

# Mondialisation du commerce – Mondialisation de la pauvreté

Les enjeux pour le Canada : perspectives des ONG

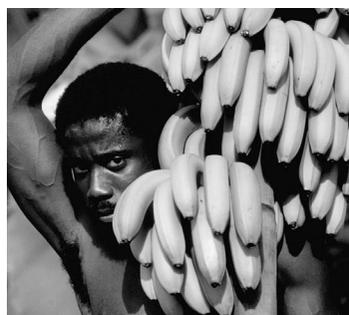
Le commerce et la santé : priorité à l'accès aux médicaments essentiels

Article 4

Gauri Sreenivasan et Ricardo Grinspun

Juin 2002

Conseil canadien pour la coopération internationale  
Série sur le commerce et la pauvreté



**en commun**  
Une action mondiale contre la pauvreté

Conseil canadien pour la coopération internationale, 2002.  
Série sur le commerce et la pauvreté

Tous droits réservés.

*Mondialisation du commerce – Mondialisation de la pauvreté*  
*Les enjeux pour le Canada : perspectives des ONG*

Auteurs de la série : Gauri Sreenivasan et Ricardo Grinspun

Traduction : Ghassan Aris

Révision : Marie-Claude Morazain

Mise en page - Relecture : Alison Scott

ISBN : 1-896622-11-9

Ce rapport est également publié en anglais sous le titre *Global Trade/Global Poverty, NGO Perspectives on Key Challenges for Canada*.

Il est interdit de reproduire cet ouvrage, même partiellement, sous quelque forme ce soit, sans autorisation écrite du CCCI.

Le programme *en commun* a pour but de concentrer l'attention et l'action sur l'élimination de la pauvreté. Elle réunit sous sa bannière plus de 100 organisations œuvrant en première ligne pour la justice sociale, l'aide humanitaire, le développement économique et démocratique – à la fois au Canada et dans les pays en développement. Nous partageons la conviction selon laquelle l'élimination de la pauvreté est un impératif moral et qu'il est possible d'y arriver. Nous nous engageons à faire de cet objectif une priorité publique et politique ainsi qu'à mobiliser les actions nécessaires pour faire d'un monde sans pauvreté une réalité. Le programme *en commun* est coordonné par le Conseil canadien pour la coopération internationale (CCCI).

**Le Conseil canadien pour la coopération internationale (CCCI)** est une coalition d'organisations canadiennes vouées à la promotion du développement humain dans un climat d'équité sociale et économique, de démocratie, d'intégrité environnementale et de respect des droits de la personne.

Le CCCI remercie le Programme de Partenariats canadiens du Centre de recherches pour le développement international (CRDI) pour son aide financière à la publication de la série sur le commerce et la pauvreté.

Cet article et les autres qui suivront dans la série sur le commerce et la pauvreté sont disponibles sur les sites du CCCI [www.encommun.web.ca](http://www.encommun.web.ca) et [www.ccci.ca](http://www.ccci.ca) ou auprès du Conseil canadien pour la coopération internationale.

## **CCCI**

1, rue Nicholas, 3<sup>e</sup> étage

Ottawa (Ontario) K1N 7B7

CANADA

Tél. : (613) 241-7007

Télec. : (613) 241-5302

## Remerciements

Cette série de documents s'inscrit dans le programme *en commun* du CCCI contre la pauvreté dans le monde. Les documents ont pour but d'encadrer et de faire la synthèse de l'expérience, de l'analyse et des préoccupations des ONG du Canada quant aux répercussions des accords commerciaux internationaux sur la pauvreté dans le monde et aux recommandations à faire aux Canadiennes et Canadiens sur les mesures à prendre. Les documents mettent l'accent sur les domaines de compétence des ONG canadiennes et de leurs partenaires, tels que le développement rural, la sécurité alimentaire, la santé, les droits des travailleuses et des travailleurs et le développement de la démocratie.

Nous espérons que ces documents alimenteront le dialogue pour s'assurer que les accords commerciaux tiennent compte de la pauvreté, que le commerce international contribue davantage à l'élimination de la pauvreté, et pour préciser le rôle du Canada dans ce sens.

Ce projet a bénéficié d'une collaboration étroite et des conseils de distingués collègues canadiens et étrangers, de même que de membres et d'assistants à la recherche dévoués du CCCI. À chacun d'entre eux, nous adressons nos sincères remerciements. Tout au long du processus de rédaction, nous avons reçu des commentaires réfléchis et importants de la part de : Marie-Hélène Bonin, Stuart Clark, Julie Delahanty, John Dillon, Richard Elliott, John Foster, Mark Fried, Aileen Kwa, Pierre LaLiberté, Louis Lefebvre, Kamal Malhotra, Sophia Murphy, Liisa North, Wendy Phillips, Michelle Swenarchuk, Ann Weston ainsi que de nombreux membres du personnel du CCCI. Yasmine Shamsie, Jean Christie et Chris Rosene nous ont fourni une assistance à la recherche inestimable pour divers articles. Nous saluons également la collaboration générale du Centre de recherche sur l'Amérique latine et les Caraïbes (CERLAC) de l'Université York. Au CCCI, nous adressons des remerciements particuliers à Brian Tomlinson, pour son méticuleux travail de révision, à Marie-Claude Morazain, pour sa vérification de la traduction et à Gisèle Lamoureux, pour le soutien administratif et la mise en page. Le CCCI et les auteurs endossent la responsabilité de toute faiblesse ou erreur dans les documents, et accueilleront avec gratitude tout commentaire sur ce projet.

Le CCCI souligne avec reconnaissance l'appui financier accordé à cette recherche par le Programme de Partenariats canadiens du Centre de recherches pour le développement international (CRDI) ainsi que le soutien administratif permanent de l'Agence canadienne de développement international (ACDI).

Gauri Sreenivasan  
Coordonnatrice des politiques  
CCCI  
gauris@ccic.ca

Ricardo Grinspun, Ph.D.  
CERLAC  
Université York  
ricardo@yorku.ca



# Mondialisation du commerce - Mondialisation de la pauvreté

## Le commerce et la santé : priorité à l'accès aux médicaments essentiels

### 1. Pauvreté, santé et obligations internationales

La plus importante cause de décès, de mauvaise santé et de souffrances dans le monde n'apparaît que vers la toute fin de la Classification internationale des maladies. On lui a assigné le code Z59.5 – pauvreté extrême. La pauvreté est la raison principale qui explique pourquoi les bébés ne sont pas vaccinés, pourquoi l'accès à l'eau potable et aux techniques sanitaires n'est pas fourni, pourquoi les médicaments curatifs et d'autres traitements ne sont pas disponibles et pourquoi les femmes meurent en couches. La pauvreté est la cause profonde de la durée de vie réduite, des handicaps, des déficiences et de la faim. La pauvreté contribue principalement à la maladie mentale, au stress, au suicide à l'éclatement de la famille et à l'abus de substances intoxicantes.

*Organisation mondiale de la santé, 1996:1*

La pauvreté et la mauvaise santé sont inextricablement liées. La citation précédente de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) témoigne que l'un des déterminants fondamentaux de la santé est la pauvreté. Même s'il est parfois vrai qu'une mauvaise santé mène à l'accroissement de la pauvreté. Pour les personnes comme pour les sociétés, la santé est essentielle pour le développement économique à long terme et la prospérité.<sup>1</sup>

De plus en plus, la recherche attribue un autre facteur déterminant de mauvaise santé à plusieurs formes d'inégalité. Tel est le cas pour ce qui est de la distribution du revenu, qui entraîne des répercussions énormes sur la santé des pauvres. Fait notable, les pays pauvres dont la distribution du revenu est relativement équitable, la Chine, Cuba, le Sri Lanka, ont réussi à améliorer l'accès aux soins

de santé primaires, à renforcer leurs systèmes de santé, et à améliorer la qualité de l'ensemble des soins de santé. Par conséquent, ces pays ont grandement amélioré leurs indicateurs de vie tels les taux de mortalité liés aux naissances.<sup>2</sup> La disparité entre les sexes est également un déterminant principal de mauvaise santé. L'état de santé des femmes désavantagées, particulièrement dans les pays en développement, donne lieu à une plus forte incidence de malnutrition et de faim, à un taux de mortalité plus élevé chez les mères et les enfants, à l'exposition à la violence, aux abus et aux maladies transmises sexuellement.<sup>3</sup>

Les ONG canadiennes et les promoteurs de la santé dans le monde soutiennent que la santé n'est pas simplement réservée aux classes privilégiées et aux riches. La santé est un droit fondamental. La garantie de la santé pour tous fait partie des principales obligations des États envers leurs citoyens.<sup>4</sup> Dans le cadre de la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 de l'Organisation mondiale de la santé, les gouvernements se sont engagés à veiller à ce que tous les peuples du monde atteignent un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive, d'ici l'an 2000.<sup>5</sup>

La communauté internationale s'est maintenant fixé des objectifs plus modestes et plus précis – les objectifs de développement international (ODI) déterminés pour l'an 2015. Au nombre des sept objectifs déterminés par les Nations unies, on en trouve trois qui sont directement rattachés à la santé :<sup>6</sup>

- Réduire des deux tiers le taux de mortalité des jeunes enfants et des enfants, d'ici à 2015.
- Réduire des trois quarts le taux de mortalité maternelle, d'ici à 2015.
- Donner accès à des services de santé de la reproduction à toutes les personnes qui en ont besoin, d'ici à 2015.

Maintenant que le cap du XXI<sup>e</sup> siècle est franchi, il est généralement reconnu que même la réalisation des plus modestes des objectifs de développement international est en péril. Le PNUD a signalé que la plupart des pays ne sont pas partis pour se conformer aux objectifs de 2015. Le PNUD considère que 82 pays ont pris « beaucoup de retard » ou sont « décalés » pour ce qui est de réduire la mortalité infantile des deux tiers, tandis que 76 pays se conforment à la réduction des deux tiers de la mortalité infantile et que 37 pays se conforment au taux de réduction des trois quarts de la mortalité maternelle.<sup>7</sup>

L'article n'offre pas d'examen approfondi des questions de santé liées au commerce. Il est surtout question des principaux aspects du contexte politique de la santé dans les pays en développement. Il comprend une courte liste de certaines questions rattachées au commerce pour ce qui est de la santé et de la pauvreté. À titre d'exemple, le document porte ensuite sur une préoccupation relative à la santé et au commerce, soit les règles s'appliquant au brevetage des médicaments et leurs incidences sur l'accès aux médicaments essentiels par les plus pauvres et sur leur droit à la santé.

## **2. La santé de la population des pays en développement : de l'ajustement structurel aux accords commerciaux**

**I**l faut savoir qu'il y a eu des progrès significatifs – voire même dramatiques – en ce qui concerne les indicateurs de santé fondamentale dans le monde, au cours des dernières 50 années. Un enfant qui naît aujourd'hui a une espérance de vie de dix années de plus qu'un enfant né en 1965.<sup>8</sup> Dans les pays en développement, le taux de mortalité infantile a chuté de 107 par 1 000 naissances d'enfants vivants en 1970 à 59 en 1998.<sup>9</sup>

Il importe d'explicitier deux aspects. En premier lieu, les indicateurs de santé cachent d'importantes inégalités d'un pays à l'autre. Par exemple, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (le taux de mortalité par 1 000 naissances d'enfants vivants) en Inde dans les années 1992-1993 était de 155 pour le tiers le plus pauvre de la population et de 54 pour le tiers le plus riche de la population.<sup>10</sup> Selon les calculs de 1997, la durée de vie moyenne en Afrique subsaharienne était de 52 ans, 13 ans de moins que la moyenne pour les pays en développement et 25 ans – une génération entière – de moins que la moyenne de l'OCDE.<sup>11</sup>

En deuxième lieu, plusieurs de ces avancées dans le monde ont été accomplies dans la première moitié de la

période de 50 ans. Pour être plus précis, depuis les années 80, s'est amorcé un ralentissement significatif ou même un revirement des progrès relatifs à plusieurs plans tels l'espérance de vie des adultes ainsi que le taux de mortalité infantile.<sup>12</sup> Bien que certains pays du Nord aient connu un déclin relatif à la qualité des services de soins de santé et d'autres indices de santé, plusieurs pays en développement font face à des situations de crise et à des pandémies. Des « maladies associées à la misère » telles le choléra, la tuberculose et la peste, largement disparues dans le Nord sévissent et progressent, dans certains cas, dans le Sud. Des souches résistantes aux antibiotiques de malaria, de tuberculose et d'autres maladies infectieuses deviennent de plus difficiles à contrôler, causant des problèmes de santé publique de taille.<sup>13</sup>

La pandémie de VIH-sida est devenue un signe de notre époque. Elle fait ses ravages dans toute la population de l'Afrique subsaharienne et est en progression rapide dans le Sud et le Sud-Est asiatique, de même qu'en Amérique latine et dans les Antilles. À la fin de l'année 2000, 36,1 millions de personnes étaient atteintes du VIH-sida dans le monde, et plus de 95 p. 100 de ces personnes vivaient dans les pays en développement. Dans ces pays, 21 millions de personnes sont déjà mortes du SIDA et plus de 8 000 autres meurent chaque jour.<sup>14</sup>

Les problèmes graves de santé dans les pays en développement sont de nature complexe et comprennent diverses dimensions de pauvreté dans les ménages mêmes. Tout particulièrement, il faut considérer l'incidence du régime de commerce sur l'état actuel de la santé et des soins de santé dans les pays en développement dans le contexte de deux décennies d'imposition de programmes d'ajustement structurel. Bien que les programmes d'ajustement structurel aient évolué de manière itérative depuis le début des années 1980, une caractéristique primordiale a été le retranchement des dépenses internes, afin de pouvoir s'acquitter des obligations de service de leur dette internationale. Dans le cadre de ces restrictions budgétaires, les services publics tels les soins de santé (les traitements et la prévention) ont systématiquement souffert ainsi que d'autres principaux déterminants de la santé tels les infrastructures, l'éducation et l'eau potable. Ainsi, à la fin de l'année 1998, l'Afrique subsaharienne dépensait plus du double pour le service de la dette qu'elle n'en dépensait pour les soins de santé élémentaires.<sup>15</sup>

La conditionnalité de l'ajustement structurel a aussi entraîné la privatisation d'importants secteurs de l'économie des pays endettés, dont les services publics tels les hôpitaux, l'assurance médicale ou d'autres programmes de soins de santé. Ce genre de privatisation suscite de

grandes préoccupations quant à l'accès aux programmes de soins de santé de qualité. Il importe de se demander pourquoi. Les services privés axés sur le profit visent ceux qui sont capables de payer (plus directement) pour les soins de santé. L'imposition de frais est donc une barrière évidente à l'accès universel pour les pauvres.<sup>16</sup> Les compagnies d'assurance maladie privées ont également tendance à faire des choix avantageux (les jeunes et les riches) et à ne pas s'aventurer dans les régions, telles les campagnes, où la population est pauvre et n'a pas de services sur place.<sup>17</sup> Les compagnies d'assurance maladie privées, en favorisant les membres de la société qui sont les plus vigoureux ou les plus riches, ou les deux, augmentent le fardeau des services de santé publique défavorisés.<sup>18</sup> Plusieurs programmes de sécurité sociale de l'Amérique latine, par exemple, ont été privatisés par suite de la réforme d'ajustement structurel (et de décisions prises par des gouvernements nationaux néo-libéraux). Des études montrent que les pauvres et les moins nantis qui veulent obtenir des services de leur fournisseur d'assurance dorénavant privatisé font face à des obstacles et à des frais administratifs, ce qui les incite à s'adresser au système public en déclin.<sup>19</sup>

En offrant des services de santé comme une occasion d'affaires, les fournisseurs peuvent également faire dévier la distribution des ressources déjà maigres, ce qui entraîne des conséquences sur le bien-être des êtres humains. La santé n'est plus sauvegardée en tant que droit fondamental, la prestation des soins de santé étant devenue un produit de consommation au même titre que tout autre.<sup>20</sup> Cette situation favorise un modèle de prestation des soins de santé axé sur la maladie et les traitements, plutôt que sur la promotion de la santé orientée par la *prévention*.<sup>21</sup> Dans les pays en développement, elle renforce une approche selon laquelle la plupart des ressources sont attribuées aux grandes installations spécialisées (hôpitaux de soins tertiaires), plutôt qu'aux soins de santé primaire qui ont le plus d'incidences sur les populations pauvres, particulièrement dans les régions rurales.<sup>22</sup> Cuba est un exemple d'un pays ayant peu de ressources qui a néanmoins accordé la priorité en matière de santé publique aux services de prévention et de soins de santé primaires, ce qui a donné des résultats impressionnants dans le domaine de la santé publique.

La privatisation et la compression des programmes de soins de santé ont également des conséquences sur les fonctions de soins bienveillants prodigués par les femmes, un aspect essentiel de la santé humaine. À mesure que diminue le soutien des soins (en particulier, les services de

soins de santé), on remarque que la santé des enfants se détériore et que l'état des malades et des personnes âgées se détériore. Ce sont principalement les femmes qui doivent remplacer le soutien qui n'existe plus et fournir encore plus de main-d'œuvre non rémunérée. D'après les constatations du PNUD, « tant les personnes que les institutions ont profité du travail de soins bienveillants que les femmes procurent. »<sup>23</sup> Cette situation a des répercussions sur la santé des femmes.

Il ne fait pas de doute que d'autres facteurs, outre les Programmes d'ajustement structurel (PAS), expliquent le manque d'efficacité des mesures que prennent les gouvernements des pays en développement à l'égard de la santé publique, notamment des questions globales associées aux plus bas échelons du développement économique et des questions politiques de la responsabilité démocratique. Il reste que les dommages infligés par les programmes d'ajustement structurel à la capacité publique et de l'État de s'occuper de la santé demeurent prépondérants.

Dans une large mesure, les progrès de la santé publique dans le Nord sont imputables aux mouvements de citoyens qui au XIX<sup>e</sup> siècle percevaient la santé comme la responsabilité collective, que l'on devait soutenir grâce à des mesures *publiques*. Les programmes de vaccination, les bureaux de santé publique, les réseaux d'égouts adéquats, les programmes de contrôle des naissances, les normes de santé et de travail dans l'industrie de l'alimentation, le logement adéquat, l'accès à l'eau potable et à l'air sain, les normes de sécurité au travail et la sécurité des routes comptent parmi les nombreuses tâches dont la responsabilité entière ou partielle a été assumée, au cours du siècle dernier, par les gouvernements nationaux et locaux dans les pays industrialisés, bien que certains aspects se soient détériorés au cours des deux dernières décennies.<sup>24</sup>

Compte tenu de l'état lamentable des services de soins de santé publique dans de nombreux pays parmi les plus pauvres dû aux programmes d'ajustement structurel, il importe de garder en perspective l'action gouvernementale pour améliorer les services existants et pour établir de nouveaux services publics à l'avenir. Puisque les accords commerciaux agissent directement sur les paramètres de l'action gouvernementale dans plusieurs secteurs de l'économie, il faut s'assurer que les règles commerciales ne nuisent pas à la capacité du gouvernement à établir des objectifs et des obligations relatives à la santé. Voilà précisément le plus grand souci de plusieurs ONG. Les nouveaux accords commerciaux, tels le nouvel Accord général sur le commerce des

services (AGCS) aussi bien que la Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA) proposée, semblent destinés à accélérer la privatisation et la déréglementation dans des domaines comme celui des soins de santé. De plus, la plus grande permanence des accords commerciaux, en ce qui concerne les mesures d'ajustement, a pour effet de « bloquer » les choix politiques, empiétant sur les possibilités de modifier par la suite les mesures telles la privatisation et la déréglementation. C'est l'expérience des régimes aux prises avec l'ajustement structurel, de même qu'avec des problèmes plus récents, qui motivent les critiques de nombreuses ONG concernant l'AGCS. (Voir l'encadré 1.)

Les paragraphes précédents nous portent à convenir que les institutions et les règles, instituées dans la foulée de l'ajustement structurel, ne font qu'accentuer la crise en cours relativement à la détérioration des conditions de santé pour les pauvres. Pour cerner les répercussions sur la santé attribuables au commerce, il faut considérer le contexte plus vaste de la privatisation et de la libéralisation des marchés, comme nous l'avons dit, de même qu'une panoplie de facteurs locaux et nationaux.

La Société canadienne de santé internationale (SCSI) propose d'utiliser un « cadre de travail relatif à la santé de la population », une approche qui permettrait d'aborder les déterminants complexes et inter reliés de la santé de la population. Un document de travail récent de la SCSI analyse la complexité de l'influence de la mondialisation et des régimes de commerce—des questions d'inégalité et de croissance, des problèmes environnementaux et de la réglementation de la sécurité des aliments (voir l'encadré 2) aux questions de libéralisation des services (exposées brièvement à l'encadré 1).<sup>25</sup> Un autre domaine de travail des ONG dans les secteurs du commerce et de la santé, qui prend de l'ampleur, concerne le cadre réglementaire (ou l'absence de celui-ci) qui oriente le commerce international concernant les produits nocifs tels les armes, le tabac et les drogues illicites.<sup>26</sup>

Nous avons examiné certaines de ces questions de commerce et de santé dans d'autres documents de la série — notamment des questions portant sur la sécurité des aliments, les brevets relatifs aux produits biologiques et les ressources environnementales. D'autres ont fait l'analyse des répercussions, sur la pauvreté, de la libération accrue des services par suite des négociations de l'AGCS.<sup>27</sup> Le reste du présent document traite de manière plus approfondie des questions se rapportant à la propriété intellectuelle. Nous abordons ces règles particulièrement en ce qui concerne le brevetage des médicaments et son incidence sur l'accès aux médicaments essentiels et le droit

à la santé. Les ONG œuvrant dans le domaine du développement ont beaucoup travaillé à ces questions.

### 3. Brevetage des médicaments : conséquences pour les pauvres

**A**ccès aux médicaments. L'accès limité aux médicaments par suite de la pauvreté n'est pas un problème négligeable. Chaque année, 14 millions de personnes dans le monde meurent de maladies transmissibles telles le SIDA, la tuberculose et la malaria, pour lesquelles des médicaments existent, mais qui sont inaccessibles. Quarante-vingt dix pour cent de ces personnes vivent dans des pays en développement. D'après l'OMS, deux milliards de personnes dans les pays en développement, soit le tiers de la population mondiale, n'ont pas accès aux médicaments essentiels.<sup>28</sup>

Plusieurs facteurs influent sur l'accessibilité des médicaments, mais le prix de ceux-ci est déterminant, particulièrement pour les pauvres.<sup>29</sup> À cause des dépenses restreintes affectées à la santé publique dans les pays en développement, les coûts de la santé reposent plus directement sur les budgets limités des ménages.<sup>30</sup> Il est largement démontré que le coût élevé des traitements comparativement aux revenus des ménages a pour conséquence que les pauvres hésitent souvent à se prévaloir de soins requis pour une maladie ou négligent carrément de le faire. Cela peut exiger aussi de consacrer des revenus qui seraient normalement affectés à d'autres dépenses essentielles telles que l'éducation et la nourriture. En Zambie, il faut déboursier de 8 à 10 \$ US pour traiter une seule fois une pneumonie, alors que 60 p. 100 de la population vivent d'un revenu mensuel de moins de 18 \$ US — une somme qui suffirait à acheter un panier de nourriture par mois.<sup>31</sup>

**Brevets et prix.** Le brevetage a une incidence directe sur les coûts des médicaments. (Voir l'encadré 3 pour la définition de brevets). En général, les détenteurs de brevet intéressés aux profits tirent avantage du monopole du marché qui leur est réservé pour la durée du brevet, pour vendre leur produit à gros coût. Le coût de production réel d'un médicament équivaut à une fraction de son prix commercial. Il est bien connu que la percée de fournisseurs de médicaments génériques sur les marchés entraîne une chute spectaculaire des prix. En mai 2000, le prix d'un mélange de médicaments antirétroviraux pour le VIH était de 10 400 \$ US par patient par année. En moins d'un mois suivant l'offre d'un fournisseur de médicaments génériques de vendre le cocktail médicamenteux pour 800 \$ US, les sociétés

## ENCADRÉ 1

### Commerce des services : certaines répercussions sur les soins de santé

L'Accord général sur le commerce des services (AGCS) a été adopté le 1er janvier 1995 dans le contexte des accords de l'Uruguay Round. Le but de l'AGCS est de garantir l'assouplissement progressif du commerce et de l'investissement relatif aux services parmi les membres de l'OMC. Les services sont des activités commerciales, plutôt que des biens tangibles, ayant pour but de satisfaire les besoins des êtres humains. Cela signifie que l'AGCS peut avoir des répercussions énormes sur l'activité économique allant de la garde d'enfants aux activités bancaires, de même que sur la fourniture de biens tels l'eau et l'électricité. Les services constituent environ 60 p. 100 de l'économie mondiale et le secteur du commerce international est celui qui enregistre la croissance la plus rapide.

L'AGCS porte sur tous les modes d'approvisionnement de services, y compris les activités transfrontalières (notamment les appels téléphoniques internationaux ou les gardiennes d'enfants qui travaillent à l'étranger) ainsi que les services offerts au pays par des fournisseurs étrangers. Cela signifie que l'AGCS se rapporte aussi à l'investissement (tel une banque étrangère ou une entreprise qui vend de l'eau). L'AGCS peut aussi toucher de nombreux services publics.<sup>32</sup> Plusieurs pays en développement n'ont pas participé activement à l'établissement de l'AGCS parce que les services n'étaient pas perçus comme étant leur principale activité d'exportation.<sup>33</sup> En effet, l'Accord a été mis de l'avant par les pays du Nord qui ont énormément investi dans les industries de service.

Dans le cadre de l'AGCS, les gouvernements peuvent choisir quels secteurs de service ils ont l'intention de libéraliser, même si les pays se sont engagés à libéraliser progressivement de nouveaux secteurs par un processus de négociations qui a commencé en 2000. Aux fins de leurs engagements de libéralisation, de nombreux pays en développement ont déjà dressé la liste de divers secteurs de services cruciaux en ce qui concerne la santé. Compte tenu de l'expérience de l'ajustement structurel et de l'incidence de la privatisation sur l'accès des pauvres à des soins de santé de qualité, plusieurs ONG expriment de réelles réticences au sujet des pressions exercées dans le but de donner, aux sociétés privées étrangères, davantage accès à certains secteurs clés dans le cadre de l'AGCS et d'autres traités commerciaux tels que la ZLEA.

Les ONG expriment également une profonde inquiétude quant à la visée de l'AGCS d'avoir droit de regard sur toute mesure prise par des gouvernements qui pourrait avoir une incidence sur le commerce pour s'assurer qu'elle entrave le moins possible le commerce. Les analystes ont signalé que les règles de l'AGCS pourraient ainsi servir à réduire l'efficacité de la réglementation interne des services d'intérêt public, et ce, qu'elle vise le consommateur, la protection de l'environnement ou des objectifs de santé. Les mesures réglementaires concernant la santé qui pourraient être touchées se rapportent aux compétences requises pour l'accréditation des professionnels de la santé à la réglementation relative aux permis touchant les hôpitaux. Fait important, le gouvernement canadien a ciblé une gamme de mesures réglementaires étrangères à éliminer dans d'autres pays, dans le contexte de la stratégie du Canada pour accroître les occasions d'exportation de la télémédecine canadienne. Il s'agit, entre autres, de mesures conçues pour maintenir des normes professionnelles, pour contenir les coûts et protéger la vie privée des patients. Le fait de désigner ces mesures « obstacles à l'accès au marché » pour l'exportation de la télémédecine canadienne revient à cibler dans d'autres pays les outils publics mêmes sur lesquels nous comptons pour maintenir l'intégrité de notre propre système de soins de santé.<sup>34</sup>

L'AGCS constitue aussi une grave restriction imposée aux gouvernements des pays en développement qui veulent façonner leur propre politique industrielle dans le contexte d'une stratégie de développement, telle que celle qui favoriserait le développement d'une industrie locale, ou celle qui nécessiterait des investissements étrangers pour créer de l'emploi localement. À titre d'exemple, les gouvernements n'ont pas le droit de privilégier les services ou les fournisseurs internes plutôt que les acteurs étrangers, pour aucun des secteurs « désignés » (règle nationale de traitement).

En dernier lieu, l'AGCS soulève bien des craintes puisque l'on commence à peine à saisir la pleine portée des conséquences d'un tel accord, même s'il est pratiquement impossible de renverser les engagements antérieurs des gouvernements ou de les modifier. Cela réduit considérablement la portée démocratique, sans compter le processus décisionnel qui consisterait à accroître les services de santé publique ou à les réaménager.<sup>35</sup>

*Sources : Sinclair, 2000; WDM, 2000; Fosse, 2001; Sanger, 2001.*

## ENCADRÉ 2

### Obstacles techniques au commerce (OTC) et Mesures sanitaires et phytosanitaires (SPS)

Les OTC et les SPS sont des ententes distinctes de l'OMC, qui portent toutes deux sur la protection de l'environnement, la sécurité des aliments, la protection du consommateur et la protection de la santé. Les deux ententes établissent des critères rigoureux à l'égard des lois, des règlements et d'autres mesures nationales dans ces domaines. En plus de ne pas comporter de pratique sélective, la mesure doit subir le « test de la nécessité » pour démontrer qu'elle est l'option la moins restrictive pour le commerce, à la disposition du gouvernement. Le niveau de certitude scientifique requis pour justifier une mesure de protection de la santé est une source constante de débat. Les normes de référence des SPS doivent être fondées sur des évidences scientifiques et sur une évaluation systématique du risque, tout en anticipant les cas d'évidence scientifique insuffisants.

Les défenseurs de la santé et de l'environnement ont demandé avec insistance que cette disposition soit toujours appliquée suivant le principe de précaution qui veut que l'absence d'une certitude scientifique à toute épreuve ne puisse justifier de reporter une mesure à même de prévenir des préjudices éventuels. Par contre, les groupes spéciaux chargés des différends commerciaux ont adopté une interprétation plus limitée. Dans un cas qui fait jurisprudence, le groupe spécial de l'OMC a rejeté le principe de précaution et a rendu une décision à l'encontre de l'interdiction des États-Unis d'importer du bœuf produit à l'aide d'hormones de croissance bovine, laquelle avait été imposée pour donner suite à des préoccupations concernant la santé.

Les ententes sur les OTC touchent l'étiquetage, l'emballage, la production et les normes de qualité des denrées alimentaires, des agents biologiques et des produits pharmaceutiques. À l'instar d'autres ententes de l'OMC, les règles non discriminatoires stipulent que les « produits doivent être comparés à d'autres produits 'semblables' sans égards pour les méthodes et les pratiques de production ». Ce n'est certes pas un incitatif pour adopter des règles de sécurité si celles-ci ajoutent aux coûts de production.<sup>36</sup> Plusieurs pays en développement se disent préoccupés et croient que les normes des OTC et des SPS seront utilisées à titre de mesure protectionniste par les gouvernements du Nord afin d'établir une distinction défavorable pour les importations du Sud.

*Source : SCS, 2000:16-17.*

## ENCADRÉ 3

### Brevets, médicaments et médicaments génériques : Définitions

Le brevet est un monopole légal à durée limitée à l'intention des inventeurs, dans le but de servir à promouvoir l'innovation. Les brevets ne sont accordés qu'à l'échelle nationale. Ils sont décernés pour l'invention d'un produit ou d'un processus. On trouve trois critères fondamentaux sur lesquels sont fondés les brevets émis de par le monde : nouveauté, utilité, inventivité. Pour être brevetable, l'invention doit être nouvelle, utile et doit constituer une « étape innovatrice ». Les découvertes ne sont pas brevetables.

Le brevet est un compromis : les détenteurs de brevets reçoivent le monopole des marchés et rendent leur « propriété intellectuelle » publique en échange. Les brevets confèrent aux inventeurs le droit de céder sous forme de licence leur « technique brevetée » à d'autres, pour un prix fixé (ou le droit de ne pas en fixer).

Dans la plupart des cas, les brevets ont servi de stratégie industrielle par les grandes entreprises avec l'appui des gouvernements du Nord, où elles ont leur siège social. Les pays industriels détiennent 97 p. 100 des brevets dans le monde.

Les médicaments sont des inventions brevetables. Un médicament breveté est habituellement commercialisé sous un nom breveté ou un nom de marque réservé exclusivement à son propriétaire. Un médicament générique est un produit pharmaceutique qui a pour but d'imiter le médicament breveté. À moins d'avoir une entente antérieure avec le détenteur du brevet, le médicament générique est habituellement fabriqué et commercialisé après la date d'expiration des droits de brevet du propriétaire. Un médicament générique est commercialisé sous un nom qui n'est ni une marque déposée ni un nom approuvé plutôt que sous un nom de marque.

*Sources : Christie, 2001; Elliott et Bonin, 2001.*

pharmaceutiques avaient baissé leur prix à 931 \$ US.<sup>37</sup> En Thaïlande, la concurrence des médicaments génériques a permis de réduire les coûts des médicaments pour traiter la méningite par un facteur de 14.<sup>38</sup>

En dépit de la concurrence, les médicaments de marque brevetés se vendent souvent plus chers que leur

équivalent générique. Le prix élevé des médicaments est souvent une question de vie ou de mort pour les pauvres. Selon l'information de Médecins sans frontières, des personnes atteintes de méningite liée au SIDA dans un hôpital de Nairobi étaient renvoyées à la maison pour mourir parce qu'elles ne pouvaient pas payer le seul médicament efficace pour le traitement. Au Kenya, la protection conférée par les brevets signifie que le traitement de cette souche de méningite coûte 20 \$ par jour. Le même traitement en Thaïlande, où le brevet n'est pas protégé, coûte seulement 0,70 \$ US par jour.<sup>39</sup> Les médicaments génériques qui servent à traiter la souche résistante de la shigella—qui causent la diarrhée sanglante—sont vendus en Inde pour le huitième du prix de leurs équivalents brevetés.<sup>40</sup>

#### 4. L'Accord sur les ADPIC : principales préoccupations

L'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) de l'OMC exige que les membres garantissent habituellement une protection minimale de 20 ans pour la vente exclusive de produits ou de processus. Les pays en développement avaient jusqu'à l'an 2000 pour légiférer dans ce sens tandis que pour les pays les moins développés le délai était fixé à 2005. L'accord sur les ADPIC est devenu un catalyseur des conflits Nord-Sud dans le régime commercial. Plusieurs ONG et des mouvements de citoyens dans le monde ont mobilisé une forte opposition à l'Accord. Un document précédent de la série porte sur les débats et les questions qui se rapportent à l'application des ADPIC concernant les formes de vie telles que les plantes et les animaux.

Le débat sur les ADPIC relatifs aux médicaments et à la santé a reçu beaucoup plus d'attention et touche aussi à des questions fondamentales. Qu'est-ce qui mérite principalement l'attention en ce qui concerne les politiques internationales et nationales — les considérations de profit ou les considérations de santé humaine et des droits de la personne? L'opposition aux ONG ne vise ni le principe qui sous-tend les lois sur le commerce international ni le rôle des brevets dans l'économie, mais bien l'équilibre établi par l'Accord (à quelles questions doit-on accorder la priorité?), la portée de l'Accord (doit-on traiter tous les produits également?) et les dispositions de l'Accord (quels intérêts sont favorisés et quels pays en profiteront?).

**Coûts des ADPIC.** La plupart des pays en développement n'avaient pas, ou bien peu, de lois sur la

propriété intellectuelle avant de faire partie de l'OMC. L'avantage recherché par les sociétés pharmaceutiques qui ont exercé des pressions pour intégrer les ADPIC dans les négociations des accords de l'Uruguay Round de l'OMC était de créer un contexte mondial de politiques uniformes à l'égard des brevets. Un accord qui garantit que presque tous les pays du monde doivent observer une période de monopole de 20 ans pour les brevets augmente considérablement la possibilité de profits pour les détenteurs de brevet et de coûts pour les consommateurs. Étant donné que 97 p. 100 des détenteurs de brevets sont du Nord, la géopolitique des ADPIC est perturbante. Un rapport récent de la Banque mondiale recommande de ré-équilibrer l'Accord des ADPIC, puisque les ratios coûts-bénéfice sont si peu intéressants pour les pays en développement. Le rapport souligne que si les pays en développement devaient observer à la lettre les ADPIC, il leur faudrait déboursier (au profit du Nord) quelque 20 millions de dollars US de plus en paiements rattachés à la technologie, et éponger la facture administrative de la mise en vigueur locale.<sup>41</sup>

L'une des conséquences les plus directes des ADPIC est la prolongation de la période de temps (jusqu'à 20 ans) qui doit s'écouler avant que les médicaments génériques puissent être offerts sur les marchés nationaux. Selon un document commandité par le Quaker United Nations Office, fondamentalement «...l'approvisionnement mondial en médicaments génériques est à la baisse par suite de la mise en œuvre de l'Accord des ADPIC.»<sup>42</sup>

Les pays en développement ont toujours beaucoup compté sur les médicaments génériques moins dispendieux. Dans ce contexte, les pays en développement plus progressifs tels que l'Inde, la Thaïlande, l'Égypte et le Brésil ont mis sur pied une industrie de médicaments génériques plus perfectionnés, ce qui réduit considérablement leur facture de médicaments importés, tout en leur permettant d'exporter dans d'autres pays. La plupart des pays de l'Afrique subsaharienne importent leurs médicaments de première ligne de ces fournisseurs de médicaments génériques.<sup>43</sup>

Au sein des pays en développement, cette décision ainsi que d'autres choix de politiques ont permis de réaliser des économies significatives. De même au Brésil, la production locale de médicaments antirétroviraux (ARV) a entraîné de brusques affaissements des prix, ce qui a permis au gouvernement d'élaborer une politique nationale de médicaments ARV gratuits pour les personnes atteintes du VIH-sida, ce qui a donné d'excellents résultats. Les ONG brésiliennes et Médecins sans frontières (MSF) font observer que cette politique a

réduit les décès causés par le SIDA de plus de 50 p. 100 et, en trois ans, a épargné au gouvernement environ 472 millions de dollars US en frais d'hospitalisation et de soins médicaux.<sup>44</sup>

À mesure que les pays commencent à mettre en application les ADPIC, certains se disent préoccupés du fait que ces programmes pourraient être menacés, ce qui mènerait à une hausse significative des coûts de santé. L'expérience canadienne est instructive en ce sens. À la fin des années 1980, les obligations et les pressions découlant des accords commerciaux régionaux en Amérique du Nord ont incité le Canada à changer sa législation, de manière à modifier la période de protection des brevets de 17 à 20 ans, ce qui entraîne la hausse des coûts des médicaments du système de santé. Plus récemment, après le rejet de son appel relatif à une décision du groupe spécial de l'OMC, le Canada a dû prolonger la protection des brevets déposés avant la modification de la *Loi sur les brevets* de 1989. Il est estimé que la hausse du prix des médicaments d'ordonnance représente 200 millions de dollars par année.<sup>45</sup>

**Médicaments ou accessoires : portée des brevets en vertu des ADPIC :** Le principe de la « non-discrimination » de l'article 27 de l'ADPIC signifie que les pays doivent faire respecter les droits rattachés aux brevets « sans discrimination » concernant certains aspects : il est interdit aux pays de traiter divers produits différemment (ordinateurs ou médicament), de traiter différemment les inventions nationales et étrangères, ou de faire preuve de discrimination à l'égard d'un article importé ou produit localement.<sup>46</sup> Plusieurs organisations de la société civile sont très inquiètes de cette impuissance à faire la différence entre les biens publics essentiels tels que les médicaments sauveurs et les produits de consommation ordinaires. Voir l'encadré 4.

**Les ADPIC en tant qu'incitatifs de recherche et de développement.** L'industrie est fermement convaincue qu'un solide régime de brevets est essentiel pour promouvoir l'innovation, la recherche et le développement, sur lesquels l'innovation médicale s'appuie. Pourtant, il est inquiétant de constater que les coûts de l'Accord des ADPIC ne sont pas compensés par les bénéfices promis sur les plans de la recherche ou de l'innovation, particulièrement du point de vue du développement ou dans une perspective antipauvreté. Le problème fondamental est qu'il ne contient aucune mesure incitative, aucune solide protection de brevet, apte à stimuler la recherche privée sur les maladies des pauvres, en dépit de leur priorité criante en ce qui concerne la santé de la planète tout entière. Seuls 10 p. 100 de la recherche et du développement portent sur les maladies qui constituent

#### ENCADRÉ 4

##### Injustice des brevets

Pourquoi Médecins sans frontières (MSF), une organisation médicale à vocation humanitaire, s'intéresse-t-elle aux droits de la propriété intellectuelle? Nous nous y intéressons car nous avons des patients qui meurent. Ils ne reçoivent pas les médicaments nécessaires... Leurs souffrances pourraient en partie être évitées... si les règles du commerce international... cessaient de s'appliquer aux médicaments comme s'il s'agissait de n'importe quel autre produit de consommation. Les médicaments ne sont pas des poupées Barbie ou des CD — il y va de la vie ou de la mort de millions de personnes... Les brevets ne sont pas une fin en soi. Ils constituent des outils de politique publique servant à réaliser des bénéfices pour la société dans son ensemble... Lorsque le monopole conféré par un brevet va à l'encontre de l'intérêt public... les gouvernements ont le droit et la responsabilité de se libérer du monopole... MSF entend continuer la bataille pour favoriser les vies plutôt que les intérêts commerciaux.

*Source : David Morley, directeur exécutif MSF Canada  
Table ronde sur le commerce et la pauvreté du CCCI :  
Quel sera le rôle du Canada, le 16 octobre 2001*

90 p. 100 du fardeau de la maladie à l'échelle mondiale.<sup>47</sup> Parmi les 1 223 médicaments mis au point entre 1975-1996, seuls 11 de ceux-ci étaient destinés à traiter les maladies tropicales.<sup>48</sup>

Oxfam G.-B. mentionne que selon plusieurs spécialistes de la santé la tuberculose et la malaria pourraient être traitées à l'aide d'un vaccin et malgré tout peu de recherches sont faites dans ce domaine.<sup>49</sup> Médecins sans frontières (MSF) signale que le fabricant du meilleur et du plus sûr médicament pour la maladie du sommeil, une maladie neurologique fatale et endémique en Afrique, a mis fin à la production du médicament parce qu'elle n'était pas suffisamment rentable. Ce n'est qu'à la suite d'énormes pressions exercées par MSF et l'OMS qu'une autre entreprise a pris la relève.<sup>50</sup> De toute évidence, il est nécessaire que le financement public et la coopération internationale s'assurent que la recherche est axée sur un programme antipauvreté.

D'autres prétendent que les points forts des régimes de brevets sont d'attirer l'investissement direct étranger (IDÉ) vers les secteurs exigeants en savoirs spécialisés, notamment les sociétés pharmaceutiques, et qu'ils

stimuleront le transfert commercial et technologique. Les liens sont pourtant difficiles à établir et certaines évidences prouvent que l'investissement direct étranger (IDE) n'est pas une bonne chose. La plupart des études du secteur pharmaceutique ont été faites dans le contexte d'un pays développé. Certaines études qui comparent l'expérience du Pakistan (qui a conservé un solide régime de brevet) et l'Inde (doté d'un faible régime de brevet) font ressortir les positions de développement plus faibles du Pakistan : une dépendance plus marquée à l'égard des importations de médicaments comportant des contraintes qui découlent des balances de paiements, des coûts élevés de transfert technologique et peu d'investissement relatif aux formules médicamenteuses. Ce qui plus est, la recherche démontre que d'autres facteurs que le régime de brevets interviennent davantage, soit l'infrastructure, les niveaux d'éducation, etc.<sup>51</sup>

En dernier lieu, combien faut-il réellement investir dans la recherche et le développement (R et D) des grandes sociétés ? Selon une recherche de la Banque mondiale, les dépenses en matière de R et D sont d'environ 70 à 90 milliards de dollars, dont la moitié est financée publiquement. Les sociétés pharmaceutiques dépensent toujours beaucoup plus en commercialisation et en administration qu'en R et D. Les demandes de financement nécessaire sont risibles de la part d'une industrie dont les dix principales entreprises affichaient des ventes de 108,1 milliards de dollars en 1998, et dont la marge de profit moyen était de 32,1 p. 100.<sup>52</sup>

**Règles des ADPIC et accès aux médicaments abordables.** La capacité d'un pays à produire ou à avoir accès à des médicaments génériques est l'une des principales stratégies relatives à la santé, particulièrement dans les pays en développement. Pour les pays qui veulent accroître leur accès à des médicaments abordables, l'ADPIC comporte plusieurs dispositions. Les deux plus importantes sont la « concession de licence obligatoire » et « l'importation parallèle ».<sup>53</sup>

L'article 31 de l'Accord des ADPIC accorde aux gouvernements le droit d'émettre des licences de fabrication obligatoires dans le but d'autoriser la production locale de médicaments sans le consentement des détenteurs de brevets. L'Accord des ADPIC ne limite pas les motifs permettant aux gouvernements d'émettre des licences obligatoires (qui pourraient être des motifs de santé, de développement économique ou des raisons de défense, etc.). Toutefois, les règles sont rigoureuses quant au processus et à l'utilisation du produit sous licence. Généralement, l'autorisation à l'égard de la fabrication sous licence ne peut être émise que s'il y a eu un effort

préalable pour obtenir une licence volontaire du détenteur de brevet concernant les conditions commerciales. Dans certaines conditions, cette étape préalable n'est pas nécessaire, notamment dans le cas d'une urgence nationale ou si un médicament doit servir à des fins publiques sans commercialisation.

En vertu de l'Accord, la durée de la licence de fabrication obligatoire doit être limitée et le fabricant de produits génériques doit dédommager le détenteur du brevet suffisamment, par exemple, en payant des royalties sur les ventes de médicaments.<sup>54</sup> La plus importante restriction à l'égard de la licence de fabrication obligatoire consiste à utiliser la licence « principalement » pour approvisionner les marchés internes. Du fait de placer une telle restriction sur les droits d'exportation d'un pays qui fabrique des médicaments génériques en vertu d'une licence obligatoire, les ADPIC créent des barrières d'accès pour la plupart des pays en développement dépourvus de capacité de fabrication, et, qui doivent importer des médicaments génériques.

Une autre mesure énoncée dans les ADPIC est l'importation « parallèle » en fonction de laquelle les gouvernements peuvent faire des économies en important un produit breveté d'un pays où il est vendu à un prix moins élevé que dans le pays d'importation. L'option est utile parce que les sociétés pharmaceutiques vendent souvent leurs produits à différents prix dans d'autres pays. En septembre 1999, Pfizer vendait une dose quotidienne de fluconazole en Afrique du Sud à 9,35 \$, en France à 13,37 \$ et au Guatemala à 27,60 \$. Même si elle est importante, la stratégie d'importation parallèle a ses limites. L'information dont disposent les pays en développement au sujet des différents prix des médicaments sur les marchés n'est pas suffisante de sorte que l'écart des prix peut ne pas être disponible. Les économies accumulées grâce à l'importation parallèle ne sont pas aussi significatives que celles qui pourraient découler de la fabrication sous licence d'une copie générique.<sup>55</sup>

La principale critique adressée à l'Accord des ADPIC qui a mené à la réunion des ministres des pays membres de l'OMC à Doha en 2001 est que même ces souplesses, pourtant existantes, ne sont pas viables sur le plan politique à cause des tactiques de coercition des sociétés pharmaceutiques et des pressions bilatérales de la part de gouvernements tels les É.-U. Ce pays a menacé d'imposer des sanctions commerciales à ceux qui prenaient des mesures pour avoir accès à des médicaments génériques ou pour rendre les médicaments plus abordables.

En 1997, l'Afrique du Sud, un pays aux prises avec une vague croissante de VIH-sida, modifiait sa *Medicine Act*

dans le but de réduire les coûts des médicaments. Les modifications comprennent des mesures pour faciliter l'importation parallèle, des médicaments de remplacement génériques (sous forme de prescriptions), et l'établissement d'un comité sur les prix. La mise en œuvre de ces changements a été reportée pendant quatre ans à cause des menaces de sanctions commerciales des É.-U. et de la perspective d'une importante poursuite intentée contre l'Afrique du Sud dans ses propres tribunaux par trente neuf principales industries pharmaceutiques dans le but de faire déclarer sans valeur juridique les nouvelles mesures.<sup>56</sup> Bien que la partie demanderesse ait fini par abandonner la poursuite face à l'indignation publique, on a eu vent d'autres menaces de poursuite dans d'autres pays.<sup>57</sup>

En 2000, les É.-U. ont également déposé des cas de règlements de différends à l'OMC contre le Brésil (abandonnés par la suite) et l'Argentine, sous prétexte que la législation nationale n'avait pas intégré les exigences relatives à la fabrication sous licence obligatoire des ADPIC. Les représentants du commerce des États-Unis ont exercé d'énormes pressions bilatérales sur la Thaïlande en vue de bloquer des changements mineurs progressifs que le gouvernement avait récemment apportés aux politiques internes pour aider à régler la crise de la santé s'aggravant dans ce pays.<sup>58</sup>

Tous ces pays sont des cibles stratégiques des sociétés pharmaceutiques américaines parce qu'ils ont de gros marchés internes ou une capacité de fabrication de médicaments génériques. Toutefois, même les plus petits pays tels que la République dominicaine n'ont pas échappé aux pressions des É.-U., qui menacent de leur interdire l'accès au lucratif marché américain des textiles, pour avoir négligé d'établir des lois et des restrictions nationales au regard des droits de propriété intellectuelle.<sup>59</sup> Quant aux économies les plus pauvres, leur faiblesse par rapport aux É.-U. ne leur permet pas de faire face à de telles pressions, même si plusieurs des mesures mises en cause par les États-Unis finiraient par être jugées conformes aux ADPIC. Plusieurs pays en développement ont aussi déjà convenu de rehausser la protection des brevets dans le cadre des ADPIC en exerçant diverses pressions bilatérales et en concluant des marchés bilatéraux, un thème qui est repris dans le document du CCCI sur les ADPIC et le brevetage des produits biologiques.<sup>60</sup>

## 5. Récupération des droits à Doha : les ADPIC et la santé publique

**A** la suite de l'importante mobilisation de l'opinion publique et politique, les gouvernements du Nord ont répondu à la

demande d'un certain nombre de gouvernements du Sud et d'ONG que la réunion des ministres des pays membres de l'OMC à Doha en 2001 communique un message politique sans équivoque au sujet des ADPIC et de la santé publique. Le but des militants était de relancer le débat politique sur l'utilisation des mesures autorisées par les ADPIC pour garantir l'accès à des médicaments à faible prix et d'accorder la priorité à la santé publique en tant qu'importante considération en matière de droit des brevets. Une *Déclaration ministérielle distincte relative à l'Accord sur les ADPIC et la santé publique*, a été publiée à Doha. Conformément aux demandes du Sud, elle affirmait que l'Accord des ADPIC « n'empêche pas et ne devrait pas empêcher les membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique ». <sup>61</sup>

Cette déclaration a été l'un des meilleurs aboutissements de la réunion de Doha, malgré quelques faiblesses notables. La déclaration sert principalement à regagner du terrain plutôt qu'à établir de nouvelles mesures de développement. Le fait d'en avoir fait le joyau de Doha met en évidence l'absence de progrès dans d'autres domaines.

La déclaration apporte un certain nombre d'importantes clarifications. Premièrement, il y est dit sans équivoque que l'Accord des ADPIC « peut être interprété de manière à soutenir les droits des membres de l'OMC à protéger la santé, et devrait l'être, ... et à promouvoir l'accès à des médicaments pour tous. »<sup>62</sup> La Déclaration réitère aussi les droits des membres à avoir recours à l'assouplissement des ADPIC, à ces fins. Elle rappelle que les pays membres ont le droit de déterminer les motifs justifiant l'octroi de licences obligatoires et les pays ont le droit de déterminer ce qui constitue une urgence nationale (ce qui leur permet de renoncer à certaines procédures). Il importe de savoir que les précisions générales de l'Accord en faveur de la santé ne se limitent pas aux situations d'urgence et que les situations d'urgence ne sont pas définies de manière aussi étroite que les É.-U. et d'autres l'avaient préconisé.

Puisque les réunions des ministres des pays membres de l'OMC ont le pouvoir d'adopter des interprétations d'accord, cette déclaration devrait servir d'exemple au règlement d'autres différends de l'OMC en faveur des mesures de santé, même s'il reste à savoir comment la déclaration sera interprétée. Il faut espérer qu'elle découragera les pays et les entreprises de faire des menaces dans le cadre de l'Accord des ADPIC contre les pays qui tentent de contourner les droits de brevet pour des raisons de santé.

Deuxièmement, la déclaration précise que chaque disposition de l'Accord doit être interprétée à la lumière de « sa mission et de sa raison d'être ». En ce qui concerne certains des principes généraux énoncés dans les articles 7 et 8, l'article 7 détermine que les droits de propriété intellectuelle (DPI) devraient contribuer au transfert technologique « mutuellement avantageux pour les fabricants et les utilisateurs » et de manière à « favoriser le bien-être économique et social ». L'article 8 révèle que les membres peuvent adopter les mesures propres à protéger la santé et l'alimentation de la population et à promouvoir l'intérêt du public dans des secteurs vitaux pour leur développement.

Troisièmement, on a accordé aux pays les moins développés une prolongation pour la mise en application des ADPIC en ce qui concerne les produits pharmaceutiques, jusqu'en 2016.

Le principal point faible de la déclaration a été de ne pas avoir déterminé comment les pays qui n'ont pas l'infrastructure nécessaire à la fabrication de médicaments génériques—le monde en développement en général et presque toute l'Afrique—peuvent se garantir un accès fiable et sécuritaire à des médicaments abordables. Comme nous l'avons fait remarquer plus haut, les dispositions des ADPIC stipulent que la fabrication sous licence obligatoire est destinée principalement à desservir les marchés internes (Paragraphe 31f). De gros efforts ont été déployés pour que la déclaration de Doha tienne compte de cet obstacle et pour livrer un message clair selon lequel un pays peut produire, à des fins *d'exportation*, un médicament générique, équivalent d'un médicament (ou d'un autre produit de santé) encore protégé par un brevet. Une opposition marquée de la part de quatre membres (É.-U., UE, Japon et Canada) a cependant fait échouer cette tentative. Plutôt, il est reconnu au paragraphe 6 de la déclaration la difficulté pour les pays « qui n'ont pas ou qui ont peu de capacité de fabrication » à se prévaloir des dispositions relatives à la fabrication sous licence obligatoire; en outre, le paragraphe 6 comprend des directives adressées au Conseil des ADPIC pour qu'il trouve rapidement une solution au problème et qu'il fasse rapport à ce sujet d'ici la fin de 2002. À moins d'obtenir cela, la victoire de Doha sera loin d'en être une pour la plupart des pays pauvres.

Il importe de noter que l'élaboration de la déclaration, malgré ses faiblesses, n'a pas été chose facile. Les propositions ont été accueillies par des réactions ambivalentes de la part des pays du Nord. Lors de la réunion du Conseil des ADPIC en juin 2001, bon nombre de délégations du Nord se sont dites favorables envers la nécessité d'assouplir le plus possible l'interprétation des articles des

ADPIC. La Norvège et, dans une moindre mesure l'UE, ont fait preuve d'une attitude plus progressiste. Il n'est pas surprenant de constater que les É.-U. ont vite adopté une position intransigeante. Ils ont mis en cause la demande de prolongation des délais de mise en œuvre et pris position contre les modifications aux ADPIC qui devaient permettre aux pays de se prévaloir des dispositions de fabrication sous licence obligatoire à des fins d'exportation et d'importation.<sup>63</sup>

Dans les semaines qui ont précédé Doha, nous avons été déçus de constater que le Canada a adopté la ligne dure, en se ralliant à une poignée de pays riches (dont la Suisse et le Japon) et s'est opposé au discours plus général et plus solide relatif à la santé publique qui devait orienter les ADPIC. Leur contre-proposition réaffirmait les droits de fabrication sous licence obligatoire ainsi que d'importation parallèle, tout en négligeant la question des exportations vers les pays en développement. Les délibérations ont porté particulièrement sur la nécessité de faire face à des situations d'urgence et même dans ce cas, ils ont voulu préciser (et par le fait même restreindre) ce qui constitue une urgence, en énumérant des pandémies particulières telles que le VIH-sida.

Finalement, ceux qui ont pris position pour une déclaration plus restreinte ont fléchi face à l'intensité des pressions mondiales. Le Canada, en particulier, avait perdu en grande partie sa crédibilité avant même le début des rencontres en tant que défenseur des droits de brevet, par suite de son acquisition hâtive d'antibiotiques génériques à la suite des événements du 11 septembre et des rapports alarmistes sur l'anthrax afin de répondre aux besoins urgents concernant la santé de sa propre population. La grande portée accordée à la déclaration s'est avérée une grande victoire pour le Sud.

## 6. Après Doha : propositions et contexte de politique actuel

Il ressort des activités suivies de la réunion de Doha, que la plupart des ONG canadiennes et internationales, ainsi que plusieurs gouvernements du Sud, réclament une action – en ce qui concerne les lois sur le commerce – en deux étapes. À court terme, il importe que les membres de l'OMC voient immédiatement à ce que les médicaments et produits de santé brevetés soient exportés dans les pays en développement lorsque cela est nécessaire à des fins de santé publique.

Un certain nombre d'ONG, notamment MSF, Third World Network, Oxfam, le Consumer Project on Technology, et d'autres groupes s'intéressant à la santé ont

proposé que le Conseil des ADPIC se penche sur cette question dans le cadre de l'article 30 de l'Accord des ADPIC, qui prévoit une certaine portée au sujet des « exceptions restreintes » à des droits de brevet. L'avantage est que ces mesures mises en œuvre en vertu de l'article 30 ne constituent pas une violation des droits de brevet et qu'il n'est donc pas nécessaire d'entamer les processus administratifs requis pour la fabrication sous licence obligatoire dans le pays d'exportation, tel le processus qui consiste à demander la collaboration du détenteur de brevet ou à lui offrir une compensation. De nombreuses ONG ont aussi proposé que l'éventail des produits admissibles à de telles exportations s'étende au-delà des médicaments afin d'inclure d'autres produits de santé nécessaires faisant l'objet d'un brevet.<sup>64</sup>

Il faut que les membres de l'OMC aient la volonté politique d'élaborer un soutien au sein du Conseil des ADPIC à l'égard d'une interprétation de l'article 30 faisant autorité qui permettrait d'appliquer une telle souplesse.<sup>65</sup> Certaines propositions américaines et européennes mises en suspens ou abordées de manière informelle sur la question, présentent des mesures plus étroites ou plus compliquées sur le plan administratif. Axées sur l'article 31, ces mesures traitent de la fabrication sous licence obligatoire. Les propositions comprenaient des restrictions relatives à des pays admissibles à l'importation, qui exportent uniquement vers des pays offrant des protections de brevet pour le produit en question (même si de nombreux pays les moins développés n'ont pas de lois sur les brevets) ou des exigences à l'effet que les pays d'importation ou d'exportation doivent d'abord montrer que des critères particuliers ont été respectés (les besoins dans le domaine de la santé publique; la capacité de fabrication n'existe pas ou ne peut pas exister; etc.). Les 41 membres du Groupe de l'Afrique, appuyé d'un important regroupement d'autres pays en développement, ont pris la parole avec conviction à la réunion du Conseil des ADPIC de mars 2002 pour appuyer une formule à deux volets, qui consisterait, d'une part, à éliminer l'exigence du paragraphe 31 (f) (que les licences de fabrication obligatoires soient axées sur le marché interne) et, d'autre part à appuyer une interprétation de l'article 30 faisant autorité, semblable à l'interprétation proposée par les ONG.

Avec l'appui du Canada, les É.-U. favorisent encore aujourd'hui une approche qui comporte un moratoire (temporel) relatif aux règlements de différends sur la base des conditions rigoureuses à l'intention des pays qui exportent vers un autre pays des médicaments fabriqués sous licence obligatoire. Les É.-U. se sont opposés à une approche qui consisterait à modifier de quelque manière

que ce soit l'Accord actuel, ou qui exigerait une interprétation faisant autorité d'articles particuliers des ADPIC. Ils ont également proposé que seuls des intervenants à but non lucratif soient autorisés en vertu de cette disposition, pour s'assurer que personne n'acquiert d'avantage en matière d'accès au marché.<sup>66</sup>

Les ONG voulaient s'assurer que toute solution adoptée pour surmonter les obstacles des pays qui n'ont pas la capacité de fabriquer des médicaments favorise l'accès à plus de pays et à plus de secteurs (publics et privés) à des médicaments et minimise les critères bureaucratiques laborieux afin de faciliter aux citoyens des pays pauvres l'accès aux médicaments. Seule une solution adoptée dans cet esprit respectera l'orientation en matière de santé publique figurant dans la déclaration ministérielle.

En plus de la question de l'exportation, il ressort un besoin pressant de cesser les pressions bilatérales exercées sur les pays à l'effet de signer l'Accord des ADPIC et des ententes de protection de brevet. Ces pressions se poursuivent, par exemple, durant les négociations sur le libre-échange dans les Amériques.<sup>67</sup>

À plus long terme, certaines ONG ont également signalé la nécessité de modifier et de changer en profondeur l'Accord des ADPIC de manière à réduire la durée d'un brevet et les exigences administratives que les pays doivent observer pour accorder des licences obligatoires, et à permettre des exemptions de brevet en ce qui concerne les inventions associées à la santé publique jugées essentielles dans des contextes de pays particuliers. Il faut aussi faire des efforts aux niveaux nationaux et internationaux pour accroître la capacité des gouvernements des pays en développement, en particulier les pays les moins développés, à défendre leurs intérêts et à tirer parti des dispositions de politiques commerciales qui leur sont favorables, ainsi qu'à surveiller et à signaler les abus relatifs à la loi sur les brevets.

**ADPIC, droits de la personne et préoccupations non commerciales.** L'amélioration des ADPIC et des modifications aux règles commerciales ne peuvent changer qu'en partie la situation en matière de santé publique dans les pays en développement. Les ONG canadiennes prônent d'autres mesures.

À un niveau élémentaire, les ONG et d'autres intervenants ont demandé une plus grande reconnaissance politique des lois sur les droits de la personne lorsqu'il est question des devoirs des États. Des organisations canadiennes telles que Rights and Democracy et le Réseau juridique canadien VIH-sida ont entrepris des travaux considérables de recherche et d'analyse juridique qui montrent que l'Accord des ADPIC et d'autres lois

commerciales « doivent être interprétées de manière cohérente compte tenu de l'obligation primordiale des États de protéger et de respecter les droits de la personne conformément aux lois internationales ». <sup>68</sup> Les rapporteurs spéciaux de la Sous-commission pour la promotion et la protection des droits de l'homme des Nations unies ont également noté que l'OMC elle-même, à titre de « créature du système juridique international » et d'organisation intergouvernementale, a aussi l'obligation institutionnelle de respecter les lois sur les droits de la personne et de leur accorder la priorité par rapport aux lois sur le commerce. <sup>69</sup> Les campagnes des Églises canadiennes et internationales telles que l'Ecumenical Advocacy Alliance soulignent qu'il est nécessaire, sur les plans éthique et spirituel, de répondre aux besoins des gens en matière de santé et de respecter leurs droits. <sup>70</sup>

Les ONG canadiennes ont préconisé le financement accru de la coopération internationale dans le domaine de la santé publique dans les pays en développement. Dans une lettre ouverte adressée récemment au Premier ministre, les ONG canadiennes réclament un soutien à long terme dans le cadre de l'APD pour les infrastructures de santé nationale des pays en développement. La lettre réclamait aussi un appui financier accru aux mécanismes de financement international tels le Global Fund to Fight Aids, TB and Malaria pour l'achat de médicaments essentiels dans les pays pauvres. Un objectif annuel de 7 à 10 milliards de dollars US a été fixé pour le fonds, mais la campagne n'a pas permis de recueillir plus de 1,9 milliard de dollars jusqu'à présent. La contribution du Canada de 100 millions de dollars US sur quatre ans a été jugée faible par les ONG canadiennes. <sup>71</sup> La régie d'un tel fonds mondial doit aussi faciliter les stratégies de santé dirigées par le Sud et tenir compte du rôle de la société civile lorsqu'il faut déterminer de telles stratégies. <sup>72</sup> À ce jour, le Global Fund semble déterminé à respecter ces principes, ce qui est prometteur.

Médecins sans frontières et d'autres intervenants ont également préconisé la création d'une base de données mondiale dans le but d'informer davantage les pays en développement des activités du marché des médicaments et des prix disponibles ainsi que l'industrie pharmaceutique afin d'instaurer un système progressif de prix qui tiendrait compte des moyens de chaque pays. Puisque les pays en développement constituent une faible part du marché des sociétés pharmaceutiques, il n'est pas nécessaire de soutenir que l'établissement de prix adapté à ces pays ne devrait pas modifier leurs opérations ou les incitatifs de R et D. <sup>73</sup> Les pays en développement ont déclaré clairement que de telles mesures ne devraient pas faire oublier la nécessité d'une réforme et d'un examen des ADPIC, puisque les

accords sont la solution à la question fondamentale du contrôle des prix.

L'une des préoccupations du Canada est que les médicaments expédiés dans les pays pauvres dans le cadre d'un régime de prix réduits ou de programmes d'aide reviennent sur les marchés des pays riches pour faire concurrence sous forme de revente. Les ONG, qui comprennent ce souci, sont fermement convaincues que les efforts pour prévenir cette situation ne devraient pas en soi constituer un obstacle à la distribution de médicaments aux pauvres.

L'une des principales réactions de l'industrie face au débat s'amplifiant sur la scène internationale au sujet de l'accès aux médicaments a été d'offrir directement des médicaments à prix réduits. Cette solution a été d'une utilité limitée par le passé et plusieurs ONG ne l'envisagent pas comme stratégie à long terme. *Voir l'encadré 5.*

Ces propositions ne peuvent remplacer une stratégie de financement de la santé à long terme ou un mécanisme plus favorable à la santé du regard des lois sur les brevets, en raison de leur nature incertaine. Au fond, la question demeure à savoir si les gouvernements peuvent vraiment respecter leurs obligations d'assurer le droit à la santé en s'appuyant sur la générosité des sociétés ou si une politique publique durable s'impose. <sup>74</sup> C'est un défi fondamental à plus long terme que de s'en prendre à la structure des marchés anticoncurrentiels de l'industrie pharmaceutique. Le fait de pas perdre de vue la viabilité de la concurrence efficace de l'industrie des médicaments génériques peut intervenir de manière importante dans ce dossier. Les pressions internationales exercées par les citoyens et les gouvernements sont également nécessaires. Les pressions publiques et politiques à l'endroit des sociétés qui ont intenté des poursuites à l'Afrique du Sud devant les tribunaux ont, ensemble, contribué à l'abandon de ces poursuites.

## ENCADRÉ 5

### Dons des sociétés : est-ce une approche durable ?

En décembre 2000, Pfizer annonçait avoir conclu une entente avec le gouvernement de l'Afrique du Sud qui avait pour but de fournir du fluconazole aux personnes traitées dans le système de santé publique. En mai 2000, cinq fabricants dont Glaxo, Wellcome et Bristol Myers Squibb, annonçaient à leur tour qu'ils avaient conclu une entente avec le Programme commun des Nations unies sur le VIH-sida afin de négocier des rabais sur les prix par pays. Bien que ces initiatives soient bien vues, cette formule soulève des préoccupations. Les offres comportent habituellement des conditions rigoureuses fixées par les sociétés. À titre d'exemple, Pfizer indique que les dons s'étalent sur une période de deux ans et ne s'appliquent pas aux personnes qui sont traitées dans le secteur privé. Les cinq sociétés qui ont fait l'annonce avec l'ONUSIDA ne se sont engagées qu'à négocier, la valeur des rabais n'étant pas encore connue, et les négociations des prix n'ayant pris fin que dans un ou deux pays, jusqu'à présent. Il est improbable que ces offres puissent vraiment se rapprocher des rabais offerts par l'industrie des médicaments génériques, particulièrement à long terme.

Source : CISD, 2001.

## 7. Conclusion

La mondialisation pourrait présenter le potentiel d'assurer la santé de toutes les populations. Les nouvelles technologies de communication et les nouveaux niveaux de richesse pourraient servir de fondement à d'importants progrès pour améliorer la santé dans le monde et rétablir bien des inégalités. Pourtant, on note que la récente période de mondialisation en particulier a contribué à des injustices dans le domaine de la santé qui ont touché les plus pauvres citoyens de tous les pays.<sup>75</sup> Le remaniement des systèmes de santé publique dans les pays en développement doit constituer une priorité de développement cruciale pour les décideurs. Les accords commerciaux, dont les règlements sur les droits de propriété intellectuelle, ne doivent pas miner la capacité des gouvernements d'assurer la prévention, le contrôle et le traitement des maladies.

Selon l'énoncé d'une conférence de la Society for International Health, de l'Organisation mondiale de la

santé et de la Rockefeller Foundation : « le potentiel de la mondialisation ne peut être atteint que si nous abordons directement les raisons politiques qui sous-tendent les lacunes croissantes relatives à l'équité et à l'accès aux soins de santé dans le monde. »<sup>76</sup> Les ONG réclament du Canada une action pour la défense de la santé axée sur les droits.

### Recommandation : Le droit à la santé

1. Au Conseil des ADPIC, les négociations actuelles de l'AGCS et de la ZLEA, et dans d'autres forums sur le commerce, le Canada devrait prendre position pour la défense du droit à la santé et faire valoir cette priorité sur les droits de brevets et autres obligations juridiques rattachées au commerce; il devrait aussi souligner l'obligation de l'OMC et de ses membres d'intégrer cette orientation à la législation sur le commerce et à sa mise en œuvre.

### Recommandations : L'accès aux médicaments

2. Dans le cadre d'une stratégie de mise en application du droit à la santé et des objectifs de développement international, le Canada devrait soutenir le droit des pays de produire, de commercialiser, d'importer et d'exporter des médicaments abordables. Dans le cadre des accords de l'OMC et des ententes commerciales régionales telles que la ZLEA, le Canada devrait :

*À court terme :*

- Chercher à élaborer une interprétation faisant autorité de l'article 30 des ADPIC de manière à préciser clairement que les membres de l'OMC peuvent fournir une exception aux droits exclusifs conférés par un brevet pertinent en vue d'autoriser les étapes requises pour exporter dans un pays en développement un produit ou un procédé breveté, lorsque l'exportation répond à des besoins de santé publique dans le pays d'importation et lorsque le produit ou procédé n'est pas breveté dans le pays d'importation ou qu'une licence de fabrication obligatoire a été accordée ou une utilisation gouvernementale a été faite du brevet en question.
- Convenir de ne pas exercer des pressions bilatérales ou régionales sur les pays en développement qui prennent des mesures conformes aux ADPIC, et de critiquer les pressions exercées sur les pays en développement pour adopter les ADPIC et les engagements qui en découlent pour le moment.

*À long terme :*

- Préconiser que les pays en développement aient des options pour exempter les médicaments et les produits de santé du brevetage dans le contexte d'une reconnaissance de conditions de santé particulières et d'objectifs de réduction de la pauvreté dans ces pays;
- Appuyer l'examen de propositions et de recherche visant à raccourcir la durée et la portée des brevets sur les médicaments à moins de 20 ans.
- Explorer la possibilité d'atténuer le fardeau administratif pour les pays afin qu'ils puissent se prévaloir des sauvegardes contenues dans les ADPIC.

**Recommandations : Financement international pour la santé et la recherche**

3. Le Canada devrait accroître l'appui financier qu'il accorde au *Global Health Fund* et au financement de la santé en augmentant le budget de l'ACDI pour soutenir l'approvisionnement en médicaments, l'infrastructure de la santé publique et les stratégies de santé nationale. Le Canada doit insister pour que l'argent octroyé sous forme d'aide servent à l'achat des produits pharmaceutiques les moins chers. En partenariat avec les pays en développement et d'autres membres de l'OMC, le Canada doit activement chercher à faire adopter les taux progressifs par l'industrie, l'achat de médicaments génériques et les exemptions de brevet en tant que partie intégrante du financement des médicaments par le Global Fund.
4. Le Canada devrait appuyer les initiatives non commerciales de recherche en santé publique qui portent sur les maladies et les besoins des pauvres.

**Recommandation : Responsabilité de l'entreprise**

5. Le gouvernement canadien et le public devraient engager un dialogue avec l'industrie pharmaceutique et intervenir auprès de celle-ci pour qu'elle fasse preuve d'une plus grande responsabilité et de retenue relativement aux revendications de brevet, particulièrement dans les pays en développement, compte tenu de l'impératif éthique de s'assurer que les médicaments sont accessibles aux plus pauvres.

**Recommandations : Accord général sur le commerce des services (AGCS)**

6. Le Canada doit donner son aval à une évaluation approfondie des répercussions du commerce des services sur les pays en développement conformément à l'article XIX de l'AGCS avant de mettre en œuvre un programme d'AGCS élargi et de nouveaux engagements d'accès au marché de la part du Sud.
7. Le Canada doit s'assurer que les règles de l'AGCS n'érodent pas la portée de l'action gouvernementale visant à fournir des services publics de qualité accessibles. Dans ce contexte, le gouvernement du Canada devrait demander une exception générale relative aux disciplines de l'AGCS qui portent sur les soins de santé et d'autres services essentiels (tels l'eau et l'éducation) dans un langage aussi ferme que dans le cas de l'exception générale existante à des fins de sécurité nationale.

## Notes de fin de texte

<sup>1</sup> OMS, 2001.

<sup>2</sup> NU/BM/FMI/OCDE, 2000 : 15.

<sup>3</sup> En Asie méridionale, par exemple, la malnutrition protéocalorique est sensiblement plus élevée chez les femmes. Dans le monde, un demi-million de femmes meurent inutilement chaque année de complications dues à la grossesse. OMS, 2000a.

<sup>4</sup> L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) reconnaît « le droit de tous à la jouissance des meilleures normes possibles de santé physique et mentale ». Il engage aussi les gouvernements signataires à appliquer progressivement « la prévention, le traitement et l'éradication des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres; [et] à créer des conditions pour assurer à tous des services médicaux et l'accès aux soins médicaux en cas de maladie ». Cent cinquante deux pays membres des Nations unies ont ratifié ou adhéré au PIDESC, d'après Elliott, 2001 : 21.

<sup>5</sup> OMS, 1978.

<sup>6</sup> NU/BM/FMI/OCDE, 2000 : 12-13.

<sup>7</sup> PNUD, 2001 : 23.

<sup>8</sup> PNUD, 1999 : 25.

<sup>9</sup> BM 2000 : 24.

<sup>10</sup> NU/BM/FMI/OCDE, 2000 : 13.

<sup>11</sup> BM, 2000 : 25.

<sup>12</sup> Des études sur l'espérance de vie des adultes ainsi que sur les taux de mortalité des jeunes enfants et des enfants dans plusieurs pays montrent qu'il y a eu beaucoup moins de progrès au cours de la dernière période marquée par la mondialisation rapide (1980-2000) qu'au cours des vingt années précédentes (1960-1980). La baisse du taux de progrès est beaucoup plus marquée dans les pays les moins fortunés. Dans certains des pays les plus pauvres, certains indicateurs de santé font état en réalité d'une régression. Le taux de mortalité des femmes s'est accru depuis 1980 dans certains des pays les plus pauvres, d'après Weisbrot, Baker, Kraev, Chen, 2001. La crise rattachée au sida dans plusieurs pays d'Afrique a provoqué une hausse de la mortalité infantile : entre 1990 et 1997, on note une augmentation de 62 à 74 au Kenya et de 52 à 69 au Zimbabwe. BM, 2000 : 25.

<sup>13</sup> Werner, 2001 : 22; Oxfam Grande-Bretagne, 2000 : 3.

<sup>14</sup> CISD, 2001.

<sup>15</sup> Owusu, Garrett et Croft, 2000.

<sup>16</sup> Chen et Berlinguer, 2001. Les soins de santé privés représentent un énorme marché dans les pays en développement. Les sociétés multinationales dont le siège social est aux États-Unis ont réalisé de gros profits, souvent dans le cadre de coentreprises avec des sociétés locales. Au Brésil, la multinationale Aetna détient la moitié des avoirs de la Sul America Seguros et a produit des revenus de 1,2 milliard de

\$, en 1996. Au cours de la même année en Argentine, un organisme de gestion des soins (Galeno Life TIM) qui est chapeauté par la société d'investissement multinationale EXXEL, affichait des revenus de 181 millions de \$. Stocker, Waitzkin et Iriart, 1999 : 1136.

<sup>17</sup> PSI/EI, 1999. De plus, Himmelstein *et al*, 2001 : 61 concluaient qu'aux États-Unis les OSSI à but lucratif « subissent de fortes pressions pour plaire aux bien portants et compliquer l'accès aux soins aux malades. Ce genre de complication permet aux OSSI non seulement d'épargner de l'argent à court terme, mais d'inciter les patients malades, moins rentables, à s'estimer insatisfaits et à laisser tomber leur régime d'assurance ».

<sup>18</sup> Au fur et à mesure du déclin des soins de santé publique universels, la prestation de services gratuits ou à prix abordable se limite de plus en plus à un groupe de personnes étiquetées en fonction de leur pauvreté relative. Ce « ciblage » des services de santé oblige la majorité de la population à acheter des services privés. Pour les bien nantis, les services sont souvent meilleurs que ceux qui sont offerts par le système universel, ce qui ne fait que diminuer leur motivation à soutenir de manière continue le financement des services de santé publique. PSI/EI, 1999 : 13.

<sup>19</sup> Stocker, Waitzkin et Iriart, 1999 : 1134.

<sup>20</sup> Selon l'ancien rédacteur en chef du *New England Journal of Medicine*, « l'expérience étasunienne a démontré que les marchés privés et la concurrence commerciale n'ont pas amélioré les choses, et de loin, pour ce qui est de notre système de soins de santé. Il aurait fallu s'y attendre, puisque les soins de santé sont manifestement une préoccupation publique et représentent un droit pour tous les citoyens. De par leur nature, les soins de santé sont fondamentalement différents de la plupart des autres biens et services distribués sur les marchés commerciaux. Les marchés ne sont tout simplement pas conçus pour assumer efficacement la prestation des soins médicaux – il s'agit en fait d'une fonction sociale dont le secteur public doit s'occuper. » Relman, 2002. Voir aussi Himmelstein *et al*, 2001 : 49 au sujet de l'inefficacité des soins de santé privés aux États-Unis.

<sup>21</sup> Dans la Charte d'Ottawa pour la promotion des soins de santé de l'OMS, on trouve que «... le rôle du secteur de la santé doit évoluer de plus en plus vers la promotion de la santé, au-delà de ses responsabilités qui consistent à fournir des services cliniques et curatifs. » Pour aider ainsi « à répondre aux lacunes relatives à la santé au sein des sociétés et entre elles, et de s'attaquer aux injustices qui sévissent dans le secteur de la santé et découlant des règles et des pratiques en vigueur dans ces sociétés. » OMS, 1986.

<sup>22</sup> Selon l'OMS, 2000b : 14, dès 1960, les systèmes de santé dans les pays postcoloniaux et à faible revenu ont commencé à se concentrer sur les installations de santé et les cliniques, principalement dans les centres urbains. Dans la plupart des pays en développement, les principaux hôpitaux urbains ont reçu près de deux tiers de tous les budgets gouvernementaux de la santé, bien qu'ils ne desservent que de 10 à 20 p. 100 de la

population. Depuis, l'OMS a mis l'accent sur la promotion des soins de santé primaires comme moyen de mettre sur pied un plan de santé universel abordable. Certains pays, tels le Costa Rica et le Sri Lanka, ont obtenu de très bons résultats à relativement peu de frais, si l'on considère qu'ils ont ajouté de 15 à 20 ans de durée de vie à la naissance en seulement deux décennies. Dans chacun des cas, on note un engagement décisif en vue d'assurer un niveau minimal de prestation de *tous* les services relatifs à la santé, à l'alimentation et à l'éducation, sans compter l'approvisionnement adéquat en eau potable et l'hygiène élémentaire. Les réalisations de Cuba concernant les soins de santé primaires comprennent des innovations organisationnelles et de technologie rudimentaire telles que les soins de santé primaires axés sur la médecine familiale de quartier, les systèmes régionaux de services hospitaliers et de formation professionnelle, des initiatives de santé publique innovatrices et la surveillance épidémiologique, et l'accès universel aux services. Waitzkin *et al*, 1997.

<sup>23</sup> PNUD, 1999 : 79.

<sup>24</sup> New Internationalist, 2001 : 30.

<sup>25</sup> SCSi, 2000.

<sup>26</sup> À titre d'exemple, plusieurs ONG (et certains organismes gouvernementaux) travaillent activement pour appuyer une convention-cadre de lutte contre le tabagisme à l'OMS. La convention-cadre est perçue comme un mécanisme nécessaire pour contrebalancer les lois commerciales de l'OMC, étant donné qu'elle favorise des occasions d'affaires à n'importe quel prix (comme l'affaiblissement des pouvoirs du gouvernement lorsqu'il lui faut réglementer la promotion du tabagisme). Voir Callard, Collishaw et Swenarchuk, 2001.

<sup>27</sup> WDM, 2000; Fosse, 2001.

<sup>28</sup> MSF, 2001b.

<sup>29</sup> Un atelier récemment offert par l'OMS et l'OMC et commandité par le gouvernement norvégien sur le financement des produits médicamenteux essentiels décrit les quatre éléments du cadre d'accès aux médicaments essentiels dans les pays développés : stratégie rationnelle, prix abordable, financement durable et adéquat, et systèmes fiables de soins de santé et d'approvisionnements. Voir OMS et OMC, 2001.

<sup>30</sup> Les recherches de la Banque mondiale montrent qu'au sein de l'OCDE, il y a peu de pays à tirer plus de 20 p. 100 des revenus des soins de santé sous forme de paiements « directs ». Parmi les pays qui ne font pas partie de l'OCDE, la situation est bien différente. Au Bangladesh, par exemple, plus de 60 p. 100 des revenus des soins de santé font l'objet de frais directs. Wagstaff, 2000 : 56.

<sup>31</sup> Oxfam Grande-Bretagne, 2000.

<sup>32</sup> L'AGCS détermine quatre modes d'approvisionnement de services : 1) l'approvisionnement transfrontalier (tel que les appels interurbains internationaux), 2) la consommation à l'étranger (telle que le tourisme), 3) la présence commerciale (lorsqu'une société étrangère établit une filiale, comme les opérations bancaires ou la livraison de l'eau), et 4) la présence de personnes (lorsque des personnes voyagent dans le but de

fournir un service à l'étranger, notamment les services de bonne d'enfant). Les services offerts « dans l'exercice de l'autorité gouvernementale » sont exclus, même si ces derniers sont définis de manière suffisamment étroite pour ne pas exclure grand chose. Tous les services gouvernementaux offerts sur une base commerciale ou fournis en concurrence avec d'autres fournisseurs sont assujettis à l'AGCS. Ainsi, les dispositions de l'AGCS s'appliquent vraisemblablement aux services sociaux ou d'éducation publique fournis dans le contexte d'une combinaison de financement public et privé. Sinclair, 2000 : 4-5.

<sup>33</sup> Bien que l'exportation de la main-d'œuvre spécialisée soit considérée comme une importante occasion économique pour le Sud, les organisations de la société civile dans le Nord et le Sud éprouvent malgré tout des réticences au sujet des conséquences défavorables pour le développement qui résultent de l'abandon par des professionnels spécialisés de domaines cruciaux où la demande n'est pas complètement satisfaite tels que la santé. À titre d'exemple, en Jamaïque, plus de 50 p. 100 des postes d'infirmiers ne sont pas dotés parce que les infirmiers et les infirmières du pays se sont déplacés vers l'Amérique du Nord pour tirer parti des meilleurs salaires et des meilleures conditions de travail qui y sont offerts. PSI/EI, 1999.

<sup>34</sup> Sanger, 2001 : ii-iii.

<sup>35</sup> Au Canada, des analystes font remarquer que l'AGCS pourrait faire obstacle aux réformes à même d'intégrer à notre système de santé publiquement administré et financé des services qui n'en font pas encore partie, tels les soins à domicile et l'assurance-médicaments. Le régime d'assurance maladie canadien est déjà entièrement prévu dans les dispositions nationales et les règles d'accès au marché de l'AGCS. Cette situation expose le Canada au danger d'enjeux commerciaux qui limitent les options possibles de réforme de la santé. Plus précisément, les règles de l'AGCS qui interdisent les monopoles (Article VIII.4) exposent à la contestation toute intégration à venir des domaines d'activités présentement couverts par les assurances maladie privées tels que les soins à domicile et l'assurance-médicaments. Sanger, 2001 : iv.

<sup>36</sup> Drager, 1999.

<sup>37</sup> MSF, 2001a.

<sup>38</sup> Oxfam Grande-Bretagne, 2000 : 12.

<sup>39</sup> MSF, 2000.

<sup>40</sup> Oxfam Grande-Bretagne, 2000 : 12.

<sup>41</sup> BM, 2001.

<sup>42</sup> Abbott, 2002 : 9.

<sup>43</sup> Oxfam Grande-Bretagne, 2000 : 6.

<sup>44</sup> Statistique du gouvernement brésilien citée par MSF, 2001b.

<sup>45</sup> SCSi, 2000 : 15.

<sup>46</sup> Elliott et Bonin, 2001 : 3.

<sup>47</sup> Oxfam Grande-Bretagne, 2000 : 7.

<sup>48</sup> Pecoul, 2001.

<sup>49</sup> Oxfam Grande-Bretagne, 2000.

<sup>50</sup> MSF, 2000.

<sup>51</sup> Un examen instructif de la recherche sur ces questions a été fait par le personnel de la Direction générale des politiques de l'ACDI. Abdelgafar, 2001.

<sup>52</sup> Cité par MSF, 2001b : 2.

<sup>53</sup> Cette section est fortement fondée sur Elliott et Bonin, 2001 : 5-6.

<sup>54</sup> Il est possible que la licence soit considérée être accordée sans frais, mais les ADPIC n'explicitent pas la manière dont cela est déterminé. Elliott et Bonin, 2001 : 6.

<sup>55</sup> MSF, 2001b; CISD, 2001.

<sup>56</sup> MSF, 2001b.

<sup>57</sup> Cela comprend des menaces de poursuite d'entreprises concernant la légalité des importations de médicaments génériques contre le VIH-sida en Ouganda en provenance de l'Inde. CISD, 2001.

<sup>58</sup> Kwa, 2001.

<sup>59</sup> Oxfam Grande-Bretagne, 2000; Consumer Project on Technology and Health Gap Coalition, 2001.

<sup>60</sup> À titre d'exemple, suite aux Accords de Bangui, 15 pays d'Afrique occidentale ont adopté des lois sur les DPI plus tôt que ne l'exigeait l'OMC, et qui comportaient des mesures rendant plus difficile le recours à des processus de protection tels que la licence de fabrication obligatoire. MSF, 2001b.

<sup>61</sup> OMC, 2001a.

<sup>62</sup> OMC, 2001a.

<sup>63</sup> TWN, 2001.

<sup>64</sup> MSF *et al*, 2002.

<sup>65</sup> Dans cette perspective, l'expérience canadienne est intéressante. L'Organe de règlement des différends de l'OMC a été appelé à interpréter les droits conférés par l'article 30, et l'interprétation a été restrictive. En 1997, les É.-U. ont pris à parti certaines des pratiques de développement de médicaments génériques du Canada. La loi canadienne permet à l'industrie des médicaments génériques de débiter les travaux de développement de produits « en réserve » avant que le brevet qui s'applique soit expiré (la disposition Bolar). Elle permet aussi de constituer des réserves de médicaments dans l'attente de pouvoir les lancer sur les marchés. Le Canada invoque l'article 30 pour se justifier. Le groupe spécial de l'OMC autorise l'étape de développement tout en interdisant les réserves et en faisant fi des arguments d'intérêt public soulevés par le Canada. Voir Elliott et Bonin, 2001; OMC, 2001b; Abbott, 2002.

<sup>66</sup> Pruzin, 2002; MSF *et al*, 2002; Inside US Trade, 2002b.

<sup>67</sup> Voir par exemple Inside US Trade, 2002a.

<sup>68</sup> Elliott, 2001 : ii. Voir aussi Howse et Mutua, 2000.

<sup>69</sup> Oloka-Onyango et D. Udagama, 2001.

<sup>70</sup> La Ecumenical Advocacy Alliance (EAA) est un nouveau réseau largement œcuménique de coopération internationale

pour la défense des causes du VIH-sida et du commerce mondial. La EAA compte sur la participation active des Églises canadiennes, dont la Division de World Outreach de l'Église unie du Canada, le Fonds du primat pour le secours et le développement mondial de l'Église anglicane du Canada, le Canadian Lutheran World Relief et d'autres. Voir l'Église unie du Canada, 2001 et la documentation affichée sur le site [www.e-alliance.ch](http://www.e-alliance.ch) pour obtenir plus de renseignements sur le sujet.

<sup>71</sup> CISD, 2002; CISD *et al*, 2002.

<sup>72</sup> Le modèle de régie des fonds mondiaux suscite plusieurs préoccupations non négligeables; voir Brugha et Walt, 2001.

<sup>73</sup> Les pays en développement constituent une faible part du marché pharmaceutique mondial. Comparativement à 100,8 milliards de \$ pour l'Europe et à 169,5 milliards de \$ pour l'Amérique du Nord, l'Afrique ne représente que 5,3 milliards de \$, l'Asie méridionale 7,3 milliards de \$, et l'Asie du Sud-Est et la Chine 20,1 milliards de \$ du marché. Voir OMS et OMC, 2001 : 10.

<sup>74</sup> MSF *et al*, 2001.

<sup>75</sup> Lee, 1999.

<sup>76</sup> SID *et al*, 1999.

## Références

- ABBOTT, F. *Compulsory Licensing for Public Health Needs: The TRIPS Agenda at the WTO after the Doha Declaration on Public Health*, Friends World Committee for Consultation, article 9, Genève, Quaker United Nations Office, 2002.
- ABDELGAFAR, B. *The Implications of the TRIPS Agreement for the Pharmaceutical Sectors and Public Health Systems of Developing Countries*, notes de discours, ACDI Direction générale des politiques, Ottawa, Agence canadienne de développement international, 6 juin 2001.
- BANQUE MONDIALE. Le lancement du « cycle du développement » pourrait aider les pays pauvres à faire face au ralentissement de l'économie mondiale, communiqué de presse 2002/111/S, 31 octobre, Washington, Banque mondiale, 2001.
- BANQUE MONDIALE. *Rapport sur le développement dans le monde 2000-2001 : Combattre la pauvreté*, Washington, Banque mondiale et Oxford University Press, 2000.
- BRUGHA, R et G. WALT. « A global health fund: A leap of faith », *British Medical Journal*, 323 : 152-154, juillet 2001.
- CALLARD *et al.* *An Introduction to International Trade Agreements and their Impact on Public Measures to Reduce Tobacco Use*, Ottawa, Physicians for a Smoke-Free Canada and Commonwealth Medical Association, 2001.
- CHEN, L. et G. BERLINGUER. « Health equity in a globalizing world » dans T. Evans *et al.* (éds.), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, New York, Oxford, 2001.
- CHRISTIE, J. Notes de recherche sur « Biopatenting and TRIPS » préparées pour le CCCI, 2001.
- CISD *et al.* *Open Letter to the Right Honourable Jean Chrétien regarding Africa and Public Health at the 2002 G-8 Summit in Kananaskis*, Ottawa, Coalition interagence sida et développement, Congrès du travail du Canada, Partenariat Afrique Canada, Médecins sans frontières, Réseau juridique canadien VIH/sida, CARE Canada, Association canadienne de santé publique, Entraide universitaire mondiale du Canada (EUMC), Résultats Canada *et al.*, 12 mars 2002.
- CISD. *Accès aux médicaments anti-VIH-sida dans les pays en développement*, fiche d'information, Ottawa, Coalition interagence sida et développement, <http://www.icad-cisd.com/>, 2001.
- CISD. *L'accès aux soins et traitement en Afrique*, Policy Advocacy for the G-8 Summit in Kananaskis, Canada – Ideas for Canadian Advocates, Ottawa, Coalition interagence sida et développement, 2002.
- CONSUMER PROJECT ON TECHNOLOGY AND HEALTH GAP COALITION. *AIDS Activists Demand an End to Escalating US Pressure against Dominican Republic as Local Generic AIDS Drug Production Begins*, communiqué de presse, <http://www.cptech.org/ip/health/c/dr/healthgap08092001.html>, 8 août 2001.
- CSIH. *Issue Paper on Economic Globalization, Trade Liberalization, Governance and Health*, Ottawa, Société canadienne pour la santé internationale, octobre 2000.
- DRAGER, N. « Making trade work for public health », *British Medical Journal*, 319 : 1214-1214, 1999.
- ELLIOTT, R. *Des ADPIC et des droits : La législation internationale sur les droits de la personne, l'accès aux médicaments et l'interprétation de l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce*, Ottawa et l'Afrique du Sud, Réseau juridique canadien VIH-sida et AIDS Law Project, [www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca), novembre 2001.
- ELLIOTT, R. et M-H. BONIN. *Les brevets, le droit commercial international et l'accès aux médicaments essentiels*, Médecins sans frontières et Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001.
- FOSSE, F. *An Introduction to the GATS for Gender Advocates*, International Gender and Trade Network, juin 2001.
- FULLER, C. *Caring for Profit: How Corporations are Taking Over Canada's Health Care System*, Ottawa, Centre canadien de politiques alternatives, 1998.
- HIMMELSTEIN *et al.* *Bleeding the Patient: The Consequences of Corporate Health Care*, Monroe, Maine, Common Courage Press, 2001.

- HOWSE, R et M. MUTUA. *Protection des droits humains et mondialisation de l'économie : Un défi pour l'OMC*, Montréal, Droits et démocratie, 2000.
- INSIDE US TRADE. « EU and US split over scope of TRIPS exceptions for public health », *Inside US Trade*, 8 mars 2002b.
- INSIDE US TRADE. « U.S. push for patent rules meets resistance from Chile in FTA talk », *Inside US Trade*, 22 mars 2002a.
- KWA, A. « Dying for 'Free Trade': U.S. or US? », *Focus on Trade*, 65, partie I, août 2001.
- LEE, K. « Globalization, communicable disease and equity: A look back and forth », *Development: Journal of the Society for International Development*, 42, 4, London, SAGE, 1999.
- MORLEY, D. *A Matter of Life and Death: The Role of Patents in Access to Essential Medicines*, notes de présentation par David Morley, directeur général, Médecins sans frontières Canada, à la table ronde du CCCI sur *Le commerce et la pauvreté : quel sera le rôle du Canada?*, Ottawa, 16 octobre 2001.
- MSF, *et al. Joint Letter to TRIPS Council*, Médecins sans frontières, Consumer Project on Technology, Essential Action, Oxfam International, Health GAP Coalition et Third World Network, 28 janvier 2002.
- MSF, *et al. Lettre ouverte à tous les membres du Parlement*, Médecins sans frontières Canada, Réseau juridique canadien VIH/sida [www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca), Oxfam Canada, Canadian Treatment Action Council, Coalition interagence sida et développement et le Conseil canadien pour la coopération internationale, octobre 2001.
- MSF. *A Matter of Life and Death: The Role of Patents in Access to Essential Medicines*, Ottawa, Médecins sans frontières, novembre 2001a.
- MSF. *Propositions d'actions : Rapport de MSF au Parlement Canadien*, Ottawa, Médecins sans frontières, 2001b.
- MSF. *Rapport 2000*, Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels, voir Médecins sans frontières, [www.msf.org](http://www.msf.org), 2000.
- NEW INTERNATIONALIST. « A history of public health », vol. 331, janvier-février 2001.
- NU, BM, FMI, et OCDE. *Un monde meilleur pour tous*, Genève, Nations Unies, Banque mondiale, Fonds monétaire international et Organisation de coopération et de développement économiques, juin 2000.
- OLOKA-ONYANGO, J. et D. UDAGAMA. *Droits Économiques, Sociaux et Culturels : La mondialisation et ses effets sur la pleine jouissance de tous les droits de l'homme*, rapport intérimaire présenté par J. Oloka-Onyango et Deepika Udagama, conformément à la résolution 1999/8 de la Sous-Commission et à la décision 2000/102 de la Commission des droits de l'homme, (E/CN.4/Sub.2/2001/10), New York, Nations Unies, 2 août 2001.
- OMC. *Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique*, WT/MIN/(01)/DEC/2, 20 novembre, Genève, Organisation mondiale du commerce, 2001a.
- OMC. *Special Discussion on Intellectual Property and Access to Medicines*, Canada's statement at the TRIPS Council, 18-22 juin 2001, (IP/C/M/31), Genève, Organisation mondiale du commerce, 2001b.
- OMS et OMC. *Rapport de l'atelier sur la fixation différenciée des prix et sur le financement des médicaments essentiels*, convié par le Ministère norvégien des affaires étrangères, l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation mondiale du commerce, 8-11 avril 2001.
- OMS. *Chartre d'Ottawa pour la promotion de la santé*, première Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1986.
- OMS. *Déclaration d'Alma-Ata*, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, Organisation mondiale de la santé, 6-12 septembre 1978.
- OMS. *Différences entre les sexes, santé et pauvreté*, aide-mémoire no. 251, Genève, Organisation mondiale de la santé, juin 2000a.
- OMS. *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique*, rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, Genève, Organisation mondiale de la santé, décembre 2001.
- OMS. *Rapport sur la santé dans le monde 1995 – Réduire les écarts*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1996.

- OMS. *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 – Pour un système de santé plus performant*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000b.
- OWUSU, *et al. Through the Eye of the Needle: The Africa Debt Report*, London, UK, Jubilee 2000 Coalition, <http://www.jubileeplus.org/analysis/reports/needle.htm>, novembre 2000.
- OXFAM GB. *Cut the Cost: Patent Injustice, How World Trade Rules Threaten the Health of Poor People*, Oxford, UK, Oxfam Great Britain, [www.oxfamgb.org](http://www.oxfamgb.org), 2000.
- PECOUL, B. *Speech delivered by Dr. Bernard Pecoul, MSF, to African Summit on HIV/AIDS, Tuberculosis and other Related Diseases*, Abuja, Nigéria, Médecins sans frontières, 2001.
- PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain 1999*, Washington, Programme des Nations Unies pour le développement, 1999.
- PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain 2001 : Mettre les nouvelles technologies au service du développement humain*, Washington, Programme des Nations Unies pour le développement, 2001.
- PRUZIN, D. « U.S. offers moratorium on compulsory licensing disputes; rejects amending TRIPS », *BN4 News*, Washington, Bureau of National Affairs, 7 mars 2002.
- PSI/EI. *The WTO and the General Agreement on Trade in Services: What is at Stake for Public Health?* Public Services International and Education International, juin 1999.
- RELMAN, A. S. *For-Profit Health Care: Expensive, Inefficient and Inequitable*, Presentation to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology by Dr. Arnold S. Relman, Professor Emeritus of Medicine and Social Medicine at Harvard Medical School and Emeritus Editor-in-Chief of the *New England Journal of Medicine*, Ottawa, 21 février 2002.
- SANGER, M. *Reckless Abandon: Canada, the GATS and the Future of Health Care*, Ottawa, Centre canadien de politiques alternatives, 2001.
- SID, *et al.* « Equity in health in the age of globalization: Conference statement of the Society for International Development, World Health Organization, and Rockefeller Foundation International Roundtable » *Development: Journal of the Society for International Development*, 42, 4, London, SAGE, 1999.
- SINCLAIR, S. *GATS: How the World Trade Organization's New "Services" Negotiations Threaten Democracy*, Ottawa, Centre canadien de politiques alternatives, 2000.
- STOCKER, *et al.* « The Exportation of managed care to Latin America », *New England Journal of Medicine*, 340, 14 : 1131-36, 1999.
- TWN. *TWN Report on the WTO Discussion on TRIPS and Public Health*, Third World Network, [www.twinside.org.sg/title/drugs1.htm](http://www.twinside.org.sg/title/drugs1.htm), 20 juin 2001.
- UNITED CHURCH OF CANADA. *Canadian churches sponsor North American launch of Ecumenical Advocacy Campaign on HIV/AIDS*, communiqué de presse, <http://www.uccan.org/news/011127.htm> novembre 2001.
- WAGSTAFF, A. « Poverty, equity, and health: Some research findings », dans *Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*, Washington, Pan American Health Organization, 2000.
- WAITZKIN *et al.* « Primary care in Cuba: Low-and high-technology developments pertinent to family medicine », *Journal of Family Practice*, 45, 3, 1997.
- WDM. *In Whose Service? The Threat Posed by the General Agreement on Trade in Services to Economic Development in the South*, World Development Movement, décembre 2000.
- WEISBROT *et al.* *The Scorecard on Globalization 1980-2000: Twenty Years of Diminished Progress*, Briefing Paper, Washington, Center for Economic and Policy Research, 2001.
- WERNER, D. « Elusive promise », *New Internationalist*, vol. 331, janvier-février 2001.