. Le RNB correspond au PIB augmenté des revenus primaires nets versés par le reste du monde. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2002:0558:FIN:FR:PDF>

¹⁵ INSEE, « Aide publique au développement », INSEE, Service de l'observation et des statistiques, juillet 2010. http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/dossiers_web/dev_durable/pdf/aide_publique_au_developpement.pdf

¹⁶ Nations-Unies, *Rapport sur les objectifs du millénaire pour le développement*, 2010. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/report2010.pdf>

¹⁷ UNITAID, *Annual report*, 2009. http://whqlibdoc.who.int/unitaid/2009/annual_report_2009_eng.pdf

¹⁸ UNITAID, *Annual report*, 2010. http://www.unitaid.eu/images/NewWeb/documents/AR10/unitaid_ar2010_web.pdf

¹⁹ Kaiser Family Foundation, UNAIDS, *Financing the response to AIDS in low-and middle-income countries: International assistance from the G8, European Commission and other donor governments in 2009*, 2010. http://www.stimson.org/images/uploads/research-pdfs/2009_Report.pdf

²⁰ E. Hoen, J. Berger, A. Calmy and S. Moon, "Driving a decade of change: HIV/AIDS, patents and access to medicines for all", *Journal of the International AIDS Society* 2011, **14**:15. <http://www.jiasociety.org/content/14/1/15>

²¹ Waning B, Diedrichsen E, Moon S, « A lifeline to treatment: the role of Indian generic manufacturers in supplying antiretroviral medicines to developing countries », *Journal of the International AIDS Society* 2010, **13**:35. <http://www.jiasociety.org/content/13/1/35>

²² OMS, *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent, Recommandations pour une approche de santé publique*, 2010, *op.cit.* ; OMS, *Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels*, 2011. http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/REV_LME_16_mars2010.pdf

²³ Audition CNS.

²⁴ Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce. http://www.wto.org/french/tratop_f/trips_f/t_agm0_f.htm. Sell S. K., *Private power, public law. The globalization of Intellectual Property Rights*, Cambridge, University Press, 2003.

²⁵ Déclaration ministérielle de Doha du 14 novembre 2001. http://www.wto.org/french/thewto_f/minist_f/min01_f/mindecl_trips_f.htm

- ²⁶ Bond P., "Globalization, pharmaceutical pricing, and South African health policy: managing confrontation with US firms and politicians", *International Journal of Health Services*, Volume 29, Number 4, Pages 765-792, 1999.
- ²⁷ The Ministry of Public Health and The National Health Security Office of Thailand, *The 10 Burning Issues Related to the Government Use of Patents on Three Patented Essential Drugs in Thailand*, 2007. <http://www.moph.go.th/hot/White%20Paper%20CI-FN.pdf>
- ²⁸ Coriat B, Orsi F, d'Ameida C., "TRIPS and the International Public Health Controversies, Issues and Challenges", *Industrial and Corporate Change*, (December 2006) 15 (6): 1033-1062 ; D'Almeida C., « New antiretroviral treatments and post-2005 TRIPS constraints : first moves towards IP flexibilization in developing countries », in Coriat B, *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries. TRIPS, Public Health Systems and Free Access*, ed. de l'ANRS, 2008, p. 105-168.
- ²⁹ L'efavirenz ou l'association lopinavir/ritonavir.
- ³⁰ UNAIDS, *Using TRIPS flexibilities to improve access to HIV treatment*, 2011.
- ³¹ Amin T., « Voluntary licensing practices in the pharmaceutical sector: an acceptable solution to improving access to affordable medicines ? » *Research Paper for Oxfam*, 2007 <http://www.docstoc.com/docs/23819033/Voluntary-licensing-practices-in-the-pharmaceutical-sector-An> ; Hoen E., *The Global Politics of Pharmaceutical Monopoly Power: Drug Patents, Access, Innovation, and the Application of the WTO Doha Declaration on TRIPS and Public Health*, Diemen, The Netherlands, AMB Press, 2009.
- ³² Le tenofovir, l'emtricitabine et d'autres en développement clinique : le cobicistat, l'elvitregavir et une combinaison en un seul comprimé, le Quad. <http://www.medicinespatentpool.org/content/download/480/2847/version/1/file/Gilead-MPPF+Non+Excl+License+Agmt+%28FINAL%29+08.JUL.11%5B2%5D.pdf>
- ³³ <http://www.medicinespatentpool.org/>
- ³⁴ Déclaration du G8 de Deauville « Un nouvel élan pour la liberté et la démocratie », 26-27 mai 2011.
- ³⁵ ONUSIDA, la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour le développement des populations.
- ³⁶ Abbott, Boehringer-Ingelheim, Bristol-Meyers-Squibb, GlaxoSmithKline, Merck, Hoffmann-La Roche.
- ³⁷ International Fédération of Pharmaceutical Manufacturers Associations, *Developing World Health Partnerships Directory*, 2010. http://www.ifpma.org/fileadmin/content/Publication/IFPMA_Partnerships_Directory_Full_2010.pdf ; Noehrenberg E., « Améliorer l'égalité d'accès aux médicaments », *Chronique ONU*, n° 2, 2003, <http://www.un.org/french/pubs/chronique/2003/numero2/0203p12.html> A noter que des traitements pédiatriques comme la Virumine® ont été fournis gratuitement à certains pays.
- ³⁸ Perez-Casas C., Herranz E., Ford N., "Pricing of drugs and donations: options for sustainable equity pricing", *Tropical Medicine and International Health*, volume 6 n° 11 pp 960±964 november 2001. <http://fieldresearch.msf.org/msf/bitstream/10144/17744/1/Perez%20Trop%20Med.pdf>
- ³⁹ Médecins Sans Frontières, « Doctors Without Borders: AIDS Triple Therapy for Less than \$1 a day », Press release, 2001 <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=656>.
- ⁴⁰ Timmermans K., « Monopolisation des données d'essais cliniques : Implications et tendances » in Correa C., Velasquez G., *Comment préserver l'accès aux médicaments. Innovations pharmaceutiques et santé publique*, Paris, L'Harmattan, 2010, p. 112-124
- ⁴¹ Guennif S., Mfuka C.J., « La lutte contre le sida en Thaïlande : de la logique de santé publique à la logique industrielle. », *Sciences sociales et santé*, volume 21, n° 1, 2003. p. 75-98.
- ⁴² OXFAM, *Rien que des coûts, pas de bénéfices. Les règles ADPIC-plus sur la propriété intellectuelle incluses dans l'ALE USA-Jordanie influencent l'accès aux médicaments*, 2007. http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp102_usa_jordanie_medicaments_0.pdf
- ⁴³ Accord de libre échange entre le Maroc et les Etats-Unis (voir article 15-9-4) <http://www.maroc-trade.gov.ma/accords/accordslibreéchange/usa/Pages/default.aspx>
- ⁴⁴ Accord de libre échange entre Singapour et les Etats-Unis (voir articles 16-7-6a et 16-7-6b) http://www.ustr.gov/sites/default/files/uploads/agreements/fta/singapore/asset_upload_file708_4036.pdf
- ⁴⁵ Voir le document officiel publié en avril 2010 : http://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2010/april/tradoc_146029.pdf
- ⁴⁶ Kay A., Williams O.D., *Global health governance, crisis institution and political economy*. Basingstoke, UK, Palgrave Macmillan, 2009.
- ⁴⁷ K. Lee, D. Sridhar, M. Patel, "Bridging the divide: global governance of trade and health", *The Lancet*, Volume 373, Issue 9661, Pages 416 - 422, 31 January 2009.
- ⁴⁸ R.P. Walensky, R. Wood, M.C. Weinstein, N.A. Martinson, E. Losina, M.O. Fofana, S.J. Goldie, N. Divi, Y. Yazdanpanah, B. Wang, A.D. Pattiell and K.A. Freedberg for the CEPAC-International Investigators, "Scaling up antiretroviral therapy in South Africa: the impact of speed on survival", *The Journal of Infectious Diseases*, vol.197, 2008, p.1324-1332. <http://www.who.int/hiv/events/artprevention/walensky.pdf>
- ⁴⁹ When To Start Consortium, Sterne JA, May M, Costagliola D, de Wolf F, Phillips AN, Harris R, Funk MJ, Geskus RB, Gill J, Dabis F, Miró JM, Justice AC, Ledergerber B, Fätkenheuer G, Hogg RS, Monforte AD, Saag M, Smith C, Staszewski S, Egger M, Cole SR, "Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients : a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies", *The Lancet*, Volume 373, Issue 9672, Pages 1352 - 1363, 18 April 2009. <http://www.who.int/hiv/events/artprevention/sterne.pdf> Moh R, Danel C, Messou E., Ouassa, T., Gabillard D, Anzian A, Abo, Y. Salamon R, Bissagnene E., Seyler C., Eholié S, Anglaret X, "Incidence and determinants of mortality and morbidity following early antiretroviral therapy initiation in HIV-infected adults in West Africa", *AIDS*: 30 November 2007 - Volume 21 - Issue 18 - p 2483-2491 http://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2007/11300/incidence_and_determinants_of_mortality_and.14.aspx
- ⁵⁰ J.S. Montaner, R. Hogg, E. Wood, T. Kerr, M. Tyndall, A.R. Levy, P.R. Harrigan, "The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic", *The Lancet*, Volume 368, Issue 9534, Pages 531 - 536, 5 August 2006. <http://www.who.int/hiv/events/artprevention/montaner.pdf>
- ⁵¹ En 2009, l'OMS recommande le suivi d'un traitement antirétroviral chez tous les patients séropositifs pour le VIH dont le taux est inférieur à 30 lymphocytes CD4/mm³. OMS, *Recommandations rapides. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'enfant*, novembre 2009. http://www.who.int/hiv/pub/arcv/rapid_advice_art_fr.pdf
- ⁵² B. Schwartländer, J. Stover, T. Hallett, R. Atun, C. Avila, E. Gouws, M. Bartos, P.D. Ghys, M. Opuni, D. Barr, R. Alsallaq, L. Bollinger, M. de Freitas, G. Garnett, C. Holmes, K. Legins, Y. Pillay, A.E. Stanciole, C. McClure, G. Hirschschall, M. Laga, N. Padian "Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS", *The Lancet*, Volume 377, Issue 9782, Pages 2031 - 2041, 11 June 2011. <http://moneyforaids.org/pdfs/InvestmentFramework.pdf>
- ⁵³ Girishankar N., "Innovating Development Finance: From Financing Sources to Financial Solutions", CFP Working Paper Series n°1, *The World Bank*, June 2009. http://siteresources.worldbank.org/CFPEXT/Resources/CFP_Working_Paper_No1.pdf

-
- ⁵⁴ Mise à jour du dispositif (chiffres et Etats participants) : <http://www.theglobalfund.org/en/innovativefinancing/debt2health>
- ⁵⁵ R. Fryatt, A. Mills, A. Nordstrom "Financing of health systems to achieve the health Millennium Development Goals in low-income countries", *The Lancet*, Volume 375, Issue 9712, Pages 419 - 426, 30 January 2010.
- ⁵⁶ International Monetary Fund, *A fair and substantial contribution by the financial sector final report for the G-20*, 2010. <http://www.imf.org/external/np/g20/pdf/062710b.pdf> ; UNITAID, *Taxe sur les transactions financières. Mode d'emploi en France*, 2011 http://www.unitaid.eu/images/NewWeb/documents/Finance/utd_ttf-etude.pdf ; Leading Group, Globalizing Solidarity. *The Case for Financial Levies. Report of the Committee of Experts to the Taskforce on International Financial Transactions and Development*, 2010 http://www.leadinggroup.org/IMG/pdf_Financement_innovants_web_def.pdf
- ⁵⁷ International Monetary Fund, *A fair and substantial contribution by the financial sector final report for the G-20*, *op. cit.*
- ⁵⁸ UNITAID, *Taxe sur les transactions financières. Mode d'emploi en France*, *op.cit.*
- ⁵⁹ US Food and Drug Administration, Generic Competition and Drug Prices. <http://www.fda.gov/AboutFDA/CentersOffices/CDER/ucm129385.htm>
- ⁶⁰ Le Loup G. et al., « The Brazilian experience of 'scaling up' : a public policy approach », in Coriat B., *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries. TRIPS, Public Health Systems and Free Access*, *op.cit.*, p. 25-51.
- ⁶¹ Déclaration de Paris sur l'Efficacité d'Aide, 2 mars 2005. <http://www.oecd.org/dataoecd/53/38/34579826.pdf>
- ⁶² Programme adopté lors du Forum de Haut Niveau (FHN) d'Accra, du 2 au 4 septembre 2008.
- ⁶³ World Trade Organization (WTO), *World trade report 2007*, Geneva, WTO, 2007. http://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/anrep_e/world_trade_report07_e.pdf
- ⁶⁴ R.D. Smith, K. Lee, N. Drager, "Trade and health : an agenda for action", *The Lancet*, Volume 373, Issue 9665, Pages 768 - 773, 28 February 2009.