

## Piétinement des négociations sur les ADPIC et l'accès aux médicaments essentiels à l'approche de la Conférence ministérielle de Cancun

Marc-André Gagnon

Juin 2003-III

Les négociations commerciales de la ronde de Doha ressemblent de plus en plus à la chronique d'une mort annoncée qui pourrait survenir dès la Conférence ministérielle de l'OMC prévue à Cancun en septembre 2003. La question agricole est évidemment centrale dans les tensions commerciales actuelles mais c'est surtout le différend sur les ADPIC et l'accès aux médicaments essentiels qui fait tout pour alimenter le cynisme et la méfiance de chacune des parties. Suite au blocage sur cette question à la fin de 2002, une série de négociations «de la dernière chance» avaient pris le relais en février, mars, mai et juin 2003 pour tenter de régler ce différend avant la rencontre de Cancun. Le piétinement et la détermination des parties à se cambrer sur leurs positions ne présagent rien de bon au sein de l'OMC.

Le 16 décembre 2002, cent-quarante-trois des cent-quarante-quatre pays membres étaient parvenus, à l'arrachée, à un compromis qui aurait permis des dérogations minimales aux accords internationaux sur les Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle reliée au Commerce (ADPIC) en vue de réaliser les importations de produits génériques (importations parallèles) dans les pays incapables de produire eux-mêmes des médicaments bon marché. Les États-Unis ont toutefois fait cavalier seul en refusant de se rallier à un accord qui contreviendrait trop facilement au droit des brevets pharmaceutiques au nom du droit à la santé publique. La dernière rencontre du Conseil sur les ADPIC de l'OMC, chargé du dossier, a pris fin le 6 juin dernier sans avancer sur cette question avec comme seule nouveauté la lettre du Groupe des États de l'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (Groupe ACP) qui réaffirme la déception des pays en

développement quant à l'absence d'accords sur cette question et interprète l'action et la position des États-Unis comme «une tentative de redéfinir et limiter en fait la portée des problèmes de santé publique mis en évidence dans la Déclaration de Doha» (IP/C/W/401, disponible en ligne [docsonline.wto.org/](http://docsonline.wto.org/)).

Le Groupe ACP a aussi réaffirmé la détermination des pays en développement de s'en tenir à l'esprit plus progressiste de la Déclaration de Doha de 2001 et «n'accepterait donc aucune initiative visant à démanteler les engagements pris dans l'intérêt de la santé publique par tous les Ministres à Doha». De leur côté, les États-Unis refusent de fléchir et allèguent que les textes en négociation sont trop vagues puisqu'ils étendent le concept de santé publique non seulement aux problèmes de VIH/SIDA, de tuberculose et de paludisme, mais aussi aux autres pandémies; les négociateurs américains craignent que l'on puisse interpréter le texte de sorte d'y inclure des problèmes qui «ne relèveraient pas de la santé publique» tels le cancer, le diabète, l'asthme, les maladies cardiaques ou encore que l'on puisse recourir à la déclaration pour des produits «non-pharmaceutiques» comme les vaccins. Les conséquences de ce blocage sont multiples et importantes: il maintient l'interdit sur les importations parallèles de produits génériques pour les pays incapables de produire eux-mêmes les médicaments nécessaires pour assurer la santé publique alors que certaines pandémies infectieuses n'ont jamais été aussi graves dans plusieurs pays en développement (notamment en Afrique) De plus, ce blocage pourrait contribuer à faire dérailler toute la ronde de Doha et donc



miner l'ensemble du processus de libéralisation commerciale multilatérale.

### **Prendre en compte le droit à la santé publique : l'espoir de Doha**

Les Accords sur les ADPIC, ratifiés dans le cadre des Accords de Marrakech qui donnèrent naissance à l'OMC en janvier 1995, visaient à établir une convention internationale sur le respect des droits de propriété intellectuelle (dont surtout les brevets, les marques de commerce et les droits d'auteur). Si l'accord visait, entre autres, à élever les standards en matière de propriété intellectuelle des pays en développement pour les aligner sur ceux des pays industrialisés, il favorisait en bout de ligne les pays exportateurs de produits à haute teneur en recherche et développement au détriment des pays importateurs moins développés, incapables de soutenir ce type d'industrie. Les pays en développement avaient tout de même choisi de signer l'accord sur les ADPIC pour trois raisons principales:

1. Les États-Unis menaçaient de sanctions unilatérales les pays réfractaires en recourant à la clause *Spécial 301* mise en place avec la *Omnibus Trade and Competitiveness Act of 1988*.
2. Des clauses dérogatoires ont été intégrées au sein de l'Accord (articles 30 et 31) afin de permettre de contourner les brevets par la production de produits génériques grâce à des licences obligatoires pour accéder aux technologies brevetées à prix réduit dans des situations «d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence».
3. La ratification des ADPIC par les pays en développement a été présentée comme un gage de leur bonne foi à coopérer dans le cadre des négociations commerciales multilatérales, engageant les pays développés à rendre la pareille en assouplissant leur position dans d'autres domaines clés tels l'agriculture et le textile.

La question de la santé publique, entre autres avec les épidémies infectieuses dans les pays en développement, est rapidement devenue une situation d'urgence nationale. Dans certaines provinces sud-africaines, plus d'un adulte sur quatre est séropositif et, comme le prévient

l'Organisation mondiale de la santé (OMS): «Quand le taux de séropositivité atteint 8%, comme c'est le cas dans 21 pays d'Afrique, la croissance recule de 0.4% chaque année». Si plusieurs pays se sont sentis dans le bon droit de faire appel à l'article 31 des accords ADPIC pour contourner les brevets pharmaceutiques et recourir à la production de génériques, les États-Unis et la Suisse, pays d'origine de 10 des 12 firmes pharmaceutiques présentes dans le palmarès des 65 plus grandes firmes mondiales [Financial Times, Global 500, 28 mai 2003], ont refusé d'interpréter l'article 31 de sorte de permettre le contournement des brevets pharmaceutiques. Les États-Unis ont même été jusqu'à se servir de sa clause *Spécial 301* leur permettant de recourir à des sanctions unilatérales contre les pays qui ne respectaient pas l'interprétation américaine de l'article 31. Face aux menaces de sanctions unilatérales des États-Unis, qui représentent normalement une large part du marché d'exportations de la plupart des pays en développement, ces derniers se sont soumis à contrecœur à l'interprétation américaine tout en réclamant une réinterprétation plus flexible des accords. Ces différences d'interprétation sont ainsi à l'origine des récents procès en 2001 contre le Brésil et l'Afrique du Sud.

La tournure des événements s'est toutefois grandement modifiée en 2001 avec le sommet de l'OMC à Doha. Si le contentieux sur l'interprétation de l'article 31 s'est envenimé à un point tel que certains pays en développement voulaient réviser complètement les accords ADPIC, les États-Unis étaient devenus beaucoup plus conciliant autour de la table de négociations. En effet, suite aux attaques du 11 septembre et des lettres piégées à l'anthrax qui semèrent l'émoi aux États-Unis, George W. Bush a menacé la compagnie allemande Bayer de contourner son brevet sur le Cipro si elle refusait de vendre son médicament à rabais. Si les États-Unis se permettent de contourner le droit des brevets au nom de la guerre au terrorisme, la guerre au VIH/SIDA et autres épidémies infectieuses ne permet-elle pas les mêmes dérogations?

Le 14 novembre 2001, à Doha, les pays membres de l'OMC adoptèrent une *Déclaration sur les ADPIC et la Santé Publique* qui reconnaît la gravité des problèmes de santé publique touchant de nombreux pays en développement et qui convient, à l'article 4, que l'accord sur les ADPIC «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 ». L'interprétation plus flexible réclamée par les pays en développement a été finalement atteinte. Un problème majeur s'impose toutefois puisque le recours aux licences obligatoires demeure inutile pour les pays ne possédant pas les infrastructures d'une industrie pharmaceutique et les importations parallèles restent interdites. La Déclaration de Doha reconnaît toutefois explicitement ce problème comme le montre l'article 6:

Nous reconnaissons que les membres de l'OMC ayant des capacités de fabrication insuffisantes ou n'en disposant pas dans le secteur pharmaceutique pourraient avoir des difficultés à recourir de manière effective aux licences obligatoires dans le cadre de l'Accord sur les ADPIC. Nous donnons pour instruction au Conseil des ADPIC de trouver une solution rapide à ce problème et de faire rapport au Conseil général avant la fin de 2002.

Une solution devait donc être apportée au dilemme créé par le cadre juridique de l'ADPIC quant aux médicaments essentiels dans plusieurs pays en développement: une demande exorbitante, mais aucune offre disponible légalement. L'échec des négociations en décembre dernier faisait en sorte qu'aucune solution ne pouvait être convenue avant la fin de 2002.

### **Problèmes, enjeux et intérêts**

Le fiasco des négociations est évidemment le résultat d'intérêts diamétralement opposés à la table des négociations. Si les pays en développement s'entendent pour réclamer la liberté des importations parallèles afin que les pays sans capacité de production pharmaceutique puissent acheter une version générique des médicaments au meilleur prix, les pays développés où se développent les brevets ont tout intérêt à réduire au minimum la portée de cet accord. La position défendue par les pays en développement reste toutefois en conformité avec certaines positions défendues par les pays développés. Par exemple, en 2000, un comité de l'OMC se penchant sur un cas canadien (WT/DS114/R, disponible en ligne [docsonline.wto.org/](http://docsonline.wto.org/)) remettant en cause les brevets pharmaceutiques (l'exception «Bolar»),

en arriva à la conclusion que le Canada peut exporter librement des médicaments vers des marchés étrangers à des fins d'enregistrement à l'étranger sous l'article 30 des ADPIC. Le comité citait alors la position canadienne:

Les petits pays où l'on trouvait effectivement des entreprises fabriquant des génériques n'avaient pas un marché intérieur d'une taille suffisante pour permettre des économies d'échelle. Ces entreprises devaient exporter afin d'être en mesure de fabriquer des quantités suffisantes de leurs produits pour réaliser des économies d'échelle de manière que les consommateurs nationaux puissent bénéficier des avantages de produits génériques d'un bon rapport qualité/prix [...] limiter toutes les activités à un seul pays ne servaient pas à grand-chose pour les pays qui, contrairement aux États-Unis, étaient tributaires du commerce international pour se procurer des produits génériques.

En octobre 2002, le Parlement européen adopta l'amendement 196 aux principes directeurs européens sur les médicaments. Cet amendement fournit une solution précise qui aurait pu servir mot à mot au sein des ADPIC afin d'accommoder à la fois les intérêts des pays en développement et ceux de l'industrie pharmaceutique [Love et al., 2002]:

Manufacturing shall be allowed if the medicinal product is intended for export to a third country that has issued a compulsory licence for that product, or where a patent is not in force and if there is a request to that effect of the competent public health authorities of that third country.

Le Canada et l'Union européenne ont plutôt choisi la politique de «deux poids deux mesures» dès qu'il s'est agi d'intégrer les pays en développement. Mis à part la France qui a offert un vibrant plaidoyer en faveur des génériques pour les pays en développement, l'Union européenne et le Canada ont préféré suivre les États-Unis, la Suisse et le Japon en cherchant à limiter la portée de l'accord en insistant sur deux points: limiter les pays pouvant recourir à la clause dérogatoire en cas d'urgence nationale en matière de santé publique et limiter l'étendue des maladies incluses dans l'accord.

On dénombre 133 pays en développement; 120 d'entre eux n'ont pas les infrastructures industrielles pharmaceutiques pour produire eux-mêmes des génériques et ce, même avec l'obtention des licences obligatoires. Ces pays doivent donc recourir aux importations parallèles. Si tous s'entendent sur le fait que les 49 pays les moins avancés doivent avoir le droit de recourir à la clause dérogatoire, aucune entente n'est intervenue quant aux 71 pays en développement « plus avancés » mais ne disposant pas d'industries pharmaceutiques. Les ébauches d'accord proposaient la mise sur pied de tests afin de savoir s'il existe une capacité de production pharmaceutique suffisante au sein du pays. Puisqu'on ne peut s'entendre sur une définition claire de « capacité productive suffisante », un tel test sombrerait rapidement dans l'arbitraire des volontés des pays plus développés détenteurs des brevets. De plus, on demandait aux pays voulant recourir à la clause de prononcer publiquement une situation d'urgence nationale; ce qui peut s'avérer des plus dommageables pour les revenus touristiques nationaux. À cet égard, l'exemple offert par la pneumonie atypique et le tourisme à Toronto est des plus révélateurs. Le recours à la clause dérogatoire pourrait alors devenir beaucoup plus coûteux que le simple respect des brevets des firmes pharmaceutiques.

Quant aux maladies incluses dans l'accord, les controverses ont été plutôt rudes, à commencer par la définition de « produit pharmaceutique ». Si un produit pharmaceutique doit « répondre aux besoins de santé publique », les États-Unis et le Japon ont insisté pour que le cancer, les maladies du cœur et l'asthme soient exclus de l'accord sous prétexte qu'ils ne constituent pas des maladies affectant la santé publique. Le Japon a aussi fait rapidement retirer les vaccins de la définition de produits pharmaceutiques grâce à une technicalité en terme de définition.

Les négociations ont été rudes et peu de gens croyaient pouvoir en arriver à une solution qui contenterait les positions opposées des pays en développement et des pays avancés. La proposition Motta, du nom du président du comité sur la propriété intellectuelle de l'OMC, mise sur la table le 6 décembre 2002 et nettement plus proche de la position des pays développés, en est arrivé à faire consensus pour 143 des 144 pays membres de l'OMC. Toutefois, dans le dernier sprint, les États-Unis ont sorti une

nouvelle carte. Ils ont réclamé une liste excessivement étroite de maladies auxquelles se limiterait l'accord: VIH/SIDA, tuberculose, malaria et autres pandémies infectieuses de gravité et d'étendue comparable qui pourraient survenir dans l'avenir.

En fait, la position américaine reflète mot à mot la position du lobby pharmaceutique américain dont les contributions électorales ont été plus que généreuses pour le camp des Républicains [voir Public Citizen, Juillet 2001]. Dans une lettre datée du 25 novembre 2002, adressée au Représentant américain au commerce, Robert Zoellick, et ratifiée par 20 compagnies pharmaceutiques américaines, la position du lobby pharmaceutique était claire [Loff, 2002]:

An open-ended or unclear exception to the standards for patent protection would seriously undermine our interest and set back the long-term public health objectives Doha was designed to achieve. We urge you to negotiate a solution that is specifically limited to the diseases that were the focus of the Doha Declaration, namely HIV/AIDS, TB and malaria and other epidemics of similar scale. In addition, it should be clear that only truly disadvantaged countries in sub-Saharan Africa, be the recipient of the changed rules.

Il faut noter la puissance du lobby pharmaceutique américain. 8 des 65 plus grandes firmes mondiales sont des firmes pharmaceutiques américaines. Le lobby pharmaceutique américain, le *Pharmaceutical Research and Manufacturers of America*, mieux connu sous le nom de Phrma, est le lobby industriel le plus important des États-Unis. Il vient même d'augmenter son budget annuel de 23% pour 2003 pour dépasser la somme de 150 millions (USD) dont une partie de la somme sert directement à financer des économistes et chercheurs cherchant à légitimer la position du lobby [voir Robert Pear, 1<sup>er</sup> juin 2003]. Puisque la position américaine a repris mot pour mot la position de Phrma, on peut donc prétendre que les négociations ont achoppées par l'obstination des États-Unis à faire respecter à tout prix les droits de brevet de leurs firmes à l'encontre du droit à la santé publique.

Certains ont cru voir un changement de cap de l'administration Bush avec le discours sur l'état de l'Union en février 2003 où Georges W. Bush annonça l'octroi d'une subvention de 15 milliards (USD) pour combattre l'épidémie de SIDA à l'échelle mondiale. Les fonds ont été débloqués à la fin mai 2003 en faisant voter le AIDS Bill, peu avant le sommet du G8 à Évian où les États-Unis ont pu se présenter comme des philanthropes actifs se permettant même de faire la morale aux autres pays les plus riches. Les mouvements de lutte contre le VIH/SIDA ont toutefois eu la surprise de voir que seulement 10% de cette somme irait à des fonds mondiaux de lutte contre le SIDA (comme ONUSIDA et le *Global Funds Against HIV/AIDS*) alors que le reste serait distribué par l'entremise d'agences américaines dont beaucoup, moralisme puritain oblige, privilégieront ceux qui font campagne contre l'emploi du condom<sup>1</sup> et exhortent plutôt à l'abstinence [Burkeman and Jha, 2003]. De plus, selon les Démocrates, ces fonds auraient été débloqués grâce à des coupures proportionnelles dans d'autres programmes d'assistance internationale en matière de santé [Dyer, 2003]. À noter que la même semaine de l'adoption du AIDS Bill au Congrès américain, Washington soulevait l'indignation des organisations de défense des droits à la santé en déposant une motion à l'OMS afin de promouvoir la recherche pharmaceutique par l'augmentation du niveau de protection des brevets pharmaceutiques dans les pays en développement [Williams, 2003].

En fait, la position américaine dans le différend sur l'accès aux médicaments essentiels se comprend mieux si on s'attarde sur les deux grandes craintes exprimées: 1- la réexportation des médicaments génériques importés vers les pays riches; 2- la perte potentielle de profits sur les nouveaux médicaments qui ralentirait le rythme de recherches et de développement, de même que la découverte de nouveaux médicaments.

L'argument de la réexportation des médicaments vers les pays riches est relativement abusif. L'industrie cite par exemple le cas de Glaxo-SmithKline qui s'est fait

détourné un stock d'antirétroviraux envoyés en Afrique et réexportés dans les pays européens. Toutefois, un regard plus analytique sur cet exemple montre en fait que Glaxo a été incapable de faire le suivi de ces colis car ils avaient été incorrectement envoyés, permettant alors leur trafic vers l'Europe. Des mécanismes de pistage des colis qui auraient pu éviter un tel détournement sont pourtant courants même pour de simples marchands de fleurs. De plus, les manufacturiers indiens de génériques, de leur côté, ont exporté des colis de médicaments depuis plus de deux décennies sans jamais avoir recensé aucun cas de « diversion » [Basu, 2003].

Quant à la crainte du ralentissement de l'innovation par la baisse des profits, il faudrait rappeler que le continent africain représente seulement 1.3% du chiffre d'affaires de l'industrie. Les marchés en cause sont relativement marginaux. La Commission sur la Propriété Intellectuelle, mise sur pied par le gouvernement britannique pour trouver les meilleurs aménagements de protection de la propriété intellectuelle pour favoriser le développement des pays pauvres, a pourtant démontré que le niveau de protection de la propriété intellectuelle n'a en fait aucun impact pour stimuler la recherche dans les pays en développement sauf pour les maladies dont un large marché se trouve au sein des pays industrialisés [Commission on Intellectual Property Rights, 2002]. Toutefois, l'argumentation de la nécessité d'une plus grande rentabilité devient simplement indécente lorsque nous observons les niveaux actuels de rentabilité de l'industrie pharmaceutique. Le magazine Fortune a classé l'industrie pharmaceutique comme industrie la plus rentable pour 12 années consécutives. Dans une étude analysant les états financiers de neuf multinationales oeuvrant dans l'industrie pharmaceutique brevetée, Lauzon et Hasbani [2002] montrent que le taux de rendement moyen après impôts sur le capital investi de 1991 à 2000 a été de 41%. À titre de comparaison, le taux de rendement après sur le capital investi pour 2000 était de 45,3% pour l'industrie pharmaceutique, loin devant le second secteur industriel le plus rentable, soit les banques avec 16,7%. L'industrie a aussi conservé sa place de bonne première en matière de rentabilité pour les années 2001 et 2002 selon les classements de Fortune [Fortune, 2002 et 2003]. Qui plus est, dans les dix dernières années, ces neuf firmes pharmaceutiques multinationales ont dépensé 113 milliards en recherche et

<sup>1</sup> Certains scientifiques américains liés aux milieux les plus conservateurs soutiennent que le condom n'est pas efficace pour empêcher la transmission du VIH puisque les pores du latex mesurent 10 microns et que le VIH ne mesure que 0,1 micron. Aucune preuve scientifique ne permet toutefois de confirmer cette affirmation.

développement (montants normalement fortement déductibles d'impôts) et plus de 316 milliards en marketing et administration. [Lauzon et Hasbani, 2002]. Les profits pharmaceutiques sont moins un gage de recherche et de développement qu'une dépense en marketing pour mieux étendre les marges de profits en investissant dans l'image de marque des produits. De plus, la recherche est moins axée sur le développement de nouveaux produits que sur l'amélioration des anciens produits et sur la recherche appliquée de la mise en marché des produits.

En fait, la position américaine et l'intérêt du lobby pharmaceutique américain se traduisent ici à une chose: empêcher à tous prix la venue d'une concurrence internationale forte de la part de producteurs de génériques brésiliens, indiens et chinois par exemple. Une reconfiguration internationale de l'industrie pharmaceutique ouvrant l'accès à des marchés de masse critique suffisante pour permettre le développement de firmes génériques fortes ne peut qu'entamer la marge de rentabilité des compagnies de produits brevetés. Cette crainte, même si elle n'est pas exprimée dans les documents officiels, reste toutefois fondée. Il est clair que certains pays en développement ont un intérêt avant tout commercial à flexibiliser le plus possible les ADPIC afin qu'émerge chez eux une industrie de génériques forte pouvant rafler la mise de l'ensemble des marchés des pays aux prises avec des problèmes de santé publique. Néanmoins, pendant que chacun cherche simplement à défendre les intérêts commerciaux de ses firmes nationales, la santé publique des populations les plus pauvres et les plus vulnérables est simplement prise en otage par la recherche de marges de rentabilité.

## Conclusion

L'enjeu des négociations actuelles est simple pour qui se donne la peine d'analyser les rivalités économiques en présence. Comme le défendait le Canada devant l'OMC en 2000, en limitant au maximum les recours possibles aux importations parallèles, on rend impossible pour les firmes productrices de produits génériques d'atteindre des économies d'échelle suffisantes afin de rentabiliser leur investissement dans la production de génériques par l'entremise de licences obligatoires. En multipliant les difficultés procédurales de recours à la clause dérogatoire, en multipliant les coûts déjà

prohibitifs de recours à la notion d'urgence nationale, on s'assure non seulement que les pays nécessiteux préféreront s'abstenir plutôt que de recourir à des moyens au coût exorbitant pour protéger la santé publique, mais on s'assure également d'éliminer les marchés disponibles pour les firmes de produits génériques, empêchant l'existence d'un marché critique suffisant pour que la production de génériques puisse être rentable.

La position américaine est pour le reste efficace. La déclaration de Doha sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique se voulait une prise de position ferme contre l'interprétation américaine (et les sanctions unilatérales par le *Spécial 301*) et suisse de l'accord ADPIC dans une volonté d'assouplir les positions des pays développés au nom de la santé publique des pays en développement. Finalement, les États-Unis ont montré qu'ils accepteraient d'aller au bout de l'entente et d'arrêter de recourir à leurs sanctions unilatérales si et seulement si se met en place un cadre institutionnel qui non seulement rendra le recours aux importations parallèles quasi impossible, mais qui assurera la domination des brevets pharmaceutiques en balayant les marchés potentiels des firmes génériques en réduisant au maximum les économies d'échelle.

Les négociations sur l'accès aux médicaments essentiels se poursuivent sans grand espoir en attendant Cancun. Si la question agricole constitue le blocage majeur du cycle de Doha, le cul-de-sac sur l'accès aux médicaments essentiels pour les pays en développement a tout pour alimenter cynisme et la perplexité de chacune des parties tout en nourrissant à plein la rhétorique des groupes anti-mondialisation qui manifesteront en grand nombre au Mexique en septembre prochain. Qui pourra refuser de les croire lorsqu'ils défendront que la santé publique des pays les plus pauvres a tout simplement été jetée aux orties afin d'engraisser davantage la marge de profit de l'industrie de loin la plus profitable?

## Bibliographie

Sanjay Basu, "Life and Death at the WTO", Znet, Feb 11 2003, [www.znet.org](http://www.znet.org)

Oliver Burkeman and Alok Jha, "The battle for American science", *The Guardian*, April 10, 2003.

Commission on Intellectual Property Rights, *Integrating Intellectual Property Rights and Development Policy*, London, September 2002.

Peter Drahos et Ruth Mayne (ed.), *Global Intellectual Property Rights; Knowledge, Access and Development*, Palgrave & Oxfam, 2002.

Geoff Dyer, "The bill: 'mission' or a 'joke'", *Financial Times*, June 2 2003.

Fortune, "The 2003 Fortune 500", *Fortune*, April 14 2003 & April 15 2002.

Léo-Paul Lauzon et Marc Hasbani, *Analyse Socio-Économique de l'industrie pharmaceutique brevetée (1991-2000)*, Chaire Socio-Économique de l'UQAM, avril 2002.

Bebe Loff, "No Agreement in Talks on Access to Cheap Drugs", *Lancet*, December 14, 2002.

James Love & al, Letter from CPTech, Oxfam, MSF and HAI to WTO delegates regarding December 16, 2002 Chairman's Text for "solution" to Paragraph 6 of the Doha Declaration on TRIPS and Public Health, 19 December, 2002.

Médecins Sans Frontières & al., "Access to essential drugs in poor countries: a lost battle?", *Journal of American Medical Association*, Jan 27, 1999.

Robert Pear, "Drug Companies Increase Spending to Lobby Congress and Governments", *New York Times*, 1er juin 2003.

Public Citizen [April 2001], *Drug Industry Most Profitable Again*, available on-line: [www.citizen.org](http://www.citizen.org)

Public Citizen [July 2001], *The Other Drug War; Big Pharma's 625 Washington lobbyists*, available on line: [www.citizen.org](http://www.citizen.org)

Frances Williams, "US attacked over attempt to boost drug patents protection", *Financial Times*, May 23 2003.