

LES ACCORDS DE L'OMC ET LA SANTÉ PUBLIQUE

Étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE



ORGANISATION
MONDIALE
DU COMMERCE

LES ACCORDS DE L'OMC ET LA SANTÉ PUBLIQUE

Étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE



ORGANISATION
MONDIALE
DU COMMERCE

Cette publication est également disponible en anglais et espagnol (Prix: SFr 30.-)

OMS ISBN 92 4 256214 9

OMC ISBN 92-870-2223-6

Imprimé par le Secrétariat de l'OMC

VII-2002-4,000

© Organisation mondiale du commerce / Organisation mondiale de la Santé, 2002



PREFACE

1

PREFACE DE GRO HARLEM BRUNDTLAND ET DE MIKE MOORE

L'intégration de plus en plus poussée à l'échelle mondiale fait qu'il devient chaque jour plus difficile de traiter séparément les divers domaines d'action. Le lien entre commerce et santé a suscité de nombreux débats: il faut répondre aux préoccupations véritables et dissiper tout malentendu en se fondant sur des preuves tangibles et une analyse rigoureuse.

Nous estimons que l'étude conjointe réalisée par l'OMS et le Secrétariat de l'OMC est une initiative utile et opportune à cet égard. Elle montre qu'il existe bien des points communs entre commerce et santé. Elle contient un autre message important, à savoir que les responsables de la santé et du commerce peuvent tirer parti d'une collaboration plus étroite pour assurer la cohérence entre leurs différents domaines de responsabilité.

Tant à l'OMS qu'à l'OMC, les questions liées au commerce et à la santé publique figurent en bonne place dans le programme et des progrès notables ont été réalisés récemment. Le fait qu'à Doha, la communauté internationale a approuvé la Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique est la preuve très concrète de la volonté des gouvernements de faire en sorte que le système commercial fondé sur des règles soit compatible avec les intérêts en matière de santé publique.

Le système commercial multilatéral peut largement contribuer à l'amélioration du bien-être dans le monde. En outre, les travaux et les compétences des autres organisations sont nécessaires si l'on veut trouver des solutions efficaces. Dans la quête de leur objectif commun, le développement humain durable, l'OMS et l'OMC sont des partenaires importants. Nous sommes honorés de présenter cette étude conjointe sur les Accords de l'OMC et la santé publique, qui est la première du genre. Elle est un témoignage encourageant de notre coopération de plus en plus étroite et efficace.



REMERCIEMENTS

3

REMERCIEMENTS

Le présent rapport a été établi conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Secrétariat de l'Organisation mondiale du commerce (OMC).

L'équipe de l'OMS, dirigée par Nick Drager, se composait de Robert Beaglehole, Debra Lipson, Zafar Mirza et Matthew Hodge (qui a collaboré au début). Les renseignements sur la coopération nationale entre santé et commerce ont été aimablement fournis par Suwit Wibulpolprasert, du Ministère thaïlandais de la santé, et Jake Vellinga, de Santé Canada. De nombreux fonctionnaires du siège de l'OMS à Genève et des six bureaux régionaux ont apporté des informations et des observations utiles à divers stades de l'élaboration du rapport. Nous remercions en particulier Orvill Adams, Thiru Balasubramaniam, Douglas Bettcher, William Cocksedge, Sarah England, Dr F.X Meslin, Julie Milstein, André Prost, Yasuyuki Sahara, Jorgen Schlundt, German Velasquez et Derek Yach de leur précieuse collaboration. La contribution de l'OMS a été enrichie par les remarques d'experts employés dans des organismes de santé publique, des établissements universitaires et des organisations de la société civile à travers le monde. L'équipe de l'OMS tient aussi à remercier de leur soutien Andrew Cassels, Ann Kern, David Nabarro, Poonam Khetrapal Singh et Eva Wallstam.

Le principal coordonnateur de la contribution apportée par l'OMC a été Miguel Rodríguez Mendoza, Directeur général adjoint, assisté d'Erik Wijkstrom et d'Alexander Keck. Des remarques et des suggestions ont été formulées par Rolf Adlung, John Finn, David Hartridge, Marion Jansen, Pieter Jan Kuijper, Vivien Liu, João Magalhães, Hamid Mamdouh, Gabrielle Marceau, Doaa Abdel Motaal, Laoise Ni Bhriain, Adrian Otten, Gretchen Stanton, Thu-Lang Tran-Wasescha, Peter Ungphakorn, Jayashree Watal et Frank Wolter. Pour ce qui concerne l'OMC, cette étude a été établie par le Secrétariat sous sa propre responsabilité et est sans préjudice des positions des Membres de l'OMC ni de leurs droits et obligations dans le cadre de l'OMC.

Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs et non des institutions qu'ils représentent.



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

PREFACE1

RESUME11

I. INTRODUCTION25

II. LES ACCORDS DE L'OMC QUI ONT UN RAPPORT AVEC LA SANTE27

A. INTRODUCTION27

 i) L'institution27

 ii) Structure27

 iii) Objectif28

 iv) Fonction primordiale28

 v) Composition et accession28

B. PRINCIPES ESSENTIELS DE L'OMC31

 i) Principe de la nation la plus favorisée:
 égalité de traitement pour les autres Membres de l'OMC31

 ii) Traitement national: égalité de traitement entre les étrangers et les nationaux32

 iii) Le principe NPF et la santé publique32

 iv) Exceptions prévues dans le GATT et l'AGCS en ce qui concerne la santé33

C. OBSTACLES TECHNIQUES AU COMMERCE34

 1. L'Accord OTC34

 i) Objectif général, but et portée de l'Accord35

 ii) Principes35

 iii) Exemples d'application à la santé36

 iv) Utilisation de normes sanitaires internationales36

 v) Examen de l'Accord OTC36

 2. L'Accord SPS37

 i) Raison d'être de l'Accord SPS37

 ii) L'Accord SPS a un rapport direct avec la santé37

 iii) Différence de portée par rapport à l'Accord OTC38

 iv) Pourquoi est-il important de savoir lequel des deux accords s'applique?39

 v) Justification scientifique40

 vi) Mesures provisoires40

 vii) Examen41



D.	PROPRIETE INTELLECTUELLE ET COMMERCE (ADPIC) . . . . .	.43
	i) Dispositions relatives à la protection de la santé publique . . . . .	.44
	ii) Quelles sont les obligations imposées aux Membres par l'Accord sur les ADPIC au sujet des brevets pharmaceutiques? . . . . .	.45
	iii) Un brevet n'est pas une autorisation de mise sur le marché . . . . .	.47
	iv) Exceptions en faveur de la recherche et disposition "Bolar" . . . . .	.47
	v) Concession de licences obligatoires et utilisation par les pouvoirs publics . . . . .	.48
	vi) Importations parallèles et "épuisement" des droits . . . . .	.49
	vii) Périodes de transition accordées aux pays en développement: l'an 2000 pour la plupart d'entre eux . . . . .	.49
E.	SERVICES (AGCS) . . . . .	.51
	i) Obligations générales inscrites dans l'AGCS . . . . .	.53
	ii) Options offertes aux Membres pour les engagements à contracter dans les services de santé au titre de l'AGCS . . . . .	.54
F.	REGLEMENT DES DIFFERENDS . . . . .	.55
III.	CERTAINES QUESTIONS DE SANTE ET ACCORDS DE L'OMC . . . . .	.61
A.	INTRODUCTION . . . . .	.61
B.	LUTTE CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES . . . . .	.63
	i) Lien entre le commerce et la lutte contre les maladies infectieuses . . . . .	.63
	ii) Le Règlement sanitaire international (RSI): un cadre réglementaire mondial . . . . .	.63
	iii) Les règles commerciales ne risquent guère de limiter les mesures prises par les pouvoirs publics pour lutter contre les maladies infectieuses, mais elles imposent quelques disciplines ... . . . . .	.64
	iv) Révision du RSI afin de répondre aux nouvelles menaces pour la santé . . . . .	.66
C.	SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS ALIMENTAIRES . . . . .	.67
	i) Incidence mondiale des toxi-infections alimentaires ... . . . . .	.67
	ii) ... et lien avec le commerce . . . . .	.68
	iii) L'Accord SPS est peut-être celui où existe le rapport le plus étroit entre une question de santé (en l'occurrence la sécurité sanitaire des produits alimentaires) et le commerce . . . . .	.68
	iv) Comment l'OMC est-elle "utilisée" pour répondre aux préoccupations en matière de sécurité sanitaire des produits alimentaires? . . . . .	.70
	v) Le "principe de précaution" en matière de sécurité sanitaire des produits alimentaires . . . . .	.71
	vi) Défis à venir . . . . .	.74
	vii) Sécurité sanitaire des organismes génétiquement modifiés (OGM) . . . . .	.75



TABLE DES MATIERES

7

D.	LUTTE ANTITABAC . . . . .	.76
	i) La menace . . . . .	.76
	ii) L'ouverture des échanges peut accroître la consommation de tabac . . . . .	.77
	iii) Politiques de lutte antitabac . . . . .	.78
	iv) Le différend sur le tabac: un exemple de l'application des règles commerciales . . . . .	.79
	v) Liens entre les Accords de l'OMC et les politiques relatives au tabac . . . . .	.81
	vi) La Convention-cadre pour la lutte antitabac: un nouveau traité international relatif à la santé . . . . .	.82
	vii) Les négociations sur la Convention-cadre pour la lutte antitabac sont un bon exemple de la nécessité d'une coopération internationale . . . . .	.83
E.	ENVIRONNEMENT . . . . .	.84
	i) Lien entre l'environnement, la santé et le commerce . . . . .	.84
	ii) Les "produits similaires" . . . . .	.86
	iii) L'affaire de l'amiante: la santé publique prend le pas sur le commerce . . . . .	.89
	iv) Produits interdits sur le marché intérieur . . . . .	.92
	v) Le Comité du commerce et de l'environnement (CCE) de l'OMC . . . . .	.93
	vi) Les accords environnementaux multilatéraux (AEM) . . . . .	.94
F.	ACCES AUX MEDICAMENTS ET AUX VACCINS . . . . .	.96
	i) De nombreuses mesures peuvent rendre plus abordable le prix des médicaments . . . . .	.96
	ii) Droits d'importation et de douane sur les produits pharmaceutiques . . . . .	.97
	iii) Incidence de la protection conférée par les brevets et de l'Accord sur les ADPIC sur l'offre de médicaments . . . . .	.99
	iv) La protection conférée par les brevets encourage la R-D concernant de nouveaux médicaments . . . . .	.100
	v) Crainte que l'Accord sur les ADPIC n'entraîne une augmentation des prix de certains médicaments . . . . .	.103
	vi) Cependant, l'Accord sur les ADPIC prévoit des mesures de sauvegarde concernant la santé publique ... . . . . .	.108
	vii) Le droit de recourir aux licences obligatoires dans le cadre de l'Accord sur les ADPIC et la question des importations parallèles: expériences de certains pays . . . . .	.115
	viii) L'Accord sur les ADPIC et l'accès aux médicaments - Positions adoptées dans d'autres enceintes internationales . . . . .	.120
	ix) Débats au sein de l'OMC sur l'Accord sur les ADPIC et l'accès aux médicaments . . . . .	.121
G.	SERVICES DE SANTE . . . . .	.124
	i) Les questions . . . . .	.124
	ii) Le commerce des services de santé ouvre des possibilités . . . . .	.125
	iii) ... mais présente des risques . . . . .	.126
	iv) Engagements au titre de l'AGCS . . . . .	.126
	v) Effets des engagements des pays au titre de l'AGCS en matière de services de santé . . . . .	.131



vi)	L'exception des services publics	131
vii)	La libéralisation du commerce constitue-t-elle un risque pour la qualité, l'équité et d'autres objectifs de la politique gouvernementale?	132
viii)	L'AGCS reconnaît le droit de réglementer...	134
ix)	... mais certains pays en développement peuvent avoir une capacité de réglementation faible ou nulle	134
x)	La libéralisation appelle une plus grande réglementation	135
xi)	Les négociations en cours sur l'AGCS offrent l'occasion d'y contribuer	136
H.	SECURITE ALIMENTAIRE ET NUTRITION	138
i)	Nutrition et santé	138
ii)	Sécurité alimentaire et nutrition	138
iii)	Libéralisation du commerce et sécurité alimentaire nationale	140
iv)	L'aide alimentaire	142
v)	Les négociations en cours sont une occasion à saisir	143
I.	QUESTIONS NOUVELLES	144
1.	Les biotechnologies	144
i)	Préoccupations concernant les brevets	145
ii)	Sécurité alimentaire et innocuité des aliments	146
iii)	Le Protocole de Carthagène sur la prévention des risques biologiques	147
2.	Technologies de l'information	148
3.	Protection du savoir médical traditionnel	150
IV.	VERS UNE COHERENCE DES POLITIQUES DE LA SANTE ET DU COMMERCE	153
A.	INTRODUCTION	153
B.	VERS UNE COHERENCE DES POLITIQUES AUX NIVEAUX NATIONAL ET INTERNATIONAL	154
i)	Thaïlande	156
ii)	Canada	157
C.	COORDINATION INTERNATIONALE ENTRE L'OMS ET L'OMC EN MATIÈRE DE SANTE ET COMMERCE	159
D.	CONCLUSION	161
i)	Les questions de santé dans les règles de l'OMC	163
ii)	... et les questions commerciales dans le règlement sanitaire international	164
iii)	La nécessité d'asseoir la politique sur des faits	164
iv)	Négociations et examens	165
v)	Accessions	166



TABLE DES MATIERES

9

vi) Renforcement des capacités	166
vii) Deux ingrédients critiques de la cohérence des politiques	167
ANNEXE	169
GRAPHIQUES, TABLEAUX ET ENCADRES	
Graphique 1 Structure de l'OMC	29
Encadré 1 Identification rapide d'une mesure SPS	38
Encadré 2 Rapports des marques de fabrique ou de commerce et des "renseignements non divulgués" avec la santé	42
Encadré 3 Médicaments de contrefaçon	42
Encadré 4 Applications à la santé des modes de fourniture de services définis dans l'AGCS	52
Graphique 2 La procédure de groupe spécial	60
Encadré 5 Quelques questions de santé et les Accords de l'OMC qui ont un rapport avec elles	62
Encadré 6 Sécurité sanitaire du poisson importé durant une épidémie de choléra	65
Encadré 7 L'Accord SPS et le Codex	69
Encadré 8 "CE - Hormones" Groupe spécial de l'OMC chargé de l'affaire Mesures communautaires concernant les viandes et les produits carnés (hormones), plaintes déposées par les Etats-Unis et le Canada	72
Encadré 9 L'article 5:7 de l'Accord SPS	73
Encadré 10 Un différend devant l'OMC: l'affaire Thaïlande - Cigarettes	80
Encadré 11 Etats-Unis - Normes concernant l'essence nouvelle et ancienne formule (WT/DS2)	87
Encadré 12 Communautés européennes - Mesures affectant l'amiante et les produits en contenant (WT/DS135)	91
Encadré 13 L'Ouganda supprime ses "taxes sur le paludisme"	98
Encadré 14 Effet du système des brevets pour ce qui est d'encourager la découverte, la mise au point et la commercialisation de nouveaux médicaments	101
Encadré 15 Différences entre vaccins et autres produits pharmaceutiques dans le contexte de l'Accord sur les ADPIC	107
Encadré 16 Différend soumis à l'OMC: Canada - Protection conférée par un brevet pour les produits pharmaceutiques, plainte des Communautés européennes (WT/DS114/1)	110
Encadré 17 Décret de la Maison Blanche n° 13155 du 20 mai 2000 - Accès aux produits pharmaceutiques et technologies médicales contre le VIH/sida	116
Encadré 18 Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique	122
Tableau 1 Engagements des Membres de l'OMC en matière de services médicaux, services hospitaliers et autres services de santé et d'assurance maladie (nombre de Membres), troisième trimestre 2000	130
Encadré 19 Quelques questions ayant trait au commerce et à la santé considérées par les organes de l'OMC et d'autres organismes internationaux	162



RESUME

11

RESUME

1. Le présent rapport traite des Accords pertinents de l'OMC et de la manière dont ils peuvent influencer la santé et les politiques de santé. En réalisant cette étude conjointe, l'OMS et le Secrétariat de l'OMC ont voulu étudier les liens entre les politiques commerciales et les politiques de santé, afin de permettre aux responsables du commerce et à ceux de la santé de mieux comprendre et suivre les effets de ces liens.

Les Accords de l'OMC et la santé publique

2. Dans le premier chapitre, on examine les principaux Accords de l'OMC qui ont un rapport avec la santé et les politiques de santé, à savoir l'Accord sur les obstacles techniques au commerce (Accord OTC), l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (Accord SPS), l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) et l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). On traite aussi des principes fondamentaux de l'OMC que sont la non-discrimination et le traitement national, qui orientent la mise en œuvre concrète des Accords, entre autres lorsqu'il s'agit des questions de santé.

3. Le principe fondamental de l'OMC est la non-discrimination: les Membres de l'OMC ne peuvent faire de discrimination entre leurs partenaires commerciaux ni entre les marchandises importées et les marchandises d'origine nationale lorsqu'elles sont similaires par ailleurs. Depuis les débuts du GATT il y a plus de 50 ans, l'article XX de l'Accord général garantit le droit des Membres de prendre des mesures pour restreindre les importations et les exportations de produits lorsque ces mesures sont nécessaires à la protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou à la préservation des végétaux (article XX b)).

4. Cette disposition et les dispositions similaires des Accords de l'OMC reconnaissent qu'il y a des cas où les Membres souhaiteront subordonner les considérations liées au commerce à d'autres objectifs et contraintes légitimes tels que la santé. La jurisprudence de l'OMC a confirmé en plusieurs occasions que les Membres de l'OMC avaient le droit de déterminer le niveau de protection sanitaire qu'ils jugeaient approprié. Il a été reconnu à l'OMC que la santé des personnes était "importante au plus haut point".



LES ACCORDS DE L'OMC ET LA SANTE PUBLIQUE

12

5. Les considérations ci-dessus inspirent les quatre Accords de l'OMC examinés dans ce chapitre. L'Accord OTC et l'Accord SPS permettent aux pays de limiter le commerce pour des raisons légitimes, y compris la santé, mais ils exigent aussi que les mesures ainsi prises ne restreignent pas le commerce de façon non nécessaire. L'Accord SPS, qui traite de certains risques pour la santé, contient des règles spécifiques destinées aux pays qui veulent restreindre le commerce pour assurer la sécurité sanitaire des produits alimentaires et la protection des personnes contre les maladies transmises par les végétaux ou les animaux (zoonoses).

6. Alors que l'objectif consistant à empêcher les obstacles non nécessaires au commerce est commun à l'Accord SPS et à l'Accord OTC, les droits et obligations que prévoient ces accords sont légèrement différents, par exemple en ce qui concerne l'évaluation des risques sanitaires. L'Accord OTC a un champ d'application plus large, mais il n'oblige à tenir compte que des renseignements scientifiques disponibles, tandis que l'Accord SPS exige fondamentalement des Membres qu'ils aient une base scientifique pour justifier les mesures commerciales destinées à atténuer un risque sanitaire. Si les preuves scientifiques disponibles ne sont pas suffisantes, l'Accord SPS autorise l'adoption de mesures provisoires.

7. L'Accord sur les ADPIC couvre aussi certains domaines qui ont un rapport avec la santé. La question de la protection conférée par les brevets de produits pharmaceutiques est particulièrement sensible. Dans ce domaine, il est très important de trouver un juste équilibre entre deux objectifs complémentaires de la santé publique: encourager l'invention de nouveaux médicaments et permettre l'acquisition des médicaments existants à un prix abordable.

8. L'Accord sur les ADPIC a pour but d'aider à instaurer un tel équilibre. Il contient plusieurs dispositions qui donnent aux gouvernements le pouvoir de mettre en œuvre leur régime de propriété intellectuelle de façon à tenir compte de considérations immédiates et à plus long terme en matière de santé publique. Il offre aussi une certaine souplesse pour sa mise en œuvre en autorisant les pays à limiter, sous certaines conditions, les droits exclusifs des titulaires de brevets, par exemple en délivrant des licences obligatoires et en autorisant l'importation parallèle de produits brevetés. Cette souplesse a été réaffirmée par les Membres de l'OMC à la Conférence ministérielle de Doha.



RESUME

13

9. En ce qui concerne le commerce des services, des exemples relatifs aux services de santé sont donnés pour les quatre modes de fourniture. L'AGCS n'impose que des obligations générales très limitées aux Membres, qui sont libres de choisir les secteurs de services qu'ils veulent ouvrir et les modes de services qu'ils veulent libéraliser. Tous les services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental en sont exemptés. Dans l'AGCS, l'accès aux marchés et le traitement national sont des obligations conditionnelles (et négociables), qui peuvent être assujetties à des conditions ou à des restrictions que les Membres inscrivent sur leurs listes. Cette possibilité ainsi que le maintien du droit de réglementer la fourniture de services à des fins de politique nationale laissent une grande latitude pour l'élaboration des orientations nationales, y compris en ce qui concerne les réglementations sanitaires.

Les Accords de l'OMC et certaines questions de santé

10. Tandis que les Accords de l'OMC autorisent expressément les pouvoirs publics à prendre des mesures pour restreindre le commerce lorsqu'ils visent des objectifs nationaux en matière de santé, les règles de l'OMC mettent l'accent sur la manière dont les politiques sont mises en œuvre, sans s'interroger sur l'objectif sous-jacent. Dans ce chapitre, on étudie les moyens par lesquels les gouvernements appliquent certaines politiques de santé et qui peuvent avoir des incidences sur le commerce. On examine huit problèmes de santé particuliers: la lutte contre les maladies infectieuses, la sécurité sanitaire des produits alimentaires, le tabac, l'environnement, l'accès aux médicaments, les services de santé, la sécurité alimentaire et la nutrition, et certaines questions nouvelles telles que les biotechnologies. Bien que les Accords de l'OMC ne traitent pas directement de tous ces sujets, les auteurs des politiques nationales peuvent avoir à en tenir compte lorsqu'ils s'occupent des sujets en question.

Lutte contre les maladies infectieuses

11. L'époque moderne a vu apparaître de nouvelles menaces mondiales en matière de santé, pour lesquelles les mesures de lutte sont encore en train d'évoluer (par exemple, le VIH/sida et les virus Ebola et Marburg). En outre, de nombreuses maladies "plus anciennes" (comme la tuberculose, le paludisme et la gonorrhée) se font plus menaçantes parce qu'elles ont développé une résistance aux médicaments couramment employés pour les traiter. Dans certaines circonstances exceptionnelles, la lutte contre les maladies infectieuses peut exiger des restrictions en matière de commerce ou de



voyages, telles que les quarantaines ou les embargos. Plus récemment, ces mesures ont été remplacées par une combinaison de systèmes d'alerte rapide, de plans de prévention des épidémies, de stocks de médicaments essentiels, de communications rapides et de partage des informations à travers des réseaux, pour faciliter une intervention rapide.

12. Si des restrictions commerciales sont appliquées, elles ont peu de chances d'être contraires aux règles de l'OMC. Elles sont normalement limitées dans le temps et visent à réduire au minimum les perturbations causées au commerce international. C'est l'un des principes fondamentaux du Règlement sanitaire international (RSI) de l'OMS, qui sert de cadre juridique pour les efforts menés par l'OMS afin d'empêcher les épidémies de se propager au niveau mondial. Le RSI est actuellement mis à jour, pour répondre aux nouvelles problématiques de la lutte contre les maladies infectieuses.

Sécurité sanitaire des produits alimentaires

13. Plusieurs sources nouvelles de toxi-infection alimentaire ont des rapports grandissants avec le commerce international (par exemple, les résidus de dioxine dans l'alimentation animale ou la propagation de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) et sa transmission probable à l'homme). La tendance à exporter de plus en plus d'aliments transformés, associée à une prise de conscience, et parfois une inquiétude, accrues de la part des consommateurs accentue les exigences relatives à la sécurité sanitaire des produits alimentaires échangés. Ces questions sont traitées dans l'Accord SPS, qui s'applique à toute mesure liée au commerce prise pour protéger la vie ou la santé des personnes contre les risques présentés par les additifs, contaminants, toxines, médicaments vétérinaires, résidus de pesticides et autres organismes pathogènes contenus dans les aliments et les boissons.

14. L'Accord SPS donne clairement aux gouvernements le droit de limiter le commerce pour atteindre des objectifs de santé, mais les mesures appliquées doivent reposer sur des preuves scientifiques. Il reconnaît aussi formellement les normes, directives et recommandations en matière de sécurité sanitaire des produits alimentaires établies par la Commission du Codex Alimentarius de la FAO/OMS (Codex en abrégé). L'affaire du bœuf aux hormones portée devant l'OMC a mis en valeur la nécessité de fonder la réglementation en matière de sécurité sanitaire des produits alimentaires sur des preuves scientifiques et des normes internationales, mais elle a aussi confirmé que les



RESUME

15

Membres avaient le droit d'appliquer le niveau de protection sanitaire qu'ils souhaitent, supérieur même aux normes internationales. L'article 5:7 de l'Accord SPS autorise aussi l'adoption de mesures provisoires en l'absence de preuves scientifiques concernant les risques sanitaires. La fixation de normes internationales en matière de sécurité sanitaire des produits alimentaires, notamment dans des domaines nouveaux tels que les organismes génétiquement modifiés, reste un enjeu décisif pour l'avenir.

Lutte antitabac

15. Dans bon nombre de pays, les pouvoirs publics interviennent pour réduire la consommation de tabac, en raison de ses effets néfastes sur la santé. L'application de droits de douane plus élevés contribue certes à relever les prix et à réduire la consommation, mais les pouvoirs publics peuvent aussi recourir à toute une série de mesures non discriminatoires, compatibles avec les règles de l'OMC, telles que les taxes intérieures et d'autres mesures de lutte antitabac, comme l'illustre le cas de la Thaïlande.

16. Les problèmes extérieurs aux frontières nationales qui se posent lorsqu'il s'agit d'appliquer des politiques complètes de lutte antitabac ont conduit l'OMS à proposer en 1996 l'élaboration d'une Convention-cadre pour la lutte antitabac. Le but de cet instrument est de faciliter la coopération multilatérale et l'action au niveau mondial, afin de mettre en œuvre des stratégies transnationales de lutte antitabac, dont il est largement établi qu'elles permettent de réduire la demande. Aucune des dispositions de cette convention ne semble en soi incompatible avec les règles de l'OMC, et bon nombre de restrictions préconisées dans certaines de ses dispositions peuvent tout à fait être qualifiées de "nécessaires" à la protection de la santé selon ces mêmes règles. Toutefois, les rapports entre les règles de l'OMC et la Convention dépendront de l'orientation que prendront les futures négociations sur cet instrument et de la manière dont ses dispositions seront appliquées par les gouvernements.

Environnement

17. Les liens entre l'environnement, la santé et le commerce sont complexes. La levée des obstacles au commerce pour les technologies "vertes" modernes et les fournisseurs de biens et services environnementaux peut être bénéfique à la fois pour l'environnement et la santé. Ainsi, la suppression des subventions aux industries



polluantes ou aux secteurs de l'énergie et de l'agriculture pourrait être bénéfique à la fois pour l'environnement et l'hygiène du travail qui y est liée. De tels efforts entraînent, pour les défenseurs du commerce et de la santé, des gains sur tous les tableaux. Toutefois, le commerce des matières dangereuses telles que certains déchets et certains produits chimiques peut aussi accroître les dangers pour l'environnement et l'hygiène du travail, surtout dans les pays en développement, si l'on ne peut garantir des conditions adéquates de manutention ou d'élimination. Il demeure essentiel d'appliquer des politiques environnementales bien conçues. Du point de vue des pays en développement, où la pauvreté est un souci majeur et un obstacle important à la protection de l'environnement, l'ouverture des marchés mondiaux aux exportations peut résoudre en partie le problème. La libéralisation des échanges pour les exportations des pays en développement ainsi que les transferts de capitaux et de technologies peuvent aider ces pays à créer des ressources pour protéger l'environnement et aller vers un développement durable.

18. Bien que l'environnement ne relève pas en soi de l'OMC, plusieurs Accords et règles de l'OMC ont un rapport avec les questions environnementales. Plusieurs différends liés à l'environnement, souvent axés sur la question du "produit similaire", ont été soulevés à l'OMC. Lorsqu'il s'agit de déterminer la "similarité", les règles de l'OMC permettent de tenir compte des risques pour la santé. Dans une affaire récente concernant l'amiante, l'Organe d'appel a constaté que l'objectif recherché, c'est-à-dire la préservation de la vie et de la santé des personnes, était "à la fois vital[] et important[] au plus haut point" et a conclu que l'interdiction d'importer de l'amiante était une mesure "nécessaire" à la protection de la santé des personnes.

19. Une autre question importante dans ce domaine est celle des rapports entre les dispositions de l'OMC et les mesures commerciales appliquées conformément aux accords environnementaux multilatéraux (AEM). Les AEM représentent une démarche multilatérale importante pour résoudre des problèmes environnementaux spécifiques qui peuvent aussi concerner la santé, comme par exemple une limitation de l'utilisation des substances qui appauvrissent la couche d'ozone. Bien qu'aucun différend n'ait encore été soulevé à l'OMC au sujet de dispositions commerciales figurant dans un AEM, il y a matière à controverse aussi bien qu'à synergie. Il existe quelque 200 AEM, dont 20 au moins contiennent des dispositions commerciales. Certaines de ces dispositions pourraient être contraires au principe de la non-discrimination puisqu'elles autorisent le commerce avec certains pays et pas avec d'autres pour des produits similaires (violation du principe de la nation la plus favorisée) ou la discrimination entre produits nationaux



RESUME

17

et produits importés (violation du principe du traitement national). Dans le contexte des négociations prescrites à Doha, les pays se pencheront de plus près sur les rapports entre les règles actuelles de l'OMC et les obligations commerciales spécifiques inscrites dans les AEM. Les Membres examineront aussi, entre autres, les procédures relatives aux échanges d'informations réguliers entre les secrétariats des AEM et les comités compétents de l'OMC.

Accès aux médicaments et aux vaccins

20. L'OMS estime qu'actuellement le tiers de la population mondiale n'a pas accès aux médicaments essentiels et que plus de 50 pour cent des habitants des pays pauvres d'Afrique et d'Asie n'ont même pas accès aux médicaments essentiels les plus élémentaires. L'accès aux médicaments essentiels et aux vaccins dépend de quatre éléments déterminants: sélection et utilisation rationnelles, financement durable, systèmes d'approvisionnement fiables et prix abordables.

21. Certains Accords de l'OMC peuvent influencer sur le prix des médicaments. Ainsi, la suppression ou l'abaissement des droits d'importation sur les médicaments, les vaccins ou d'autres fournitures médicales qui peut résulter des négociations menées à l'OMC peut faire baisser les prix. S'il est vrai que l'Accord sur les ADPIC devrait encourager la R-D axée sur de nouveaux médicaments, on craint aussi qu'il ne provoque une hausse des prix en raison d'une protection plus stricte par les brevets. A cet égard, l'Accord autorise les Membres de l'OMC à appliquer, dans certaines circonstances, des mesures de sauvegarde telles que la concession de licences obligatoires et l'importation parallèle. Il existait quelques divergences de vues sur les conditions dans lesquelles pouvait s'appliquer la flexibilité prévue dans l'Accord, mais la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique a aidé à les aplanir. On a vu dans ce texte une disposition importante destinée à empêcher les situations dans lesquelles des pays estiment que des industries ou des pays étrangers font pression sur eux pour qu'ils ne puissent se prévaloir pleinement de cette flexibilité.

22. Il y a aussi une série de mesures publiques en dehors du champ de la propriété intellectuelle qui permettent de faire face au problème de l'accès aux médicaments et de leur prix. Lorsque la protection conférée par les brevets donne le pouvoir de fixer le prix de médicaments qui sont vitaux pour la santé publique ou qui permettent de sauver des vies, la fixation de prix différenciés est un moyen de faire en sorte que les prix



soient le plus bas possible dans les pays pauvres, tandis que les prix plus élevés dans les pays riches continuent à encourager la R-D. L'Accord sur les ADPIC n'empêche pas de tels arrangements.

23. Jusqu'à présent, deux affaires ayant à voir avec la flexibilité offerte par l'Accord sur les ADPIC ont été portées devant l'OMC. L'une était un différend entre le Canada et les Communautés européennes à propos de l'exception dite "Bolar", qui permet aux fabricants de médicaments génériques de produire et/ou d'importer et d'utiliser les quantités nécessaires d'un produit breveté afin d'effectuer les essais requis pour obtenir l'approbation réglementaire avant l'expiration du brevet.

24. L'autre affaire était un différend soulevé par les Etats-Unis au sujet de la compatibilité du cadre juridique brésilien de délivrance des licences obligatoires avec l'Accord sur les ADPIC. Les Etats-Unis ont fait valoir que la disposition qui prévoyait la concession de licences obligatoires dans le cas où une invention brevetée n'était pas utilisée pour la production nationale (prescription en matière d'"exploitation locale") était une mesure de protection de l'industrie, incompatible avec les dispositions de l'Accord sur les ADPIC. Le Brésil estimait que cette mesure était un élément nécessaire de son programme de lutte contre le VIH/sida et qu'elle était entièrement compatible avec l'Accord. En juillet 2001, à l'issue de consultations bilatérales, le Brésil et les Etats-Unis ont annoncé qu'ils étaient parvenus à un accord et ont décidé d'arrêter la procédure engagée à l'OMC.

25. Une autre affaire concernant l'accès aux médicaments - qui n'a pas constitué un différend à l'OMC - a suscité une grande attention: la contestation devant les tribunaux sud-africains par 39 compagnies pharmaceutiques de la Loi sud-africaine portant modification du contrôle des médicaments et de certaines substances médicamenteuses (1997). Les compagnies alléguaient que cette loi, qui habilitait le Ministre de la santé à autoriser l'importation parallèle de médicaments brevetés en Afrique du Sud et à en prescrire les conditions, était, entre autres, contraire aux obligations contractées par l'Afrique du Sud en vertu de l'Accord sur les ADPIC. Le gouvernement a fait valoir que sa loi était entièrement compatible avec l'Accord sur les ADPIC, qui prévoit une flexibilité importante, par exemple au sujet de l'importation parallèle. Aucune affaire n'a été portée devant l'OMC au motif que l'Afrique du Sud aurait violé l'Accord sur les ADPIC. En avril 2001, les compagnies pharmaceutiques ont retiré leur plainte, et le gouvernement sud-africain a continué à mettre en œuvre ses réglementations, y compris celles qui autorisent l'importation parallèle de médicaments brevetés.



RESUME

19

Services de santé

26. Le commerce international des services de santé se développe dans de nombreux domaines. Des professionnels de la santé se rendent dans d'autres pays, à titre temporaire ou permanent, en quête de salaires plus élevés ou de meilleures conditions de travail. On a aussi constaté un accroissement notable des investissements étrangers de la part d'opérateurs d'hôpitaux et de compagnies d'assurance maladie qui recherchent de nouveaux débouchés. En outre, un nombre grandissant de pays cherchent à attirer des consommateurs de services de santé appartenant à d'autres pays.

27. Avec une réglementation propice, la libéralisation des échanges peut contribuer à améliorer la qualité et l'efficacité de l'approvisionnement et/ou accroître les recettes en devises. Par exemple, les hôpitaux financés par des investisseurs étrangers peuvent offrir certains services qui n'existaient pas auparavant. Dans quelques pays en développement tels que la Thaïlande et la Jordanie, le secteur de la santé sert de centre d'approvisionnement régional attirant des patients étrangers qui peuvent contribuer à la création de revenus et d'emplois dans le pays. Certains pays en développement, notamment Cuba, l'Inde et les Philippines, "exportent" leurs médecins et leur personnel infirmier, ce qui crée des rapatriements de devises et comble les déficits de l'offre dans les pays d'accueil.

28. Toutefois, les pays ne sont pas tous bien placés pour transformer ces gains en bénéfiques pour la majorité des habitants. Dans certains cas, le commerce des services de santé exacerbe les problèmes d'équité et d'accès aux services de santé ainsi que de financement de ces services, surtout pour les populations pauvres des pays en développement. Ainsi, un exode accru des professionnels de la santé qui quittent les pays à faible revenu pour travailler dans des pays plus riches peut aggraver la pénurie de personnel de santé dans les pays en développement. On craint aussi que l'ouverture des marchés ne profite surtout aux riches.

29. Il serait possible de remédier à ces problèmes grâce à une réglementation bien conçue. L'AGCS laisse aux pays la flexibilité nécessaire pour gérer le commerce des services de manière compatible avec leur objectifs de santé. Il permet même d'imposer des conditions supplémentaires ou plus strictes aux fournisseurs de services étrangers. Avec la libéralisation des échanges, il devient plus nécessaire d'avoir des cadres réglementaires efficaces pour que les activités du secteur privé dans le système de



santé procurent les avantages escomptés. Des stratégies réglementaires pourraient être appliquées pour ralentir des évolutions non souhaitables, mais certains pays manquent de moyens pour les faire respecter.

30. Les négociations sur les services engagées en 2000 devraient normalement augmenter le nombre de secteurs couverts par les listes actuelles et relever le niveau des engagements. Elles offrent la possibilité de développer le commerce des services de santé ainsi que d'attirer des investissements étrangers directs et de les adapter aux priorités nationales en matière de santé. Dans de nombreux pays en développement, l'occasion est ainsi donnée d'acquérir des services de santé qui ne sont pas offerts au plan national ou d'exporter des services de santé et des ressources humaines vers un marché mondial plus large. Des inquiétudes ont toutefois été exprimées à ce sujet.

31. Certains défenseurs de la santé publique craignent, par exemple, que les négociations n'obligent les gouvernements à ouvrir leurs services de santé financés par l'Etat à des investisseurs étrangers privés qui recherchent le profit. Or, aucun Membre de l'OMC n'est obligé d'autoriser la fourniture d'un service par des étrangers, ni même de garantir la concurrence au niveau national. En outre, les négociations actuelles sur les services n'ont aucune incidence particulière sur les services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental, qui ne relèvent pas de l'AGCS. Et "une flexibilité appropriée [est] ménagée aux différents pays en développement ... pour qu'ils puissent ouvrir moins de secteurs, libéraliser moins de types de transactions [et] élargir progressivement l'accès à leurs marchés en fonction de la situation de leur développement".

Sécurité alimentaire et nutrition

32. La question de la sécurité alimentaire est complexe et revêt de multiples aspects. Au niveau national, l'accès économique à l'alimentation est fondamentalement tributaire de la production et de la distribution nationales, de l'accès aux marchés internationaux et de la possession de devises pour importer des produits. La sécurité alimentaire nationale est surtout préoccupante dans les pays qui dépendent de l'importation d'aliments de base. Dans ces pays, la libéralisation des échanges peut réduire l'autosuffisance en matière de production d'aliments de base et accroître la dépendance à l'égard des importations. Toutefois, ce phénomène n'est pas le même que la dégradation de la sécurité alimentaire nationale, qui dépend surtout de la capacité du pays à faire rentrer suffisamment de devises pour importer les aliments dont il a besoin.



RESUME

21

33. Les négociations sur l'agriculture en cours à l'OMC offrent la possibilité de faire avancer le programme relatif au commerce des produits agricoles et à la sécurité alimentaire, et les pays en développement y prennent une part active. La sécurité alimentaire et les questions qui s'y rapportent sont abordées de plusieurs manières au cours de ces négociations. Par exemple, des pays très divers préconisent la suppression des subventions à l'exportation et des autres formes de subventionnement de l'agriculture, pour mettre fin à leurs effets défavorables sur les systèmes de production des pays en développement. En outre, un groupe de pays en développement insiste pour qu'une flexibilité supplémentaire soit accordée aux pays en développement, afin qu'ils puissent répondre à leurs problèmes de sécurité alimentaire, notamment la flexibilité de soutenir leur propre production vivrière et de voir ce soutien exempté de tout engagement de réduction. D'une manière générale, l'élargissement de l'accès aux marchés est important pour de nombreux pays, notamment les pays en développement à revenu inférieur, dont l'agriculture d'exportation reste la principale source de devises.

Questions émergentes

34. Deux avancées technologiques importantes pourraient révolutionner la santé: les biotechnologies et les technologies de l'information. Une troisième question émergente en matière de santé se rapporte paradoxalement à l'utilisation qui est faite depuis des siècles de la phytothérapie et des connaissances traditionnelles pour guérir les maladies. On examine dans le présent rapport les relations entre la santé et le commerce dans ces trois cas.

35. Bien que ce terme recouvre une grande diversité d'activités, les biotechnologies sont généralement définies comme "l'application des principes de la science et de l'ingénierie au traitement de matières par des agents biologiques dans la production de biens et de services" (OCDE, 1982). Les biotechnologies ont déjà apporté une immense contribution à la recherche biomédicale et commencent à se traduire par des applications concrètes dans la prévention et le traitement des maladies. Mais, alors que leur champ d'application se développe, depuis les humains et les animaux jusqu'aux gènes et aux virus, en passant par les plantes et les arbres, leur impact sur la société et l'économie s'amplifie également. Des questions relatives aux biotechnologies sont débattues à l'OMC. Par exemple, le Conseil des ADPIC a débattu de la question de savoir si certaines innovations biotechnologiques étaient brevetables, c'est-à-dire si elles répondaient aux critères fondamentaux de la nouveauté, du caractère inventif et de



l'utilité. Il y a eu aussi quelques discussions au Comité OTC sur les prescriptions par divers pays en matière d'étiquetage des OGM imposées. Et le Comité SPS a abordé, dans ses discussions sur le Protocole sur la biosécurité de Carthagène, des questions relatives à la sécurité sanitaire des produits alimentaires et au risque de diffusion de semences génétiquement modifiées dans l'environnement. Il a aussi examiné les préoccupations soulevées au sujet des notifications SPS de certains Membres de l'OMC portant sur des mesures sanitaires proposées au sujet des OGM, ainsi que des mesures adoptées sans notification à l'OMC.

36. Les technologies de l'information transforment actuellement la société et l'économie dans de nombreux pays, augmentant la productivité du travail, créant des emplois et accélérant les communications et les flux d'informations, et leur potentiel reste considérable. Elles ont déjà apporté des changements dans la fourniture des soins de santé et peuvent encore élargir la fourniture transfrontières de services de santé. A plus long terme, les technologies qui permettent de contrôler en temps réel et en trois dimensions des instruments de précision avec un retour de l'information à l'opérateur pourraient même permettre des actes chirurgicaux à distance. Toutefois, l'utilisation des technologies de l'information dans le commerce transfrontières en faveur des populations pauvres risque d'être limitée par leur coût élevé et par le manque d'infrastructures et de personnel spécialisé.

37. Quant à la médecine traditionnelle, la connaissance des plantes médicinales et de leurs propriétés curatives s'est enrichie au fil des siècles. De larges couches de la population continuent à en dépendre dans les pays en développement, tandis que la demande s'accroît parmi les habitants des pays industrialisés, ce qui entraîne une croissance du commerce international des médicaments à base de plantes. Comme la valeur économique et commerciale des connaissances relatives à la médecine traditionnelle et aux plantes médicinales augmente, on se préoccupe de plus en plus de les protéger et de faire en sorte que les avantages qui en découlent soient équitablement partagés.

[Vers une cohérence entre politiques de santé et politiques commerciales](#)

38. Le dernier chapitre du présent rapport traite de la nécessité de renforcer l'interaction entre ceux qui élaborent et appliquent les politiques commerciales et les politiques de santé et de favoriser la connaissance réciproque de ces politiques.



RESUME

23

Comme le montre le rapport, les règles et les dispositions des Accords de l'OMC qui se rapportent le plus à la santé permettent généralement aux pays de gérer le commerce des biens et services de façon à atteindre leurs objectifs de santé publique, pourvu que les mesures relatives à la santé soient conformes aux principes fondamentaux du commerce tels que la non-discrimination. Il est possible de déroger même à ces dispositions au titre d'exceptions relatives à la santé publique. Pourtant, certains observateurs ont exprimé la crainte que les règles de l'OMC ne constituent une menace pour l'application de bonnes politiques de santé publique.

39. L'un des moyens constructifs de répondre à cette crainte est d'y voir la possibilité de trouver un terrain d'entente. Réduire au minimum les risques de conflit entre le commerce et la santé et maximiser leurs avantages réciproques est un exemple de cohérence des politiques. Le dernier chapitre aborde donc la question de la cohérence entre politiques de santé et politiques commerciales aux niveaux national et international. Il décrit les efforts faits dans deux pays - Canada et Thaïlande - pour instaurer une telle cohérence sur le plan national. Et l'on y examine les efforts faits pour coordonner les activités au niveau international entre l'OMS et l'OMC.

40. Au moment où ce rapport partait à l'impression, l'importance des interconnexions entre le commerce et la santé et la nécessité d'une plus grande cohérence entre politiques commerciales et politiques de santé étaient soulignées avec force par la communauté internationale dans le cadre de la Conférence ministérielle de Doha. Il est dit clairement, dans la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique et au paragraphe 6 de la Déclaration ministérielle de Doha, que les règles de l'OMC et les politiques de santé doivent aller de pair, que les considérations de santé publique sont importantes dans la mise en œuvre des règles de l'OMC et qu'il est possible de faire en sorte que les politiques commerciales et les politiques de santé se soutiennent mutuellement. L'intention de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC en élaborant ce rapport conjoint était d'illustrer, pour certains aspects essentiels du commerce et de la santé, qu'une telle cohérence est possible.



INTRODUCTION

25

I . I N T R O D U C T I O N

1. Le commerce, échange de marchandises, de services et d'informations entre des individus ou des collectivités, est aussi ancien que l'histoire de l'humanité. Son expansion est un élément essentiel du resserrement des liens entre les pays.

2. La libéralisation des échanges peut agir de multiples façons sur la santé. Parfois, son effet est direct et évident, comme lorsqu'une maladie franchit une frontière avec une marchandise exportée. Parfois, il est plus indirect. Ainsi, l'abaissement des droits de douane peut faire baisser le prix du matériel médical et des produits liés à la santé; une modification des règles internationales relatives à la protection conférée par les brevets peut influencer sur le prix des médicaments et des vaccins; et, ce qui est également important, il y a un lien positif entre la libéralisation des échanges et la croissance économique, qui peut faire reculer la pauvreté et élever le niveau de vie, et notamment améliorer la santé.

3. Selon la définition de l'OMS, la santé est un "état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". La "santé publique" est l'ensemble des mesures organisées (publiques ou privées) prises pour prévenir les maladies, favoriser la santé et prolonger la vie de l'ensemble de la population. La bonne santé pour toutes les populations est un objectif de développement admis au plan international et constitue l'un des piliers du développement économique durable, objectif vers lequel tendent aussi bien l'OMS que l'OMC.

4. Au niveau national, les responsables des politiques de santé s'intéressent de plus en plus aux liens réciproques entre le commerce et la santé. L'objectif principal du présent rapport est de décrire les liaisons réelles et potentielles entre les Accords pertinents de l'OMC et la santé, afin de permettre aux responsables du commerce comme à ceux de la santé de mieux les comprendre et d'en suivre les effets. Pour cela, on distinguera huit aspects de la santé:

- a) la lutte contre les maladies infectieuses;
- b) la sécurité sanitaire des produits alimentaires;
- c) le tabac;
- d) l'environnement;



LES ACCORDS DE L'OMC ET LA SANTE PUBLIQUE

26

- e) l'accès aux médicaments;
- f) les services de santé;
- g) la sécurité alimentaire et la nutrition;
- h) les questions émergentes (telles que les biotechnologies).

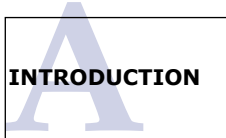
5. Ces huit aspects particuliers ne correspondent pas à des Accords distincts de l'OMC qui leur seraient applicables (sauf la sécurité sanitaire des produits alimentaires). Dans le présent rapport, on ne s'intéressera qu'aux règles et Accords de l'OMC qui se rapportent le plus à chacun de ces aspects. Le rapport illustre les domaines essentiels dans lesquels les règles commerciales peuvent compléter ou contrarier les politiques nationales de santé publique. En conclusion, on soulignera la nécessité d'une cohérence entre la santé et le commerce aux niveaux national et international et l'on mettra en évidence les possibilités de renforcer la cohérence en matière de politique de santé et de politique commerciale, au service des objectifs de santé et de développement.

6. Le présent rapport s'adresse à des lecteurs qui ont une connaissance limitée des questions de santé et de commerce. Il n'entre pas dans les détails du débat; le but est d'expliquer les questions et les divers points de vue d'une manière factuelle. Ceux qui souhaitent comprendre les nuances des Accords et de la jurisprudence de l'OMC, se tenir au courant des débats actuels sur la santé et le commerce ou approfondir des sujets particuliers peuvent prendre contact directement avec l'Organisation et consulter les ressources mentionnées dans l'annexe.

7. Ce rapport comprend trois grands chapitres. Après la présente introduction, on examine au chapitre II les règles de l'OMC qui ont un rapport avec la santé, on analyse au chapitre III les rapports entre les règles commerciales et certaines questions de santé et l'on présente au chapitre IV des propositions visant à rendre les politiques plus cohérentes. Le lecteur intéressé par une question de santé particulière pourra commencer par lire la section correspondante du chapitre III, puis se reporter au chapitre II pour plus de détails sur tel ou tel Accord de l'OMC.



II. LES ACCORDS DE L'OMC QUI ONT UN RAPPORT AVEC LA SANTE



A. INTRODUCTION

i) L'institution

8. L'Organisation mondiale du commerce (OMC) est une organisation internationale relativement nouvelle, mais elle est responsable d'un système vieux de plus de 50 ans. Instituée le 1er janvier 1995, elle a remplacé l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT), qui datait de 1948, à l'issue d'une décision prise par les gouvernements après sept ans et demi de négociations (le "Cycle d'Uruguay"), qui ont pris fin en 1994. Avec la création de l'OMC, les règles ont été étendues à des domaines nouveaux. Alors que le GATT ne concernait que le commerce des marchandises, l'OMC couvre aussi le commerce des services et la propriété intellectuelle. Dans certains domaines tels que les textiles, l'agriculture et les mesures sanitaires et phytosanitaires, l'OMC va plus loin que le GATT puisqu'elle a établi des règles commerciales spécifiques. Avec elle, la procédure de règlement des différends commerciaux a également été renforcée.

9. L'OMC n'est pas une institution de grande taille. Comme l'OMS, elle a son siège à Genève mais, contrairement à elle, elle n'a pas de bureaux régionaux. Elle possède un effectif d'environ 560 personnes, ayant à sa tête un Directeur général, et son budget est limité.¹

ii) Structure

10. L'organe de décision suprême de l'OMC est la Conférence ministérielle, qui se réunit au moins une fois tous les deux ans (voir le graphique 1). Le Conseil général, auquel participent normalement des ambassadeurs et d'autres représentants en poste à Genève ou des représentants en poste dans les capitales (qui peuvent inclure des experts de la santé) se réunit plusieurs fois par an au siège de Genève. Il se réunit aussi en tant qu'Organe d'examen des politiques commerciales et Organe de règlement des différends (ORD). Les représentants qui assistent aux réunions quotidiennes de l'Organisation sont des représentants gouvernementaux de tous les Membres de l'OMC et des représentants d'organisations ayant le statut d'observateur. Les décisions sont prises

¹. Le budget de l'OMC est de 143 millions de francs suisses. L'OMS a un budget annuel d'environ 1,1 milliard de dollars, et son secrétariat comprend 3 800 personnes travaillant au siège (Genève), dans six bureaux régionaux et dans quelque 150 pays (bureaux/opérations de pays).



par consensus, tant lors des négociations que durant les travaux des comités. Le vote est possible, mais il n'a jamais été utilisé.

iii) Objectif

11. L'objectif de l'OMC est illustré par le préambule de l'Accord instituant l'Organisation mondiale du commerce (Accord sur l'OMC), signé à Marrakech en avril 1994:

"Reconnaissant que leurs rapports dans le domaine commercial et économique devraient être orientés vers le relèvement des niveaux de vie, la réalisation du plein emploi et d'un niveau élevé et toujours croissant du revenu réel et de la demande effective, et l'accroissement de la production et du commerce de marchandises et de services, tout en permettant l'utilisation optimale des ressources mondiales conformément à l'objectif de développement durable, en vue à la fois de protéger et préserver l'environnement et de renforcer les moyens d'y parvenir d'une manière qui soit compatible avec leurs besoins et soucis respectifs à différents niveaux de développement économique, ..."

iv) Fonction primordiale

12. L'une des fonctions essentielles de l'OMC est de servir d'instance pour les négociations commerciales. La dernière série de négociations commerciales multilatérales a été le Cycle d'Uruguay (1986-1994). L'OMC facilite la mise en œuvre, l'administration et le fonctionnement des divers accords concernés; toutefois, le pouvoir d'initiative est entre les mains non pas du Secrétariat mais des gouvernements Membres, dont les représentants constituent et dirigent les multiples conseils et comités qui s'occupent des questions soulevées à propos des Accords.

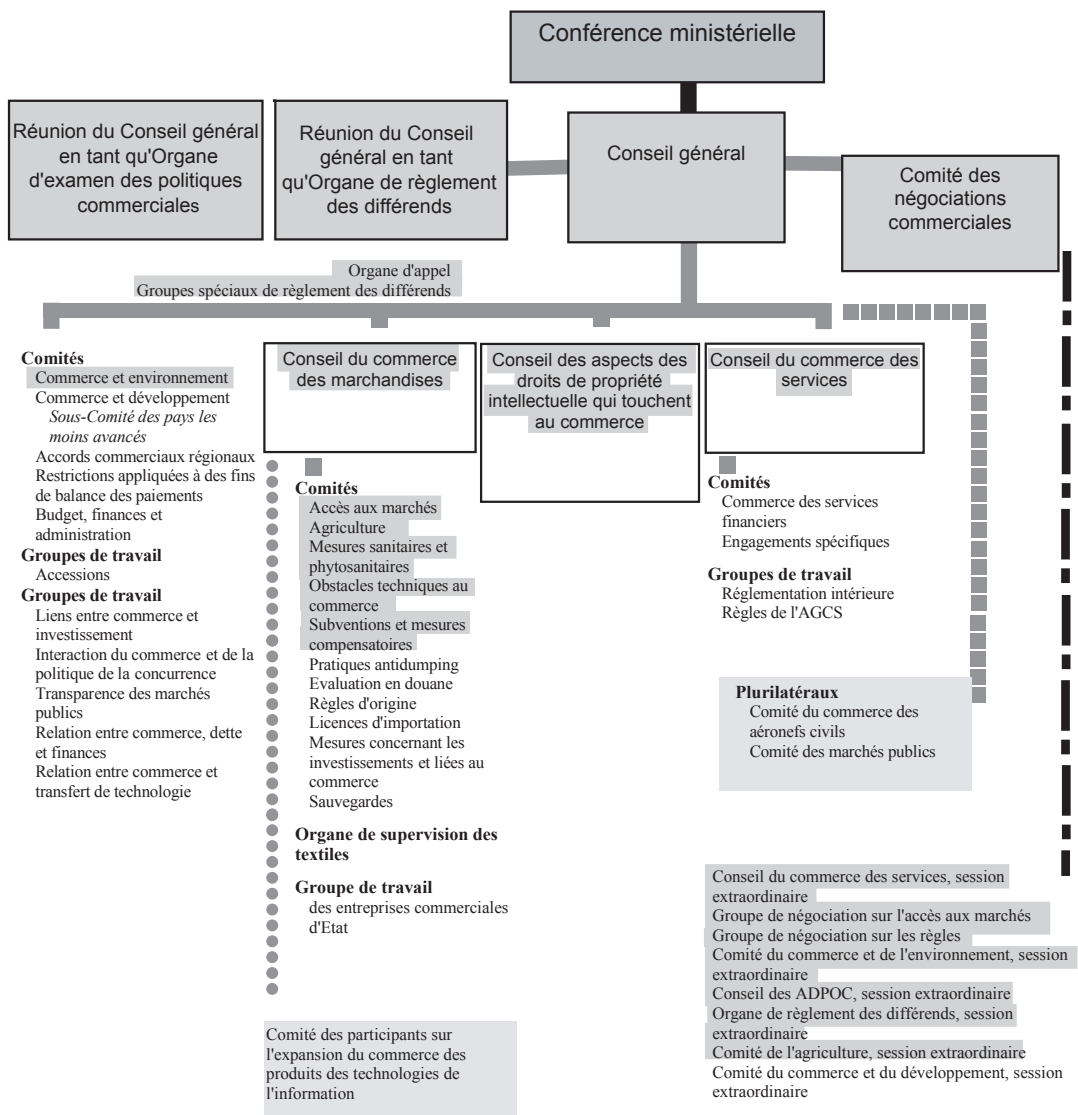
v) Composition et accession

13. L'OMC n'est pas une organisation de financement; elle n'a pas pour mandat de financer des projets de développement. Toutefois, elle apporte une assistance technique aux pays en développement. Cette assistance a pour objet d'aider les Membres à mettre en œuvre les Accords de l'OMC et de former des fonctionnaires, afin qu'ils comprennent le système et les accords qui le composent, sachent comment les administrer et apprennent à négocier plus efficacement. Une assistance technique est



Structure de l'OMC

Tous les Membres de l'OMC peuvent participer à tous les conseils, comités, etc., à l'exception de l'Organe d'appel, des groupes spéciaux de règlement des différends, de l'Organe de supervision des textiles et des comités et conseils établis en vertu des Accords plurilatéraux.



Légende

- Présentation de rapports au Conseil général (ou à un organe subsidiaire)
- Présentation de rapports à l'Organe de règlement des différends
- Les comités établis en vertu des accords plurilatéraux informent le Conseil général de leurs activités, bien que ces accords n'aient pas été signés par tous les Membres de l'OMC.
- Ce Comité informe le Conseil du commerce des marchandises de ses activités, bien que les Membres de l'OMC n'y participent pas tous.
- Organes établis par le Comité des négociations commerciales
- Le Conseil général se réunit également en tant qu'Organe d'examen des politiques commerciales et Organe de règlement des différends
- Surligné Ayant un rapport avec la santé



également dispensée aux pays en voie d'accession. La formation a souvent un caractère plutôt "juridique" et vise à une meilleure compréhension des droits et obligations qu'ont les Membres au titre des divers accords.

v) Composition et accession

14. En février 2002, l'OMC comptait 144 Membres représentant plus de 90 pour cent du commerce mondial. L'accession à l'Organisation n'est pas automatique. Les candidats négocient leur entrée avec les Membres. Les Accords de l'OMC sont généralement ratifiés par les parlements des Membres.

15. Actuellement, plusieurs pays, dont la fédération de Russie, négocient activement leur entrée dans l'Organisation. On a de plus en plus tendance à penser que l'appartenance à l'OMC constitue une étape essentielle vers l'intégration des pays en développement à l'économie mondiale et au système commercial international. Depuis la création de l'OMC en 1995, plus de 40 pays en développement ont demandé leur admission. Bon nombre d'entre eux évoquent les avantages du processus d'accession lui-même, qui stimule et consolide leurs propres réformes internes et accélère leur développement économique (voir, par exemple, le document de l'OMC WT/MIN(01)/2 du 22 octobre 2001, pages 71 et 75).

16. Les pays qui souhaitent adhérer à l'OMC doivent négocier avec les Membres et avec un groupe de travail établi pour chaque candidature. Les groupes de travail de l'accession sont ouverts à tous les Membres, et les pays qui ont un intérêt dans le commerce du candidat y participent. Les pays en voie d'accession doivent ensuite passer par un processus d'enquête concernant leur politique commerciale et souscrire une série d'engagements visant à harmoniser leur politique commerciale avec les Accords de l'OMC. Le processus d'accession peut être passablement lourd, compliqué et long. En février 2002, 16 des 44 pays candidats l'avaient mené à bien et étaient devenus Membres. L'ensemble du processus, qui avait commencé dans certains cas avant 1995, au titre du GATT, a pris entre trois et dix ans, sauf pour la Chine, qui est devenue Membre récemment après 15 ans de négociations.



**PRINCIPES
ESSENTIELS DE
L'OMC**

B. PRINCIPES ESSENTIELS DE L'OMC

17. Les règles de l'OMC relatives aux marchandises et aux services offrent quelques traits communs. Premièrement, les grands principes sont inscrits dans le GATT (pour les marchandises) et dans l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). Il y a en outre des accords spécifiques ou, au titre de l'AGCS, des annexes portant sur les prescriptions spéciales applicables à certains secteurs ou à certains domaines. Par exemple, pour le commerce des marchandises, il y a des accords spécifiques portant sur la réglementation en matière de qualité et de sécurité. L'AGCS a plusieurs annexes qui précisent sa portée et son application à des domaines tels que le mouvement des personnes physiques et certaines caractéristiques des services financiers (par exemple, les normes prudentielles) et des télécommunications (par exemple, l'accès aux réseaux et services publics et leur utilisation). Le GATT et l'AGCS sont tous deux complétés par des listes longues et détaillées d'engagements contractés par chaque pays. Dans le domaine des marchandises, ces engagements portent sur le niveau des droits et, pour l'agriculture, sur les subventions. Dans celui des services, les engagements indiquent le degré d'accès garanti aux services et fournisseurs de services étrangers dans des secteurs donnés, ainsi que toute limite concernant l'accès aux marchés et le traitement national. Il faut souligner que ce sont là des conditions minimales; rien n'empêche un Membre d'accorder un traitement meilleur que celui qu'il a garanti dans sa liste. Bien qu'ils soient traités différemment dans le GATT et dans l'AGCS, ainsi que dans les accords spécifiques et les annexes, les principes essentiels de la nation la plus favorisée (NPF) et du traitement national sont une caractéristique commune.

i) Principe de la nation la plus favorisée: égalité de traitement pour les autres Membres de l'OMC

18. Les Accords de l'OMC interdisent normalement la discrimination entre les partenaires commerciaux. Pour dire les choses simplement, un avantage particulier accordé à un pays (par exemple un droit de douane inférieur pour un de ses produits) doit être accordé à tous les autres Membres de l'OMC. Ce principe, connu sous le nom de traitement de la nation la plus favorisée (NPF), est inscrit à l'article premier du GATT, qui régit le commerce des marchandises. Le traitement NPF est aussi l'une des obligations essentielles inscrites dans l'AGCS (article II) et dans l'Accord sur les ADPIC (article 4). Ces accords couvrent à eux trois les principaux domaines du commerce qui relèvent de l'OMC. D'une manière générale, le principe NPF signifie que, chaque fois



qu'un pays abaisse (ou met en place) un obstacle au commerce ou ouvre un marché, il doit le faire pour les mêmes marchandises ou services ou les mêmes fournisseurs de services de tous les autres Membres de l'OMC - qu'ils soient riches ou pauvres, faibles ou forts.

ii) **Traitement national: égalité de traitement entre les étrangers et les nationaux**

19. En vertu du principe du traitement national, les marchandises importées et les marchandises d'origine nationale doivent être traitées de façon égale quant aux possibilités de concurrence sur le marché du pays importateur. Il en va de même pour les services et fournisseurs de services étrangers et nationaux et pour les ressortissants étrangers et nationaux en ce qui concerne la protection de la propriété intellectuelle. Ce principe est énoncé dans les trois principaux Accords de l'OMC (article III du GATT, article XVII de l'AGCS et article 3 de l'Accord sur les ADPIC), bien qu'il soit traité différemment dans chacun d'eux. Le traitement national prévu dans le GATT ne s'applique que lorsqu'un produit a pénétré sur le marché. Par conséquent, l'imposition d'un droit de douane sur un produit importé n'est pas contraire au traitement national, même si les produits d'origine nationale ne sont pas assujettis à un droit équivalent. Dans l'AGCS, le traitement national ne constitue pas une obligation générale. Il ne s'applique qu'aux secteurs énumérés dans les listes d'engagements des Membres, lesquels peuvent en outre inscrire tout traitement différencié qu'ils souhaitent appliquer aux services et fournisseurs de services étrangers par rapport aux nationaux. Un engagement sans réserve signifie l'identité de traitement. Dans l'Accord sur les ADPIC, le principe est qu'en matière de protection de la propriété intellectuelle, il faut accorder aux ressortissants étrangers un traitement non moins favorable que celui accordé aux ressortissants du pays.

iii) **Le principe NPF et la santé publique**

20. Comment le principe NPF est-il appliqué en pratique? Par exemple, les autorités sanitaires d'un pays peuvent décider de limiter le niveau des pesticides utilisés pour les fruits, en raison d'un risque inacceptable pour la santé. Cette mesure aura des effets sur le commerce dans la mesure où les fruits importés ne respectent pas la prescription imposée. Il s'agit là d'une préoccupation parfaitement légitime en matière de santé, traduite en une mesure réglementaire à la frontière qui, si elle est appliquée sans discrimination et fondée sur des principes scientifiques, constitue un obstacle au



commerce justifiable en vertu des règles de l'OMC. En ce qui concerne la discrimination, si l'intention est de protéger le consommateur, l'origine du risque doit être sans importance, sauf s'il est prouvé que certains pays présentent un niveau de risque plus élevé. L'important est que la prescription doit être la même, quelle que soit l'origine du produit. Les fruits en provenance de pays qui ne remplissent pas cette prescription sanitaire peuvent donc, à bon droit, être interdits. Mais les mêmes fruits ayant un niveau acceptable de résidus de pesticides sont admis.

iv) Exceptions prévues dans le GATT et l'AGCS en ce qui concerne la santé

21. Depuis les débuts du GATT il y a plus de 50 ans, l'article XX de l'Accord général garantit le droit des Membres de prendre des mesures pour restreindre les importations et les exportations de produits lorsque ces mesures sont nécessaires à la protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou à la préservation des végétaux (article XX b)) ou se rapportent à la conservation des ressources naturelles (article XX g)). Dans la même veine, l'article XIV de l'AGCS autorise les Membres à prendre des mesures pour limiter les services et les fournisseurs de services étrangers afin de protéger la santé et la vie des personnes et des animaux ou de préserver les végétaux. Si les conditions requises sont remplies, notamment le respect des obligations de bonne foi énoncées dans le texte introductif de ces articles, elles supplantent toutes les autres obligations, y compris les concessions tarifaires applicables aux marchandises ou les engagements spécifiques applicables aux services, que les Membres ont contractées au titre des Accords de l'OMC. Ces dispositions reconnaissent qu'il y a des cas où les Membres peuvent souhaiter poursuivre d'autres objectifs légitimes tels que la santé. Les exceptions autorisées dans le GATT et l'AGCS en ce qui concerne la santé indiquent l'importance que les Membres attachent à l'autonomie nationale pour ce qui est de protéger la santé. L'Accord sur les ADPIC ne prévoit pas d'exception pour la santé en soi, mais il permet d'adopter les mesures nécessaires pour protéger la santé publique et la nutrition, à condition qu'elles soient compatibles avec les autres dispositions de l'Accord (Accord sur les ADPIC, article 8 - Principes).²

22. La jurisprudence de l'OMC a clairement établi que les Membres de l'OMC ont le droit de déterminer le niveau de protection sanitaire qu'ils jugent approprié; le même principe est réitéré dans l'Accord OTC et l'Accord SPS pour les mesures spécifiques visées par ces accords. Il est clair également que l'article XX du GATT de 1994 n'énonce aucune obligation de quantifier le risque pour la vie ou la santé des personnes. Comme pour

². Voir aussi la Déclaration ministérielle sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, WT/MIN(01)/DEC/2, reproduite au chapitre III ci-après.



l'Accord SPS, le risque au titre de l'article XX du GATT de 1994 peut être évalué en termes quantitatifs ou qualitatifs.

23. Pour autoriser les exceptions en matière de santé, les Accords de l'OMC exigent généralement que les mesures sanitaires ne soient pas plus restrictives pour le commerce qu'il n'est nécessaire. Pour déterminer si une mesure est "nécessaire", il faut sopeser et mettre en balance une série de facteurs qui sont notamment l'importance des intérêts protégés par la mesure, son efficacité quant à l'application des politiques et son effet sur les importations ou les exportations. Plus les politiques sont vitales ou importantes, plus il est facile d'accepter comme "nécessaire" une mesure conçue à cette fin. A l'OMC, on a reconnu que la santé des personnes était "importante au plus haut point".³

24. Au-delà des principes généraux de la non-discrimination et des exceptions, on examine, dans les trois sections qui suivent, la façon dont ces principes sont appliqués, à l'aide de règles commerciales plus spécifiques, aux domaines des obstacles techniques au commerce, de la propriété intellectuelle et des services en tant qu'ils se rapportent à la santé.

**OBSTACLES
TECHNIQUES
AU COMMERCE**

C. OBSTACLES TECHNIQUES AU COMMERCE

25. Les règles de l'OMC qui régissent les obstacles techniques au commerce érigés pour protéger la santé des personnes sont énoncées soit dans l'Accord OTC, soit dans l'Accord SPS. Dans ces deux accords, la santé est considérée comme un motif légitime de limiter le commerce.

1. L'Accord OTC

26. La question des obstacles techniques au commerce a été abordée pour la première fois lors des négociations commerciales multilatérales du Tokyo Round (1973-1979). L'"ancien" Accord OTC, dénommé "Code de la normalisation", était entré en vigueur en 1980. C'était un accord plurilatéral, auquel n'avaient adhéré que 46 pays. Le nouvel Accord OTC, entré en vigueur avec l'OMC en 1995, est contraignant pour tous les Membres de l'OMC. Il impose des obligations plus strictes que la version précédente.

³. Communautés européennes - Mesures affectant l'amiante et les produits en contenant, rapport de l'Organe d'appel, WT/DS135/AB/R, 12 mars 2001, paragraphe 172.



i) Objectif général, but et portée de l'Accord

27. En vertu de l'Accord OTC, tous les Membres ont le droit de restreindre le commerce pour réaliser des "objectifs légitimes". Ces objectifs légitimes sont, entre autres, la protection de la santé ou de la sécurité des personnes, de la vie ou de la santé des animaux, la préservation des végétaux, la protection de l'environnement, la sécurité nationale et la prévention de pratiques de nature à induire en erreur. L'Accord a pour but de veiller à ce que les prescriptions relatives aux produits et les procédures d'évaluation de la conformité à ces prescriptions ne créent pas d'obstacles non nécessaires au commerce. En d'autres termes, il autorise les pays à faire obstacle au commerce pour des raisons légitimes, notamment la santé, mais il exige que les mesures en question ne restreignent pas le commerce de façon non nécessaire. Il s'applique aux prescriptions impératives ("règlements techniques") et facultatives ("normes").⁴ Il vise les prescriptions élaborées par les pouvoirs publics ou par des entités privées, que ce soit au niveau national ou régional.

ii) Principes

28. L'Accord énonce un certain nombre de principes. Le premier est la non-discrimination. Dans le domaine des prescriptions techniques, la non-discrimination signifie que, si un Membre applique certaines prescriptions à des produits importés, il doit les appliquer aux produits nationaux similaires (traitement national). S'il applique une prescription aux produits importés d'une certaine source, il doit l'appliquer aux produits similaires importés de toutes les autres sources (traitement NPF).

29. Les Membres doivent aussi chercher à éviter les obstacles non nécessaires au commerce. Concrètement, cela veut dire qu'ils doivent concevoir leurs prescriptions techniques de façon qu'elles ne soient pas plus restrictives pour le commerce qu'il n'est nécessaire pour réaliser un objectif légitime, en les proportionnant aux objectifs qu'ils cherchent à réaliser. Ils sont aussi encouragés à fonder leurs mesures sur des normes internationales. L'utilisation de normes internationales contribue à éviter la création de multiples sortes de prescriptions techniques et de procédures d'évaluation de la conformité au niveau national, ce qui peut faire obstacle au commerce.

⁴. Ces deux notions sont définies aux paragraphes 1 et 2 de l'Annexe 1 de l'Accord OTC.



iii) Exemples d'application à la santé

30. La protection de la santé des personnes et des animaux, la préservation des végétaux et la protection de l'hygiène du milieu font partie des objectifs légitimes au nom desquels peuvent être élaborées des prescriptions relatives aux produits. Sur l'ensemble des règlements OTC notifiés à l'OMC en 2000, la catégorie la plus nombreuse (254 notifications sur un total de 725) invoquait comme objectif la santé ou la sécurité des personnes. A titre d'exemple, un Membre a notifié un règlement concernant le matériel de radiocommunication qui réduit l'exposition des personnes au rayonnement électromagnétique. Un autre a notifié un règlement qui limite l'emploi de substances allergisantes dans les cosmétiques. Un autre a notifié une mesure réglementant l'emploi de produits chimiques qui présentent des risques professionnels. Les mesures prises pour protéger la vie ou la santé des animaux ou préserver les végétaux relèvent habituellement de l'Accord SPS, de sorte que dix notifications OTC seulement concernaient ces objectifs.

iv) Utilisation de normes sanitaires internationales

31. Bien que l'Accord OTC encourage vivement l'utilisation de normes internationales, les Membres peuvent déroger à ces normes s'ils considèrent que leur application serait inefficace ou inappropriée pour la réalisation de certains objectifs légitimes. Si un Membre considère que certaines normes de l'OMS peuvent être adoptées comme normes ou règlements techniques nationaux, il devrait les utiliser. Néanmoins, les Membres sont libres de fixer leurs normes au niveau qu'ils jugent approprié, mais ils doivent être en mesure de justifier leurs décisions si un autre Membre le leur demande. L'Accord invite aussi les Membres à jouer un rôle actif dans le processus de normalisation international, notamment pour tout produit pour lequel ils élaborent une prescription nationale.

v) Examen de l'Accord OTC

32. Il est dit ceci à l'article 15.4 de l'Accord OTC: "Au plus tard à la fin de la troisième année à compter de la date d'entrée en vigueur de l'Accord sur l'OMC et, par la suite, à la fin de chaque période de trois ans, le Comité examinera le fonctionnement et la mise en œuvre du présent accord ...". L'Accord a déjà été examiné deux fois en vertu de cette disposition, et le deuxième examen triennal s'est achevé le 13 novembre 2000. Il a porté sur le fonctionnement de l'Accord du point de vue des notifications, des



obligations et des procédures d'échange d'informations, sur l'utilisation de normes, guides et recommandations internationaux, sur les procédures d'évaluation de la conformité, sur la fourniture d'une assistance technique, etc.

33. L'un des résultats les plus pertinents de cet examen a été l'adoption de la "Décision du Comité sur les principes devant régir l'élaboration de normes, guides et recommandations internationaux", qui invite les organismes internationaux de normalisation à observer un certain nombre de principes dans leurs travaux, à savoir la transparence, l'ouverture, l'impartialité et le consensus, l'efficacité, la pertinence et la cohérence. Elle les invite aussi à tenir compte de la dimension développement dans l'élaboration de leurs normes, guides et recommandations. Les organismes internationaux de normalisation qui respectent ces critères seront considérés comme "internationaux" au sens de l'Accord OTC.⁵

2. L'Accord SPS

i) Raison d'être de l'Accord SPS

34. L'Accord SPS est lié aux négociations du Cycle d'Uruguay relatives à l'Accord sur l'agriculture. Alors que les Membres cherchaient à réduire les tarifs et les subventions agricoles, certains craignaient que des pays n'aient recours à des obstacles non tarifaires pour protéger leur agriculture. Il serait en effet tentant d'utiliser la santé des personnes et des animaux ou la préservation des végétaux comme prétexte pour restreindre le commerce, ce qui pourrait réduire à néant bon nombre d'avantages découlant de la réduction des tarifs et des subventions. Les Membres ont donc négocié un accord sur l'application de ce type de mesures, connues sous le nom de mesures sanitaires et phytosanitaires (ou "mesures SPS").⁶

ii) L'Accord SPS a un rapport direct avec la santé

35. L'Accord SPS contient des règles spécifiques destinées aux pays qui veulent restreindre le commerce pour assurer la sécurité sanitaire des produits alimentaires et la protection des personnes contre les maladies transmises par les végétaux ou les animaux (zoonoses). Son objectif est double: i) reconnaître le droit souverain des

⁵ Le texte de cette décision (G/TBT/9) peut être consulté sur le site Web de l'OMC.

⁶ Cela ne veut pas dire qu'il n'y avait pas de règles relatives aux mesures SPS avant l'Accord SPS. L'Accord OTC de 1979 s'appliquait aux pays qui l'avaient signé. Le GATT de 1947 s'appliquait aussi. Comme on l'a expliqué ci-dessus, l'exemption prévue à l'article XX b) pour les mesures nécessaires à la protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou à la préservation des végétaux concerne directement cette question. Toutefois, l'Accord SPS a apporté davantage de précision dans ce domaine qui, avant 1995, faisait l'objet de règles assez générales.



Membres de déterminer le niveau de protection sanitaire qu'ils jugent approprié; et ii) faire en sorte qu'une prescription sanitaire ou phytosanitaire ne constitue pas une restriction non nécessaire, arbitraire, scientifiquement injustifiable ou déguisée au commerce international. Pour atteindre son objectif, il encourage les Membres à utiliser les normes, directives et recommandations internationales lorsqu'elles existent. Les Membres peuvent adopter des mesures SPS qui entraînent un niveau de protection sanitaire plus élevé - ou des mesures axées sur des problèmes de santé pour lesquels il n'existe pas de normes internationales - à condition qu'elles soient scientifiquement justifiées.

iii) Différence de portée par rapport à l'Accord OTC

36. Pour déterminer si un obstacle technique au commerce relève de l'Accord SPS ou de l'Accord OTC, il faut se poser la question fondamentale suivante: quel est le but de la mesure? Autrement dit, une mesure donnée sera une mesure SPS si son objectif entre dans l'une des quatre catégories indiquées dans l'encadré 1 ci-dessous.

Encadré 1	
Identification rapide d'une mesure SPS	
Mesures prises:	
pour	contre
protéger la vie des personnes ou des animaux	les additifs, contaminants, toxines ou les organismes pathogènes contenus dans les aliments, les boissons ou les aliments pour animaux;
protéger la vie des personnes	les maladies transmises par les végétaux ou les animaux (zoonoses);
protéger la vie des animaux ou préserver les végétaux	les parasites, les maladies ou les organismes pathogènes
protéger un pays	les dommages causés par l'entrée, l'établissement ou la propagation de parasites (y compris les espèces envahissantes)

37. Si la mesure ne correspond pas à la définition donnée dans l'encadré ci-dessus, c'est sans doute une mesure OTC. Bien qu'il n'y ait pas chevauchement dans la portée des deux accords, la même réglementation publique contient parfois des mesures SPS et



des mesures OTC.⁷ Les mesures SPS sont, par exemple, celles qui exigent i) que des animaux ou des produits animaux proviennent de zones non contaminées, ii) que des produits soient inspectés pour vérifier l'absence de contaminants microbiologiques, iii) que des produits subissent un traitement spécifique de fumigation, ou iv) que les résidus de pesticides dans les aliments ne dépassent pas un certain seuil.

iv) Pourquoi est-il important de savoir lequel des deux accords s'applique?

38. Bien que le but consistant à éviter les obstacles non nécessaires au commerce soit commun à l'Accord SPS et à l'Accord OTC, les droits et obligations qu'ils énoncent sont passablement différents. Selon l'Accord SPS, des mesures ne peuvent être imposées que dans la mesure nécessaire pour protéger la vie ou la santé, sur la base de données scientifiques. L'Accord OTC, en revanche, permet d'introduire des règlements techniques pour réaliser divers objectifs légitimes, dont la sécurité nationale, la prévention de pratiques de nature à induire en erreur, la protection de la santé ou de la sécurité des personnes ou la protection de l'environnement. L'OMC reconnaît en substance que les gouvernements imposeront des prescriptions techniques pour toute une série de raisons, et l'Accord OTC les autorise à le faire, sous réserve qu'ils respectent certaines disciplines.

39. L'Accord SPS s'applique à une série étroitement définie de mesures de protection sanitaire, mais il les assujettit à des conditions strictes, par exemple le fait qu'elles doivent avoir une justification scientifique. L'Accord OTC, en revanche, s'applique à un large éventail de prescriptions techniques et indique simplement que les données scientifiques disponibles peuvent faire partie des éléments à considérer dans l'évaluation des risques. Certaines de ces prescriptions techniques sont introduites pour protéger la santé ou la sécurité, mais d'autres le sont pour normaliser des produits, garantir la qualité ou éviter de tromper les consommateurs. Dans ce cas, les données scientifiques entrent moins en ligne de compte pour évaluer les risques que, par exemple, la technique de transformation ou l'utilisation finale prévue.

40. Si un différend commercial surgit, la question de savoir lequel des deux accords s'applique peut faire une différence. Alors que plusieurs différends ont été soulevés à propos de mesures SPS et que trois ont subi le processus complet de groupe spécial, il n'y a pas encore de jurisprudence se rapportant à l'Accord OTC.

⁷ La distinction est purement juridique. En pratique, les règlements techniques élaborés par les pouvoirs publics ne traitent pas toujours de façon distincte les questions de sécurité et de qualité. Par exemple, un règlement sur l'étiquetage peut concerner à la fois des questions de sécurité et les renseignements sur le contenu. Il devrait alors être notifié au titre des deux accords, l'élément "sécurité" relevant de l'Accord SPS, et l'élément "contenu" relevant de l'Accord OTC.



v) Justification scientifique

41. L'une des prescriptions fondamentales de l'Accord SPS est que les Membres doivent pouvoir démontrer, à l'aide de preuves scientifiques, qu'il y a effectivement un risque pour la santé justifiant des mesures commerciales non fondées sur les normes internationales. Les Membres ont l'obligation fondamentale de faire en sorte que les mesures SPS ne soient appliquées que dans la mesure nécessaire pour protéger la santé et la vie des personnes et des animaux ou préserver les végétaux et qu'elle ne soient pas maintenues sans preuves scientifiques suffisantes, sauf dans certaines circonstances décrites au paragraphe suivant. L'Accord SPS encourage l'utilisation de normes internationales. Dans le domaine de la sécurité sanitaire des produits alimentaires, il reconnaît expressément les normes élaborées par la Commission du Codex Alimentarius de la FAO/OMS. Cela veut dire que, si un gouvernement a fondé une prescription telle que le niveau maximal de résidus de pesticides dans un aliment sur une norme du Codex, il est présumé respecter les obligations qu'il a contractées à l'OMC.⁸

vi) Mesures provisoires

42. Les preuves scientifiques disponibles ne sont pas toujours suffisantes pour procéder à une évaluation objective du risque pour la vie ou la santé des personnes et des animaux ou la préservation des végétaux. En pareil cas, l'Accord SPS permet d'adopter des mesures provisoires sur la base des renseignements pertinents disponibles concernant le risque qu'un produit ou un procédé présente pour la santé. Toutefois, le Membre qui prend une telle mesure provisoire doit s'efforcer d'obtenir les renseignements additionnels nécessaires pour procéder à une évaluation plus objective du risque et examiner la mesure SPS dans un délai raisonnable. Des mesures provisoires peuvent être prises, par exemple, pour faire face à une épizootie soudaine dont on soupçonne qu'elle est liée aux importations.

vii) Examen

43. L'Accord SPS a été examiné en 1998. A la Conférence ministérielle de Doha, en novembre 2001, les Ministres ont chargé le Comité SPS d'examiner le fonctionnement de l'Accord au moins tous les quatre ans. Tout examen supplémentaire aura lieu "selon les besoins" (article 12:7).⁹ Les Membres de l'OMC peuvent présenter, par l'intermédiaire du Comité SPS, des propositions visant à modifier le texte de l'Accord en fonction de l'expérience supplémentaire qui a été faite de sa mise en œuvre, mais cela ne s'est pas

⁸. Les principaux articles de l'Accord SPS qui se rapportent à la justification scientifique sont les articles 2 et 5.

⁹. Le texte de l'examen de l'Accord SPS figure dans le document G/SPS/12, qui peut être consulté à l'adresse suivante: www.wto.org. La question des examens supplémentaires fait actuellement partie des sujets examinés dans le mécanisme d'examen de la mise en œuvre sous les auspices du Conseil général.



encore produit. La "sécurité sanitaire des produits alimentaires" fait partie des sujets retenus pour les négociations en cours concernant l'Accord sur l'agriculture. Il est encore trop tôt pour dire en quoi cela pourrait affecter l'Accord SPS.



D. PROPRIETE INTELLECTUELLE ET COMMERCE (ADPIC)

44. Aux termes de l'Accord sur les ADPIC, les Membres de l'OMC doivent établir des critères minimaux pour protéger et faire respecter les droit de propriété intellectuelle. Les objectifs de cet accord sont énoncés à l'article 7:

La protection et le respect des droits de propriété intellectuelle devraient contribuer à la promotion de l'innovation technologique et au transfert et à la diffusion de la technologie, à l'avantage mutuel de ceux qui génèrent et de ceux qui utilisent des connaissances techniques et d'une manière propice au bien-être social et économique, et à assurer un équilibre de droits et d'obligations.

45. Les principes de l'Accord sur les ADPIC sont énoncés à l'article 8:

1. *Les Membres pourront, lorsqu'ils élaboreront ou modifieront leurs lois et réglementations, adopter les mesures nécessaires pour protéger la santé publique et la nutrition et pour promouvoir l'intérêt public dans des secteurs d'une importance vitale pour leur développement socio-économique et technologique, à condition que ces mesures soient compatibles avec les dispositions du présent accord.*

2. *Des mesures appropriées, à condition qu'elles soient compatibles avec les dispositions du présent accord, pourront être nécessaires afin d'éviter l'usage abusif des droits de propriété intellectuelle par les détenteurs de droits ou le recours à des pratiques qui restreignent de manière déraisonnable le commerce ou sont préjudiciables au transfert international de technologie.*

46. Ainsi, l'Accord sur les ADPIC vise à ménager un équilibre entre l'objectif à plus long terme consistant à encourager les futures inventions et créations et l'objectif à plus court terme consistant à permettre l'utilisation des inventions et créations existantes. Il porte sur des sujets très divers allant du droit d'auteur aux secrets commerciaux, en



passant par les brevets, les marques de fabrique ou de commerce et les schémas de circuits intégrés.¹⁰

47. L'Accord sur les ADPIC offre une certaine flexibilité qui permet aux gouvernements d'ajuster l'équilibre fondamental qu'il impose en fonction des objectifs sociaux, des objectifs de développement et des autres objectifs de politique générale du pays (voir le chapitre III). Les règles qu'il contient exigent que la législation nationale prévoie certaines normes de protection minimales, mais elles offrent une très grande latitude quant à la façon de mettre en œuvre ces normes. Dans chaque domaine de la propriété intellectuelle, les gouvernements ont le droit d'assujettir les droits à des exceptions, à des exclusions et à des limitations, par exemple dans les situations d'urgence nationale, en cas d'utilisation publique à des fins non commerciales ou pour remédier à des pratiques anticoncurrentielles. Ils peuvent le faire, par exemple, au moyen de la concession de licences obligatoires, de régimes d'épuisement ou d'autres types d'exceptions, pourvu que certaines conditions soient remplies.

Qu'est-ce qui, dans l'Accord sur les ADPIC, a un rapport avec la santé?

48. Les domaines de la propriété intellectuelle visés par l'Accord sur les ADPIC qui ont à voir avec la santé sont les suivants: brevets; marques de fabrique ou de commerce, y compris les marques de services, qui ont à voir, par exemple, avec la lutte contre les médicaments de contrefaçon; et renseignements non divulgués, y compris les secrets commerciaux et les données résultant d'essais (voir l'encadré 2). Pour chacun de ces domaines, l'Accord établit les normes de protection minimales que doit adopter chaque Membre. Il définit chacun des principaux éléments de protection, à savoir l'objet à protéger, les droits à conférer et les exceptions permises à ces droits, et la durée de protection minimale. Les normes s'inspirent de celles qui figurent dans les principales conventions préexistantes de l'OMPI, dont les dispositions de fond sont reprises par référence dans l'Accord. Bien que l'on se concentre ici sur les brevets, ceux-ci ne constituent qu'une partie de l'Accord sur les ADPIC, qui a aussi pour objectif, par exemple, de favoriser une coopération internationale plus efficace dans la lutte contre la contrefaçon, y compris le commerce international des marchandises de contrefaçon telles que les médicaments (voir l'encadré 3).

¹⁰. La protection de la propriété intellectuelle fait également l'objet de traités internationaux élaborés sous les auspices de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI). L'OMPI administre onze traités qui établissent des droits et des normes communes, reconnues au plan international, pour la protection des droits de propriété intellectuelle, que les Etats qui les signent acceptent d'appliquer sur leur territoire. Pour plus de renseignements, voir le site Web de l'OMPI indiqué dans l'annexe.



Encadré 2

Rapports des marques de fabrique ou de commerce et des "renseignements non divulgués" avec la santé

- **Marques de fabrique ou de commerce.** L'Accord sur les ADPIC définit quels types de signes doivent pouvoir bénéficier d'une protection en tant que marques et quels doivent être les droits minimaux conférés à leurs propriétaires. Il dispose que les marques de services doivent être protégées de la même façon que les marques utilisées pour les marchandises. Les marques devenues notoirement connues dans un pays jouissent d'une protection additionnelle.
- **"Renseignements non divulgués".** Les secrets commerciaux et les autres types de "renseignements non divulgués" qui ont une valeur commerciale doivent être protégés contre l'abus de confiance et les autres actes contraires aux pratiques commerciales honnêtes. Mais des dispositions raisonnables doivent être prises pour garder les renseignements secrets. Dans le domaine des produits pharmaceutiques, certains procédés de production peuvent être protégés au titre des secrets commerciaux. Les données d'essais présentées aux pouvoirs publics pour obtenir une approbation de commercialisation pour de nouveaux produits pharmaceutiques (ou produits chimiques destinés à l'agriculture) doivent aussi être protégées contre une utilisation commerciale déloyale.

Encadré 3

Médicaments de contrefaçon

Il y a eu des cas de contrefaçon de médicaments, qu'ils aient été brevetés ou non. Les médicaments de contrefaçon, qui ne contiennent souvent que peu ou pas d'ingrédients actifs et peuvent en fait être dangereux pour la santé, posent un grave problème dans de nombreux pays en développement, notamment en Afrique subsaharienne, et l'on a constaté qu'ils nuisent à l'efficacité de la pharmacothérapie. Bon nombre de produits de contrefaçon présents sur les marchés de ces pays sont importés. L'Accord sur les ADPIC est fait pour remédier à ce problème de trois façons:



Encadré 3 **Médicaments de contrefaçon (suite)**

- Premièrement, il permet aux propriétaires de marques d'obtenir une protection pour leur marque en vertu de la législation de chaque Membre de l'OMC.
- Deuxièmement, il indique les procédures et les mesures correctives qui doivent être mises en place pour que les titulaires de droits puissent faire respecter efficacement leurs droits contre les activités qui y portent atteinte. Des procédures judiciaires et des mesures correctives doivent exister au civil contre ces activités, mais il faut aussi des recours additionnels contre la contrefaçon. Il s'agit d'actions qui requièrent l'assistance de l'administration des douanes, afin d'empêcher l'importation de produits contrefaits, et de sanctions pénales lorsque la contrefaçon est commise délibérément et à une échelle commerciale.
- Troisièmement, pour favoriser des solutions nationales efficaces à ce problème, l'Accord sur les ADPIC prévoit une coopération internationale dans la lutte contre la contrefaçon grâce à l'échange de renseignements et à la coopération entre les autorités douanières au sujet du commerce des marchandises de marque contrefaites (voir l'article 69 de l'Accord, intitulé "Coopération internationale").

i) Dispositions relatives à la protection de la santé publique

49. La protection des produits pharmaceutiques au moyen de brevets est un domaine où le problème consistant à trouver un juste équilibre est particulièrement aigu - à savoir entre l'objectif d'encourager la découverte de nouveaux médicaments et celui d'offrir un accès abordable aux médicaments existants. Il est tout particulièrement important du point de vue social et pour la santé publique que de nouveaux médicaments et vaccins soient créés afin de traiter et de prévenir les maladies et que



cette création soit encouragée efficacement par le régime des brevets. Et c'est précisément en raison de leur valeur pour la société que les médicaments ainsi créés doivent être rendus largement accessibles le plus rapidement possible.

50. Le régime de brevets permet, d'une part, d'accorder des droits exclusifs aux inventeurs de nouveaux médicaments et prévoit, d'autre part, que pour bénéficier de tels droits (pour être brevetable), un médicament doit être nouveau, résulter d'une activité inventive, avoir des applications industrielles et être entièrement divulgué, et qu'après une période de protection, l'invention doit tomber dans le domaine public et être librement utilisable par tous.

51. L'Accord sur les ADPIC contient en outre plusieurs dispositions qui permettent aux gouvernements de mettre en œuvre leur régime de propriété intellectuelle de façon à tenir compte de considérations de santé publique immédiates et à plus long terme. Il est expressément reconnu, à l'article 8, que les Membres de l'OMC ont le droit d'"adopter les mesures nécessaires pour protéger la santé publique et la nutrition et pour promouvoir l'intérêt public dans des secteurs d'une importance vitale pour leur développement socio-économique et technologique, à condition que ces mesures soient compatibles avec les dispositions du présent accord". L'Accord prévoit également certaines exemptions à la brevetabilité, la possibilité d'assujettir les droits exclusifs à des exceptions limitées, la concession de licences obligatoires et l'importation parallèle. Ces dispositions sont examinées plus en détail ci-après.

ii) [Quelles sont les obligations imposées aux Membres par l'Accord sur les ADPIC au sujet des brevets pharmaceutiques?](#)

52. Les conventions internationales qui existaient avant l'Accord sur les ADPIC ne précisaient généralement pas les normes minimales concernant les brevets. Avant le lancement des négociations sur l'Accord sur les ADPIC, plus de 40 pays n'offraient pas de protection au moyen de brevets pour les produits pharmaceutiques et, à la fin de ces négociations, une vingtaine de Membres de l'OMC n'en offraient toujours pas. Quelques-uns n'offraient pas non plus de protection des procédés dans ce domaine. Dans bon nombre de pays, la durée des brevets était inférieure à 20 ans. En vertu de l'Accord sur les ADPIC, les Membres doivent accorder la protection par des brevets pour toute invention, qu'il s'agisse de produits (tels que les médicaments) ou de procédés (tels qu'une méthode de fabrication des ingrédients chimiques destinés à un médicament),



tout en prévoyant certaines exceptions. La protection conférée par un brevet doit durer au moins 20 ans à compter de la date de dépôt de la demande de brevet.¹¹

53. Comme dans les autres Accords de l'OMC, la non-discrimination est un principe fondamental de l'Accord sur les ADPIC. Mis à part quelques exceptions, les Membres ne peuvent faire de discrimination en fonction de la nationalité des personnes ou des sociétés (articles 3, 4 et 5). En outre, ils doivent offrir des droits de brevet et permettre d'en jouir sans discrimination quant au domaine technologique. Et ils ne peuvent faire de discrimination dans ces domaines quant au lieu d'origine de l'invention et au fait que les produits sont importés ou sont d'origine nationale (article 27:1).

54. Pour qu'une invention puisse être brevetée, trois critères de fond doivent être remplis:

- a) l'invention doit être nouvelle ("nouveau");
- b) elle doit impliquer une "activité inventive" (elle ne doit pas être évidente);
- c) elle doit être "susceptible d'application industrielle" (elle doit être utile).

55. Par ailleurs, les détails de l'invention doivent être exposés dans la demande, et donc rendus publics. C'est ce qu'on appelle la "divulgation". La divulgation doit être suffisante pour qu'une personne du métier puisse reproduire l'invention. Les Membres peuvent aussi exiger du déposant qu'il révèle la meilleure manière d'exécuter l'invention.

56. Comme l'Accord sur les ADPIC ne définit pas les termes "nouveau", "activité inventive" et "non évident", les lois nationales relatives aux brevets varient dans leur interprétation de ces termes quant à l'examen des demandes de brevet. Des critères de brevetabilité trop souples peuvent permettre d'obtenir une protection pour des innovations relativement mineures. Certains craignent que cela ne facilite ce qu'on appelle parfois le "renouvellement automatique" des brevets pharmaceutiques, c'est-à-dire que des versions améliorées du médicament continuent d'être protégées même après que la version d'origine est tombée dans le domaine public. Des critères très stricts peuvent rendre plus difficile le recours au régime des brevets pour les petites et moyennes entreprises, surtout dans les pays en développement.

11. Dans le cas des produits pharmaceutiques, qui font l'objet de longues procédures destinées à vérifier leur innocuité et leur efficacité, la durée de vie effective des brevets qui reste sur les 20 ans une fois que la commercialisation du produit a été approuvée est généralement beaucoup plus courte. Ainsi, dans le différend entre les Communautés européennes et le Canada relatif à la protection conférée par un brevet pour les produits pharmaceutiques (WT/DS114/R, paragraphe 7.3), les parties ont reconnu que la durée effective des brevets se situait généralement entre huit et 12 ans. La plupart des pays industrialisés accordent une prorogation de la durée du brevet pour compenser ces délais d'approbation, mais l'Accord sur les ADPIC ne l'exige pas.



57. En ce qui concerne la brevetabilité, les pouvoirs publics peuvent refuser de délivrer des brevets pour trois raisons qui peuvent avoir un rapport avec la santé publique:

- a) pour les inventions dont il faut empêcher l'exploitation commerciale afin de protéger la vie ou la santé des personnes et des animaux ou de préserver les végétaux;
- b) pour les méthodes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicales destinées au traitement des personnes ou des animaux;
- c) pour les végétaux et les animaux autres que les micro-organismes, et les procédés essentiellement biologiques d'obtention de végétaux ou d'animaux, autres que les procédés non biologiques et microbiologiques.

iii) Un brevet n'est pas une autorisation de mise sur le marché

58. Un brevet confère à son titulaire les moyens juridiques d'empêcher autrui de fabriquer, utiliser ou vendre l'invention pendant une période limitée, sous réserve de plusieurs exceptions. Mais ce n'est pas une autorisation de mise sur le marché. Il ne donne à l'inventeur que le droit d'empêcher autrui d'utiliser l'invention. Il ne dit rien sur l'absence de risque ou l'effet thérapeutique du produit ni sur le fait qu'il peut être fourni. Les produits pharmaceutiques brevetés doivent encore subir des essais rigoureux et recevoir une autorisation avant de pouvoir être mis sur le marché.

iv) Exceptions en faveur de la recherche et disposition "Bolar"

59. En vertu de l'Accord sur les ADPIC, les gouvernements peuvent prévoir des exceptions limitées aux droits exclusifs conférés par un brevet, à condition qu'elles ne portent pas atteinte de manière injustifiée à l'exploitation normale du brevet ni ne causent un préjudice injustifié aux intérêts légitimes du titulaire du brevet, compte tenu des intérêts légitimes des tiers (article 30). Diverses exceptions peuvent être visées par cette disposition. Par exemple, de nombreux pays prévoient une exception pour la "recherche" ou l'"utilisation expérimentale", qui permet aux chercheurs d'utiliser une invention brevetée à des fins de recherche, de façon à mieux la comprendre. L'article 30 permet en outre d'autoriser les fabricants de médicaments génériques à utiliser l'invention brevetée sans l'autorisation du titulaire du brevet et avant l'expiration de la période de protection, afin d'obtenir une approbation de



commercialisation auprès des autorités sanitaires. Les fabricants de médicaments génériques ont donc la possibilité de commercialiser leur version aussitôt après l'expiration du brevet. Cette disposition est parfois dénommée "exception réglementaire" ou disposition "Bolar", et sa conformité avec l'Accord sur les ADPIC a été confirmée dans une décision concernant un différend porté devant l'OMC: dans un rapport adopté le 7 avril 2000, un groupe spécial de l'OMC a dit qu'en autorisant les fabricants à le faire, la loi canadienne était compatible avec l'Accord sur les ADPIC.¹²

v) Concession de licences obligatoires et utilisation par les pouvoirs publics

60. Une licence obligatoire est concédée lorsque les pouvoirs publics autorisent une tierce partie à fabriquer un produit breveté ou à utiliser un procédé breveté sans le consentement du titulaire du brevet. La plupart des pays développés et des pays en développement prévoient la concession de licences obligatoires dans leur législation. L'expression "concession de licences obligatoires" ne figure pas dans l'Accord sur les ADPIC. Cette pratique relève des "autres utilisations sans autorisation du détenteur du droit" (article 31), dont les licences obligatoires ne constituent qu'une partie, puisque les "autres utilisations" comprennent aussi l'utilisation par les pouvoirs publics à leurs propres fins. Dans le débat public actuel, les licences obligatoires sont généralement associées aux produits pharmaceutiques, mais elles peuvent s'appliquer aux brevets dans tout domaine.

61. L'Accord sur les ADPIC ne limite pas les raisons pour lesquelles les pouvoirs publics peuvent concéder des licences obligatoires. Toutefois, la concession de licences obligatoires ou l'utilisation par les pouvoirs publics d'un brevet sans autorisation du détenteur du droit ne peuvent avoir lieu que si plusieurs conditions destinées à protéger les intérêts légitimes du titulaire du brevet sont remplies. L'article 31 énumère un certain nombre de ces conditions. Par exemple, la personne ou la société qui demande une licence doit avoir essayé en vain d'obtenir une licence volontaire du détenteur du droit à des conditions commerciales raisonnables. Toutefois, lorsqu'il s'agit de situations d'"urgence nationale", d'"autres circonstances d'extrême urgence" ou d'"utilisation publique à des fins non commerciales" ou qu'il faut remédier à des pratiques anticoncurrentielles, il n'est pas nécessaire d'essayer d'obtenir une licence volontaire. Si une licence obligatoire est délivrée, le détenteur du droit doit quand même recevoir une rémunération adéquate, compte tenu de la valeur économique de l'autorisation (article 31 h). Les licences obligatoires doivent remplir plusieurs autres conditions

¹². Canada - Protection conférée par un brevet pour les produits pharmaceutiques, WT/DS114/R, rapport daté du 17 mars 2000.



énumérées dans le même article. En particulier, elles ne peuvent prendre la forme de licences exclusives et leur utilisation doit être "autorisée principalement pour l'approvisionnement du marché intérieur du Membre qui a autorisé cette utilisation" (article 31 f). Cette condition ne s'applique pas lorsque l'utilisation est permise pour remédier à une pratique jugée anticoncurrentielle à l'issue d'une procédure judiciaire ou administrative (article 31 k).

vi) Importations parallèles et "épuiement" des droits

62. L'importation parallèle est l'importation d'un produit breveté ou protégé par une marque à partir d'un pays où il est commercialisé par le détenteur du droit ou avec son autorisation. Dans l'Accord sur les ADPIC, cette question est réglementée par la notion d'"épuiement" des droits de propriété intellectuelle. L'Accord dit simplement (article 6) qu'aucune de ses dispositions, sauf celles qui traitent de la non-discrimination pour raison de nationalité (traitement national et traitement NPF), ne peut être utilisée pour traiter la question de l'épuiement des droits de propriété intellectuelle dans un différend porté devant l'OMC.

vii) Périodes de transition accordées aux pays en développement: l'an 2000 pour la plupart d'entre eux

63. D'une manière générale, les pays en développement et les pays en transition qui avaient une économie planifiée n'étaient pas tenus de mettre en œuvre la plupart des dispositions de l'Accord sur les ADPIC avant le 1er janvier 2000. Les pays les moins avancés ont au moins jusqu'au 1er janvier 2006, mais ce délai peut être prorogé. Les pays développés avaient jusqu'au 1er janvier 1996, un an après l'entrée en vigueur de l'Accord. La plupart des Membres qui ont accédé à l'OMC après sa création en 1995 ont accepté d'appliquer l'Accord sur les ADPIC au moment de leur accession. Cet élément est déterminé dans les conditions d'accession de chaque nouveau Membre. L'Accord sur les ADPIC reconnaît explicitement les contraintes économiques, financières, administratives et technologiques des pays les moins avancés et leur offre donc la possibilité de proroger encore la période de transition. La Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique adoptée récemment à Doha leur donne jusqu'au 1er janvier 2016 pour appliquer les dispositions de l'Accord relatives à la protection conférée par les brevets et aux renseignements non divulgués en ce qui concerne les produits pharmaceutiques, sans préjudice de leur droit de demander d'autres prorogations des périodes de transition (voir l'encadré 18 au chapitre III ci-après).



64. Certains pays en développement ont le droit de différer la protection des produits pharmaceutiques (et des produits chimiques pour l'agriculture) jusqu'au 1er janvier 2005, en vertu des dispositions selon lesquelles les pays en développement qui ne prévoient pas une protection par des brevets de produits dans un domaine particulier de la technologie lorsque l'Accord sur les ADPIC est entré en vigueur (le 1er janvier 1995) ont jusqu'à dix ans pour mettre en place cette protection. Toutefois, pour les produits pharmaceutiques et les produits chimiques destinés à l'agriculture, les pays qui remplissent les conditions pour bénéficier de cette disposition (c'est-à-dire les pays qui ne prévoient pas une telle protection au 1er janvier 1995) ont deux obligations:

- a) Ils doivent permettre aux inventeurs de déposer des demandes de brevet à partir du 1er janvier 1995, même s'il n'est pas obligatoire de prendre la décision concrète relative à la délivrance du brevet avant la fin de la période de transition (c'est ce qu'on appelle parfois la disposition de la "boîte aux lettres"). Cette disposition a été instituée parce que la date de dépôt est importante puisqu'elle sert à déterminer si l'application remplit les critères requis pour la délivrance d'un brevet (y compris le critère de la nouveauté).
- b) Si les pouvoirs publics autorisent la commercialisation du produit pharmaceutique ou du produit chimique en question durant la période de transition, ils doivent - sous certaines conditions - accorder au déposant un droit de commercialisation exclusif pour le produit pendant cinq ans ou jusqu'à ce qu'une décision soit prise au sujet du brevet, la période la plus courte étant retenue.

65. Moins de 20 pays en développement ont été concernés par les dispositions visées dans le paragraphe précédent, car la plupart protégeaient déjà les produits pharmaceutiques au moyen de brevets ou avaient mis en place cette protection avant l'entrée en vigueur de l'Accord sur les ADPIC.¹³

¹³. Selon les renseignements dont dispose le Secrétariat de l'OMC, ces pays étaient les suivants: Angola, Argentine, Bangladesh, Brésil, Cuba, Egypte, Emirats arabes unis, Guatemala, Inde, Koweït, Madagascar, Maroc, Pakistan, Paraguay, Qatar, Tunisie, Turquie et Uruguay. Plusieurs d'entre eux, dont l'Argentine, le Brésil, le Guatemala, le Maroc, le Paraguay, la Turquie et l'Uruguay, n'utilisent pas la période de transition totale qui leur est offerte, car ils avaient déjà mis en place une protection des produits pharmaceutiques par des brevets ou annoncé leur intention de le faire avant le 1er janvier 2005.



SERVICES (AGCS)

E. SERVICES (AGCS)

66. Autrefois, la plupart des services n'étaient pas considérés comme échangeables au-delà des frontières. Bien des événements ont modifié le caractère échangeable des services, y compris les services de santé. Les progrès accomplis dans le domaine des communications, notamment le développement du commerce électronique, ainsi que les changements apportés à la réglementation dans de nombreuses régions du monde ont facilité la fourniture de services à travers les frontières. Dans de nombreux pays, la politique gouvernementale a été modifiée de façon à offrir au secteur privé - national aussi bien qu'étranger - une plus grande liberté pour fournir des services. Grâce en partie à cette évolution, les services sont devenus le segment de l'économie mondiale qui croît le plus rapidement, assurant actuellement plus de 60 pour cent de la production et de l'emploi dans le monde.

67. Cette évolution a conduit les gouvernements à inclure les services dans les négociations commerciales, ce qui a abouti à la mise en place de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) à la fin du Cycle d'Uruguay. L'AGCS aborde la libéralisation des échanges de façon progressive. Jusqu'à présent, ses effets sont restés limités, car la plupart des Membres de l'OMC ont contracté assez peu d'engagements allant au-delà des niveaux d'accès existants.

68. L'AGCS reconnaît le caractère particulier des services par rapport aux marchandises en définissant quatre modes de fourniture. Chacun de ces modes est défini dans l'encadré 4 ci-dessous, avec des exemples dans le domaine de la santé.



Encadré 4

Applications à la santé des modes de fourniture de services définis dans l'AGCS

Mode 1

Fourniture transfrontières, par exemple: fourniture de services de diagnostic ou de programme de traitement dans un pays A par des prestataires d'un pays B, par le biais des télécommunications ("télémédecine")

Mode 2

Consommation à l'étranger, par exemple: les patients d'un pays A se rendent dans un pays B pour y subir un traitement

Mode 3

Présence commerciale, par exemple: création d'un hôpital ou investissement dans un hôpital dans un pays A par des personnes d'un pays B

Mode 4

Présence de personnes physiques, par exemple: fourniture de services dans un pays A par des professionnels de la santé qui sont des ressortissants du pays B

69. Certains modes d'échange, par exemple la fourniture transfrontières (mode 1) de services infirmiers, peuvent être impossibles en raison d'obstacles techniques ou pratiques. Mais la modernisation rapide des infrastructures de télécommunications associée à la chute des coûts permettent désormais la fourniture transfrontières de services tels que le traitement des demandes de remboursement de frais médicaux ou la transcription des dossiers médicaux.

70. Bien qu'il n'y ait pas de statistiques systématiques sur les personnes qui franchissent les frontières pour se procurer des services de santé, on estime que la consommation à l'étranger (mode 2) est en train d'augmenter. Plusieurs pays ont constaté que le "tourisme de la santé" offrait des perspectives économiques, que ce soit par la fourniture de services tertiaires complexes à un prix inférieur, par le regroupement de services de santé qui sont ensuite commercialisés aux étrangers ou par la prestation de services aux expatriés qui rentrent dans leur pays (CNUCED et OMS, 1998).



71. La "présence commerciale" (mode 3) se rapporte à l'établissement légal d'un fournisseur de services étranger sur le territoire du Membre concerné. Dans la plupart des cas, il y a un investissement étranger direct (IED), lequel est souvent associé à un transfert de technologie; dans le domaine de la santé, ce transfert peut porter sur des pratiques modernes de gestion des hôpitaux ou de l'assurance maladie. Dans plusieurs pays d'Amérique latine, des compagnies pharmaceutiques étrangères ont investi dans des sociétés de services dans le cadre de stratégies plus larges de gestion des soins thérapeutiques.

72. La présence de personnes physiques (mode 4), qui ne représente qu'une part limitée des flux d'échange totaux, est toutefois le plus visible des quatre modes de fourniture dans les services de santé. Le mouvement de professionnels de la santé des pays moins développés vers les pays plus développés est l'exemple le plus frappant de ce mode d'échange des services de santé.

[i\) Obligations générales inscrites dans l'AGCS](#)

73. Certaines obligations s'appliquent à tous les secteurs de services, qu'ils soient inscrits ou non sur la liste d'engagements du Membre. Ces obligations inconditionnelles comprennent le traitement NPF, certaines obligations en matière de transparence et de notification et certains principes en matière de concurrence.

74. L'obligation NPF inscrite dans l'AGCS impose aux Membres de traiter sur un pied d'égalité les services et fournisseurs de services de tous les autres Membres de l'OMC (article II de l'Accord). Si un Membre autorise le commerce des services dans un secteur, tous les fournisseurs des autres Membres doivent être traités sur un pied d'égalité, quel que soit leur pays d'origine ou celui auquel ils appartiennent. De la même façon, toute restriction commerciale doit être appliquée à tous les autres Membres. Ces dispositions n'empêchent pas les Membres de conclure des accords d'intégration économique ni de reconnaître les normes et règlements d'un ou plusieurs partenaires commerciaux, sous réserve de certaines conditions. En outre, les signataires ont eu la possibilité de demander des exemptions de l'obligation NPF au moment où l'AGCS est entré en vigueur en 1995, et 400 exemptions environ ont été inscrites sur les listes. En principe, ces exemptions ne peuvent durer plus de dix ans; elles feront l'objet de négociations au cours des séries suivantes.

75. Tous les services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental sont exclus de l'AGCS. L'article I:3 établit deux critères qui définissent ces services: ils doivent n'être fournis "ni sur une base commerciale, ni en concurrence avec un ou plusieurs fournisseurs de services". Il existe des services auxquels ces critères s'appliquent de façon claire, tels les soins gratuits dispensés dans les



établissements publics. Comme les services gouvernementaux ne relèvent pas de l'Accord, ils ne sont pas concernés par les négociations, et les engagements en matière d'accès aux marchés et de traitement national ne leur sont pas applicables. C'est un principe auquel tous les Membres attachent une grande importance et qu'aucun d'eux n'a cherché à remettre en cause. Jusqu'à présent, les Membres n'ont pas exprimé le besoin d'adopter une interprétation faisant autorité des critères énoncés à l'article I:3 c). Ils pourraient évidemment le faire s'ils le jugeaient souhaitable ou nécessaire. La question pourrait aussi se poser si une mesure contestée dans le cadre d'une procédure de règlement des différends devait être défendue au motif qu'elle ne s'applique qu'aux services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental. Il n'y a aucune obligation de notifier ces services.

76. En vertu de l'article XIV de l'AGCS, les Membres ont le droit de prendre toute mesure nécessaire à la protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou à la préservation des végétaux, indépendamment des obligations qui découlent pour eux de l'Accord. La même réserve s'applique que celle prévue à l'article XX du GATT: l'application d'une mesure ne doit pas constituer un moyen de discrimination arbitraire ou injustifiable entre des pays où les mêmes conditions existent, ni une restriction déguisée au commerce des services. Comme toute autre mesure commerciale, les Membres peuvent contester, au moyen du mécanisme de règlement des différends de l'OMC, une mesure prise au titre de l'article XIV s'ils estiment que les dispositions pertinentes n'ont pas été respectées.

ii) Options offertes aux Membres pour les engagements à contracter dans les services de santé au titre de l'AGCS

77. L'AGCS permet aux Membres de l'OMC de choisir les secteurs de services qu'ils veulent ouvrir au commerce et à la concurrence étrangère et les modes de fourniture qu'ils veulent libéraliser. Depuis son entrée en vigueur, 40 pour cent des Membres (plus de 50 pays) ont contracté un type ou un autre d'engagement concernant les services de santé, contre 70 pour cent pour les services financiers ou de télécommunications. Largement plus de 100 Membres ont pris des engagements dans les services financiers qui peuvent avoir des incidences sur les systèmes de santé dans la mesure où l'assurance maladie est incluse dans ce contexte.



78. Les secteurs dans lesquels les Membres choisissent de prendre des engagements sont inscrits dans les listes, qui précisent aussi les limitations et conditions éventuelles relatives à l'accès au marché et au traitement national. Les Membres peuvent en outre contracter des engagements additionnels concernant toute autre mesure (y compris les normes ou les qualifications) ayant un effet sur le commerce des services.

79. Un engagement sans réserve concernant l'accès au marché signifie que le Membre décide de ne pas conserver ni adopter de mesures limitant le nombre de fournisseurs de services, la valeur des transactions, le nombre des opérateurs, le nombre des personnes physiques, les types d'entités juridiques admissibles et la participation étrangère au capital. S'il veut se réserver le droit d'appliquer de telles restrictions, il doit inscrire les mesures concernées en tant que limites à l'accès au marché dans sa liste. Les Membres qui prennent des engagements concernant l'accès au marché gardent cependant une grande latitude quant à l'élaboration de leur politique nationale. Ainsi, une obligation imposée aux hôpitaux de réserver 25 pour cent de leurs lits aux malades non assurés, si elle s'applique à tous les fournisseurs, ne constitue pas une limite à l'accès au marché: ce serait plutôt une question de réglementation nationale. Si elle ne s'appliquait qu'aux hôpitaux appartenant à des étrangers, elle serait quand même autorisée en vertu de l'AGCS, à condition qu'elle soit inscrite sur la liste du Membre en tant que limitation au traitement national.

80. Dans l'AGCS, le traitement national sans restriction signifie que le Membre accorde à tous les services et fournisseurs de services de tout autre Membre un traitement non moins favorable qu'à ses propres services et fournisseurs de services. Toutefois, le traitement national est considéré dans l'Accord comme une obligation conditionnelle (et négociable) qui peut être assujettie à des conditions ou à des restrictions que les Membres inscrivent sur leurs listes (article XVII). Associées aux engagements concernant l'accès au marché, ces conditions ou restrictions représentent le traitement minimal des services ou fournisseurs de services étrangers que le Membre s'engage à accorder; concrètement, il peut offrir un traitement plus favorable.

81. Les engagements en matière d'accès aux marchés et de traitement national doivent être précisés pour chaque mode de fourniture dans chaque secteur inscrit sur la liste. Trois grandes options sont possibles: i) engagements sans limitation; ii) engagements limités (ou partiels), assujettis à certaines restrictions; et iii) absence d'engagements ("non consolidé"), c'est-à-dire que le Membre conserve la



faculté d'imposer à tout moment des restrictions au commerce pour ce mode. Les engagements ne doivent pas nécessairement être mis en œuvre à la fin des négociations concernées, ils peuvent être reportés à une date ultérieure indiquée dans la liste du Membre. Ces "engagements préalables" donnent aux autorités compétentes le temps de procéder aux changements réglementaires et institutionnels qui peuvent être nécessaires pour assurer la mise en conformité.¹⁴

82. Les Membres peuvent prendre des engagements pour diverses raisons: encourager les fournisseurs à pénétrer sur le marché; améliorer la quantité, la gamme et la qualité des services offerts; attirer des investissements étrangers directs et les compétences qui s'y rattachent; favoriser l'efficacité ou stimuler la concurrence dans un secteur. Comme on l'a noté ailleurs, les engagements contractés au titre de l'AGCS lors du Cycle d'Uruguay ont surtout servi à maintenir le statu quo relatif à l'accès aux marchés et au traitement national pour les fournisseurs étrangers. Il faut souligner que l'absence d'engagements ne signifie pas que le commerce est interdit; il peut avoir lieu, en fonction du régime en place, mais les fournisseurs étrangers n'ont aucune garantie quant à l'accès au marché ou au traitement national.

83. Bien qu'un engagement soit juridiquement contraignant, il n'est pas gravé dans la pierre. Il peut être modifié ou retiré dans un délai de trois ans après son entrée en vigueur. Toutefois, lorsque la modification ou le retrait affectent un autre pays, le Membre qui les propose peut être invité par ses partenaires commerciaux à offrir des engagements équivalents en compensation.

REGLEMENT DES DIFFERENDS

F. REGLEMENT DES DIFFERENDS

84. Le règlement formel des différends à l'OMC est une solution de dernier recours. Comme on le dit dans les conclusions du présent rapport, il est préférable que les pays aplanissent leurs divergences entre eux, que ce soit au niveau bilatéral, plurilatéral ou multilatéral (voir le paragraphe 307). De nombreuses divergences entre les Membres ne poseront sans doute jamais de problèmes dans le cadre de l'OMC et, même si elles en posent, elles ne déclencheront pas nécessairement une procédure formelle de règlement des différends. Certaines sont réglées ou désamorcées au niveau des comités. Toutefois, dans le cas où des Membres de l'OMC ont un différend sur une mesure commerciale liée à la santé et ne peuvent arriver à une solution entre eux (ou dans une autre instance), ils ont le droit de porter leur différend devant l'OMC.

¹⁴. Par exemple, dans le cadre des négociations sur les télécommunications de base, qui se sont achevées en février 1997, un grand nombre de participants se sont engagés à mettre en œuvre leurs engagements sept ans plus tard.



85. Le Secrétariat de l'OMC ne peut mettre en cause un Membre. Il n'a pas le droit d'engager des procédures. C'est aux gouvernements de décider de porter ou non devant l'OMC un différend avec un autre gouvernement. Et c'est aussi entièrement au plaignant de défendre sa cause. Un différend oppose seulement des gouvernements et ne concerne que le non-respect allégué des Accords de l'OMC ou des engagements contractés à l'Organisation. Un gouvernement ne peut, par exemple, se plaindre de la politique de santé menée par un autre gouvernement. Il ne peut se plaindre que s'il pense qu'une mesure donnée est contraire à un accord ou à un engagement que l'autre gouvernement a souscrit à l'OMC. Les sociétés, organisations et particuliers ne peuvent se plaindre directement à l'OMC, ils ne peuvent le faire que par l'intermédiaire de leur gouvernement.

86. Le règlement des différends relève de l'Organe de règlement des différends (ORD), qui est le Conseil général de l'OMC dans une autre fonction (voir le graphique 1 ci-dessus). L'ORD a seul le pouvoir d'établir des "groupes spéciaux" d'experts chargés d'examiner l'affaire, et d'adopter leurs conclusions ou les résultats d'une procédure d'appel. Il suit la mise en œuvre des décisions et recommandations adoptées par les groupes spéciaux et l'Organe d'appel et peut autoriser des mesures de rétorsion lorsqu'un pays ne se conforme pas à une décision.

Comment les différends sont-ils réglés?

87. L'un des changements les plus profonds consécutifs au passage du GATT à l'OMC en 1995 a été la mise en place d'un processus de règlement des différends plus rapide et plus "automatique", avec des délais fixes (voir le graphique 2 ci-dessous). L'accord conclu à cette fin est le Mémoire d'accord sur les règles et procédures régissant le règlement des différends (ou "Mémoire d'accord"). Il est plus automatique dans le sens où le processus de règlement des différends, y compris l'adoption du rapport final du groupe spécial et l'autorisation d'appliquer des sanctions en cas de non-respect, ne peut être bloqué que s'il y a un consensus à cet effet (parfois dénommé "consensus inverse"). Auparavant, sous le régime du GATT, il fallait un consensus entre tous les pays pour adopter le rapport - de sorte que le "perdant" pouvait toujours bloquer une décision défavorable.

88. Dans un premier temps, le Mémoire d'accord exige que les pays se consultent (pendant au moins 60 jours) pour voir s'ils peuvent régler leurs divergences eux-mêmes.



Les parties peuvent aussi demander d'un commun accord la médiation du Directeur général de l'OMC. Médiation, conciliation et bons offices peuvent être sollicités à tout moment parallèlement au processus de règlement des différends. Si les consultations entre les parties échouent, le plaignant peut demander la nomination d'un groupe spécial. Le Membre "mis en accusation" peut bloquer la création d'un groupe spécial une fois, mais il ne peut plus le faire lorsque l'ORD se réunit pour la deuxième fois (sauf s'il y a un consensus contre la nomination d'un groupe spécial).

89. Les groupes spéciaux ressemblent à des tribunaux d'arbitrage, dont la composition est normalement décidée par les parties au différend. C'est seulement si les deux parties ne peuvent s'entendre que le Directeur général de l'OMC nomme les membres du groupe. Les groupes spéciaux se composent de trois (parfois cinq) experts de différents pays, qui examinent les éléments de preuve. Pour chaque affaire, leurs membres sont choisis parmi une liste permanente de candidats qualifiés ou pris ailleurs. Ils siègent à titre personnel et ne peuvent recevoir d'instructions d'aucun gouvernement. Officiellement, les décisions et recommandations émises par les groupes spéciaux et l'Organe d'appel "aident" l'ORD à émettre ses décisions ou recommandations. Toutefois, comme les rapports des groupes spéciaux et de l'Organe d'appel ne peuvent être rejetés que par consensus à l'ORD, leurs conclusions sont difficiles à infirmer. Les constatations faites par les groupes spéciaux et l'Organe d'appel doivent reposer sur les accords invoqués et doivent normalement être communiquées aux parties dans un délai de neuf mois à compter de l'établissement du groupe spécial.

90. En général, après deux auditions avec les parties (et avec des experts techniques si nécessaire)¹⁵, le groupe spécial remet aux parties les sections descriptives de son rapport (éléments factuels et arguments), pour que les parties forment leurs observations; cette étape est destinée à éviter des malentendus sur les faits de la cause. Elle est suivie par l'établissement d'un "rapport intérimaire", également remis aux parties pour examen, puis d'un rapport final qui est d'abord remis aux parties, avant d'être distribué à tous les Membres de l'OMC. Ensuite, le rapport final est transmis à l'ORD, qui peut seulement le rejeter par consensus. Il constitue, dans un délai de 60 jours, les décisions et recommandations de l'ORD et est placé sur le site Web de l'OMC.

91. Les parties peuvent faire appel des rapports établis par les groupes spéciaux. L'Organe d'appel ne peut connaître en appel que des points de droit tranchés par les groupes spéciaux. En général, il n'est pas autorisé à examiner les faits de la cause tels

¹⁵. Si une partie soulève des questions scientifiques ou techniques, le groupe spécial peut consulter des experts ou nommer un groupe consultatif d'experts chargé d'établir un rapport consultatif. Dans toutes les affaires portant sur des mesures SPS, par exemple, l'avis d'experts a été demandé.



qu'ils ont été déterminés par le groupe spécial, ni d'examiner des éléments de preuve. Chaque appel est examiné par trois membres d'un Organe d'appel quasi-permanent de sept membres établi par l'ORD. Les membres de l'Organe d'appel sont nommés pour quatre ans, et leur mandat n'est renouvelable qu'une fois. Ce sont obligatoirement des personnes dont l'autorité est reconnue dans le domaine du droit et du commerce international, qui ne doivent avoir aucune attache avec une administration nationale. L'Organe d'appel peut confirmer, modifier ou infirmer les constatations et conclusions juridiques établies par le groupe spécial, et la procédure ne doit normalement pas durer plus de 90 jours. Lorsqu'il y a eu appel, l'ORD doit adopter le rapport de l'Organe d'appel et celui du groupe spécial (tel qu'il a été modifié, infirmé ou confirmé), dans les 30 jours qui suivent la distribution du rapport de l'Organe d'appel; le rejet n'est possible que par consensus.

92. Le Mémoire d'accord souligne que, "pour que les différends soient résolus efficacement dans l'intérêt de tous les Membres, il est indispensable de donner suite dans les moindres délais aux recommandations ou décisions de l'ORD". S'il est constaté qu'un pays a contrevenu aux règles, il doit rectifier dans les moindres délais la mesure en cause. Il doit en outre déclarer son intention de le faire au cours d'une réunion de l'ORD qui a lieu dans les 30 jours suivant l'adoption du rapport. S'il est irréalisable pour lui de se conformer immédiatement aux recommandations, un "délai raisonnable" lui est accordé. S'il n'agit pas dans ce délai, il doit engager des négociations avec le ou les Membres plaignants pour déterminer une compensation temporaire - par exemple, un abaissement des droits de douane dans des domaines qui intéressent particulièrement les plaignants. Il n'y a pas de compensation financière. Faute d'accord sur une compensation satisfaisante, les plaignants peuvent demander à l'ORD l'autorisation d'imposer à l'autre partie des sanctions commerciales limitées (de "suspendre des concessions ou d'autres obligations"). Cette autorisation doit être accordée. Si les parties ne se mettent pas d'accord, l'arbitrage de l'OMC peut aussi être demandé quant au niveau de telles sanctions.

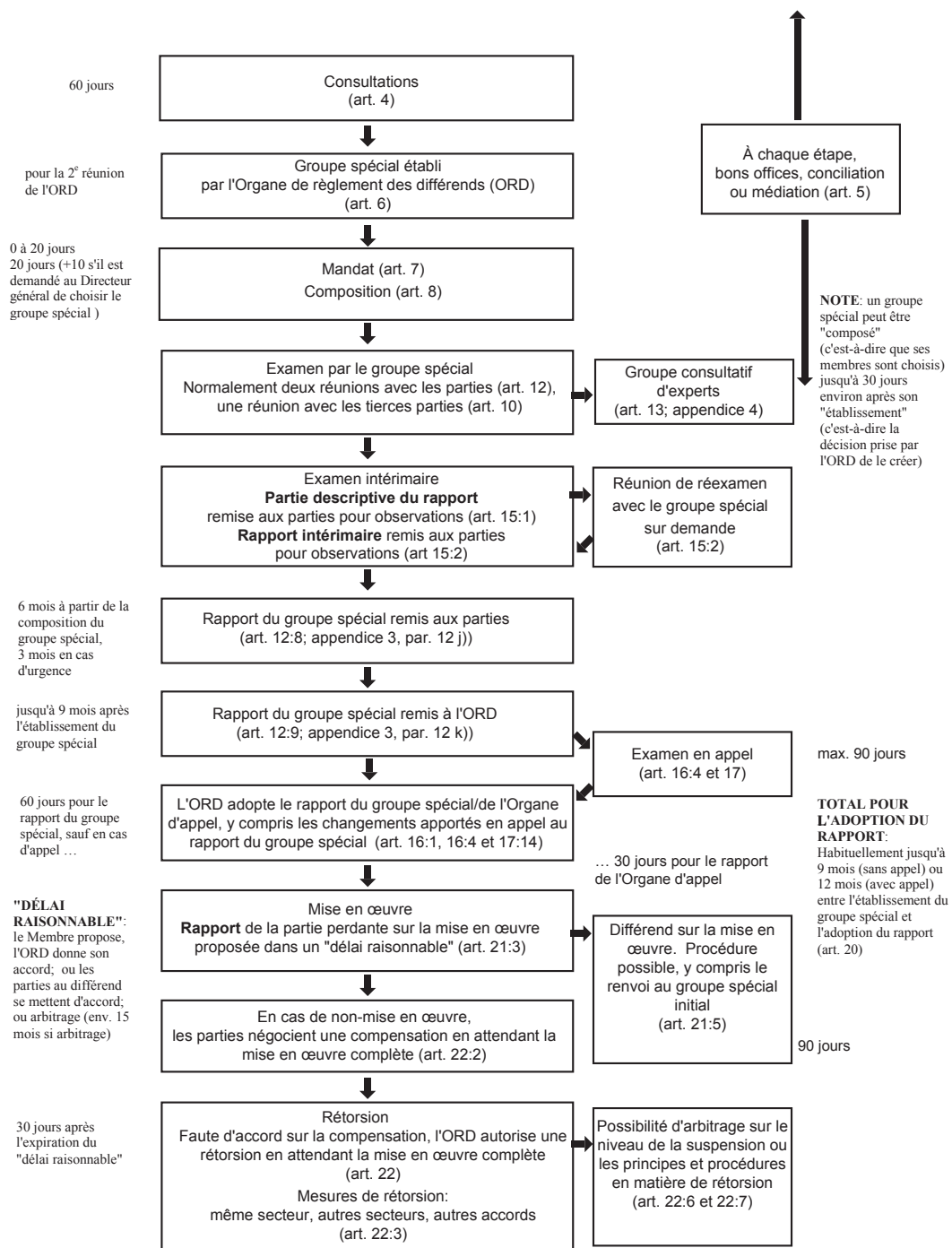
93. L'ORD est chargé de suivre la mise en œuvre des décisions adoptées, et toute affaire non réglée reste inscrite à son ordre du jour jusqu'à ce que la question soit résolue. Il y a eu plusieurs différends concernant la santé, dont quelques-uns sont présentés dans le chapitre suivant.



Graphique 2: La procédure de groupe spécial

Les diverses étapes par lesquelles un différend peut passer à l'OMC. A chaque étape, les parties sont encouragées à se consulter pour régler leur différend à l'amiable. A chaque étape, le Directeur général peut offrir ses bons offices, servir de médiateur ou aider les parties à arriver à une conciliation.

NOTE: certains délais sont maximaux, d'autres minimaux, certains sont impératifs, d'autres non.





III. CERTAINES QUESTIONS DE SANTE ET ACCORDS DE L'OMC

A **INTRODUCTION**

A. INTRODUCTION

94. Comme on l'a indiqué dans le chapitre précédent, plusieurs Accords de l'OMC ont un rapport avec la politique de santé. D'une manière générale, la croissance et les effets en matière de revenu qui découlent de régimes commerciaux plus ouverts et plus prévisibles peuvent fournir les ressources, ainsi que les marchandises, les services et l'information, nécessaires à un système de santé efficace.¹⁶ Les Accords de l'OMC autorisent expressément les pouvoirs publics à prendre des mesures pour restreindre le commerce afin d'atteindre des objectifs nationaux, notamment en matière de santé. Il s'agit d'une question de principe. Les règles de l'OMC mettent l'accent sur la manière dont les politiques sont poursuivies, sans remettre en cause l'objectif fondamental. Par exemple, une mesure est-elle appliquée ou mise à exécution d'une manière qui crée une discrimination entre les partenaires commerciaux ou entre les produits importés et les produits d'origine nationale? Y aurait-il des moyens de mettre en œuvre une politique qui restreindrait moins le commerce? Ce qu'on examine dans le présent chapitre, c'est donc la manière dont les pouvoirs publics appliquent concrètement des politiques de santé susceptibles d'avoir des incidences sur le commerce.

95. L'application concrète des règles de l'OMC peut poser de difficiles questions à ceux qui élaborent les politiques de santé. Qu'est-ce qui se passe, par exemple, quand le risque encouru est incertain? Cela pose un problème quant aux mesures réglementaires à prendre, et la réponse à l'incertitude et au risque sera différente selon les pays. Parmi les facteurs à considérer, il peut y avoir l'effet restrictif de la mesure sur le commerce et son efficacité quant à obtenir le niveau de protection recherché en matière de santé.

96. Le présent chapitre ne donne pas de réponse définitive à ces questions. Les réponses appartiennent en fin de compte aux décideurs nationaux. L'examen de la façon dont différents pays tentent de résoudre ces questions éclaire la façon dont la politique de santé et la politique commerciale peuvent favoriser les synergies dans certains cas ou continuer à susciter des tensions dans d'autres.

¹⁶. On trouvera des informations complémentaires sur les éléments qui contribuent à un système de santé efficace dans le Rapport sur la santé dans le monde, 2000 de l'OMS.



97. Le présent chapitre est organisé autour de huit questions de santé importantes qui se posent aux décideurs nationaux et qui ont un rapport avec un ou plusieurs Accords de l'OMC. Pour chacune d'elles, on explique en quoi elle concerne le commerce et on analyse les Accords de l'OMC applicables.

Encadré 5
Quelques questions de santé et les Accords de l'OMC qui ont un rapport avec elles¹

Règle ou Accord de l'OMC	Agriculture	SPS	OTC	ADPIC	Services (AGCS)	GATT Article XXb	Autres
Question de santé							
Lutte contre les maladies infectieuses		X	X			X	
Sécurité sanitaire des produits alimentaires		X					
Lutte antitabac	X		X	X	X	X	
Environnement		X				X	
Accès aux médicaments				X			
Services de santé					X		X
Sécurité alimentaire	X	X				X	
Questions émergentes							
- Biotechnologies	X	X	X	X			
- Technologies de l'information				X	X		
- Connaissances traditionnelles				X			

¹. On ne mentionne que les accords qui ont le **plus** de rapport avec les questions de santé indiquées.



**LUTTE CONTRE
LES MALADIES
INFECTIEUSES**

B. LUTTE CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES

i) Lien entre le commerce et la lutte contre les maladies infectieuses

98. Les problèmes de lutte contre les maladies infectieuses sont accrus par les mouvements de personnes à travers les frontières et par le commerce des marchandises et des services. Le risque augmente avec la mobilité des personnes, l'accroissement du commerce des denrées alimentaires et des produits biologiques et les changements sociaux et environnementaux. Ces phénomènes affectent tous les éléments de la chaîne des maladies infectieuses: hôtes (personnes), agents (microbes pathogènes) et vecteurs (moyens par lesquels les microbes entrent en contact avec les individus).

99. Du fait de la diversité des modes de transmission et de l'accroissement des échanges de toute nature, les responsables de la santé publique doivent, pour lutter efficacement contre les épidémies actuelles, recueillir et diffuser rapidement l'information. De même, les responsables du commerce qui négocient et mettent en œuvre les accords commerciaux doivent être conscients des risques sanitaires. Dans la plupart des cas, les mesures bien conçues en matière de santé publique sont concrètement axées sur le mode de transmission - par exemple, le comportement sexuel et la toxicomanie pour le VIH/sida - plutôt que sur une limitation de la mobilité des personnes ou des marchandises.

ii) Le Règlement Sanitaire International (RSI): un cadre réglementaire mondial

100. Dans des circonstances exceptionnelles, la lutte contre les maladies infectieuses peut exiger des restrictions en matière de commerce ou de voyages. Auparavant, la lutte contre les épidémies était centrée sur la quarantaine ou l'embargo commercial.¹⁷ Au cours des dernières années, l'association de systèmes sensibles d'alerte rapide, de procédures rapides de vérification et de réseaux de réaction internationaux, de plans de préparation aux épidémies et de stocks de médicaments essentiels a permis d'avoir moins recours aux embargos commerciaux ou aux restrictions en matière de voyage. Lorsque des restrictions commerciales sont imposées, elles devraient être limitées dans le temps et perturber le moins possible le commerce international. C'est l'un des principes fondamentaux sur lequel repose la révision actuelle du RSI par l'OMS. Le texte révisé servira de cadre juridique pour les efforts entrepris par l'OMS afin de prévenir la propagation des épidémies à l'échelle mondiale. Le but du RSI était à l'origine d'"assurer le maximum de protection contre la propagation des maladies d'un pays à l'autre

¹⁷. Cela ne remonte pas à très longtemps, comme le savent le Pérou, avec le choléra en 1991, et l'Inde, avec la peste en 1994. Lors des épidémies récentes dues au virus NIPAH et au H5N1 en Asie, la plupart des embargos ont été évités grâce à la destruction des animaux.



moyennant le minimum d'entraves au trafic mondial". Le nouveau RSI aura le même but.

iii) Les règles commerciales ne risquent guère de limiter les mesures prises par les pouvoirs publics pour lutter contre les maladies infectieuses, mais elles imposent quelques disciplines ...

101. Les mesures concrètes destinées à lutter contre les maladies infectieuses, qu'elles soient adoptées par les pouvoirs publics ou recommandées par l'OMS au titre du RSI, peuvent tomber sous le coup des règles de l'OMC si elles affectent le commerce des marchandises ou des services. La question de savoir quelles sont les règles pertinentes dépend des circonstances. Par exemple, même si les mesures sanitaires destinées à enrayer la propagation d'une maladie infectieuse transmise par les aliments ou les animaux peuvent avoir un effet substantiel sur le commerce et relèvent normalement de l'Accord SPS, il est peu probable que des mesures réglementaires destinées à réduire ces risques - quel que soit le mode de transmission ou la nature de la maladie - soient contraires aux règles de l'OMC.

102. Toutefois, cela dépendra beaucoup des mesures concrètes appliquées à la frontière pour réaliser cet objectif de santé. Les règles de l'OMC exigent, par exemple, qu'un juste équilibre soit respecté entre l'importance des intérêts de santé à protéger, l'efficacité des mesures et leur incidence sur les importations et les exportations - dans la mesure où cela est réalisable sans compromettre l'objectif recherché en matière de santé (voir le paragraphe 28). S'il est possible de réaliser cet objectif grâce à des vérifications ou à des échantillonnages plutôt qu'à une interdiction pure et simple, il sera préférable d'agir ainsi, car ce sera le moyen qui perturbe le moins les échanges, tout en garantissant le niveau de protection décidé par le Membre. Comme les quarantaines et les embargos commerciaux causent de graves préjudices économiques, ils risquent d'être contestés, à moins qu'ils ne soient justifiés de façon incontestable par la gravité du risque. De même, les règles de l'OMC relatives à la non-discrimination s'appliquent. Si une mesure sanitaire nationale est prise pour prévenir un risque lié à des produits provenant d'un autre pays mais ne tient pas compte du risque similaire lié aux produits originaires d'un autre pays, elle pourra être contestée comme étant discriminatoire. Une telle mesure discriminatoire peut révéler ou laisser soupçonner que l'objectif n'est peut-être pas uniquement de protéger la santé.



Encadré 6

Sécurité sanitaire du poisson importé durant une épidémie de choléra

Au début de 1998, la Tanzanie s'est plainte, lors d'une réunion du Comité SPS, que les Communautés européennes (CE) bloquaient injustement les importations de poisson en provenance de certains pays africains. Les CE ont répondu qu'elles avaient effectivement interdit les importations de fruits, légumes et produits du poisson en raison d'une épidémie de choléra qui sévissait en Tanzanie, au Kenya, en Ouganda et au Mozambique. Les inspections effectuées par les CE dans ces pays avaient révélé des déficiences, et les CE s'efforçaient de mettre en place des prescriptions adéquates en matière d'hygiène. Pendant ce temps, les Etats membres des CE cherchaient à élaborer une politique commune de lutte contre le choléra, fondée sur une évaluation des risques. Une enquêtrice de l'OMS avait dit aux CE qu'elle ne jugeait pas nécessaire d'interdire les importations de poisson, car les produits du poisson n'étaient pas consommés crus en Europe. Elle avait cité le passage suivant des Principes directeurs de l'OMS pour l'élaboration de politiques nationales de lutte contre le choléra: "Bien qu'il existe un risque théorique de transmission du choléra par certains produits alimentaires faisant l'objet d'un commerce international, ce risque s'est rarement montré significatif et les autorités devraient chercher à le réduire par des moyens autres que l'embargo à l'importation."

En juin 1998, la Tanzanie a signalé que les CE continuaient d'interdire les importations de produits de la pêche frais, congelés et transformés en provenance des quatre pays africains, alors que les tests effectués n'avaient pas détecté la bactérie en question. Elle insistait sur le fait que cette interdiction avait de graves conséquences sur son économie. Après qu'un responsable de l'OMS eut à nouveau certifié - cette fois au Comité SPS - qu'il n'y avait pas de risque avéré de transmission du choléra à partir des aliments en question et après qu'un comité scientifique de l'UE eut confirmé cette déclaration, les CE ont accepté de reprendre leurs importations au 1er juillet 1998. Cette affaire souligne la nécessité de fonder sur des preuves scientifiques et non sur un risque théorique les mesures de santé publique qui ont pour effet de restreindre le commerce. Elle démontre aussi l'utilité pour le Comité SPS des recommandations de l'OMS fondées sur les risques sanitaires spécifiques à chaque situation.



iv) Révision du RSI afin de répondre aux nouvelles menaces pour la santé

103. Le choléra est une maladie endémique répandue depuis longtemps, et les mesures de lutte sont bien connues. Mais l'époque moderne a vu apparaître de nouvelles menaces mondiales en matière de santé, pour lesquelles les mesures de lutte sont encore en train d'évoluer. Le VIH/sida était encore inconnu il y a une vingtaine d'années, et de nouveaux agents pathogènes ont vu le jour tels que les virus Ebola et Marburg. En outre, de nombreuses maladies "plus anciennes" (telles que la tuberculose, le paludisme et les maladies sexuellement transmissibles) se font plus menaçantes du fait qu'elles ont développé une résistance aux médicaments couramment employés pour les traiter.¹⁸

104. Ces événements ont conduit l'OMS à préconiser en 1995 une révision du RSI. Le RSI avait perdu de son utilité comme instrument de lutte contre la propagation mondiale des maladies pour plusieurs raisons. Il ne concerne que la peste, le choléra et la fièvre jaune, alors que la santé mondiale est menacée par un éventail beaucoup plus large de maladies et d'agents infectieux. En outre, il faut assouplir les "mesures les plus strictes" prévues dans le RSI pour adapter les solutions aux circonstances particulières de chaque risque. De plus, le RSI ne contient aucune disposition en matière d'exécution, ne prévoit aucun moyen d'encourager l'adhésion à ses recommandations et dépend de la volonté des pays de présenter des notifications officielles à l'OMS, ce qu'ils ne sont guère incités à faire en raison du coût économique que cela représente.

105. La révision du RSI portera sur trois domaines. L'un est la portée des notifications demandées aux Etats membres, qui sera étendue aux urgences sanitaires de portée internationale. Les Etats membres devront notifier à l'OMS toutes les situations d'urgence de ce type qui surviennent sur leur territoire. Un algorithme ou instrument spécifique est en cours d'élaboration afin d'aider les pays à évaluer l'importance potentielle et l'urgence d'un tel événement en collaboration avec l'OMS, de façon à déterminer s'il existe une urgence sanitaire. Deuxièmement, l'OMS cherchera à renforcer le RSI en utilisant des informations d'autres sources fiables (en plus des sources officielles) pour détecter les nouvelles épidémies, par exemple en s'appuyant davantage sur son processus mondial d'alerte et de vérification. Troisièmement, elle cherchera comment rendre ses recommandations en matière de lutte, émises au moment d'une urgence sanitaire, compatibles avec les droits et obligations des Membres de l'OMC énoncés dans l'Accord SPS. La plupart des épidémies qui seront visées par le

18. Il y a eu d'autres épidémies récentes qui ont un rapport avec le commerce, par exemple celles dues au virus H5N1 à Hong Kong (volaille, gibier) ou au virus NIPAH en Malaisie (porcs) ou la fièvre de la vallée du Rift en Ethiopie (bétail). Toutes ces maladies se sont transmises aux humains.



RSI comporteront une transmission de personne à personne plutôt que par l'intermédiaire de marchandises échangées telles que les denrées alimentaires.

106. Plusieurs obstacles restent à surmonter dans la révision du RSI. Il faut faire en sorte que seuls soient déclarés les risques en matière de santé publique (habituellement ceux qui sont causés par un agent infectieux) qui ont un caractère urgent au plan international, tout en concevant un système suffisamment sensible pour déceler les risques nouveaux ou ceux qui réapparaissent. Il faut aussi prendre des dispositions pour éviter la stigmatisation et les effets néfastes inutiles sur le commerce et les voyages internationaux causés par des déclarations non valables provenant d'autres sources que les Etats membres, qui peuvent avoir de graves conséquences économiques pour les pays. Si le RSI proposé contient une liste de mesures susceptibles de limiter la libre circulation des personnes, des véhicules et des marchandises durant les urgences sanitaires, il est important qu'elles soient correctement "ciblées" lorsqu'elles sont appliquées. De plus, comme le commerce peut subir des effets défavorables lorsque certains risques surviennent en matière de santé publique, il faut que le RSI révisé corresponde à un consensus entre les intérêts en matière de santé et les intérêts commerciaux, qui nécessite une étroite concertation entre les responsables au niveau national ainsi qu'entre l'OMS et l'OMC au niveau international. La date limite fixée pour la présentation du RSI révisé à l'Assemblée mondiale de la santé est mai 2004.

**SECURITE
SANITAIRE
DES PRODUITS
ALIMENTAIRES**

C. SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS ALIMENTAIRES

i) Incidence mondiale des toxi-infections alimentaires ...

107. L'OMS estime qu'environ 2 millions d'enfants dans le monde meurent chaque année de diarrhée, causée le plus souvent par des aliments et de l'eau contaminés par des agents microbiologiques (OMS, 1999a). Même dans les pays industrialisés, on estime qu'un tiers de la population souffre chaque année de toxi-infections alimentaires, et qu'il pourrait y avoir jusqu'à 20 personnes sur 1 million qui en meurent. Sachant que ces chiffres ne concernent que les problèmes microbiologiques, si l'on y ajoute la contamination chimique des aliments, la situation devient très préoccupante. Le caractère épidémique des flambées de toxi-infections alimentaires va des épidémies localisées et autolimitées - qui ne concernent généralement pas le commerce international - jusqu'aux épidémies qui se propagent à grande vitesse et peuvent franchir rapidement les frontières par l'intermédiaire du commerce.¹⁹

¹⁹. L'un des gros problèmes que posent aussi les toxi-infections alimentaires est celui des cas sporadiques, qui ne sont pas liés à des épidémies et ne sont donc généralement pas détectés ni déclarés.



ii) ... et lien avec le commerce

108. Diverses sources nouvelles de toxi-infections alimentaires ont un rapport de plus en plus étroit avec le commerce international. Au cours des dernières années, les risques chimiques présentés par des produits liés à l'alimentation ont été à l'origine de plusieurs crises limitées mais qui ont fait grand bruit, par exemple la contamination des aliments pour animaux par la dioxine en Belgique, qui a touché des produits alimentaires dans toute l'Europe. Les changements apportés aux méthodes de culture et d'élevage peuvent aussi avoir des conséquences sur la sécurité sanitaire des produits alimentaires, comme l'illustre la propagation de la maladie de la vache folle (ESB) et sa transmission aux humains sous la forme de la maladie de Kreuzfeld-Jacob, une maladie neurologique mortelle. L'usage courant d'antibiotiques dans l'élevage a contribué à accroître le nombre de bactéries résistantes à ces produits chez les humains. En outre, le risque que certains aliments génétiquement modifiés pourrait présenter pour la consommation préoccupe certains.

109. Toutes ces préoccupations relatives à la sécurité sanitaire des produits alimentaires interviennent dans le commerce international des produits alimentaires, qui a connu une forte croissance au cours des dix dernières années. Les exportations de produits agricoles et alimentaires sont essentielles pour la plupart des pays en développement, car beaucoup ont un avantage comparatif dans le domaine de la production agricole. En outre, la tendance à exporter des produits de plus en plus transformés renforce l'importance des mesures sanitaires et phytosanitaires et de l'Accord SPS.²⁰ Et, comme on l'a fait observer au chapitre II, du fait que les droits de douane et les autres obstacles classiques au commerce seront sans doute encore abaissés avec la poursuite de la réforme agricole - y compris le soutien à la production dans les pays riches -, l'importance relative des mesures non tarifaires risque de croître.

iii) L'Accord SPS est peut-être celui où existe le rapport le plus étroit entre une question de santé (en l'occurrence la sécurité sanitaire des produits alimentaires) et le commerce

110. Contrairement à certaines "questions de santé" examinées dans le présent rapport, la sécurité sanitaire des produits alimentaires a un Accord de l'OMC qui la concerne spécifiquement: l'Accord SPS (pour un aperçu général, voir la section C.2 du chapitre II). Cet accord s'applique à toute mesure liée au commerce prise pour protéger

20. Banque mondiale, "L'enjeu du développement dans les échanges: mesures sanitaires et phytosanitaires", communication présentée par la Banque mondiale au Comité SPS de l'OMC, 12 juillet 2000, G/SPS/GEN/195.



la vie ou la santé des personnes contre les risques présentés par les additifs, contaminants, toxines, médicaments vétérinaires, résidus de pesticides et autres organismes pathogènes contenus dans les aliments et les boissons. Il donne clairement aux pouvoirs publics le droit de restreindre le commerce pour réaliser des objectifs de santé, mais les mesures appliquées doivent être fondées sur des preuves scientifiques.

111. L'Accord SPS reconnaît formellement les normes, directives et recommandations établies par la Commission du Codex Alimentarius de la FAO/OMS (Codex en abrégé). Grâce à cette reconnaissance, les Membres n'ont pas besoin de procéder à leur propre évaluation des risques pour les dangers qui relèvent d'une norme, d'une directive ou d'une recommandation. S'ils adoptent des normes nationales en matière de sécurité sanitaire des produits alimentaires qui ne sont pas plus strictes que les normes du Codex et ont des mécanismes de surveillance du respect de ces normes par les producteurs et les exportateurs de produits alimentaires, leurs mesures sont présumées être conformes aux dispositions de l'Accord SPS. Conscientes que de nombreuses questions de sécurité sanitaire des produits alimentaires au niveau mondial ne relèvent pas des accords commerciaux internationaux, l'OMS et la FAO, en association avec les gouvernements nationaux, redoublent d'efforts pour que les consommateurs de la planète soient protégés contre des menaces provenant de sources très diverses.

Encadré 7 **L'Accord SPS et le Codex¹**

La Commission du Codex Alimentarius (Codex) a été créée conjointement par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1962, afin d'établir des normes en matière de sécurité sanitaire des produits alimentaires. Elle comprend actuellement 165 Etats membres qui, sur les conseils d'experts techniques indépendants choisis par la FAO et l'OMS, élaborent des normes, directives et recommandations destinées à protéger la santé des consommateurs. Elle reconnaît qu'il est important de réduire au minimum l'effet de ces réglementations sur le commerce des produits alimentaires. Les Etats membres approuvent officiellement les normes du Codex, après un examen approfondi des documents scientifiques fondés sur des procédures d'analyse du risque largement acceptées. Ces normes sont facultatives, mais les Etats membres sont fortement incités à les appliquer, car les produits alimentaires qui répondent aux normes du Codex peuvent faciliter le commerce en élargissant les possibilités d'exportation.



Encadré 7 **L'Accord SPS et le Codex¹ (suite)**

De nombreuses idées nouvelles sont actuellement intégrées aux recommandations et normes du Codex. Le Codex préconise une approche préventive fondée sur le risque pour garantir la sécurité sanitaire des produits alimentaires et encourage une analyse formalisée du risque. Un exemple d'approche est la mise en œuvre du système d'Analyse des risques - points critiques pour leur maîtrise (HACCP). L'HACCP encourage l'industrie alimentaire et les gouvernements à concentrer leurs ressources limitées sur les étapes les plus critiques de la production et de la distribution plutôt que de se conformer à une longue liste de spécifications en matière de produit et de procédure, comme c'était traditionnellement le cas. Elle oblige souvent les autorités sanitaires à se réorienter vers des fonctions de vérification et de formation plutôt que sur l'inspection physique et l'analyse en laboratoire. Bien qu'elle ne supprime pas entièrement la nécessité d'une inspection finale des produits, la notion de contrôle des procédés est essentielle aux programmes nationaux de sécurité sanitaire des produits alimentaires qui reposent sur l'HACCP.

Une autre tendance importante dans le Codex est l'approche horizontale. La Commission est en train d'élaborer des normes générales concernant les additifs, contaminants et toxines, afin d'élargir la base de protection de la santé des consommateurs. Il est plus facile pour les pays de s'adapter à cette approche en adoptant une réglementation générique applicable à un large éventail de produits plutôt qu'en maintenant un stock de produits alimentaires enregistrés, avec des spécifications pour chacun d'eux.

¹ Pour des renseignements complémentaires sur les questions de sécurité sanitaire des produits alimentaires et de commerce, voir la publication de l'OMS "Food Safety and Globalization of Trade in Food, 1998" (version révisée), aller sur le site Web de l'OMS consacré à la sécurité sanitaire des produits alimentaires: <http://www.who.int/fsf>, ou consulter directement le site Web du Codex: <http://www.fao.org/es/esn/codex/>

iv) Comment l'OMC est-elle "utilisée" pour répondre aux préoccupations en matière de sécurité sanitaire des produits alimentaires?

112. Depuis l'entrée en vigueur de l'Accord SPS en 1995, plus d'une centaine de préoccupations commerciales spécifiques ont été soulevées au Comité SPS, dont une trentaine concernent directement la sécurité sanitaire des produits alimentaires. Les autres portent sur des questions de santé des animaux et de préservation des végétaux



qui ont tout autant à voir avec l'Accord SPS. Les questions de sécurité sanitaire des produits alimentaires vont des restrictions à l'importation de fromages à pâte dure fabriqués à partir de lait cru jusqu'aux prescriptions en matière d'étiquetage pour les œufs en coquille, en passant par les prescriptions relatives aux dates de péremption pour les produits en conserve.

113. Les préoccupations commerciales spécifiques relatives à la sécurité sanitaire des produits alimentaires ne se limitent pas aux questions soulevées concrètement au Comité SPS. Bon nombre de préoccupations de ce type sont réglées au niveau bilatéral avant d'arriver à l'OMC ou le sont dans les couloirs du Comité SPS sans avoir été soulevées aux réunions mêmes du Comité. C'est aux Membres qu'il appartient de décider si le fait de porter une question devant le Comité SPS est le moyen le plus efficace de résoudre le problème. Mais l'une des fonctions essentielles du Comité est d'offrir une instance où tout pays peut soulever toute question relative à la sécurité sanitaire des produits alimentaires et au commerce, et plusieurs décisions utiles ont été adoptées par lui dans le passé.

114. Une seule question relative à la santé des personnes, au commerce et à la sécurité sanitaire des produits alimentaires est passée par toute la procédure de règlement des différends. C'est ce qu'on a appelé le différend CE - Hormones qui a opposé les Etats-Unis, le Canada et l'Union européenne. Comme l'affaire du choléra, celle du bœuf aux hormones souligne la nécessité de fonder la réglementation en matière de sécurité sanitaire des produits alimentaires sur des preuves scientifiques et des normes internationales.

v) Le "principe de précaution" en matière de sécurité sanitaire des produits alimentaires

115. Que se passe-t-il lorsque les preuves scientifiques relatives aux risques que certains aliments peuvent présenter pour la santé des personnes ne sont pas concluantes? Il peut y avoir des cas où l'absence de preuves scientifiques concluantes concernant le risque pour la santé et l'environnement ne justifie pas une inaction en matière réglementaire. Selon l'article 5:7 de l'Accord SPS, des mesures provisoires sont autorisées même lorsque les preuves scientifiques ne sont pas suffisantes.



Encadré 8

"CE - Hormones" Groupe spécial de l'OMC chargé de l'affaire Mesures communautaires concernant les viandes et les produits carnés (hormones), plaintes déposées par les Etats-Unis et le Canada¹

Cette affaire a vu le jour en raison des hypothèses sur les effets connus et inconnus des hormones et de l'inquiétude exprimée par les consommateurs européens quant à l'utilisation d'hormones pour stimuler la croissance du bétail, pratique qui n'a cessé de s'étendre durant les années 70. Le Comité mixte FAO/OMS d'experts des additifs alimentaires (JEFCA) a examiné l'utilisation de ces hormones et leurs effets sur la santé. Sur la base de ses recommandations, le Codex a adopté des normes pour cinq hormones de croissance. Ces normes indiquaient le niveau maximal de résidus d'hormones dans les aliments qui ne présentait pas de risques pour la consommation humaine. Toutefois, plusieurs scandales liés à l'utilisation illégale de substances hormonales ont incité l'Union européenne à interdire entièrement en 1988 l'utilisation d'hormones de croissance. Jugeant cette décision incompatible avec l'Accord SPS, les Etats-Unis l'ont contestée en janvier 1996, suivis par le Canada en juin de la même année.

En 1998, l'Organe d'appel a déterminé que les CE violaient les règles SPS. Comme il existait dans le Codex des normes internationales pour cinq des six hormones en cause, le Groupe spécial a jugé que les CE devaient justifier leur interdiction, et donc le fait qu'elles n'appliquaient pas les normes internationales, sur la base de leur propre évaluation des risques pour la santé des personnes. Les preuves scientifiques présentées par l'UE n'ont pas justifié l'interdiction. L'Organe d'appel a confirmé la décision du Groupe spécial selon laquelle l'interdiction communautaire violait l'Accord SPS parce qu'elle n'était pas fondée sur une évaluation des risques. Mais il a aussi confirmé le droit des Membres d'appliquer le niveau de protection sanitaire qu'ils souhaitent, supérieur même aux normes internationales, et le fait que c'est au Membre qui conteste une mesure SPS qu'incombe la charge de la preuve. En mai 1998, un arbitre a donné aux CE jusqu'au 13 mai 1999 pour mettre en œuvre les recommandations de l'ORD. Comme les CE n'ont pu agir dans ce sens et n'ont pas levé leur interdiction, le 12 juillet 1999, l'OMC a autorisé les Etats-Unis et le Canada à imposer des mesures de compensation sous la forme d'une suspension de concessions tarifaires pour des importations d'un montant maximal de 116,8 millions de dollars des Etats-Unis par an pour les Etats-Unis et de 11,3 millions de dollars canadiens par an pour le Canada. Ces mesures sont toujours en vigueur.

¹. Documents de l'OMC WT/DS26/R/USA et WT/DS48/R/CAN, datés du 18 août 1997, et rapport de l'Organe d'appel WT/DS26/AB/R, WT/DS48/AB/R, daté du 16 janvier 1998.



Encadré 9 **L'article 5:7 de l'Accord SPS**

"Dans les cas où les preuves scientifiques pertinentes seront insuffisantes, un Membre pourra provisoirement adopter des mesures sanitaires ou phytosanitaires sur la base des renseignements pertinents disponibles, y compris ceux qui émanent des organisations internationales compétentes ainsi que ceux qui découlent des mesures sanitaires ou phyto-sanitaires appliquées par d'autres Membres. Dans de telles circonstances, les Membres s'efforceront d'obtenir les renseignements additionnels nécessaires pour procéder à une évaluation plus objective du risque et examineront en conséquence la mesure sanitaire ou phytosanitaire dans un délai raisonnable."

116. Dans l'affaire CE - Hormones, les CE n'ont pas invoqué l'article 5:7 de l'Accord SPS, mais ont tenté de justifier leur interdiction en faisant valoir que le "principe de précaution" était un principe général en droit international. Autrement dit, elles ont invoqué le "principe de précaution" en termes généraux comme un principe premier, sans jamais affirmer que l'interdiction d'importer de la viande traitée aux hormones était "provisoire". L'Organe d'appel a fait observer que le "principe de précaution", sauf tel qu'il était évoqué à l'article 5:7, ne l'emportait pas sur l'obligation d'établir les mesures SPS sur la base d'une évaluation des risques.

117. La seule jurisprudence qui se rapporte directement à l'article 5:7 de l'Accord SPS se trouve dans l'affaire Japon - Produits agricoles.²¹ Dans cette affaire, le Groupe spécial a constaté que la prescription relative aux essais imposée par le Japon pour certains fruits ne pouvait être considérée comme une mesure phytosanitaire provisoire dans un domaine où les informations scientifiques sont insuffisantes, car le Japon n'avait pas cherché à obtenir les informations nécessaires pour procéder à une évaluation plus objective des risques et n'avait donc pas examiné la mesure dans un délai raisonnable. L'Organe d'appel a confirmé cette constatation, en formulant l'observation suivante sur la notion de "délai raisonnable":

"A notre avis, ce qui constitue un "délai raisonnable" doit être établi au cas par cas et dépend des circonstances propres à chaque cas d'espèce, y compris la difficulté d'obtenir les renseignements additionnels nécessaires pour l'examen et les caractéristiques de la mesure SPS provisoire."²²

21. Japon - Mesures visant les produits agricoles, rapport du Groupe spécial, WT/DS76/R, daté du 27 octobre 1998, et rapport de l'Organe d'appel, WT/DS76/AB/R, daté du 22 février 1999.

22. Japon - Mesures visant les produits agricoles, rapport de l'Organe d'appel, WT/DS76/AB/R, daté du 22 février 1999, paragraphe 93.



118. Le Japon a ensuite notifié à l'OMC qu'il avait achevé les consultations techniques au sujet d'une nouvelle méthode pour les produits qui faisaient l'objet d'une prohibition à l'importation et comptaient notifier prochainement à l'OMC une "solution mutuellement satisfaisante".²³

vi) Défis à venir

119. Bien que l'Accord SPS et les normes du Codex se soient révélés utiles pour résoudre plusieurs différends internationaux sur la sécurité sanitaire des aliments importés et exportés, il reste d'importants défis à relever. De nombreux pays en développement ont constaté que, pour que leurs exportations répondent aux normes internationales de qualité et de sécurité sanitaire, ils devaient investir lourdement dans des infrastructures à la fois matérielles et institutionnelles. En vertu de l'article 9 de l'Accord SPS, les pays en développement doivent recevoir une assistance technique à cette fin, mais il y a encore un grand décalage entre les besoins et ce qui est fourni. En outre, bon nombre de Membres qui font partie des pays les moins avancés n'ont pas les données ni les capacités et les compétences techniques nécessaires pour participer pleinement aux activités de normalisation du Codex ainsi qu'aux autres instances qui s'occupent des questions de sécurité sanitaire ou de qualité des produits alimentaires (OMS, ISO). Le financement de la participation des pays en développement aux travaux du Codex pose aussi des problèmes. L'OMS et la FAO, entre autres, sont en train d'accroître leur assistance technique pour y remédier, et le nombre de réunions du Codex se multiplie dans chaque région, afin qu'il soit plus facile pour les pays en développement d'envoyer des représentants. Conformément à une résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2000 (WHA53.15), l'OMS est aussi en train d'intensifier ses efforts pour soutenir le renforcement des capacités dans les pays en développement en ce qui concerne les activités essentielles qui concernent la sécurité sanitaire des produits alimentaires.

120. Pour essayer de résoudre le problème d'une participation effective des pays en développement aux activités de normalisation, un mécanisme de coopération et de coordination interorganisations réunissant l'OMC, la FAO, l'OMS, l'Office international des épizooties (OIE) et la Banque mondiale a été créé, afin de déterminer les moyens de faciliter la participation des pays en développement aux activités de normalisation et de répondre à leurs besoins d'assistance technique. Dans une déclaration commune prononcée à la Conférence ministérielle de Doha, ces organisations ont affirmé leur

23. Ces renseignements figurent dans le "Rapport de situation du Japon" adressé à l'ORD le 8 juin 2001 (WT/DS76/11/Add.15).



engagement de "renforcer la capacité des pays en développement de participer effectivement à l'élaboration et à l'application des normes internationales et de tirer pleinement parti des possibilités commerciales". Un atelier sur l'élaboration des normes internationales a eu lieu à l'OMC en mars 2001, afin de donner des informations sur les activités de normalisation des organisations concernées, en insistant sur une participation maximale des pays en développement.²⁴ Depuis la création du mécanisme interorganisations, plusieurs réunions ont eu lieu, et les organisations participantes poursuivent leur coopération.

vii) Sécurité sanitaire des organismes génétiquement modifiés (OGM)

121. Un autre défi important inscrit à l'ordre du jour international en matière de sécurité sanitaire des produits alimentaires concerne les nouveaux aliments issus de modifications génétiques. L'application des biotechnologies à l'alimentation a rendu la production plus efficace dans certains cas et contribue à accroître les récoltes. Elle offre aussi des promesses en matière de santé publique. Ainsi, le "riz doré" ("golden rice"), un riz génétiquement modifié qui produit du bêta carotène, transformé en vitamine A par l'organisme, peut aider à combattre les carences en vitamine A, cause majeure de la cécité dans les pays en développement. Mais on s'inquiète aussi des effets à long terme des aliments génétiquement modifiés sur la santé, par exemple le risque de transfert de gènes entre les végétaux génétiquement modifiés et les cellules microbiennes ou mammaliennes, le transfert et la manifestation d'un gène fonctionnel de résistance aux antibiotiques chez les personnes ou les animaux, et les effets allergéniques.

122. En réponse aux préoccupations grandissantes relatives à l'innocuité et aux aspects nutritionnels des aliments dérivés des biotechnologies, la Commission du Codex Alimentarius a décidé, en juillet 1999, d'entreprendre un examen des "normes, directives ou autres recommandations pour les produits alimentaires dérivés des biotechnologies ou les caractères introduits dans les produits alimentaires par des biotechnologies". Au cours de la même session, elle a créé le Groupe intergouvernemental spécial sur les aliments dérivés des biotechnologies, doté d'un mandat de trois ans, afin de réunir un consensus mondial sur l'innocuité et les aspects nutritionnels des aliments en question. A sa réunion de mars 2002, le Groupe s'est mis d'accord sur le texte définitif de principes applicables à l'analyse des risques liés aux aliments dérivés des biotechnologies, qui constitueront le cadre nécessaire pour évaluer

²⁴. Un rapport succinct sur cet atelier est paru sous la cote G/SPS/GEN/250 et peut être consulté sur le site Web de l'OMC (www.wto.org).



l'innocuité et les aspects nutritionnels des aliments génétiquement modifiés. Il a aussi adopté des prescriptions détaillées concernant l'évaluation de la sécurité sanitaire des végétaux génétiquement modifiés, y compris les essais d'allergénicité. En avril 2001, la FAO et l'OMS ont publié de nouvelles recommandations destinées à renforcer les moyens de protection des consommateurs contre le risque que les OGM représentent pour un petit pourcentage de personnes souffrant d'allergies alimentaires.²⁵ La Commission du Codex Alimentarius réunie en juillet 2001 a, en outre, adopté un projet de modification concernant l'étiquetage des allergènes contenus dans les aliments ou ingrédients alimentaires obtenus à l'aide de biotechnologies.²⁶

123. D'autres défis devront être relevés, notamment l'élaboration de normes mondiales pour les systèmes d'approbation avant commercialisation des aliments génétiquement modifiés, afin que ces aliments soient non seulement sans risque mais aussi bénéfiques pour le consommateur. En ce qui concerne le commerce, il y a des débats sur le point de savoir s'il est réalisable d'adopter des réglementations imposant des conditions de "traçabilité" et d'étiquetage pour les aliments issus des biotechnologies et si elles sont compatibles avec les règles de l'OMC.



D. LUTTE ANTITABAC

i) La menace

124. Depuis 1950 environ, plus de 70 000 études scientifiques ont prouvé que le tabagisme est source de maladies, de handicaps et de décès.²⁷ Environ un fumeur à long terme sur deux meurt de son habitude. Le tabac est l'une des causes majeures des maladies cardiovasculaires, tandis que 90 pour cent des cancers du poumon et 75 pour cent des cas de bronchite chronique et d'emphysème lui sont imputables. L'OMS estime que le tabac tue actuellement 4,2 millions de personnes chaque année. En 2030, ce chiffre sera passé à près de 10 millions, dont 70 pour cent environ dans les pays en développement. En d'autres termes, le tabac fera 150 millions de morts durant le premier quart du siècle et 300 millions durant le deuxième quart - si l'évolution actuelle

25. "Evaluation of Allergenicity of Genetically Modified Foods", rapport d'une Consultation mixte FAO/OMS d'experts sur les aliments dérivés des biotechnologies, 22-25 janvier 2001.

26. La modification adoptée figure dans le document du Codex Alinorm 01/22 (annexe III), page 51. Le rapport de la réunion de la Commission du Codex Alimentarius de juillet 2001 dans lequel cette adoption sera mentionnée ne figurait pas encore sur le site Web du Codex (<http://www.codexalimentarius.net/>) lorsque le présent rapport a été rédigé.

27. US Department of Health and Human Services, "Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General", US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Washington: US Government Printing Office, 1994.



se poursuit. Dans les pays développés, la moitié environ de ces décès frapperont des personnes qui sont dans leurs années les plus productives économiquement. L'exposition à la fumée de cigarette accroît le risque de cancer du poumon et cause différents autres problèmes de santé aux enfants: syndrome de la mort subite du nourrisson, poids insuffisant à la naissance et maladies respiratoires.

ii) L'ouverture des échanges peut accroître la consommation de tabac

125. La promotion et le commerce du tabac sont devenus une menace essentielle pour la santé publique au niveau mondial (Yach et Bettcher, 1998)²⁸. Alors que la consommation de tabac a reculé durant les années 80 et 90 dans de nombreux pays à revenu élevé, elle a augmenté dans les pays en développement. Cette évolution est due en grande partie à la pénétration des marchés des pays à revenu faible et intermédiaire par les fabricants de tabac transnationaux au cours des dix dernières années (Jha et Chaloupka, 2000)²⁹. Les fabricants de tabac transnationaux sont de fervents défenseurs de l'abaissement des droits de douane et de l'ouverture des marchés, qui leur permettent de concurrencer les produits nationaux sur les marchés à forte croissance d'Amérique latine, d'Europe orientale et d'Asie. La suppression ou l'abaissement des droits de douane et des autres obstacles à l'importation des produits du tabac permet aux sociétés étrangères de concurrencer plus équitablement les produits fabriqués sur place. L'intensification de la concurrence associée à l'ouverture des marchés aux fabricants étrangers risque aussi d'intensifier la promotion et la commercialisation des produits du tabac.

126. Les données empiriques confirment que l'ouverture des échanges se traduit par une hausse de la consommation de tabac (Taylor et al., 2000)³⁰. Les efforts de commercialisation offensifs menés par les fabricants de tabac transnationaux à la suite des accords bilatéraux négociés entre les Etats-Unis et plusieurs pays d'Asie durant les années 80 ont d'abord stimulé la demande de tabac. On constate aussi que cette commercialisation augmente plus la consommation de tabac dans les pays pauvres et vulnérables (Banque mondiale, 1999,³¹ Taylor et al., 2000).

28. Yach, D., Bettcher, D. The Globalization of Public Health, II: The Convergence of Self Interest and Altruism. *AM J Public Health*. Mai 1998; 88 (5): 738-41; discussion 742-4.

29. Jha, P., Chaloupka, F.J. (eds.) *Tobacco Control in Developing Countries*. New York: Oxford University Press, 2000.

30. Taylor, A.L., Bettcher, D.W. WHO Framework Convention on Tobacco Control: a Global "Good" for Public Health. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 2000; 78(7): 920-9. Analyse.

31. Banque mondiale. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Series: Development in Practice. Washington DC: Banque mondiale, 1999.



iii) Politiques de lutte antitabac

127. Quel est le motif économique d'une intervention sur le marché du tabac? Selon la théorie économique, si les consommateurs connaissent les risques et assument tous les coûts de leurs choix, les pouvoirs publics n'ont aucune raison fondée sur l'efficacité d'intervenir sur un marché. Mais le marché du tabac se caractérise par diverses lacunes et inefficiences qui nécessitent une intervention des pouvoirs publics. Il y a notamment

- i) l'insuffisance de l'information sur les risques que présente le tabac pour la santé,
- ii) l'insuffisance de l'information sur les risques de dépendance, et
- iii) les coûts physiques et financiers imposés aux non-fumeurs (Jha et Chaloupka, 2000).

128. Des études ont mis en évidence une série de politiques et d'interventions efficaces en matière de lutte antitabac, qui permettent de réduire substantiellement l'offre et la consommation. Les études portant sur les effets individuels et conjugués de diverses politiques ont montré que l'augmentation du prix du tabac au moyen de droits d'accise ou de droits de douane est de loin l'instrument le plus important (Townsend, 1988³² ; Jha et Chaloupka, 2000). La taxation du tabac qui augmente le prix des cigarettes d'au moins 10 pour cent est très efficace pour réduire l'usage du tabac, notamment dans les pays en développement (Chaloupka, et al., 2000). La taxation non discriminatoire est compatible avec les règles de l'OMC.

129. Le relèvement des droits de douane sur le tabac peut, avec d'autres facteurs (tels que les taxes), contribuer à augmenter le prix à la consommation, ce qui fait baisser la consommation et diminue le tabagisme chez les jeunes (Banque mondiale, 1999). Toutefois, il est contraire à l'objectif général de la libéralisation des échanges, qui est d'abaisser et de supprimer les droits de douane et les obstacles non tarifaires au commerce international. Des engagements tendant à abaisser les droits de douane sur les produits du tabac sont actuellement inscrits dans les accords commerciaux multilatéraux, régionaux et bilatéraux. Mais l'un des objectifs essentiels des Accords de l'OMC - abaisser les droits de douane et supprimer les obstacles non tarifaires au commerce - n'empêche pas les pouvoirs publics d'appliquer des taxes intérieures non discriminatoires ainsi que d'autres mesures qu'elles jugent propres à préserver la santé publique.

32. Townsend, J. Price, Tax and Smoking in Europe. Copenhagen: Organisation mondiale de la Santé, 1998.



iv) Le différend sur le tabac: un exemple de l'application des règles commerciales

130. Le débat sur la santé et le commerce du tabac remonte à la fin des années 80. A cette époque, le gouvernement des Etats-Unis a engagé une série d'actions pour obtenir de la Thaïlande et d'autres pays asiatiques qu'ils ouvrent leur marché aux produits du tabac américains. Dans chaque cas, la fabrication et la vente de tabac étaient sous le contrôle de monopoles d'Etat. Le gouvernement des Etats-Unis a réussi à négocier des accords bilatéraux qui ont supprimé les droits d'accise et les méthodes de distribution discriminatoires à l'encontre des produits américains - sauf en Thaïlande.

131. La Thaïlande a fait valoir que ses restrictions à l'importation faisaient partie d'une politique globale de lutte antitabac. Les Etats-Unis ont répondu en déposant une plainte contre elle auprès du GATT, le prédécesseur de l'OMC (encadré 10). En résumé, à l'issue de cette affaire, la Thaïlande a dû lever son interdiction à l'importation et réduire son droit d'accise sur le tabac parce qu'elle ne pouvait les justifier pour des motifs de santé tant que la vente de cigarettes d'origine nationale était permise. Mais elle a été autorisée à maintenir son interdiction de la publicité, car cette interdiction s'appliquait à tous les produits sans discrimination. Conformément à la décision du GATT, le gouvernement thaïlandais a levé son interdiction à l'importation en 1990, et les exportations licites de cigarettes vers la Thaïlande ont commencé en 1991. La Thaïlande restait évidemment libre d'imposer des droits sur les importations. Elle était aussi libre de fixer son droit d'accise à un niveau quelconque, pourvu qu'elle ne fasse pas de discrimination entre les produits nationaux et les produits importés.

132. L'ouverture du marché intérieur aux produits étrangers a entraîné une hausse de la consommation de cigarettes, mais elle a aussi permis d'intensifier les actions nationales de lutte antitabac. Après la décision du GATT, le soutien aux mesures nationales de lutte antitabac s'est intensifié, et le parlement thaïlandais a adopté en 1992 deux lois importantes destinées à limiter la vente de tabac. Les mesures imposées étaient notamment les suivantes: relèvement des taxes sur les ventes, interdiction de l'usage du tabac dans les bâtiments publics, indication des ingrédients et obligation de faire figurer en évidence sur les paquets de cigarettes un avertissement concernant la santé. Grâce à ces mesures, l'usage du tabac a baissé au milieu et à la fin des années 90.



133. La plupart des pays se heurtent cependant à des obstacles importants pour mettre en œuvre des mesures efficaces et complètes de lutte antitabac. Il y a souvent une farouche opposition politique de la part des fabricants nationaux, qui sont parfois entièrement ou partiellement aux mains de l'Etat. Pendant ce temps, les fabricants étrangers continuent à demander l'accès aux marchés. Ces obstacles sont encore accrus par la contrebande internationale.

Encadré 10

Un différend devant l'OMC: l'affaire Thaïlande - Cigarettes

En vertu de la Loi sur les tabacs de 1996, la Thaïlande interdisait l'importation de cigarettes et autres préparations à base de tabac mais autorisait la vente de cigarettes nationales. Les cigarettes étaient aussi frappées d'un droit d'accise, d'une taxe sur les transactions commerciales et d'une taxe municipale. En 1989, les Etats-Unis se sont plaints que ces restrictions à l'importation étaient incompatibles avec l'article XI du GATT ("Elimination générale des restrictions quantitatives") et ont estimé qu'elles ne pouvaient être justifiées ni i) par certaines des exceptions à l'élimination des restrictions quantitatives autorisées en vertu de cet article, ni ii) par l'article XX b) ("Exceptions générales" pour les mesures nécessaires à la protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou à la préservation des végétaux). Ils faisaient aussi valoir que les taxes intérieures étaient incompatibles avec l'article III:2 du GATT ("Traitement national en matière d'impositions et de réglementation intérieures").

La Thaïlande a répondu en faisant valoir, entre autres, que les restrictions à l'importation étaient justifiées au titre de l'article XX b), parce que les pouvoirs publics avaient adopté des mesures qui ne pouvaient être efficaces que si les importations de cigarettes étaient prohibées et que les substances chimiques et les autres additifs contenus dans les cigarettes des Etats-Unis pouvaient les rendre plus nuisibles pour la santé que les cigarettes thaïlandaises.

Les communications présentées par l'OMS au Groupe spécial du GATT ont confirmé l'existence de différences entre les cigarettes fabriquées dans les pays en développement comme la Thaïlande et celles fabriquées dans les pays développés, qui contenaient plus d'additifs et d'aromatants pour être plus faciles à fumer, notamment par les femmes et les adolescents. Toutefois, l'OMS n'a pas trouvé de preuves scientifiques montrant qu'un type de cigarette était plus nuisible pour la santé qu'un autre.



Encadré 10

Un différend devant l'OMC: l'affaire Thaïlande - Cigarettes (suite)¹

Le Groupe spécial a constaté que les restrictions à l'importation étaient incompatibles avec l'article XI et n'étaient pas justifiées au titre des exceptions prévues par cet article. Il a en outre conclu qu'elles n'étaient pas "nécessaires" au sens de l'article XX b) (c'est-à-dire nécessaires à la protection de la santé et de la vie des personnes). Les taxes intérieures, en revanche, ont été jugées compatibles avec l'article III:2.

Il a été constaté que les restrictions à l'importation n'étaient pas nécessaires parce que d'autres méthodes pouvaient être utilisées pour protéger la santé publique, notamment diverses mesures de lutte antitabac, sans favoriser la production nationale. Deux de ces mesures étaient l'interdiction de la publicité et celle de la promotion sur le lieu de vente, qui s'appliquaient aux cigarettes de toutes origines. Le Groupe spécial a donc rejeté la demande de levée de l'interdiction de la publicité présentée par les Etats-Unis. Les responsables thaïlandais de la santé et du commerce se sont félicités de cette décision. Certains ont dit qu'elle montrait que le processus de règlement des différends du GATT leur permettait de défendre l'interdiction de la publicité, alors que les pays qui avaient négocié un règlement bilatéral avec les Etats-Unis en dehors du GATT avaient fini par autoriser la publicité. ("GATT negotiators losing fight against cigarettes", The Nation, page B4, Bangkok, 9 décembre 1990).

1. Cette affaire a été soulevée dans le cadre du système de règlement des différends du GATT avant qu'il ne soit révisé avec la création de l'OMC en 1995. Les règles du GATT citées étaient également antérieures à 1995. Cote du document: DS10/R - S37/214.

v) Liens entre les Accords de l'OMC et les politiques relatives au tabac

134. Un nombre croissant de pays appliquent des programmes complets de lutte antitabac. Outre l'augmentation des taxes et d'autres mesures relatives aux prix, ces programmes contiennent des mesures consistant à interdire ou restreindre strictement la publicité pour le tabac, à élargir les campagnes d'information sur la santé, à limiter la vente en distributeur automatique, à interdire de fumer dans les lieux publics, à encourager le sevrage et à soutenir les coalitions de lutte antitabac (OMS, 1999a)³³. Selon la manière dont les pouvoirs publics décident de gérer le commerce du tabac et

³³. Rapport sur la santé dans le monde, 1999 Chapitre 5.



des produits à base de tabac, plusieurs règles de l'OMC peuvent entrer en jeu. L'affaire du tabac qui a opposé les Etats-Unis et la Thaïlande illustre la pertinence du GATT, car elle concernait des taxes, des interdictions et des exceptions aux règles du GATT en matière de santé. D'autres Accords de l'OMC peuvent être d'application, mais ils n'ont pas encore été invoqués dans des controverses entre Membres de l'OMC au sujet du tabac:

- a) l'Accord OTC pour les prescriptions relatives aux produits qui concernent par exemple l'emballage et l'étiquetage;
- b) l'Accord sur l'agriculture pour le soutien des pouvoirs publics à la production de tabac;
- c) l'AGCS pour les restrictions à la publicité pour la cigarette;
- d) l'Accord sur les ADPIC pour la protection des marques et la divulgation des renseignements sur les produits jugés confidentiels par les producteurs.

vi) [La Convention-cadre pour la lutte antitabac: un nouveau traité international relatif à la santé](#)

135. Les problèmes extérieurs aux frontières nationales qui se posent lorsqu'il s'agit d'appliquer des politiques complètes de lutte antitabac ont conduit l'OMS à proposer en 1996 l'élaboration d'une Convention-cadre pour la lutte antitabac, qui aura pour objet de renforcer la coopération multilatérale et l'action au niveau mondial, afin de mettre en œuvre des stratégies transnationales de lutte antitabac, dont il est largement établi qu'elles permettent de réduire la demande. Ces stratégies portent notamment sur les taxes et le prix du tabac, les restrictions en matière de publicité et de promotion, l'utilisation des médias et la contre-publicité, la conception des avertissements et des emballages, les politiques d'air pur dans les lieux fermés et le traitement de la dépendance à l'égard du tabac (Taylor et Bettcher, 2000).

136. La Convention-cadre préconise une coopération internationale pour atteindre des objectifs définis de façon large et établit les normes générales et les institutions d'une structure juridique multilatérale. Des engagements supplémentaires et plus précis figureront dans une série de protocoles, qui indiqueront aussi les dispositions institutionnelles à mettre en place pour atteindre ces objectifs. Les Etats membres de l'OMS ont engagé les négociations sur ce texte en octobre 2000, à la première session de



l'Organe intergouvernemental de négociation. Une deuxième session a eu lieu début mai 2001, et une troisième en novembre 2001.

137. Lors des sessions de négociation, il y a eu un débat sur certaines dispositions liées au commerce figurant dans le texte proposé par le Président. Il s'agissait notamment de dispositions destinées à lutter contre le commerce illicite et la contrebande, à supprimer progressivement la vente en franchise de droits et à relever et harmoniser les taxes au plan international, ainsi que de diverses mesures relatives à l'emballage et à l'étiquetage, notamment l'interdiction des mentions de type "à faible teneur en goudron" ou "légère", qui donnent aux fumeurs un sentiment fallacieux de sécurité. Certains pays ont proposé que les produits du tabac soient exemptés de l'abaissement des droits de douane prévus dans les accords commerciaux régionaux. Les limites concernant la publicité peuvent aussi avoir des incidences au regard des accords commerciaux.

138. L'un des principes directeurs énoncé dans le projet de texte est que "les mesures de lutte antitabac ne doivent pas constituer un moyen de discrimination arbitraire ou injustifiable entravant le commerce international".³⁴ Aucune des dispositions du texte n'est incompatible en soi avec les règles de l'OMC, et un grand nombre des restrictions préconisées peuvent tout à fait être considérées comme "nécessaire" à la protection de la santé en vertu de ces mêmes règles. Toutefois, certains pays et certaines ONG font valoir que les objectifs de santé devraient l'emporter sur les accords commerciaux. Les relations entre les règles de l'OMC et la Convention-cadre dépendront donc de l'orientation que prendront les négociations et de la manière dont les dispositions de ce texte seront appliquées par les gouvernements.

vii) Les négociations sur la Convention-cadre pour la lutte antitabac sont un bon exemple de la nécessité d'une coopération internationale

139. Dans le passé, il pouvait y avoir des incompatibilités entre les accords environnementaux multilatéraux (AEM) et les règles de l'OMC en raison d'une mauvaise coordination entre les responsables du commerce et ceux de l'environnement aux plans national et international. A cet égard, il convient de noter que le projet de Convention-cadre s'inspire de plusieurs accords multilatéraux, dont certains sont des AEM. Comme les rapports entre les règles de l'OMC et celles contenues dans d'autres traités

³⁴. Ce document peut être consulté à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wha-1998/Tobacco/INB2/anglaisINB2.htm>



internationaux peuvent livrer des enseignements pour la Convention-cadre, l'OMS compte suivre les délibérations du Comité du commerce et de l'environnement de l'OMC, où ces sujets sont débattus (voir la section suivante).

140. L'une des conclusions qu'on peut tirer est qu'il est essentiel d'instaurer une bonne coordination entre les responsables du commerce et ceux de la santé aux plans national et international pour négocier une convention-cadre pour la lutte antitabac qui soit compatible avec les règles de l'OMC. Dans ce sens, l'initiative prise par l'OMS de créer une équipe spéciale interorganisations de lutte contre le tabac pour améliorer la coordination entre toutes les organisations concernées dès le début des négociations est utile. L'OMC, qui a le statut d'observateur auprès de l'OMS, suit les négociations de la Convention-cadre et fait partie de cette équipe.



E. ENVIRONNEMENT

i) Lien entre l'environnement, la santé et le commerce

141. Le lien entre l'environnement et la santé est bien établi: la plupart des risques environnementaux concernent, à des degrés divers, la santé des personnes. Le lien entre l'environnement, la santé et le commerce n'est pas aussi évident. La croissance économique ne sera pas viable à long terme si elle se fait au détriment de l'environnement, c'est-à-dire de l'air, de la terre et de l'eau dont dépendent la vie et la santé des individus. Plus le libre-échange a des effets de catalyseur sur la croissance, plus la manière dont cette croissance a lieu est importante. Dans le préambule de l'Accord de Marrakech instituant l'OMC, les Parties ont affirmé la nécessité d'œuvrer en vue d'un développement durable. Au tout premier paragraphe, les Membres reconnaissent qu'ils devraient orienter leurs rapports économiques et commerciaux, entre autres,

"... tout en permettant l'utilisation optimale des ressources mondiales conformément à l'objectif de développement durable, en vue à la fois de protéger et préserver l'environnement et de renforcer les moyens d'y parvenir d'une manière qui soit compatible avec leurs besoins et soucis respectifs à différents niveaux de développement économique..."



142. Dans la Déclaration ministérielle de Doha, les Ministres ont réaffirmé avec force leur engagement en faveur de l'objectif du développement durable. Ils ont aussi reconnu qu'en vertu des règles de l'OMC aucun pays ne devrait être empêché de prendre des mesures pour assurer la protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux, la préservation des végétaux, ou la protection de l'environnement, aux niveaux qu'il considère appropriés, sous réserve que ces mesures ne soient pas discriminatoires.

143. Lorsqu'ils se penchent sur le lien entre le commerce et l'environnement, les gouvernements ne partent pas de l'hypothèse que les règles commerciales constituent une réponse aux problèmes environnementaux. Toutefois, les politiques commerciales et environnementales peuvent se compléter: la protection de l'environnement contribue à préserver les ressources naturelles dont dépend la croissance économique. Du point de vue des pays en développement, où la pauvreté est un souci majeur et un obstacle important à la protection de l'environnement, l'ouverture des marchés mondiaux à leurs exportations peut résoudre en partie le problème. La libéralisation des échanges pour les exportations des pays en développement, ainsi que les transferts de capitaux et de technologies, peuvent aider ces pays à créer des ressources pour protéger l'environnement et aller dans le sens du développement durable.

144. Par exemple, dans de nombreux pays en développement, l'investissement étranger peut permettre d'acquérir du matériel et d'adopter des procédés de production modernes qui présentent moins de risques et polluent moins. La suppression des obstacles au commerce pour les technologies "vertes" et les fournisseurs de biens et services environnementaux peut permettre d'améliorer l'hygiène du milieu. L'élimination des politiques qui déforment les échanges telles que les subventions peut à la fois développer les échanges et se révéler bénéfique pour l'environnement. Ainsi, certaines subventions en faveur de la pêche peuvent encourager l'accroissement des capacités de pêche au-delà de ce que les océans peuvent supporter à long terme, et ce phénomène peut être encore aggravé par une gestion inadéquate de la pêche. Lorsque c'est le cas, la réduction des subventions peut contribuer à alléger la pression qui pèse sur les stocks de poissons et favoriser une moindre déformation des échanges.

145. Mais il y a aussi des risques. L'exemple de la pêche souligne également l'importance des structures de gestion et d'une réglementation publique appropriée. Dans de nombreux pays en développement, le rythme et l'échelle de la libéralisation



peuvent étouffer la capacité d'élaborer des réglementations relatives à l'environnement ou à l'hygiène du travail et de les faire respecter. En pareil cas, le commerce peut aggraver les conséquences de mauvaises politiques de l'environnement.

ii) Les "produits similaires"

146. Tout en offrant aux Membres la possibilité d'adopter des mesures pour atteindre leurs objectifs nationaux en matière d'environnement, les règles de l'OMC imposent une obligation essentielle de non-discrimination. Cette obligation est étroitement liée à la notion de "produits similaires", qui est au cœur de nombreux différends liés à l'environnement. Cela veut dire en substance que les politiques nationales relatives à l'environnement doivent, dans la pratique, traiter de façon similaire les produits similaires: les produits réputés "similaires", qu'ils viennent de fournisseurs étrangers ou de fournisseurs nationaux, ne doivent pas faire l'objet d'un traitement moins favorable.

147. Dans un certain nombre de cas, les Membres peuvent être dispensés d'appliquer ce principe fondamental de l'OMC. L'article XX b) et g) a été conçu pour leur permettre d'adopter des mesures incompatibles avec l'OMC si ces mesures sont nécessaires à la protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou à la préservation des végétaux ou si elles se rapportent à la conservation des ressources naturelles épuisables. Le paragraphe introductif de l'article XX a été conçu pour éviter que ces mesures incompatibles avec l'OMC n'entraînent une discrimination arbitraire ou injustifiable et ne constituent une restriction déguisée au commerce international. Dans l'affaire de l'essence, un groupe spécial de l'OMC et l'Organe d'appel ont condamné la "discrimination arbitraire et injustifiable" contre les fournisseurs ou producteurs étrangers qu'entraînait l'application par les Etats-Unis de leur mesure de protection de l'environnement, qui était contraire au principe du traitement national. Cette affaire est exposée dans l'encadré 11 ci-dessous.

148. L'une des questions essentielles est en l'occurrence la façon dont on considère la santé lorsqu'on établit une détermination relative à la "similarité". L'affaire de l'amiante portée récemment devant l'OMC constitue une bonne illustration de cette question complexe.



Encadré 11

Etats-Unis - Normes concernant l'essence nouvelle et ancienne formules (WT/DS2)

A la suite d'une modification apportée en 1990 à la Loi sur la lutte contre la pollution atmosphérique, l'Agence pour la protection de l'environnement des Etats-Unis (EPA) a promulgué une réglementation sur la composition de l'essence et ses effets en matière d'émissions, afin de réduire la pollution de l'air aux Etats-Unis et de faire en sorte que la pollution issue de la combustion de l'essence ne dépasse pas les niveaux de 1990. Cette réglementation devait remédier aux dégâts causés par l'ozone et la pollution aux grandes villes du pays, principalement à cause des gaz d'échappement des voitures.

A partir du 1er janvier 1995, la Réglementation sur l'essence autorisait uniquement la vente d'essence présentant un degré de propreté défini ("essence nouvelle formule") dans les zones les plus polluées du pays. Dans le reste du pays, on ne pouvait vendre que de l'essence qui n'était pas plus polluante que celle vendue pendant l'année de base - à savoir 1990 ("essence ancienne formule"). Cette réglementation s'appliquait à tous les raffineurs, mélangeurs et importateurs d'essence des Etats-Unis.

La réglementation de l'EPA énonçait deux séries de normes de base en matière d'émission. Premièrement, elle exigeait que chaque raffineur national qui avait exercé une activité pendant au moins six mois en 1990 établisse un "niveau de base individuel" représentant la qualité de l'essence qu'il avait produite en 1990. Deuxièmement, elle établissait un "niveau de base réglementaire" destiné à refléter la qualité de l'essence moyenne de 1990 aux Etats-Unis, niveau auquel étaient soumis les raffineurs qui n'avaient pas exercé une activité pendant au moins six mois en 1990, ainsi que les importateurs et les mélangeurs. Ce niveau imposait une charge plus lourde aux producteurs d'essence étrangers.

Le Venezuela et le Brésil ont allégué que la Réglementation sur l'essence portait préjudice à leurs exportations vers les Etats-Unis et favorisait les producteurs nationaux. Elle était donc incompatible avec les articles III et XXIII:1 b) du GATT de 1994 et avec l'article 2.2 de l'Accord OTC et n'était pas couverte par l'article XX. Les Etats-Unis ont fait valoir qu'elle était compatible avec l'article III et qu'elle était, de toute façon, justifiée au titre des exceptions prévues aux paragraphes b), g) et d) de l'article XX, et qu'elle était aussi compatible avec l'Accord OTC. Ils ont fait appel du rapport du Groupe spécial, en limitant toutefois leur appel à l'interprétation de l'article XX du GATT 1994 donnée par le Groupe spécial.



Encadré 11 **Etats-Unis - Normes concernant l'essence nouvelle et ancienne formules (WT/DS2) (suite)**

Le Groupe spécial a constaté que l'essence importée et l'essence nationale étaient des produits similaires et que, comme les méthodes d'établissement des niveaux de base empêchaient en fait l'essence importée de bénéficier de conditions de vente aussi favorables que celles qu'accordait à l'essence nationale un niveau de base individuel lié au producteur d'un produit, l'essence importée était soumise à un traitement moins favorable que l'essence nationale. La Réglementation sur l'essence était donc incompatible avec l'article III.

Le Groupe spécial a dit qu'il partageait l'opinion des parties qui estimaient qu'une mesure destinée à réduire la pollution de l'air résultant de la consommation d'essence concernait la protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou la préservation des végétaux mentionnées à l'article XX b). Il a cependant constaté que les méthodes d'établissement des niveaux de base n'étaient pas "nécessaires" au sens de l'article XX b), car il existait d'autres mesures compatibles ou moins incompatibles, dont les Etats-Unis disposaient raisonnablement pour atteindre le même objectif. Il a rejeté une justification de la mesure au titre de l'article XX d), car les méthodes d'établissement des niveaux de base ne constituaient pas un mécanisme coercitif (visant à "assurer l'application"); il s'agissait simplement de règles servant à déterminer les niveaux de base individuels. Enfin, le Groupe spécial a considéré qu'une politique visant à limiter l'épuisement de l'air pur était une politique visant à la conservation d'une ressource naturelle au sens de l'article XX g), mais que les méthodes moins favorables d'établissement des niveaux de base qui étaient en cause dans cette affaire ne visaient pas principalement à la conservation des ressources naturelles. Compte tenu de ces constatations, il n'a pas jugé nécessaire de déterminer si la mesure répondait aux conditions du paragraphe introductif de l'article XX. Il a conclu que la Réglementation sur l'essence ne pouvait être justifiée au titre de l'article XX b), d) ou g). Sa constatation a été infirmée en appel.

L'Organe d'appel a déterminé que les règles d'établissement des niveaux de base énoncées dans la Réglementation sur l'essence entraient dans le cadre de l'article XX g) mais ne répondaient pas aux prescriptions du texte introductif de l'article XX.

Il a indiqué que ce texte s'appliquait non pas tant à la mesure en cause ou à sa teneur spécifique proprement dite, mais plutôt à la manière dont la mesure était appliquée. Il reposait donc sur le principe que, si les Membres avaient légalement le droit d'invoquer les exceptions prévues à l'article XX, ces exceptions ne devraient pas être appliquées de façon à entraîner un abus ou une mauvaise utilisation.



Encadré 11
Etats-Unis - Normes concernant l'essence nouvelle et ancienne formules (WT/DS2) (suite)

L'Organe d'appel a conclu que l'application de la réglementation des Etats-Unis constituait une discrimination injustifiable et une restriction déguisée au commerce international en raison de deux omissions de la part des Etats-Unis. Premièrement, ils n'avaient pas étudié de façon adéquate les moyens, y compris en particulier la coopération avec le Venezuela et le Brésil, d'atténuer les problèmes administratifs qui les avaient conduits à rejeter les niveaux de base individuels pour les raffineurs étrangers. Deuxièmement, ils n'avaient pas tenu compte des coûts entraînés par l'imposition des niveaux de base réglementaires pour les raffineurs étrangers.

iii) **L'affaire de l'amiante: la santé publique prend le pas sur le commerce**

149. Cette affaire est née d'une contestation exprimée en 1998 par le Canada à l'encontre de l'interdiction complète appliquée par la France à l'importation et à l'utilisation d'amiante chrysotile. L'amiante est la principale cause des cancers d'origine professionnelle, et les risques qu'il présente pour la santé ont été largement documentés. Rien qu'en France, environ 2 000 personnes meurent chaque année de l'amiante, et l'amiante chrysotile (blanc) est déjà interdit dans neuf des 15 Etats membres de l'Union européenne. La France produit des substituts de l'amiante tels que les fibres d'alcool polyvinylique, de cellulose et de verre (pour plus de détails sur cette affaire, voir l'encadré 12).

150. L'Organe d'appel a examiné si les fibres d'amiante importées et les fibres substitutives nationales étaient des "produits similaires", en soulignant que cet examen devait reposer sur l'obligation d'offrir "l'égalité des conditions de concurrence" pour les produits importés et les produits nationaux. Il a rappelé les quatre critères généraux classiques de similarité, à savoir: i) les propriétés physiques des produits, ii) leurs utilisations finales, iii) les goûts et habitudes des consommateurs, et iv) le classement tarifaire des produits, en soulignant que ces quatre critères devaient être examinés dans toutes les affaires mais qu'il ne s'agissait pas d'une liste définitive et qu'il fallait



tenir compte de tous les éléments de preuve pertinents. Il a constaté que les risques qu'un produit présente pour la santé peuvent être pertinents et influencer sur au moins deux de ces critères: les caractéristiques physiques des produits et les goûts et habitudes des consommateurs.

151. L'affaire de l'amiante a éclairci la signification de ce qui est "nécessaire" à la protection de la santé au titre des règles de l'OMC. Après avoir établi que l'interdiction de l'amiante était destinée à protéger la santé - objectif vital -, l'Organe d'appel s'est demandé s'il serait possible d'appliquer d'autres mesures qu'une interdiction pure et simple. Il a décidé que l'on ne pouvait raisonnablement s'attendre à ce que la France applique des méthodes d'"utilisation contrôlée", comme l'avait allégué le Canada, parce que l'efficacité de l'"utilisation contrôlée" ne pouvait être démontrée concrètement. L'interdiction a donc été jugée "nécessaire" à la protection de la santé au sens de l'exception prévue à l'article XX b).

152. Tout comme l'affaire des cigarettes thaïlandaises avait conforté les partisans de la lutte antitabac, celle de l'amiante a incité les défenseurs brésiliens de l'hygiène du milieu et du travail à réclamer des lois plus strictes pour protéger la santé publique. Cinquième producteur mondial d'amiante, le Brésil avait présenté une argumentation au nom du Canada dans l'affaire en question. Toutefois, cette affaire a renforcé les arguments de la société civile quant à la nécessité de durcir les lois sur l'utilisation de l'amiante. Au cours des deux dernières années, plusieurs villes et Etats du Brésil - dont la ville de Sao Paulo, qui est la plus grande de toute l'Amérique latine - ont promulgué des lois interdisant l'amiante, qui couvrent environ 70 pour cent du marché national de l'amiante (Campagne internationale pour l'interdiction de l'amiante, 2000).



Encadré 12

Communautés européennes - Mesures affectant l'amiante et les produits en contenant (WT/DS135)

Un décret français interdisant la fabrication, la vente, l'exportation, l'importation et l'utilisation de fibres d'amiante et de produits en contenant a été contesté par le Canada en 1998, au motif que l'amiante importé serait traité de façon moins favorable que les substituts nationaux de l'amiante, ce qui serait contraire à l'article III:4 du GATT de 1994. Le Canada faisait valoir aussi que l'interdiction de l'amiante était une mesure inutilement extrême, car l'utilisation "contrôlée" de l'amiante pouvait ramener à un niveau acceptable le risque pour la santé. La cause de la France a été défendue par l'UE.

En septembre 2000, le Groupe spécial de l'OMC s'est prononcé en faveur de l'UE. Il a constaté que l'amiante chrysotile et les produits de substitution avaient, entre autres, des "utilisations finales" similaires, ce qui les rendait similaires. L'interdiction française était donc contraire aux dispositions de l'article III:4 du GATT relatives au traitement national. Toutefois, le Groupe spécial a décidé que la France avait le droit d'appliquer cette interdiction au titre de l'article XX b) du GATT parce que les risques que l'amiante présentait pour la santé étaient substantiels (rapport du Groupe spécial, paragraphe 8.119). Le Canada a fait appel de cette décision.

En mars 2001, l'Organe d'appel a rendu sa décision, confirmant la décision du Groupe spécial favorable à l'UE, tout en éclaircissant plusieurs points importants:

- Les Membres de l'OMC ont incontestablement le droit de fixer le niveau de protection de la santé qu'ils jugent approprié.
- Il est approprié d'examiner si les caractéristiques physiques ont une influence sur le risque relatif qu'un produit présente pour la santé en évaluant sa "similarité" au titre de l'article III:4 du GATT de 1994. L'Organe d'appel s'est dit d'accord avec le Groupe spécial sur le fait que les éléments de preuve montraient que les fibres de chrysotile étaient plus toxiques que les produits de substitution utilisés en France et que le Canada n'avait pas satisfait à la charge qui lui incombait de prouver la similarité.
- L'article XX b) du GATT de 1994 ne prescrit pas la quantification du risque pour la santé et la vie des personnes. Un risque peut être évalué d'un point de vue qualitatif ou quantitatif.



Encadré 12

Communautés européennes - Mesures affectant l'amiante et les produits en contenant (WT/DS135) (suite)

- Les pays peuvent fonder leurs mesures en faveur de la santé ou de l'environnement sur des opinions provenant de sources compétentes et respectées défendues seulement par une minorité de scientifiques: "Un Membre n'est pas tenu, dans l'élaboration d'une politique de santé, de suivre automatiquement ce qui, à un moment donné, peut constituer une opinion scientifique majoritaire." (rapport de l'Organe d'appel, page 74).
- Pour l'Organe d'appel, décider si une mesure qui n'est pas "indispensable" peut néanmoins être "nécessaire" consiste notamment à soupeser et mettre en balance une série de facteurs qui incluent l'importance de l'intérêt commun ou des valeurs communes protégés par la mesure, l'efficacité de cette mesure pour réaliser les objectifs visés et l'effet de la loi ou de la réglementation sur les importations ou les exportations.
- Un aspect du "processus de soupesage et de mise en balance ... compris dans la détermination de la question de savoir si une mesure de rechange compatible avec l'Accord sur l'OMC" est raisonnablement disponible est la mesure dans laquelle la mesure de rechange "favorise la réalisation de l'objectif poursuivi". "Plus [l']intérêt commun ou [l]es valeurs communes [poursuivis] sont vitaux ou importants", plus il sera facile d'admettre la "nécessité" de mesures conçues pour atteindre ces objectifs. En l'espèce, l'objectif poursuivi par la mesure est la protection de la vie et de la santé des personnes au moyen de la suppression ou de la réduction des risques pour la santé bien connus et extrêmement graves que présentent les fibres d'amiante."
- Il a été constaté que l'interdiction était "nécessaire" à la protection de la santé, car il n'a pas été prouvé que la mesure de rechange proposée par le Canada - "utilisation contrôlée" de l'amiante - était réalisable. L'utilisation contrôlée représenterait un risque résiduel significatif pour les travailleurs et ne permettrait donc pas d'atteindre le niveau de protection de la santé souhaité par la France: arrêter les maladies et les décès causés par l'amiante.

iv) Produits interdits sur le marché intérieur

153. L'affaire de l'amiante rappelle une autre question inscrite à l'ordre du jour de l'OMC et qui a un rapport particulier avec la santé: le commerce des produits interdits sur le marché intérieur. Dès 1982, plusieurs pays en développement ont soulevé le problème des produits exportés vers leur territoire dans des situations où la vente de



ces produits sur le marché intérieur des pays exportateurs était interdite ou strictement limitée pour des raisons liées à la santé et à l'environnement.

154. A la Réunion ministérielle du GATT qui s'est tenue en 1982, il a été convenu d'examiner cette question. Les parties contractantes ont décidé de commencer à notifier les produits fabriqués et exportés par elles, dont leurs autorités nationales avaient interdit la vente sur leur marché intérieur pour des raisons tenant à la santé. Le système de notification a commencé à fonctionner à la suite de cette décision, mais les parties avaient tendance à notifier les produits interdits dont l'exportation était aussi interdite et non pas ceux qu'elles continuaient à exporter. Le système de notification n'a donc pas porté ses fruits, et plus aucune notification n'a été reçue après 1990 (alors que la Décision de 1982 restait en vigueur). En 1989, le GATT a établi un groupe de travail de l'exportation de produits interdits sur le marché intérieur. Ce groupe s'est réuni à 15 reprises entre 1989 et 1991, date à laquelle son mandat est arrivé à expiration, mais il n'a pu résoudre le problème. Dans la Décision ministérielle de 1994 sur le commerce et l'environnement, il a été convenu d'inscrire ces produits dans le mandat du Comité du commerce et de l'environnement (CCE). L'exportation des produits interdits sur le marché intérieur est déjà traitée par de nombreux instruments internationaux tels que la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux, la Convention sur la procédure de consentement préalable donné en connaissance de cause et la Convention sur les polluants organiques persistants. Ces instruments concernent surtout les produits chimiques, les produits pharmaceutiques et les déchets dangereux.

155. La question des produits interdits sur le marché intérieur, ainsi que l'affaire de l'amiante et celle des cigarettes thaïlandaises, illustrent quelques-unes des façons dont les Accords de l'OMC peuvent influencer sur les politiques nationales relatives à l'environnement et à la santé. Parmi les autres questions environnementales qui ont un rapport avec le commerce et la santé figurent la conservation de la diversité biologique, les normes environnementales relatives à l'utilisation de procédés et méthodes de production et, à un niveau plus général, le principe de précaution.³⁵

v) Le Comité du commerce et de l'environnement (CCE) de l'OMC

156. Le Comité du commerce et de l'environnement a été établi avec l'entrée en vigueur de l'Accord sur l'OMC en janvier 1995. Son programme de travail s'inspire des

³⁵. Pour une analyse de ces questions et d'autres, voir *Environment and Trade: A Handbook*, ouvrage publié par le Programme des Nations Unies pour l'environnement et l'Institut international du développement durable (PNUE et IIDD, 2000).



travaux engagés au GATT depuis 1991. Il est doté d'un large mandat portant sur tous les domaines du système commercial multilatéral: marchandises, services et propriété intellectuelle. Il a des fonctions d'analyse autant que de prescription: identifier les relations entre les mesures commerciales et les mesures environnementales de manière à promouvoir le développement durable, et faire des recommandations appropriées pour déterminer s'il y a lieu de modifier les dispositions du système commercial multilatéral.³⁶ Concrètement, le CCE a intégré les questions d'environnement et de développement durable aux travaux courants de l'OMC. On en a peut-être un bon exemple avec la façon dont la question des subventions à la pêche, d'abord soulevée dans le cadre du CCE, a été, à Doha, intégrée aux négociations sur l'Accord sur les subventions et les mesures compensatoires.

157. Dans son premier rapport, qui a été présenté à la Conférence ministérielle de Singapour, le CCE suggérait aux Membres de l'OMC d'aborder la question du commerce et de l'environnement de manière constructive. Le commerce et l'environnement sont deux domaines importants de l'élaboration des politiques et ils devraient se renforcer mutuellement afin de promouvoir le développement durable. A Doha, les Ministres se sont dits "convaincus que les objectifs consistant à maintenir et à préserver un système commercial multilatéral ouvert et non discriminatoire, et à œuvrer en faveur de la protection de l'environnement et de la promotion du développement durable peuvent et doivent se renforcer mutuellement" (pas d'italique dans l'original). Le système commercial multilatéral a donc le devoir d'intégrer davantage les considérations environnementales et de renforcer sa contribution au développement durable sans compromettre son caractère ouvert, équitable et non discriminatoire. Les travaux du CCE resteront essentiels à la réalisation de cet objectif.

vi) Les accords environnementaux multilatéraux (AEM)

158. Un aspect important de l'interface commerce-environnement est la relation entre les règles de l'OMC et les accords environnementaux multilatéraux (AEM). Comme les risques environnementaux locaux et le commerce des substances dangereuses peuvent avoir des conséquences sur l'environnement aux niveaux mondial et régional, il faut des solutions internationales et régionales. Pour faire face aux problèmes qu'ils ont en commun, les pays ont signé plus de 200 AEM. Ces accords fixent des objectifs communs en matière d'environnement pour les pays qui les ratifient et établissent des lignes directrices concernant l'élaboration et la mise en œuvre des politiques nationales

³⁶. Le mandat complet du CCE et la portée de son programme de travail figurent dans la Décision ministérielle sur le commerce et l'environnement (15 avril 1994), qui a institué le CCE.



destinées à atteindre ces objectifs. Ils portent sur des questions allant de l'appauvrissement de la couche d'ozone au transport des déchets dangereux.

159. C'est un domaine sur lequel le CCE s'est penché en particulier.³⁷ Tout au long des débats qui ont eu lieu à l'OMC sur ce sujet, il est apparu clairement que le mode d'approche préféré par les gouvernements pour s'attaquer aux problèmes environnementaux transfrontières ou mondiaux était l'action multilatérale concertée dans le cadre d'un AEM. En évitant les actions unilatérales, on réduit les risques de discrimination arbitraire et de protectionnisme déguisé et l'on met en valeur la responsabilité et le souci communs de la communauté internationale quant aux ressources mondiales. Par conséquent, les AEM étant encouragés, le CCE s'est efforcé de déterminer comment traiter les dispositions commerciales contenues dans plusieurs d'entre eux. Il s'agit notamment de mesures convenues entre les parties aux AEM ainsi que de mesures adoptées par les parties à l'encontre des non-parties. Les mesures commerciales prévues dans les AEM donnent lieu à des allégations d'incompatibilité, car certaines sont contraires au principe de la non-discrimination. C'est par exemple le cas lorsqu'elles autorisent le commerce de produits similaires avec certains pays mais pas avec d'autres (violation du principe de la nation la plus favorisée) ou permettent de faire une discrimination entre des produits nationaux et importés qui sont similaires (violation du principe du traitement national).

160. En examinant la compatibilité entre les dispositions commerciales contenues dans les AEM et les règles du GATT/de l'OMC, le CCE a observé que, sur plus de 200 AEM existant actuellement, à peine 20 contiennent des dispositions commerciales. Il ne faut donc pas exagérer l'ampleur du problème. En outre, même si le risque existe, aucun différend n'a encore été soulevé à l'OMC au sujet de ces dispositions.

161. Dans le cadre des négociations sur l'environnement prescrites à Doha, les Membres se pencheront de plus près sur les rapports entre les règles de l'OMC et certaines obligations commerciales énoncées dans les AEM. La portée de ces négociations se limitera à l'applicabilité des règles en question entre les parties aux AEM. En outre, elles ne préjugeront pas des droits au regard de l'Accord sur l'OMC de tout Membre qui n'est pas partie à l'AEM concerné. Elles porteront aussi, entre autres, sur les procédures d'échanges réguliers de renseignements entre les secrétariats des AEM et les comités compétents de l'OMC.

³⁷. Le Secrétariat de l'OMC a élaboré une note intitulée "Matrice des mesures commerciales prises au titre de divers AEM", datée du 14 juin 2001 (WT/CTE/W/160/Rev.1). Cette matrice donne des renseignements sur les dispositions contenues dans 14 conventions et protocoles relatifs à l'environnement, y compris la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants élaborée récemment. Elle peut être consultée à l'adresse suivante: www.wto.org.



**ACCES AUX
MEDICAMENTS ET
AUX VACCINS**

F. ACCES AUX MEDICAMENTS ET AUX VACCINS

162. La médecine moderne dépend beaucoup des médicaments et des vaccins pour soigner ou prévenir les maladies. Il existe des traitements médicamenteux efficaces pour la plupart des grandes maladies infectieuses: infections aiguës des voies respiratoires, VIH/sida, paludisme, maladies diarrhéiques, tuberculose et rougeole. Des médicaments vitaux ont aussi été mis au point pour les grandes maladies non contagieuses telles que les cardiopathies ischémiques et les accidents cérébraux vasculaires.

163. L'OMS estime qu'actuellement un tiers de la population mondiale n'a pas accès aux médicaments essentiels, chiffre qui monte à plus de 50 pour cent dans les régions les plus pauvres de l'Afrique et de l'Asie (OMS, 2000b)³⁸. Les médicaments qui figurent sur la Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels sont définis comme étant ceux qui répondent aux besoins en soins de santé de la majorité de la population, dont le prix devrait être abordable et qui représentent le meilleur équilibre entre qualité, innocuité, efficacité et coût pour un contexte sanitaire donné.

164. L'accès aux médicaments essentiels et aux vaccins dépend de quatre éléments déterminants: un prix raisonnable, une sélection et une utilisation rationnelles, un financement durable et des systèmes d'approvisionnement fiables. Bien que les trois derniers points soient tout aussi importants pour situer dans la bonne perspective le problème de l'accès aux médicaments, c'est ordinairement sur le prix des médicaments qu'est concentré le débat sur la santé et le commerce.

i) De nombreuses mesures peuvent rendre plus abordable le prix des médicaments

165. Pour les pays à faible revenu et les personnes démunies en particulier, l'accès aux médicaments dépend beaucoup d'une baisse de leur prix. Dans les pays en développement, 25 à 65 pour cent des dépenses de santé sont consacrées aux produits pharmaceutiques, mais le budget de la santé ne permet pas d'acquérir suffisamment de médicaments, et les personnes démunies ne peuvent généralement pas en acheter elles-mêmes. Plusieurs mesures permettent de rendre plus abordable le prix des médicaments:

³⁸. Stratégie pharmaceutique de l'OMS: Cadre d'action pour les médicaments essentiels et politique pharmaceutique 2000-2003. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2000 (WHO/EDM/2000.1).



- a) contrôle des prix pour limiter les prix de vente facturés par les fabricants;
- b) négociation des prix pour de grandes quantités ou des achats groupés;
- c) réduction des droits d'importation et des taxes nationales ou locales sur les ventes;
- d) diffusion d'informations sur les prix concernant les ingrédients et les doses complètes;
- e) réduction des coûts de distribution, d'exécution des ordonnances et de commercialisation;
- f) promotion de la concurrence grâce aux produits génériques et à la fabrication rapide de médicaments génériques lorsque le brevet arrive à expiration;
- g) instauration de conditions propices à la fixation de prix différenciés pour les produits pharmaceutiques;
- h) concession de licences volontaires sous certaines conditions pour des médicaments vitaux plus récents qui sont encore couverts par un brevet;
- i) application des sauvegardes prévues dans l'Accord sur les ADPIC telles que les importations parallèles et les licences obligatoires pour les médicaments brevetés et recours aux exceptions aux droits exclusifs qui permettent de faire des essais et d'obtenir une approbation à l'avance pour les médicaments génériques (disposition "Bolar").

166. Il n'entre pas dans le cadre du présent document d'analyser de façon complète les aspects ci-dessus. L'analyse portera plutôt sur les mesures susceptibles d'être affectées par les Accords de l'OMC.

ii) Droits d'importation et de douane sur les produits pharmaceutiques

167. Les droits d'importation sur les médicaments, les vaccins et les autres fournitures médicales sont en train de baisser avec l'entrée en vigueur d'accords mondiaux, régionaux et bilatéraux visant à réduire les droits de douane. Les droits de douane moyens sur les produits pharmaceutiques finis sont généralement faibles ou modérés dans les pays en développement, à l'exception de certains tels que l'Inde et la Tunisie, où ils sont respectivement de 30 et 20,6 pour cent. Pour les ingrédients actifs qui entrent dans la fabrication de ces produits, six pays en développement appliquent un droit de douane moyen compris entre 20 et 30 pour cent (Burkina Faso, Pakistan, Tanzanie, Inde, Kenya et Tunisie).³⁹ Certains pays en développement autorisent l'admission en franchise d'un nombre limité de médicaments essentiels. Et quelques

³⁹. Etude interne réalisée par les Secrétariats de l'OMC et de la CNUCED (2000, non publiée).



Membres de l'OMC, pour la plupart des pays développés, se sont engagés, dans leur liste tarifaire déposée à l'OMC, à accorder l'accès en franchise pour les produits pharmaceutiques.⁴⁰ La baisse des droits d'importation peut aussi réduire le prix des produits pharmaceutiques.

168. Il semble y avoir une certaine marge pour abaisser encore les droits de douane sur d'autres produits liés à la santé. Des études sur les obstacles au commerce pour les fournitures antipaludiques ont montré que les droits d'importation sur les moustiquaires et les insecticides en Afrique subsaharienne renchérisaient ces articles de 20 à 40 pour cent (PATH Canada, 1998, et Simon et al., 2001)⁴¹. La décision prise par l'Ouganda de supprimer les droits d'importation sur les moustiquaires antipaludiques et celle prise par la Tanzanie d'abaisser les taxes constituent des efforts importants pour rendre plus abordables ces mesures de prévention (voir l'encadré 13).

Encadré 13 L'Ouganda supprime ses "taxes sur le paludisme"

Dans son budget de juin 2000, l'Ouganda a supprimé les taxes et les droits de douane sur les moustiquaires et les insecticides utilisés pour combattre le paludisme. Il a été le premier pays à prendre de telles mesures après l'engagement pris dans ce sens par les chefs d'Etat africains au sommet africain sur le paludisme d'avril 2000. La Tanzanie avait été le premier pays africain à agir au sujet de la "taxe sur le paludisme": en 1999, elle avait ramené à 5 pour cent le montant total des taxes et des droits d'importation, rendant ainsi plus abordable le prix des moustiquaires (3,50 dollars en moyenne).

Le prix des moustiquaires varie beaucoup à travers l'Afrique, allant jusqu'à 45 dollars au Swaziland ou 30 dollars au Soudan, ce qui rend cet article inabordable pour la plupart des Africains. Les taux d'utilisation varient aussi beaucoup, mais ils seraient de l'ordre de 10 à 30 pour cent, et le prix représente un obstacle majeur. La suppression des droits de douane pourrait accroître l'utilisation. La plupart des autorités fiscales et douanières continuent à considérer les moustiquaires traitées aux insecticides comme des textiles au lieu de les classer parmi les produits pharmaceutiques capables de sauver des vies.

40. Ces dispositions ont été élaborées durant le Cycle d'Uruguay, puis élargies. Les pays concernés sont les suivants: Canada, Communautés européennes, Etats-Unis, Japon, Macao, Norvège, République slovaque, République tchèque et Suisse.

41. Restricted Trade? Barriers to Trade in Mosquito Nets and Insecticides in sub-Saharan African. Ottawa: Programme de technologie appropriée en santé (PATH) Canada, 1998.

Simon, J., Larson, B., Rosen, S. and Zusman, A. et al. Reducing Tariffs and Taxes on Insecticide Treated Bednets. Document d'information établi à l'occasion de la Journée africaine contre le paludisme, 2001.



iii) Incidence de la protection conférée par les brevets et de l'Accord sur les ADPIC sur l'offre de médicaments

169. Lorsqu'on évalue l'incidence de la protection conférée par les brevets sur l'accès aux médicaments et aux vaccins, il faut analyser l'équilibre existant dans le régime des brevets entre:

- l'effet d'encouragement à la découverte, à la mise au point et à la commercialisation de nouveaux médicaments qu'a le brevet en incitant à faire de la recherche-développement;
- l'effet de limitation de l'accès aux médicaments et vaccins existants.

170. Une analyse de la mesure dans laquelle ces effets peuvent être attribués à l'Accord sur les ADPIC dépend des hypothèses relatives à ce qui se serait passé sans cet accord. L'Accord sur les ADPIC est issu d'une négociation longue et complexe, au cours de laquelle les pays ont fait valoir leurs divers intérêts et perspectives. Comme le montre clairement le chapitre II du présent document, il représente un effort pour trouver un équilibre entre les considérations parfois contradictoires mentionnées au paragraphe précédent. D'une part, il oblige tous les Membres de l'OMC à offrir une protection au moyen de brevets pour les produits et les procédés, y compris dans le domaine des produits pharmaceutiques et des vaccins, pendant une durée minimale de 20 ans à partir du dépôt de la demande. De l'autre, il inscrit dans le droit public international certains droits qu'ont tous les pays de mettre en œuvre leur régime de brevet et de propriété intellectuelle en général de façon à tenir compte de leurs objectifs en matière de santé publique et d'autres objectifs de politique générale. Les dispositions relatives aux licences obligatoires et aux importations parallèles sont les plus fréquemment évoquées à cet égard. Il est impossible de savoir ce qui se serait passé en l'absence de règles multilatérales et si le règlement des différends internationaux dans ce domaine avait été confié aux processus bilatéraux, encore que les dispositions des accords bilatéraux donnent quelques indications à ce sujet.

171. Il se peut que l'Accord sur les ADPIC ait quelques effets dans les pays qui offraient déjà une protection au moyen de brevets pour les produits pharmaceutiques, par exemple en allongeant la durée de la protection, mais les effets les plus marqués se produiront dans les pays qui sont obligés de mettre en place une telle protection du fait



de l'Accord sur les ADPIC. Pour évaluer l'incidence de l'Accord dans ces pays, il faut examiner, entre autres, les facteurs suivants:

- le moment de cette incidence, compte tenu des dispositions de transition de l'Accord;
- la proportion de médicaments sur le marché qui sera protégée au moyen de brevets et l'importance de ces médicaments pour les soins de santé fondamentaux;
- l'effet sur les prix de la protection due aux brevets, compte tenu des sauvegardes autorisées par l'Accord sur les ADPIC.

iv) La protection conférée par les brevets encourage la R-D concernant de nouveaux médicaments

172. Si l'on admet largement l'importance de la protection conférée par les brevets pour ce qui est d'encourager la R-D concernant les produits pharmaceutiques (voir l'encadré 14), il y a un débat sur la mesure dans laquelle cette protection constitue un encouragement supplémentaire dans les pays en développement. Deux questions se posent à cet égard: premièrement, dans quelle mesure une prescription mondiale visant à protéger les inventions de produits pharmaceutiques au niveau des normes ADPIC relève-t-elle le niveau général des incitations à la R-D concernant les maladies en général et, deuxièmement, dans quelle mesure une telle prescription agit-elle sur les incitations dans le cas des maladies qui sévissent surtout dans les pays en développement? Il existe bien quelques études sur l'effet que l'introduction d'une protection au moyen de brevets pharmaceutiques a eu sur le niveau de la R-D locale dans les pays qui l'ont introduite⁴², mais il ne semble pas y avoir d'étude portant spécifiquement sur cet aspect global. Toutefois, un spécialiste de ce domaine a observé que la prolongation de la protection conférée par un brevet de produit en raison de l'Accord sur les ADPIC pouvait entraîner une augmentation de la demande allant jusqu'à 25 pour cent des dépenses mondiales en médicaments brevetés, même si l'on ne tient pas compte de la Chine (Lanjouw, 1997)⁴³. Mais on s'est aussi beaucoup inquiété de ce que, laissé à lui-même, le système des brevets, même après la mise en œuvre de l'Accord sur les ADPIC, ne constitue pas une incitation suffisante à la R-D pour des maladies telles que le paludisme répandues parmi les populations pauvres des pays en développement.

⁴². Ces études sont notamment les suivantes: Nogues, 1990 (Argentine); Kawaura et LaCroix, 1995 (Corée); Scherer et Weisburst, 1995 (Italie); LaCroix et Kawaura, 1996 (Japon); Lanjouw, 1997 (Inde); Maskus, 1997 (Liban); Korenko, 1999 (Italie); Lanjouw et Cockburn, 2000 (Inde). Les résultats varient d'une étude à l'autre, et aucune tendance générale ne semble se dégager.

⁴³. Lanjouw, J.O. The Introduction of Product Patents in India: "Heartless Exploitation of the Poor and Suffering"?, Growth Center Discussion Paper, Université de Yale, and NBER Working Paper no. 6366, 1997.



On a donc envisagé une action supplémentaire au niveau international, tant sous la forme de mécanismes de "pression" avec des contributions financières en faveur de la R-D que sous la forme de mécanismes d'"attraction" destinés à assurer l'existence d'une demande stimulante dans le cas où des médicaments ou des vaccins efficaces seraient créés. Parmi les exemples de partenariats public/privé parrainés au niveau international pour remédier à ces problèmes figurent l'Opération médicaments contre le paludisme (MMV) et l'Initiative internationale pour un vaccin contre le SIDA (IAVI).

Encadré 14

Effet du système des brevets pour ce qui est d'encourager la découverte, la mise au point et la commercialisation de nouveaux médicaments

L'une des fonctions essentielles du système des brevets est d'encourager la recherche-développement en offrant aux inventeurs des droits exclusifs sur leurs inventions pendant une période limitée. Plusieurs études tentent de répondre à la question de savoir si, d'une manière générale, une forte protection de la propriété intellectuelle stimule l'investissement dans la R-D et, en particulier, si la protection conférée par les brevets pharmaceutiques encourage la mise au point de nouveaux médicaments.

Cette question est importante, car il se peut que l'innovation et le développement technologique dans le secteur privé soient stimulés par d'autres facteurs que les brevets, par exemple la rivalité commerciale, les conditions du marché et les obstacles techniques à l'imitation. Des études basées sur des enquêtes au niveau des entreprises (Mansfield, 1986; Levin et al., 1987) ont montré que, dans la plupart des industries, ces autres facteurs sont les moyens les plus importants de récolter les fruits de l'investissement dans la R-D. On y constate toutefois que, dans les secteurs des produits pharmaceutiques et des produits chimiques, les brevets sont considérés comme le facteur le plus important dans les décisions concernant la R-D et le développement de nouveaux produits. Dans une étude récente et plus approfondie (Cohen et al., 2000), ces constatations sont globalement réaffirmées. Dans l'ensemble, pour tous les groupes d'industries étudiés aux Etats-Unis, le délai de mise en œuvre, les secrets commerciaux et les efforts complémentaires en matière de fabrication, de vente et de service sont considérés comme plus importants que les brevets pour ce qui est de tirer les fruits de l'innovation. Mais, là encore, cette étude a confirmé que c'était le secteur pharmaceutique, avec celui du matériel médical, qui donnait la note la plus élevée à la protection conférée par les brevets. Elle tend à montrer que le secret, le délai de mise en œuvre et la capacité de fabrication complémentaire revêtent aussi une grande importance dans l'industrie pharmaceutique.



Encadré 14

Effet du système des brevets pour ce qui est d'encourager la découverte, la mise au point et la commercialisation de nouveaux médicaments (suite)

Scherer (2000) dit qu'il pourrait y avoir trois raisons qui expliquent l'importance particulière des brevets pour l'innovation pharmaceutique. Premièrement, les brevets relatifs aux nouveaux produits pharmaceutiques, contrairement aux produits nouveaux dans de nombreux autres secteurs, confèrent une protection effective, car les demandes de brevets peuvent être définies de façon plus précise pour les molécules chimiques, de sorte que la preuve de l'atteinte aux droits est relativement plus facile à apporter.

Deuxièmement, le coût de la R-D dans le secteur pharmaceutique est particulièrement élevé, de sorte que la protection juridique conférée par les brevets est particulièrement importante pour garantir des avantages commerciaux.⁴⁴ Troisièmement, en l'absence de protection, le coût de l'imitation serait faible, car les connaissances créées par l'entreprise inventrice dans la valeur thérapeutique, l'innocuité et l'efficacité de la molécule peuvent être utilisées par d'autres à un très faible coût. Un autre facteur qui semble différencier le secteur pharmaceutique de beaucoup d'autres est la durée de vie relativement longue des inventions et, par conséquent, l'importance moindre du délai de mise en œuvre comme facteur d'appropriation des avantages.⁴⁵

En ce qui concerne le coût moyen de production d'un nouveau médicament novateur, les milieux industriels l'estiment à environ 500 millions de dollars (IFPMA, 1998, 9). Selon une étude publiée récemment par une ONG (Public Citizen, 2001), il pourrait être plus proche de 100 millions de dollars, voire moins, même si l'on tient compte des statistiques du secteur. Ces deux estimations se fondent sur des données mentionnées dans une étude antérieure (DiMasi et al., 1991), dont l'auteur estimait le coût moyen de développement d'un nouveau médicament à 231 millions de dollars en 1987.

⁴⁴. *Des études ont montré par exemple que, sur un ensemble de 230 industries aux Etats-Unis, l'industrie pharmaceutique consacrait une grande part de ses recettes à la R-D; cette part a augmenté au fil du temps et avoisine aujourd'hui 20 pour cent (Scherer, 2000, 1302).*

⁴⁵. *Il y a ainsi des études qui montrent la proportion assez élevée de brevets pharmaceutiques pour lesquels les droits de renouvellement sont payés et qui restent valides pendant toute leur durée, par rapport à d'autres produits.*



Encadré 14

Effet du système des brevets pour ce qui est d'encourager la découverte, la mise au point et la commercialisation de nouveaux médicaments (suite)

Il a mis à jour son étude (en 2000 et réévalué ce coût à environ 800 millions de dollars, attribuant cette hausse à l'accroissement des coûts de développement, notamment durant la période des essais cliniques.⁴⁶ Un autre aspect souvent débattu à propos du degré d'incitation nécessaire pour la R-D dans le domaine de l'innovation pharmaceutique est le risque. Le secteur se dit particulièrement vulnérable, car l'essentiel de ses bénéfices repose sur un nombre assez restreint de "produits vedettes", et un très grand nombre de médicaments n'atteignent pas le seuil de rentabilité. Ce point de vue est étayé par diverses études (Scherer, 2000; Grabowski et Vernon, 1990, 1994). Par contre, selon l'étude de Public Citizen susmentionnée, la R-D pharmaceutique ne semble pas particulièrement risquée, car la plupart des nouveaux médicaments sont des succédanés de médicaments à succès et l'Etat prend en charge les coûts initiaux de R-D pour de nombreux médicaments importants.

Sachant que, toutes choses égales par ailleurs, les brevets constituent pour les sociétés un moyen de vendre plus cher, il est essentiel de se demander s'il existe un lien réel entre l'augmentation de la rentabilité et celle de la R-D dans l'industrie pharmaceutique. Jusqu'à ces derniers temps, il n'y avait pas d'étude sérieuse à ce sujet. Toutefois, une étude récente (Scherer, 2001) montre qu'il existe un lien étroit et constate que, lorsque les possibilités de profit augmentent, les entreprises rivalisent pour les exploiter en accroissant leurs investissements dans la R-D. Cette étude, basée sur une analyse de séries chronologiques de données sur l'investissement dans la R-D et les bénéfices de l'industrie pharmaceutique aux Etats-Unis portant sur plus de 30 ans, révèle une similitude frappante entre les deux séries dans les écarts par rapport à la tendance temporelle.

46. Voir <http://www.tufts.edu/med/csdd/Nov30CostStudyPressRelease.html>

v) Crainte que l'Accord sur les ADPIC n'entraîne une augmentation des prix de certains médicaments

173. Les conventions internationales antérieures à l'Accord sur les ADPIC ne précisaient pas la plupart des normes minimales applicables aux brevets. Avant le



lancement des négociations relatives à l'Accord, plus de 40 pays ne reconnaissaient pas les brevets de produits pharmaceutiques et, à l'achèvement des négociations, quelque 20 Membres de l'OMC ne le faisaient toujours pas. Quelques-uns de ces pays n'accordaient pas non plus la protection conférée par les brevets de procédés pharmaceutiques. La durée des brevets était inférieure à 20 ans dans beaucoup de pays. L'un des effets de la protection que confère un brevet est qu'elle donne à son détenteur le droit d'empêcher ses concurrents d'utiliser les renseignements que donne le brevet pour produire les mêmes produits et lui offre la possibilité de fixer les prix à un niveau plus élevé que ce ne serait le cas autrement. C'est pourquoi les prix des médicaments brevetés sont souvent plus élevés que les prix qui prévaudraient si une concurrence générique était autorisée. Ce sont ces écarts qui sont à l'origine de la crainte que l'Accord sur les ADPIC pourrait entraîner des augmentations importantes des prix des médicaments une fois que les pays en appliqueraient les règles.

174. Ce sont cependant souvent, des comparaisons simples qui sont faites, sur la base des taux de change en vigueur, entre les prix des nouveaux médicaments brevetés dans des pays où les brevets de produits pharmaceutiques confèrent une protection (par exemple, les Etats-Unis) et ceux où une telle protection n'existe pas (par exemple, l'Inde) pour conclure que les brevets se traduisent par des prix plus élevés.⁴⁷ Mais de telles comparaisons de prix sont risquées, car elles n'isolent pas l'effet des brevets des effets d'autres facteurs qui influent sur l'offre et la demande, tels que le pouvoir d'achat et les coûts de production. Il est possible qu'il y ait aussi d'importantes différences de prix pour des articles de consommation non brevetés, y compris les médicaments. En outre, il apparaît que l'absence de protection par les brevets et la présence d'un certain nombre de producteurs génériques ne signifient pas toujours que les prix des médicaments soient plus bas, comme le montre le cas de l'Argentine en ce qui concerne les indicateurs relatifs aux médicaments contre le VIH/sida.⁴⁸

175. Cependant, des études macro-économiques établissant des comparaisons entre les prix des médicaments dans divers pays constatent que ceux dont les législations relatives à la protection conférée par les brevets sont les plus strictes ont en moyenne des prix plus élevés pour les produits pharmaceutiques que ceux dont la législation est moins rigoureuse (Scherer, 1993)⁴⁹.

47. Par exemple, le prix de gros du fluconazole, médicament utilisé pour traiter des infections fongiques mortelles liées au VIH/SIDA, est d'environ 10 dollars la pilule aux Etats-Unis, où la version portant le nom de marque du médicament est protégée par un brevet et où le fabricant possède des droits exclusifs. La pilule s'est vendue pour à peine 25 cents en Inde, où un fabricant local en produit une copie, parce que la législation indienne actuelle en matière de brevets ne couvrira les brevets de produits qu'en 2005 (The Lancet, Access to fluconazole in less developed countries, volume 356, n° 9247, 16 décembre 2000).

48. Pour de plus amples renseignements, voir sur le site Web de l'OMC la note d'information rédigée par le consultant de l'OMC pour l'Atelier OMS-OMC sur les prix différenciés et le financement des médicaments essentiels, qui s'est tenu en Norvège en avril 2002.

49. Scherer, F.M. Pricing, profits, and technological progress in the pharmaceutical industry. The Journal of Economic Perspectives, 1993, 7: 97-115.



Des études de modèles économiques ont estimé que les augmentations moyennes des prix des produits pharmaceutiques nouveaux étaient, dans l'hypothèse la plus forte, supérieures à 200 pour cent après l'introduction de brevets (Challu, 1991; Fink, 2000; Watal, 2000)⁵⁰. De tels modèles sont très sensibles aux méthodologies utilisées et aux hypothèses de départ. En modifiant ces dernières, on a estimé à moins de 30 pour cent l'effet moyen sur les prix (Watal, 2000). Il convient cependant de souligner que ces études ne tiennent pas compte de la flexibilité que permet l'Accord sur les ADPIC avec, par exemple, les licences obligatoires, l'utilisation par les pouvoirs publics et les importations parallèles, ni du recours possible au contrôle des prix ou à des contrôles similaires, qui ne sont pas réglementés par l'Accord sur les ADPIC. Une étude détaillée du marché indien a conclu que "la combinaison ... d'un faible pouvoir d'achat, du contrôle des prix ou des pouvoirs de réserve dans un cadre de liberté des prix et de concurrence thérapeutique ... permet de prédire avec une certaine assurance qu'il n'y aura pas d'explosion générale des prix en Inde avec ou sans la protection conférée par les brevets" (Redwood, 1994)⁵¹.

176. Il n'y a que peu d'études empiriques portant sur des pays précis qui indiquent les effets réels de l'introduction de brevets pour les produits pharmaceutiques. Cela est dû au fait que le prix des médicaments dépend de nombreux facteurs: offre et demande; pratiques en matière de prescription et de consommation; coûts de fabrication; conditions de concurrence sur les marchés; impôts, taux de change et redevances sur les médicaments brevetés; marges sur les prix de gros et de détail; élasticité des prix de différents médicaments; et, surtout, politiques des caisses d'assurance maladie publiques et privées en matière de couverture et de paiement. De ce fait, la détermination des effets sur les prix imputables à la protection nouvelle conférée par les brevets pose des difficultés méthodologiques (Scherer et Watal, projet 2001)⁵². Une étude thaïlandaise récente, qui a traité de certains de ces problèmes, n'a constaté aucune modification importante des prix résultant de l'introduction de brevets de produits (Supakankunti, et al., 2001)⁵³.

50. Challu, P.M. The consequences of pharmaceutical product patenting. *World Competition*, 1991, 15(2): 65-126

Redwood, H. *New horizons in India: The consequences of pharmaceutical patent protection*, Oldwicks Press, Suffolk, 1994

Watal J. Pharmaceutical patents, prices and welfare losses: policy options for India under the WTO TRIPS Agreement. *World Economy*, 2000, 23: 733-752.

51. Fink, C. "How Stronger Patent Protection in India Might Affect the Behavior of Transnational Pharmaceutical Industries". Banque mondiale, mai 2000.

52. Scherer, F.M., Watal J. Post - TRIPS options for access to patented medicines in developing countries. Commission macro-économie et santé. 2001, Groupe de travail 4, Document 1.

53. Supakankunti S. et al., Impact of the World Trade Organization TRIPS Agreement on the pharmaceutical industry in Thailand, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 2001, Volume 79, numéro 5: 461-470.



177. En raison du caractère non concluant des études menées à ce jour et de l'effet que des augmentations de prix potentiellement importantes pourraient avoir sur l'accès aux médicaments dans les pays pauvres, l'OMS suit et évalue les effets de l'Accord sur les ADPIC sur les prix des médicaments. Elle suit également les incidences de l'Accord sur d'autres questions importantes, telles que les transferts de technologies, le niveau des activités de recherche-développement pour la mise au point de médicaments contre des maladies négligées et l'évolution des marchés des médicaments génériques.

178. Si certains nouveaux médicaments peuvent être plus chers dans certains pays en raison d'une protection plus généralisée par les brevets, il est important de replacer le problème dans la perspective qui convient. La grande majorité des quelque 300 médicaments figurant sur la Liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS ne sont protégés par des brevets dans aucun pays. La nécessité de mettre en œuvre une protection par les brevets conformément aux normes établies par l'Accord sur les ADPIC n'aura pas, d'une manière générale, d'effet sur les prix des médicaments figurant actuellement sur la Liste modèle de l'OMS. Leur coût et leur accessibilité ont figuré parmi les critères d'inclusion des médicaments dans la Liste, de sorte que le nombre limité de médicaments brevetés parmi ceux-ci ne reflète pas nécessairement les besoins véritables des populations des pays en développement en médicaments essentiels à la vie, qui sont protégés par des brevets. Mais le fait que des milliards de personnes n'aient pas accès à des médicaments essentiels, dont la majorité ne sont pas protégés par des brevets, met en relief d'autres difficultés qui contribuent à cette situation: systèmes d'approvisionnement et de distribution mal développés, manque de financement, absence de capacités de production et d'importation de médicaments génériques et accessibilité des médicaments même génériques pour les populations des pays les plus pauvres.

179. En outre, la plupart des pays en développement protégeaient déjà par des brevets les produits pharmaceutiques avant l'entrée en vigueur de l'Accord sur les ADPIC et, parmi ceux qui ne le faisaient pas, certains ont mis en place une telle protection avant la fin de la période de transition à laquelle il avaient droit au titre de l'Accord (2005 pour les pays en développement et 2016 pour les pays les moins avancés⁵⁴). Par ailleurs, les pays en développement qui n'assurent pas encore de protection des produits pharmaceutiques par des brevets ne sont tenus d'assurer une telle protection que pour les médicaments ou vaccins qui étaient nouveaux sur le plan de la brevetabilité après la fin de 1994. Les règles de l'Accord sur les ADPIC, par conséquent, "constituent moins un

⁵⁴. Voir articles 65:2, 65:4 et 66:1 et la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique. Afrique australe, PASSERELLES, 2:3, octobre-novembre 2000:3.



problème pour la grande majorité des médicaments [non brevetés] existants que pour les médicaments essentiels nouveaux et à venir, brevetés après 1995⁵⁵ (Loewenson, 2000)⁵⁶. Dans ces pays, les règles de l'Accord sur les ADPIC n'ont pas eu et n'auront pas d'effet immédiat, car il faut du temps pour mettre au point les nouveaux produits couverts par les brevets et obtenir l'autorisation de mise sur le marché. De ce fait, ces règles n'ont commencé à avoir des effets dans ces pays en développement que progressivement après 2000 et ceux-ci ne se feront pleinement sentir qu'en 2015. De plus, les prescriptions en matière de brevets ne constituent pas un obstacle important à l'utilisation de la plupart des vaccins actuellement sur le marché dans les pays en développement, encore qu'il faille noter que la structure du marché des vaccins est sensiblement différente de celle du marché des produits pharmaceutiques dans le contexte de l'Accord sur les ADPIC (voir l'encadré 15). Cependant, certains des nouveaux médicaments les plus efficaces contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, maladies qui entraînent d'énormes pertes humaines et économiques, ont été inventés après 1995 et, en tant que tels, pourront prétendre à être protégés par des brevets dans un plus grand nombre de pays en développement.

Encadré 15

Différences entre vaccins et autres produits pharmaceutiques dans le contexte de l'Accord sur les ADPIC

Les vaccins présentent les caractéristiques particulières suivantes:

1. Il existe relativement peu de fabricants de vaccins. Ceux-ci collaborent étroitement avec le secteur public pour garantir un approvisionnement sûr en vaccins essentiels et faciliter les transferts de technologies par l'entremise de partenariats et de coentreprises.
2. Les vaccins sont des produits biologiques sensibles à la chaleur. Comme ils sont administrés à des enfants en bonne santé, souvent par injection, les prescriptions de sécurité et de qualité en ce qui les concerne sont très sévères. C'est pourquoi leur fourniture et distribution sont strictement contrôlées. En outre, les vaccins essentiels sont généralement fournis gratuitement aux consommateurs, ce qui réduit considérablement les risques de perte, revente et piratage.

⁵⁵. La période effective de protection conférée par les brevets de produits pharmaceutiques utilisant de nouvelles molécules chimiques est beaucoup plus courte que la période théorique de 20 ans, en particulier dans les pays en développement, en raison des délais d'obtention de l'autorisation de commercialisation auprès des autorités chargées de la santé publique.

⁵⁶. Loewenson, R. Nécessité d'une protection des sauvegardes de santé publique au titre des ADPIC pour les médicaments essentiels en Afrique australe, PASSERELLES, 2:3, octobre-novembre 2000:3.



Encadré 15

Différences entre vaccins et autres produits pharmaceutiques dans le contexte de l'Accord sur les ADPIC (suite)

3. La production d'un vaccin exige un certain "savoir-faire". Celui-ci n'est pas transmis par les brevets portant sur les procédés ou les produits. C'est pourquoi, il est peu probable que les licences obligatoires soient un moyen efficace de transfert de capacités de production en matière de vaccins.

La protection conférée par les brevets réduit-elle l'accès aux vaccins essentiels? Jusqu'à une date récente, il se passait une quinzaine d'années entre l'introduction d'un nouveau vaccin dans les pays développés, et son introduction dans les pays en développement. De toute évidence, le prix plus élevé des vaccins relativement nouveaux constitue un obstacle à leur adoption et les redevances ajoutent au coût de leur production. Les experts de l'OMS relèvent que contre un même antigène et avec la même efficacité, les vaccins protégés par un brevet ne sont pas plus utilisés que ceux qui ne le sont pas. Cela a été démontré pour l'hépatite B et la coqueluche acellulaire. En outre, les redevances n'ajoutent que zéro à 6 pour cent au prix de vente. En général, la protection que confère un brevet ne semble pas constituer actuellement un obstacle majeur à l'adoption et à l'utilisation des vaccins dans les pays en développement.

vi) Cependant, l'Accord sur les ADPIC prévoit des mesures de sauvegarde concernant la santé publique ...

180. L'Accord sur les ADPIC donne toute latitude aux Membres de l'OMC quant à la manière de tenir leurs obligations, pour autant que leurs législations nationales soient conformes aux normes minimales qui y sont prévues. Au cours des délibérations qui ont précédé l'adoption de l'Accord, on a soutenu que des droits de propriété intellectuelle non assortis de réserves ne conviennent pas nécessairement pour des pays qui luttent afin de satisfaire leurs besoins en matière de santé et de développement. C'est pourquoi les pays en développement et d'autres pays peuvent invoquer la flexibilité des dispositions de l'Accord et ses mesures de sauvegarde pour protéger la santé publique.



Ces aspects ont fait l'objet d'un examen plus détaillé au chapitre II, mais trois des mesures les plus importantes sont l'octroi de licences obligatoires, les importations parallèles et les mesures visant à permettre l'introduction rapide de produits génériques. D'autres mesures importantes peuvent également être prises en dehors du champ de la propriété intellectuelle.

Mettre des médicaments génériques à disposition après expiration des brevets

181. Pour maintenir les prix des médicaments à un niveau abordable, de nombreux pays encouragent la production ou l'importation de versions génériques de médicaments essentiels. Cependant, jusqu'à la décision récente d'un groupe spécial de règlement des différends de l'OMC concernant le Canada et les Etats-Unis (voir encadré 16), on ignorait si l'Accord sur les ADPIC permettait aux gouvernements d'autoriser les fabricants de médicaments génériques à demander et obtenir l'approbation réglementaire des services de santé publique pour leur version générique avant l'expiration du brevet. Le Groupe spécial a statué que l'Accord autorise les fabricants de médicaments génériques à produire ou importer et utiliser avant l'expiration du brevet, sans le consentement du détenteur du brevet, les quantités nécessaires du médicament protégé considéré pour effectuer des essais de bio-équivalence et d'autres tests et à soumettre des échantillons en vue de l'obtention de l'approbation réglementaire. Cela permet de mettre les médicaments génériques sur le marché plus rapidement que si ces travaux devaient attendre l'expiration effective du brevet. Ainsi qu'il est indiqué au chapitre II, on mentionne parfois cette mesure sous le nom d'"exception Bolar" d'après une disposition analogue de la Loi des Etats-Unis sur les brevets. Le Groupe spécial a cependant précisé que l'Accord sur les ADPIC n'autorise pas la constitution de stocks ou la production commerciale à grande échelle du médicament générique avant l'expiration du brevet.



Encadré 16

Différend soumis à l'OMC: Canada - Protection conférée par un brevet pour les produits pharmaceutiques, plainte des Communautés européennes (WT/DS114/1)

A la fin de 1997, les Communautés européennes ont soutenu que la législation canadienne n'assurait plus une protection adéquate des inventions pharmaceutiques couvertes par un brevet du fait qu'elle permettait aux fabricants nationaux de produits pharmaceutiques génériques d'effectuer des tests et d'exécuter d'autres préparatifs en vue de produire un médicament avant l'expiration du brevet correspondant, sans le consentement de son détenteur, et de constituer des stocks de médicaments génériques au cours des six mois qui précèdent l'expiration du brevet, ce qui, selon elles, constituait des violations des articles 27:1, 28:1 et 33 de l'Accord sur les ADPIC. Le Canada a répondu que ses lois étaient des exceptions recevables au titre de l'article 30, qui permet "des exceptions limitées aux droits exclusifs conférés par un brevet".

En mars 2000, le Groupe spécial constitué pour le règlement de ce différend a reconnu le bien-fondé de la loi canadienne permettant aux fabricants de médicaments génériques de faire des essais sur des médicaments brevetés ou d'entreprendre d'autres actions nécessaires pour pouvoir demander l'autorisation de mise sur le marché de versions génériques ou de faire des demandes de licences avant l'expiration du brevet. Mais il a statué que la constitution de stocks de produits génériques n'était pas autorisée au titre de l'article 28 de l'Accord sur les ADPIC. Selon le Groupe spécial, la question essentielle était de savoir si la constitution de stocks sans restriction quant aux quantités pouvait constituer une exception "limitée" aux droits du détenteur du brevet. "Sans limitation aucune du volume de production, l'exception pour le stockage supprime entièrement cette protection pendant les six derniers mois de la durée du brevet, indépendamment des autres conséquences ultérieures qu'elle pourrait avoir. En raison de ce seul effet, on peut dire que l'exception pour le stockage annule ces droits entièrement pendant la période où elle est en vigueur." (WT/DS114/R, paragraphe 7.34). De ce fait, les fabricants doivent attendre jusqu'à l'expiration du brevet avant de lancer la production industrielle. Selon un article paru à l'époque, "les fabricants de médicaments génériques relèvent que la décision n'entraînerait que de faibles retards dans la production de médicaments génériques, mais contribue beaucoup à protéger les intérêts du consommateur en réduisant de deux à trois ans la durée nécessaire pour mettre des médicaments génériques sur le marché" ("DSB Rules On Generic Drugs", Bridges, 8 février 2000, Centre international du commerce et du développement durable, Genève).



Licences obligatoires (et utilisation par les pouvoirs publics)

182. Le système de licences obligatoires permet aux pouvoirs publics compétents d'accorder à un tiers ou à un service public l'utilisation d'une invention sans le consentement du détenteur du brevet. Dans la plupart des pays développés et en développement, les législations nationales prévoient l'octroi de licences obligatoires, lesquelles constituent un élément important de tout régime national complet concernant les brevets. Dans certains pays, les licences obligatoires ont été utilisées dans le secteur pharmaceutique surtout pour stimuler la concurrence en vue de réduire les prix et pour assurer notamment que les médicaments nécessaires soient disponibles.

183. L'octroi de licences obligatoires est l'un des moyens par lesquels l'Accord sur les ADPIC s'efforce d'établir un équilibre entre la promotion de l'accès aux médicaments existants et la promotion de la recherche-développement sur de nouveaux médicaments. Il est explicitement autorisé par l'Accord, sous réserve des conditions stipulées à l'article 31 (voir chapitre II). La Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique précise certaines de ces dispositions tout en maintenant les obligations des Membres au titre de l'Accord. Elle précise que chaque Membre a la liberté de déterminer les motifs pour lesquels des licences obligatoires peuvent être accordées. C'est là un correctif utile à l'avis souvent exprimé dans certains milieux selon lequel une certaine urgence doit être une condition préalable à l'octroi de licences obligatoires. L'Accord sur les ADPIC fait référence à ce propos aux situations d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence, mais seulement pour indiquer que, dans ces circonstances, la condition habituelle qu'il faut s'efforcer d'abord d'obtenir une licence volontaire ne s'applique pas. La Déclaration précise que chaque Membre a le droit de déterminer ce qui constitue une situation d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence, étant entendu que les crises dans le domaine de la santé publique, y compris celles qui sont liées au VIH/sida, à la tuberculose, au paludisme et à d'autres épidémies, peuvent représenter de telles circonstances.

184. Au cours de l'élaboration de la Déclaration, la question s'est posée de la possibilité pour les pays disposant de capacités de fabrication réduites de recourir de manière effective aux licences obligatoires. Il n'est pas contesté que les Membres peuvent octroyer des licences obligatoires pour l'importation aussi bien que pour la production intérieure. Cependant, on s'est préoccupé de savoir s'il serait possible, pour



satisfaire cette demande, de s'approvisionner auprès de producteurs de médicaments génériques d'autres pays, compte tenu notamment de l'article 31 f) de l'Accord sur les ADPIC, qui dispose que toute licence obligatoire accordée à des producteurs de médicaments génériques dans ces autres pays sera "autorisée principalement pour l'approvisionnement du marché intérieur du Membre" qui a accordé la licence obligatoire. Cette préoccupation pourra croître lorsque, à partir de 2005, des pays disposant d'importantes industries de médicaments génériques, tels que l'Inde, se verront obligés d'assurer la protection que confèrent les brevets pour les produits pharmaceutiques. La Déclaration reconnaît ce problème et donne pour instruction au Conseil des ADPIC d'y trouver une solution rapide et de faire rapport avant la fin de 2002.

Importations parallèles

185. Les importations parallèles permettent à un pays de profiter de produits que le détenteur du droit a commercialisés à un prix inférieur dans un autre pays. Ainsi qu'il est mentionné dans la Section 2 de l'Accord sur les ADPIC, compte tenu de l'article 6, si un pays autorise des importations parallèles, cela ne peut donner lieu à un différend au sein de l'OMC sauf à invoquer les principes fondamentaux de non-discrimination. On a beaucoup débattu de la signification exacte de cela par rapport à la liberté des Membres de choisir leur propre régime pour l'épuisement des droits et les importations parallèles. La Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique précise que l'effet des dispositions de l'Accord qui se rapportent à l'épuisement des droits de propriété intellectuelle est de laisser à chaque Membre la liberté d'établir sans contestation son propre régime en ce qui concerne cet épuisement, sous réserve des dispositions générales de l'Accord interdisant la discrimination sur la base de la nationalité des personnes.

Mesures sortant du champ de la propriété intellectuelle

186. Le degré de liberté que permet l'Accord sur les ADPIC en matière de réglementation nationale et de politique de la santé en général constitue un élément important de son équilibre. Les gouvernements disposent en dehors du champ de la propriété intellectuelle d'une gamme de mesures publiques pour traiter des questions concernant l'accès aux médicaments et leur prix. Par exemple, de nombreux pays ont recours au contrôle des prix ou des remboursements. L'article 8 de l'Accord sur les



ADPIC précise que les Membres de l'OMC peuvent, lorsqu'ils élaborent ou modifient leurs lois et réglementations, adopter les mesures nécessaires pour protéger la santé publique et la nutrition à condition que ces mesures soient compatibles avec ses dispositions.

187. Lorsque la protection conférée par les brevets donne le pouvoir de fixer les prix de médicaments présentant une importance vitale pour la santé publique ou la sauvegarde de vies humaines, l'établissement de prix différenciés est une manière d'assurer que les prix dans les pays en développement pauvres soient aussi bas que possible, tandis que les prix plus élevés dans les pays riches continueraient à encourager la recherche-développement. Les prix différenciés, aussi appelés prix "étagés" ou "d'équité", supposent l'application de prix plus bas dans les pays les plus pauvres et de ce fait une répartition plus équitable du fardeau de l'encouragement de la recherche-développement. L'Accord sur les ADPIC ne s'oppose pas à de tels mécanismes.

188. Les Secrétariats de l'OMS et de l'OMC ont organisé conjointement en avril 2001, à Høsbjør (Norvège), à l'intention des parties intéressées, un atelier pour examiner l'environnement juridique, institutionnel et politique susceptible de favoriser l'usage généralisé de prix différenciés et la manière dont cette pratique pouvait être utilisée et encouragée pour améliorer l'accès des pays pauvres aux médicaments essentiels.⁵⁷ La réunion a examiné plusieurs options en matière de prix différenciés: négociation bilatérale de rabais sur les prix entre entreprises et gouvernements; recours aux achats en masse; et mécanismes d'octroi de licences volontaires ou obligatoires. Les participants ont souligné qu'il faudrait des mécanismes à l'échelle mondiale ou une coopération internationale pour soutenir certaines de ces options. Il a également été souligné que l'Accord sur les ADPIC n'affecte pas les décisions concernant l'établissement de prix différents pour les médicaments et que l'adoption de prix différenciés n'exigerait pas des pays qu'ils renoncent à la flexibilité dont ils disposent au titre de l'Accord. Mais l'atelier n'a pas apporté de réponses à certaines questions essentielles. Comment peut-on déterminer le prix le plus favorable, parfois appelé coût marginal ou prix "à but non lucratif"? Quels types d'incitations seraient les plus efficaces pour encourager l'établissement de prix différenciés? Comment, sur le plan politique, peut-on isoler les prix pratiqués dans les pays en développement des prix différenciés appliqués dans les pays pauvres, y compris pour ce qui est de l'utilisation de systèmes de prix de référence? Quels sont les meilleurs moyens d'assurer une séparation effective des marchés et d'empêcher une diversion du commerce, tout en tenant compte des règles commerciales internationales? Comment les pays en développement à revenu moyen et

57. On trouvera le rapport de cet atelier sur le site Web de l'OMC (www.wto.org).



les populations aisées des pays pauvres devraient-ils être traités dans un système de prix différenciés?

189. On peut citer comme exemple de stratégie de fixation de prix différenciés les réductions de prix volontaires annoncées par plusieurs grandes sociétés pharmaceutiques au cours des dernières années, qui ont entraîné une réduction de 90 pour cent ou plus du prix de certains médicaments pour le traitement du VIH/sida. Cependant, même à ces prix réduits, le coût peut encore être prohibitif pour les pays les plus pauvres.

190. La donation de médicaments par les sociétés pharmaceutiques est une manière de résoudre ce problème et constitue une contribution importante aux efforts visant à rendre les médicaments essentiels abordables pour les pays les plus pauvres. Cependant, on ne considère pas les donations comme des solutions à long terme à ce problème d'accessibilité en raison de leur limitation dans le temps. Selon la note d'information de l'OMS pour la réunion OMS-OMC sur les prix différenciés, les programmes de donation "peuvent contribuer de manière importante à améliorer la santé publique au niveau mondial, surtout lorsqu'ils visent des besoins limités dans le temps, tels que l'éradication de certaines maladies. Dans le même temps, pour de nombreux problèmes parmi les plus courants responsables de l'incidence élevée de maladies, il est peu probable que les donations de médicaments constituent une solution durable pour la satisfaction des besoins à long terme des pays". La possibilité que de telles contributions constituent une solution durable peut être meilleure lorsqu'elles sont accompagnées par des mesures des gouvernements des pays développés, telles que des incitations fiscales.

191. Ce qui apparaît clairement, cependant, est que des prix faibles et même des donations ne peuvent se substituer à la nécessité pour la communauté internationale de soutenir davantage financièrement la santé dans les pays les plus pauvres, à la fois pour renforcer les systèmes de soins locaux et pour acheter les médicaments, vaccins et biens nécessaires pour d'autres formes de traitement ou les soins préventifs. Le Fonds mondial consacré à la lutte contre le VIH/sida et les autres maladies infectieuses, qu'a proposé le Secrétaire général de l'ONU, M. Kofi Annan, constitue une initiative en ce sens.



vii) Le droit de recourir aux licences obligatoires dans le cadre de l'Accord sur les ADPIC et la question des importations parallèles: expériences de certains pays

192. On s'est beaucoup préoccupé ces derniers temps de la question de savoir si le droit des pays à recourir aux sauvegardes prévues en matière de santé publique dans l'Accord sur les ADPIC est suffisamment reconnu et accepté. Etant donné que l'obligation de se conformer aux normes de l'Accord ne s'applique que depuis peu de temps aux pays en développement, on ne dispose que de données limitées sur les difficultés à recourir aux sauvegardes qui y sont prévues. Cependant, cette préoccupation était suffisamment répandue pour que le Conseil des ADPIC lance un programme de travail visant à préciser la flexibilité de l'Accord, de manière à en asseoir l'utilisation sur des certitudes et une sécurité juridiques plus grandes.

193. Cette préoccupation est due en partie au fait qu'à la fin du Cycle d'Uruguay, au moins un Membre de l'OMC, les Etats-Unis, n'avait pas accepté que les normes de protection de la propriété intellectuelle prévues dans l'Accord sur les ADPIC soient nécessairement adéquates et avait décidé qu'il continuerait à rechercher des normes de protection plus élevées par d'autres moyens, y compris les procédures prévues à l'article Spécial 301 de sa Loi sur le commerce. Cependant, en mai 2000, le gouvernement des Etats-Unis a publié un décret affirmant son engagement de ne pas prendre de mesures visant à obtenir la révocation ou la révision des lois sur la propriété intellectuelle s'appliquant aux médicaments ou technologies concernant le VIH/sida, à la condition qu'elles soient compatibles avec l'Accord sur les ADPIC. Le décret s'étendait aux mesures que prenaient les pays d'Afrique subsaharienne pour s'attaquer à l'endémie du VIH/sida. En février 2001, le gouvernement Bush a réaffirmé l'engagement des Etats-Unis à se montrer flexibles en matière de santé et de propriété intellectuelle et, depuis cette date, les Etats-Unis ont informé les Membres de l'OMC qu'étant donné qu'ils prennent des mesures pour s'attaquer aux crises majeures affectant la santé publique, telles que celles du VIH/sida dans les pays d'Afrique subsaharienne et ailleurs, ils n'élèveraient aucune objection si des Membres invoquaient la flexibilité prévue par l'Accord sur les ADPIC.⁵⁸

⁵⁸. Déclaration des Etats-Unis sur la propriété intellectuelle et l'accès aux médicaments, faite à la réunion du 20 juin 2001 du Conseil des ADPIC, disponible à l'adresse suivante: <http://www.ustr.gov/sectors/speech01.pdf>.



Encadré 17

Décret de la Maison Blanche n° 13155 du 20 mai 2000 - Accès aux produits pharmaceutiques et technologies médicales contre le VIH/sida

"Pour l'application des articles 301 à 310 de la Loi sur le commerce de 1994, les Etats-Unis ne chercheront pas, par la négociation ou toute autre voie, à obtenir l'abrogation ou la révision de toute loi ou politique relative à la propriété intellectuelle d'un pays bénéficiaire d'Afrique subsaharienne, que déterminera le Président, réglementant les produits pharmaceutiques ou technologies médicales contre le VIH/sida, si cette loi ou politique: 1) favorise l'accès des populations affectées de ce pays aux produits pharmaceutiques ou technologies médicales contre le VIH/sida; et 2) assure une protection appropriée et effective de la propriété intellectuelle compatible avec l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC), mentionné à l'article 101 d) 15) de la Loi relative aux Accords du Cycle d'Uruguay (19 U.S.C. 3511(d)(15))."

194. On se réfère souvent à deux affaires concernant la flexibilité de l'Accord sur les ADPIC dont l'OMC a été saisie. L'une est le différend Canada-Communautés européennes, à propos duquel l'OMC a approuvé la compatibilité de l'exception "réglementaire", dite "Bolar", avec l'Accord sur les ADPIC, mais statué contre la disposition de la Loi canadienne relative à la constitution de stocks (pour plus de renseignements, voir plus haut, paragraphe 59).

195. L'autre affaire était la plainte déposée en mai 2000 par les Etats-Unis dans le cadre du système de règlement des différends de l'OMC contre une disposition de la Loi brésilienne de 1996 sur la propriété industrielle. La disposition visée n'avait pas été utilisée, de sorte que le différend portait sur la compatibilité du cadre juridique brésilien pour l'octroi de licences obligatoires avec les dispositions de l'Accord sur les ADPIC. Dans leur demande d'établissement d'un groupe spécial, les Etats-Unis ont fait valoir que l'article 68 de la Loi brésilienne de 1996 sur la propriété industrielle imposait une prescription d'"exploitation locale", qui prévoyait qu'une licence obligatoire serait délivrée si l'objet breveté n'était pas "exploité" sur le territoire du Brésil. Plus précisément, les Etats-Unis contestaient la disposition selon laquelle une licence



obligatoire devrait être délivrée si le produit breveté n'était pas fabriqué au Brésil ou si le procédé breveté n'était pas employé au Brésil. En outre, selon les Etats-Unis, si le titulaire du brevet décidait de l'exploiter par le truchement de l'importation, plutôt que par "l'exploitation locale", l'article 68 habiliterait alors d'autres personnes à importer soit le produit breveté, soit le produit obtenu à partir du procédé breveté. Les Etats-Unis ont fait valoir que l'article 68 de la Loi brésilienne de 1996 sur la propriété industrielle exerçait une discrimination à l'encontre des titulaires américains de brevets brésiliens, qui importent leurs produits au Brésil sans qu'ils y soient fabriqués. L'article 68 limiterait par ailleurs les droits exclusifs conférés à ces titulaires par leurs brevets. Pour les Etats-Unis, une telle législation s'inscrivait dans le cadre d'une politique industrielle.

196. Le Brésil a contesté que la disposition mise en cause avait le caractère d'une politique industrielle. Il a fait valoir au contraire que sa législation était compatible avec l'Accord sur les ADPIC et estimé que les exigences des Etats-Unis étaient contraires et supérieures aux normes prévues dans l'Accord. Pour le Brésil, sa législation n'était pas discriminatoire et comportait en fait des dispositions parallèles à celles des articles 204 et 209 du Code des brevets des Etats-Unis, en particulier pour ce qui est des prescriptions en matière d'exploitation locale. Selon le Brésil, aux termes de son article 204, intitulé "Préférence pour l'industrie des Etats-Unis", le Code des brevets des Etats-Unis exigeait des petites entreprises et universités qui recevaient des crédits fédéraux qu'elles fabriquent "dans une mesure substantielle" leurs inventions aux Etats-Unis. Pour le Brésil, l'article 209 dudit code établissait aussi une prescription d'exploitation locale pour les brevets détenus par les pouvoirs fédéraux. Le Brésil a en fait demandé des consultations sur la compatibilité de cette législation américaine avec l'Accord sur les ADPIC.⁵⁹ Comme le différend a été réglé avant que les parties n'échangent des communications écrites officielles⁶⁰, il est difficile de connaître avec exactitude tous les arguments qui ont été avancés au cours des consultations bilatérales ou qui auraient pu être soulevés par les parties.

197. En juin 2001, le Brésil et les Etats-Unis ont réglé leur différend.⁶¹ Les Etats-Unis ont retiré la plainte qu'ils avaient déposée contre le Brésil à l'OMC, tandis que celui-ci convenait que s'il jugeait nécessaire d'appliquer l'article 68 pour délivrer une licence

59. Voir document WT/DS224/1.

60. Les Etats-Unis ont demandé en janvier 2001 l'établissement d'un groupe spécial (Brésil - Mesures affectant la protection conférée par un brevet, plainte des Etats-Unis (WT/DS199/3)). Un groupe spécial a été établi en février 2002 et Cuba, le Honduras, l'Inde, le Japon et la République dominicaine ont réservé leurs droits en tant que tierces parties.

61. Le 5 juillet 2001, les parties au différend ont notifié à l'ORD la solution convenue d'un commun accord pour régler la question (WT/DS199/4).



obligatoire concernant des brevets détenus par des sociétés américaines, il aurait au préalable des entretiens bilatéraux avec les Etats-Unis. Ces derniers ont indiqué qu'ils comptaient que le Brésil ne poursuivrait pas son action concernant la législation des Etats-Unis au motif qu'elle exige une exploitation locale. Les parties ont estimé de manière explicite que l'Accord constituait "un pas important vers une plus grande coopération entre les deux pays en ce qui concerne [leur] objectif partagé de lutter contre le SIDA et de protéger les droits de propriété intellectuelle". Il convient de noter aussi que le Brésil a utilisé avec succès, au moins en deux occasions, la menace de délivrer une licence obligatoire pour obtenir des conditions plus favorables dans ses négociations avec de grandes sociétés pharmaceutiques pour la fourniture de médicaments contre le VIH/sida.

198. Une autre affaire a beaucoup attiré l'attention: il s'agit de l'action intentée devant les tribunaux sud-africains par 39 sociétés qui faisaient valoir que la Loi sud-africaine de 1997 portant modification du contrôle des médicaments et des substances connexes n'était pas compatible avec la Constitution du pays. L'origine de ce différend interne est la suivante: en 1997, le Parlement sud-africain a adopté la Loi portant modification du contrôle des médicaments et substances connexes ("Loi sur les médicaments") pour aider à la mise en œuvre de sa politique nationale du médicament de 1996. Cette politique visait "à assurer un approvisionnement suffisant et fiable de médicaments sûrs et peu coûteux de qualité acceptable pour tous les citoyens d'Afrique du Sud et l'utilisation rationnelle des médicaments par ceux qui les prescrivent, les dispensent et les consomment" (Politique nationale du médicament pour l'Afrique du Sud, Ministère de la santé, janvier 1996). La Loi sur les médicaments comportait plusieurs éléments importants, dont des dispositions sur la substitution de médicaments génériques aux médicaments prescrits, la rationalisation des prix et la réforme du Conseil de contrôle des médicaments. Elle habilitait le Ministre de la santé à autoriser et prescrire les conditions d'importation parallèle de médicaments faisant l'objet de brevets en Afrique du Sud.

199. Avant que la Loi sur les médicaments ne prenne effet, 39 sociétés pharmaceutiques ont poursuivi le gouvernement sud-africain afin d'en interdire la mise en œuvre. Selon ces sociétés, la Loi était incompatible avec la nouvelle Constitution de l'Afrique du Sud, en ce sens qu'elle autorisait le Ministre à abroger les droits des titulaires de brevets et violait les termes de l'Accord sur les ADPIC. Le gouvernement a fait valoir que sa législation était entièrement compatible avec l'Accord sur les ADPIC lequel permet aux Membres de l'OMC d'autoriser les importations parallèles, qu'elle ne



portait pas sur l'octroi de licences obligatoires, que le Ministre ne se voyait pas accorder de vastes pouvoirs d'abrogation en ce qui concerne les droits des titulaires de brevets et que, par conséquent, elle était entièrement compatible avec la Constitution sud-africaine. L'affaire n'a pas été portée devant l'OMC pour violation par l'Afrique du Sud de l'Accord sur les ADPIC.

200. En avril 2001, devant la Haute Cour de Pretoria, les sociétés pharmaceutiques ont retiré leur plainte contre le gouvernement et convenu de lui rembourser les dépenses engagées pour sa défense. Le gouvernement a réaffirmé son engagement d'honorer ses obligations au titre de l'Accord sur les ADPIC et les sociétés ont reconnu le droit de l'Afrique du Sud à adopter des lois ou règlements nationaux, y compris des règlements pour la mise en œuvre de la Loi portant modification du contrôle des médicaments et substances connexes, en conformité avec la Constitution sud-africaine et l'Accord sur les ADPIC. Depuis, le gouvernement sud-africain a publié pour commentaires son projet de règles de mise en œuvre, y compris certaines règles qui autoriseraient l'importation parallèle de médicaments brevetés.

201. D'autres cas ont été mentionnés, dans lesquels des pays ont estimé avoir été soumis à des pressions de la part de l'industrie et/ou de gouvernements étrangers pour qu'ils n'utilisent pas à plein la flexibilité prévue dans l'Accord sur les ADPIC. Ces affaires n'ont pas été portées devant l'OMC. Cependant, il convient de noter à cet égard que l'article 1:1 de l'Accord sur les ADPIC dispose explicitement que les Membres peuvent "sans que cela soit une obligation" mettre en œuvre dans leur législation une protection plus large que ne le prescrit l'Accord. L'une des dispositions du préambule de celui-ci souligne "qu'il importe de réduire les tensions en contractant des engagements renforcés de résoudre par des procédures multilatérales les différends sur des questions de propriété intellectuelle touchant au commerce". En outre, l'article 23 du Mémorandum d'accord sur le règlement des différends engage les Membres qui estiment que d'autres Membres ne respectent pas leurs obligations dans le cadre de l'Accord sur les ADPIC (et d'autres accords de l'OMC) à avoir recours conformément au Mémorandum d'accord et à ne pas faire de détermination ou prendre de mesures sauf en accord avec celui-ci.



viii) L'Accord sur les ADPIC et l'accès aux médicaments - Positions adoptées dans d'autres enceintes internationales

202. A sa session d'avril 2001, la Commission des droits de l'homme de l'ONU a adopté une résolution (2001/33) invitant les Etats à s'abstenir de prendre de mesures de nature à empêcher ou de limiter l'accès, dans des conditions d'égalité, à des produits pharmaceutiques utilisés pour combattre des pandémies telles que celle de VIH/sida. En outre, la Commission a invité les Etats à veiller, en leur qualité de membres d'organisations internationales, à ce que l'application des accords internationaux favorise des politiques de santé publique de nature à contribuer à assurer l'accès à des produits pharmaceutiques et techniques médicales à un prix abordable.

203. A sa réunion annuelle de mai 2001, l'Assemblée mondiale de la santé a consacré une attention considérable au manque d'accès aux médicaments essentiels, lequel a pris un caractère aigu compte tenu des effets humains et économiques dévastateurs du VIH/sida dans de nombreux pays. En tant qu'organe directeur de l'OMS, elle a adopté une résolution (WHA 54.11) intitulée "Stratégie pharmaceutique de l'OMS", dans laquelle elle a noté "que l'impact des accords de commerce internationaux sur l'accès aux médicaments essentiels ou sur leur fabrication locale et sur la mise au point de nouveaux médicaments doit faire l'objet d'une évaluation plus approfondie" et prié le Directeur général de l'OMS "d'intensifier les efforts fournis pour analyser et faire connaître les conséquences actuelles et futures sur la santé des accords de commerce internationaux, en collaboration étroite avec les organisations intergouvernementales concernées". En application de résolutions antérieures de l'Assemblée mondiale de la santé (WHA 52.19 et 53.14), l'OMS continuera, en coopération avec d'autres organisations gouvernementales, à fournir à ses Etats membres des renseignements sur les options offertes par l'Accord sur les ADPIC en matière de protection de la santé publique.

204. En juin 2001, la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida a également considéré le rôle de la politique commerciale mondiale en ce qui concerne la disponibilité de médicaments génériques à bas prix et de capacités de fabrication nationales. La déclaration finale de la session extraordinaire a considéré "que les incidences des accords commerciaux internationaux sur l'accès aux médicaments essentiels ou sur leur fabrication locale ainsi que sur la mise au point de nouveaux médicaments demandent à être évaluées de manière plus approfondie".



ix) Débats au sein de l'OMC sur l'Accord sur les ADPIC et l'accès aux médicaments

205. A la demande des Membres africains de l'OMC (le Groupe africain), le Conseil des ADPIC a tenu un débat spécial sur la propriété intellectuelle et l'accès aux médicaments dans le cadre de sa réunion ordinaire de juin 2001, qui a duré une semaine. C'était la première fois que cette question était inscrite à l'ordre du jour d'un organe de l'OMC. Les travaux menés par la suite au sein du Conseil des ADPIC ont conduit aux travaux préparatoires de la Conférence ministérielle de l'OMC, tenue à Doha (Qatar) en novembre 2001, et à la Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, adoptée par consensus par les Ministres présents à la Conférence.

206. On trouvera le texte de cette Déclaration dans l'encadré 18. Son objectif est de répondre aux préoccupations exprimées en ce qui concerne les incidences possibles de l'Accord sur l'accès aux médicaments. Elle le fait de plusieurs manières. En premier lieu, la Déclaration souligne que l'Accord sur les ADPIC n'empêche pas et ne doit pas empêcher les Membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique et réaffirme le droit des Membres à utiliser à plein les dispositions de l'Accord sur les ADPIC, lesquelles assurent une certaine flexibilité à cet égard. Ces importantes proclamations indiquent que tous les Membres de l'OMC acceptent de ne pas chercher à empêcher les autres Membres de recourir à ces dispositions.

207. En deuxième lieu, la Déclaration précise que l'Accord sur les ADPIC doit être interprété et mis en œuvre d'une manière qui soutienne le droit des Membres de l'OMC à protéger la santé publique et, en particulier, à promouvoir l'accès aux médicaments pour tous. En outre, elle met en relief l'importance des objectifs et principes de l'Accord sur les ADPIC pour l'interprétation de ses dispositions. Bien que la Déclaration ne se réfère pas expressément aux articles 7 et 8 de l'Accord sur les ADPIC, intitulés respectivement "Objectifs" et "Principes", il convient de noter que les pays en développement Membres y attachent une importance particulière. Ces éléments fournissent ainsi des lignes directrices importantes aux différents Membres et, en cas de différend, aux organes de règlement des différends de l'OMC.

208. En troisième lieu, la Déclaration précise sur un certain nombre de points importants les flexibilités de l'Accord sur les ADPIC, tout en maintenant les engagements des Membres à son égard. Des indications détaillées ont été fournies à ce sujet aux paragraphes 186 à 188.



209. S'agissant des pays les moins avancés Membres de l'OMC, la Déclaration prolonge pour les produits pharmaceutiques jusqu'au début de 2016 la période de transition pour l'application de la protection conférée par les brevets et les droits couvrant les renseignements non divulgués. Ces pays sont exemptés jusque là des obligations découlant de l'Accord sur les ADPIC.

210. Ainsi qu'il est indiqué au paragraphe 184, le Conseil des ADPIC a reçu pour instruction de trouver une solution rapide aux difficultés des Membres de l'OMC ayant des capacités de fabrication insuffisantes à recourir de manière effective aux licences obligatoires et de faire rapport au Conseil général avant la fin de 2002.

211. Il convient aussi de noter que tout en soulignant les possibilités qu'offre l'Accord sur les ADPIC de prendre des mesures pour promouvoir l'accès aux médicaments, la Déclaration reconnaît aussi l'importance de la protection de la propriété intellectuelle pour la mise au point de nouveaux médicaments et réaffirme les engagements des Membres de l'OMC au titre de l'Accord.

Encadré 18

Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique

Adoptée le 14 novembre 2001

1. Nous reconnaissons la gravité des problèmes de santé publique qui touchent de nombreux pays en développement et pays les moins avancés, en particulier ceux qui résultent du VIH/sida, de la tuberculose, du paludisme et d'autres épidémies.
2. Nous soulignons qu'il est nécessaire que l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) fasse partie de l'action nationale et internationale plus large visant à remédier à ces problèmes.
3. Nous reconnaissons que la protection de la propriété intellectuelle est importante pour le développement de nouveaux médicaments. Nous reconnaissons aussi les préoccupations concernant ses effets sur les prix.
4. 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.



Encadré 18

Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique (suite)

A 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.

5. En conséquence et compte tenu du paragraphe 4 ci-dessus, tout en maintenant nos engagements dans le cadre de l'Accord sur les ADPIC, nous reconnaissons que ces flexibilités incluent ce qui suit:

a) Dans l'application des règles coutumières d'interprétation du droit international public, chaque disposition de l'Accord sur les ADPIC sera lue à la lumière de l'objet et du but de l'Accord tels qu'ils sont exprimés, en particulier, dans ses objectifs et principes.

b) Chaque Membre a le droit d'accorder des licences obligatoires et la liberté de déterminer les motifs pour lesquels de telles licences sont accordées.

c) Chaque Membre a le droit de déterminer ce qui constitue une situation d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence, étant entendu que les crises dans le domaine de la santé publique, y compris celles qui sont liées au VIH/sida, à la tuberculose, au paludisme et à d'autres épidémies, peuvent représenter une situation d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence.

d) L'effet des dispositions de l'Accord sur les ADPIC qui se rapportent à l'épuisement des droits de propriété intellectuelle est de laisser à chaque Membre la liberté d'établir son propre régime en ce qui concerne cet épuisement sans contestation, sous réserve des dispositions en matière de traitement NPF et de traitement national des articles 3 et 4.

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.

7. Nous réaffirmons l'engagement des pays développés Membres d'offrir des incitations à leurs entreprises et institutions pour promouvoir et encourager le transfert de technologie vers les pays les moins avancés Membres conformément à l'article 66:2. Nous convenons aussi que les pays les moins avancés Membres ne seront pas obligés, en ce qui concerne les produits pharmaceutiques, de mettre en œuvre ou d'appliquer les sections 5 et 7 de la Partie II de l'Accord sur les ADPIC ni de faire respecter les droits que prévoient ces sections jusqu'au 1er janvier 2016, sans préjudice du droit des pays les moins avancés Membres de demander d'autres prorogations des périodes de transition ainsi qu'il est prévu à l'article 66:1 de l'Accord sur les ADPIC. Nous donnons pour instruction au Conseil des ADPIC de prendre les dispositions nécessaires pour donner effet à cela en application de l'article 66:1 de l'Accord sur les ADPIC.



212. Cette déclaration qui fait date et affirme que l'Accord sur les ADPIC doit être interprété et mis en œuvre de manière à protéger la santé publique et favoriser l'accès aux médicaments pour tous, démontre qu'un système commercial fondé sur des règles est compatible avec les intérêts de la santé publique. L'attention minutieuse et systématique que les Membres de l'OMC ont apportée à affiner l'équilibre nécessaire du système de propriété intellectuelle témoigne de l'importance primordiale accordée à la santé publique dans les préoccupations commerciales internationales. La Déclaration renferme un principe que l'OMC a publiquement défendu et promu au cours des quatre dernières années, à savoir la réaffirmation du droit de ses Membres à utiliser pleinement les dispositions de sauvegarde de l'Accord sur les ADPIC pour protéger la santé publique et favoriser l'accès aux médicaments.



G. SERVICES DE SANTE

i) Les questions

213. La fourniture dans des conditions d'équité et d'efficacité de services de santé de qualité en réponse aux besoins d'une population dépend de nombreux facteurs, y compris une combinaison adéquate de ressources disponibles sur les marchés national et international. Pour que les services correspondent aux besoins et aux attentes des populations, il faut que les gouvernements nationaux établissent les règles de l'ensemble du système de santé: il s'agit ici de "gestion avisée" (OMS, 2000). En dehors des médicaments et fournitures médicales essentiels qui viennent d'être mentionnés, plusieurs autres ressources sont critiques: il faut un personnel de santé qualifié, des installations bien équipées et un financement équitable, que ce soit par le truchement d'une couverture d'assurance ou la fourniture des services par le secteur public à des prix abordables.

214. Le commerce international des services de santé augmente dans de nombreux domaines. Des professionnels de la santé s'installent dans d'autres pays, de manière temporaire ou permanente, généralement à la recherche de meilleurs traitements et de meilleures conditions de travail. On a assisté également à une augmentation notable des investissements à l'étranger effectués par des exploitants d'hôpitaux et des sociétés d'assurance maladie à la recherche de nouveaux marchés. En outre, un nombre croissant de pays s'efforcent d'attirer des consommateurs de services de santé d'autres pays.



ii) Le commerce des services de santé ouvre des possibilités

215. Moyennant une réglementation appropriée, la libéralisation du commerce peut contribuer à améliorer la qualité et l'efficacité des prestations et/ou augmenter les rentrées de devises. Par exemple, les hôpitaux financés par des investisseurs étrangers peuvent fournir des services qui n'étaient pas disponibles auparavant. Les nouveaux hôpitaux peuvent aussi offrir des possibilités d'emploi attrayantes à des professionnels de la santé qui quitteraient sinon le pays. Les avantages possibles de l'internationalisation des soins de santé et de la libéralisation de leur commerce peuvent être orientés de diverses manières vers des objectifs de santé publique. Les recettes provenant du traitement de patients étrangers peuvent être utilisées, par exemple, pour améliorer des installations qui bénéficient également à la population résidente. Dans quelques pays en développement, comme la Thaïlande et la Jordanie, le secteur de la santé sert de centre d'offre régional, attirant des patients étrangers, qui peuvent contribuer au revenu et à l'emploi intérieurs. Certains pays en développement, notamment Cuba, l'Inde et les Philippines, "exportent" leurs médecins et infirmiers, ce qui donne lieu à des envois de devises et permet de combler les déficits sur le plan de l'offre dans les pays d'accueil.

216. Les services de santé sont l'un des secteurs dans lesquels le Secrétariat de l'OMC estime que les pays en développement, notamment ceux situés à proximité de grands "marchés", peuvent tirer des avantages importants du commerce en mode 2, c'est-à-dire en attirant des patients étrangers (Job n° 2748/Rev.1 du 7 juin 1999). L'étude CNUCED/OMS de 1998 a relevé que certains pays en développement élaborent des stratégies pour promouvoir ce type de commerce (page 3). Dans "Perspectives économiques mondiales 2001", la Banque mondiale a constaté que les services de santé sont un secteur dans lequel certains pays en développement jouissent déjà ou peuvent jouir d'un avantage comparatif (page 76). Aussi n'est-il pas surprenant que dans le contexte du cycle actuel de négociations sur les services, plusieurs pays en développement aient appelé l'attention sur la libéralisation des services de santé au titre de l'AGCS; une référence particulière a également été faite au commerce en mode 4 (circulation des personnes physiques) et à la possibilité de créer des scénarios "doublement gagnants" bénéficiant à tous les pays concernés (documents OMC S/CSS/M/7 du 2 mars 2001 et S/CSS/M/8 du 14 mai 2001).⁶²

⁶². L'importance de la libéralisation des services pour les pays en développement, en particulier sur le plan de la circulation des personnes physiques, a été récemment soulignée par la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique dans sa publication "Africa and the Multilateral Trading System and the World Trade Organization (WTO)", Addis Abeba, page 30.



iii) ... mais présente des risques

217. Si ces tendances promettent un développement économique, tous les pays ne sont pas nécessairement bien placés pour en traduire les gains potentiels en progrès sur le plan de la santé pour la majorité de leur population. Le commerce des services de santé comporte des risques et, dans certains cas, il a aggravé les problèmes existants sur les plans de l'accès aux services de santé, de leur équité et de leur financement, en particulier pour les pauvres des pays en développement (CNUCED et OMS, 1998). Par exemple, une augmentation de l'exode des cerveaux, lorsque des professionnels de la santé quittent des pays à faible revenu pour travailler dans des pays à revenu plus élevé, peut accroître la pénurie de personnel de santé dans les pays en développement et conduire à des difficultés sur les plans de l'accès aux services de santé et de leur qualité. Cela entraîne aussi des pertes pour les gouvernements du fait des investissements qu'ils ont consentis pour former ces professionnels de la santé. La perte résultant de l'émigration de médecins a ainsi été estimée à des dizaines de millions de dollars pour la seule Afrique du Sud (Bundred et Levitt, 2000).⁶³ Les pays en développement qui consacrent des ressources au traitement de patients étrangers peuvent, ce faisant, détourner des ressources qui pourraient servir à satisfaire des besoins intérieurs. Les hôpitaux privés à but lucratif financés de l'étranger tendent à cibler les marchés qui rapportent le plus et à négliger les besoins des régions éloignées et des groupes désavantagés. En outre, en offrant des conditions d'emploi plus attrayantes, ils aggravent les pénuries de personnel qualifié dans les institutions publiques, dont dépendent les pauvres.⁶⁴ On peut recourir à des stratégies de réglementation pour réduire ces risques, mais, comme on l'a signalé ailleurs, les gouvernements doivent être en mesure de mettre en œuvre un cadre réglementaire efficace à l'égard des protagonistes privés du commerce des services de santé (CNUCED/OMS, 1998, page 53).

iv) Engagements au titre de l'AGCS

218. L'Accord général sur le commerce des services (AGCS) laisse aux pays toute latitude pour gérer le commerce des services de santé d'une manière qui soit compatible avec les objectifs de leur politique nationale de santé (pour de plus amples renseignements, voir Adlung et Carzaniga, 2001)⁶⁵.

63. Cependant, comme il est expliqué plus loin (paragraphe 237), rien dans l'AGCS n'empêche le pays "exportateurs" de prendre des mesures pour enrayer l'exode des cerveaux.

Bundred, P.E., Levitt, C. Medical migration: who are the real losers? *The Lancet*, 365: 245-246

64. L'existence de possibilités d'emplois supplémentaires dans les nouveaux hôpitaux peut inciter le personnel qualifié à ne pas émigrer.

65. Adlung, R., Carzaniga, A. Health Services under the General Agreement on Trade in Services, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2001, 79(4): 352-364



Ainsi qu'il a été indiqué au chapitre II, les pays peuvent choisir de ne prendre des engagements que dans certains secteurs et peuvent en fixer les limites en fonction des exigences de leur politique. Bien que les engagements soient des garanties d'accès juridiquement contraignantes, les gouvernements peuvent les modifier ou les retirer, sous réserve de compensation, trois ans après leur entrée en vigueur. Ils conservent, bien entendu, le pouvoir d'établir des réglementations pour satisfaire des objectifs de qualité ou d'autres objectifs de politique intérieure.

219. Fourniture de services de santé par delà les frontières (mode 1): La possibilité de fournir certains services de santé à distance et, par extension, par delà les frontières nationales, est étroitement liée à l'avènement des nouvelles technologies de communication. Alors que les services de télésanté étaient généralement inconnus il y a dix ou 15 ans, on peut aujourd'hui les utiliser en remplacement ou en complément d'un nombre limité de prestations locales de services médicaux ou hospitaliers.

220. Cependant, tant la nouveauté du concept que des préoccupations d'ordre réglementaire peuvent avoir conduit de nombreux Membres à ne pas prendre d'engagements au titre du mode 1. Dans les quatre secteurs de services de santé pertinents figurant dans le tableau 1, la part des engagements non contraignants est plus élevée pour le mode 1 que pour tout autre mode. Par exemple, la moitié de la cinquantaine d'engagements pris en matière de services médicaux et dentaires entre dans cette catégorie.

221. Consommation de services de santé à l'étranger (mode 2): Les exportations de services de santé du fait du traitement de patients étrangers entrant sur leur territoire (mode 2) sont considérées et utilisées par certains pays comme un instrument de développement économique. Un nombre croissant de pays à faible revenu cherchent à se spécialiser dans la médecine traditionnelle et/ou comptent sur la compétitivité de leurs prix par rapport aux pays à revenu plus élevé. Parallèlement, de nombreux prestataires des pays à revenu élevé cherchent à fournir des services de plus haute technicité à leurs patients, nationaux et étrangers. Cependant, dans les deux cas, les possibilités de commerce sont affectées par les politiques commerciales ou liées à la santé des pays d'origine des patients. En d'autres termes, les pays qui souhaitent attirer des patients étrangers chercheront à obtenir des autres pays des engagements en mode 2.



222. Plus de la moitié des engagements en mode 2, portant sur les services médicaux et dentaires, les services hospitaliers et d'autres services relatifs à la santé humaine, sont sans limitations.⁶⁶ Cette proportion élevée peut traduire, dans une certaine mesure, le fait que les Membres considèrent la consommation à l'étranger comme une solution possible à l'insuffisance de capacité intérieure en matière de services de santé. Il se peut aussi que les gouvernements estiment que leur aptitude à empêcher leurs nationaux de quitter le pays pour consommer des services à l'étranger est de toute façon limitée. En l'absence d'une politique nationale complémentaire, en particulier la couverture par l'assurance des services reçus à l'étranger, la consommation de services à l'étranger reste une option uniquement pour les patients fortunés.

223. **Présence commerciale (mode 3):** Dans certains pays, la tendance mondiale à une participation plus importante du secteur privé aux services de santé et à l'assurance maladie a été accompagnée par une présence accrue d'investissements étrangers, y compris sous la forme de coentreprises. Dans la mesure où les pays souhaitent encourager les investissements étrangers dans le secteur de la santé, les engagements en mode 3 (présence commerciale) au titre de l'AGCS constituent une option intéressante.

224. Plus de 40 Membres de l'OMC ont prévu au titre de l'AGCS des engagements en mode 3 pour le sous-secteur des services hospitaliers, souvent sous réserve de limitations qui peuvent être spécifiques à un secteur (près de 30 cas) ou horizontales (moins de dix). Il est raisonnable de supposer que ces engagements correspondent pour la plupart aux situations existantes, plutôt qu'à un effort de libéralisation de l'accès aux marchés ou le fait d'un traitement national. Il est sans doute utile de mentionner qu'environ 80 Membres de l'OMC ont pris des engagements en matière d'accès aux marchés en ce qui concerne la présence commerciale de compagnies étrangères d'assurance maladie, par le biais d'engagements dans le secteur des services financiers couvrant les sous-secteurs pertinents. La grande majorité de ces engagements sont partiels et limitent le nombre d'opérateurs ou de types d'établissements admis sur le marché. Il n'apparaît pas que ces engagements constituent un effort délibéré pour encourager les investissements de compagnies étrangères d'assurance maladie; cette forme d'assurance s'inscrit plutôt dans le cadre d'une approche globale concernant l'ensemble des engagements relatifs à l'assurance.

⁶⁶. Les "autres services de santé" comprennent les services d'ambulance, les services de centres de santé résidentiels autres que les services hospitaliers et les services concernant des domaines tels que la bactériologie, la virologie et l'immunologie.



225. Circulation de personnes physiques (mode 4): Les engagements en mode 4 s'appliquent aux mesures régissant la fourniture de services par des personnes physiques étrangères sur le territoire des Membres. Une annexe de l'AGCS précise que l'Accord ne s'applique pas aux mesures que les gouvernements peuvent souhaiter prendre pour limiter l'accès des étrangers qui sont à la recherche d'un emploi, d'une nationalité ou d'une résidence permanente. Si la présence de personnels de santé étrangers est considérée comme un moyen judicieux de réduire la pénurie de professionnels et/ou d'attirer de nouveaux savoir-faire et compétences, les pays peuvent prendre des engagements en mode 4 au titre de l'AGCS.

226. A ce jour, la plupart des engagements de ce type sont restés très limités dans leur diversité et leur portée. On constate souvent que les politiques en vigueur assurent de meilleures conditions d'accès aux professionnels de la santé étrangers que les engagements au titre de l'AGCS. A ce jour, près de 50 Membres ont pris des engagements partiels en mode 4 pour les services médicaux et dentaires et moins de 30 pour les services de sages-femmes. Comme on l'a indiqué plus haut, un engagement partiel signifie que le pays concerné s'est réservé le droit d'imposer des limitations précises en matière de demandeurs d'accès. Cela permet de mieux prévoir les restrictions que le pays peut choisir d'appliquer. Dans les listes actuelles, aucun Membre de l'OMC n'a pris d'engagement complet en mode 4 pour les services de santé, probablement parce que les pays veulent conserver leur liberté de décision, selon les limitations imposées, en ce qui concerne le nombre, le type et la spécialisation des personnels étrangers autorisés à travailler dans le pays.

227. Dans l'ensemble, il apparaît que les engagements pris en matière de services hospitaliers sont assortis de limitations moins strictes et sont donc "plus libéraux" que ceux concernant les autres types de services de santé. On peut l'observer aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés. Par exemple, les Membres ci-après ont pris des engagements complets en ce qui concerne l'accès aux marchés en mode 3: Burundi, Equateur, République Kirghize, Malawi, Swaziland, Danemark, Allemagne, Grèce, Irlande et Royaume-Uni. Les engagements des cinq derniers pays, couverts par la liste des Communautés européennes, sont toutefois soumis à une limitation intersectorielle selon laquelle les services considérés comme des services publics ne sont pas couverts; ceux-ci peuvent faire l'objet de monopoles publics ou de droits exclusifs. Parmi les autres grands pays ayant pris des engagements dans ce secteur, on peut citer les Etats-Unis et le Japon. A l'exception de deux pays



dont l'accès est ultérieure (Equateur et République Kirghize), ces engagements ont été appliqués depuis l'entrée en vigueur de l'AGCS, c'est-à-dire janvier 1995 ou, selon les procédures de ratification nationales, quelques mois plus tard.

Tableau 1

Engagements des Membres de l'OMC en matière de services médicaux, services hospitaliers et autres services de santé et d'assurance maladie (nombre de Membres), troisième trimestre 2000

		Services médicaux et dentaires	Services de sages-femmes et d'infirmiers	Services hospitaliers	Autres services de santé	Assurance maladie (comprise dans les services financiers)*
TOTAL	52	28	42	15	78	
ACCÈS AUX MARCHES						
Mode 1	Plein	16(-2)	7(-1)	13	7	10
	Partiel	10	4	0	1	59
	Sans eng.	26	17	29	7	31
Mode 2	Plein	28(-3)	9(-1)	36	9	22
	Partiel	22	19	4	5	52
	Sans eng.	2	0	2	1	26
Mode 3	Plein	15(-7)	5(-2)	15(-7)	9(-4)	9
	Partiel	31	22	25	6	88
	Sans eng.	6	1	2	0	3
Mode 4	Plein	0	0	0	0	0
	Partiel	47	27	39	15	92
	Sans eng.	5	1	3	0	8
TRAITEMENT NATIONAL						
Mode 1	Plein	19	7	16	8	29
	Partiel	8	4	0	1	32
	Sans eng.	25	17	26	6	39
Mode 2	Plein	27(-1)	9	36(-1)	9(-1)	42
	Partiel	21	19	4	5	26
	Sans eng.	4	0	2	1	32
Mode 3	Plein	17	8	29(-23)	7(-4)	29
	Partiel	30	19	10	7	62
	Sans eng.	5	1	3	1	9
Mode 4	Plein	1	0	2(-1)	0	6
	Partiel	47	27	37	15	82
	Sans eng.	4	1	3	0	12

* Dans quelques cas, les Membres peuvent avoir spécifiquement exclu l'assurance maladie de leurs engagements liés à l'assurance, mais les données n'ont pas encore été tabulées.

Source: OMC, 2000.

Note: Les Etats Membres des CE sont comptés individuellement.

() Nombre réduit d'engagements complets, lorsque les limitations horizontales sont prises en considération.



v) Effets des engagements des pays au titre de l'AGCS en matière de services de santé

228. Quels ont été les effets des engagements pris au titre de l'AGCS dans les secteurs des services de santé ou de l'assurance? Presque tous les renseignements disponibles à ce jour semblent indiquer que les schémas et niveaux actuels du commerce des services de santé se produisent indépendamment de l'AGCS. Il n'apparaît pas, par ailleurs, que les investissements étrangers effectués par des compagnies d'assurance médicale aient été influencés par les engagements pris au titre de l'AGCS dans le secteur des services financiers, lequel englobe souvent l'assurance maladie. Dans aucun secteur des services, il n'y a de preuve empirique "qui lie une augmentation importante des flux d'IED vers les pays en développement à l'adoption de l'AGCS" (Mashayekhi, 2000)⁶⁷. Cela peut être dû au temps relativement court qui s'est écoulé depuis la conclusion des négociations sur l'AGCS. Aspect plus important, l'effet relativement faible à ce jour peut probablement être attribué davantage aux engagements des pays, qui ont pour effet de déterminer les niveaux existants d'accès aux marchés, qu'à une libéralisation importante (Mattoo, 2000).

229. Globalement, les effets de l'AGCS sur le commerce des services de santé sont donc probablement restés négligeables à ce jour. Comme dans de nombreux autres secteurs, l'effet principal a été de rendre les politiques nationales plus prévisibles dans les secteurs qui ont fait l'objet d'engagements. La mesure des incidences des engagements de l'AGCS ou d'autres mesures de libéralisation du commerce dans les différents pays se trouve encore compliquée par l'absence de collecte systématique de données chronologiques et la difficulté d'isoler les incidences de la politique commerciale sur les services et systèmes de santé des autres évolutions, éventuellement simultanées, du marché des soins de santé et des règlements nationaux relatifs à la santé.

vi) L'exception des services publics

230. Comme on l'a noté plus haut, les services publics, c'est-à-dire les services fournis par les pouvoirs publics, ne relèvent pas du champ de l'AGCS et donc de ses règles et disciplines. Cette exemption s'applique aux services qui ne sont fournis ni sur une base commerciale, ni sur une base concurrentielle. Il est évident que dans ces secteurs les gouvernements ne sont pas en mesure de prendre des engagements.

⁶⁷. Mashayekhi, M. GATS 2000 Negotiations: Options for Developing Countries: A Positive Agenda for Developing Countries: Issues for Future Trade Negotiations, CNUCED (Document No.UNCTAD/ITCD/TSB/10), 2000.



231. Si des services privés et publics coexistent sur le même territoire, les gouvernements peuvent néanmoins envisager des engagements concernant les premiers. C'est ce que l'on voit, par exemple, dans la Liste des Communautés européennes, qui exclut explicitement de la couverture tous les services qui sont fournis par des entités publiques. Si celles-ci fournissent des services publics au sens de l'article I:3, cette limitation peut ne pas même être nécessaire, car l'article s'appliquerait de toute façon. On s'est inquiété de ce que la coexistence de services privés et publics, quels que soient les engagements éventuels, affecte l'application de l'exception des services publics. Dans presque tous les pays, des prestataires publics de services de santé coexistent avec des prestataires privés et les deux fournissent généralement des services analogues et des patients se rendent à l'étranger pour y être traités dans des hôpitaux. S'agit-il ici de "concurrence"? Dans la plupart des pays, les prestataires publics de services de santé font payer aux patients des droits d'usagers. Est-ce que cela en fait des services "commerciaux"? Comme aucune de ces questions n'a encore entraîné de différend entre les Membres de l'OMC, il n'en existe pas d'interprétation définitive et, comme on l'a noté plus haut, si les gouvernements Membres de l'OMC ont la faculté de demander des précisions dans le cadre des négociations en cours sur l'AGCS, ils n'en ont pas encore exprimé le besoin. Cela est peut-être lié au fait que, pour un pays qui n'a pas pris d'engagements en matière de services de santé, l'application ou non de l'exception des services publics n'aurait pas d'incidences sur l'accès aux marchés, ni sur le traitement national, mais déterminerait simplement l'applicabilité du principe NPF et quelques obligations sur le plan des procédures (liées, par exemple, à la transparence). La non-application de l'exception impliquerait que la prescription NPF intervient, ce qui signifie que toute restriction du commerce existante ou à venir devrait s'appliquer à tous les Membres de l'OMC.

vii) La libéralisation du commerce constitue-t-elle un risque pour la qualité, l'équité et d'autres objectifs de la politique gouvernementale?

232. Il existe la crainte que l'ouverture des marchés de la santé à la concurrence étrangère ne présente un risque sur le plan de l'équité, de l'accès et de la qualité des services fournis aux pauvres. Certains signes indiquent que l'ouverture des marchés bénéficie surtout aux riches. Par exemple, un fonds d'investissement multinational, qui a investi dans plusieurs sociétés latino-américaines de soins et obtenu des contrats de gestion d'hôpitaux publics, a cherché à réduire la proportion de patients non assurés dans ses hôpitaux (Stocker, et al., 1999)⁶⁸. Un avantage potentiel de l'investissement

⁶⁸. Stocker, K., Waitzkin, H., Iriart, C. Health Policy Report: The Exportation of Managed Care to Latin America, *The New England Journal of Medicine*, 8 avril, 1999, Vol. 340, No. 14: 1131-1136.



étranger direct est qu'il peut assurer des services de haute qualité qui ne sont pas actuellement disponibles dans le pays. En l'absence de réglementation publique, il est cependant probable que ces services ne soient disponibles que pour ceux qui en ont les moyens.

233. Les gouvernements qui prennent des engagements permettant aux prestataires étrangers de fournir des services de santé peuvent appliquer à ces prestataires les mêmes normes en matière de protection du public qu'aux prestataires nationaux et peuvent en fait imposer des exigences supplémentaires, s'ils le souhaitent. Dans ce dernier cas, il serait nécessaire de définir une limite de traitement national. Pour accroître les avantages potentiels des investissements étrangers directs pour la population dans son ensemble, les gouvernements peuvent, par exemple, exiger que tous les systèmes d'assurance privés - étrangers et nationaux - offrent un ensemble de prestations de base, leur interdire de se décharger sur le système public des patients représentant un coût élevé et prohiber l'exclusion des personnes ayant auparavant un certain état de santé ou certaines maladies. En outre, les gouvernements peuvent exiger des prestataires privés qu'ils fournissent une certaine quantité de soins gratuits aux pauvres ou en taxer les installations et utiliser les rentrées pour soutenir les services de santé publique. Pour limiter toute réduction de capacité des services de santé pour les groupes désavantagés, ils peuvent exiger, par exemple, que les hôpitaux privés a) réservent un pourcentage minimum de lits pour le traitement gratuit des nécessiteux; b) offrent certains services médicaux de base dans les zones rurales éloignées; ou c) forment un nombre de personnes plus élevé que ne l'exigent leurs propres besoins.

234. S'agissant de l'exportation de services de santé (services fournis à des étrangers), l'AGCS n'impose aucune contrainte en ce qui concerne les conditions de traitement des étrangers sur le territoire du pays d'accueil: toute restriction apportée aux services fournis aux touristes ou patients étrangers sort du champ d'application de l'Accord. Les Membres restent donc libres de soumettre ces services à des contingents, impôts ou prélèvements ou d'en utiliser les recettes pour améliorer le volume et/ou la qualité des services de santé de base.

235. Si la libéralisation (sur le plan national ou à l'étranger) peut accroître les départs de personnel qualifié du secteur public vers le secteur privé (dans le pays ou à l'étranger), rien dans l'AGCS n'empêche un gouvernement de décourager de tels



mouvements de personnel. Pour réduire le coût de l'exode des cerveaux, les pays peuvent envisager diverses mesures pour compenser la perte de professionnels de la santé qualifiés. Ils peuvent prélever des taxes sur ceux qui émigrent ou exiger des dépôts ou des garanties financières, dont le coût est supporté par les pays ou organisations privées recruteurs. Il existe en outre des mesures "positives" susceptibles de limiter le risque d'exode des cerveaux, consistant par exemple à offrir de meilleures possibilités de carrière et conditions d'emploi; les investissements étrangers dans le secteur hospitalier d'un pays, combinés éventuellement avec un afflux de patients étrangers, peuvent aussi accroître les possibilités d'emplois dans le pays et dissuader ainsi le personnel de partir.

viii) L'AGCS reconnaît le droit de réglementer

236. Le préambule de l'AGCS reconnaît expressément "le droit des Membres de réglementer la fourniture de services sur leur territoire et d'introduire de nouvelles réglementations à cet égard afin de répondre à des objectifs de politique nationale...". Les pays qui n'ont pas pris d'engagements dans le secteur de la santé ou le sous-secteur de l'assurance médicale sont libres d'adopter n'importe quelle politique, quel que soit son effet sur le commerce, la contrainte principale étant le principe NPF. Celui-ci exige que la réglementation ne fasse aucune discrimination entre services ou prestataires de services étrangers analogues, d'origine ou de nationalité différentes. Pour ce qui est des secteurs dans lesquels ils ont pris des engagements complets en matière de traitement national, les Membres sont obligés de ne faire aucune discrimination dans leur réglementation à l'encontre des services ou prestataires de services étrangers, mais restent, bien entendu, toujours libres de réglementer ce secteur pour répondre à des objectifs de politique nationale. Si un pays souhaite se réserver le droit d'appliquer des règles plus strictes aux services ou prestataires de services étrangers qu'aux services ou prestataires nationaux, ces règles doivent être couvertes dans sa liste par des limitations concernant le traitement national.

ix) ... mais certains pays en développement peuvent avoir une capacité de réglementation faible ou nulle

237. L'AGCS donne aux gouvernements une grande latitude de réglementation en ce qui concerne les prestataires de services de santé et les assureurs privés afin de garantir l'équité, mais les règlements peuvent être faibles ou non existants dans un certain



nombre de pays en développement. Selon l'OMS, au milieu des années 90, "à quelques exceptions notables près (Hongrie, Colombie), il n'existe, par exemple, pratiquement aucune réglementation complète de l'assurance maladie. En outre, là où il en existe une en principe, son application est souvent limitée ou inefficace" (Chollet et Lewis, 1997)⁶⁹. Cela peut être également vrai, dans certains cas, de la réglementation applicable aux installations, professionnels et services de santé. Tant que des systèmes réglementaires ne seront pas en place et que les capacités de les mettre en œuvre n'auront pas été renforcées, il existe le risque que les prestataires compromettent les efforts visant à assurer l'égalité d'accès ou de financement ou commettront des fraudes à la consommation, encore que les institutions appartenant au secteur public et gérées par lui ne soient pas non plus à l'abri de défaillances ou de négligences sur le plan réglementaire. Dans un certain nombre de pays, le renforcement de la réglementation peut être une condition préalable pour que la libéralisation soit compatible avec leurs objectifs de santé. La tâche est difficile, en particulier dans les pays en développement dont le système réglementaire dispose de ressources humaines et financières limitées. La possibilité de prendre des préengagements, c'est-à-dire des engagements qui ne s'appliqueront que des années après la conclusion du nouveau cycle (voir paragraphe 81 plus haut), peut contribuer à leur donner le temps nécessaire pour accomplir une réforme réglementaire poussée. Les pays concernés peuvent aussi bénéficier d'efforts conjoints, en recherchant des synergies ou en collaborant avec les organisations internationales concernées au renforcement de leurs capacités dans ce domaine.

x) La libéralisation appelle une plus grande réglementation

238. La nécessité de réglementer le secteur privé se fait généralement davantage sentir à mesure que des prestataires concurrents arrivent sur le marché. Les gouvernements doivent intervenir pour empêcher tout effet négatif et orienter les gains réalisés au profit de la santé. Une réglementation plus poussée (et non pas moindre) a accompagné l'ouverture des marchés des services financiers et des télécommunications; elle sera essentielle aussi pour les services de santé. De ce fait, la tâche des ministères de la santé augmentera probablement, si le commerce des services de santé est libéralisé, de sorte qu'il est critique pour eux d'aviser les ministères du commerce des incidences de l'ouverture de leurs systèmes de santé à la concurrence.

⁶⁹. Chollet, D., Lewis, M. Private Insurance: Principles and Practice, Document présenté lors de la Conférence sur les innovations en matière de financement des soins de santé, parrainée par la Banque mondiale, 10 et 11 mars 1997, Washington DC.



xi) Les négociations en cours sur l'AGCS offrent l'occasion d'y contribuer

239. Les ministères du commerce et de la santé de tous les pays ont intérêt à suivre de près les négociations actuelles sur l'AGCS. Lancées en 2000, elles devraient élargir la couverture sectorielle des listes actuelles et approfondir les engagements existants. Au moment de la rédaction du présent rapport, la santé était le seul grand secteur des services qui n'avait pas fait l'objet de propositions précises de libéralisation. Néanmoins, les négociations sont une source de préoccupation pour certains défenseurs de la santé publique, qui craignent qu'elles n'incitent les gouvernements à ouvrir les services de santé financés par l'Etat à des investisseurs privés étrangers à buts lucratifs.

240. Les Lignes directrices et procédures pour les négociations sur le commerce des services, convenues par les Membres en mars 2001, indiquent que "le processus de libéralisation respectera dûment les objectifs de politique nationale, le niveau de développement et la taille de l'économie des différents Membres, tant d'une manière globale que dans les différents secteurs". Aucun Membre de l'OMC n'a l'obligation de permettre la prestation d'un service quelconque par une entreprise étrangère, ni même de garantir une concurrence interne. L'AGCS n'a pas non plus d'incidences en ce qui concerne le financement des services fournis dans l'exercice de l'autorité gouvernementale. En outre, la structure et la teneur de l'article XIX de l'AGCS garantit aux pays en développement "une flexibilité appropriée ... pour qu'ils puissent ouvrir moins de secteurs, libéraliser moins de types de transactions et élargir progressivement l'accès à leurs marchés en fonction de la situation de leur développement".

241. Même si des pays choisissent de ne pas libéraliser leur commerce dans le secteur de la santé dans le cycle actuel de négociations, des mesures prises dans d'autres secteurs peuvent concerner la santé: par exemple, les engagements en matière d'enseignement qui affectent la formation, et donc les possibilités d'emploi, du personnel médical et des professionnels de la santé ou bien les engagements conduisant à une amélioration des systèmes de transport et de communication ou encore les engagements en matière de services environnementaux ou financiers. D'une manière plus générale, les revenus générés par un environnement commercial plus libéral peuvent avoir des effets positifs sur la santé par divers canaux, notamment l'augmentation des ressources dont dispose le gouvernement pour prendre des mesures en matière de santé publique ou l'accroissement des ressources que les ménages consacrent aux soins de santé personnels.



242. Certains Membres de l'OMC ont présenté des propositions qui faciliteraient l'application des engagements existants à la circulation des personnes physiques (par exemple en précisant les termes et définitions utilisés dans les listes) et prévoient la négociation de nouveaux engagements. Il est peut-être utile de répéter que de tels engagements ne s'appliquent qu'aux conditions d'accès offertes par le pays d'accueil (éventuel) et n'affectent en aucune manière la possibilité pour les pays d'origine de réglementer les départs (temporaires) de leurs résidents. Par exemple, l'exigence que le personnel nouvellement formé travaille d'abord pendant quelque temps dans le pays, au lieu de profiter à l'étranger de l'argent des contribuables qui a été consacré à son éducation, serait parfaitement compatible avec l'AGCS et les engagements pris dans les listes.

243. L'OMS entend suivre les délibérations du Conseil des AGCS et les propositions qui y sont présentées, évaluer leurs incidences sur le plan de la santé et disséminer ces renseignements au public. A la demande des Etats Membres, l'OMS aidera aussi les responsables de la santé des différents pays à évaluer les engagements pris au titre de l'AGCS, à déterminer les limitations qui sont importantes pour assurer leur cohérence avec la politique de la santé et les objectifs de santé publique et à analyser les incidences des politiques existantes ou potentielles de libéralisation du commerce sur le secteur de la santé. Le Secrétariat de l'OMC répond pour sa part à toute question concernant l'interprétation des dispositions de l'AGCS et leur pertinence pour les différents secteurs des services. La Division du commerce des services effectue fréquemment des missions dans les pays pour informer les membres des ministères et des agences concernés de la structure de l'Accord et de sa pertinence pour les différents secteurs; des moyens permettant de poursuivre les objectifs sectoriels d'une manière compatible avec l'AGCS; de l'interprétation des engagements pris par les autres Membres; et de l'avancement des négociations en cours sur les services. On peut trouver sur le site Web de l'OMC les renseignements pertinents, y compris sur toutes les propositions de négociation faites à ce jour.

244. En résumé, l'engagement de libéralisation progressive offre la possibilité de négocier des engagements plus larges concernant le commerce des services de santé et, du même coup, l'occasion d'attirer des investissements étrangers directs et de les faire correspondre aux priorités nationales en matière de santé. Dans de nombreux pays en développement, c'est l'occasion d'acquérir des services de santé qui n'existent pas localement ou d'exporter des services de santé et des ressources humaines vers le marché mondial. Parallèlement, il existe le risque d'aggravation des problèmes



existants d'accès et d'équité en ce qui concerne les services de santé et leur financement. Le défi est de maximiser les possibilités et de minimiser les risques. La libéralisation du commerce accroît la nécessité d'établir des cadres réglementaires efficaces pour assurer que l'activité du secteur privé dans le système de santé ait les effets bénéfiques attendus. Chaque pays évaluera les incidences correspondantes en définissant sa position de négociation sur l'AGCS; il est libre de décider ou non de libéraliser un service donné quelconque et, s'il le décide, de quelle manière et à quel rythme.



H. SECURITE ALIMENTAIRE ET NUTRITION

i) Nutrition et santé

245. La malnutrition ou sous-nutrition (apport calorique insuffisant par rapport aux besoins) est à l'origine de quelque 16 pour cent des maladies dans le monde et environ un tiers des maladies en Afrique subsaharienne (Murray et Lopez, 1996)⁷⁰. Elle augmente le risque de maladies transmissibles et non transmissibles et aggrave le pronostic quand ces maladies sont contractées. Chez les femmes enceintes, elle augmente les risques de complications obstétriques, de mortalité maternelle, de naissance de bébés de faible poids et de morbidité et mortalité infantiles. La sous-nutrition de l'enfant, qui entrave sa croissance, augmente les risques ultérieurs pour sa santé. L'accès à des aliments à apport énergétique relativement élevé (par exemple les produits laitiers, les huiles et les graisses) est particulièrement important pour la nutrition de l'enfant au moment du sevrage. D'autres problèmes de santé sont dus, en particulier chez l'enfant, à une absorption insuffisante de protéines, vitamines et minéraux, par exemple l'anémie (fer), les effets nocifs de la rougeole (vitamine A) et les déficiences osseuses (calcium et vitamine D).

ii) Sécurité alimentaire et nutrition

246. Il est dit dans la Déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire mondiale que:

*"La sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active."*⁷¹

⁷⁰. Murray, J.L., Lopez, A.D. (eds.). The Global Burden of Disease. Organisation mondiale de la Santé/Harvard School of Public Health/Banque mondiale, 1996.

⁷¹. Sommet alimentaire mondial, Rome, 13-17 novembre 1996.



247. On considère généralement la sécurité alimentaire⁷² à deux niveaux:

- a) La sécurité alimentaire nationale est l'aptitude d'un pays à assurer un approvisionnement total suffisant en nourriture pour satisfaire en tout temps les besoins nutritionnels de sa population, par la production nationale, l'importation d'aliments et/ou un recours temporaire aux stocks nationaux d'aliments.
- b) La sécurité alimentaire des ménages est l'aptitude d'un ménage à avoir à tout moment un accès fiable à une nourriture suffisante pour ses membres, grâce à sa propre production (subsistance), à ses achats sur le marché, à l'utilisation de ses propres stocks et/ou à l'approvisionnement public.

248. La question de la sécurité alimentaire est complexe et comporte de nombreux éléments. Au niveau national, l'accès économique aux aliments dépend de manière critique de la production et de la distribution nationales, de l'accès aux marchés internationaux et de la disponibilité de devises pour payer les importations. Au niveau des ménages, elle dépend du niveau et de la stabilité de leurs revenus et de la production d'aliments pour leur consommation propre, de leur épargne, de leur accès à des crédits et des prix des aliments et autres biens essentiels. Aux deux niveaux, l'accès physique dépend de manière critique de la paix, de la sécurité et de l'existence de transports fiables. Pris dans leur ensemble, les défis ainsi posés sont énormes, quel que soit le critère utilisé, et pour y faire face de manière efficace, il faut une action à la fois au niveau national et au niveau international. Les politiques commerciales ne sont que l'un des facteurs de l'équation.

249. Si les effets sur la santé de l'insécurité alimentaire sont les plus évidents dans le contexte des famines, c'est-à-dire en situation de défaillance prononcée de la sécurité alimentaire nationale, la grande majorité des maladies associées à la sous-nutrition sont le résultat d'une malnutrition chronique due à l'insécurité alimentaire au niveau des ménages. Celle-ci est affectée par les politiques économique et sociale du pays. Elle l'est aussi par la libéralisation du commerce du fait d'un certain nombre d'incidences sur les revenus et les possibilités d'emploi des ménages et sur les prix des aliments et autres produits essentiels. Ces incidences sont à la fois directes et indirectes (elles se font sentir par exemple par le truchement des performances économiques nationales et des marchés internationaux). En raison de sa complexité, la sécurité alimentaire des

⁷². Il ne faut pas confondre sécurité alimentaire et innocuité (ou sécurité sanitaire) des aliments, cette dernière étant traitée plus haut. (page 67).



ménages n'est pas examinée dans le présent rapport (pour de plus amples renseignements, voir Woodward, 2001), malgré son rôle essentiel en ce qui concerne l'incidence des maladies. Il n'est par conséquent question ci-après que de la sécurité alimentaire nationale.

iii) Libéralisation du commerce et sécurité alimentaire nationale...

250. La sécurité alimentaire nationale constitue une préoccupation essentiellement dans les pays qui sont tributaires de leurs importations d'aliments de base. La libéralisation du commerce peut y avoir pour effet de réduire l'autonomie nationale en matière de production de denrées de base et accroître la nécessité de recourir aux importations. Cependant, cela n'est pas l'équivalent d'une diminution de la sécurité alimentaire nationale, laquelle est affectée essentiellement par l'aptitude d'un pays à engranger suffisamment de devises pour importer les aliments dont il a besoin.

251. L'agriculture d'exportation demeure l'une des pierres angulaires des économies de nombreux pays en développement et constitue la principale source de devises pour de nombreux pays à bas revenu. La libéralisation du commerce des produits agricoles contribue à la croissance de leurs exportations, y compris par la possibilité de développer des exportations non traditionnelles, notamment de fruits, légumes ou fleurs coupées, ce qui leur fournit davantage de devises leur permettant d'importer des produits essentiels pour la production agricole ainsi que des aliments. Si les obstacles au commerce sont réduits davantage pour les produits transformés que pour les produits non transformés, cela peut aussi encourager la mise en place d'industries de transformation et accroître la valeur ajoutée des exportations. De même, l'abaissement des obstacles au commerce des produits manufacturés à haute intensité de main-d'œuvre peut créer de nouveaux débouchés à l'exportation, par exemple pour les textiles, les articles de cuir et les produits en bois ou dérivés du bois. Il n'est par conséquent pas surprenant que les pays en développement soient très actifs, par exemple dans les négociations en cours à l'OMC sur l'agriculture.

252. En réduisant les subventions à l'exportation ainsi que les subventions liées à la production et en abaissant les obstacles au commerce, la libéralisation du commerce peut, du moins à court terme, réduire l'offre et accroître la demande et, de ce fait, faire monter les prix mondiaux des aliments, notamment pour les céréales et les cultures des régions tempérées. C'est pourquoi les pays les moins avancés et les pays



en développement importateurs nets de produits alimentaires se sont inquiétés des incidences de cette tendance sur le coût de leurs importations d'aliments. En moyenne, les importations d'aliments représentent environ 16 pour cent des importations totales des pays les moins avancés et 11 pour cent de celles des pays en développement importateurs nets de produits alimentaires, mais ce pourcentage varie énormément d'un pays à l'autre, les chiffres atteignant 30 à 40 pour cent dans certains pays du dernier groupe (FAO, Base de données sur le commerce des produits agricoles). Les céréales représentent dans l'ensemble environ 40 pour cent des importations d'aliments de ces pays et les huiles et les graisses 20 pour cent (FAO, 1999a).

253. En principe, les effets bénéfiques de la libéralisation du commerce sur le plan de l'amélioration de l'accès aux marchés peuvent compenser l'augmentation des prix mondiaux des aliments. En outre, dans la mesure où les distorsions de prix sur le marché mondial sont éliminées, il devrait en résulter un avantage supplémentaire pour les exportateurs de ces produits dans les pays en développement et l'agriculture devrait se trouver stimulée dans les pays en développement importateurs nets de produits alimentaires, dans lesquels le faible niveau antérieur des prix mondiaux des aliments et la concurrence d'importations subventionnées ont affecté de manière négative la production nationale. Ces effets peuvent ne pas se faire sentir partout et pas nécessairement à court terme, en raison notamment des contraintes sur le plan de l'offre, de l'ouverture limitée des marchés des pays développés et des difficultés à satisfaire aux normes sanitaires et phytosanitaires appliquées par ces pays. On craint aussi qu'une nouvelle libéralisation du commerce amenuise les préférences commerciales existantes. Cependant, dans le même temps, elle ouvre de nouvelles possibilités d'accès aux marchés non préférentiels, aspect d'autant plus important que le commerce Sud-Sud des produits agricoles est en augmentation et représente déjà quelque 40 pour cent des exportations de produits agricoles des pays en développement.

254. Le recours accru aux importations d'aliments de base accroît la vulnérabilité aux fluctuations du marché international, notamment en ce qui concerne les prix des produits de base, et augmente les menaces touchant à l'accès physique aux aliments (par exemple en cas de conflit ou d'autres situations préjudiciables dans les pays voisins pour les pays sans littoral). Cependant, il faut comparer ce risque à ceux d'une économie fermée dans laquelle l'approvisionnement intérieur en aliments est, entre autres, à la merci des conditions météorologiques. En tout état de cause, si la libéralisation du commerce des pays exposés à l'insécurité alimentaire n'est pas



contrebalancée par une libéralisation de leurs marchés d'exportation, il leur faudra vendre davantage de produits à l'exportation, notamment de produits agricoles tropicaux, pour payer leurs importations accrues d'aliments sans augmentation correspondante de la demande mondiale et l'accroissement de l'offre qui en résultera pourrait aggraver le déclin à long terme des prix à l'exportation.

255. Une préoccupation majeure des pays en développement est par conséquent le niveau de soutien et de protection de l'agriculture qui subsiste dans le monde développé, lequel n'a pas, de leur point de vue, débouché sur une situation d'égalité des chances. La nécessité d'une amélioration de l'accès aux marchés constitue une question majeure. Les crêtes tarifaires et la progressivité des droits de douane (droits plus élevés sur les produits transformés que sur les produits non transformés) des pays développés sont des obstacles importants à l'ajout de valeur aux produits agricoles et à la diversification de la production. Parallèlement, les subventions accordées par les partenaires commerciaux, qui entraînent des distorsions du commerce, fragilisent encore davantage la production nationale d'aliments et, comme les pays en développement ne peuvent rivaliser avec les subventions accordées dans le monde développé, certains d'entre eux qui ont le potentiel d'être des exportateurs d'aliments sont en fait des importateurs nets.

iv) L'aide alimentaire

256. L'aide alimentaire est importante en ce qu'elle limite les effets de l'insécurité alimentaire au niveau national, en particulier dans les situations d'urgence. Cependant, il est essentiel de réduire au minimum les incidences négatives éventuelles de l'aide alimentaire sur le développement agricole des pays bénéficiaires. Dans le cadre des règles de l'OMC, l'aide alimentaire n'est pas soumise aux engagements de réduction des subventions à l'exportation, mais seulement à certaines conditions, notamment que les transactions relevant de l'aide alimentaire s'effectuent conformément aux Principes de la FAO en matière d'écoulement des excédents et obligations consultatives.⁷³ Par ailleurs, la détention par les pouvoirs publics de stocks d'aliments à des fins de sécurité alimentaire est exclue des restrictions relatives aux subventions à la production prévues dans l'Accord de l'OMC sur l'agriculture, à condition que ces stocks soient constitués par le biais d'un programme gouvernemental financé sur les fonds publics et n'aient pas pour effet de soutenir les prix à la production et que tous les achats se fassent aux prix du

⁷³. Les autres conditions sont les suivantes: i) que l'octroi de l'aide alimentaire ne soit pas lié directement ou indirectement aux exportations commerciales de produits agricoles à destination des pays bénéficiaires et ii) que cette aide soit fournie dans la mesure du possible intégralement à titre de dons ou à des conditions non moins favorables que celles qui sont prévues à l'article IV de la Convention de 1986 relative à l'aide alimentaire.



marché. Cela laisse aux gouvernements toute latitude de poursuivre une telle politique, les seules contraintes étant celles de leurs ressources et des conditions des institutions financières et donateurs internationaux.

257. Il est également question de l'aide alimentaire dans la Décision ministérielle sur les mesures concernant les effets négatifs possibles du programme de réforme sur les pays les moins avancés et les pays en développement importateurs nets de produits alimentaires.⁷⁴ Conformément à cette décision, la Convention relative à l'aide alimentaire a été renégociée et la nouvelle Convention est en entrée en vigueur le 1er juillet 1999.⁷⁵ Cette Décision comporte également d'autres dispositions, y compris l'engagement des donateurs de prendre pleinement en considération, dans le contexte de leurs programmes d'aide, les demandes d'assistance technique et financière des pays les moins avancés et des pays en développement importateurs nets de produits alimentaires pour leur permettre d'améliorer leur productivité et leurs infrastructures agricoles. A l'initiative des pays en développement importateurs nets de produits alimentaires, qui considèrent qu'elle n'a pas été mise en œuvre de manière adéquate, la Décision est l'une des questions de mise en œuvre actuellement examinées par le Conseil général dans le cadre du mécanisme d'examen de la mise en œuvre.

v) Les négociations en cours sont une occasion à saisir

258. Les négociations en cours à l'OMC sur l'agriculture, auxquelles les pays en développement participent activement, constituent une occasion de faire progresser les choses en ce qui concerne le commerce des produits agricoles et la sécurité alimentaire. Au cours de la première phase des négociations, de mars 2000 à mars 2001, 121 Membres de l'OMC au total ont présenté 45 propositions de négociation, contre cinq propositions émanant de 35 pays au cours de la première année du Cycle d'Uruguay; au cours de la deuxième phase, 150 autres propositions et d'autres documents non officiels ont été présentés par les Membres. Ces négociations se sont vu donner une orientation complémentaire par les instructions et échéanciers contenus dans la Déclaration ministérielle de Doha. Avec l'adoption, en mars 2002, d'un programme détaillé pour l'établissement, avant mars 2003, des modalités concernant les nouveaux engagements en matière de subventions à l'exportation, d'accès aux marchés et de soutien interne, les négociations sont entrées dans une phase cruciale.

⁷⁴. Outre l'ensemble des pays les moins avancés, les pays en développement importateurs nets de produits alimentaires ci-après figurent actuellement sur la liste de l'OMC relative à cette Décision: Barbade, Botswana, Côte d'Ivoire, Cuba, Dominique, Egypte, Honduras, Jamaïque, Jordanie, Kenya, Maroc, Maurice, Pakistan, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sénégal, Sri Lanka, Trinité-et-Tobago, Tunisie et Venezuela (voir G/AG/5/Rev.4).

⁷⁵. Pour de plus amples renseignements, voir www.igc.org.uk.



259. Ces négociations traitent de la sécurité alimentaire et des questions connexes de diverses manières. Par exemple, un nombre important de pays ont demandé l'élimination des subventions à l'exportation et des autres formes d'aide à l'exportation de manière à mettre fin à leurs effets négatifs sur les systèmes de production des pays en développement. En outre, un groupe de pays en développement a souligné la nécessité de leur accorder des flexibilités supplémentaires pour faire face à leurs préoccupations en matière de sécurité alimentaire, y compris pour soutenir leur propre production de cultures vivrières essentielles et exempter cette assistance de tout engagement de réduction, dans le cadre d'une catégorie "développement/sécurité alimentaire" proposée. Il y a également eu des appels au renforcement des disciplines actuelles en matière de restrictions à l'exportation pour une plus grande sécurité de l'approvisionnement mondial en produits alimentaires, par exemple en empêchant les pays développés de taxer leurs exportations d'aliments et, ce faisant, de réduire l'offre sur le marché mondial lorsque les prix sont élevés. En outre, il a été proposé que les pays développés prennent des engagements plus spécifiques en matière d'aide alimentaire et un certain nombre d'autres propositions concrètes ont été faites pour répondre aux préoccupations des pays en développement importateurs nets de produits alimentaires.⁷⁶

QUESTIONS NOUVELLES

I. QUESTIONS NOUVELLES

260. Le progrès technique constitue l'un des principaux moteurs de la mondialisation et du commerce international, ainsi que des améliorations de la santé. Mais parfois ce progrès est plus rapide que le rythme auquel les sociétés peuvent comprendre ses incidences sur la politique menée par les pouvoirs publics ou y réagir. Dans le domaine de la santé, deux importantes avancées technologiques peuvent révolutionner les soins: les biotechnologies et les technologies de l'information. Une troisième question nouvelle concernant la santé a trait, paradoxalement, à l'usage centenaire de remèdes à base de plantes et au savoir traditionnel pour le traitement des maladies. Il s'agit là de la prochaine vague de questions qui se poseront aux gouvernements en matière de santé et de commerce.

1. Les biotechnologies

261. Bien que la gamme d'activités couvertes par ce terme soit très diverse, on peut généralement définir les biotechnologies comme "l'application de principes scientifiques

⁷⁶. Pour plus de renseignements sur l'état d'avancement des négociations sur l'agriculture, y compris sur les propositions liées à la sécurité alimentaire, consulter le site Web de l'OMC (thèmes commerciaux de l'OMC, négociations sur l'agriculture (www.wto.org)).



et techniques au traitement des matériaux par des agents biologiques dans le but de produire des biens et des services" (OCDE, 1982)⁷⁷. Les biotechnologies ont déjà énormément contribué à la recherche biomédicale et commencent à se traduire par des applications concrètes dans le domaine de la prévention et du traitement des maladies. Mais à mesure que leur champ d'application s'élargit, pour aller de l'être humain et des animaux aux plantes et aux arbres en passant par les gènes et les virus, leurs effets sur la société et les économies s'élargissent également.

262. Les résultats des découvertes biotechnologiques des quelque 20 dernières années ont déjà conduit à de nouveaux tests de diagnostic, produits pharmaceutiques et traitements médicaux pour une longue liste de maladies, allant du diabète (production des protéines de l'insuline humaine) au dépistage moléculaire de la tuberculose. Le décodage récent du génome humain a représenté l'aboutissement d'années de recherches scientifiques et marque le début d'une nouvelle ère de progrès médicaux potentiels. Les données concernant les chromosomes humains sont déjà utilisées dans la recherche sur les origines génétiques de la santé et des maladies.

i) Préoccupations concernant les brevets

263. Tout comme la controverse concernant les brevets relatifs aux médicaments ou aux vaccins qui ont une importance cruciale pour la santé publique, la prise de brevets sur les produits des biotechnologies soulève plusieurs préoccupations. L'une d'elles a trait à la brevetabilité des innovations biotechnologiques, c'est-à-dire à la question de savoir si ces innovations satisfont aux critères fondamentaux de nouveauté, d'inventivité et d'utilité. Les opinions divergent quant à la question de savoir si les données sur les séquences de gènes humains doivent être brevetables, bien que des sociétés privées aient déjà demandé et obtenu de tels brevets. Ce qui est en cause ici, c'est l'interprétation des critères fondamentaux de la brevetabilité (nouveauté, caractère inventif et applicabilité industrielle), lesquels figurent depuis longtemps dans les législations sur les brevets des pays développés et en développement (l'Accord sur les ADPIC de l'OMC se réfère à ces critères de base sans les interpréter plus avant). Certaines données sur les séquences de gènes humains sont déjà la propriété de sociétés privées, qui font des demandes de brevets malgré les arguments sur la brevetabilité de ces séquences. Une autre préoccupation est que, si des brevets sont accordés pour des protéines ou de l'ADN modifiés génétiquement, utilisés comme ingrédients actifs de nouveaux vaccins, cela pourrait conduire à des hausses de prix

⁷⁷. Bull, A.T., Holt, G., Lilly, M.D. Tendances et perspectives internationales, OCDE, 1982.



importantes du fait que la concurrence se trouverait limitée à quelques producteurs de vaccins, qui actuellement obtiennent généralement des brevets pour le procédé de production plutôt que pour les produits chimiques que contiennent les vaccins.

264. Les questions de propriété intellectuelle liées aux biotechnologies ont fait l'objet de débats au sein de l'OMC, aussi bien au Comité du commerce et de l'environnement qu'au Conseil des ADPIC lors de l'examen de l'article 27:3 b), relatif à la brevetabilité des inventions biotechnologiques. Au Conseil des ADPIC, ont notamment été soulevées des questions éthiques et morales liées à la brevetabilité des formes de vie et à la question de savoir ce qui constitue une invention et dans quelle mesure ses utilisations potentielles doivent être concrètes: par exemple, dans le cas de l'ADN et du génome, faut-il que la fonction du gène soit spécifiée ou qu'une application commerciale s'y rapporte? Le débat porte aussi sur la définition de certains termes utilisés dans l'Accord sur les ADPIC, tels que le mot "micro-organisme"; sur la signification d'une protection effective sui generis des nouvelles variétés de plantes, y compris sa relation avec la Convention internationale pour la protection des obtentions végétales (UPOV); sur le rapport entre l'Accord sur les ADPIC et la Convention sur la diversité biologique; et sur la protection du savoir traditionnel.

ii) Sécurité alimentaire et innocuité des aliments

265. Les biotechnologies offrent également la possibilité d'accroître les rendements dans la production d'aliments, d'augmenter les récoltes et d'améliorer la santé publique. Par exemple, le "riz doré", ou riz modifié génétiquement qui produit du bêta-carotène que le corps transforme en vitamine A, peut contribuer à réduire les carences en vitamine A, qui sont une cause majeure de cécité dans les pays en développement d'Afrique et d'Asie. Mais on ne dispose pas encore de renseignements complets sur les coûts et les incidences sur la santé de ce nouveau produit par rapport à d'autres méthodes permettant de réduire la cécité. Cette question traduit des préoccupations de sécurité plus larges concernant les aliments génétiquement modifiés, notamment les suivantes: la possibilité de transferts de gènes à des cellules microbiennes ou de mammifères à partir de plantes modifiées génétiquement; le transfert aux cellules de l'homme ou de l'animal et l'expression d'un gène de résistance fonctionnelle aux antibiotiques; et les effets allergéniques.



266. Il existe des systèmes réglementaires nationaux et régionaux pour vérifier l'innocuité des produits alimentaires génétiquement modifiés, mais les méthodes de test sont très différentes et produisent des évaluations incohérentes. L'OMS et la FAO ainsi que la Commission du Codex Alimentarius ont entrepris de déterminer les modifications qu'il convient d'apporter aux évaluations de l'innocuité des aliments génétiquement modifiés et aux règles internationales concernant le traitement de ces aliments. Un réseau interinstitutionnel sur la sécurité en matière de biotechnologie (IANB) a été constitué à l'OCDE, à Paris, en 1999. Il a pour objectifs l'échange de renseignements et la coopération entre les organismes intergouvernementaux ayant des activités liées à la sécurité biotechnologique.⁷⁸

267. En dépit du débat public animé qui s'est instauré en Europe et ailleurs, il n'a guère été question dans les enceintes de l'OMC des aspects des biotechnologies relatifs à la santé et à la sécurité et des OGM. Les discussions les plus détaillées à ce jour ont eu lieu au Comité OTC, qui a examiné les prescriptions de plusieurs Membres en matière d'étiquetage des OGM. Les questions relatives à l'innocuité des aliments et à la dispersion possible de semences génétiquement modifiées dans l'environnement peuvent relever de l'Accord SPS. Le Comité SPS a tenu des délibérations sur les négociations relatives au Protocole sur la prévention des risques biologiques. Le besoin de transparence et l'élaboration de normes internationales ont également fait l'objet d'une discussion à propos des préoccupations concernant les notifications liées aux OGM et, dans d'autres cas, en ce qui concerne l'absence de notification de mesures à l'OMC. Dans le cadre des négociations en cours sur l'agriculture, il y a également eu une proposition visant à préciser les disciplines de manière à assurer que les processus couvrant le commerce des produits élaborés grâce aux "nouvelles technologies" soient transparents, prévisibles et opportuns. Cependant, il n'y a pas encore eu de discussion de fond sur aucune de ces propositions.

iii) Le Protocole de Carthagène sur la prévention des risques biologiques

268. Le Protocole de Carthagène sur la prévention des risques biologiques⁷⁹ donne aux gouvernements le droit d'interdire, pour des raisons sanitaires et environnementales, les importations d'organismes vivants modifiés (OVM) destinés à être plantés ou autrement libérés dans l'environnement. Les OVM sont essentiellement des OGM, tels que des

⁷⁸. Participants: CGIAR, CBD, ICGB, FAO, OIE, OCDE, CNUCED, PNUD, ONUDI, OMS et OMC (pour de plus amples informations, voir www.oecd.org/subject/biotech).

⁷⁹. Il s'agit ici d'un protocole à la Convention sur la diversité biologique. Il a été adopté en janvier 2000 et avait reçu 100 signatures en juin 2001. Il entrera en vigueur lorsque 50 pays l'auront ratifié (trois ratifications avaient été enregistrées en juin 2001).



semences, qui n'ont pas été traités et qui pourraient vivre, s'ils étaient introduits dans l'environnement.⁸⁰ Un consentement préalable en connaissance de cause est nécessaire avant qu'ils puissent faire l'objet d'un commerce et les interdictions à titre de précaution peuvent être maintenues. Pour les produits contenant des organismes vivants modifiés qui sont destinés à la consommation directe ou à un traitement ultérieur, les prescriptions sont moins strictes, mais exigent que des renseignements sur les produits à base d'OGM soient fournis par une centrale avant tout échange commercial et, une fois encore, les interdictions à titre de précaution sont possibles. L'objectif du Protocole est d'assurer un niveau de protection adéquat sur les plans de la sécurité du transfert, du traitement et de l'utilisation des OVM susceptibles d'avoir des effets négatifs sur la conservation et la durabilité d'utilisation de la diversité biologique, compte tenu des risques pour la santé humaine.

269. S'il peut y avoir complémentarité entre le Protocole et les Accords de l'OMC, il existe aussi des possibilités d'incompatibilité. Par exemple, en vertu du Protocole de Carthagène, un pays souhaitant exporter des OVM, par exemple des semences, doit obtenir l'accord préalable "en connaissance de cause" du pays importateur avant le premier envoi et, dans certaines situations, l'importateur peut demander à l'exportateur d'effectuer l'évaluation du risque. Dans le cadre de l'Accord SPS, c'est à l'importateur qu'il appartient de justifier sa décision d'importation sur la base d'une évaluation du risque. Les obligations sont ici différentes. On ignore lequel des deux accords internationaux prévaudrait en cas de différend et dans quelle mesure ces obligations apparemment contradictoires constitueraient un problème dans la pratique. En tout état de cause, si un différend était porté devant l'OMC, un groupe spécial ou l'Organe d'appel pourraient juger uniquement du respect des Accords de l'OMC. Ce faisant, il prendrait cependant probablement en considération le Protocole de Carthagène, lorsque les deux parties en présence en seraient également signataires.

2. Technologies de l'information

270. L'informatique et les télécommunications transforment les sociétés et maintes économies, augmentent la productivité du travail, créent de nouveaux emplois et accélèrent les communications et les flux d'information. Cette tendance a déjà entraîné des changements dans les prestations de soins de santé et peut favoriser un développement des prestations de services de santé par delà les frontières. On peut aujourd'hui avoir des services de diagnostic et de traitement d'un pays à un autre grâce

⁸⁰. Le Protocole définit un "organisme vivant modifié" comme étant "tout organisme vivant possédant une combinaison génétique inédite obtenue par recours à la biotechnologie moderne". Un "organisme vivant" est défini comme étant "toute entité biologique capable de transférer ou répliquer du matériel génétique, y compris des organismes stériles, des virus et des viroïdes".



aux technologies des télécommunications. Par exemple, un patient peut être "examiné" dans un centre équipé d'un système vidéo par un médecin consultant se trouvant dans un autre pays. Les services d'interprétation, tels que ceux liés à l'examen d'échantillons pathologiques et à la transmission d'images pour les diagnostics, constituent les domaines de développement potentiel les plus immédiats, étant donné que la transmission d'images statiques nécessite beaucoup moins de bande passante que les transmissions vidéo pour l'établissement de diagnostics. A plus long terme, grâce aux technologies de l'information permettant de commander en temps réel dans les trois dimensions des instruments de précision avec transmission d'images en retour à l'opérateur, on pourra peut-être même effectuer des opérations chirurgicales à distance. Leur utilisation dans les échanges transfrontières au bénéfice des pauvres pourra cependant être limitée par leur coût élevé et le manque d'infrastructure et de personnel qualifié.

271. Depuis 1998, les Membres de l'OMC ont entrepris un programme de travail de grande portée visant à examiner les questions liées au commerce électronique. A l'époque où ce programme de travail a été lancé, les Membres se sont engagés à maintenir la pratique de ne pas imposer de droits de douane sur les transmissions électroniques. En outre, les produits pharmaceutiques commandés par voie électronique, par exemple, devaient faire l'objet du même traitement à la frontière, notamment sur le plan des droits de douane et des vérifications, que ceux commandés par courrier ordinaire. Sauf en matière de protection de la vie ou de la santé, les conseils médicaux fournis par voie électronique depuis un autre pays devaient être soumis aux mêmes règles que ceux fournis par correspondance (Adlung et Carzaniga, 2000). Le commerce électronique des services de santé peut aussi poser des problèmes propres; la qualité des soins fournis par des prestataires étrangers ne peut être vérifiée aussi facilement que la qualité et l'innocuité des produits sanitaires. Les pays qui autorisent ce type de commerce peuvent avoir besoin de certifier les fournisseurs étrangers de "télémédicaments", ce qui peut se révéler une tâche compliquée. En tout état de cause, il est probable que les préoccupations concernant la sécurité et le caractère privé des transactions en matière de santé, ainsi que les questions relatives à la responsabilité juridique et aux prescriptions concernant les licences, joueront un rôle beaucoup plus grand que les préoccupations de qualité pour ce qui est de déterminer l'utilisation et la croissance du commerce électronique des soins de santé.

272. Dans une perspective plus large, les technologies de l'information peuvent offrir la possibilité d'impliquer la société civile dans le débat sur les grandes orientations



relatives à la santé et au commerce au niveau national. Les discussions récentes sur les incidences des technologies de l'information et d'Internet sur la politique gouvernementale ont pour effet de promouvoir la notion de "gouvernement électronique", qui va au-delà du rôle des pouvoirs publics dans la promotion des technologies de l'information pour le commerce électronique. Les gouvernements pourraient utiliser les technologies de l'information pour établir des processus de gouvernement plus ouverts et plus transparents, permettre aux citoyens de participer aux débats sur les grandes orientations et promouvoir plus largement le développement et la démocratie (CCI, 2000). Vues sous cet angle, les technologies de l'information pourraient devenir un instrument puissant pour faire participer la société civile aux décisions concernant les questions liées à la santé nationale ou à la politique en matière de santé et commerce.

3. Protection du savoir médical traditionnel

273. La connaissance des plantes médicinales et de leurs vertus curatives s'est acquise sur des siècles et peut-être même des millénaires et elle a été transmise de génération en génération. D'importants secteurs de la population des pays en développement continuent à faire appel aux plantes médicinales, tandis que la demande les concernant augmente parmi les populations des pays industrialisés; il en résulte un commerce international croissant de médicaments à base de plantes. On estimait en 1996 que la valeur du commerce mondial des plantes médicinales s'élevait à 1,3 milliard de dollars par an et croissait de 10 à 20 pour cent par an (Financial Times du 5 février 2000). Pour la Chine, il constitue aujourd'hui une source importante de recettes à l'exportation et pour le Bhoutan, qui possède la concentration de plantes médicinales la plus élevée au monde, il représente un potentiel considérable. La démarche en matière de réglementation de la production et de l'utilisation des plantes médicinales à des fins de santé varie d'un pays à l'autre (OMS, 1998).

274. A mesure que la connaissance de la médecine traditionnelle et des plantes médicinales acquiert davantage d'importance sur les plans économique et commercial, la nécessité de la préserver et d'assurer que les bénéfices qui en sont tirés soient partagés de manière juste et équitable devient une préoccupation croissante. Le savoir traditionnel a fait l'objet, depuis 1999, de débats intenses au Conseil des ADPIC de l'OMC dans le cadre de l'examen de l'article 27:3 b) de l'Accord sur les ADPIC. Parmi les questions touchant au savoir médical traditionnel, qui y ont été débattues, figurent les suivantes:



- a) Protection du savoir traditionnel par le truchement des formes existantes de droits de propriété intellectuelle ou d'autres lois ou par une forme de protection sui generis.
- b) Prévention de la délivrance inconsidérée de brevets portant sur le savoir traditionnel et le patrimoine génétique des plantes, y compris l'amélioration à cette fin des bases de données concernant ces connaissances.
- c) La relation entre l'Accord sur les ADPIC et la Convention sur la diversité biologique en général et la mise en œuvre effective des dispositions concernant le consentement en connaissance de cause et le partage juste et équitable des avantages, énoncées notamment à l'article 8 j) de la Convention sur la diversité biologique.
- d) La relation entre les travaux menés au sein du Conseil des ADPIC et les discussions intergouvernementales sur la question, tenues notamment au CBD, à l'OMPI, à la FAO et à la CNUCED.

275. Nombre de ces questions ont été discutées en décembre 2000 lors d'un atelier de l'OMS sur les droits de propriété intellectuelle dans le contexte de la médecine traditionnelle.⁸¹ L'OMPI effectue également dans ce domaine des travaux visant à déterminer comment les droits de propriété intellectuelle existants peuvent être utilisés pour protéger les pratiquants de la médecine traditionnelle. D'autres travaux soulignent les difficultés auxquelles se heurteront les utilisateurs de médicaments à base de plantes et les praticiens de la médecine traditionnelle s'ils se fondent uniquement sur les modèles occidentaux de protection des droits de propriété intellectuelle. Il est par conséquent nécessaire d'élaborer d'autres démarches pour promouvoir et protéger la médecine traditionnelle et assurer un partage équitable de ses effets bénéfiques. En outre, il est important d'étudier comment les pays peuvent recourir aux flexibilités de l'Accord sur les ADPIC pour promouvoir un accès facile aux médicaments traditionnels pour les besoins des pays en développement en matière de soins de santé.

276. Ces trois questions (biotechnologies, technologies de l'information et protection des médicaments et du savoir indigènes) figurent parmi plusieurs questions nouvelles en matière de santé et de commerce. A mesure que l'intégration et l'interconnexion du monde se développent, les questions de santé d'aujourd'hui peuvent rapidement devenir les questions commerciales de demain et vice-versa. La séparation traditionnelle entre ministères de la santé et du commerce au sein des gouvernements ne correspond plus à l'intérêt national, lorsque les questions de santé et de commerce convergent. La

81. On peut en obtenir le rapport à l'adresse suivante: <http://www.who.int/medicines/library/trm/who-edm-trm-2001-1/who-edm-trm-2001-1en.htm>.



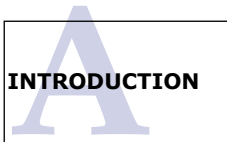
LES ACCORDS DE L'OMC ET LA SANTE PUBLIQUE

152

séparation habituelle entre "chargés de la santé" et "chargés du commerce", aussi bien dans les gouvernements nationaux que dans les organisations internationales s'occupant de santé et de commerce, empêche une meilleure compréhension de la manière dont les questions de commerce et de santé influent les unes sur les autres. L'élimination du cloisonnement entre les deux camps constitue de ce fait l'une des manières les plus importantes de résoudre et de prévenir les problèmes de santé du futur et de progresser plus rapidement vers les objectifs communs de santé et de développement économique.



IV. VERS UNE COHERENCE DES POLITIQUES DE LA SANTE ET DU COMMERCE



A. INTRODUCTION

277. Il existe un espace commun entre santé et commerce et entre les objectifs de l'OMS et ceux de l'OMC. L'OMS a pour objectif de parvenir au niveau le plus élevé possible de santé pour tous les peuples et définit la santé comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Une bonne santé est un élément important du développement économique durable. Quant au commerce, l'un de ses principes de base est qu'un régime commercial international libéral, soumis à des conditions raisonnablement stables et prévisibles, améliore le climat dans lequel se font les investissements, la production et la création d'emplois et contribue de ce fait à la croissance et au développement économiques. Généralement, l'état de santé d'un pays est affecté positivement par une telle croissance. Cette attente se trouve reflétée dans le préambule de l'Accord établissant l'Organisation mondiale du commerce:

"Les Parties au présent Accord,

Reconnaissant que leurs rapports dans le domaine commercial et économique devraient être orientés vers le relèvement des niveaux de vie ..."

278. Ainsi qu'il a été montré dans le présent rapport, les règles et dispositions des Accords de l'OMC les plus pertinentes en ce qui concerne la santé en général permettent aux pays de gérer leur commerce des marchandises et des services de manière à atteindre leurs objectifs nationaux en matière de santé, pour autant que les mesures relatives à la santé respectent les principes commerciaux fondamentaux tels que la non-discrimination. Même ces dispositions peuvent, aux termes de nombreux Accords de l'OMC, faire l'objet d'une dérogation pour raisons de santé publique.

279. Néanmoins, certains observateurs ont exprimé la crainte que les règles de l'OMC ne constituent une menace à une politique de santé publique avisée. Les désaccords à propos du bœuf traité aux hormones ou, éventuellement, du commerce des produits alimentaires génétiquement modifiés et les discussions récentes concernant l'Accord sur



les ADPIC et l'accès aux médicaments illustrent les tensions possibles entre politiques nationales de la santé et du commerce.

280. Une manière constructive d'aborder ces préoccupations est de les considérer comme autant d'occasions de rechercher un terrain d'entente. Réduire au minimum les conflits possibles entre commerce et santé et en maximiser les avantages mutuels constituent un exemple de cohérence politique. Il s'agit ici d'efforts visant à rechercher des synergies entre les politiques poursuivies dans les différents domaines afin de réaliser leurs objectifs communs, à savoir, dans le cas présent, la réduction de la pauvreté, le développement humain et la croissance économique. La nécessité d'une plus grande cohérence des politiques au niveau international a été mise en relief lors de plusieurs conférences récentes des Nations Unies, tandis que de nombreux gouvernements nationaux s'efforcent de rendre plus cohérentes leurs politiques en matière de commerce international et de développement.

281. Le dernier chapitre du présent rapport souligne l'importance de l'objectif de cohérence entre les politiques de la santé et du commerce aux niveaux national et international. Il décrit les efforts accomplis par deux pays, le Canada et la Thaïlande, pour parvenir à une cohérence de leurs politiques nationales de la santé et du commerce. Il examine ensuite, au niveau international, les efforts visant à coordonner les activités de l'OMS et de l'OMC et examine les possibilités d'améliorer la cohérence de leurs politiques. En conclusion, il avance des suggestions concernant de nouvelles directions dans lesquelles les responsables de la santé, du commerce et du développement peuvent rechercher une plus grande cohérence politique et contribuer ainsi davantage à l'objectif d'un développement humain et économique plus durable.



B. VERS UNE COHERENCE DES POLITIQUES AUX NIVEAUX NATIONAL ET INTERNATIONAL

282. Il est facile de soutenir le principe de la cohérence des politiques, mais il est difficile de réaliser celle-ci dans la pratique. Elle exige une concertation, des consultations et des actions coordonnées régulières entre décideurs et conseillers de tous bords. Il existe des enjeux similaires pour ce qui est d'autres politiques: en matière de commerce et de finance ou de commerce et d'environnement, par exemple. Ce sont deux perspectives différentes qui sont à la base de l'interaction entre les considérations commerciales et les questions de santé. Du point de vue d'un ministère



du commerce, la santé peut être considérée dans le cadre d'accords traitant essentiellement de la libéralisation du commerce. Par contre, les professionnels de la santé peuvent percevoir que la nécessité de soumettre les mesures sanitaires à un examen sous l'angle du commerce a pour effet de subordonner la santé aux intérêts commerciaux. Ces points de vue peuvent créer des tensions entre "gens du commerce" et "gens de la santé" et rendre la cohérence difficile à réaliser.

283. La sauvegarde de la santé est un objectif que personne ne met en question. Dans le contexte de l'OMC, les représentants des gouvernements examineront probablement soigneusement la manière dont les objectifs de santé se traduisent en mesures qui ont des incidences sur le commerce. Par exemple, les règles de l'OMC exigent l'absence de discrimination dans l'application des mesures commerciales. La discrimination peut être particulièrement difficile à justifier pour des raisons sanitaires, car l'origine de marchandises ou de services dangereux ne devrait pas importer: de la viande contenant un polluant dangereux devrait être rejetée de manière égale, quelle que soit son origine. L'affaire de l'amiante est un autre exemple de mesure concernant la santé qui a un effet sur le commerce (voir chapitre III, encadré 10). Dans cette affaire, il fallait déterminer si la mesure était "nécessaire" afin de pouvoir la considérer comme une exception générale au titre de l'article XX b). Il a été relativement facile de déterminer que l'amiante posait un risque sérieux pour la santé, mais il était plus difficile de décider si les mesures prises ne favorisaient pas considérablement l'industrie française ou si un "usage contrôlé", tel que le proposait le Canada, ne pouvait pas assurer le niveau adéquat de santé choisi par la France. Par un processus d'évaluation et d'équilibrage des différents facteurs en jeu (tels que l'importance des valeurs ou des intérêts communs protégés par la mesure ou l'efficacité de cette mesure pour la poursuite de la politique considérée), une interdiction des importations a finalement été jugée nécessaire pour la protection de la santé.

284. Le fait de souligner et de préciser les possibilités qu'offrent les Accords de l'OMC pour ce qui est de l'adoption de politiques respectueuses de la santé et du renforcement des capacités des autorités sanitaires nationales à contribuer à la coordination de la politique et à énoncer "leurs" priorités pour les négociations peut contribuer à éviter les tensions. Dans cet esprit, de nombreux pays développent la coopération entre commerce et santé pour réaliser leurs objectifs nationaux; c'est le cas notamment de la Thaïlande et du Canada.⁸² Ces deux exemples nationaux seront suivis d'une discussion de la manière dont l'OMS et l'OMC s'efforcent d'améliorer la coopération au niveau international.

82. Nous tenons à remercier les Ministères de la santé de la Thaïlande et du Canada d'avoir fourni ces deux études de cas. Il serait instructif de disposer de davantage de renseignements sur les processus de coordination des politiques des ministères de la santé et du commerce suivis par d'autres pays, qui peuvent avoir adopté des démarches différentes pour assurer la cohérence de leurs politiques en matière de commerce et de santé.



i) Thaïlande

285. C'est au milieu des années 80, lorsque le pays a été placé sur la liste des "pays à surveiller sur le plan commercial" au titre de l'article 301 de la législation des Etats-Unis parce que la loi thaïe n'accordait pas de brevets pour les produits pharmaceutiques, que le Ministère de la santé thaïlandais a pris conscience de l'importance de la législation internationale du commerce pour les questions de santé. C'était également l'époque à laquelle la Thaïlande participait aux négociations du Cycle d'Uruguay; cela a conduit à un débat sur les incidences sanitaires de l'introduction dans les accords commerciaux internationaux de la protection des droits de propriété intellectuelle. Vers la même époque, des groupes s'occupant de commerce et de santé en Thaïlande débattaient de la question de savoir s'il était souhaitable d'ouvrir le marché du tabac aux fabricants étrangers de cigarettes. En raison de la nécessité de définir une politique gouvernementale commune sur ces questions, le Ministère de la santé a établi des relations solides et constructives avec le Ministère du commerce et plus particulièrement le Service de l'économie des entreprises, qui a la charge de tous les accords commerciaux internationaux, y compris ceux de l'OMC.

286. Le Comité de la politique commerciale internationale du gouvernement thaï, présidé par un adjoint au Premier Ministre, comprend parmi ses membres le Secrétaire permanent pour la santé. C'est un lieu de débat de haut niveau, dans lequel les intérêts du secteur de la santé peuvent être pris en compte dans le cadre des discussions relatives à la politique commerciale. Le Comité comporte plusieurs sous-comités chargés de questions commerciales; le Secrétaire permanent pour la santé siège dans la plupart d'entre eux, y compris ceux chargés de l'Accord sur les ADPIC, de l'AGCS et des Accords SPS/OTC. En outre, de nombreux sous-comités comportent des groupes de travail auxquels participent d'autres fonctionnaires de rang élevé du Ministère de la santé. Ces mêmes comités et groupes de travail traitent aussi de questions régionales de santé et commerce.

287. Le Ministère de la santé a constitué un réseau de spécialistes de la santé qui ont une bonne compréhension des questions commerciales et sont en mesure de conseiller les responsables du commerce. Un point central pour les questions commerciales a été désigné au sein du Bureau de la politique et de la planification de la santé du Ministère de la santé, lequel coordonne la participation du Ministère dans les questions commerciales. Pour chaque question commerciale liée à la santé, l'un des services du Ministère de la santé sert également de point central de coordination; par exemple la



Division de l'enregistrement médical, qui contrôle tous les hôpitaux privés et le personnel médical privé sert de point central de coordination pour le commerce des services. Pour l'Accord sur les ADPIC, le point central de coordination est l'Administration des aliments et des médicaments et pour les Accords SPS et OTC, c'est le Département de la science médicale.

288. En 1998, le Ministère de la santé a établi une Commission ministérielle du commerce international et de la santé, qui réunit des experts du monde universitaire et des représentants de la société civile et du Ministère du commerce pour débattre de questions essentielles de santé et de commerce. L'un de ses sous-comités a étudié les effets de la protection des pipelines sur le prix des médicaments. Un autre a examiné quelle devait être la position de la délégation thaïe à l'OMC et dans d'autres enceintes internationales. Par exemple, il a discuté de la position de la Thaïlande pour la réunion de juin 2001 du Conseil des ADPIC où était examinée la question des ADPIC et de l'accès aux médicaments. Un autre projet porte sur la mise en œuvre des dispositions relatives aux importations parallèles et aux licences obligatoires (qui doit y participer, quelles mesures doivent être prises et que prévoit la législation nationale sur les brevets?). Il existe aussi un projet d'étude des incidences de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) sur le développement des ressources humaines en Thaïlande. Pour renforcer encore les capacités nationales d'analyse des incidences du commerce international sur la santé, un groupe spécial du Collège de santé publique de l'Université Chulalongkorn a reçu un soutien du Fonds pour la recherche de Thaïlande pour étudier ces questions. L'expérience thaïlandaise en matière de collaboration entre les domaines de la santé et du commerce montre qu'une coordination à un niveau élevé contribue à assurer la prise en compte des questions de santé dans les politiques commerciales.

ii) Canada

289. Au Canada, la collaboration entre les Ministères de la santé et du commerce a commencé au début des années 90, du fait des négociations alors en cours avec les Etats-Unis et par la suite le Mexique sur ce qui est devenu l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA). Cette collaboration s'est poursuivie lorsque le Canada a négocié divers accords commerciaux bilatéraux, le Cycle d'Uruguay de l'OMC et l'Accord multilatéral sur les investissements (lequel n'a pas abouti). Les discussions ont porté sur les mesures sanitaires et phytosanitaires, les obstacles techniques au commerce, la propriété intellectuelle, l'investissement, les services, les marchés publics et l'admission temporaire de cadres dans le pays.



290. Depuis 1999, le Ministère de la santé, appelé Santé Canada, a suivi une démarche plus stratégique et coordonnée pour ce qui est de la relation avec les questions commerciales internationales afin d'assurer que les préoccupations de politique de la santé soient prises en considération très tôt dans les négociations commerciales. Ce changement d'attitude est dû à une prise de conscience croissante au sein du Ministère de la santé des incidences de plus en plus fortes du commerce international sur la santé. Cela a conduit à des rapports et une concertation plus étroites avec les responsables du commerce et une participation poussée de représentants du Ministère de la santé à tous les niveaux dans les comités, groupes de travail et consultations interministérielles du Ministère du commerce. Les responsables du commerce se sont également assurés la participation d'autres ministères pour définir les positions canadiennes dans les négociations commerciales en cours.

291. Pour établir une relation de travail fructueuse entre les deux ministères, Santé Canada a désigné un point de contact central pour les représentants du Ministère du commerce afin de leur faciliter l'obtention des avis du Ministère de la santé. La Direction des affaires internationales a assumé ce rôle et établi un groupe de travail sur la politique commerciale internationale au sein de Santé Canada afin de réunir les divers responsables de la santé s'occupant de questions liées à la santé et au commerce (telles que l'innocuité des aliments, les produits pharmaceutiques et la protection conférée par les brevets, les obstacles techniques, les services de santé, les ressources humaines du secteur de la santé et les questions de télésanté/télémedecine).

292. Divers mécanismes et processus interministériels établis par le Ministère du commerce pour traiter des questions de politique commerciale facilitent une meilleure compréhension des points de vue de chacun et des diverses questions. La participation de responsables de la santé à ces réunions les a aidés à comprendre comment les questions de santé et de commerce s'inscrivent dans un cadre plus large. En outre, le développement de la concertation informelle et des échanges de renseignements entre ministères gouvernementaux s'est révélé très précieux.

293. Les relations de travail avec le Ministère du commerce ont facilité les consultations sur des questions touchant à la fois à la santé et au commerce comme, par exemple, des différends commerciaux tels que l'affaire de l'amiante, les négociations commerciales (notamment sur l'AGCS et la zone de libre-échange des Amériques), les questions concernant le commerce (ADPIC et médicaments essentiels),



les communications commerciales (notamment en ce qui concerne les positions du Canada dans les négociations), les consultations avec le secteur privé (notamment avec les parties prenantes du secteur de la santé en ce qui concerne l'AGCS) et, d'une manière générale, toutes les questions nouvelles concernant l'OMC et l'ALENA.

294. L'influence du Ministère de la santé dans la définition des positions commerciales dépend de plusieurs facteurs, notamment de la nature de la question commerciale dont il s'agit, de l'importance relative de l'aspect santé dans la question considérée, de l'importance d'autres préoccupations de politique intérieure et des positions existantes (par exemple dans les accords commerciaux) en matière de santé et commerce. Les justifications fondées sur la recherche peuvent être importantes et dépendent de la solidité et de la certitude des conclusions concernant le rapport entre le commerce ou les accords commerciaux et la santé. En dernière analyse, les positions en matière de négociations commerciales sont guidées par les priorités et objectifs de politique intérieure les plus importants. Pour qu'une décision puisse être prise sur les priorités relatives, les responsables de la santé doivent expliquer clairement les priorités et objectifs nationaux en matière de santé sur lesquels doit se fonder une position commerciale.



C. COORDINATION INTERNATIONALE ENTRE L'OMS ET L'OMC EN MATIERE DE SANTE ET COMMERCE

295. Au niveau international, l'OMS et l'OMC s'efforcent de coordonner leurs activités dans plusieurs domaines. Les deux organisations ont traité des questions de santé et de commerce au niveau politique le plus élevé. Au niveau technique, elles ont tenu récemment un atelier sur la fixation différenciée pour des prix des médicaments et sur le rôle des droits de propriété intellectuelle.⁸³

296. Si les rôles et les objectifs des deux organisations sont distincts, il n'en existe pas moins des possibilités de complémentarité entre leurs activités. La question de l'innocuité des aliments est une bonne illustration de la manière dont cette complémentarité fonctionne au quotidien. L'Accord SPS encourage les Membres à fonder les mesures qu'ils prennent en matière d'innocuité des aliments sur les normes, directives et recommandations internationales, lorsqu'elles existent. Pour la sécurité sanitaire des aliments, l'Accord SPS se réfère explicitement aux normes, directives et recommandations établies par le Codex (dont l'OMS est l'un des organismes de tutelle).

⁸³. On peut trouver le rapport final de l'atelier à l'adresse suivante: <http://www.who.int/medicines/>.



L'utilité de ce lien réside dans la clarté qu'il confère aux rôles respectifs des deux organisations: on a, d'une part, les travaux scientifiques de l'OMS, qui sont fondés sur des preuves et, d'autre part, les obligations plus juridiques, liées au commerce, qui découlent des Accords de l'OMC. Dans la pratique, cela signifie que les mesures fondées sur les normes, directives ou recommandations internationales définies par le Codex sont présumées compatibles avec l'Accord SPS, de sorte que les Membres qui prennent ainsi leurs mesures peuvent avoir toute confiance qu'elles sont conformes aux règles de l'OMC et que le consommateur est bien protégé.

297. En outre, le lien entre le travail normatif du Codex et l'apport scientifique de l'OMS est important en ce sens qu'il confère une certaine dynamique aux règles commerciales. Les pays négocient à l'OMC des règles commerciales, mais l'OMC n'est pas un organisme scientifique et il ne définit pas de normes. La présence active de l'OMS aux réunions du Comité SPS a permis à son personnel de fournir des conseils sur les questions de santé pertinentes pour le commerce. On peut citer comme exemples l'apport de l'OMS en ce qui concerne les risques pour la santé humaine de la maladie de la vache folle (ESB) et les incidences sanitaires des organismes génétiquement modifiés contenus dans les aliments. Les représentants de l'OMS ont également apporté des témoignages d'experts dans des groupes spéciaux de règlement des différends de l'OMC, par exemple dans l'affaire CE-Hormones.

298. En dehors des réunions officielles, les fonctionnaires des deux organisations participent à des réunions régionales ou nationales organisées par l'une ou l'autre ou par les deux à des fins d'assistance technique. Par exemple, l'OMS fournit conjointement avec la FAO une assistance technique à certains pays pour les aider à se conformer aux prescriptions de l'Accord SPS en renforçant leurs comités nationaux du Codex, en leur dispensant une formation en matière d'analyse des risques et de surveillance des maladies associées aux aliments et de lutte contre celles-ci, en mettant à jour leur législation sur les aliments et en améliorant leurs systèmes de contrôle de l'innocuité des aliments. L'OMC a organisé fréquemment des ateliers nationaux ou régionaux sur l'Accord SPS en coopération étroite avec le Codex, l'OIE et le Secrétariat de l'IPPC. En d'autres occasions, l'OMS a fourni à des pays des conseils techniques sur la manière d'intégrer la dimension santé publique dans la législation nationale en matière de brevets ainsi que sur les options légales qu'offre l'Accord sur les ADPIC pour promouvoir un accès équitable aux médicaments essentiels. En septembre 2001, l'OMS a organisé à l'intention de responsables de la santé et du commerce un cours de formation d'une



semaine sur les incidences sanitaires des accords commerciaux multilatéraux, auquel l'OMC a participé.⁸⁴

299. En dehors du Comité SPS, les rapports officiels de l'OMS avec l'OMC se traduisent aussi par son statut d'observateur au Conseil des obstacles techniques au commerce et au Conseil des ADPIC ainsi qu'aux réunions ministérielles de l'OMC; par contre, l'OMS ne dispose pas du statut d'observateur au Conseil général.⁸⁵ Son statut d'observateur dans différents organes permet à l'OMS de mieux identifier les politiques sanitaires et commerciales qui se renforcent mutuellement et de contribuer à prévenir les conflits éventuels. L'OMC a le statut d'observateur à la réunion annuelle de l'Assemblée mondiale de la santé. Par ailleurs, ses fonctionnaires participent en qualité d'observateurs aux réunions du Codex et aux délibérations de la Convention-cadre pour la lutte antitabac.

D CONCLUSION

D. CONCLUSION

300. Pour s'acheminer vers une cohérence des politiques, il faut un engagement constructif sur les principales questions concernant le commerce et la santé actuellement considérées par l'OMC, l'OMS et d'autres organisations internationales. Il existe de plus en plus de possibilités de tirer profit des synergies entre politique du commerce et politique de la santé aux niveaux national et international. A ce dernier niveau, les réunions et négociations de l'OMC et de l'OMS sont d'importantes occasions d'examiner les points communs entre ces politiques. On trouvera dans l'encadré ci-après (encadré 19) quelques-unes des questions ayant trait au commerce et à la santé dont traitent les organes de l'OMC et d'autres organismes internationaux.

301. La définition des grandes orientations politiques n'est pas du seul ressort des représentants des gouvernements. Pour chaque question, le processus met en jeu plusieurs protagonistes au niveau national: les ministères, les institutions spécialisées, la société civile, le secteur privé et le grand public. Une définition efficace des grandes orientations politiques dépend de la prise de conscience, de la coordination et de l'engagement de tous les intéressés. Les mesures mentionnées ci-après peuvent contribuer à en assurer la cohérence.

84. Pour de plus amples informations sur ce cours, s'adresser directement à l'OMS.

85. Ce sont les gouvernements Membres de l'OMC qui décident par consensus de l'octroi du statut d'observateur.



Encadré 19

Quelques questions ayant trait au commerce et à la santé considérées par les organes de l'OMC et d'autres organismes internationaux

ADPIC

- Examen des dispositions de l'article 27:3 b)
- Propriété intellectuelle et accès aux médicaments

AGCS

- Intérêt et structure possible d'un mécanisme de sauvegarde en situation d'urgence
- Réglementation nationale (par exemple, prescriptions en matière de qualifications, d'homologation et de licences)
- Circulation des personnes physiques

SPS et OTC

- Participation efficace des pays en développement aux processus normatifs
- Biotechnologies
- ESB
- Résistance aux antibiotiques

CCLAT

- Négociations relatives à la Convention-cadre pour la lutte antitabac
- Incidences sur le commerce des dispositions éventuelles concernant l'harmonisation internationale des taxes, des prescriptions en matière d'emballage et d'étiquetage, de la non-application aux produits à base de tabac des réductions de droits de douane dans le cadre des accords commerciaux régionaux et des restrictions en matière de publicité

RSI

- Révision du Règlement sanitaire international
- Compatibilité entre les recommandations de l'OMS relatives aux "situations sanitaires urgentes d'importance internationale" et les règles SPS

Codex

- Normes du Codex en matière d'innocuité des aliments
- Participation effective des pays en développement aux processus normatifs du Codex (innocuité, qualité et usages nutritionnels)
- Normes de sécurité et systèmes d'agrément avant commercialisation pour les aliments issus des biotechnologies (aliments génétiquement modifiés).



i) Les questions de santé dans les règles de l'OMC

302. On a décrit dans le présent document comment les règles de l'OMC affectent la politique de la santé publique sous différents aspects (lutte contre les maladies infectieuses, innocuité des aliments, tabac, environnement, accès aux médicaments, services de santé, sécurité alimentaire et certaines questions nouvelles concernant la santé, liées par exemple aux biotechnologies). Toutes ces questions sont traitées au cours des réunions ordinaires de l'OMC. Elles peuvent faire l'objet d'un débat au titre d'un point précis de l'ordre du jour, comme ce fut le cas pour le choléra lors du débat sur le commerce du poisson entre l'Afrique et l'Europe. Ou bien une question de santé peut faire l'objet d'une discussion poussée particulière, comme ce fut le cas lors de la réunion du Conseil des ADPIC consacrée aux brevets et à l'accès aux médicaments à des prix abordables. Il est utile que les délégations participant à ces réunions soient conscientes des questions de santé implicites qui peuvent surgir dans le contexte du commerce. La participation de responsables de la santé lorsque les questions de santé sont traitées peut être importante à cet égard.

303. En dehors des travaux entrepris dans les comités opérationnels (agriculture, SPS, OTC, etc.), les examens effectués dans le cadre du Mécanisme d'examen des politiques commerciales (MEPC) de l'OMC peuvent aussi être l'occasion de débattre de questions de commerce et de santé. Il est indiqué dans le mandat d'un examen MEPC que l'examen de la politique commerciale d'un Membre "s'inscrit, pour autant que cela est pertinent, dans le contexte des besoins, des politiques et des objectifs généraux du Membre concerné dans le domaine ... du développement ...". Si l'on considère que certaines questions sanitaires constituent une entrave aux objectifs de développement ou à la mise en œuvre de la politique commerciale, il existe la possibilité de les soulever dans le cadre des examens des politiques commerciales. Ceux-ci peuvent ainsi faciliter l'interaction entre les services gouvernementaux responsables de la politique commerciale. Par exemple, il peut être utile, dans les examens MEPC, de décrire la situation sanitaire, dans le cadre des indications fournies sur les ressources humaines du pays considéré (par exemple niveau d'alphabétisation, taille, etc.). En outre, les questions de santé et de commerce peuvent se rapporter à certains chapitres particuliers des rapports d'examen des politiques commerciales traitant de sujets liés à la santé, tels que les SPS, l'AGCS et l'Accord sur les ADPIC.



ii) ... et les questions commerciales dans le règlement sanitaire international

304. La prise en compte des aspects commerciaux dans la politique de la santé peut aussi accroître la cohérence des grandes orientations. Cela exige qu'on analyse les incidences possibles des dispositions commerciales proposées dans les traités et règlements sanitaires internationaux et leur compatibilité avec les Accords de l'OMC. La démarche est analogue aux discussions sur la compatibilité des dispositions commerciales des AEM avec les règles de l'OMC, engagées au Comité du commerce et de l'environnement (CCE) de l'OMC et dans le cadre des négociations connexes qui se tiennent dans les sessions extraordinaires du CCE. Une "évaluation des incidences sur le commerce" s'effectue déjà de manière informelle du fait que l'OMC suit les négociations en cours sur la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT). Dans ce contexte, le Secrétariat de l'OMC fournit des renseignements pour préciser les règles commerciales et s'efforce d'attirer l'attention sur les domaines possibles de conflit entre les règles de l'OMC et les dispositions de la CCLAT. On peut citer aussi comme possibilité d'apport de la part du secteur du commerce l'élaboration du Règlement sanitaire international de l'OMS et les accords environnementaux multilatéraux intéressant la santé publique.

iii) La nécessité d'asseoir la politique sur des faits

305. Pour suivre et évaluer les incidences sanitaires des accords existants de l'OMC et évaluer les incidences sanitaires possibles des règles et disciplines proposées à l'OMC, il est nécessaire d'effectuer des recherches et des analyses. L'un des obstacles actuels à tels analyses est l'absence de collecte systématique de données, notamment dans le domaine du commerce des services de santé. La plupart des sources de données fondent leurs statistiques relatives au commerce des services uniquement sur les modes 1 et 2 (fourniture de services transfrontières et consommation à l'étranger) et dans une moindre mesure sur le mode 4 (circulation des personnes physiques); souvent, selon la pratique suivie en matière de relevés, même ces données ne couvrent pas la totalité du pays. Les données relatives à la présence commerciale ne sont pas incluses dans les statistiques internationales et il n'existe pas de définition claire et convenue de la manière de mesurer la valeur des échanges. Les données relatives à ces modes, qui existent au niveau des pays, par exemple sur la circulation des consommateurs et des prestataires de services, les envois d'argent des travailleurs et l'investissement direct, généralement ne sont pas suffisamment désagrégées pour que l'on puisse distinguer les éléments concernant le secteur de la santé, et encore moins faire la distinction, par exemple, entre les mouvements de médecins et d'infirmiers, ou les investissements



directs dans des hôpitaux et dans d'autres services et centres liés à la santé. Il existe un besoin urgent d'améliorer les systèmes de collecte des données pour évaluer rigoureusement l'ampleur, la nature et la répartition géographique du commerce des services de santé (tels qu'ils sont définis par l'AGCS) et les effets de la libéralisation des services, y compris les engagements au titre de l'AGCS, sur la santé et les systèmes de santé.

iv) Négociations et examens

306. Les règles du commerce sont négociées par des représentants des gouvernements souvent pendant plusieurs années. Aux réunions ministérielles de l'OMC (qui ont lieu tous les deux ans), les pays peuvent décider de lancer des négociations dans de nouveaux domaines ou d'approfondir la réforme d'autres secteurs. Lors de la quatrième Conférence ministérielle de l'OMC, tenue à Doha (Qatar) en novembre 2001, les Membres ont décidé d'un programme de travail, le "Programme de développement de Doha", qui prévoit des négociations dans de nombreux domaines (voir la Déclaration ministérielle de Doha à l'annexe 1). Avant Doha, des négociations prescrites par les Ministres étaient déjà en cours sur l'agriculture et les services, lesquelles offraient aussi aux gouvernements la possibilité de traiter de questions de santé publique. La sécurité alimentaire et les services de santé, dont il a été question dans le présent rapport, touchent à ces deux domaines. En outre, de nombreux Accords de l'OMC font l'objet d'examen réguliers: l'Accord sur les ADPIC est actuellement examiné et l'Accord OTC est examiné tous les trois ans. Les gouvernements peuvent décider de faire participer des responsables de la santé à l'élaboration de la politique nationale afin d'assurer que les objectifs du pays en matière de santé soient pris en compte dans toute modification des Accords de l'OMC. Ils peuvent aussi décider d'inclure des responsables de la santé dans leurs équipes de négociations internationales. Ces négociations offrent une occasion de la plus haute importance pour traiter des déséquilibres perçus, des contraintes ou des dispositions qui ne sont pas suffisamment claires; elles offrent aussi l'occasion de soutenir et d'apporter des modifications et même d'élaborer de nouveaux accords ou mémorandums d'accords.

307. On ne saurait trop souligner l'importance de soulever les préoccupations que l'on peut avoir dans le cadre des négociations. A l'OMC, les négociations sont un processus multilatéral, c'est-à-dire que tous les Membres de l'Organisation sont concernés et traités de manière égale. Cela peut rendre long et difficile le processus permettant de réaliser des progrès sur des questions ardues ou controversées, mais un accord n'est



possible en fin de compte que s'il y a consensus de tous les Membres. En cas de désaccord sur la signification ou les incidences d'une disposition d'un Accord de l'OMC, les pays peuvent porter l'affaire devant l'Organe de règlement des différends. Il appartient alors à un groupe spécial et, éventuellement, à l'Organe d'appel de la résoudre.

v) Accession

308. Lorsqu'un pays demande à devenir Membre de l'OMC, les responsables sanitaires ou autres ont une occasion supplémentaire de s'informer sur l'OMC et ses Accords. C'est aussi pour les responsables de la santé une occasion importante d'influencer la politique commerciale du pays en ce qu'elle touche à la santé. L'accession est un processus négocié. L'expérience montre que l'ampleur et la portée des engagements, c'est-à-dire le nombre de secteurs couverts et les niveaux d'accès consentis, ont augmenté au cours des dernières années.

vi) Renforcement des capacités

309. La cohérence des politiques exige une coordination de l'ensemble des domaines du commerce et de la santé. Cela a été souligné tout au long du présent rapport. Dans de nombreux pays en développement, et encore plus dans les pays les moins avancés, les capacités à cet égard sont nulles ou très faibles. Le défi le plus grand, s'agissant de faire du commerce l'un des moteurs du développement, est peut-être d'assurer que ses effets bénéfiques accélèrent le développement dans les pays les plus pauvres et au profit des habitants les plus pauvres. La cause profonde de nombreux problèmes de santé dans les pays en développement est la pauvreté. Le Cadre intégré pour l'assistance technique liée au commerce a été établi pour aider les PMA à s'intégrer davantage dans l'économie mondiale.⁸⁶ Au cours de la réorganisation du groupe, à l'automne 2000, les six institutions participantes (FMI, CCI, CNUCED, PNUD, Banque mondiale et OMC) ont souligné que leur objectif était d'assurer que la politique commerciale soit "définie dans le contexte plus large du développement". Elles ont souligné que leurs conseils et leur appui devaient être étroitement liés aux efforts des PMA visant à élaborer des stratégies nationales de développement, soit dans le contexte de l'élaboration des Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) pour la Banque mondiale et le FMI, soit dans celui du plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement. L'OMS pourrait collaborer plus étroitement avec le Cadre

⁸⁶. Pour de plus amples renseignements, voir: www.lcds.org.



intégré pour assurer que les conseils fournis en matière de commerce par les partenaires internationaux reflètent les préoccupations et objectifs en matière de santé. Inversement, les travaux sur ces questions menés au niveau national renseigneraient les politiques élaborées au niveau international dans toutes ces organisations.

vii) Deux ingrédients critiques de la cohérence des politiques

310. Les responsables de la santé et du commerce de tous les pays, ainsi que les représentants de la société civile et du secteur privé, peuvent utiliser toute une série de lieux de discussion et d'opportunités pour assurer une meilleure cohérence des politiques suivies. Les synergies qui en découleraient constitueraient un apport précieux pour un développement humain et économique plus équitable et plus efficace de par le monde. Comme on l'a indiqué plus haut, il semble y avoir deux ingrédients critiques, qui contribuent de manière importante à une coordination effective des politiques du commerce et de la santé.

311. Le premier est une gestion éclairée. Les principaux responsables dans les ministères ou les organisations internationales concernés doivent connaître les questions d'intérêt commun et échanger des informations, y compris sur les décisions à venir concernant les grandes orientations. Les cadres supérieurs peuvent donner l'exemple de la collaboration en s'engageant personnellement (pour ce qui est de leur temps et sur le plan de la visibilité et des ressources) dans les discussions et les débats intersectoriels, y compris les efforts pour faire participer et informer la société civile. Une gestion avisée est particulièrement importante pour éviter les conflits potentiels entre des domaines politiques qui jusque-là n'étaient pas étroitement coordonnés, tels que la santé et le commerce.

312. Deuxièmement, les institutions intersectorielles sont importantes. Les comités permanents, équipes spéciales, groupes de travail ou autres organes, qui permettent des contacts réguliers, au niveau national ou international, facilitent la collaboration. En outre, les institutions publiques pourraient consulter régulièrement la société civile, le secteur privé et les experts du monde universitaire pour instruire et sensibiliser le public à ces questions, ce qui contribuerait en retour au processus de définition des grandes orientations politiques.



LES ACCORDS DE L'OMC ET LA SANTE PUBLIQUE

168

313. Avec ces ingrédients de base, il est plus probable que les politiques de la santé et du commerce s'influencent mutuellement d'une manière positive dans le cadre des règles et institutions mondiales. L'interaction entre la santé et le commerce devient plus critique dans un monde en évolution rapide où les communications sont plus faciles. Avec les informations et les ressources dont on dispose aujourd'hui, les synergies entre les politiques peuvent servir à faire progresser l'objectif commun d'un développement humain durable pour tous les peuples.



A N N E X E

On trouvera de plus amples renseignements sur les questions de santé et de commerce auprès des sources énumérées ci-après. Bien que non exhaustive, cette liste offre un moyen rapide de consulter différentes sources de renseignements et différents points de vue, généralement accessibles en ligne. Elle est divisée en six catégories:

- Bulletins et circulaires d'information et revues
- Organisations internationales s'occupant de commerce et de développement
- Organismes des Nations Unies/organisations internationales s'intéressant à la santé et au commerce
- Organisations non gouvernementales
- Instituts s'occupant de santé et de commerce, milieux universitaires et indépendants
- Glossaires de termes courants dans les domaines de la santé et du commerce

BULLETINS ET CIRCULAIRES D'INFORMATION ET REVUES

CICDD

Le Centre international du commerce et du développement durable, organisation indépendante à but non lucratif ayant pour objet de contribuer à une meilleure compréhension des questions de développement et d'environnement dans le contexte du commerce international, publie deux bulletins:

1. BRIDGES Weekly Trade News Digest <http://www.ictsd.org/html/newsdigest.htm>
Bulletin d'information hebdomadaire par courrier électronique sur le commerce et le développement durable, qui offre un mélange de rapports originaux et de synthèses de nouvelles commerciales émanant d'autres médias. Il faut s'abonner pour le recevoir.
2. PASSERELLES: Synthèse mensuelle sur le commerce et le développement durable http://www.ictsd.org/html/arct_sd.htm.
Synthèse mensuelle sur le commerce et le développement durable, paraissant en anglais avec éditions périodiques pour l'Amérique latine (en espagnol), pour l'Afrique (en français) et en allemand. Comprend un calendrier d'événements, des listes de publications nouvelles et d'autres informations spécialisées.



Inside US Trade <http://www.insidetrade.com>

Bulletin d'information hebdomadaire publié par Inside Washington Publishers couvrant en détail les questions de politique commerciale des Etats-Unis et de politique commerciale internationale ainsi que les questions liées à l'OMC. Disponible par abonnement en ligne ou sous forme imprimée. Pour tout renseignement concernant l'abonnement, s'adresser à: iwp@sprintmail.com.

Organisation mondiale du commerce

http://www.wto.org/french/res_f/focus_f/focus_f.htm

L'OMC publie dix fois par an, en anglais, espagnol et français, un bulletin d'information électronique intitulé FOCUS. Ses articles sont des mises à jour sur les principales activités de l'OMC et donnent un aperçu de ses réunions à venir. On peut s'y abonner à partir de n'importe quelle page du site Web de l'OMC en cliquant sur "enregistrement" et en indiquant son domaine d'intérêt.

Reuves traitant de commerce, de développement et d'économie

Plus d'une douzaine de revues traitant de questions relatives au commerce et à l'économie, dont le Journal of World Trade, le Journal of Development Economics et le Developing Economies Quarterly, sont mentionnées sur le site Web de la Banque mondiale. Ce site comporte des liens avec la plupart d'entre eux et souvent il est possible de faire des recherches en ligne dans les tables des matières et à l'intérieur des articles. http://www1.worldbank.org/wbiep/trade/TD_JOURNALS.html

Parmi les autres revues qui traitent occasionnellement de questions de santé et de commerce ou de santé et de mondialisation, on peut citer les suivantes:

Development, publiée par la Society for International Development
<http://www.sidint.org>

Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé <http://www.who.int/bulletin/>
Lancet <http://www.thelancet.com/journal>



ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES S'OCCUPANT DE COMMERCE ET DEVELOPPEMENT

Organisation mondiale du commerce <http://www.wto.org/>

Rue de Lausanne 154

CH-1211 Genève 21 (Suisse)

Téléphone: (41-22) 739 51 11

Télécopie: (41-22) 731 42 06

Courrier électronique: enquiries@wto.org

Le principal organe de décision de l'OMC est la Conférence ministérielle, qui se réunit au moins une fois tous les deux ans et à laquelle participent les principaux responsables du commerce des gouvernements Membres. Les décisions de l'OMC sont prises par l'ensemble des Membres, pratiquement toujours par consensus. Les Accords de l'OMC doivent être ratifiés par les parlements de tous les Membres.

Le Conseil général, auquel participent généralement les ambassadeurs et chefs de délégation en poste à Genève ou des représentants venus des capitales des Membres, se réunit plusieurs fois par an au siège de l'Organisation, à Genève. Il se réunit également en tant qu'Organe d'examen des politiques commerciales et Organe de règlement des différends.

Au niveau suivant, on a le Conseil des marchandises, le Conseil des services et le Conseil de la propriété intellectuelle (ADPIC) qui rendent compte au Conseil général. Le Conseil des marchandises comporte plusieurs comités, dont les Comités SPS et OTC. (Note: L'OMS a actuellement le statut d'observateur au Conseil des ADPIC et dans les Comités SPS et OTC.) De nombreux comités et groupes de travail spécialisés s'occupent des différents accords ainsi que d'autres domaines, tels que l'environnement, le développement, les demandes d'adhésion, les accords commerciaux régionaux, le commerce et l'investissement, le commerce et la politique de la concurrence et la transparence des marchés publics.

Le Secrétariat de l'OMC, dont le siège est à Genève, compte environ 550 fonctionnaires et a à sa tête un Directeur général. Il n'a pas de rôle de décision contrairement à ce qui est la règle dans les autres institutions internationales. Son rôle est de fournir un soutien technique aux divers conseils et comités et aux conférences



ministérielles, de fournir une assistance technique aux pays en développement, d'analyser l'évolution du commerce mondial et d'assurer la liaison avec le public et les médias. Il fournit aussi une aide juridique dans le processus de règlement des différends et conseille les gouvernements désireux de devenir membres de l'Organisation.

Assistance technique et formation pour les pays en développement. Pour un aperçu d'ensemble de l'assistance technique fournie par l'OMC, consulter: http://www.wto.org/french/thewto_f/teccop_f/teccop_f.htm#guide

L'OMC organise une centaine de missions de coopération technique par an dans les pays en développement. Elle tient en moyenne trois cours de politique commerciale par an à Genève pour des représentants de gouvernements. Des séminaires régionaux ont lieu régulièrement, en particulier à l'intention des pays africains. Des cours de formation sont également organisés à Genève pour des représentants de pays en transition vers une économie de marché. L'OMC a par ailleurs établi dans plus de 100 ministères du commerce et organisations régionales, sis dans des capitales des pays les moins avancés et des pays en développement, des centres de référence, qui mettent à disposition des ordinateurs et un accès Internet pour permettre aux représentants des ministères de se tenir au courant de ce qui se passe à l'OMC à Genève; ceux-ci ont ainsi accès en ligne à l'immense base de données de l'OMC, qui contient des documents officiels et d'autres sources d'information. Pour la liste des centres de référence, consulter http://www.wto.org/french/tratop_f/devel_f/listrc_f.doc. Les PMA sont actuellement au bénéfice du Cadre intégré pour l'assistance technique liée au commerce. Pour de plus amples renseignements, se reporter au site <http://www.ldcs.org/>.

Le Mécanisme d'examen des politiques commerciales permet aux gouvernements Membres de discuter librement des politiques commerciales de chacun et d'en faire une analyse objective, indépendamment des travaux à caractère juridique de l'OMC liés au respect des engagements. Les rapports sur la politique commerciale des pays constituent un examen objectif et indépendant de la politique et des pratiques commerciales des différents Membres et donnent une image d'ensemble de l'interaction institutionnelle en matière d'élaboration et de mise en œuvre des politiques commerciales et des incidences de ces politiques sur différents secteurs. Dans certains cas, ces rapports sont utilisés dans la formulation des politiques commerciales et plusieurs des pays en développement et pays les moins avancés Membres ont trouvé ces



ANNEXE

173

examens utiles pour l'identification des domaines possibles d'assistance technique. Voir:
http://www.wto.org/french/tratop_f/tpr_f/tpr_f.htm

Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED)

<http://www.unctad.org/>

Palais des Nations

1211 Genève (Suisse)

Téléphone: +41 22 907 12 34

Télécopie: +41 22 907 00 43

Courrier électronique: ers@unctad.org

La CNUCED est le point central de coordination au sein des Nations Unies pour les questions de développement et les questions connexes dans les domaines du commerce, de la finance, des technologies, de l'investissement et du développement durable. Ses principaux objectifs sont d'optimiser les possibilités qui s'offrent aux pays en développement en matière de commerce, d'investissement et de développement. La CNUCED poursuit ces objectifs par le truchement d'activités de recherche et d'analyse politique, de délibérations intergouvernementales et de projets de coopération technique et par le dialogue avec la société civile et le secteur des entreprises. Elle organise un certain nombre de réunions et produit des publications pour aider les pays à se préparer à chaque nouveau cycle de négociations commerciales (voir "Programme de négociations" (Positive Agenda) sur le site: <http://www.unctad.org/fr/posagen/index.htm>).

La CNUCED a organisé plusieurs réunions d'experts sur des questions liées à la santé et au commerce, y compris, en 1998, une réunion avec l'OMS sur le commerce international des services de santé (voir UNCTAD/ITCD/TSB/5 ou WHO/TFHE/98.1: International Trade in Health Services: A Development Perspective, disponible sur le site <http://www.unctad.org/en/pub/pointedtsbd5.en.htm>). Récemment, la CNUCED a organisé conjointement avec l'OMPI et la Convention sur la diversité biologique une réunion pour étudier les moyens de protéger les savoirs traditionnels, y compris les savoirs et les pratiques de la médecine traditionnelle (documents présentés disponibles sur: <http://www.unctad.org/fr/special/c1em13do.htm>). La CNUCED a également



élaboré en juillet 2000 une étude sur le commerce des organismes génétiquement modifiés et les négociations multilatérales: Genetically Modified Organisms and Multilateral Negotiations : A New Dilemma for Developing Countries (UNCTAD/DITC/TNCD/1, version non éditée).

Centre du commerce international (CCI) <http://www.intracen.org>
Palais des Nations
1211 Genève 10 (Suisse)
Téléphone: +41 22 730 01 11
Télécopie: +41 22 733 44 39
Courrier électronique: itcreg@intracen.org

Le Centre du commerce international (CCI), dont le siège est à Genève, est le point central du système des Nations Unies pour la coopération technique avec les pays en développement en matière de promotion du commerce (exportations et importations). Organe conjoint de l'OMC et de la CNUCED, le CCI est un agent d'exécution de projets financés par le PNUD dans les pays en développement pour la promotion du commerce. Il a effectué une étude des incidences des accords commerciaux multilatéraux sur le commerce international de systèmes médicaux (ITC/280/2D/99-III-TO). Conjointement avec l'OMC, le Service d'information sur les marchés du CCI publie un rapport mensuel intitulé Pharmaceutical Starting Materials/Essential Drugs, qui donne les prix indicatifs les plus récents et l'évolution des données commerciales concernant 206 produits pharmaceutiques de base utilisés dans la fabrication de médicaments essentiels (disponible par abonnement). Le CCI prévoit de publier un manuel sur le tourisme et les services de santé.

Organisations régionales pour les échanges commerciaux

Pour trouver des liens avec les principales organisations régionales d'échanges commerciaux, comme l'ALENA, le Mercosur, l'ANASE, l'Union européenne, etc., se reporter au site http://www1.worldbank.org/wbiep/trade/TD_REG.ORG.html.



ANNEXE

175

La Direction du commerce de la Commission européenne a établi plusieurs groupes de discussion avec la société civile, dont un sur la santé (http://europa.eu.int/comm/trade/2000_round/issuegr.htm). Pour tout renseignement sur l'évolution de la politique commerciale de l'UE, voir: <http://europa.eu.int/comm/trade/>.

En outre, certaines organisations intergouvernementales régionales fournissent des conseils et des informations sur les questions liées au commerce. Par exemple, l'Unité chargée du commerce au sein de l'Organisation des Etats américains (OEA) aide les 34 pays membres de l'Organisation en matière de commerce et d'intégration économique panaméricaine, notamment dans le cadre de leurs efforts visant à créer une zone de libre-échange des Amériques. Consulter le site: <http://www.oas.org/> et cliquer d'abord sur "Rubriques de l'OEA" puis "commerce et intégration".

Banque mondiale <http://www.worldbank.org>
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433 (Etats-Unis)
Téléphone: 01-202-477-1234
Télécopie: 01-202-477-6391

La Banque mondiale a un site Web très complet sur le commerce international et le développement: <http://www1.worldbank.org/wbiep/trade/>. C'est un instrument de recherche, de formation et de vulgarisation à l'intention de ceux qui s'intéressent à la politique commerciale et aux pays en développement. Il met particulièrement l'accent sur les nouvelles préoccupations commerciales liées au prochain cycle de négociations de l'OMC. En dehors des activités de renforcement des capacités de l'Institut de la Banque mondiale et de son Groupe de recherche, la Banque fournit des renseignements sur des programmes complémentaires par l'intermédiaire du Cadre intégré d'assistance technique liée au commerce pour les pays les moins avancés (voir plus haut sous OMC) et du site Web commun à la Banque mondiale et à l'OMC (voir plus loin).

Le site offre des cours de téléenseignement et fournit un important ensemble de renseignements (y compris des données et bases de données) sur divers sujets concernant le commerce: services, droits de propriété intellectuelle et normes



susceptibles d'intéresser les spécialistes de la santé. Ainsi, la page consacrée aux normes contient de nombreuses études et informations sur les incidences des prescriptions en matière d'environnement, de santé et de sécurité sur les producteurs de biens, de services et de produits agricoles. Le site présente aussi des études en espagnol, russe et chinois.

Le Centre du commerce et du développement (<http://www.itd.org>). L'Institut de développement économique de la Banque mondiale mène conjointement avec l'Organisation mondiale du commerce un projet intitulé Technologies de l'information pour le développement. Le site s'adresse à tous ceux qui s'intéressent au développement social et économique et ses liens avec le commerce. Il fournit des informations, des analyses et des commentaires sur ces questions et offre la possibilité d'échanger des avis. Il comporte des guides et des cours de formation interactifs sur la politique commerciale et des études de cas intéressantes concernant l'Afrique et l'Inde, relatifs à des sujets liés au commerce et à la santé; l'une des études décrit la tentative échouée de breveter aux Etats-Unis le curcuma pour ses propriétés curatives.

ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES S'INTERESSANT AUX QUESTIONS DE SANTE ET COMMERCE

Organisation mondiale de la Santé (OMS) <http://www.who.int/>

Avenue Appia 20

1211 Genève 27 (Suisse)

Téléphone: +41 22 791 2111

Télécopie: +41 22 791 3111

L'OMS mène diverses activités liées au commerce et à la santé dans le cadre de chacune de ses fonctions principales, à savoir:

1) Elaborer des politiques et des activités de sensibilisation fondées sur des faits, par exemple sur les règles du commerce mondial qui affectent la santé; 2) gérer l'information et conduire ou encourager des activités de recherche-développement, par exemple sur les risques sanitaires de divers types de commerce; 3) fournir des conseils techniques aux Etats membres et les soutenir sur le plan des grandes orientations, par



ANNEXE

177

exemple pour la mise en œuvre des Accords de l'OMC d'une manière qui soit la plus favorable à la santé; 4) négocier et appuyer des partenariats nationaux et mondiaux, par exemple pour assurer la cohérence des politiques nationales ou mondiales liées à la santé et au commerce; 5) définir et promouvoir des normes internationales, par exemple pour assurer la qualité, l'efficacité et la sécurité sanitaire des produits pharmaceutiques, substances biologiques, aliments, produits pour animaux et pesticides faisant l'objet d'un commerce international; et 6) tester ou stimuler la mise au point de technologies, lignes directrices et instruments nouveaux pour la protection et l'amélioration de la santé. Pour obtenir de plus amples renseignements, des publications et une assistance technique sur les questions liées à la santé et au commerce, suivre les liens du site Web ou envoyer des demandes aux départements suivants:

Questions générales concernant le commerce: Département de la santé et du développement durable
(site Web en cours de création, pour toute question s'adresser à dragern@who.int)

Questions liées aux produits pharmaceutiques et aux brevets/ADPIC:
<http://www.who.int/medicines/>
Normes alimentaires, innocuité des aliments et commerce: <http://www.who.int/fsf/>
Règlement sanitaire international et SPS: http://www.who.int/emc/IHR/int_regs.html
Services de santé et AGCS: <http://www.who.int/health-services-delivery/trade/index.htm>
(site Web en cours de création, pour toute question s'adresser à thompsona@who.int)
Questions concernant la lutte antitabac et le commerce: <http://tobacco.who.int/>

Certains des six sièges régionaux de l'OMS produisent également des publications et ont des activités portant sur les questions de santé et de commerce. Pour se mettre en contact avec eux, suivre les liens du site: <http://www.who.int/regions/>. A partir des sites Web des bureaux régionaux de l'OMS, on peut également accéder aux bureaux de l'OMS dans les différents pays, dont le nombre dépasse la centaine.



Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)

<http://www.fao.org/>

Viale delle Terme di Caracalla

00100 Rome (Italie)

Téléphone: +39(06)5705.1

Télécopie: +39(06)5705.4593

Par le truchement de la Commission du Codex Alimentarius ("Codex"), qu'elle cofinance avec l'OMS, la FAO définit et promeut des normes, des directives et d'autres recommandations en matière d'innocuité alimentaire pour les aliments faisant l'objet d'un commerce international. Le site Web du Codex est le suivant: <http://www.codexalimentarius.net/>. La Division de l'alimentation et de la nutrition de la FAO fournit des informations sur les biotechnologies et l'alimentation sur le site: <http://www.fao.org/waicent/faoinfo/economic/ESN/gm/biotec-f.htm>. En 1999, la FAO a coorganisé avec l'OMS et l'OMC une conférence sur le commerce international des produits alimentaires au-delà de l'an 2000, dont l'objet était d'examiner et d'évaluer la mise en œuvre des travaux du Codex dans le contexte des accords commerciaux du Cycle d'Uruguay. On peut en trouver le rapport sur le site: <http://www.fao.org/WAICENT/FAOINFO/ECONOMIC/ESN/austral/austra-f.htm>.

La FAO fournit aux pays membres une assistance technique pour renforcer leurs capacités en matière de questions d'innocuité et de sécurité alimentaire liées au commerce, à la fois dans le cadre de la mise en œuvre des Accords du Cycle d'Uruguay et dans celui de la préparation des pays en développement en vue des négociations commerciales multilatérales à venir. Pour plus de renseignements, voir: <http://www.fao.org/ur/>. Le Service de soutien aux politiques agricoles (TCAS) de la FAO, dans le cadre de son programme "Politiques relatives au commerce des produits agricoles" (<http://www.fao.org/tc/tca/wlcm.htm>), fournit des renseignements et une aide sur les incidences économiques des accords commerciaux internationaux et régionaux. En outre, pour aider les pays dans les négociations commerciales multilatérales sur l'agriculture, la FAO poursuit un programme de formation à l'échelle mondiale; voir à ce sujet <http://www.fao.org/ur/umbrella.htm>.



ANNEXE

179

Office international des épizooties (OIE) <http://www.oie.int>
12, rue de Prony,
75017 Paris (France)
Téléphone: 33 - (0)1 44 15 18 88
Télécopie: 33 - (0)1 42 67 09 87
Courrier électronique: oie@oie.int

L'OIE, qui a été fondé en 1924, est une organisation intergouvernementale comptant 158 membres. Ses principaux objectifs sont de garantir la transparence en matière de maladies animales de par le monde, de collecter, d'analyser et de diffuser des informations scientifiques vétérinaires, de fournir des services d'experts et de promouvoir la solidarité internationale pour la lutte contre les épizooties et de garantir la sécurité sanitaire du commerce mondial en élaborant des règles sanitaires pour le commerce international des animaux et produits à base d'animaux. L'Office est placé sous l'autorité et le contrôle d'un Comité international composé de délégués désignés par les gouvernements des pays membres. Les activités quotidiennes de l'OIE sont gérées par un Bureau central, qui se trouve à Paris et que dirige un Directeur général élu par le Comité international. Le Bureau central met en œuvre les résolutions adoptées par le Comité international et élaborées avec l'appui des commissions élues.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
<http://www.oecd.org/>
2, rue André Pascal
75775 Paris Cedex 16 (France)
Téléphone: +33-1-45-24-8200

La Commission du commerce de l'OCDE n'a pas d'activités liées au commerce et à la santé, mais certaines propositions ont été faites (notamment par la CE et certains Etats membres de l'UE) visant à ce qu'elle lance des activités dans le domaine des services de soins de santé. Les travaux de l'OCDE concernant les biotechnologies s'orientent dans plusieurs directions (cf. <http://www.oecd.org/ehs/icgb/>): innocuité des aliments, agriculture, droits de propriété intellectuelle, santé humaine, etc. L'OCDE met surtout l'accent sur l'harmonisation internationale du contrôle réglementaire des biotechnologies



et une évaluation appropriée de leurs aspects liés à la santé et à la sécurité environnementales, évitant les obstacles non tarifaires au commerce de leurs produits. L'OCDE a joué un rôle actif dans le débat sur l'innocuité et la qualité des aliments, notamment les aspects scientifiques et sanitaires des aliments génétiquement modifiés. Le rapport intitulé "Food Safety and Quality: Trade Considerations", publié en novembre 1999, examine les différends commerciaux dus à des questions de sécurité sanitaire et de qualité des aliments, résume les principaux accords internationaux et considère les apports potentiels de l'analyse économique à la résolution des différends.

South Centre <http://www.southcentre.org/>

Case postale 228

1211 Genève 19 (Suisse)

Téléphone: (41 22) 791 80 50

Télécopie: (41 22) 798 85 31

Le South Centre, qui a été créé en 1995, est une organisation intergouvernementale de pays en développement. Il comporte actuellement 46 membres, mais travaille dans l'intérêt de l'ensemble des pays du Sud. Il contribue à l'élaboration des points de vue du Sud sur les grandes questions politiques et aide à générer des idées et des propositions orientées sur l'action à l'intention notamment des gouvernements, des organisations intergouvernementales et des ONG. Il organise des ateliers et publie de nombreux documents et publications sur des questions liées au commerce, y compris un bulletin trimestriel, South Letter, que l'on peut consulter en ligne sur le site <http://www.southcentre.org/southletter/index.htm>, ainsi qu'un bulletin bimensuel intitulé South Bulletin. L'un de ses rapports les plus récents, intitulé Integrating Public Health Concerns into Patent Legislation in Developing Countries, de Carlos Correa de l'Université de Buenos Aires (Argentine), peut être téléchargé depuis le site: <http://www.southcentre.org/publications/publichealth/toc.htm>.



ANNEXE

181

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) <http://www.undp.org/>
One United Nations Plaza
New York, NY 10017 (Etats-Unis)
Téléphone: +1-212-906-5302
Télécopie: +1-212-906-5364
Courrier électronique: aboutundp@undp.org

Le PNUD est l'une des organisations participant au Cadre intégré pour l'assistance technique liée au commerce. Par l'intermédiaire de ses bureaux de pays, il collabore avec les autres organisations participantes (OMC, CNUCED, CCI, FMI et Banque mondiale) pour aider les pays à intégrer la politique commerciale dans le contexte plus large de leurs stratégies de réduction de la pauvreté. Le Fonds de développement des Nations Unies pour les femmes (UNIFEM), qui a son siège au PNUD, possède un programme sur les femmes et le commerce international, qui a son propre site Web (<http://www.undp.org/unifem/trade/home.thm>); celui-ci réunit des informations sur les questions commerciales et leurs incidences sexospécifiques sur les femmes. Le Fonds organise des cours de formation et des ateliers et publie des documents.

Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI) <http://www.wipo.org/>
P.O. Box 18
1211 Genève 20 (Suisse)
Téléphone: 41 22 338 91 11
Télécopie: 41 22 733 54 28
Courrier électronique: wipo.mail@wipo.int

L'OMPI, qui est l'une des 16 institutions spécialisées des Nations Unies et compte 175 Etats membres, administre 21 traités portant sur différents aspects de la protection de la propriété intellectuelle. Pour obtenir des renseignements détaillés sur ces traités, consulter: <http://www.wipo.org/treaties/index.html>; on peut diviser ces traités en trois grands groupes: 1) ceux qui définissent des normes fondamentales, convenues internationalement, de protection de la propriété intellectuelle dans chaque pays, par exemple les Conventions de Paris, de Berne et de Rome; 2) les traités d'enregistrement, qui assurent qu'un seul enregistrement ou dépôt au niveau international sera reconnu



dans tous les pays signataires concernés et 3) les traités de classification, qui établissent des systèmes de classification organisant les renseignements concernant les inventions, les marques et les modèles industriels en structures indexées gérables, qui peuvent être consultées facilement. L'OMPI a des projets ou fournit une assistance technique dans les domaines des systèmes de protection du savoir-faire et des pratiques traditionnels, des droits de propriété intellectuelle concernant les produits pharmaceutiques et du commerce électronique lié à la santé (portant, par exemple, sur les produits pharmaceutiques, les marques, les contrefaçons et les questions de protection de la vie privée).

ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Consumers International (CI) www.consumersinternational.org
24 Highbury Crescent
Londres, N5 1RX (Royaume-Uni)
Téléphone: +44 171 226 6663
Télécopie: +44 171 354 0607
Courrier électronique: consint@consint.org

Consumers International (CI) est une organisation indépendante à but non lucratif qui soutient, relie entre eux et représente des groupes et des organismes de consommateurs du monde entier. Plus de 260 organisations appartenant à près de 120 pays en sont membres et l'Organisation possède des bureaux régionaux de par le monde. Elle défend les droits de tous les consommateurs, y compris les pauvres et les personnes marginalisées et désavantagées, en faisant campagne au niveau international en faveur de politiques qui respectent les préoccupations des consommateurs. Parmi ses campagnes actuelles, on peut citer les suivantes: 1) Commerce et économie, dont l'objet est de veiller à ce que les accords commerciaux internationaux profitent aux consommateurs en faisant pression à l'OMC et dans d'autres organisations mondiales et régionales et en effectuant des recherches sur des questions liées au commerce, telles que la libéralisation de l'agriculture, les droits de propriété intellectuelle, la politique de la concurrence et la politique de l'investissement; 2) Santé, campagne visant à promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments essentiels, des services de soins de santé universels de haute qualité et les droits des patients et 3) Alimentation et agriculture durable, campagne qui vise à améliorer les normes de nutrition et



ANNEXE

183

d'alimentation par une participation aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius et des actions sur les OGM et les questions de sécurité alimentaire. On trouve sur son site Web un catalogue de publications, des notes d'information, des communiqués de presse et des mises à jour sur les campagnes.

Consumers International assure par ailleurs le secrétariat de Trans Atlantic Consumer Dialogue (dans le cadre de ses programmes pour les économies développées). Le Transatlantic Consumer Dialogue (<http://www.tacd.org/>) est une tribune d'organisations de consommateurs des Etats-Unis et de l'UE qui élabore et adopte des recommandations conjointes en matière de politiques de la consommation, destinées aux gouvernements des Etats-Unis et à l'Union européenne et visant à promouvoir les intérêts des consommateurs dans l'élaboration de leurs grandes orientations. Il traite de questions prioritaires pour les organisations de consommateurs, telles que le commerce des services, l'accès aux médicaments, les aliments génétiquement modifiés, la protection des données privées et la transparence des pouvoirs publics.

Consumer Project on Technology (CPT) <http://www.cptech.org>
P.O. Box 19367
Washington, DC 20036 (Etats-Unis)
Téléphone: +1.202.387.8030
Télécopie: +1.202.234.5176

Pour les questions concernant la propriété intellectuelle et les soins de santé, s'adresser à:

James Love love@cptech.org ou
Thiru Balasubramaniam thiru@cptech.org

Le Consumer Project on Technology est une organisation de consommateurs à but non lucratif, créée par Ralph Nader en 1995. Actuellement, le CPT concentre son attention sur les droits de propriété intellectuelle et les soins de santé, le commerce électronique (dans un sens très large) et la politique de la concurrence. Son site Web contient beaucoup de documents, articles et correspondance entre les protagonistes importants de ces domaines. Par exemple, sa page Web sur les soins de santé, les accords commerciaux régionaux et les droits de propriété intellectuelle, comporte des liens



avec les activités relatives à la propriété intellectuelle de la Zone de libre-échange des Amériques, de l'ALENA et de l'APEC ainsi que d'autres groupements commerciaux régionaux (<http://www.cptech.org/ip/health/trade/>). La page consacrée aux différends concernant les pays contient de la documentation sur des questions de droits de propriété intellectuelle appliqués aux produits pharmaceutiques couvrant 12 pays (<http://www.cptech.org/ip/health/country/>).

Alliance européenne de la santé publique (EPHA) <http://www.epha.org/>
33 rue de Pascale
1040 Bruxelles (Belgique)
Téléphone: +32 2 230 30 56
Courrier électronique: epha@epha.org

L'EPHA représente plus de 70 organisations non gouvernementales et autres organisations à but non lucratif travaillant dans l'intérêt de la santé en Europe. Elle publie un magazine bimensuel sur la politique sanitaire de l'UE et de l'Europe (European Public Health Update) auquel les non-membres peuvent s'abonner et qui est publié en allemand, anglais et français. Elle a organisé en avril 2000 une réunion sur la manière dont les Accords de l'OMC et les politiques de l'UE peuvent affecter les politiques de la santé aussi bien dans les pays en développement que les pays européens. Certains des documents présentés à cette réunion sont disponibles à l'adresse suivante: <http://www.epha.org/public/campaigns/wto.htm>.

Health Action International <http://www.haiweb.org/>
c/o HAI Europe
Jacob van Lennepkade 334-T



ANNEXE

185

1053 NJ Amsterdam (Pays-Bas)

Téléphone: (+31-20) 683 3684

Télécopie: (+31-20) 685 5002

Courrier électronique: hai@hai.antenna.nl

HAI est un réseau mondial à but non lucratif de plus de 150 groupes s'occupant de santé, de développement, de protection des consommateurs et d'autres sujets d'intérêt public dans plus de 70 pays en vue d'une utilisation plus rationnelle des drogues médicinales. Outre son bureau européen, HAI a des bureaux régionaux en Amérique latine (au Pérou) et dans la région Asie-Pacifique (en Malaisie). L'Organisation mène actuellement des campagnes de sensibilisation pour un meilleur accès aux médicaments essentiels dans une économie mondialisée et l'octroi de licences obligatoires pour les médicaments.

Centre international pour le commerce et le développement durable

<http://www.ictsd.org/>

13, Chemin des Anémones

1219 Châtelaine, Genève (Suisse)

Téléphone: (41-22) 731-5734

Télécopie: (41-22) 917-8093

Courrier électronique: ictsd@ictsd.ch

L'ICTSD, qui a été créé en septembre 1996, contribue à une meilleure compréhension des préoccupations en matière de développement et d'environnement dans le contexte du commerce international. En tant qu'organisation non gouvernementale indépendante à but non lucratif, le Centre engage un dialogue sur le commerce et le développement durable avec une grande diversité de protagonistes. Grâce à son vaste réseau de partenaires, il établit des rapports sur le commerce international et le développement durable. Outre ses bulletins d'information hebdomadaires et mensuels (voir page 1 de la présente annexe), il publie des analyses fouillées sur des questions liées au système commercial mondial. Son site Web comprend un important ensemble de notes d'information sur des questions telles que le commerce et ses règles, l'évolution du commerce, les biotechnologies et la sécurité biologique, la santé, l'environnement, les



droits des femmes et les questions de parité entre les sexes, les savoirs indigènes, les droits de propriété intellectuelle et les droits de l'homme.

Organisation internationale de normalisation (ISO)

<http://www.iso.ch/>

1, rue de Varembe

Case postale 56

1211 Genève 20 (Suisse)

Téléphone: + 41 22 749 01 11

Télécopie: + 41 22 733 34 30

Courrier électronique: central@iso.ch

Pour une description de l'ISO, voir chapitre 3, encadré 3.4, Organismes définissant les normes sanitaires internationales. L'une des normes de l'ISO les mieux connues, la norme ISO 9000, définit un cadre pour gérer et garantir la qualité, qui est utilisé par les entreprises du monde entier. Cette norme est actuellement en cours de révision; pour savoir où en est le processus de révision, consulter le site

<http://www.iso.ch/9000f/revisionstoc.htm>. Dans le domaine de la santé, l'ISO a notamment élaboré des normes concernant les contraceptifs mécaniques (préservatifs, dispositifs intra-utérins et diaphragmes en caoutchouc), certains dispositifs médicaux ou instruments chirurgicaux et les instruments de laboratoire en verre. Récemment, l'ISO a élaboré des normes d'étiquetage écologique (ISO 14020 et ISO 14024).

MEDACT

<http://www.medact.org/>

601 Holloway Road

Londres, N194DJ (Royaume-Uni)

Téléphone: 020 7272 2020

Télécopie: 020 7281 5757

Courrier électronique: info@medact.org

Medact est une organisation de professionnels de la santé qui s'attaque aux obstacles sociaux et environnementaux à la santé dans le monde entier. Elle met en relief les



ANNEXE

187

incidences sanitaires des conflits violents, de la pauvreté et de la détérioration de l'environnement et œuvre pour leur éradication. Medact a publié un rapport intitulé "The World Trade Organisation: Implications for Health Policy" (L'Organisation mondiale du commerce: incidences pour la politique de la santé), qui est disponible sur son site Web.

Médecins sans Frontières (MSF) <http://www.msf.org/>
Bureau international de MSF
Rue de la Tourelle, 395
Bruxelles (Belgique) 1040
Téléphone: +32-2-280-1881
Télécopie: +32-2-280-0173

MSF est une organisation indépendante d'aide médicale humanitaire qui se consacre à la fourniture d'aide médicale partout où elle est nécessaire et à la sensibilisation du public à la situation des personnes à qui elle vient en aide. MSF a des bureaux dans 19 pays et mène des opérations dans 84. Sa campagne pour l'accès aux médicaments essentiels a été lancée pour mobiliser le soutien en faveur d'un meilleur accès aux médicaments essentiels. L'un des trois piliers de la campagne concerne les exceptions sanitaires aux accords commerciaux (essentiellement l'Accord sur les ADPIC). Pour de plus amples renseignements, consulter le site <http://www.accessmed.msf.org/>, qui comporte des liens avec de nombreux documents et articles dans le monde entier.

**INSTITUTS S'OCCUPANT DE SANTE ET DE COMMERCE,
MILIEUX UNIVERSITAIRES ET INDEPENDANTS**

Institut de recherche sociale de l'Université Chulalongkorn (CUSRI)
<http://focusweb.org/>
Wisit Prachuabmoh Building
Université Chulalongkorn
Bangkok 10330 (Thaïlande)



LES ACCORDS DE L'OMC ET LA SANTE PUBLIQUE

188

Téléphone: (66 2) 218 7363

Télécopie: (66 2) 255 9976

Courrier électronique: admin@focusweb.org

L'Institut met en œuvre un programme autonome intitulé Focus on the Global South; il s'agit d'un programme de recherche et de mesures pratiques pour une politique de développement progressive, qui se consacre à l'analyse des politiques régionales et mondiales, aux liens entre les niveaux macro et microéconomiques et à des activités de sensibilisation. L'Institut publie régulièrement, en anglais et en espagnol, le bulletin électronique Focus-on-Trade, qui fournit des informations et des analyses sur le commerce et la finance aux niveaux régional et mondial.

[London School of Hygiene and Tropical Medicine](http://www.lshtm.ac.uk/centres/cgech/)

<http://www.lshtm.ac.uk/centres/cgech/>

[Centre on Globalisation, Environmental Change & Health](#)

[Keppel St](#)

[Londres WC1E 7HT \(Royaume-Uni\)](#)

[Téléphone: +44 \(0\) 207 612 7825](#)

[Télécopie: +44 \(0\) 207 580 6897](#)

[Courrier électronique: \[cgech@LSHTM.ac.uk\]\(mailto:cgech@LSHTM.ac.uk\)](#)

Effectue des recherches interdisciplinaires sur la mondialisation, les changements environnementaux et la santé. Le site Web décrit les recherches actuelles, donne la liste des publications récentes et un aperçu des événements à venir.



ANNEXE

189

Globalisation and Social Policy programme (GASPP)

<http://www.stakes.fi/gaspp/>

C/o: STAKES (Centre national de recherche-développement pour le bien-être et la santé)

PO Box 220

00531 Helsinki (Finlande)

Téléphone: +358 9 39 671

Télécopie: +358 761 307

Le GASPP est un programme quinquennal (1997-2002) de recherche, de services consultatifs, d'enseignement et d'information du public dépendant conjointement de STAKES (Centre national de recherche-développement pour le bien-être et la santé) dont le siège est à Helsinki (Finlande) et du Centre for Research on Globalisation and Social Policy (Centre de recherche sur la mondialisation et la politique sociale) du Département des études sociologiques de l'Université de Sheffield (Angleterre). Le GASPP effectue des recherches, fournit des conseils en matière de politique, organise des conférences et des séminaires et publie un certain nombre de livres et d'études (et, depuis 2001, un journal). Il comporte actuellement des projets sur 1) les incidences de l'OMC et des accords commerciaux internationaux sur les politiques de la santé et les politiques sociales et 2) les incidences en matière de santé des autres politiques de l'UE.

Center for International Development de l'Université de Harvard

La page d'accueil <http://www.cid.harvard.edu/cidtrade/> sur les négociations commerciales mondiales est une source de renseignements pour ceux qui s'intéressent à une information analytique sur la multitude de questions, de débats, de positions gouvernementales et d'organisations touchant à la politique commerciale internationale. Le site comporte un grand nombre d'études et d'articles, des liens avec d'autres sites Web ainsi que des renseignements pour avoir accès à d'autres sources de renseignements. Il permet de naviguer sur Internet pour trouver des renseignements sur la politique et les négociations commerciales mondiales. Les sources de renseignements et les liens sont classés selon les protagonistes (gouvernements nationaux, ONG, organisations internationales) et les questions commerciales (SPS/OTC, commerce électronique, propriété intellectuelle et services, etc.).



Institute of Development Studies (IDS) <http://nt1.ids.ac.uk/eldis/>
Université du Sussex
Brighton (Royaume-Uni)
Téléphone: +44 1273 877330
Télécopie: +44 1273 621202
Courrier électronique: eldis@ids.ac.uk

L'IDS exploite ELDIS, qui est un portail Internet donnant accès à des "sources de renseignements sur le développement et l'environnement". Il fournit des descriptions et offre des liens avec une grande variété de sources de renseignements, y compris des documents en ligne, les sites Web de diverses organisations, des bases de données, des catalogues de bibliothèque, des bibliographies et des groupes de discussion par courrier électronique, des renseignements sur des projets de recherche, des collections de cartes et de journaux. Il décrit aussi les bases de données, CD-ROM, etc. disponibles. ELDIS comporte un site spécial consacré aux questions de commerce international qui comporte des notes d'information brèves et des liens avec de nombreuses autres institutions internationales et de recherche et des sources statistiques: <http://nt1.ids.ac.uk/eldis/trade/trade.htm>. ELDIS possède un site similaire consacré aux questions sanitaires internationales: <http://nt1.ids.ac.uk/eldis/health/health.thm>.

On peut trouver des liens avec d'autres instituts s'occupant de questions liées au commerce sur le site:

http://www1.worldbank.org/wbiiep/trade/TD_INSTITUTIONS.html

ainsi que des liens avec des institutions ou organisations qui étudient les questions générales de mondialisation et effectuent des recherches sur le sujet sur le site:

<http://www.globalpolicy.org/globaliz/websites.htm>



GLOSSAIRES DE TERMES COURANTS DANS LES DOMAINES DE LA SANTE ET DU COMMERCE

Glossaire de l'OMC: Guide informel de la terminologie de l'OMC à l'usage de la presse

http://www.wto.org/french/thewto_f/minist_f/min01_f/brief_f/brief22_f.htm

Glossaire établi pour la quatrième Conférence ministérielle de l'OMC, tenue en novembre 2001. Il s'agit d'une version abrégée en ligne du Glossaire trilingue de l'OMC, "immense vocabulaire du commerce" en anglais, espagnol et français. Nombre de rubriques comportent une référence aux sources pertinentes, des acronymes, définitions et notes explicatives ainsi que d'autres renseignements utiles. Pour commander le Glossaire trilingue, s'adresser par courrier électronique à la librairie en ligne de l'OMC à l'adresse publications@wto.org ou consulter le site http://www.wto.org/french/res_f/booksp_f/booksp_f.htm.

Terminologie liée à la santé dans le cyberspace

<http://www.who.int/terminology/ter/dicfair.html>

L'OMS maintient une liste de dictionnaires et glossaires médicaux, donnant les liens avec leurs sites Web. Outre les liens avec des dictionnaires de médecine générale, cette liste comporte 20 catégories de spécialisations, allant du SIDA à la médecine tropicale. L'OMS a produit également un guide terminologique sur les systèmes de santé pour le Rapport mondial de la santé 2000: <http://www.who.int/terminology/ter/TERWB-WHR2000.htm>, avec des traductions en français, espagnol, russe, chinois et arabe.

The ABCs of Trade Liberalization

On trouve sur la page du site Web de l'UNIFEM consacrée au commerce un répertoire de termes et d'acronymes sur le commerce, avec des liens vers de nombreux sites Web connexes. Voir <http://www.undp.org/unifem/trade/abchome.htm>.



The Terms of Trade and Other Wonders: Deardorff's Glossary of International Economics <http://www-personal.umich.edu/~alandear/glossary/>

Comprend des définitions, des liens vers d'autres définitions et, le cas échéant, des liens avec d'autres sites et documents susceptibles de fournir des renseignements complémentaires. "Ce glossaire s'efforcera de finir par couvrir tous les termes et concepts utilisés en économie internationale, y compris le commerce international et la finance internationale, du moins au niveau de base." Comme l'auteur est spécialisé en commerce international, la couverture de ce domaine est plus approfondie.

[Dictionary of Trade Policy Terms, Walter Goode, Centre for International Economic Studies, Université d'Adelaïde](#)

Glossaire de termes et d'expressions employés dans le commerce et histoire du système commercial multilatéral depuis 1947. Cet ouvrage est destiné aux non-spécialistes utilisant quotidiennement des termes de politique commerciale. Ce dictionnaire en anglais peut être commandé à l'adresse suivante: <http://www.adelaide.edu.au/cies/orderform.htm>.