



Document de séance

B8-0436/2017

27.6.2017

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

déposée à la suite de la question avec demande de réponse orale B8-0321/2017

conformément à l'article 128, paragraphe 5, du règlement

sur la réponse de l'Union au VIH/Sida, à la tuberculose et à l'hépatite C
(2017/2576(RSP))

**Françoise Grossetête, Claudiu Ciprian Tănăsescu, Urszula Krupa,
Frédérique Ries, Kateřina Konečná, Martin Häusling, Piernicola Pedicini,
Mireille D'Ornano**

au nom de la commission de l'environnement, de la santé publique et de la
sécurité alimentaire

B8-0436/2017

Résolution du Parlement européen sur la réponse de l'Union au VIH/Sida, à la tuberculose et à l'hépatite C (2017/2576(RSP))

Le Parlement européen,

- vu l'article 168 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (traité FUE),
- vu la décision n° 1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé et abrogeant la décision n° 2119/98/CE¹,
- vu le plan d'action pour la riposte du secteur de la santé au VIH dans la région européenne de l'OMS, qui met en application la stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida pour la période 2016-2021,
- vu le rapport épidémiologique annuel 2014 du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) sur les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH et les virus à diffusion hémotogène,
- vu l'examen systématique de la prévalence de l'hépatite B et C dans l'Union européenne et l'Espace économique européen (EEE) réalisé en 2016 par l'ECDC,
- vu sa déclaration écrite du 29 mai 2007 sur l'hépatite C²,
- vu les lignes directrices publiées en 2016 par l'ECDC sur le contrôle de la tuberculose chez les populations vulnérables et difficiles à atteindre,
- vu le plan d'action contre la tuberculose pour la région européenne de l'OMS 2016-2020³,
- vu le résultat de la réunion informelle des ministres de la santé de l'Union qui s'est tenue à Bratislava les 3 et 4 octobre 2016, au cours de laquelle les États membres ont convenu d'encourager la mise en place d'un cadre d'action intégré de l'Union sur le VIH, la tuberculose et l'hépatite virale,
- vu la communication de la Commission du 22 novembre 2016 intitulée «Prochaines étapes pour un avenir européen durable - action européenne en faveur de la durabilité», qui intègre les dimensions économiques, sociales et environnementales du développement durable, ainsi que la gouvernance, au sein de l'Union et dans le monde, et dans laquelle la Commission indique qu'elle «fournira une contribution en suivant, en communiquant et en évaluant les progrès vers la réalisation des objectifs de développement durable dans le contexte de l'UE» (COM(2016)0739),

¹ JO L 293 du 5.11.2013, p. 1.

² JO C 27 E du 31.1.2008, p. 247.

³ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/283804/65wd17e_Rev1_TBActionPlan_150588_withCover.pdf

- vu la déclaration conjointe de Riga sur la tuberculose et sa forme multirésistante, déposée lors de la première conférence ministérielle du Partenariat oriental sur ce sujet qui s’est tenue à Riga les 30 et 31 mars 2015.
 - vu la première stratégie mondiale du secteur de la santé contre l’hépatite virale de l’OMS (2016-2021), adoptée par l’Assemblée mondiale de la santé en mai 2016, qui souligne le rôle crucial de la couverture sanitaire universelle et dont les objectifs, alignés sur les objectifs de développement durable, consistent à réduire de 90 % et 65 % respectivement d’ici 2030 le nombre de nouveaux cas d’hépatites virales et la mortalité liée à ces dernières, dans le but ultime d’éliminer les hépatites virales en tant que menace pour la santé publique;
 - vu le plan d’action de l’OMS pour la riposte du secteur de la santé à l’hépatite virale dans la région européenne de l’OMS, dont l’objectif global est d’éliminer l’hépatite virale en tant que menace pour la santé publique en Europe d’ici à 2030, en réduisant la morbidité et la mortalité dues aux hépatites virales et à leurs complications, et de garantir à tous un accès équitable aux services recommandés de prévention, de dépistage, de soins et de traitement;
 - vu le plan d’action pour la riposte du secteur de la santé au VIH/sida dans la Région européenne de l’OMS pour la période 2012-2015,
 - vu sa résolution du 2 mars 2017 intitulée «Options de l’Union européenne pour améliorer l’accès aux médicaments»¹, qui exhorte la Commission et les États membres à adopter des plans stratégiques visant à garantir l’accès aux médicaments contribuant à sauver des vies et qui appelle de ses vœux l’élaboration d’un plan coordonné d’éradication de l’hépatite C dans l’Union à l’aide d’instruments tels qu’une procédure européenne commune de passation de marchés;
 - vu les objectifs de développement durable (ODD) des Nations unies, notamment l’ODD 3, qui vise à mettre fin à l’épidémie de sida et de tuberculose d’ici à 2030, et à combattre l’hépatite,
 - vu la déclaration de Berlin sur la tuberculose – Tous contre la tuberculose (EUR/07/5061622/5, Forum ministériel de l’OMS, 74415) du 22 octobre 2007,
 - vu la question à la Commission sur la réponse de l’Union au VIH/Sida, à la tuberculose et à l’hépatite C (O-000045/2017 – B8-0321/2017),
 - vu la proposition de résolution de la commission de l’environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire,
 - vu l’article 128, paragraphe 5, et l’article 123, paragraphe 2, de son règlement,
- A. considérant que, selon l’ECDC, une personne sur sept vivant avec le VIH n’a pas connaissance de sa séropositivité et qu’il s’écoule en moyenne quatre ans entre l’infection par le VIH et son diagnostic; considérant que les personnes infectées par le VIH mais non diagnostiquées sont trois fois et demi plus susceptibles de transmettre le

¹ Textes adoptés de cette date, P8_TA(2017)0061.

VIH que celles dont l'infection est diagnostiquée;

- B considérant que la déclaration de Dublin sur un partenariat pour lutter contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale a joué un rôle important dans la mise en place d'un cadre de suivi harmonisé dans l'Union et les pays voisins, qui permet de suivre les progrès accomplis dans la lutte contre le VIH;
- C. considérant qu'il existe des éléments solides montrant que la prophylaxie préexposition est efficace dans la prévention de l'infection et que la prise d'un traitement antirétroviral élimine pratiquement le risque de transmission lorsque les charges virales sont réduites sous les seuils de détection¹;
- D. considérant que, bien que les nouveaux cas d'infection chez les usagers de drogues injectables aient continué de baisser dans la plupart des pays de l'Union et de l'EEE, en 2015, un quart de tous les nouveaux cas d'infection par le VIH diagnostiqués et signalés dans quatre pays sont dus à l'injection de drogues;
- E. considérant que les nouveaux cas de transmission du VIH de parents à enfants et par transfusion sanguine ont pratiquement disparus dans l'Union et l'EEE;
- F. considérant que la tuberculose et la tuberculose multirésistante (tuberculose-MR), transmissibles par voie aérienne, constituent des menaces sanitaires transfrontières dans un monde globalisé caractérisé par la mobilité croissante de la population;
- G. considérant que l'épidémiologie de la tuberculose varie dans l'Union et l'EEE et dépend, entre autres, du degré d'avancement de l'État membre sur la voie de l'éradication de la tuberculose;
- H. considérant que sur les 10 millions de décès imputables à une résistance aux médicaments susceptibles de se produire chaque année d'ici 2050, près d'un quart seront liés à des souches résistantes de tuberculose, représentant un coût pour l'économie mondiale d'au moins 16,7 milliards de dollars et pour l'Europe d'au moins 1,1 milliard de dollars;
- I. considérant qu'il importe de se pencher sur la question de la coïnfection par la tuberculose et l'hépatite virale B ou C; considérant que la tuberculose et les hépatites virales sont très répandues, qu'elles progressent plus rapidement et entraînent une plus grande morbidité chez les personnes infectées par le virus du VIH;
- J. considérant qu'une coopération transfrontalière et interdisciplinaire est absolument nécessaire pour lutter contre ces épidémies;
- K. considérant que les hépatites virales sont l'une des grandes menaces sanitaires dans le monde, quelque 240 millions de personnes étant atteintes d'hépatite B chronique² et environ 150 millions d'hépatite chronique C; considérant que, dans la région européenne de l'OMS, on estime que 13,3 millions de personnes vivent avec l'hépatite chronique B et 15 millions avec l'hépatite chronique C; considérant, en outre, que

¹ <https://thinkprogress.org/massive-hiv-treatment-study-found-zero-transmissions-between-mixed-status-couples-73d4a497f77b>

² <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hepatitis/data-and-statistics>

l'hépatite B cause chaque année environ 36 000 décès, et l'hépatite C quelque 86 000 décès dans les États membres au sein de la région européenne de l'OMS;

- L. considérant que la consommation de drogue par voie intraveineuse constitue, selon l'OMS, un des principaux vecteurs de l'épidémie d'hépatite C dans la région européenne, les usagers de drogue par voie intraveineuse représentant la majorité des nouveaux cas;
- M. considérant qu'en raison de l'augmentation générale des revenus nationaux et de modifications dans les critères d'admissibilité au financement provenant de donateurs extérieurs, l'accès au soutien financier international disponible pour les programmes de santé dans la région européenne est en rapide diminution; considérant que ce phénomène touche plus particulièrement les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, où les taux d'infection par le VIH, la tuberculose et l'hépatite C sont les plus élevés, ce qui compromet gravement l'efficacité de la lutte contre ces maladies; considérant que de nombreux pays de la région européenne de l'OMS sont encore fortement tributaires des fonds extérieurs pour le financement de leurs programmes de santé, en particulier pour soutenir les groupes vulnérables et les populations les plus touchées;
- N. considérant qu'il sera difficile pour la Commission de suivre les progrès réalisés afin d'atteindre les objectifs de développement durable en ce qui concerne les hépatites virales, du fait que les données de surveillance dans les États membres sont souvent manquantes ou inadéquates;
- O. considérant qu'il subsiste des incohérences au niveau des approches en matière de lutte contre les hépatites virales dans l'Union, certains États membres ne disposant même pas d'un plan national, tandis que d'autres ont pris des engagements financiers importants, mis en place des stratégies et élaboré des plans nationaux pour apporter une réponse globale au fardeau des hépatites virales;
- P. considérant qu'entre 130 et 150 millions de personnes souffrent d'une infection chronique de l'hépatite C dans le monde; considérant que les affections hépatiques liées à l'hépatite C sont chaque année à l'origine d'environ 700 000 décès;
- Q. considérant que 35 321 cas d'hépatite C ont été déclarés dans 28 États membres de l'UE/EEE en 2014, ce qui représente un taux brut de 8,8 cas pour 100 000 habitants¹;
- R. considérant que, entre 2006 et 2014, le nombre total de cas diagnostiqués et déclarés dans l'ensemble des États membres de l'UE/EEE a augmenté de 28,7 %, l'essentiel de cette augmentation ayant été observé principalement depuis 2010²;
- S. considérant que l'interprétation des données relatives à l'hépatite C se heurte à des obstacles, tels que les divergences constatées dans les systèmes de surveillance et dans les pratiques et les programmes en matière de dépistage, ainsi que les difficultés à

¹ Rapport épidémiologique annuel - ECDC

http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/hepatitis_C/Documents/aer2016/AER-hepatitis-C.pdf

² *Ibid.*

qualifier les cas d'aigus ou de chroniques¹;

Un cadre d'action de l'Union global et intégré

1. demande à la Commission et aux États membres de concevoir une politique de l'Union globale pour lutter contre le VIH/sida, la tuberculose et les hépatites virales, en tenant compte de la diversité des situations et des problèmes spécifiques auxquels sont confrontés les États membres de l'Union et les pays voisins dans lesquels la morbidité liée au VIH et à la tuberculose-MR est la plus élevée;
2. invite les États membres et la Commission à garantir le niveau de dépenses et la mobilisation des ressources nécessaires pour atteindre l'objectif de l'ODD 3;
3. demande à la Commission et aux États membres de renforcer leur collaboration avec les communautés et les personnes vulnérables par le biais de la coopération multisectorielle, en assurant la participation des organisations non gouvernementales ainsi que la prestation de services aux populations touchées;
4. invite la Commission et le Conseil à assurer un rôle politique fort dans le dialogue avec les pays voisins d'Europe orientale et d'Asie centrale, pour veiller à la mise en place de programmes pour une transition durable vers des financements nationaux, afin d'assurer l'efficacité, la durabilité et le renforcement des programmes de lutte contre le VIH, les hépatites virales et la tuberculose après la cessation de l'aide fournie par les donateurs internationaux; invite la Commission et le Conseil à poursuivre leur étroite collaboration avec ces pays en veillant à ce qu'ils prennent en charge et s'approprient de la réponse au VIH, aux hépatites virales et à la tuberculose;
5. invite la Commission à examiner avec les États membres et les futures présidences du Conseil la possibilité d'actualiser la déclaration de Dublin afin d'y mettre le VIH, les hépatites virales et la tuberculose sur un pied d'égalité;

VIH/SIDA

6. souligne que le VIH reste la maladie transmissible qui suscite la plus forte stigmatisation sociale, pouvant être à l'origine de graves conséquences sur la qualité de vie des personnes concernées; souligne que près de 30 000 nouveaux cas d'infection par le VIH ont été diagnostiqués et déclarés par les 31 pays de l'Union /EEE en 2015, sans indication claire d'une baisse globale;
7. demande à la Commission et aux États membres de faciliter l'accès à des traitements innovants, y compris pour les groupes les plus vulnérables, et de lutter contre la stigmatisation sociale associée à l'infection par le VIH;
8. souligne que dans l'Union et l'EEE, les rapports sexuels restent le principal mode de transmission du VIH, suivis par l'injection de drogue, et met l'accent sur la vulnérabilité des femmes et des enfants face à l'infection;
9. demande à la Commission et au Conseil non seulement d'intensifier les investissements

¹ *Ibid.*

dans la recherche pour mettre au point des traitements efficaces et élaborer de nouveaux outils ainsi que des approches innovantes et centrées sur les patients pour lutter contre ces maladies, mais également de veiller à la disponibilité et à l'accessibilité de ces outils et à lutter plus efficacement contre les coinfections, notamment par la tuberculose et les hépatites virales B et C, et leurs complications;

10. souligne que la prévention reste le principal instrument de lutte contre le VIH/sida mais que deux pays de l'Union et de l'EEE sur trois signalent que les fonds alloués à la prévention sont insuffisants pour réduire le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH;
11. invite les États membres, la Commission et le Conseil à maintenir leur soutien à la prévention du VIH/sida et le lien aux soins par la mise en place d'une action conjointe et de projets au titre du programme Santé de l'UE et de promouvoir des mesures de santé publique qui ont fait leurs preuves pour la prévention du VIH, notamment: des services globaux de réduction des dommages pour les consommateurs de drogues, le traitement préventif, l'utilisation du préservatif, la prophylaxie pré-exposition et une éducation efficace à la santé sexuelle;
12. invite les États membres à cibler les services de dépistage du VIH afin d'atteindre les populations clés dans les zones où la prévalence du VIH est la plus forte, conformément aux recommandations de l'OMS;
13. demande aux États membres de lutter efficacement contre les infections sexuellement transmissibles qui accroissent le risque d'infection par le VIH;
14. encourage les États membres à assurer la gratuité des tests de dépistage du VIH, notamment pour les groupes vulnérables, afin de garantir un dépistage précoce, et d'améliorer le signalement du nombre d'infections, élément essentiel pour une bonne information sur la maladie et des mises en garde appropriées contre cette dernière;

Tuberculose

15. souligne que, dans l'Union, les taux de tuberculose sont parmi les plus faibles au monde; insiste toutefois sur le fait qu'environ 95 % des décès liés à la tuberculose surviennent dans des pays à revenus faibles ou moyens; rappelle par ailleurs que la région européenne de l'OMS, et notamment les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, est fortement touchée par la tuberculose-MR, avec environ un quart de la morbidité mondiale liée à la tuberculose-MR; considérant que 15 des 27 pays à forte morbidité identifiés par l'OMS se situent dans la région européenne;
16. fait observer que la tuberculose est la principale cause de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, un décès sur trois parmi ces personnes étant imputable à la tuberculose¹; souligne que pour la troisième année consécutive, le nombre de personnes ayant contracté la tuberculose a augmenté dans le monde en 2014, passant de 9 millions en 2013 à 9,6 millions en 2014; insiste sur le fait que seul un cas sur quatre de tuberculose multirésistante (tuberculose-MR) est diagnostiqué, ce qui révèle de graves lacunes dans la détection et le diagnostic;

¹ Rapport de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2015.

17. souligne que la résistance aux antimicrobiens est un problème médical de plus en plus grave pour le traitement des infections et maladies, dont la tuberculose;
18. rappelle que l'interruption du traitement contribue au développement de la résistance aux médicaments, à la transmission de la tuberculose et aux mauvais résultats observés chez les patients;
19. souligne que pour améliorer la prévention, la détection et l'observance du traitement de la tuberculose, la Commission et les États membres doivent concevoir des programmes de lutte contre la tuberculose et accroître le soutien financier visant à renforcer la collaboration avec les communautés et les personnes vulnérables à travers une coopération multisectorielle, avec la participation des ONG, notamment dans les pays en développement; rappelle en outre que la participation de tous les acteurs au financement des traitements contre la tuberculose est essentielle pour assurer la continuité des soins car les traitements peuvent avoir un coût prohibitif;
20. attire l'attention sur l'importance de la lutte contre la crise naissante de la résistance aux antimicrobiens, y compris par le financement de la recherche et du développement de nouveaux vaccins ainsi que par des approches innovantes et centrées sur le patient, les diagnostics et le traitement de la tuberculose;
21. invite la Commission et le Conseil à assurer un rôle politique fort pour que le lien entre la résistance aux antimicrobiens et la tuberculose-MR soit évoquée dans les conclusions du sommet du G20 qui se tiendra en Allemagne en juillet 2017 ainsi que dans le nouveau plan d'action de l'Union sur les RAM dont la publication est attendue en 2017;
22. demande à la Commission et aux États membres de coopérer dans la mise en place de mesures transfrontalières pour prévenir la transmission de la tuberculose, par le truchement d'accords bilatéraux entre les pays et d'actions communes;
23. demande à la Commission, au Conseil et aux États membres d'intensifier et de formaliser la collaboration régionale sur la tuberculose et la tuberculose-MR, au plus haut niveau politique, dans les différents secteurs, et d'établir des partenariats avec les futures présidences de l'Union afin de poursuivre ces travaux;

Hépatite C

24. souligne que dans l'Union la principale voie de transmission des hépatites virales est l'injection de drogues résultant du partage d'aiguilles contaminées et de l'utilisation de matériel d'injection non stérile; souligne que le taux d'infection par l'hépatite chez les professionnels de la santé lié aux blessures provoquées par des seringues reste supérieur à la moyenne; souligne que la fourniture de services de réduction des dommages, y compris les traitements de substitution aux opiacés et les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, constitue une stratégie essentielle de prévention des hépatites virales, qui devrait également comporter des mesures visant à vaincre la stigmatisation et la discrimination; souligne que les tests anti-VHC et AgHBs ne font souvent pas partie des bilans de santé remboursés; souligne que, dans de rares cas, le virus se transmet par voie sexuelle, ou dans le cadre de soins de santé ou de soins cosmétiques en raison de pratiques de désinfection insuffisantes, ou par voie périnatale, d'une mère infectée à son enfant;

25. souligne que plus de 90 % des patients ne montrent aucun symptôme de contraction de la maladie et qu'elle est souvent diagnostiquée par hasard lors d'une analyse ou seulement à l'apparition des symptômes, ce qui explique que le virus est responsable dans 55 % à 85 % des cas d'une hépatite chronique; considérant que, dans un délai de 20 ans, les personnes souffrant d'une hépatite chronique risquent, dans 15 à 30 % des cas, de développer une cirrhose du foie qui est la principale cause du carcinome hépatocellulaire;
26. souligne que dans 75 % des cas de carcinome hépatocellulaire, le patient présente une sérologie positive au VHC;
27. souligne qu'il n'existe pas de protocole de dépistage unifié dans les États membres pour l'hépatite C et que les données relatives au nombre de personnes affectées sont peut-être sous-estimées;
28. souligne qu'en avril 2016, l'OMS a mis à jour ses lignes directrices pour le dépistage, les soins et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C chronique, qui complètent les orientations existantes de l'OMS sur la prévention de la transmission des virus véhiculés par le sang, dont le VHC; souligne que ces lignes directrices fournissent des recommandations essentielles et présentent les éléments qu'il convient de prendre en considération pour leur mise en œuvre;
29. souligne que l'infection par le VHC peut être soignée, en particulier si elle est diagnostiquée et traitée par une combinaison adéquate d'antiviraux; met notamment en évidence que le traitement antiviral permet de soigner plus de 90 % des personnes infectées par le VHC; souligne qu'il est possible de prévenir l'hépatite B virale par la vaccination et de la combattre, mais moins de 50 % des personnes souffrant d'une hépatite virale chronique ne sont diagnostiquées que des décennies après leur contamination;
30. invite la Commission et les États membres à assurer un financement durable des plans nationaux pour l'élimination de l'hépatite virale, et à utiliser les Fonds structurels de l'Union et les autres formes de financement de l'Union disponibles;
31. invite la Commission, le Conseil et les États membres à mettre en place des programmes de surveillance de l'infection harmonisés à l'échelle de l'Union qui permettent de détecter en temps utile l'apparition de foyers d'hépatite virale, de tuberculose et de VIH, d'évaluer l'évolution de l'incidence, de fournir une estimation de la charge de morbidité et de suivre de manière efficace et en temps réel la cascade de diagnostics, de traitements et de soins, notamment pour certains groupes vulnérables;
32. invite la Commission à mener des discussions avec les États membres sur la manière de doter les professionnels des soins primaires des meilleures capacités (notamment en prévoyant des tests anti-VHC et AgHBs dans les bilans de santé, les anamnèses, les examens de suivi et les filières d'orientation), en vue d'accroître le taux de diagnostic et d'assurer des soins conformes aux lignes directrices;
33. déplore qu'il n'existe actuellement aucun vaccin contre l'hépatite C, raison pour laquelle la prévention primaire et la prévention secondaire sont essentielles; souligne néanmoins que les caractéristiques typiques de l'infection et l'absence de protocole de

dépistage la rendent souvent plus difficile à contrôler;

34. invite la Commission, sous la direction de l'ECDC, à mettre en place un plan d'éradication de l'hépatite C dans l'Union pour 2030 qui soit pluridisciplinaire et coordonné avec les États membres et qui harmonise les protocoles de dépistage, de contrôle et de traitement;

o

o o

35. charge son Président de transmettre la présente résolution au Conseil et à la Commission, à l'Organisation mondiale de la santé ainsi qu'aux gouvernements des États membres.