



HAL
open science

Droits de propriété intellectuelle, règles du commerce international et accès aux médicaments dans les pays en développement

Marc-Hubert Depret, Abdelillah Hamdouch

► **To cite this version:**

Marc-Hubert Depret, Abdelillah Hamdouch. Droits de propriété intellectuelle, règles du commerce international et accès aux médicaments dans les pays en développement. Claude Serfati. Mondialisation et déséquilibres Nord-Sud, 6, P. Lang, pp.147-161, 2006, Regards sur l'International, 978-90-5201-325-1. hal-00279582

HAL Id: hal-00279582

<https://hal.science/hal-00279582v1>

Submitted on 3 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Droits de propriété intellectuelle, règles du commerce international et accès aux médicaments dans les pays en voie de développement

MARC - HUBERT DEPRET

*Post - doctorant, Chaire de Recherche du Canada en Gestion de la
Technologie, Université du Québec à Montréal
Chercheur au Clersé (UMR 8019 CNRS - Université de Lille 1)*

ABDELILLAH HAMDOUCH

*Maître de Conférences, Université de Lille 1, Chercheur au Clersé
(UMR 8019 du CNRS – Université de Lille 1)
Chercheur Associé au Centre d'Economie de la Sorbonne, Equipe
Matisse (UMR 8174 CNRS - Université de Paris 1 - Panthéon -
Sorbonne).*

La question des Droits de propriété intellectuelle (DPI) dans l'industrie du médicament — qui se situe au cœur des négociations sur les « ADPIC » (Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle liés au Commerce mis en œuvre dans le cadre de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) — soulève des problèmes institutionnels profonds, eux-mêmes porteurs d'enjeux socio-économiques et humains cruciaux.

Affectant directement les conditions d'accès des populations des pays en développement (PED) ou à faible revenu aux médicaments essentiels et aux thérapeutiques innovantes, cette question prend aujourd'hui un tour à la fois relativement dramatique et éminemment (géo)stratégique en regard des ravages que produisent notamment le virus du Sida et les autres « fléaux des pauvres » (malaria, tuberculose,

choléra, etc.) dans de nombreux pays du Sud, en particulier en Afrique sub-saharienne (MSF, 2001 ; ONUSIDA, 2005).

C'est dans ce contexte que s'est posé le problème des médicaments génériques à l'occasion du dernier cycle de négociations multilatérales de l'OMC amorcé en novembre 2001 à Doha au Qatar. En arrière-plan de ce problème se trouve l'idée — très répandue dans la littérature spécialisée et, partant, au sein de la plupart des pays développés et des organisations internationales — que le renforcement des DPI constitue une *condition institutionnelle* essentielle — bien que non suffisante — du développement des pays les plus pauvres. Or, de nombreux travaux récents tendent à montrer le contraire (ou, à tout le moins, à nuancer cette « croyance »). D'une part, parce que le développement économique s'accompagne souvent de l'acquisition de technologies à travers un système de DPI relativement faible (Henry, Trommetter et Tubiana, 2003). D'autre part, parce que la corrélation entre l'existence d'un système de DPI et le niveau de développement économique ne se vérifie généralement que pour des niveaux de revenus élevés (Kumar, 2002), c'est-à-dire dans les pays pour lesquels il existe à la fois une capacité de R&D suffisante — que les DPI viennent « stimuler » —, mais également une demande forte, régulière et, surtout, solvable.

Comme cela est soutenu dans la suite de l'article, ce « paradoxe » est en fait révélateur d'un jeu stratégique très affiné dans lequel les règles du commerce international préconisées par les pays riches sont davantage conçues pour protéger leurs intérêts industriels et financiers (notamment ceux de leurs firmes pharmaceutiques) que pour promouvoir le développement durable des pays les plus démunis et de leurs populations.

Dans un premier temps, nous rendons compte des débats sur les effets du renforcement des DPI dans les PED. Nous soulignons ici l'absence de consensus en la matière, ainsi que la fragilité des résultats des études les plus récentes. Dans un second temps, nous montrons que les règles défendues — imposées ? — par les pays industrialisés au sein de l'OMC en matière de protection des brevets contribuent à renforcer le « sous-développement endogène » des PED en limitant très fortement l'accès (à des coûts socio-économiquement supportables) à des thérapeutiques vitales pour juguler une multitude de fléaux sanitaires. On montre également comment la question de l'orientation de la R&D pharmaceutique et l'absence d'institutions (nationales et internationales) adaptées constituent les principales explications des inégalités actuelles dans l'accès aux soins des populations des pays les plus démunis.

I. INTERNATIONALISATION DES DPI ET DEVELOPPEMENT

Assez régulièrement, les grandes organisations internationales (Fonds Monétaire International, Banque Mondiale, Organisation de Coopération et de Développement Economiques, Organisation Mondiale du Commerce, etc.) et la plupart des pays industrialisés font pression sur les PED pour qu'ils « modernisent » leurs institutions économiques, juridiques et financières (Stiglitz, 2002). Le strict respect du droit de la propriété privée est ainsi érigé en une sorte de « loi d'airain » (ou principe économique fondamental) selon laquelle (ou lequel) le renforcement des DPI est une condition *sine qua non* du développement économique des pays les moins avancés.

L'objet de cette section est de montrer que les PED n'ont généralement ni les moyens, ni même totalement intérêt (notamment d'un point de vue stratégique) à mettre en place ou à adopter rapidement des systèmes de DPI relativement standardisés, tels qu'ils apparaissent aujourd'hui dans le cadre des ADPIC de l'OMC. Pour ce faire, nous rendons compte des principaux travaux contemporains consacrés à la question, dont l'intérêt est de s'intéresser à l'impact (théorique et effectif) du renforcement des DPI sur le bien-être des populations concernées, l'innovation et les investissements.

A. *Les effets attendus des DPI en termes de redistribution macro-économique*

En suivant Combe et Pfister (2001), l'impact d'un renforcement des DPI dans les PED peut être appréhendé de trois manières. La première consiste à s'interroger sur les effets redistributifs (statiques) des DPI entre les pays du Nord et ceux du Sud, mais également entre les consommateurs du Nord et ceux du Sud.

Dans cette perspective, comme l'a montré Helpman (1993), les *effets statiques* d'un renforcement des DPI dans les pays émergents ont tendance à se révéler négatifs pour les pays du Sud, mais bien souvent aussi pour les pays du Nord. D'une part, parce que la réduction de la concurrence, induite par le retrait du marché des contrefacteurs, entraîne généralement une augmentation des prix des biens nouvellement protégés (en plus de la diminution des profits des imitateurs). D'autre part, parce que le renforcement des DPI se traduit souvent par une réallocation de la production des PED vers les pays industrialisés et, partant, par une augmentation des coûts de production et une hausse concomitante des prix.

En réalité, il apparaît que les hypothèses du modèle de Helpman surestiment quelque peu l'impact effectif d'un renforcement des DPI dans les pays émergents (Combe et Pfister, 2001). Tout d'abord, parce que l'hypothèse d'une « concurrence à la Bertrand » a tendance à amplifier l'effet de l'imitation sur les profits des firmes, à introduire un effet d'éviction de la demande et à sous-estimer la persistance d'une concurrence locale différenciée. Ensuite, parce que l'impact d'un renforcement des DPI peut être sensiblement différent d'un secteur à l'autre selon l'intensité de la disposition des consommateurs (au Sud comme au Nord) à payer les biens d'origine plutôt que leurs « copies ». Enfin, parce que le modèle tend à sous-estimer l'impact réel des dispositifs de lutte contre la contrefaçon en place dans les pays industrialisés.

Dans les faits également, les effets redistributifs statiques d'un renforcement des DPI dans les PED sont difficiles à mesurer. Ils le sont d'autant plus que les résultats des quelques études empiriques menées en la matière diffèrent sensiblement selon, notamment, les pays, les structures de marchés ou l'élasticité-prix de la demande, y compris au sein d'un même secteur (pour une revue de la littérature sur la question dans le domaine pharmaceutique, cf. Depret et Hamdouch, 2004).

B. Les effets dynamiques des DPI sur l'innovation

En théorie, un renforcement des DPI dans les PED peut également avoir des *effets dynamiques* positifs sur l'innovation (Combe et Pfister, 2001). Tout d'abord, parce que les DPI constituent une forte incitation à la R&D, dont les retombées sont supposées bénéficier tant aux pays du Nord qu'à ceux du Sud. Ensuite, parce qu'un renforcement des DPI favoriserait *a priori* les recherches visant à satisfaire les besoins spécifiques et solvables des PED (Diwan et Rodrick, 1991 ; Lanjouw et Cockburn, 2001). Enfin, parce que la mise en place d'un système de DPI tend à accélérer la diffusion des connaissances, notamment en évitant la duplication des efforts de R&D et en favorisant la mise au point d'innovations cumulatives (Deffains, 1997 ; Liotard, 1999).

Cependant, d'un point de vue empirique, les résultats dynamiques attendus d'un renforcement des DPI dans les PED apparaissent, ici aussi, plutôt incertains. Tout d'abord, parce que les brevets ne constituent pas la seule stratégie d'appropriation utilisée par les innovateurs (Dasgupta et David, 1994 ; Cohen, Nelson et Walsh, 2002). Ensuite, parce que les déterminants de la rentabilité des innovations sont multiples et parce que les DPI semblent y jouer un rôle relativement secondaire (Ginarte et Park, 1997 ; Lerner, 2005). Enfin, parce que les

études menées n'arrivent pas toutes aux mêmes conclusions selon les pays, les secteurs et les périodes étudiés (Jaffe, 2000).

Helpman (1993) montre ainsi qu'à long terme le renforcement des DPI entraîne un ralentissement de l'innovation en raison de l'augmentation des coûts de production et de la diminution concomitante des ressources disponibles pour développer de nouveaux produits. En réalité, son modèle est lui-même sujet à caution dans la mesure où il exclut la possibilité d'investissements directs (IDE) en direction des pays les moins avancés. Ce faisant, il sous-estime grandement les effets redistributifs qui vont s'opérer en faveur de ces derniers. Lai (1998) montre ainsi qu'un renforcement des DPI entraîne à la fois une multinationalisation de la production et une progression du taux d'innovation — ce qui a l'avantage d'augmenter le bien-être des populations (au Sud, comme au Nord). A long terme toutefois, le coût de l'innovation augmentant (puisque les firmes vont chercher à différencier davantage leurs produits pour pénétrer de nouveaux marchés spécifiques), ces effets vont avoir tendance à s'essouffler, voire à s'inverser (Glass et Saggi, 2002).

C. Les effets des DPI sur les échanges internationaux

Le renforcement des DPI dans les PED peut enfin viser à faciliter les échanges internationaux à travers l'augmentation des flux de commerce et d'investissements directs à l'étranger (Combe et Pfister, 2001). Cependant, là également, les effets des DPI sont loin d'être aussi nets selon les industries et les pays étudiés (Depret et Hamdouch, 2004). Trois raisons principales à cela. Premièrement, le non-respect « institutionnalisé » des DPI constitue souvent une barrière non-tarifaire parfaitement acceptée dans certains PED — mais également dans certains pays avancés.

Deuxièmement, les systèmes de DPI en vigueur dans les PED peuvent inciter des firmes étrangères à ne pas y commercialiser leurs produits (ou à ne pas y investir) si elles jugent la protection offerte insuffisante.

Troisièmement enfin, l'importation de produits étrangers brevetés ou l'investissement direct (IDE) peuvent également être guidés par la seule volonté d'exclure du marché les producteurs-imitateurs locaux, notamment lorsqu'ils exportent une partie de leur production dans les pays les plus avancés. *A contrario*, l'absence ou la faiblesse des DPI dans les PED peut se révéler « créatrice de commerce » (Combe et Pfister, 2001).

Au total, l'idée selon laquelle le renforcement des DPI est une condition indispensable au développement des pays émergents semble

contredite dans les faits. Au contraire, l'histoire économique tend à montrer que c'est la protection intellectuelle qui suit le développement, et non l'inverse, ne serait-ce que parce que les PED ont, par définition, des structures locales de R&D relativement « sous-développées » (Boidin, 2002). Pis, l'existence de dispositifs de DPI apparaît souvent comme un frein au développement de certaines industries domestiques, comme nous l'esquisons à présent à travers le cas de l'industrie pharmaceutique (cf. également Guennif et Mfuka, 2005).

III. DPI, REGLES DU COMMERCE INTERNATIONAL ET ACCES AUX MEDICAMENTS

L'objectif de cette section est de tenter de montrer comment le cadre institutionnel régi par les ADPIC a tendance à restreindre l'accès des PED aux thérapeutiques essentielles, ce qui souvent freine considérablement leur développement. Plus largement, on s'interroge sur les causes et les effets du rationnement sanitaire et du sous-développement cumulatif (« endogène ») des PED. On montre alors que la question des DPI ne constitue que « l'arbre qui cache la forêt », tant les explications des sources d'inégalités dans l'accès aux soins des populations des PED sont multiples.

A. L'accord sur les ADPIC et la question de l'accès aux médicaments essentiels

En avril 1994, après sept ans et demi de négociations, les membres du GATT (*General Agreement on Tariffs and Trade* ou accord général sur les tarifs douaniers et le commerce) mettent fin à « l'Uruguay Round » par la signature à Marrakech d'un accord instituant l'OMC. Outre la création d'une autorité mondiale de régulation du commerce, cet accord a permis d'élargir le champ de la négociation aux services et à la question de la propriété intellectuelle. Dans ce cadre, en vertu de l'accord sur les ADPIC, les membres de l'OMC ont l'obligation (d'ici à 2006 et 2016 pour les moins avancés d'entre eux) d'accorder une protection de vingt ans pour toute invention de produit ou de procédé. Les exceptions à cette règle sont relativement limitées dans la mesure où, selon les termes d'une annexe de l'accord, elles ne doivent en aucun cas porter « atteinte à l'exploitation normale du brevet », ni causer « un préjudice injustifié aux intérêts légitimes du titulaire du brevet ».

Or, c'est bien l'interprétation de ces exceptions prévues par l'accord sur les ADPIC qui pose problème. Cela fut particulièrement le cas pour la question de l'accès du plus grand nombre aux médicaments essentiels

de lutte contre les maladies infectieuses — qui, chaque année, font plus de 10 millions de victimes, dont près de 90 % dans les PED (OMS, 2000). D'un côté, on trouve bien dans la plupart des pays, des dispositions juridiques et réglementaires qui autorisent l'octroi de licences obligatoires (permettant d'exploiter un brevet lorsque la situation sanitaire l'impose, ou lorsque les prix proposés par le titulaire du brevet sont excessifs). Mais, de l'autre, l'accord des ADPIC restait — délibérément ? — évasif sur les modalités pratiques de mise en œuvre d'un tel dispositif. C'est ainsi que l'expression « concession de licences obligatoires » ne figurait pas le texte. Cette pratique relevait des « autres utilisations sans autorisation du détenteur du droit » qui ne peuvent être accordées que si plusieurs conditions contraignantes, destinées à protéger les intérêts du titulaire du brevet, sont remplies. Ainsi, celui qui demande une licence « doit avoir essayé en vain d'obtenir une licence volontaire du détenteur du droit à des conditions commerciales raisonnables ». De même, une fois la licence délivrée, le détenteur du droit devra « recevoir une rémunération adéquate, compte tenu de la valeur économique de l'autorisation ».

De fait, cette question a fait l'objet de plusieurs cycles de négociations afin de préciser les termes de l'accord des ADPIC sur le sujet. Le Sommet de Doha de novembre 2001 a ainsi été à l'origine d'une déclaration que d'aucuns ont présenté comme une réelle avancée car elle reconnaissait « la gravité des problèmes de santé publique qui touchent de nombreux pays en développement et pays les moins avancés, en particulier ceux qui résultent du Sida, de la tuberculose, du paludisme et d'autres épidémies ». Les membres de l'OMC affirmaient dès lors que l'accord sur les ADPIC ne devrait pas les empêcher « de prendre des mesures pour protéger la santé publique (...) et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments ». Dans cette perspective, la déclaration annonçait que chaque pays membre de l'OMC aurait « le droit d'accorder des licences obligatoires et la liberté de déterminer les motifs pour lesquels de telles licences sont accordées ». Toutefois, soulignant les difficultés que pourraient avoir les pays membres « ayant des capacités de fabrication insuffisantes ou n'en disposant pas dans le secteur pharmaceutique », la déclaration prévoyait de « trouver une solution rapide à ce problème (...) avant la fin 2002 ».

Malheureusement, au-delà des effets d'annonce, aucun consensus n'a pu véritablement se dégager à ce sujet, comme l'atteste l'impasse des différentes réunions de l'OMC sur le sujet (notamment celles menées à Genève en décembre 2002 et à Tokyo en février 2003). Il a ainsi fallu attendre septembre 2003 pour que, en marge du Sommet de Cancun, les pays membres de l'OMC trouvent un accord *a minima*. Le texte adopté prévoit ainsi d'autoriser les pays les moins avancés ne possédant pas

d'industrie pharmaceutique à importer des médicaments génériques, mais uniquement en cas d'urgence nationale de santé. Afin d'éviter les « abus », les États-Unis ont conditionné leur accord (très longtemps incertain) à l'ajout d'une annexe restrictive prévoyant une « déclaration de confort » encadrant strictement le droit d'importation dans le cadre des licences obligatoires, ainsi que la mise en place de *packagings* spécifiques visant à éviter le détournement et la réexportation des médicaments génériques importés.

Si l'accord a été salué de part et d'autre de l'Atlantique, les ONG (Oxfam et Médecins Sans Frontières notamment) ont toutefois vivement critiqué ce texte en estimant qu'il risquait d'entraîner une inflation du prix des médicaments génériques sans pour autant régler le problème « institutionnel » de l'information, du diagnostic et de la distribution des médicaments qui constituent des conditions essentielles à l'efficacité des traitements. Par ailleurs, certains pays (les États-Unis en tête) tentent depuis de limiter la portée de cet accord en signant, avec certains PED, des traités de libre-échange comportant des clauses léonines imposant des règles de DPI plus souples (Guennif et Mfuka, 2005).

B. Protection des innovations pharmaceutiques et orientation de la recherche

En dépit des efforts méritoires des institutions internationales impliquées dans l'aide au développement — dont l'OMS — (cf. Tableau 1) et de quelques gouvernements de pays du Nord un peu plus généreux que les autres (cf. Tableau 2), et des effets d'annonce de certains laboratoires pharmaceutiques, les efforts de recherche médicale et pharmaceutique semblent aujourd'hui être quasi exclusivement orientés vers les besoins sanitaires des pays avancés, et les progrès thérapeutiques réalisés accessibles seulement aux populations solvables (Hamdouch et Depret, 2005). Pis, les tendances récentes ne semblent pas vraiment aller dans le bon sens, même si, à l'instar de Lanjouw et Cockburn (2001), certains décèlent actuellement une tendance à l'augmentation — somme toute limitée — des efforts de R&D (mesurés par le nombre de brevets déposés et par celui des publications scientifiques) dans le domaine des maladies tropicales.

Ainsi, à l'heure actuelle, seulement 5 % des dépenses de R&D en matière de santé sont consacrés aux problèmes de 95 % de la population mondiale (OMS, 2002). C'est ainsi que sur les 1 393 nouvelles entités chimiques mises sur le marché de 1975 à 1999, seules treize d'entre elles concernaient le traitement des maladies tropicales, alors que ces maladies concernent 9,4 % des malades dans le monde (cf. Tableau 3).

Tableau 1: Répartition de l'aide internationale pour la lutte contre les maladies

	Nb de personnes atteintes (par an)	Nb de décès (par an)	Aide en millions de dollars US (moyenne entre 1997 et 1999)						Total
			Banque Mondiale	OMS ⁽¹⁾	UNICEF	DFID ⁽²⁾	USAID ⁽³⁾	Autres	
Sida	40 millions	3 millions	145	0	25	7	17	93	287
Vaccination	n.s	n.s	17	0	104	110	0	20	251
Malaria	~ 400 millions	~ 1,5 million	62	0	25	0	0	0	87
Tuberculose	8 millions	2 millions	58	0	17	1	5	0	81
autres	n.s	n.s	222	0	151	91	187	386	1 037
		Total	504	0	322	209	209	499	1 743

(1) L'action de l'OMS en la matière n'est pas considérée, *stricto sensu*, comme une aide directe au développement. L'OMS n'en est pas moins active puisqu'elle consacre 23 % de son budget (budget ordinaire + autres fonds = 2,729 milliards de dollars US) à la surveillance, à la prévention, à la recherche et à la lutte pour l'éradication des maladies infectieuses et parasitaires (dont 5,3 % pour le paludisme et 6,2 % pour la tuberculose), 6,8 % à la surveillance, à la prévention et à la prise en charge des maladies non transmissibles, 13,3 % à la santé familiale et communautaire (dont 5,8 % pour la lutte contre le Sida), 8,2 % au développement durable, 18,8 % aux technologies de la santé et aux produits pharmaceutiques, 11,7 % au soutien des politiques de santé et 18,2 % à son fonctionnement interne (OMS, 2003).

(2) DFID : Department for International Development (Grande-Bretagne).

(3) USAID : United States Agency for International Development (États-Unis).

Source : Depret et Hamdouch (2004), d'après OMS (2002).

Ce faisant, l'essentiel de la R&D pharmaceutique est orienté vers les *maladies de type I*, pour reprendre la typologie de l'OMS, c'est-à-dire vers les pathologies dont la prévalence est élevée tant au Nord qu'au Sud (hépatite B, rougeole, diabète, maladies cardiovasculaires, etc.). A côté de ces maladies, les *maladies « négligées » de type II* (VIH/Sida, tuberculose, etc.) et « très négligées » de type III (maladie du sommeil, onchocercose, etc.) — qui touchent majoritairement (type II) et totalement (type III) les PED — constituent les parents pauvres de la R&D pharmaceutique mondiale (Trouiller, Olliaro, Torreele, Orbinski, Laing et Ford, 2002).

Tableau 2: Aide au développement des pays du G7 en matière de santé et d'aide aux populations

	Aide au développement			Aide au développement en matière de santé et d'aide aux populations (4)			
	AOD ⁽¹⁾	AOD / PIB ⁽²⁾	AODPD / PIB ⁽³⁾	Santé	Population	Total	en % du PIB
Canada	1 819	0,28 %	0,05 %	22,6	6,1	28,7	0,005 %
France	5 896	0,39 %	0,06 %	184,4	1,5	185,9	0,013 %
Allemagne	5 651	0,26 %	0,05 %	118,6	65,7	184,3	0,009 %
Italie	1 783	0,15 %	0,03 %	20,6	1,0	21,6	0,002 %
Japon	11 774	0,34 %	0,06 %	338,6	21,2	359,9	0,009 %
Grande-Bretagne	3 574	0,26 %	0,05 %	267,0	19,3	286,3	0,023 %
États-Unis	8 270	0,10 %	0,02 %	535,8	385,0	920,8	0,012 %

(1) Aide officielle nette au développement en millions de dollars US (moyenne 1997-1999).

(2) Aide officielle nette au développement totale par rapport au PIB en 1999.

(3) Aide officielle nette au développement en faveur des pays les moins avancés par rapport au PIB en 1999.

(4) En millions de dollars US (moyenne 1997-1999).

Source : Depret et Hamdouch (2004), d'après OMS (2002).

Tableau 3 : Répartition thérapeutique des nouvelles substances chimiques autorisées dans le monde entre 1975 à 1999

Domaines thérapeutiques	Nouvelles substances chimiques autorisées	Proportion de personnes atteintes dans le monde	Proportion de personnes atteintes dans les pays les plus avancés	Proportion de personnes atteintes dans les pays les moins avancés	Part de marché commerciale
Système nerveux central	211 (15,1 %)	11,5 %	23,5 %	10,5 %	15,1 %
Maladies cardiovasculaires	179 (2,8 %)	10,3 %	18,0 %	9,7 %	19,8 %
Cytostatiques	111 (8,0 %)	6,1 %	15,8 %	5,2 %	3,7 %
Maladies respiratoires	89 (6,4 %)	4,5 %	7,4 %	4,2 %	9,3 %
Anti-infectieux et antiparasitaires	224 (16,1 %)	29,6 %	4,2 %	31,8 %	10,3 %
dont VIH/Sida	26 (1,9 %)	5,1 %	0,9 %	5,5 %	1,5 %
dont tuberculose	3 (0,2 %)	2,0 %	0,1 %	2,2 %	0,2 %
dont maladies tropicales	13 (0,9 %)	9,4 %	0,3 %	10,2 %	0,2 %
Autres	579 (41,6 %)	37,9 %	31,1 %	38,6 %	41,9 %
Total	1 393 (100 %)	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : Trouiller, Olliaro, Torreele, Orbinski, Laing et Ford (2002).

Une récente étude a ainsi montré que sur les onze laboratoires pharmaceutiques (représentant 29 % du chiffre d'affaires de l'industrie du médicament) ayant répondu au questionnaire envoyé aux vingt plus importants d'entre eux, sept ont déclaré avoir consacré moins de 1 % de leur budget de R&D aux maladies négligées et huit ont avoué n'avoir pas dépensé un dollar dans la recherche de thérapeutiques contre la trypanosomiase, la maladie de Chagas et la leishmaniose (MSF, 2001).

C. DPI, rationnement sanitaire et « sous-développement endogène »

Le régime actuel des DPI sur les médicaments, de par son caractère très contraignant pour les PED, se conjugue ainsi aux autres barrières structurelles d'accès à la santé (pauvreté et faiblesse des dépenses consacrées à la santé, à l'éducation et à l'eau potable ; mauvaise gouvernance des systèmes locaux de santé ; inégalités d'accès entre populations urbaines et rurales ; etc.) pour produire un état sanitaire désastreux des populations, comment l'attestent par exemple les niveaux d'espérance de vie à la naissance et les taux de mortalité infantile (cf. Hamdouch et Depret, 2005).

La situation est encore plus dramatique dans le cas des pays frappés par des épidémies ou des pandémies très largement répandues, notamment celle du Sida qui touche aujourd'hui environ 40,3 millions de personnes dans le monde (dont 25,8 millions en Afrique subsaharienne et 8,3 millions en Asie et qui a fait en 2005 près de 3,1 millions de morts (dont 2,4 millions en Afrique) (ONUSIDA, 2005).

La spirale du « sous-développement endogène » s'enclenche et se renforce alors de manière implacable, comme le souligne sans ambiguïté M. Malloch Brown, administrateur du PNUD (PNUD, 2002 ; nos italiques) :

« Le sida a des effets dévastateurs : il appauvrit et aggrave la pauvreté existante, annulant les réalisations passées dans les domaines de l'éducation et détournant d'autres priorités une partie du budget de la santé qui est limité. En effectuant des ponctions et des coupes dans tous les secteurs de la société, le VIH/sida compromet une croissance économique qui est vitale — réduisant peut-être d'un tiers le PIB de l'Afrique pour les vingt prochaines années. En outre, du fait des besoins supplémentaires considérables qu'il impose s'agissant des services publics, qui sont limités et auxquels il est difficile d'avoir accès, les crédits déjà insuffisants font l'objet d'une lutte désespérée. »

Ces constats élémentaires sont cependant loin de faire consensus, notamment en raison de la persistance de certains pays à défendre de manière étroite leurs intérêts stratégiques immédiats, mais aussi de l'inadéquation des mécanismes de fonctionnement du système international. Comme le soulignait Pascal Lamy, alors Commissaire européen au commerce (*Le Monde*, 22 janvier 2003) :

« L'accès aux médicaments n'est pas un objet de négociation. C'est une question de vie ou de mort. (...) L'OMC, et le système international dans son ensemble, doit répondre de façon responsable à un besoin légitime. C'est une question de légitimité et d'efficacité : à quoi bon un système international démocratique, dans lequel chaque État a une voix, s'il ne parvient pas à se doter de règles convaincantes en matière de santé ? »

Pourtant, il semble bien qu'il soit très clairement dans l'intérêt bien compris à moyen et à long termes des pays développés et des acteurs industriels et financiers (notamment des grands laboratoires pharmaceutiques) d'agir pour réduire ce fossé sanitaire entre les pays du Nord et ceux du Sud (Hamdouch et Depret, 2001). En effet, une aide accrue en faveur des PED apparaît d'autant plus justifiée et soutenable que l'effort financier supplémentaire demandé aux pays donateurs apparaît, somme toute, relativement restreint, et qu'il devrait être assez rapidement générateur d'effets cumulatifs sans commune mesure avec les efforts consentis (OMS, 2002). Au-delà, l'extension future des marchés des grands laboratoires pharmaceutiques dépend, aussi, de l'effort qui aura été consenti par ces industriels et les pays du Nord (notamment sur la question des DPI) pour améliorer l'état sanitaire des populations et favoriser le développement des pays les moins avancés.

CONCLUSION

Les compromis institutionnels et économiques requis pour lutter contre le sous-développement endogène des pays en développement sont à promouvoir à la fois aux différents plans nationaux des pays du Sud et du Nord, et au niveau des organisations internationales. Cela passe tout d'abord par un assouplissement significatif des règles applicables par les PED en matière de brevets pharmaceutiques. D'une part, afin de diminuer sensiblement les prix des médicaments essentiels (et donc en autorisant les PED ayant une industrie pharmaceutique à exporter leurs produits génériques dans les pays qui en sont dépourvus). D'autre part, afin d'aider les pays les moins avancés à développer leur propre industrie pharmaceutique nationale à travers notamment des transferts de technologies de production et de recherche.

Toutefois, la mise en place d'un nouveau système global de DPI à la fois adapté, équilibré et consensuel, de même que la baisse des prix des médicaments essentiels, ne peuvent suffire — ne serait-ce qu'en raison de la persistance d'« asymétries cognitives » au niveau de la division internationale du travail (Mouhoud, 2003). En effet, la lutte contre le sous-développement passe également, et avant tout, par l'acceptation par les populations, les industriels et les responsables des pays développés d'augmenter significativement l'aide au développement, à la santé, à l'éducation, à la recherche et à l'équipement des pays les moins avancés. Dans cette perspective, comme le propose notamment Médecins Sans Frontières (MSF, 2001), les médicaments essentiels contre les maladies négligées pourraient être reconnus comme des « biens publics mondiaux » (Kaul, Grunberg et Stern, 2002) et, à ce titre, bénéficier de dispositifs spéciaux (fonds de garantie internationaux, octroi d'un statut spécial pour l'innovateur, mécanismes de promesses d'achat, systèmes de prix différenciés selon le niveau de développement des pays, partenariats public-privé, etc.) qui permettraient de financer des programmes de R&D pour lesquels les dispositifs incitatifs de marché ne fonctionnent pas (GFHR, 2001 ; Kremer, 2001 ; MSF, 2001 ; Boidin, 2002).

Pour leur part, les PED doivent s'engager à mettre en place — avec l'aide des pays les plus avancés et des organisations multilatérales — de véritables structures institutionnelles efficaces, pérennes et régies par un principe de « bonne gouvernance ». Ces dernières doivent alors permettre de garantir le respect des nouvelles règles de DPI, d'empêcher le détournement et l'exportation des médicaments initialement destinés à leurs populations, de s'assurer de la bonne prise des thérapeutiques offertes (à travers un travail d'éducation et de suivi des patients traités) ou de limiter la fuite de ses « élites » (chercheurs, médecins, ingénieurs, techniciens, personnels hospitaliers, etc.).

Enfin, les organismes internationaux d'aide au développement doivent redéfinir en profondeur leurs structures institutionnelles, leurs missions et leurs modalités de fonctionnement et d'intervention traditionnelles (Hamdouch et Depret, 2005).

REFERENCES

Boidin, B., « Libéralisation et accès des pays pauvres à la santé : Quelle responsabilité des droits de propriété intellectuelle et des firmes ? », *Mondes en Développement*, vol. 30, n° 120, pp. 63-74, 2002.

- Cohen, W., Nelson, R., Walsh, J., « Links and Impacts: The Influence of Public Research on Industrial R&D », *Management Science*, vol. 48, n° 1, January, pp. 1-23, 2002.
- Combe, E., Pfister, E., « Le renforcement international des droits de propriété intellectuelle », *Economie Internationale*, n° 85, 1^{er} trimestre, pp. 63-81, 2001.
- Dasgupta, P., David, P.A., « The New Economics of Science », *Research Policy*, vol. 23, n° 5, September, pp. 487-521, 1994.
- Deffains, B., « Progrès scientifique et analyse économique des droits de propriété industrielle », *Revue d'Economie Industrielle*, n° 79, pp. 95-117, 1997.
- Depret, M.-H., Hamdouch, A., « Droits de propriété intellectuelle, orientation de la R&D pharmaceutique et accès aux soins dans les pays en développement », Journée d'Études *Droits de propriété intellectuelle et développement*, Université de Paris 1, 16 janvier, 23 p., 2004.
- Diwan, I., Rodrick, D., « Patents, Appropriate Technology and North-South Trade », *Journal of International Economics*, vol. 30, n° 1-2, February, pp. 27-47, 1991.
- GFHR, *Initiative on Public - Private Partnerships for Health*, Global Forum for Health Research, 2001. www.globalforumhealth.org.
- Ginarte, J., Park, W., « Determinants of Patent Rights: A Cross National Study », *Research Policy*, vol. 26, n° 3, October, pp. 283-301, 1997.
- Glass, A., Saggi, K., « Intellectual Property Rights and Foreign Direct Investment », *Journal of International Economics*, vol. 56, n° 2, March, pp. 387-410, 2002.
- Guennif, S., Mfuka, C., « L'accès aux traitements antisida en Afrique : Une analyse de la stratégie de brevet des multinationales », *Mondes en Développement*, numéro spécial « Institutions et santé dans les pays en développement », B. Boidin et A. Hamdouch (eds.), vol. 33, n° 131, pp. 75-86, 2005/3.
- Hamdouch, A., Depret, M.-H., *La nouvelle économie industrielle de la pharmacie - Structures industrielles, dynamique d'innovation et stratégies commerciales*, Elsevier, Paris, 2001.

- Hamdouch, A., Depret, M.-H., « Carences institutionnelles et rationnement de l'accès à la santé dans les pays en développement : Repères et enjeux », *Mondes en Développement*, numéro spécial « Institutions et santé dans les pays en développement », B. Boidin et A. Hamdouch (eds.), vol. 33, n° 131, pp. 11-28, 2005/3.
- Helpman, E., « Innovation, Imitation and Intellectual Property Rights », *Econometrica*, vol. 61, n° 6, November, pp. 1247-1280, 1993.
- Henry, C., Trommetter, M., Tubiana, L., « Innovations et droits de propriété intellectuelle : Quels enjeux pour les biotechnologies ? », in J. Tirole, C. Henry, M. Trommetter, L. Tubiana et B. Caillaud (eds.), *Propriété intellectuelle*, Rapport du Conseil d'Analyse Economique, La Documentation Française, Paris, pp. 49-112, 2003.
- Jaffe, A., « The U.S. Patent System in Transition: Policy Innovation and the Innovation Process », *Research Policy*, vol. 29, n° 4-5, April, pp. 531-557, 2000.
- Kaul, I., Grunberg, I., Stern, M., (eds.), *Les biens publics mondiaux*, Economica, Paris, 2002.
- Kremer, M., « Public Policies to Stimulate the Development of Vaccines and Drugs for the Neglected Diseases », *CMH Working Papers Series*, n° GW2:8, World Health Organization, Geneva, 111 p., 2001.
- Kumar, N., « Intellectual Property Rights, Technology and Economic Development: Experiences of Asian Countries », *RIS Discussion Paper*, n° 25, 49 p., 2002.
- Lai, E., « International Intellectual Property Rights and the Rate of Product Innovation », *Journal of Development Economics*, vol. 55, n° 1, February, pp. 133-153, 1998.
- Lanjouw, J., Cockburn, I., « New Pills for Poor People? Empirical Evidence After GATT », *World Development*, vol. 29, n° 2, February, pp. 265-289, 2001.
- Lerner, J., « 150 years of Patent Office Practice », *American Law and Economics Review*, vol. 7, n° 1, Spring, pp. 112-143, 2005.

Liotard, I., « Les droits de propriété intellectuelle, une nouvelle arme stratégique des firmes », *Revue d'Economie Industrielle*, n° 89, pp. 69-82, 1999.

MSF, *Fatal Imbalance: The Crisis in Research and Development for Drugs for Neglected Diseases*, Médecins Sans Frontières, Drugs for Neglected Diseases Working Group, Geneva, 32 p., 2001.

Mouhoud, E. M., « Division internationale du travail et économie de la connaissance », in C. Vercellone (ed.), *Sommes-nous sortis du capitalisme industriel ?*, Éditions La Dispute, Paris, pp. 121-136, 2003.

OMS, *Rapport sur la santé dans le monde : Pour un système de santé plus performant*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 237 p., 2000.

OMS, *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement*, Rapport de la Commission sur la Macroéconomie et la Santé dirigée par Sachs, J., Éditions OMS, Genève, 2002.

OMS, *Projet de budget programme 2004-2005*, n° EB111/INF.DOC./5, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 9 p., 2003.

ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de SIDA*, ONUSIDA, Genève, 96 p., 2005.

PNUD, « Le rôle du PNUD dans la lutte contre le VIH/sida », *Inforapides*, Programme des Nations Unies pour le Développement, Genève, 2 p., 2002.

Stiglitz, J., *La grande désillusion*, Fayard, Paris, 2002.

Trouiller, P., Olliaro, P., Torreele, E., Orbinski, J., Laing, R., Ford, N., « Drug Development for Neglected Diseases: A Deficient Market and a Public-Health Policy Failure », *The Lancet*, vol. 359, n° 9324, pp. 2188-2194, June 22, 2002.