

Des brevets contre des patients

Cinq ans après la Déclaration de Doha

Il y a cinq ans, les membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) signaient un accord ministériel visant à faire en sorte que les règles relatives à la propriété intellectuelle n'entravent plus les efforts des pays en développement en matière de protection de la santé publique. Depuis, cependant, peu de choses ont changé. Le prix des médicaments brevetés reste inabordable pour les populations des pays les plus pauvres. Les règles commerciales entravent toujours considérablement l'accès aux versions moins coûteuses des médicaments brevetés (les médicaments génériques). Dans les pays pauvres, la prévalence des maladies incapacitantes et potentiellement mortelles s'accroît, mais les médicaments sont tout simplement indisponibles. Il est urgent d'agir.

Résumé

Les maladies et les problèmes de santé continuent à faire des ravages dans les populations pauvres du monde entier. En 2005, environ quatre millions de nouveaux cas d'infection VIH ont été dénombrés. Les maladies non transmissibles ont provoqué une nouvelle vague de souffrances dans le monde en développement. Les pandémies, par exemple celle de la grippe aviaire, menacent sérieusement les populations, aussi bien dans les pays riches que dans les pays pauvres.

L'accès à des médicaments de bonne qualité et à un prix abordable est d'une importance capitale pour les patients des pays pauvres, qui sont davantage touchés par les maladies. La plupart des pauvres paient leurs médicaments de leur poche, ce qui signifie qu'une augmentation même minime des prix rend inabordables les médicaments qui pourraient leur sauver la vie.

A la fin des années 90, les autorités des pays en développement et les groupements de la société civile se sont de plus en plus alarmés de l'impact que les règles en matière de propriété intellectuelle, introduites par l'Accord sur les ADPIC (aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce), ont sur l'accès aux médicaments. Les règles en matière de propriété intellectuelle créent des situations de monopole sur les médicaments vendus par les entreprises pharmaceutiques multinationales, excluant du marché les médicaments génériques bon marché qui pourraient réduire les coûts des traitements de façon durable.

En réponse aux inquiétudes grandissantes du public, les gouvernements des pays en développement ont demandé à l'Organisation mondiale du commerce de mettre cet épineux problème à l'agenda d'un nouveau cycle de négociations commerciales mondiales. C'est ainsi que, le 14 novembre 2001, les membres de l'OMC ont adopté à l'unanimité la « Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique », qui stipule que les règles relatives à la propriété intellectuelle ne devraient pas empêcher les pays de protéger leur santé publique. La Déclaration affirme que les pays en développement ont le droit de mettre en place des mécanismes de sauvegarde de la santé publique afin d'encourager la concurrence des médicaments génériques, dans le but d'entraîner une réduction des prix. Elle demande même aux pays membres de faciliter l'accès aux médicaments génériques aux pays pauvres ne disposant pas de capacités de fabrication de médicaments suffisantes – une mesure connue sous le nom de « paragraphe 6, mécanisme en matière de santé publique ».

Cependant, depuis 2001, les pays riches n'ont toujours pas rempli leurs promesses. Leur attitude va de l'apathie et l'inaction à une détermination obstinée visant à affaiblir l'esprit et les intentions de la Déclaration. Les Etats-Unis, poussés par l'industrie pharmaceutique, sont particulièrement déterminés à accroître les niveaux de protection de la propriété intellectuelle dans les pays en développement.

Les Etats-Unis ont négocié de nombreux accords de libre-échange (ALE) bilatéraux et régionaux qui imposent des règles de propriété intellectuelle connues sous le nom de « ADPIC-plus », lesquelles affaiblissent ou suppriment les mécanismes de sauvegarde de la santé publique autorisés par les ADPIC. De ce fait, les médicaments brevetés bénéficient de niveaux de protection en matière de propriété intellectuelle encore plus élevés que ceux exigés par les ADPIC, ce qui retarde la mise à disposition des médicaments génériques abordables. Par ailleurs, les Etats-Unis ont également fait pression sur d'autres pays pour obtenir une meilleure protection des brevets, en les menaçant de sanctions commerciales et en exerçant des pressions dans le cadre du processus d'accession à l'OMC.

Si d'autres pays riches, et particulièrement les pays membres de l'Union européenne, n'ont pas mis en oeuvre un programme ADPIC-plus, leur inaction a laissé aux Etats-Unis le champ libre pour imposer aux pays pauvres des règles plus strictes en matière de propriété intellectuelle. Cette apathie est en contradiction avec les engagements pris par l'UE dans le cadre de la Déclaration, mais elle n'est pas surprenante car les entreprises pharmaceutiques européennes bénéficient en fait des obligations ADPIC-plus que les pays en développement doivent intégrer dans leur législation nationale afin de se conformer à leurs accords avec les Etats-Unis.

Le « paragraphe 6, mécanisme en matière de santé publique » n'a pas facilité la mise à disposition des pays pauvres ayant des capacités de fabrication de médicaments insuffisantes ou n'en disposant pas de médicaments génériques abordables. L'intransigeance des pays riches durant les négociations a créé des barrières qui rendent le mécanisme quasi impossible à mettre en œuvre et ces pays ne se pressent pas pour corriger la situation. Le Canada, le premier pays à avoir appliqué le mécanisme du paragraphe 6, l'a rendu encore plus complexe. Les Etats-Unis n'ont édicté aucune législation ; quant à l'UE, ce n'est qu'à la mi-2006 qu'elle a fini par approuver des réglementations visant à mettre en œuvre le mécanisme.

L'industrie pharmaceutique a énormément bénéficié du programme commercial des Etats-Unis. Ce programme reflète en effet les priorités de l'industrie en cherchant à éliminer ou à affaiblir les clauses de sauvegarde de l'Accord sur les ADPIC afin d'étendre les monopoles pharmaceutiques. L'industrie a également encouragé l'établissement de règles ADPIC-plus dans les pays en développement qui n'ont pas l'obligation d'augmenter leurs niveaux de protection en matière de propriété intellectuelle. Après avoir réussi à convaincre le gouvernement américain d'imposer ces règles plus strictes dans les pays en développement, l'industrie exerce à présent des pressions pour que ces règles soient mises en application, en recourant, s'il le faut, à des menaces de sanctions commerciales.

C'est le cas aux Philippines et en Inde. Ces pays n'ont pas conclu d'accord commercial ADPIC-plus et leur seule obligation est d'appliquer les normes ADPIC en matière de protection de la propriété intellectuelle. Cependant, l'entreprise pharmaceutique Pfizer s'oppose aujourd'hui au droit du gouvernement philippin d'utiliser les clauses de sauvegarde de l'Accord sur les ADPIC car elle veut étendre son monopole sur un médicament contre l'hypertension, le Norvasc. L'entreprise pharmaceutique Novartis, qui a pourtant fait des progrès bienvenus dans certains domaines en matière d'accès aux médicaments dans les pays en développement, s'attaque aux

mécanismes de sauvegarde de la santé publique de la législation indienne sur les brevets. En outre, elle est en litige pour faire appliquer un brevet portant sur un médicament anti-cancéreux, le Glivec, pour lequel des versions génériques pourraient être disponibles à un dixième du prix d'origine.

Malgré les pressions de l'industrie et des gouvernements des pays riches, beaucoup de pays en développement, soutenus efficacement par des groupements de la société civile et par certaines volontés politiques, parviennent à établir et appliquer les clauses de sauvegarde de l'Accord sur les ADPIC. En 2001, le Kenya a mis en place une loi sur la propriété intellectuelle qui a très fortement réduit les prix des médicaments antirétroviraux ; l'année dernière, les législateurs ont ajourné la discussion d'un amendement à cette loi qui aurait invalidé d'importantes clauses de sauvegarde de l'Accord sur les ADPIC. En Inde, les groupements de la société civile ont contribué à la mise en place de clauses de sauvegarde ADPIC, préservant ainsi la concurrence des génériques, laquelle est d'une importance vitale pour des millions de personnes pauvres en Inde et dans les autres pays en développement.

Malheureusement, certains pays ayant utilisé ces clauses de sauvegarde ADPIC dans le passé ont aujourd'hui cessé de les appliquer. Auparavant, pour réduire le prix des antirétroviraux, la Malaisie recourait aux licences obligatoires (lesquelles permettent aux gouvernements de temporairement passer outre un brevet et d'autoriser la production de copies génériques). Elle a maintenant cessé de défier les prix très élevés des entreprises pharmaceutiques. Les pays qui campent sur leurs positions, tels que le Kenya et l'Inde, subissent des pressions externes.

Cinq ans après la Déclaration de Doha, il est urgent de revigorer l'esprit qui a rendu cette Déclaration possible. L'épouvantable performance des pays riches et de l'industrie pharmaceutique reste l'une des principales inquiétudes des groupements de la société civile et des gouvernements des pays en développement. Afin que les populations pauvres puissent, à l'avenir, avoir accès à des médicaments bon marché, Oxfam recommande :

- que, cinq ans après l'adoption de la Déclaration de Doha, l'OMC examine l'impact de l'Accord sur les ADPIC sur les prix et la disponibilité des médicaments dans les pays en développement. Cet examen devrait être étayé par des études indépendantes réalisées par l'OMS et par d'autres organisations internationales concernées, en consultation avec les gouvernements et les groupements d'intérêt public ;
- que les Etats-Unis cessent de forcer les pays en développement à adopter des protections ADPIC-plus en matière de propriété intellectuelle via des accords commerciaux bilatéraux et régionaux, des menaces de sanctions commerciales et des pressions dans le cadre du processus d'accession à l'OMC ;
- que les pays du G8 fournissent un soutien technique, politique et économique aux pays pauvres pour les aider à établir des clauses de sauvegarde ADPIC et à résister aux règles ADPIC-plus, qu'ils encouragent les discussions dans le cadre de l'OMC pour faire en sorte que les règles en matière de propriété intellectuelle reflètent les intérêts et les besoins des pays pauvres, qu'ils fassent en sorte que le

mécanisme du paragraphe 6 (qui permet aux pays producteurs d'exporter des versions génériques de médicaments brevetés vers les pays en développement ayant des capacités de fabrication de médicaments insuffisantes ou n'en disposant pas) devienne réalisable ;

- que les pays riches intègrent le mécanisme du paragraphe 6 dans leur propre législation nationale et fournissent un soutien technique, politique et économique aux pays pauvres pour les aider à établir et appliquer des clauses de sauvegarde ADPIC et à résister aux règles ADPIC-plus ;
- que les pays en développement, y compris l'Inde, la Chine, le Brésil et l'Afrique du Sud, résistent aux règles ADPIC-plus des accords de libre-échange (ALE), empêchent l'introduction de règles ADPIC-plus dans leur législation nationale et appliquent pleinement les mécanismes de sauvegarde ADPIC afin d'assurer la production de médicaments génériques destinés à un usage national et à l'exportation vers d'autres pays en développement ;
- que les entreprises pharmaceutiques cessent de faire pression sur les gouvernements des pays riches pour que soient appliquées des règles plus strictes en matière de propriété intellectuelle dans le monde, et que ces entreprises cessent de faire pression sur les pays pauvres pour leur faire accepter des règles de propriété intellectuelle plus fermes qui menacent la santé publique ;
- que les agences spécialisées de l'ONU, telles que la CNUCED, l'OMPI et l'OMS, fournissent une aide technique indépendante et un soutien aux pays pauvres dans leurs efforts pour appliquer les clauses de sauvegarde ADPIC.

1. Introduction

En 1994, les négociateurs des Etats-Unis et des autres pays riches ont obtenu une victoire importante en faisant admettre à l'Organisation mondiale du commerce (OMC) nouvellement créée un accord global sur les droits de propriété intellectuelle. L'accord, connu sous le nom d'Accord sur les ADPIC (aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce), a forcé les autres pays à adopter un régime de propriété intellectuelle de type étasunien, et qui comporte une protection des brevets sur les médicaments étendue à 20 ans. Les arguments selon lesquels la protection de la propriété intellectuelle et les profits des monopoles qui en découlent peuvent encourager l'innovation restent discutables. Au contraire, en freinant la concurrence des copies bon marché (les médicaments génériques), la protection de la propriété intellectuelle entraîne l'augmentation du prix des médicaments, ce qui a des conséquences désastreuses pour des millions de personnes pauvres.

Alors que se mettait en place ce nouveau régime mondial en matière de propriété intellectuelle, émergeaient de nouvelles menaces pour la santé publique – en particulier l'épidémie du SIDA. Beaucoup de pays en développement ont commencé à lutter contre la crise du SIDA en fournissant à leurs citoyens des médicaments à bas prix. Certains de ces efforts ont rencontré l'opposition des entreprises pharmaceutiques, qui ont tenté de bloquer la production de génériques équivalents à des médicaments brevetés au Brésil et en Thaïlande.

L'indignation publique a été générale et les représentants commerciaux des pays en développement ont insisté pour que les conséquences sur la santé publique de l'Accord sur les ADPIC soient abordées dans le cadre des négociations plus larges du "Cycle du Développement" portant sur de nouvelles règles commerciales et lancées à Doha en 2001. Ces efforts ont débouché sur la « Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique », qui affirma que l'Accord sur les ADPIC ne devait pas empêcher les pays membres de protéger leur santé publique. La déclaration réaffirmait le droit des pays en développement à utiliser les mécanismes de sauvegarde inclus dans l'Accord sur les ADPIC afin de réduire le prix des médicaments, et ordonnait également aux membres de l'OMC de trouver une solution pour les pays ne disposant pas de capacités suffisantes pour la production de génériques.

La Déclaration de Doha est un accord légal ultérieur (à celui sur les ADPIC) sur lequel on peut se baser pour interpréter l'Accord sur les

ADPIC et pour déposer une plainte selon le Mémorandum d'accord sur le règlement des différends¹. Avant tout, il représente l'engagement politique et moral pris par tous les membres de l'OMC de s'assurer que l'Accord sur les ADPIC n'empêche pas l'accès des pauvres à des médicaments abordables.

Durant ces cinq dernières années, les crises sanitaires qui ont incité à l'adoption de la Déclaration ont empiré. Cependant, au lieu d'aider les pays en développement à mettre en œuvre la Déclaration de Doha, les pays riches, et en particulier les Etats-Unis, ont volontairement ignoré leurs engagements. Grâce à des accords de libre-échange (ALE) et à des pressions unilatérales, les Etats-Unis ont astreint les pays en développement à des normes de protection de la propriété intellectuelle toujours plus élevées, qui dépassent les exigences de l'Accord sur les ADPIC. D'autres pays riches, et notamment les pays membres de l'Union européenne, ont assisté en silence et ont récolté les bénéfices du jeu étasunien. Des entreprises pharmaceutiques ont également fait pression sur les pays en développement pour qu'ils n'aient pas recours aux flexibilités prévues dans l'Accord sur les ADPIC et adoptent des règles plus strictes sur la propriété intellectuelle.

Malgré ces pressions, quelques pays en développement, comme l'Inde, le Kenya et les Philippines, bénéficiant du fort soutien de groupements locaux de la société civile, ont pris des mesures prometteuses pour promouvoir la santé publique et faciliter l'accès à des médicaments abordables. Quoiqu'il en soit, beaucoup d'autres pays en développement n'ont pas réussi à améliorer l'accès aux médicaments indispensables, adoptant au contraire des réglementations plus strictes sur la propriété intellectuelle, lesquelles nuisent encore davantage à la santé de leurs citoyens que les normes dictées par l'Accord sur les ADPIC.

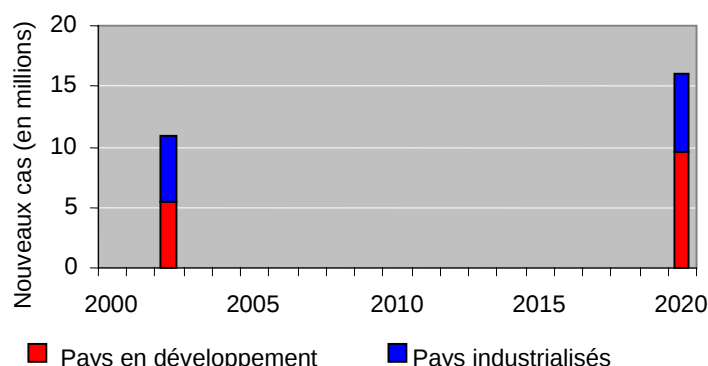
Ce rapport soutient que les problèmes énoncés dans la Déclaration de Doha n'ont pas été résolus. Les lois sur la propriété intellectuelle continuent à freiner l'accès des populations pauvres aux médicaments et la capacité des pays à faire face aux menaces sur leur santé publique. Oxfam demande que soient réaffirmés les engagements visant à défendre les droits de santé publique articulés dans la Déclaration de Doha et recommande des actions urgentes de la part des pays donateurs, des pays en développement et des entreprises pharmaceutiques.

2. Une demande urgente de médicaments abordables

En 2000, les leaders mondiaux ont fait de la santé une priorité des Objectifs du millénaire pour le Développement², reconnaissant que des investissements importants en matière de santé étaient essentiels au développement humain. Cependant, les crises sanitaires qui ont dévasté le monde en développement n'ont montré aucun signe d'essoufflement. Les maladies infectieuses continuent à tuer des millions d'enfants et de jeunes adultes³. Depuis l'adoption de la Déclaration de Doha en novembre 2001, plus de 20 millions de personnes ont été infectées par le VIH, amenant le nombre de personnes vivant avec le VIH et le SIDA à 38,6 millions⁴. D'autres maladies infectieuses, comme la tuberculose et l'hépatite C, frappent sévèrement de nombreux pays en développement, tandis que la grippe aviaire menace la vie de millions de personnes. Des maladies négligées comme la maladie du sommeil sont toujours endémiques dans les pays pauvres.

En outre, des maladies non transmissibles (MNT), autrefois considérées comme le « fléau des riches », affectent de plus en plus les populations des pays en développement. En fait, plus de 80 pour cent des décès causés par des MNT surviennent dans le monde en développement⁵. On s'attend à ce que les taux de cancer doublent entre 2002 et 2020 et à ce que 60 pour cent d'entre eux touchent des pays en développement (graphique 1)⁶. De plus, les cas de diabète sont passés de 30 millions à 230 millions au cours des deux dernières décennies et la plupart des nouveaux cas touchent le monde en développement⁷.

Graphique 1 : Projection des nouveaux cas de cancer jusqu'en 2020



Source: OMS

En plus de causer la maladie et la mort, les MNT handicapent économiquement et socialement les populations pauvres, car le traitement exige des dépenses à vie en médicaments, et la charge des soins échoit le plus souvent aux femmes.

Pour améliorer les conditions sanitaires des pays en développement, la communauté internationale et les gouvernements nationaux doivent mener des actions sur de nombreux fronts. L'insuffisance du financement et des capacités, les services de santé payants et le manque d'infrastructures et de personnel sanitaires restent des obstacles majeurs à l'accès des populations pauvres aux soins nécessaires. La communauté internationale et les gouvernements nationaux doivent d'urgence améliorer l'offre en soins de santé⁸.

Quoiqu'il en soit, la communauté internationale ne pourra atteindre ses objectifs si elle ne parvient pas à gérer les problèmes causés par le prix élevé des médicaments brevetés, problèmes qui empêchent des millions de personnes dans les pays en développement de bénéficier d'un traitement.

L'achat de médicaments représente pour les populations des pays pauvres la part la plus importante des dépenses de santé. Les dépenses en médicaments se situent entre 10-20 pour cent des dépenses de santé dans les pays les plus riches et 20-60 pour cent dans les pays les plus pauvres⁹.

Contrairement à beaucoup de pays riches, la plupart des pays en développement ne disposent pas d'une assurance santé universelle. A travers l'Asie, les médicaments représentent 20 à 80 pour cent des frais de santé payés de la poche des patients¹⁰. Au Pérou, où 70 pour cent des médicaments sont payés directement, 52 pour cent seulement de la population dispose d'une assurance santé, et ceux qui en sont exclus vivent pour la plupart au-dessous du seuil de pauvreté¹¹.

3. La Déclaration de Doha : les patients avant les brevets

Des millions de femmes et d'hommes dans les pays en développement font de grands sacrifices pour acheter les médicaments dont eux-mêmes ou leurs familles ont besoin. Le coût des soins de santé, en particulier des médicaments, les mène souvent à la pauvreté. Le principal mécanisme ayant fait ses preuves pour réduire le prix des médicaments est la concurrence des génériques. En Colombie, où les génériques alimentent les deux-tiers du marché national, le prix des génériques représente en moyenne le quart du prix des équivalents brevetés¹². Mais les lois sur la propriété intellectuelle contenues dans l'Accord sur les ADPIC restreignent la concurrence des génériques, ce qui a pour effet, dans les pays en développement, de maintenir les nouveaux médicaments hors de la portée de tous, hormis celle d'une petite élite (encadré 1).

Encadré 1 : Comment les lois sur les brevets ont affecté les prix des médicaments au Mexique

En 1993, le Mexique a signé l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) avec les Etats-Unis et le Canada. Dans le cadre de l'ALENA, le Mexique a adopté des lois sur la propriété intellectuelle presque identiques à celles ultérieurement introduites par l'accord sur les ADPIC. Jusqu'en 1999, les prix des médicaments au Mexique étaient à peu près les mêmes que dans les pays européens, et dépassaient même les prix moyens français et canadiens¹³. Pourtant, le revenu par habitant au Mexique était inférieur au tiers du revenu par habitant de l'Union européenne et, en 2000, environ 20 pour cent de la population gagnait moins de deux dollars par jour¹⁴. Ainsi, « la consommation par personne (de médicaments) au Mexique était considérablement inférieure », ce qui « confirme que ces médicaments sont inabordables pour la plupart des gens »¹⁵.

L'Accord sur les ADPIC constitue la seule vraie grande avancée de la protection de la propriété intellectuelle dans l'histoire. Pour apaiser les préoccupations des pays en développement, l'Accord établissait que les pays pouvaient adopter des mesures protégeant la santé publique, promouvoir l'intérêt public, et prévenir l'abus des lois sur la propriété intellectuelle. Ces mesures, appelées « clauses de sauvegarde de la santé publique », permettent aux pays d'obtenir des médicaments brevetés meilleur marché ou des génériques équivalents aux médicaments brevetés (encadré 2). L'importance de ces clauses de sauvegarde a récemment été réaffirmée par Pascal Lamy, l'actuel Directeur Général de l'OMC, qui remarquait que « [ces clauses de sauvegarde] peuvent être très utiles pour sauver des vies et faire en sorte que plus de gens puissent s'offrir un traitement

médical »¹⁶. De plus, les pays disposent de flexibilités pour déterminer les cas dans lesquels ils appliquent les clauses de sauvegarde. L'Accord sur les ADPIC offre également aux pays en développement une « période de transition » permettant une mise en œuvre plus tardive.

Encadré 2 : Quelques clauses de sauvegarde de la santé publique de l'Accord sur les ADPIC

L'importation parallèle (Article 6) permet aux pays d'importer un produit breveté commercialisé à plus bas prix dans un autre pays. Les licences obligatoires et l'usage gouvernemental (Article 31) permettent aux gouvernements de temporairement passer outre un brevet et d'autoriser la production de génériques équivalents à des médicaments dans l'intérêt public. Ces clauses sont définies de façon très générale et sont laissées à la discrétion de chaque pays. La « provision Bolar » permet les tests et l'approbation légale de versions génériques d'un médicament avant l'expiration du brevet, afin que des copies génériques puissent être disponibles immédiatement après l'expiration du brevet.

A la fin des années 1990, l'épidémie du SIDA a montré combien il est nécessaire de mettre en place des lois flexibles sur la propriété intellectuelle, ainsi que d'augmenter les investissements dans l'offre de soins de santé.

En 2001, grâce aux flexibilités de la loi indienne sur les brevets (l'Inde n'a mis en œuvre l'Accord sur les ADPIC qu'en 2005), les producteurs indiens de génériques ont pu commercialiser des médicaments antirétroviraux (ARV) beaucoup moins chers que ceux des entreprises multinationales : 360\$ par patient et par année, contre 10.000\$ par patient et par année. Par la suite, les prix ont encore chuté, pour atteindre le prix actuel de 136\$ par patient et par année. Grâce à cette baisse des prix des ARV, encouragée par la concurrence des génériques, le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement a augmenté de manière significative, atteignant 1,6 million en 2006 dans les pays en développement¹⁷. En outre, les traitements contre le VIH et le SIDA ont été simplifiés grâce aux efforts des producteurs de génériques indiens. Avant l'application de l'Accord sur les ADPIC en Inde, ces fabricants ont pu combiner trois ARV de première ligne dans un seul comprimé. Ces « combinaisons à dose fixe » (CDF) aident le patient à se conformer aux exigences du traitement, et sont maintenant la norme pour les programmes de traitement en Afrique.

Pourtant, en parallèle, les pays riches, poussés par l'industrie pharmaceutique, ont tenté d'empêcher les pays en développement d'utiliser les clauses de sauvegardes de l'Accord sur les ADPIC pour améliorer l'accès aux médicaments. En 1997, l'Afrique du Sud a

adopté le « Medicine Act » pour promouvoir l'accès à des médicaments abordables. En réponse, les entreprises pharmaceutiques ont intenté un procès contre l'Afrique du Sud et les Etats-Unis ont fait peser une pression énorme sur l'Afrique du Sud pour la faire céder. Au même moment, les Etats-Unis ont déposé une plainte à l'OMC, s'opposant à une loi brésilienne qui permettait à des fabricants locaux de produire des médicaments brevetés si les multinationales ne les fabriquaient pas localement. Cela a causé un tollé général et mondial. Finalement, les entreprises pharmaceutiques ont abandonné le procès contre l'Afrique du Sud et les Etats-Unis ont retiré leur plainte à l'OMC.

Les immenses difficultés auxquelles font face les gouvernements des pays en développement qui tentent d'offrir des médicaments indispensables à leurs citoyens mettent sérieusement en question la pertinence de hauts niveaux de protection de la propriété intellectuelle dans les pays en développement. Les gouvernements de ces pays et des groupements de la société civile, dont Oxfam, ont fait pression sur les pays du Nord pour qu'ils réduisent le déséquilibre mondial créé par les lois sur la propriété intellectuelle. En résultat, l'Accord sur les ADPIC et la santé publique ont été des sujets-clés de l'ordre du jour de la quatrième Conférence ministérielle de l'OMC à Doha, au Qatar, en novembre 2001, conférence durant laquelle les membres de l'OMC ont lancé le « Cycle de Doha » de négociations commerciales « sur le Développement ».

Ces négociations étaient sensées être « pro-développement », dans la mesure où elles devaient répondre aux préoccupations croissantes des pays en développement quant aux lois commerciales mondiales, notamment sur l'impact de l'accord sur les ADPIC sur l'accès aux médicaments. De cette rencontre, émergea la Déclaration de Doha, qui fut unanimement approuvée par les Etats-membres de l'OMC. L'engagement d'aborder l'impact de l'Accord sur les ADPIC sur la santé publique, de même que les politiques agricoles des pays riches, était fondamental pour convaincre les pays en développement réticents d'accepter un nouveau cycle de négociations.

4. En quoi la Déclaration de Doha profite-t-elle à la santé publique?

La Déclaration de Doha a reconnu de manière univoque et clairement stipulé que l'Accord sur les ADPIC ne doit pas empêcher les Etats-membres de l'OMC de prendre des mesures pour protéger leur santé publique (encadré 3).

Encadré 3 : La Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la Santé Publique

L'article 4 de la Déclaration déclare: « Nous convenons que l'Accord sur les ADPIC n'empêche pas et ne devrait pas empêcher les Membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique. En conséquence, tout en réitérant notre attachement à l'Accord sur les ADPIC, nous affirmons que ledit Accord peut et devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des Membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments. À ce sujet, nous réaffirmons le droit des Membres de l'OMC de recourir pleinement aux dispositions de l'Accord sur les ADPIC qui ménagent une flexibilité à cet effet. »

En particulier, la Déclaration reconnaît le besoin légitime des pays de prendre des mesures pour réduire le prix des médicaments, notamment en utilisant les clauses de sauvegarde de l'Accord sur les ADPIC. La Déclaration reconnaît également que les Etats-membres de l'OMC doivent rapidement trouver une solution pour que les pays en développement ne disposant pas de capacités de production de médicaments suffisantes ou n'en disposant pas, puissent importer des versions génériques de médicaments brevetés grâce à la licence obligatoire. Ceci vient du fait que l'Accord sur les ADPIC affirmait que les licences obligatoires concernaient avant tout le marché intérieur, ce qui impliquait que les pays pauvres ne disposant pas des capacités de production nécessaires ne pouvaient pas s'adresser à d'autres pays pour se procurer des médicaments. Finalement, la Déclaration a prolongé la « période de transition » pour les pays les moins avancés jusqu'en 2016, sans préjudice du droit des pays les moins avancés de demander d'autres prorogations.

Bien que la Déclaration soit un outil prometteur pour atténuer les effets néfastes des lois sur la propriété intellectuelle, les pays riches et les entreprises pharmaceutiques se sont appliqués à saper son potentiel ces cinq dernières années.

5. Infractions et inaction : le bilan des pays riches

Depuis 2001, l'attitude des pays riches est allée de l'apathie et l'inaction à une pure et simple détermination à saper la Déclaration de Doha. Les Etats-Unis, sous l'influence des entreprises pharmaceutiques, sont tout particulièrement coupables d'imposer des normes plus élevées en matière de protection de la propriété intellectuelle (les règles ADPIC-plus). Ces règles violent l'engagement étasunien de Doha et empêchent les pays en développement d'utiliser les clauses de sauvegarde pour protéger leur santé publique. Les Etats-Unis ont mené ce programme au travers d'accords commerciaux bilatéraux et régionaux, lors de négociations d'adhésion à l'OMC, et par d'autres formes de pression unilatérale. Les autres pays riches n'ont pas fourni le soutien politique, économique ou technique nécessaire aux pays en développement pour édicter et appliquer activement les clauses de sauvegarde de l'Accord sur les ADPIC. De plus, les pays riches ont collectivement échoué à rendre la licence obligatoire utilisable pour les pays ayant des capacités de fabrication insuffisantes.

Le programme ADPIC-plus étasunien

Dans leurs négociations commerciales avec les pays en développement, les Etats-Unis ont vigoureusement défendu les intérêts commerciaux des entreprises pharmaceutiques. Par exemple, le Bureau du Représentant des États-Unis pour les questions commerciales internationales (USTR) a annoncé une réorganisation interne pour refléter « nos efforts pour mieux soutenir les innovations étasuniennes vitales, y compris celles de l'industrie pharmaceutique »¹⁸. Récemment, l'administration Bush a tenté d'empêcher que le personnel de l'Organisation Mondiale de la Santé engage ou publie des recherches ou des déclarations critiquant l'impact de la politique commerciale étasunienne sur la santé publique¹⁹. Les Etats-Unis cherchent à harmoniser les lois sur la propriété intellectuelle dans le monde, à un niveau égal ou supérieur à celui de la loi étasunienne, qui est plus stricte que l'accord sur les ADPIC²⁰.

La position du gouvernement étasunien n'est pas surprenante, compte tenu de la collusion entre les entreprises pharmaceutiques et l'USTR. Actuellement, 20 représentants de l'industrie pharmaceutique siègent dans les comités consultatifs de l'USTR²¹. De plus, l'USTR a différé à plusieurs reprises la désignation, prévue par

la loi fédérale, de représentants de la santé publique auprès des comités consultatifs de l'industrie²². Une action en justice a été engagée auprès de la cour fédérale étasunienne pour contraindre l'USTR à se conformer à ses obligations. Cette action en justice a également amené la Chambre des Représentants à adopter une législation qui refuse tout financement de la part de ces comités consultatifs tant qu'une action appropriée n'a pas été menée²³.

L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la position du gouvernement étasunien en matière de droits de propriété intellectuelle dans les pays en développement est particulièrement évidente lorsqu'on compare les études annuelles de l'USTR sur les règles de propriété intellectuelle dans les autres pays et celles de l'association des chercheurs et des fabricants de produits pharmaceutiques américaine (PhRMA). L'étude annuelle gouvernementale, appelée rapport « Special 301 », est mandatée par la loi américaine sur le commerce (US Trade Act) et oblige l'USTR à évaluer si les normes de protection de la propriété intellectuelle dans les autres pays sont conformes au niveau de protection prôné par les Etats-Unis. Ce rapport adresse des mises en garde aux pays dont les normes sont inférieures aux standards étasuniens, et ces mises en garde incluent des menaces de sanctions commerciales. Un grand nombre de recommandations de l'étude PhRMA et du rapport « Special 301 » sont soit identiques, soit présentent une ressemblance frappante.

Accords de libre-échange bilatéraux et régionaux (ALE)

Bien que les Etats-Unis aient adopté la Déclaration de Doha en 2001, leur politique commerciale n'a jamais vraiment changé. Au contraire, les Etats-Unis ont choisi d'utiliser d'autres voies pour s'assurer que les niveaux les plus stricts de protection de la propriété intellectuelle soient imposés dans le monde entier.

En 2002, lorsqu'il a donné à l'USTR autorité pour négocier des ALE, le Congrès a exigé de l'USTR qu'il « respecte la Déclaration [de Doha] sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique »²⁴. Cependant, tous les ALE signés ou en cours de négociation ignorent les obligations fondamentales de la Déclaration, car ils maintiennent ou imposent de hauts niveaux de protection de la propriété intellectuelle qui restreignent encore davantage la concurrence des génériques²⁵, et ce malgré le fait que beaucoup des partenaires commerciaux des Etats-Unis sont des pays en développement comptant des millions d'habitants pauvres, incapables de s'offrir des médicaments chers²⁶.

Les ALE contiennent les règles ADPIC-plus suivantes:

- Elargir le champ des brevets pharmaceutiques, y compris à de nouvelles indications (nouveaux usages de médicaments existants) et formulations ;
- Accroître la protection des données d'essais cliniques, en fournissant une exclusivité commerciale d'au moins cinq ans pour ces données (connue sous le nom d' « exclusivité des données »)²⁷ ;
- Limiter les motifs d'octroi de licences obligatoires aux cas d'urgence, à l'utilisation publique à des fins non commerciales, et aux cas de pratiques anticoncurrentielles ;
- Faire obstacle au commerce parallèle de médicaments brevetés vendus moins chers ailleurs ;
- Etendre le monopole des brevets par des délais administratifs des offices des brevets et des autorités de surveillance des médicaments ;
- Lier l'enregistrement d'un médicament au statut du brevet (le « patent linkage »), en empêchant l'enregistrement et la vente de génériques pendant la durée d'un brevet ;
- Faire respecter les lois sur les violations de brevets et garantir aux compagnies pharmaceutiques leur droit à défendre leurs investissements par des actions en justice, y compris dans les cas de licences obligatoires accordées sans prévoyance ;
- Empêcher les oppositions à des brevets non encore octroyés, et rendre plus difficile la révocation de brevets invalides.

Les conséquences des ALE ADPIC-plus sur la santé publique

Les ALE signés entre les Etats-Unis et les pays en développement auront de graves conséquences sur la santé et le bien-être des populations de ces pays. Les études confirment que si les ALE avec les pays en développement sont mis en application, le prix des nouveaux médicaments augmentera et demeurera plus élevé sur le long terme, ce qui pourra avoir des effets dévastateurs pour les populations pauvres. La Colombie et le Pérou, par exemple, ont récemment conclu la négociation d'un ALE avec les Etats-Unis. Ces deux ALE comportent des règles sévères de type ADPIC-plus, notamment l'extension de la durée des brevets, l'exclusivité des données, et la dépendance entre brevet et enregistrement (« patent linkage ») (encadré 4).

Les prix plus élevés des médicaments menacent également la viabilité financière de programmes de santé du secteur public. Une étude récente de la Banque mondiale prévoit qu'un ALE potentiel entre les Etats-Unis et la Thaïlande compromettrait gravement le programme national thaïlandais de traitement du VIH et du SIDA, lequel fournit des soins (dont des ARV) à 80.000 Thaïlandais et a pour objectif de toucher tous les malades²⁸.

Avec le temps, certains patients traités avec des ARV de première ligne développent des résistances médicamenteuses ou souffrent d'effets secondaires et doivent se tourner vers des ARV de deuxième ligne brevetés, qui coûtent environ 15 fois plus cher que les traitements génériques de première ligne (6.737\$ contre 482\$)²⁹. La licence obligatoire permet au gouvernement thaïlandais de fabriquer des ARV génériques de deuxième ligne ou de négocier des prix plus bas, une tactique qu'a souvent utilisée le gouvernement brésilien. L'octroi d'une licence obligatoire pour des médicaments de deuxième ligne serait cohérent avec l'Accord sur les ADPIC et la Déclaration de Doha, et selon la Banque mondiale, réduirait de façon significative les contraintes budgétaires thaïlandaises futures en matière de traitement des séropositifs (tableau 1)³⁰. Un ALE limiterait drastiquement l'usage de la licence obligatoire et compromettrait la viabilité du programme.

Tableau 1 : Le poids à long terme des ALE sur l'accès à des médicaments abordables en Colombie, au Pérou et en Thaïlande

ALE concerné	Source	Impact sur la Santé Publique
ALE Etats-Unis - Colombie	Organisation Panaméricaine de la santé (PAHO) ³¹ (2005)	D'ici à 2020, le système de santé colombien paierait 940 millions de dollars supplémentaires par année pour couvrir les coûts des médicaments, et environ 6 millions de patients n'auraient aucun accès aux médicaments par le biais du système de santé.
ALE Etats-Unis - Pérou	Ministère péruvien de la Santé ³² (2005)	Les prix des médicaments augmenteraient de 9,6 pour cent environ la première année, de 100 pour cent en 10 ans et de 162 pour cent en 18 ans. En 10 ans, le Pérou ferait face à une dépense supplémentaire en médicaments de 199,3 millions de dollars - dont 110 millions de dollars seraient à la charge des ménages péruviens.
ALE Etats-Unis - Thaïlande	Banque mondiale ³³ (2006)	La licence obligatoire, menacée par l'ALE, pourrait en cas de non-signature réduire le coût des ARV de 2 ^{ème} ligne – dont la plupart des patients auront un jour besoin – de 90 pour cent. Cela représenterait une économie de 3,2 milliards de dollars sur 20 ans pour le budget national de santé thaïlandais ³⁴ .

L'USTR prétend que des « accords parallèles » de santé publique, inclus dans certains ALE, permettraient aux pays en développement de prendre les mesures nécessaires pour protéger leur santé publique. Un accord parallèle est un « protocole d'accord » signé par les Etats-Unis et son partenaire commercial, qui clarifie la compréhension mutuelle des parties de certaines dispositions du texte de l'ALE. Pourtant, ces accords parallèles ne limitent pas les règles ADPIC-plus du texte principal, puisqu'ils ne constituent pas des exceptions légalement contraignantes aux obligations contenues dans l'ALE³⁵.

Les autres formes de pression étasuniennes

En sus des ALE, les Etats-Unis exercent d'autres formes de pression sur les pays en développement pour qu'ils adoptent des niveaux de protection de la propriété intellectuelle plus élevés. Cela inclut

notamment le suivi des lois sur la propriété intellectuelle dans les pays étrangers par rapport aux normes étasuniennes (rapport Special 301) et l'introduction de règles ADPIC-plus dans le cadre du processus d'adhésion à l'OMC.

a) Les rapports Special 301

Les Etats-Unis continuent d'exercer une pression unilatérale sur les pays pauvres grâce au processus « Special 301 », un rapport annuel qui évalue la protection de la propriété intellectuelle dans les autres pays. Si un pays ne répond pas aux normes étasuniennes, il peut être placé sur la Liste de Haute Surveillance (Priority Watch List), ce qui signifie qu'il peut s'attendre à des sanctions commerciales unilatérales. Déjà équipés des ALE qui contraignent légalement les pays étrangers à des dispositions ADPIC-plus, les Etats-Unis et les entreprises pharmaceutiques peuvent maintenant user du processus « Special 301 » comme d'un outil supplémentaire pour imposer les règles strictes ADPIC-plus.

Les Etats-Unis ont ainsi lancé un examen Special 301 du Chili en mai 2006. Le Chili a signé un ALE avec les Etats-Unis en 2003, qui l'oblige à adopter les règles ADPIC-plus, notamment le « patent linkage » et l'exclusivité des données. Mais comme le Chili a interprété ces engagements d'une façon qui déplaît à l'industrie pharmaceutique, la même industrie a recommandé à l'USTR de placer le Chili sur la Liste de Haute Surveillance Special 301³⁶. Le statut du Chili est actuellement en cours d'examen par l'USTR.

Les Etats-Unis ont aussi utilisé le processus Special 301 pour faire pression sur des pays afin de mettre unilatéralement en œuvre des règles ADPIC-plus. En 2006, les Etats-Unis ont placé l'Inde sur la Liste de Haute Surveillance Special 301, car elle ne garantissait pas le droit au monopole pour les données d'essais cliniques (exclusivité des données), droit qui aurait accordé au détenteur du brevet cinq ans d'exclusivité à la commercialisation³⁷. Certaines entreprises pharmaceutiques ont également fait pression sur le gouvernement indien³⁸. Et ceci alors même que la législation indienne est conforme à l'Accord sur les ADPIC. Elle autorise l'autorité indienne de surveillance des médicaments à utiliser les données cliniques du détenteur du brevet pour approuver rapidement des médicaments génériques.

Un comité indien intergouvernemental a revu la loi sur les données des essais, mais n'a pas fait de recommandations fermes.³⁹ Une proposition législative est attendue devant le Parlement⁴⁰.

L'adoption de l'exclusivité des données réduirait la concurrence des génériques et annihilerait la possibilité des Indiens pauvres d'accéder

à des médicaments abordables. Ainsi, par exemple, la Colombie a accordé en 2002 l'exclusivité des données pour les essais cliniques. En résultat, les chercheurs estiment que, d'ici à 2020, la Colombie devra faire face à une dépense supplémentaire de 535 millions de dollars pour l'achat de médicaments n'ayant pas d'équivalent générique. En outre, au moins 86 formules et applications de médicaments n'ont pas d'équivalent générique à cause de l'exclusivité des données⁴¹. En plus d'empêcher l'accès national à des médicaments génériques, l'introduction de l'exclusivité des données en Inde affecterait les millions de personnes pauvres vivant dans les pays les moins avancés qui dépendent actuellement des génériques indiens, notamment des ARV. Des études récentes ont montré que la production d'ARV génériques comme l'atazanavir et le ritonavir thermostable pourrait être compromise dans le cas d'une mise en application du régime d'exclusivité des données⁴². Les entreprises indiennes restent une source essentielle pour les ARV abordables ; même le programme mondial étasunien de lutte contre le SIDA et le VIH, le « Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis contre le SIDA » (PEPFAR), achète et distribue des ARV fabriqués par des producteurs de génériques indiens⁴³.

Enfin, l'exclusivité des données interdit la concurrence de génériques pour une période déterminée ou exige des fabricants de génériques de répéter les essais cliniques, ce qui n'est pas éthique dans la mesure où certains patients recevraient des placebos alors que l'innocuité et l'efficacité du médicament testé ont déjà été établies.

b) Adhésions à l'OMC

Les pays adhérant à l'OMC doivent se conformer aux règles de l'organisation. De plus, des pays-membres peuvent demander des concessions supplémentaires, qui souvent dépassent leurs propres obligations à l'OMC. Sans le soutien de pays comme les Etats-Unis, l'entrée à l'OMC est impossible, car elle requiert l'accord de tous les membres. Le processus d'adhésion comprend des négociations bilatérales confidentielles avec les pays riches, durant lesquelles les pays candidats sont pressés de remplir des obligations allant au-delà de celles convenues par l'OMC (« OMC-plus ») dans de nombreux domaines, y compris la propriété intellectuelle.

Depuis l'adoption de la Déclaration de Doha, les Etats-Unis ont utilisé le processus d'adhésion pour forcer des pays candidats pauvres à renoncer à leurs droits définis dans l'Accord sur les ADPIC. Par exemple, les Etats-Unis ont utilisé ce processus pour forcer le Népal et le Cambodge à renoncer à la période de transition permettant aux pays les moins avancés de différer jusqu'en 2016

l'adoption d'une protection de la propriété intellectuelle pour les médicaments⁴⁴. Seule la résistance concertée des négociateurs commerciaux cambodgiens a permis au Cambodge de bénéficier de cette période de transition et d'autres clauses de sauvegarde⁴⁵.

Le même procédé pourrait forcer d'autres pays négociant actuellement leur adhésion à l'OMC à accepter des règles ADPIC-plus, par exemple le Vietnam, l'Ethiopie et le Laos.

L'indifférence des autres pays riches

Il n'y a eu que peu de déclarations publiques de la part de chefs d'Etat d'autres pays riches décrivant la politique ADPIC-plus menée par les Etats-Unis. Durant la Conférence mondiale sur le SIDA de 2004, le Président français Jacques Chirac a tourné les Etats-Unis en dérision, les accusant d'« exercer un chantage sur les pays en voie de développement pour qu'ils abandonnent leur droit à fabriquer des médicaments génériques anti-VIH plus économiques, en échange d'accords de libre échange »⁴⁶. Le Royaume-Uni a réaffirmé l'importance des clauses de sauvegarde de l'Accord sur les ADPIC dans de nombreux rapports gouvernementaux de haut niveau, dont les rapports de la Commission sur l'Afrique et de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique (CIPHI). Pourtant, dans l'ensemble, les pays riches ont tranquillement consenti à l'action des Etats-Unis, laissant les pays pauvres sans soutien ni levier pour résister à une protection plus forte de la propriété intellectuelle.

Les autres pays riches préfèrent peut-être ne pas interférer dans l'ordre du jour commercial étasunien car leurs propres entreprises pharmaceutiques retirent des bénéfices des règles ADPIC-plus. Bien que PhRMA soit un groupe industriel étasunien, on compte parmi ses membres des filiales étasuniennes d'entreprises européennes comme Glaxo-Smith Kline (Royaume-Uni), Sanofi-Aventis (France) et Bayer (Allemagne)⁴⁷. De plus, lorsque les pays en développement négocient des règles ADPIC-plus dans le cadre d'un ALE, ils doivent modifier leurs lois nationales sur la propriété intellectuelle pour mettre en pratique les conditions ADPIC-plus. Ainsi, toutes les entreprises pharmaceutiques vendant des médicaments dans un pays en développement, y compris les entreprises européennes, profitent de ces changements, simplement en « surfant sur la vague » des efforts étasuniens pour introduire les règles ADPIC-plus.

Les échecs relatifs au paragraphe 6 “Mécanisme en matière de Santé Publique”

L'un des objectifs de la Déclaration de Doha était de trouver une solution permettant aux pays ayant des capacités de fabrication insuffisantes ou n'en disposant pas dans le secteur pharmaceutique d'importer des médicaments génériques sous licence obligatoire. L'intransigeance des pays riches durant les négociations créa des barrières et des obstacles administratifs qui empêchèrent presque toute solution au problème⁴⁸. Bien que le Directeur Général de l'OMC ait parlé, au sujet du mécanisme du paragraphe 6, d'un « accord historique » qui « prouve une fois pour toutes que [l'OMC] peut traiter de questions humanitaires aussi bien que de questions commerciales »⁴⁹, les ONG, dont Oxfam, ont taxé ce mécanisme de « cadeau empoisonné »⁵⁰.

Jusqu'à maintenant, ce mécanisme n'a pas produit les résultats escomptés. Selon un rapport récent du Conseil des ADPIC, aucun membre admissible n'a encore notifié à l'OMC sa volonté d'utiliser le système créé pour mettre en place le mécanisme⁵¹. Pour les pays importateurs potentiels, c'est probablement en raison de la complexité du processus, du manque de capacités techniques, et de la crainte de représailles. En revanche, ces pays semblent avoir jusqu'à présent recouru à des donations ad hoc, aux importations non notifiées ou à d'autres clauses de sauvegarde, comme l'importation parallèle.

De leur côté, les pays riches ne semblent pas pressés de faire fonctionner la résolution. Beaucoup ont traîné dans la mise en application de l'accord, et aucun n'a réussi à utiliser le mécanisme pour exporter des médicaments vers des pays ayant des capacités de fabrication insuffisantes ou n'en disposant pas. Les Etats-Unis n'ont pas édicté de législation de mise en œuvre de la résolution⁵², tandis que l'Union européenne n'a approuvé les lois mettant en œuvre cette résolution qu'à la mi-2006⁵³.

Les pays riches qui ont mis la loi en application l'ont rendue plus compliquée encore. Malgré les efforts des groupements de la société civile et des fabricants de génériques, le Canada a mis la décision en application et l'a rendue « impraticable » selon Médecins Sans Frontières, qui a essayé pendant deux ans d'exporter des ARV génériques sous la législation canadienne⁵⁴.

L'incapacité du paragraphe 6 à apporter une solution pour rendre les médicaments accessibles met sérieusement en cause la légitimité de l'OMC. L'actuel Directeur Général de l'OMC commence à peine à reconnaître la faiblesse de cette résolution⁵⁵. Le scepticisme de la

société civile à l'égard du paragraphe 6 est partagé par la plupart des pays. Jusqu'en octobre 2006, seuls trois pays, les Etats-Unis, la Suisse et le Salvador, avaient formellement accepté la résolution⁵⁶.

6. Une campagne acharnée : le bilan des entreprises pharmaceutiques

Les entreprises pharmaceutiques n'ont pas interprété la Déclaration de Doha comme un signal montrant qu'il fallait cesser de chercher à durcir les lois sur la propriété intellectuelle dans les pays en développement ; au contraire, elles y virent le signal qu'il fallait changer de tactique.

Un durcissement des lois sur la propriété intellectuelle aux justifications chancelantes

L'industrie pharmaceutique avance deux raisons principales pour lesquelles une plus forte protection de la propriété intellectuelle bénéficierait aux pays pauvres : d'abord qu'une réglementation en la matière encourage le développement de nouveaux médicaments, ensuite qu'elle permet à l'industrie de récupérer ses investissements importants en recherche et développement (R&D).

Si la protection en matière de propriété intellectuelle peut être une méthode pour promouvoir l'innovation dans les pays riches, cette réglementation ne la stimule pas en ce qui concerne les pays pauvres. Bien au contraire – entre 1975 et 2004, seules 21 des 1556 nouvelles formulations chimiques commercialisées visaient des maladies de pays pauvres, comme la malaria ou la bilharzia⁵⁷.

De plus, les immenses retours financiers liés à la protection de la propriété intellectuelle semblent avoir fait naître une mentalité de rentier dans le secteur pharmaceutique, plutôt qu'un élan innovateur. En fait, la majorité des recherches menées par l'industrie tendent à élaborer des versions similaires mais plus chères de médicaments existants (les médicaments « me-too » – « moi aussi », apportant peu d'améliorations thérapeutiques) ou des extensions de monopole pour des usages nouveaux d'anciens médicaments⁵⁸. Ces médicaments sont rarement innovants : 15 pour cent seulement des demandes d'autorisation soumises à la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis de 1989 à 2000 ont été répertoriées comme des améliorations cliniques de produits déjà commercialisés⁵⁹.

En réalité, le rôle de promotion de la recherche joué par les réglementations en matière de propriété intellectuelle laisse

sceptique. Pour beaucoup de médicaments innovants, les activités de recherche dépendent des contributions substantielles de la recherche publique. Un rapport de 2000 du Congrès des Etats-Unis a déclaré que sur 21 médicaments innovants introduits entre 1965 et 1992, 15 avaient été développés grâce à des connaissances ou à des techniques dérivées de la recherche publique fédérale⁶⁰.

Même lorsque les entreprises pharmaceutiques ont obtenu une protection plus forte de la propriété intellectuelle dans les pays pauvres, le marché n'y est pas assez lucratif pour encourager ces entreprises à diriger leur R&D vers des médicaments qui profiteraient en premier lieu aux pays en développement⁶¹. Près de 90 pour cent des ventes pharmaceutiques sont réalisées en Amérique du Nord, dans l'Union européenne et au Japon, le reste étant réalisé dans l'ensemble des autres pays⁶². Aucune protection en matière de propriété intellectuelle ne fera des femmes et des hommes d'Afrique une cible lucrative pour l'industrie pharmaceutique.

Bien qu'elle ne produise pas beaucoup de médicaments innovants, l'industrie pharmaceutique est l'une des plus rentables, avec un retour moyen annuel sur l'investissement de 19 pour cent, comparé aux 5 pour cent de moyenne des cinq cent plus riches compagnies au monde du classement Fortune 500⁶³. Malgré les plaintes des entreprises pharmaceutiques quant à leurs dépenses en R&D, les chiffres de 2004 montrent qu'elles n'y ont consacré en moyenne que 14 pour cent de leurs revenus, contre 32 pour cent en marketing et en administration⁶⁴. Ce chiffre comprend, notamment, près de 25 milliards de dollars par année en suppléments sur papier glacé dans des magazines⁶⁵.

De l'influence à la tyrannie

Le travail d'influence sur le gouvernement étasunien pour qu'il impose les règles ADPIC-plus a permis aux entreprises pharmaceutiques de récolter d'importants bénéfices. Ces entreprises font maintenant respecter leurs « droits » nouvellement établis dans les salles d'audience des pays en développement. Ainsi, alors que le Chili est soumis à un examen Special 301, son gouvernement doit aussi faire face à des injonctions émises par les entreprises pharmaceutiques qui cherchent à faire respecter leur interprétation des obligations de « patent linkage » adoptées dans le cadre de l'ALE Etats-Unis - Chili⁶⁶. Même dans les pays n'ayant pas signé d'ALE avec les Etats-Unis, ces entreprises tentent de faire respecter les règles ADPIC-plus (encadré 4).

Encadré 4 : La tentative de Pfizer d'imposer les règles ADPIC-plus aux Philippines

Huit millions de Philippins souffrent d'hypertension, et les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de mortalité du pays⁶⁷. Le Norvasc, un médicament contre l'hypertension produit par Pfizer, est absurdement cher aux Philippines, en comparaison avec les pays voisins. Comme la plupart des Philippins payent directement leurs médicaments, tout supplément peut être financièrement dévastateur. Anticipant l'expiration du brevet du Norvasc à la mi-2007, l'autorité de surveillance des médicaments philippine a importé des versions meilleur marché du médicament, afin d'établir une bioéquivalence entre les deux versions. Cette pratique, connue sous le nom d'« approbation réglementaire », est légale selon la provision Bolar et facilite l'approbation de commercialisation et la mise sur le marché d'équivalents abordables dès le premier jour d'expiration du brevet (car l'approbation de commercialisation peut prendre 18 mois). La provision Bolar est cohérente avec l'Accord sur les ADPIC et la législation philippine et elle est utilisée dans d'autres pays, dont les Etats-Unis et le Canada. Pourtant, Pfizer a intenté une action en justice contre le gouvernement philippin ; ses arguments sont les suivants : l'importation parallèle d'une version brevetée du Norvasc avant expiration du brevet, même dans le cadre d'une « approbation réglementaire », est illégale ; l'enregistrement de versions importées du Norvasc ne devrait pas être autorisé avant que le brevet n'ait expiré (selon une règle liant l'enregistrement au statut du brevet, allant au-delà de l'Accord ADPIC et interdite selon la loi philippine) ; et un ordre de suspension temporaire devrait être émis pour assurer que le gouvernement n'importe pas d'échantillon supplémentaire de Norvasc tant que le brevet n'a pas expiré⁶⁸. Si Pfizer arrive à ses fins, cela limiterait sévèrement l'accès futur à des médicaments abordables et désavouerait le droit souverain du gouvernement à mettre en œuvre les flexibilités de l'Accord sur les ADPIC⁶⁹.

7. Les clauses de sauvegarde de l'Accord sur les ADPIC : des signes d'espoir et des relents de menaces

Alors qu'a lieu le cinquième anniversaire de la Déclaration de Doha, des signes montrent que les pays peuvent encore mettre en œuvre les clauses de sauvegarde de l'Accord sur les ADPIC. La Malaisie a émis une licence obligatoire, mais des pressions ont exclu son usage prolongé. D'autres pays, comme les Philippines, le Kenya, et l'Inde, tentent soit d'édicter soit de mettre en application des clauses de sauvegarde ADPIC, et ce malgré la pression et les menaces des Etats-Unis et de l'industrie pharmaceutique. Les succès de ces pays sont dus dans une large mesure à la pression énergique de la société civile.

Bien qu'il y ait des signes d'espoir encourageants, le paysage général est sombre. La plupart des pays en développement n'ont pas exercé leurs droits, et beaucoup n'ont pas même adopté la législation qui leur permettrait d'user des clauses de sauvegarde⁷⁰. En fait, 31 pour

cent seulement des pays en développement ont mis en œuvre la provision Bolar qui facilite l'introduction rapide de médicaments génériques, et 53 pour cent seulement ont adopté une clause d'importation parallèle qui permet l'importation de versions brevetées de médicaments de n'importe quel pays du monde⁷¹.

L'usage de la licence obligatoire en Malaisie

En 2003, la Malaisie a émis une licence obligatoire pour l'importation d'ARV indiens. Auparavant, l'industrie pharmaceutique avait pressé la Malaisie de négocier des prix plus bas, plutôt que d'avoir recours à la licence obligatoire. Néanmoins, le Ministère de la Santé a fait preuve de volonté politique et a recouru au droit du pays - selon l'Accord sur les ADPIC - d'émettre une licence obligatoire, ce qui a réduit le prix des ARV de première ligne de 81 pour cent (de 315\$ à seulement 58\$)⁷². Pourtant, la Malaisie a mis un terme à son usage de la licence obligatoire et négocie actuellement un ALE avec les États-Unis qui hypothèquerait sérieusement sa capacité future à recourir à cette licence.

Philippines : un pas en avant pour les clauses de sauvegardes de l'Accord sur les ADPIC

En 2005, les Philippines ont formulé une nouvelle loi qui devrait rendre exécutoires les clauses de sauvegardes de l'Accord sur les ADPIC, notamment les dispositions légalisant l'importation parallèle et le recours gouvernemental aux licences. Elle confirme également le droit existant du gouvernement à user de la provision Bolar pour tester et enregistrer un générique avant l'expiration du brevet⁷³. L'exécution de cette loi réduirait le prix des médicaments. Ainsi, le Norvasc, un remède contre l'hypertension fabriqué par Pfizer (encadré 4), coûterait au gouvernement environ un dixième du prix actuel (via l'importation parallèle du Pakistan). La loi a gagné du terrain auprès du pouvoir législatif philippin, et ce malgré l'opposition du PhRMA et du gouvernement étasunien⁷⁴.

Kenya : un usage réussi des clauses de sauvegarde

Au Kenya, la pression de la société civile est parvenue à faire adopter en 2001 une loi sur la propriété intellectuelle comportant des clauses de sauvegarde de l'Accord sur les ADPIC. Cette loi permet l'importation de versions génériques de médicaments actuellement brevetés au Kenya, mais produits légalement comme génériques ailleurs⁷⁵. Généralement, l'importation parallèle est limitée aux cas

d'importation de médicaments brevetés depuis d'autres pays où ils ont été vendus et pour lesquels les droits de propriété intellectuelle sont épuisés. En conséquence, la concurrence des génériques a réduit le prix des ARV de première ligne au tiers du prix de la version brevetée⁷⁶, ce qui constitue un gain énorme pour un pays qui compte près de 3,1 millions d'habitants séropositifs et 200.000 sous traitement⁷⁷.

Pourtant, en 2006, le gouvernement a proposé un amendement qui modifierait la loi en exigeant le consentement préalable du détenteur de brevet pour pouvoir avoir recours à l'importation parallèle⁷⁸. Cette mesure reviendrait en réalité à interdire l'importation parallèle et également à saper un plan gouvernemental visant à abolir les frais de santé pour les ARV distribués publiquement⁷⁹. Une coalition de la société civile locale a organisé des manifestations, informé les media et rallié des parlementaires dans l'opposition à cette proposition de loi. L'amendement n'a pas encore été voté par le Parlement et le Kenya continue à importer des médicaments à un prix abordable.

Inde : une mise en application des clauses de sauvegarde menacée

L'Inde s'est conformée à l'Accord sur les ADPIC en 2005, mais la pression de la société civile a assuré l'inclusion de clauses de sauvegarde cruciales. En particulier, la Section 3 d) de la loi indienne sur les brevets exclut la brevetabilité de nouvelles formulations ou de nouvelles indications de médicaments déjà brevetés, une limitation admissible selon l'Accord sur les ADPIC⁸⁰. En rétrécissant le champ de la brevetabilité, le gouvernement empêche l'industrie pharmaceutique d'abuser du système des brevets, notamment par le renouvellement permanent ou par l'introduction de « nouveaux » médicaments qui ne seraient que de nouvelles formulations ou indications de médicaments plus anciens, donc aucunement originaux ni innovants.

La loi permet également à chaque individu ou entité de contester des demandes de brevet de l'industrie pharmaceutique. Près de 10.000 demandes ont été enregistrées entre 1995 et 2005. Depuis que l'Inde a obtenu une « période de transition » selon l'Accord sur les ADPIC, ces demandes de brevet ont fait l'objet d'une procédure « de boîte aux lettres », autrement dit, de mise en attente pendant la période de transition⁸¹. Bien que la concurrence des génériques ait été autorisée durant ces années, les détenteurs de brevets ont maintenant le droit de faire respecter leurs brevets, et de ce fait, de menacer la production de génériques⁸². Le processus d'opposition aux brevets offre à chaque individu la possibilité d'empêcher que soient brevetés des

médicaments qui ne sont pas vraiment innovants, et les données préliminaires montrent que nombre des demandes mises en attente entrent dans cette catégorie⁸³.

Néanmoins, l'entreprise pharmaceutique suisse Novartis a récemment intenté une action en justice, prétendant que l'exclusion de la brevetabilité de nouveaux usages ou indications de substances connues est illégale selon l'Accord sur les ADPIC (encadré 5).

Encadré 5 : Novartis s'attaque à la loi indienne sur les brevets

Utilisant le processus d'opposition aux brevets, la Cancer Patients Aid Association (CPAA) a contesté la demande de brevet de Novartis pour le Glivec, un médicament qui traite la leucémie myéloïde chronique – un cancer du sang. Comme le Glivec est simplement une nouvelle forme d'une substance connue, donc non brevetable selon la Section 3 d), la demande de Novartis a été rejetée⁸⁴. Cette décision de justice était cruciale pour assurer l'accès au traitement. Puisque Novartis détenait des droits exclusifs sur le médicament, elle vendait ce dernier à un prix presque dix fois plus élevé (27.000\$ par an) que celui du générique (2.700\$ par an) en Inde⁸⁵. Mécontente, la société Novartis a intenté deux actions en justice, la première contestant la décision de refuser le brevet au Glivec, la seconde contestant la validité de la Section 3 d) de la loi indienne sur les brevets⁸⁶. L'action de Novartis met clairement en cause le droit de l'Inde à adapter l'Accord sur les ADPIC à ses besoins de santé publique⁸⁷. Une victoire de Novartis aurait des conséquences très néfastes sur l'accès aux médicaments en Inde et dans les autres pays en développement, car l'Inde est un des principaux exportateurs de génériques vers les pays en développement.

Menaces sur un programme efficace contre le VIH et le SIDA : le cas brésilien

Ayant garanti dès 1996 un accès universel aux traitements, le Brésil a été l'un des premiers pays à recourir aux clauses de sauvegardes pour réduire les prix des ARV. Le Brésil a régulièrement menacé d'émettre des licences obligatoires pour contourner les brevets sur les ARV. Plutôt que de perdre un tel marché, les grandes entreprises pharmaceutiques ont accepté des réductions de prix, baissant le coût moyen du traitement ARV de 6.240\$ à 1.336\$ par patient et par an⁸⁸. Ces économies ont permis au Brésil d'étendre le traitement ARV et d'augmenter ses investissements dans la prévention. Le programme brésilien a été l'un des rares succès au monde dans la lutte contre le VIH et le SIDA. Les experts estimaient que le Brésil compterait 1,2 millions de personnes infectées en 2000. . Pourtant, à la fin 2005, 620.000 Brésiliens étaient séropositifs, soit un taux de prévalence modeste de 0,5 pour cent⁸⁹.

Quoiqu'il en soit, le prix des nouveaux ARV a régulièrement augmenté, de sorte que le Brésil paie maintenant en moyenne 2.500\$ par patient et par an. Comme davantage de patients développent des intolérances ou des résistances aux thérapies de première ligne, le Brésil doit recourir à des nouveaux médicaments de 2^{ème} ligne qui sont brevetés. Le Ministère de la Santé brésilien estime que plus de 80 pour cent de son budget de 445 millions de dollars destiné au traitement du VIH sera dépensé en ARV importés, dont plus de la moitié pour trois médicaments seulement : efavirenz, Lopinavir/Ritonavir (Kaletra), et tenofovir⁹⁰.

Le Brésil a fait baisser le prix du Kaletra et du tenofovir en menaçant d'émettre une licence obligatoire. Cette licence pour tous les ARV importés réduirait encore les prix, permettant au gouvernement une économie de 769 millions de dollars jusqu'en 2011⁹¹. Néanmoins, le gouvernement n'a pas agi en ce sens et, puisque aucun patient n'est actuellement exclu du traitement, la tendance à l'augmentation des prix pourrait finalement rendre le Brésil incapable de tenir sa promesse d'offrir à tous un traitement.

De nouvelles voies qui donne la priorité aux patients sur les brevets

A part une protection ferme de la propriété intellectuelle, d'autres mécanismes, comme le financement public et des prix à la recherche peuvent jouer un rôle important pour promouvoir l'innovation. En 2006, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution proposée par le Brésil et le Kenya, donnant instruction à l'Organisation mondiale de la Santé de mettre en place un groupe de travail inter-gouvernemental chargé d'étudier les mécanismes permettant de soutenir la R&D sur les maladies touchant principalement le monde en développement⁹². Cette résolution reconnaissait que les lois sur la propriété intellectuelle ne constituent pas une incitation suffisante au développement de médicaments innovants quand le marché potentiel est réduit ou incertain, que les prix élevés des médicaments peuvent faire obstacle au traitement des malades, et que la Déclaration de Doha affirme la primauté de la santé publique sur la protection légale de la propriété intellectuelle⁹³.

Les pays en développement devraient collaborer pour bloquer l'introduction de règles plus strictes en matière de propriété intellectuelle. Par exemple, l'Union Africaine a prononcé en avril 2006 une déclaration appelant l'UE, qui avait entamé des négociations d'Accords de Partenariat Economique avec plusieurs pays africains, à « s'abstenir de rechercher des obligations qui aillent au-delà de celles prévues dans l'Accord des ADPIC »⁹⁴. En outre, la Déclaration

appelle l'UE à réellement mettre en application le mécanisme du paragraphe 6.

Alors que se prépare le sommet 2007 du G8, les pays riches devraient tenir compte des déclarations des pays en développement. Le gouvernement allemand a annoncé que l'ordre du jour comprendrait les questions de propriété intellectuelle, sans spécifier s'il viserait à répondre au problème de l'accès aux médicaments⁹⁵. Les membres du G8 devraient également soutenir un contrôle post-Déclaration de Doha et envisager de nouvelles mesures assurant l'accès des populations pauvres aux médicaments et des flexibilités à disposition des pays en développement pour qu'ils puissent répondre à leurs besoins de santé publique. Comme les clauses de sauvegarde de l'Accord sur les ADPIC ont rarement été utilisées par les pays en développement, le G8 devrait également envisager des moyens pour aider ces pays à les mettre véritablement en application, pour s'assurer que le mécanisme du paragraphe 6 est à la fois réalisable et utilisé, et pour examiner si de nouvelles modifications de l'Accord sur les ADPIC sont nécessaires à une véritable protection de la santé publique⁹⁶.

8. Recommandations

L'accès aux médicaments est un droit humain fondamental. Quand il fait défaut, les populations pauvres, et les femmes en particulier, en payent le prix, en termes de mortalité, de morbidité, de ravages socio-économiques, et de soins aux malades. En 2001, la Déclaration de Doha a été adoptée par tous les Etats-membres de l'OMC, afin que la santé publique prime sur les intérêts commerciaux. Les pays en développement et l'opinion publique ont accepté la Déclaration de bonne foi, espérant que les gouvernements du Nord et l'industrie pharmaceutique avaient enfin pris la mesure des méfaits d'une réglementation stricte en matière de propriété intellectuelle dans les pays en développement. Pourtant, cinq ans plus tard, alors que les crises sanitaires restent invaincues dans les pays en développement, les pays riches et les entreprises pharmaceutiques continuent de miner le droit aux médicaments des populations pauvres.

Pour réduire le fardeau des lois en matière de propriété intellectuelle, Oxfam recommande :

- que, cinq ans après l'adoption de la Déclaration de Doha, l'OMC examine l'impact de l'Accord sur les ADPIC sur les prix et la disponibilité des médicaments dans les pays en développement. Cet examen devrait être étayé par des études indépendantes réalisées par l'OMS et par d'autres organisations internationales concernées, en consultation avec les gouvernements et les groupements d'intérêt public ;
- que les Etats-Unis cessent de forcer les pays en développement à adopter des protections ADPIC-plus en matière de propriété intellectuelle via des accords commerciaux bilatéraux et régionaux, des menaces de sanctions commerciales et des pressions dans le cadre du processus d'accession à l'OMC ;
- que les pays du G8 fournissent un soutien technique, politique et économique aux pays pauvres pour les aider à établir des clauses de sauvegarde ADPIC et à résister aux règles ADPIC-plus, qu'ils encouragent les discussions dans le cadre de l'OMC pour faire en sorte que les règles en matière de propriété intellectuelle reflètent les intérêts et les besoins des pays pauvres, qu'ils fassent en sorte que le mécanisme du paragraphe 6 devienne réalisable ;
- que les pays riches intègrent le mécanisme du paragraphe 6 (qui permet aux pays producteurs d'exporter des versions génériques de médicaments brevetés vers les pays en développement ayant des capacités de fabrication de médicaments insuffisantes ou n'en

disposant pas) dans leur propre législation nationale et fournissent un soutien technique, politique et économique aux pays pauvres pour les aider à établir et appliquer les clauses de sauvegarde ADPIC et à résister aux règles ADPIC-plus ;

- que les pays en développement, y compris l'Inde, la Chine, le Brésil et l'Afrique du Sud, résistent aux règles ADPIC-plus des accords de libre-échange (ALE), empêchent l'introduction de règles ADPIC-plus dans leur législation nationale et appliquent pleinement les mécanismes de sauvegarde ADPIC afin d'assurer la production de médicaments génériques destinés à un usage national et à l'exportation vers d'autres pays en développement ;
- que les entreprises pharmaceutiques cessent de faire pression sur les gouvernements des pays riches pour que soient appliquées des règles plus strictes en matière de propriété intellectuelle dans le monde, et que ces entreprises cessent de faire pression sur les pays pauvres pour leur faire accepter des règles de propriété intellectuelle plus fermes qui menacent la santé publique ;
- que les agences spécialisées de l'ONU, telles que la CNUCED, l'OMPI et l'OMS, fournissent une aide technique indépendante et un soutien aux pays pauvres dans leurs efforts pour appliquer les clauses de sauvegarde ADPIC.

Notes

- ¹ C. Correa, "Implications of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health", OMS, juin 2002.
- ² Sur les huit OMD, trois concernent la santé : la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle et la lutte contre le VIH et le SIDA, la malaria et d'autres maladies.
- ³ Rapport de l'OMS sur les maladies infectieuses "Removing Obstacles to Healthy Development", 1999, <http://www.who.int/infectious-disease-report/index-rpt99.html>
- ⁴ ONUSIDA, Rapport sur l'Epidémie mondiale de SIDA, 2003, 2004, 2005 et 2006.
- ⁵ OMS, "Chronic diseases and their common risk factors", www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet1.pdf
- ⁶ OMS, *World Cancer Report*, 2006.
- ⁷ "Poor nations struggle to cope with diabetes surge", *Detroit Free Press*, 11 juin 2006.
- ⁸ Oxfam International et WaterAid (2006) *In the Public Interest: Health, Education, and Water and Sanitation for All*, http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/debt_aid/public_interest.htm?searchterm=In+the+public+interest
- ⁹ OMS, "The World Medicines Situation", Chapitre 5, 2004. <http://hinfo198.temppdomainname.com/medicinedocs/library.fcgi?e=d-0edmwweb--00-1-0--010---4---0--0-10l--1en-5000---50-about-0---01131-00115ERnz+VC9ee84d6400000000436f372a-OutfZz-8-0-0&a=d&c=edmwweb&cl=CL2.1.6&d=Js6160e.7>
- ¹⁰ E. Van Doorslaer et al., "Paying out of pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact", Equitap Project: Rapport N°2, mai 2005. En Inde, 80 pour cent des dépenses directes de santé concernent des médicaments. Voir : http://www.whoindia.org/LinkFiles/Commision_on_Macroeconomic_and_Health_Access_to_Essential_Drugs_and_Medicine.pdf
- ¹¹ G. Valladares Alcalde (directeur), R. Cruzado Ubillús, J. Seclén Palacín, Z. J. Pichihua Serna, "Evaluación de los potenciales efectos sobre acceso a medicamentos del Tratado de Libre Comercio que se negocia con los Estados Unidos de América", Lima : Ministère de la Santé, avril 2005. Egalement sur : http://www.forosalud.org.pe/estudio_minsa_evaluacion_efectos_del_tlc_en_medicamentos.pdf
- ¹² Germán Holguín Zamorano, "La Bolsa y la Vida: Impacto de la agenda norteamericana para el TLC sobre el acceso a medicamentos y la salud pública", Misión Salud, 2004. <http://www.misionsalud.org/la-bolsa-y-la-vida-german-holguin.pdf>
- ¹³ P. M. Danzon et M. F. Furukawa, "Prices and Availability of Pharmaceuticals: Evidence from Nine Countries", *Health Affairs*, octobre 2003, <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.w3.521v1>
- ¹⁴ Indicateurs du développement humain du Groupe Banque Mondiale
- ¹⁵ Danzon et Furukawa, *op.cit.*
- ¹⁶ A. Jack, "WTO head flags trade rules as way to reduce drug costs", *Financial Times*, 12 octobre 2006.
- ¹⁷ ONUSIDA, Rapport sur l'Epidémie mondiale de SIDA, 2006.
- ¹⁸ Office du représentant au commerce des États-Unis, "Schwab moves to strengthen focus on Innovation and Southeast Asia", 9 septembre 2006.
- ¹⁹ Voir le communiqué de presse du Sénateur Edward Kenney et du Congressman Henry Waxman et leur lettre accompagnative au Secrétaire d'Etat à la santé des USA, Michael Leavitt, 13 octobre 2006, <http://www.democrats.reform.house.gov/story.asp?ID=1126>

²⁰ D'après le Rapport de l'*Industry Trade Advisory Committee on Intellectual Property Rights* (ITAC 15), qui fait partie de la structure du comité consultatif de l'USTR et représente l'industrie pharmaceutique, "Le comité vise à créer de forts précédents dans ces ALE, afin d'élever les niveaux de protection (de la propriété intellectuelle) et de mise en application, aux niveaux mondial, national et régional, ainsi que dans les accords multilatéraux. Le processus d'ALE est devenu le processus principal grâce auquel les industries dépendantes des règles sur la propriété intellectuelle peuvent s'assurer que les normes de protection et de mise en application se maintiennent à la hauteur des nouveaux développements.", ITAC 15, « The U.S.-Colombia Trade Promotion Agreement (TPA) The Intellectual Property Provisions », 20 septembre 2006.

²¹ Centre d'analyse des politiques du commerce et de la santé (*Center for Policy Analysis on Trade and Health*), "Campaign for public health representation in trade policy", <http://www.cpath.org/id4.html>

²² *Ibid.*

²³ *Ibid.*

²⁴ Autorité pour la promotion du commerce des Etats-Unis (US Trade Promotion Authority), Loi Publique 107-210, 6 août 2002, § 2101(b)(4)(C).

²⁵ Voir "The US-Peru Trade Promotion Agreement (TPA): The Intellectual Property Provisions", Rapport de l'*Industry Trade Advisory Committee on Intellectual Property Rights* (ITAC-15), 1^{er} février 2006. Dans ce rapport, l'ITAC-15 affirme que "les négociations d'ALE offrent l'approche actuellement disponible la plus efficace pour les Etats-Unis pour renforcer mondialement la protection en matière de propriété intellectuelle ... Nos objectifs dans la négociation d'un ALE est de mettre en place de nouvelles bases pour tous les ALE futurs".

²⁶ Depuis l'adoption de la Loi «Trade Promotion Authority » (TPA) en 2002, les Etats-Unis ont conclu des négociations d'ALE avec l'Australie, le Bahrein, le Chili, les pays d'Amérique centrale, la République dominicaine, la Colombie, le Pérou, le Maroc, Oman et Singapour. Des négociations bilatérales d'ALE sont actuellement en cours avec la Corée du Sud, la Thaïlande, la Malaisie, les Emirats Arabes Unis, l'Equateur et Panama. Enfin, des négociations régionales sont en cours en Afrique australe et pour l'ensemble de l'hémisphère occidental (ZLEA).

²⁷ Les instances de contrôle des médicaments se basent généralement sur les données d'essais cliniques transmises par les compagnies pharmaceutiques détentrices du brevet pour approuver les versions génériques d'un médicament. L'Accord sur les ADPIC, donnant suite à l'article 39.3, exige seulement la protection des données d'essais cliniques contre une diffusion publique inautorisée. Cela signifie qu'un organisme national de contrôle des médicaments peut se baser sur ces données cliniques pour évaluer l'efficacité et l'innocuité d'une version générique d'un médicament breveté. Donc, lorsqu'une version générique est produite ou importée, le fabricant du générique doit seulement prouver la bioéquivalence entre ce médicament et la version brevetée et l'autorité de contrôle peut se baser sur les données d'essai clinique précédemment transmises pour établir l'efficacité et l'innocuité du générique. Une loi sur l'exclusivité des données empêche l'usage par l'autorité de contrôle des données de la compagnie détentrice du brevet, même lors d'une approbation de commercialisation, normalement pour une période de cinq ans. En conséquence, lorsqu'un fabricant de générique désire proposer une copie générique d'un médicament breveté, il ne peut faire valoir les données déjà produites. Il devrait donc produire de nouvelles données cliniques établissant l'efficacité et l'innocuité du médicament, ce qui est à la fois coûteux et contraire à l'éthique, puisque des patients devraient prendre des placebos alors qu'un traitement efficace est déjà disponible. Comme les fabricants de génériques dépendent de marges étroites pour produire des médicaments bon marché, ils ne pourraient plus offrir des versions génériques abordables.

²⁸ Oxfam, "La santé publique en danger : un accord de libre-échange avec les Etats-Unis pourrait menacer l'accès aux médicaments en Thaïlande", Rapport N° 86, 2006.

http://www.oxfam.org/fr/policy/briefingpapers/bp86_thailand_publichealth

²⁹ A. Revenga, M. Over, E. Masaki, W. Peerapatanapokin, J. Gold, V. Tancharoensathien, et S. Thanprasertsuk, *The Economics of Effective AIDS Treatment: Evaluating Policy Options for Thailand*, Banque mondiale, 2006.

³⁰ *Ibid.*

³¹ Organisation panaméricaine de la Santé, "Impacto de fortalecer las medidas de Propiedad Intelectual como consecuencia de la negociación de un Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos: Aplicación del modelo a Colombia", novembre 2005. Voir : <http://www.recalca.org.co/AAdoceducativos/2006.01.31%20Impacto%20de%20fortalecer%20las%20medidas%20en%20prop.%20intel.doc>

³² G. Valladares Alcalde (directeur), R. Cruzado Ubillús, J. Seclén Palacín, Z. J. Pichihua Serna, "Evaluación de los potenciales efectos sobre acceso a medicamentos del Tratado de Libre Comercio que se negocia con los Estados Unidos de América", Lima: Ministère de la Santé, avril 2005. Egalement sur: http://www.forosalud.org.pe/estudio_minsa_evaluacion_efectos_del_tlc_en_medicamentos.pdf

³³ A. Revenga, M. Over, E. Masaki, W. Peerapatanapokin, J. Gold, V. Tancharoensathien, et S. Thanprasertsuk, *The Economics of Effective AIDS Treatment: Evaluating Policy Options for Thailand*, Banque mondiale, 2006.

³⁴ Calculé en dollars au taux le plus bas.

³⁵ Les accords parallèles ne font aucune référence explicite à la possibilité du pays d'utiliser pleinement les clauses de sauvegarde de santé publique offertes par l'Accord sur les ADPIC. Ces accords parallèles stipulent que « les obligations ... de l'accord n'affectent pas le droit des parties à prendre les mesures nécessaires de protection de la santé publique en encourageant l'accès pour tous aux médicaments, en particulier dans les cas de VIH/SIDA, de tuberculose, de malaria, et d'autres épidémies, ainsi que dans les cas d'extême urgence ou d'urgence nationale ». Mais dans la mesure où ces accords parallèles ne sont pas explicitement inclus dans l'accord, ils donnent plutôt l'impression qu'une préférence est donnée à la santé publique, sans affirmer que de telles clauses de sauvegardes ont la même valeur légale que les dispositions ADPIC-plus intégrées à l'accord.

³⁶ Inside US Trade, "US Announces Chile out-of-cycle review after PhRMA complaints", 12 mai 2006. En fait, le type de "patent linkage" exigé par l'USTR dans sa controverse avec le Chili dépasse les normes étasuniennes et n'est pas clairement stipulé dans l'ALE Etats-Unis-Chili. Voir J.R. Sanjuan, "Response to 2006 PhRMA "Special 301" Submission for Chile", Consumer Project on Technology, mars 2006, <http://www.cptech.org/publications/cptech-response-phrma301chile.doc>

³⁷ Voir la Liste de Haute Surveillance Special 301 2006 http://www.ustr.gov/assets/Document_Library/Reports_Publications/2006/2006_Special_301_Review/asset_upload_file353_9337.pdf

³⁸ D'après les reportages d'actualité, l'ancien PDG de Pfizer, Hank McKinnell, a effectué en 2006 un voyage en Inde pour assurer la mise en application de l'exclusivité des données. Voir "Pfizer Chairman McKinnell meets PM", *The Hindu*, 4 mai 2006, <http://www.hinduonnet.com/businessline/blnus/14041706.htm>

³⁹ Communiqué de presse du Center for Trade and Development (CENTAD), "5 year market exclusivity for non-patented drugs: Government decision ignores Ministry of Health concerns", 19 septembre 2006.

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ Mision Salud et IFARMA, "La Propiedad intelectual en el TLC acordado entre los gobiernos de Colombia y Estados Unidos", août 2006 (non publié).

-
- ⁴² T. Amin et al., "The impact of Article 39.3 in India: a practical perspective", Initiative for Medicines, Access and Knowledge (2006).
- ⁴³ D. G. McNeil, "F.D.A. produces new AIDS pill to treat people in poor countries", *New York Times*, 6 juillet 2006.
- ⁴⁴ K. Alcorn, "Compulsory licensing struggles continue: Cambodia loses rights as Brazil seeks new rights", *Aidsmap*, 13 septembre 2006.
- ⁴⁵ Compte-rendu résumé de la 5ème Conférence Ministérielle de l'OMC, 5ème Session, 10-14 septembre 2003, WTA/MIN(03)/SR/4.
- ⁴⁶ D. Sontag, M. Wines et S. LaFraniere, "Early tests for US in its global fight on AIDS", *New York Times*, 14 juillet 2004.
- ⁴⁷ Voir http://www.phrma.org/about_phrma/member_company_list/members/, visité le 26 septembre 2006.
- ⁴⁸ Pour une vue d'ensemble des principaux problèmes posés par la décision du paragraphe 6, voir « Ni une solution rapide, ni même une solution: la Décision du 30 août de l'OMC est inapplicable », Médecins Sans Frontières, août 2006 http://www.msf.ch/fileadmin/user_upload/uploads/communiqués/images_2006/pdf/came_MSF_August_30_JCPA_Analysis_FRENCH.pdf
- ⁴⁹ "Une décision permet de lever le dernier obstacle constitué par les brevets à l'importation de médicaments bon marché", http://www.wto.org/french/news_f/pres03_f/pr350_f.htm
- ⁵⁰ Cela concernait également l'effort des Etats-Unis pour limiter le type de médicaments pouvant être produits et exportés selon le paragraphe 6, bien que l'Accord sur les ADPIC ne prévoient aucune limite de cet ordre. Voir <http://www.cptech.org/ip/wto/p6/cptech03052003.html>
- ⁵¹ OMC, "Annual review of the Decision on the Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and public health", 2006.
- ⁵² Quoiqu'il en soit, le Sénateur Patrick Leahy a introduit en mai 2006 une proposition au Sénat pour mettre en application le mécanisme du paragraphe 6 intitulée "The Life Saving Medicines Export Act". Voir <http://leahy.senate.gov/press/200605/052506a.html>
- ⁵³ "EU accepts compulsory licensing of pharma patents for countries in need", 2 mai 2005, <http://www.euractiv.com/en/health/eu-accepts-compulsory-licensing-pharma-patents-countries-need/article-154874>, visité le 26 septembre 2006.
- ⁵⁴ Voir "la Décision du 30 août de l'OMC est inapplicable", Médecins Sans Frontières, août 2006 http://www.msf.ch/fileadmin/user_upload/uploads/communiqués/images_2006/pdf/came_MSF_August_30_JCPA_Analysis_FRENCH.pdf
- ⁵⁵ A. Jack, "WTO head flags trade rules as way to reduce drug costs", *Financial Times*, 12 octobre 2006.
- ⁵⁶ "Annual review of the decision on the implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health", Projet de rapport au Conseil Général, octobre 2006. Les deux-tiers des membres de l'OMC sont sensés accepter le mécanisme du Pparagraphe 6 d'ici la fin 2007 pour que celui-ci entre en force. Le délai peut être allongé au-delà de décembre 2007 par approbation générale des membres de l'OMC si le nombre requis de signatures n'a pas été obtenu.
- ⁵⁷ T. Richards, "The great medicines scandal", *BMJ* 332: 1345–346, 10 juin 2006, <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/extract/332/7554/1345>
- ⁵⁸ H. Mintzberg, "Patent Nonsense: Evidence tells of an industry out of social control", *Canadian Medical Association Journal* 175 (4), 15 août 2006, www.cmaj.ca/cgi/content/full/175/4/374
- ⁵⁹ National Institute for Health Care Management, "Changing patterns of pharmaceutical innovation", mai 2000. Voir <http://www.nihcm.org/finalweb/innovations.pdf>
- ⁶⁰ .Mintzberg, *op.cit.*

-
- ⁶¹ OMS, *Public Health, Innovation and IP Rights*, 2006.
- ⁶² Chiffres fournis par Fabiana Jorge, MFJ International LLT, et obtenus d'IMS Health.
- ⁶³ Public Citizen, "Rx R&D Myths: The Case Against the Drug Industry's R&D Scare Card", Congress Watch, juillet 2001.
- ⁶⁴ Voir Families USA (2005), "The Choice: Health Care for People or Drug Industry Profits", septembre 2005, sur www.familiesusa.org/resources/publications/reports/the-choice.html
- ⁶⁵ Geneva Forum on Health, "Solving the health equation: Improving public and private contributions to bridge the gap between rich and poor countries", 2006.
- ⁶⁶ Voir la transcription du discours de John Murphy, de la Chambre de Commerce des Etats-Unis, auprès de l'American Enterprise Institute, 23 mai 2006 sur <http://www.aei.org/events/eventID.1323.filter.economic/transcript.asp>. Voir aussi: Inside Trade, "U.S. Announces Chile out-of-cycle review after PHRMA complaints", 12 mai 2006. L'article note que "il y a eu de nombreux cas où des copies de médicaments ont bénéficié d'un enregistrement [...]. [La source] a déclaré que près d'une demi-douzaine d'entreprises étasuniennes cherchent à présent à obtenir des injonctions préliminaires pour interdire à ces copies de circuler sur le marché chilien."
- ⁶⁷ Ministère philippin de la Santé, 'Why is hypertension a serious problem?', http://www.doh.gov.ph/common_disease/hypertension.htm
- ⁶⁸ Dans une lettre adressée à Oxfam le 10 novembre 2006, la société Pfizer, sans contredire nos arguments, a fait savoir qu'elle fournit actuellement aux patients philippins du Norvasc à un prix réduit de 50 pour cent "sur base du prix de détail suggéré de ce produit". Pfizer ne mentionne pas le nombre de patients bénéficiant de cette réduction de prix (cf note numéro 85 pour la position d'Oxfam sur les programmes philanthropiques). Par ailleurs, Pfizer déclare qu'elle a "pu acheter du bésylate d'amlopidine (prétendant être du Norvasc) dans un point de vente de l'International Trading Corporation des Philippines (PITC), ce qui démontre que le produit est effectivement en vente". Selon Pfizer, cela constitue une infraction à leur brevet. Le PITC est une société de commerce international appartenant à l'Etat qui a reçu la permission d'importer du bésylate d'amlopidine dans le cadre de la provision Bolar. Voir <http://www.pitc.gov.ph>
- ⁶⁹ S. R. Smith, *Fact Sheet on the PITC Norvasc case*, Third World Network, 2005.
- ⁷⁰ C. Oh and S. Musungu, "The use of TRIPS flexibilities in TRIPS by developing countries: Can it promote access to medicines?", avril 2006.
- ⁷¹ *Ibid.*
- ⁷² C. Y. Ling, "Malaysia's experience in increasing access to antiretroviral drugs: Exercising "Government Use" Option", Third World Network, Intellectual Property Rights Series No. 9, 2006.
- ⁷³ Le projet de loi philippin permet aussi l'importation parallèle, restreint la loi sur les brevets pour exclure les nouvelles indications et usages de substances connues et déjà brevetées, et simplifie le recours gouvernemental aux licences. Voir M. Rojas, "A just cause: Quality Affordable Medicines for all", discours de soutien du Sénateur Rojas, 16 août 2006, Sénat des Philippines.
- ⁷⁴ "PhRMA opposed pending Filipino patent law as undercutting research", Inside U.S. Trade, 4 août 2006. Cela a été confirmé le 16 octobre 2006 lors d'une rencontre entre Oxfam et un membre du personnel du Sénat philippin, qui a raconté les pressions qui ont été exercées par l'ambassade étasunienne et l'USTR.
- ⁷⁵ Voir R. L. Lettington and P. Munyi, "Willingness and ability to use TRIPS flexibilities", DFID Health Systems Resource Centre, 2004.
- ⁷⁶ Grille de comparaison des prix des ARV au Kenya, fournie par email par Health Action International le 15 septembre 2006.
- ⁷⁷ http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/kenya.asp

⁷⁸ G. Gathura, "Cost of drugs at stake in new row with firms", *Nation Newspaper* Kenya, 22 juin 2006.

⁷⁹ S. Lone, "Step up war against AIDS and malaria", *The Daily Nation*, 30 juin 2006.

⁸⁰ A. Grover, "Briefing Note: Novartis files case in India challenging Patent Controller's Order and Patent Law", Lawyer's Collective, août 2006.

⁸¹ Comme l'Inde n'était pas obligée d'accorder des brevets pour les médicaments jusqu'en 2005, chaque demande de brevet déposée par un fabricant de médicament a été placée dans une « boîte aux lettres » qui serait étudiée lorsque l'Inde aurait achevé de se conformer à l'Accord sur les ADPIC. Les personnes chargées d'étudier les brevets dans toute l'Inde doivent maintenant évaluer des milliers de demandes remplies par les compagnies pharmaceutiques durant cette période intérimaire de dix ans.

⁸² Discours de C. S. Park, Conférence Mondiale sur le SIDA, 18 août 2006.

⁸³ Une étude à paraître du Center for Trade and Development (CENTAD) estime que la plupart des médicaments en attente d'examen dans la "boîte aux lettres" indienne sont en fait des médicaments anciens brevetés pour la première fois avant 1995, quand l'Inde n'était pas tenue de fournir une protection de la propriété intellectuelle pour les médicaments. La plupart des médicaments pour lesquels des demandes de brevet ont été déposées ne sont que des secondes formulations de ces anciens médicaments, et ne devraient pas faire l'objet d'un brevet.

⁸⁴ Précisément, le Glivec, imatinib mesylate, est une nouvelle formulation d'une substance plus ancienne, l'imatinib. Novartis a fait une demande de brevet pour l'imatinib mesylate aux Etats-Unis en 1993. Comme l'Inde n'était, selon l'Accord sur les ADPIC, pas tenue de garantir une protection par brevet jusqu'en 1995, aucun composant breveté aux Etats-Unis en 1993 ne pouvait être breveté en Inde. Le Glivec, breveté en 1998 par Novartis, ajoute un sel au composant original (l'imatinib mesylate) breveté en 1993. La cour a décidé que « Ce n'est qu'une nouvelle formulation d'une substance connue. Il a été établi que cette demande de brevet ne met en avant qu'une nouvelle formulation d'une substance connue qui n'améliore pas véritablement son efficacité ». Conformément à la Section 3 d) de la loi indienne sur les brevets, les nouvelles formulations d'anciennes substances (comme celles qui consistent simplement en l'addition d'un sel à un composant ancien), ne peuvent faire l'objet de brevet en Inde, sauf s'il y a une amélioration d'efficacité. Novartis s'est donc vu refuser le brevet pour le Glivec en Inde. Voir : Novartis AG vs. Cancer Patients Aid Association (2005) sur <http://www.lawyerscollective.org/updates/Novartis%20Decision.doc>

⁸⁵ Dans sa lettre répondant à une demande d'Oxfam International de retirer sa contestation pour le brevet du Glivec, Novartis déclare que « En Inde, plus de 99% des patients sous Glivec – actuellement plus de 6.200 patients – le reçoivent gratuitement grâce au GIPAP ». Lettre de Novartis Corporation à Oxfam International, reçue le 7 novembre 2006 (Le GIPAP est un programme d'assistance aux patients mené par une fondation caritative distribuant gratuitement le Glivec aux patients). Mais encourager l'accès à un médicament via des programmes philanthropiques ne garantit pas que chaque patient sera couvert et de tels programmes peuvent être suspendus en tout temps par l'entreprise pharmaceutique.

⁸⁶ "Novartis files 2 patent suits in Chennai courts", *The Times of India*, 18 août 2006.

⁸⁷ Dans sa lettre répondant à une demande d'Oxfam International de retirer sa plainte, Novartis déclare : "En maintenant son action en justice, Novartis cherche également à obtenir que les lois indiennes se conforment à l'Accord sur les ADPIC et aux lois d'autres pays à la pointe de la recherche – un statut auquel aspire l'Inde." Lettre de Novartis Corporation à Oxfam International, reçue le 7 novembre 2006. Pourtant, l'OMS, via sa Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique (CIPHI), a établi que « l'Accord sur les ADPIC laisse toute latitude aux membres de l'OMC pour définir les mesures nécessaires à l'innovation ». Le rapport cite la Section 3 d) de la loi indienne sur les brevets comme un exemple de législation exigeant un niveau d'innovation empêchant le

renouvellement systématique des brevets. Voir : Rapport de la Commission sur les Droits de la Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique de l'OMS, avril 2006 sur http://www.who.int/intellectualproperty/documents/thereport/CIPIH_Rapport_Avrilfr.pdf

⁸⁸ J. Cohen, "Brazil: Ten Years After", *Science* 313: 484–87, 2006.

⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁰ *Ibid.*

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Depuis l'adoption de la résolution, il n'y a eu que peu de progrès dans l'élaboration et la mise en place d'une Commission en état de marche, bien qu'une première rencontre doive avoir lieu en décembre 2006 entre des parties définies de chaque région de l'OMS. Les groupes de la société civile et les gouvernements de pays en développement doivent veiller à ce que la Commission agisse de manière transparente et rapide, et qu'elle remplisse scrupuleusement le mandat qui lui a été confié par l'Assemblée mondiale de la Santé.

⁹³ "Public health, innovation, essential health research and IP rights: towards a global strategy and plan of action", 59^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé, WHA 59.24, 27 mai 2006. Voir http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_R24-en.pdf

⁹⁴ Voir "Déclaration de Nairobi sur les Accords de Partenariat économique", Conférence des Ministres du Commerce de l'UA, 4^{ème} session ordinaire, 12-14 avril 2006.

⁹⁵ B. Benoit et M. Schieritz, "Germany plans to shake up G8 agenda", *The Financial Times*, 27 juillet 2006.

⁹⁶ Pour lutter contre les autres entraves au droit à la santé dans les pays en développement, les mesures suivantes sont également nécessaires: des investissements durables dans les services de santé et l'abrogation des honoraires pour les soins de base; la réalisation de la promesse des pays donateurs de consacrer 0,7 pour cent de leur revenu national à l'aide internationale et de consacrer au moins 20 pour cent de cette aide à des services essentiels; le financement complet du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et la Malaria; le travail conjoint des pays donateurs et des pays pauvres pour recruter, former et engager 4,25 millions de nouveaux travailleurs de la santé.

© Oxfam International, novembre 2006

Ce rapport a été rédigé par Rohit Malpani et Mohga Kamal-Yanni. Oxfam remercie Raquel Gomes, Jennifer Brant, Stephanie Burgos, Gawain Kripke, Helena Vines Fiestas, Elizabeth Wabuge, Gopa Kumar et Ruth Mayne pour leur assistance dans sa réalisation. Il fait partie d'une série de documents visant à contribuer au débat public sur les questions de développement et de politique humanitaire.

Le texte peut être utilisé librement à des fins de campagne, d'éducation et de recherche moyennant mention complète de la source. Le détenteur des droits demande que toute utilisation lui soit notifiée à des fins d'évaluation. Pour copie dans toute autre circonstance, réutilisation dans d'autres publications, traduction ou adaptation, une permission doit être accordée et des frais peuvent être demandés. Courriel: publish@oxfam.org.uk

Pour toute information complémentaire, veuillez contacter :
advocacy@oxfaminternational.org.

Oxfam International est une confédération de 13 organisations qui travaillent ensemble dans plus de 100 pays pour trouver des solutions durables à la pauvreté et l'injustice : Oxfam Amérique, Oxfam Allemagne, Oxfam Australie, Oxfam-en-Belgique, Oxfam Canada, Oxfam France – Agir ici, Oxfam Grande-Bretagne, Oxfam Hong Kong, Intermón Oxfam (Espagne), Oxfam Irlande, Novib Oxfam Pays-Bas, Oxfam Nouvelle Zélande et Oxfam Québec. N'hésitez pas à appeler ou écrire aux agences listées ci-dessous pour toute information complémentaire. Vous pouvez également vous rendre sur : www.oxfam.org/fr

Oxfam America 226 Causeway Street, Floor 5, Boston, MA 02114-2206, USA Tél. : +1.617.482.1211 Courriel : info@oxfamamerica.org www.oxfamamerica.org	Oxfam Hong Kong 17/fl., China United Centre, 28 Marble Road, North Point, Hong Kong Tél. : +852.2520.2525 Courriel : info@oxfam.org.hk www.oxfam.org.hk
Oxfam Australia 156 George St., Fitzroy, Victoria 3065, Australia Tél. : +61.3.9289.9444 Courriel : enquire@oxfam.org.au www.oxfam.org.au	Intermón Oxfam (Spain) Roger de Llúria 15, 08010, Barcelona, Spain Tél. : +34.902.330.331 Courriel : info@intermonoxfam.org www.intermonoxfam.org
Oxfam-in-Belgium Rue des Quatre Vents 60, 1080 Brussels, Belgium Tél. : +32.2.501.6700 Courriel : oxfamsol@oxfamsol.be www.oxfamsol.be	Oxfam Ireland Dublin Office, 9 Burgh Quay, Dublin 2, Ireland Tél. : +353.1.672.7662 Belfast Office, 115 North St, Belfast BT1 1ND, UK Tél. : +44.28.9023.0220 Courriel : communications@oxfamireland.org www.oxfamireland.org
Oxfam Canada 250 City Centre Ave, Suite 400, Ottawa, Ontario, K1R 6K7, Canada Tél. : +1.613.237.5236 Courriel : info@oxfam.ca www.oxfam.ca	Oxfam New Zealand PO Box 68357, Auckland 1032, New Zealand Tél. : +64.9.355.6500 (Toll-free 0800 400 666) Courriel : oxfam@oxfam.org.nz www.oxfam.org.nz
Oxfam France - Agir ici 104 rue Oberkampf, 75011 Paris, France Tél. : + 33.1.56.98.24.40 Courriel : info@oxfamfrance.org www.oxfamfrance.org	Oxfam Novib (Netherlands) Mauritskade 9, Postbus 30919, 2500 GX, The Hague, The Netherlands Tél. : +31.70.342.1621 Courriel : info@oxfamnovib.nl www.oxfamnovib.nl
Oxfam Germany Greifswalder Str. 33a, 10405 Berlin, Germany Tél. : +49.30.428.50621 Courriel : info@oxfam.de www.oxfam.de	Oxfam Québec 2330 rue Notre Dame Ouest, bureau 200, Montréal, Québec, H3J 2Y2, Canada Tél. : +1.514.937.1614 Courriel : info@oxfam.qc.ca www.oxfam.qc.ca
Oxfam Great Britain Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, UK Tél. : +44.(0)1865.473727 Courriel : enquiries@oxfam.org.uk www.oxfam.org.uk	

Secrétariat d'Oxfam International : Suite 20, 266 Banbury Road, Oxford, OX2 7DL, UK
 Tél. : +44(0)1865.339100. Courriel : information@oxfaminternational.org.
 Site web : www.oxfam.org

Bureaux de plaidoyer d'Oxfam International :

Courriel : advocacy@oxfaminternational.org

Washington : 1112 16th St., NW, Ste. 600, Washington, DC 20036, USA,
 Tél. : +1.202.496.1170.

Bruxelles : 22 rue de Commerce, 1000 Brussels, Belgium, Tél. : +322.502.0391.

Genève : 15 rue des Savoises, 1205 Geneva, Switzerland, Tél. : +41.22.321.2371.

New York : 355 Lexington Avenue, 3rd Floor, New York, NY 10017, USA
 Tél. : +1.212.687.2091.

Organisations liées à Oxfam :

Les organisations suivantes sont liées à Oxfam International :

Oxfam Japon Maruko bldg. 2F, 1-20-6, Higashi-Ueno, Taito-ku, Tokyo 110-0015, Japan

Tél. : + 81.3.3834.1556. Courriel : info@oxfam.jp Site web: www.oxfam.jp

Oxfam India B55, First Floor, Shivalik, New Delhi, 1100-17, India

Tél. : + 91.11.26693 763. Courriel : info@oxfamint.org.in Site web : www.oxfamint.org.in

Membre observateur d'Oxfam :

L'organisation suivante a actuellement un statut de membre observateur auprès d'Oxfam International et travaille à l'obtention d'une possible affiliation complète :

Fundación Rostros y Voces (México) Alabama No. 105 (esquina con Missouri), Col. Nápoles, C.P. 03810 México, D.F.

Tél./Fax : + 52.55.687.3002. Courriel : correos@rostrosyvoces.org

Site web : www.rostrosyvoces.org