



Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement

Distr.  
GENERALE

TD/B/C.6/4  
8 octobre 1975

FRANCAIS  
Original : ANGLAIS

CONSEIL DU COMMERCE ET DU DEVELOPPEMENT  
Commission du transfert des techniques  
Première session  
Genève, 24 novembre 1975  
Point 4 de l'ordre du jour provisoire

PRINCIPAUX PROBLEMES DECOULANT DU TRANSFERT DES TECHNIQUES  
AUX PAYS EN DEVELOPPEMENT  
MONOGRAPHIE SUR L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

La présente monographie a été rédigée par M. Sanjaya Lall, de l'Institute of Economics and Statistics de l'Université d'Oxford, en coopération avec le secrétariat de la CNUCED. Les vues qui y sont exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles du secrétariat de la CNUCED.

Les appellations employées et la présentation des données n'impliquent de la part du secrétariat de l'Organisation des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

# TABLE DES MATIERES

## Paragraphes

Préface

Résumé et conclusions

Introduction

i) - xx)

1 - 3

## PREMIERE PARTIE

### LA STRUCTURE DE LA PRODUCTION ET DU COMMERCE DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES DANS LE MONDE

#### Chapitre

I Distribution de la production pharmaceutique

4 - 11

II Le commerce mondial des produits pharmaceutiques

12 - 20

## DEUXIEME PARTIE

### CARACTERES PRINCIPAUX DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

III La structure de l'industrie et le rôle des sociétés transnationales

21 - 33

A. Concentration de la production

22 - 24

B. Le poids des principales entreprises dans le domaine de la commercialisation

25 - 27

C. Le rôle des sociétés transnationales dans la recherche-développement

28 - 30

D. Propriété des brevets

31 - 33

IV Indicateurs et sources de la domination du marché

34 - 60

A. Indicateurs de la domination du marché

37 - 46

B. Sources de la domination du marché

47 - 60

V Conséquences de la domination du marché pour les pays en développement

61 - 76

A. Coûts directs

62

B. Coûts indirects

63 - 76

## TROISIEME PARTIE

### LES PERSPECTIVES DE CREATION D'UNE INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT

VI Quelques grandes options

77 - 112

A. Un système national de production et de distribution

82 - 104

B. Développement coopératif de l'industrie pharmaceutique

105 - 112

Annexe statistique

## PREFACE

La présente étude s'inscrit dans le cadre de l'action entreprise par la CNUCED pour mieux faire comprendre les problèmes que pose aux pays en développement l'acquisition de techniques avancées dans les pays développés. Elle fait partie d'une série de monographies par pays et par secteur.<sup>1/</sup>

Rédigée par M. Sanjaya Lall, de l'Institute of Economics and Statistics de l'Université d'Oxford, en coopération avec le secrétariat de la CNUCED, cette étude a été préparée conformément au programme de travail adopté par le Groupe intergouvernemental du transfert des techniques à sa (première) session d'organisation.<sup>2/</sup>

Le secrétariat de la CNUCED tient à remercier l'Organisation mondiale de la Santé pour ses observations et suggestions.

---

<sup>1/</sup> Les cinq monographies par pays concernent l'Espagne (TD/B/AC.11/17), la Hongrie (TD/B/AC.11/18), le Chili (TD/B/AC.11/20), l'Ethiopie (TD/B/AC.11/21) et Sri Lanka (TD/B/C.6/...). Une autre monographie en préparation traite de l'industrie pharmaceutique en Inde.

<sup>2/</sup> Voir le rapport du Groupe intergouvernemental du transfert des techniques sur sa (première) session d'organisation, Documents officiels du Conseil du commerce et du développement, onzième session, Annexes (TD/B/365), Annexe I, appendice. Voir aussi les documents TD/B/365, par.1; 4 et 31 et TD/B/520, par.126, 133 et 138 pour les vues exprimées par le Groupe à ses première et troisième sessions concernant les monographies par secteur dans le domaine du transfert des techniques.

## RESUME ET CONCLUSIONS

- i) Certains traits particuliers à l'industrie pharmaceutique ont, dans ce secteur, une incidence sur le transfert des techniques aux pays en développement ainsi que sur la politique commerciale de ces pays et leurs orientations en matière de santé publique : forte concentration de la production et de la commercialisation des produits pharmaceutiques, à l'échelle nationale et au niveau des entreprises, contrôle de la recherche-développement par un petit nombre de sociétés multinationales; pratiques de commercialisation et de fixation des prix qui compromettent les possibilités d'un transfert de techniques rentable pour les pays en développement. L'auteur de l'étude expose dans les grandes lignes, certaines mesures que ces derniers pays pourraient prendre afin que ce transfert se fasse dans des conditions satisfaisantes.
- ii) La production pharmaceutique est pour la plus grande part limitée aux pays développés. En 1971, les pays et territoires en développement d'Europe méridionale représentaient avec l'Europe méridionale 14 % seulement de la production pharmaceutique mondiale, qui était estimée à 21 milliards de dollars environ (non compris la Chine et les pays socialistes d'Europe orientale). Les trois premiers producteurs (Etats-Unis, Japon et République fédérale d'Allemagne) entraînent pour près de 70 % dans la production des pays développés à économie de marché. A l'intérieur du groupe formé par les pays et territoires en développement et l'Europe méridionale, la production est également concentrée dans un petit noyau de pays.
- iii) Au cours des années 60 et au début des années 70, l'industrie pharmaceutique a connu une croissance spectaculaire. Si l'expansion se poursuit au même rythme, la production mondiale doublera pratiquement tous les cinq ans.
- iv) Le commerce international des produits pharmaceutiques s'est développé encore plus vite que la production. Les exportations mondiales s'élevaient à 3,4 milliards de dollars en 1971. Mais alors que les pays développés à économie de marché et les pays socialistes d'Europe orientale sont exportateurs nets, les pays et territoires en développement et l'Europe méridionale importent environ 4 à 5 fois plus qu'ils n'exportent. De plus, leurs importations se composent généralement de produits finis ou semi-finis plutôt que de produits chimiques de base ou de produits intermédiaires qui demandent un haut degré de transformation sur place. Du fait que la plupart des



pays en développement n'ont pas d'industrie chimique de base, leur activité dans le secteur pharmaceutique se limite le plus souvent au dosage et au conditionnement.

v) Les exportations de produits pharmaceutiques sont également très concentrées. Parmi les principaux exportateurs figurent la Suisse (72 % de sa production), le Royaume-Uni (57 %) et la République fédérale d'Allemagne (28 %). Etant donné les dimensions du marché intérieur, les Etats-Unis n'exportent qu'une faible partie de leur production (5 %). Ces quatre pays réunis fournissaient en 1971 57 % des exportations mondiales.

vi) Du fait de cette situation, les pays développés à économie de marché ont enregistré en 1971 un excédent de 924 millions de dollars et les pays socialistes d'Europe orientale de 48 millions de dollars alors que la balance des pays et territoires en développement accusait un déficit de 674 millions de dollars.

vii) La concentration de la production pharmaceutique se retrouve au niveau de l'entreprise. Les 10 premières sociétés pharmaceutiques fournissent près du quart de la production mondiale, dont la plus grande part est entre les mains de 50 à 60 sociétés transnationales. Dans les différentes subdivisions du marché, cette concentration est encore plus forte, car il arrive que presque toutes les ventes soient assurées par un ou deux fabricants. Aux Etats-Unis, on a observé que dans chacun des 13 grands groupes thérapeutiques, les 4 premières entreprises assuraient au moins 60 à 80 % des ventes. Les principales sociétés pharmaceutiques ont la haute main sur une part importante des techniques de production et contribuent pour l'essentiel aux activités de recherche-développement, qui sont elles-mêmes concentrées dans un petit nombre de pays développés à économie de marché. Dans le secteur pharmaceutique, les innovations techniques sont axées sur les besoins du monde développé. L'emprise des sociétés transnationales se fait encore plus sentir dans les pays en développement que dans les pays développés. Ces sociétés ne se bornent pas en effet à les approvisionner par les voies du commerce international; elles contrôlent aussi dans bien des cas une grande partie de leur production, surtout par le mécanisme des investissements étrangers directs.

viii) Leur position dominante sur le marché permet aux grandes sociétés pharmaceutiques de pratiquer une discrimination entre clients du même pays ou de pays différents, de faire payer des prix beaucoup plus élevés que les petites sociétés pour des produits quasiment identiques et de retirer en permanence des bénéfices qui semblent outrepasser les limites d'une "juste rentabilité" de l'investissement. Cette position dominante s'explique essentiellement par leur capacité de maintenir un important programme de recherche-développement diversifié, par la protection que confèrent le système international des brevets et le soutien que l'Etat apporte à la recherche pharmaceutique, et bien plus encore par les efforts de grande envergure qu'elles déploient dans le domaine de la commercialisation.

ix) Les dépenses de commercialisation de l'industrie pharmaceutique sont excessivement élevées. Elles dépassent de beaucoup les sommes affectées à la recherche-développement, même dans les pays où se fait la plus grande partie de la R-D. Aux Etats-Unis, elles sont de trois à quatre fois supérieures et représentent jusqu'à un tiers de la valeur des ventes. Au total, les sommes affectées à la promotion des ventes dans l'industrie pharmaceutique des pays développés à économie de marché ont dépassé 3 milliards de dollars en 1970, soit approximativement la valeur de toute la production pharmaceutique des pays en développement et des pays d'Europe méridionale. L'action publicitaire s'adresse en premier chef aux praticiens, qui n'ont aucune raison particulière d'économiser sur le traitement. La promotion des marques de fabrique a abouti à une prolifération de produits qui, très souvent, n'offrent que des avantages négligeables par rapport aux produits qui sont déjà sur le marché. Habituellement, l'information est assurée par les fabricants eux-mêmes, d'où une grande confusion qui rend difficile l'objectivité du choix.

x) Ces diverses caractéristiques de l'industrie pharmaceutique ont des incidences notables sur le transfert des techniques aux pays en développement. Non seulement elles élèvent les coûts directs et indirects mais elles créent aussi d'importants obstacles

structurels à l'implantation d'une industrie pharmaceutique dans ces pays, surtout par le fait que les grandes sociétés transnationales ont la haute main sur les techniques requises.

xi) Les coûts directs sont liés essentiellement aux bénéfices excessifs des sociétés transnationales, qui entraînent un transfert des rares ressources de devises des pays en développement vers les pays où ces sociétés ont leur siège. La charge qui pèse sur les couches pauvres des premiers est particulièrement lourde. Les énormes dépenses de commercialisation et de R-D sont supportées par tous les consommateurs alors qu'elles ne répondent guère, en matière de santé, aux besoins réels du monde en développement.

xii) Les coûts indirects ont pour origine l'introduction et la promotion de produits dont ni le prix, ni les effets thérapeutiques, ne justifient l'existence, la suppression de la concurrence locale et l'étouffement de la recherche-développement sur place grâce à laquelle une plus grande fraction de la population pourrait se fournir en médicaments qui seraient de surcroît mieux adaptés aux besoins.

xiii) Il est évident que les coûts directs et indirects contribuent à alourdir la charge en devises que représentent les importations de produits pharmaceutiques dans les pays en développement. Mais ils influent en outre sur la politique adoptée par ces pays pour répondre aux besoins réels en matière de santé par des mesures qui soient en rapport avec la situation et par une production nationale correspondant aux nécessités. Il importe donc d'explorer les voies possibles d'un transfert de techniques propre à favoriser l'avènement d'une véritable industrie pharmaceutique dans les pays en développement.

#### Politique nationale

xiv) Si, dans le domaine de la production pharmaceutique, l'auto-suffisance se heurte à des obstacles fondamentaux, économiques et techniques, que seuls peuvent lever les pays les plus grands et les plus avancés du point de vue industriel, il est pourtant des mesures que tous les pays en développement peuvent prendre pour réduire les effets défavorables du système actuel de production et de distribution.

xv) La première mesure consisterait pour chaque pays à établir une liste des produits essentiels compte tenu de ses besoins fondamentaux en matière de santé publique. De ce qui a été fait dans plusieurs pays, il ressort qu'une toute petite proportion - de l'ordre de 1 à 2 % - des produits commercialisés dans les pays en développement suffirait pour couvrir ces besoins.

xvi) En Inde, par exemple, une commission gouvernementale a conclu que 116 produits tout au plus peuvent satisfaire les besoins fondamentaux du pays, alors que 15 000 sont en vente à l'heure actuelle. Une fois dressée la liste des produits essentiels, il serait possible de s'orienter vers une réforme du système de commercialisation. On pourrait ainsi supprimer les marques de fabrique et les remplacer par des dénominations communes comme celles qu'a établies l'Organisation mondiale de la santé.

xvii) Les services de santé peuvent ensuite s'efforcer de fournir les produits essentiels au moindre coût, par exemple par l'intermédiaire d'un office central de distribution qui permettrait de s'approvisionner à des prix bien moins élevés que ceux que demandent les grandes sociétés pharmaceutiques. On pourrait s'adresser à meilleur compte aux petits producteurs des pays développés comme des pays en développement car il n'y aurait plus à payer pour des dépenses promotionnelles souvent excessives ni pour une recherche-développement employée surtout, et donc inutilement, à différencier les produits. De plus, en réduisant le nombre des médicaments communément utilisés, on devrait pouvoir donner beaucoup plus facilement au corps médical des informations objectives à partir d'autres sources que les fabricants eux-mêmes.

xviii) Du point de vue économique, il serait peut-être préférable de fabriquer des produits pharmaceutiques sur place plutôt que de les importer, mais à l'heure actuelle, peu de pays en développement sont capables de remonter à des stades antérieurs au dosage et au conditionnement. Pour étendre la production nationale aux stades complexes de la transformation, il faut une industrie chimique moderne, où les économies d'échelle jouent un rôle très important et qui exige de très gros capitaux ainsi que des techniques très avancées. Cette industrie faisant défaut, les producteurs doivent s'adresser aux grandes sociétés pour se procurer en vrac des produits qu'ils se borneront à manufacturer ou à conditionner en sacrifiant les économies substantielles qu'ils réaliseraient s'ils pouvaient compter davantage sur eux-mêmes. Sans doute des économies seraient-elles possibles si les sociétés transnationales étaient amenées à ajouter à leurs opérations dans les pays en

développement, la manufacture des produits en vrac, mais cela ne pourrait se faire que dans certaines limites.

#### Production coopérative

xix) Dans le secteur pharmaceutique, toute politique concernant la production, la recherche-développement, la commercialisation et la distribution devrait avoir pour objectif principal de fournir les produits nécessaires à une fraction de la population aussi large que possible. Dans l'état actuel des choses, le bénéfice des médicaments est limité aux pays développés et à une minorité privilégiée des pays en développement. De plus, les produits sur le marché répondent aux besoins des pays développés, qui sont à maints égards très différents de ceux des pays en développement. Le problème tient en partie à l'insuffisance des services de santé dans la plupart de ces derniers pays, notamment en milieu rural. Mais, la difficulté majeure vient de ce que la conception, le transfert et l'adaptation des techniques ne correspondent pas aux besoins.

xx) Si les pays en développement devaient prendre des mesures, chacun de son côté, il ne leur serait pas facile de réduire leur dépendance à l'égard de l'étranger. Mais si, mettant en commun leurs ressources, ils agissaient de concert à plusieurs, ils pourraient venir à bout de certains obstacles fondamentaux. Un système coopératif pourrait être envisagé, groupant les pays qui ont la capacité de produire les substances chimiques nécessaires à la production de médicaments, ceux qui préfèrent se spécialiser dans le dosage et le conditionnement et ceux qui pourraient fournir des matières premières (essentiellement le pétrole) pour la production chimique de base. Cette coopération pourrait s'organiser dans le cadre de centres coopératifs de production et de technologie pharmaceutiques qui non seulement coordonneraient la production entre les membres, mais entreprendraient également des activités de recherche-développement rassembleraient et diffuseraient collectivement l'information sur les médicaments, facilitant ainsi le transfert des connaissances et des techniques aux pays en développement, lesquels auraient dès lors fait un grand pas en avant.

## INTRODUCTION

1. L'industrie pharmaceutique exerce une profonde influence sur la protection de la santé et la promotion du développement social. Elle joue aussi un rôle dans l'implantation de certaines industries, ainsi que dans le commerce international et la balance des paiements <sup>1/</sup>. La production pharmaceutique est tributaire au plus haut point des techniques modernes, qui sont entre les mains des grandes sociétés transnationales. Du fait que ce secteur a une importance considérable du point de vue économique et plus encore du point de vue social, il est extrêmement utile d'en étudier la structure et le fonctionnement, ainsi que le rôle dans le transfert des techniques, où il occupe une place caractéristique. Divers pays, qu'ils appartiennent au monde développé ou au monde en développement, se préoccupent d'ailleurs depuis peu des mécanismes qui en régissent l'exploitation en ce qui concerne en particulier la fixation des prix et la commercialisation.
2. Etant bien entendu que les caractéristiques de l'industrie pharmaceutique ont des conséquences sur le transfert des techniques aux pays en développement, leur analyse peut éclairer les modalités selon lesquelles les besoins en médicaments de ces pays sont couverts. Elle devrait d'autre part aider à définir une politique visant à hâter l'implantation de cette industrie dans ces mêmes pays afin que le marché intérieur soit approvisionné par une production nationale.
3. La présente étude comprend trois grandes parties. La première décrit la structure de la production et du commerce des produits pharmaceutiques dans le monde. La deuxième traite des principaux caractères de l'industrie : degré de concentration, rôle des sociétés transnationales, nature et ampleur du pouvoir détenu par les sociétés internationales sur le marché avec les conséquences qui en résultent pour les pays en développement du point de vue des coûts directs et indirects. Le phénomène de la

---

<sup>1/</sup> L'Assemblée mondiale de la santé a mis en évidence la nécessité "d'élaborer des politiques pharmaceutiques telles que les recherches sur les médicaments, la production des médicaments et leur distribution soient liées aux besoins sanitaires réels" (résolution WHA 28.66, mai 1975).

position dominante est surtout illustré par les pays développés à économie de marché, où de vastes enquêtes ont permis de recueillir des renseignements très fournis sur la nature de la production et de la commercialisation. Du fait que l'industrie pharmaceutique dans les pays en développement ne constitue, à quelques modifications près, qu'un prolongement de ce qu'elle est dans le monde développé, l'analyse qui est faite dans cette deuxième partie est indispensable à la compréhension des problèmes qui se posent au tiers monde. La troisième et dernière partie expose certains principes directeurs qui pourraient permettre aux pays en développement d'acquérir les techniques nécessaires en vue de la création d'une industrie pharmaceutique.

PREMIERE PARTIE

LA STRUCTURE DE LA PRODUCTION ET DU COMMERCE DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES  
DANS LE MONDE

Chapitre I

DISTRIBUTION DE LA PRODUCTION PHARMACEUTIQUE

4. Malgré les recherches qui ont été récemment entreprises sur l'industrie pharmaceutique dans le monde, on ne trouve pas facilement de données sur la valeur de la production pharmaceutique dans le monde et dans certains pays.<sup>2/</sup> Beaucoup de pays ne publient pas les données requises. En ce qui concerne les pays en développement, la principale lacune statistique touche la production en Chine. La Suisse, qui est au nombre des grands producteurs parmi les pays développés à économie de marché, ne fournit pas de chiffres sur la production pharmaceutique. Certains pays socialistes d'Europe orientale publient des données en monnaie nationale mais les chiffres convertis en dollars au taux officiel risquent de ne pas leur être rigoureusement comparables; de plus, on ne dispose pas de données pour l'URSS et la République démocratique allemande.

5. Si les données en notre possession ne permettent pas d'estimer exactement la valeur de la production pharmaceutique mondiale, elles peuvent néanmoins servir pour faire une évaluation assez précise de la production des pays développés et des pays et territoires en développement, à l'exclusion de l'Europe orientale et de la Chine. Pour les pays et territoires en développement, on dispose de données concernant les principaux producteurs; quant aux autres une estimation générale peut suffire. Le tableau 1 indique la production estimative des pays développés à économie de marché, des pays de l'Europe méridionale et des pays et territoires en développement vers 1971. Des chiffres par pays sont présentés dans le tableau A.1 de l'annexe statistique.

---

<sup>2/</sup> Pour des données déjà anciennes sur la production pharmaceutique dans les pays en développement, voir ONUDI, Les industries pharmaceutiques dans la deuxième Décennie du développement [ID/WG.37/2] (1969). Pour les pays développés, voir OCDE, Ecart technique - Produits pharmaceutiques (Paris, 1969). On trouvera aussi des estimations concernant la consommation dans L.H. Wortzel, Technology Transfer in the Pharmaceutical Industry (UNITAR, New York, 1971).



TABLEAU 1

Estimation de la production pharmaceutique vers 1971

	<u>Production</u> (millions de \$)	<u>Pourcentage</u> du total
Pays développés à économie de marché	17 883	85,7
Pays d'Europe méridionale	899	4,3
Pays et territoires en développement	2 087	10,0
Total	20 869	100,0

Source : Voir le tableau A.1 de l'annexe statistique.

6. Il ressort du tableau 1 que la valeur totale de la production pharmaceutique autour de 1971 était de l'ordre de 21 milliards de dollars (non compris les pays socialistes d'Europe orientale et la Chine). Ce chiffre est supérieur à plusieurs estimations faites précédemment. Ainsi, le National Economic Development Office du Royaume-Uni évalue le marché mondial des produits pharmaceutiques (non compris les pays socialistes) à quelque 17 milliards de dollars<sup>3/</sup>. D'après The Economist, ce marché représentait en 1971, 17,8 millions de dollars<sup>4/</sup>. Une projection établie en 1967 par l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel, donne le chiffre de 18,7 milliards de dollars pour 1970<sup>5/</sup>.

7. Au cours des années 60, la production pharmaceutique est montée en flèche dans diverses régions du monde. Comme le note la Commission économique pour l'Europe, "aux Etats-Unis, le taux moyen annuel d'accroissement a été de 8 % pendant la décennie mais, dans sa deuxième moitié, la production a augmenté encore plus, son taux annuel de progression passant à environ 10 %. En Europe, les taux de progression

---

<sup>3/</sup> National Economic Development Office, Focus on Pharmaceuticals : A Report by the Pharmaceuticals Working Party of the Chemicals EDC (Londres, HMSO, 1972), p. viii.

<sup>4/</sup> Cité dans Documentation et Analyses financières S.A. (DAFSA), The Pharmaceutical Industry in Europe, p. 65.

<sup>5/</sup> ONUDI, op.cit. Le Financial Times du 18 octobre 1974 avance le chiffre de 23 milliards de dollars en 1973.

se sont établis entre 9 et 13 %, sauf pour la Belgique (15 %), la Finlande (20 %), la Pologne (16 %), la Yougoslavie (22 %) et l'URSS (14 %). La production japonaise s'est aussi accrue de façon extraordinaire entre 1960 et 1970 (19 % par an). En 1960-1965, elle a augmenté d'environ 21 % et, dans la seconde moitié de la décennie, d'environ 16 %<sup>6/</sup>. Bien que les données relatives aux pays en développement soient rares, on peut penser, à la lecture du tableau A.1 de l'annexe, que les taux de croissance ont été au moins aussi élevés, et souvent plus, que dans les pays développés. On relève dans un rapport récent qu'en 1972/73, le marché pharmaceutique mondial a progressé de 17 %, le taux de croissance pour les pays non membres de l'OCDE étant encore plus élevé (24 %)<sup>7/</sup>. Si cette tendance devait se maintenir - mais il serait imprudent de faire des prédictions dans la conjoncture actuelle - le marché mondial doublerait à peu près tous les cinq ans, et même plus vite encore dans les pays en développement. À supposer que la croissance se ralentisse, les taux resteraient sans aucun doute très élevés dans ces derniers pays, car la consommation de médicaments par habitant y est actuellement très faible<sup>8/</sup> et l'on prévoit une amélioration des services médicaux et un accroissement rapide de la population.

---

6/ Commission économique pour l'Europe (CEE), Le marché des produits chimiques : ses tendances et ses perspectives, p. 351. Les taux de croissance sont évalués en prix courants dans la monnaie du pays et peuvent donc différer des taux indiqués en dollars des États-Unis dans le tableau A.1 de l'annexe et le tableau 2.

7/ Financial Times, 18 octobre 1974.

8/ Voir Wortzel, op.cit., tableau 2, où l'on note qu'en 1967, la consommation par habitant était de plus de 20 dollars aux États-Unis, de 15 dollars au Japon, de 14 dollars en Europe, de 4 dollars en Amérique latine et de 1 dollar en Asie et en Afrique noire. Il faut toutefois considérer que, pour les régions en développement, les chiffres indiqués constituaient déjà une fraction importante des dépenses de santé. Depuis lors, la consommation par habitant a beaucoup augmenté.

8. Pour le moment, toutefois, le groupe des pays en développement représente une faible part de la production mondiale. Le tableau 1 montre que cette part était de 10 % en 1971. Si l'on y ajoute l'Europe méridionale, le chiffre est de 14,3 %. Dans les deux groupes pris ensemble, la production apparaît extrêmement concentrée. Les cinq premiers producteurs - Espagne, Inde, Brésil, Mexique et Yougoslavie - fournissent 68 % du total, et les trois premiers 54 %.

9. Dans les pays développés à économie de marché, la production est tout aussi concentrée. Le tableau 2 donne en valeur courante la production de certains de ces pays en 1963 et 1970. Il en ressort que les six principaux ont fourni ces deux années respectivement 92 % et 89 % de la production pharmaceutique totale du monde développé (92 % en 1970 si la Suisse est exclue, comme elle devrait l'être aux fins de la comparaison). Bien que les positions aient quelque peu changé, la République fédérale d'Allemagne et le Japon marquent des points aux dépens de tous les autres pays à l'exception de l'Italie, le niveau général de concentration est demeuré constant. Cette structure internationale, où les Etats-Unis, la France, l'Italie, le Japon, la République fédérale d'Allemagne, le Royaume-Uni et la Suisse fournissent quelque 80 % de la production mondiale, doit être présente à l'esprit lorsqu'on analyse l'économie de l'industrie pharmaceutique et les voies qui s'offrent aux pays en développement.

10. Le marché des produits pharmaceutiques n'est pas homogène; il se subdivise en sous-marchés qui relèvent de catégories thérapeutiques différentes et sont largement indépendants les uns des autres. Cet aspect est particulièrement important lorsqu'on étudie la concentration au niveau des entreprises. Il suffira ici de noter combien cette division du marché varie d'un pays à l'autre, et en particulier selon qu'il s'agit de régions riches ou de régions pauvres et de zones tempérées ou de zones tropicales. Le tableau A.3 de l'annexe montre la répartition des ventes par catégories thérapeutiques dans cinq pays développés et quatre pays en développement; on y constate des différences frappantes quant aux parts respectives que représentent les antibiotiques (en particulier entre la France, la République fédérale d'Allemagne et la Suisse d'une part, et, d'autre part, les pays en développement), les médicaments destinés au traitement des affections cardio-vasculaires et ceux qui sont utilisés à des fins psychothérapeutiques.

TABLEAU 2

Production pharmaceutique dans certains pays développés  
à économie de marché, 1963 et 1970

(en millions de dollars)

Pays	<u>Valeur de la production</u>		<u>Pourcentage du total</u>		Taux de croissance annuelle moyen (1963-1970)
	1963	1970	1963	1970	
Canada	222	457	2,9	2,8	10,9
France	755	1 372	9,9	8,4	8,9
Allemagne, République fédérale d'	643	1 643	8,4	10,0	14,4
Italie	492	1 104	6,4	6,7	12,2
Japon	942	2 825	12,3	17,2	17,0
Pays-Bas	96	242	1,3	1,5	14,1
Suisse	non disponible	450 estimation	-	2,7	-
Royaume-Uni	450	700	5,9	4,3	6,6
Etats-Unis	3 716	7 000	48,7	42,6	9,4
Total	7 316 <sup>a/</sup>	15 793	95,8	96,2	11,6
Autres pays <sup>b/</sup>	312	622	4,2	3,8	10,3
TOTAL GENERAL	7 628 <sup>a/</sup>	16 415	100,0	100,0	11,6

Source : Voir le tableau A.1 de l'annexe statistique.

Notes : a/ Non compris la Suisse.

b/ Australie, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, Norvège et Suède.

11. Certes, la fréquence des divers types de maladies varie d'un pays à l'autre, selon le climat et les conditions d'hygiène, et les différences ne sont pas sans effet sur la structure des ventes de produits pharmaceutiques; mais il faut bien voir que cette structure ne reflète pas toujours fidèlement les besoins réels des pays en développement étant donné que les importations de produits pharmaceutiques sont déterminées par les besoins de ceux qui ont les moyens de les acheter

(lorsque les médicaments ne sont pas fournis gratuitement) et que, d'autre part, la structure de la production et des ventes des fournisseurs ne correspond pas nécessairement aux besoins de ces pays. En d'autres termes, le tableau de la consommation des produits pharmaceutiques dans les pays en développement risque de donner une image fausse des besoins réels du fait que la répartition du revenu est extrêmement inégale <sup>2/</sup> et que les techniques de production et les méthodes de vente s'inspirent essentiellement des besoins des pays riches qui dominent la production et la consommation. On verra plus loin combien les fonctions techniques et commerciales de l'industrie pharmaceutique influent sur la structure de la consommation; nous nous bornerons ici à observer qu'une structure de la production mieux adaptée aux réalités ferait vraisemblablement ressortir des différences encore plus grandes que ne le montre le tableau A.3 entre les pays développés et les pays en développement pour ce qui est des catégories thérapeutiques.

---

<sup>2/</sup> La Commission Hathi chargée d'enquêter sur l'industrie pharmaceutique en Inde estime que la consommation annuelle des médicaments modernes dans ce pays ne représente que 6 roupies par habitant et qu'elle n'est le fait que de 20 % de la population (voir Report of the Committee on Drugs and Pharmaceutical Industry [New Delhi, Ministry of Petroleum and Chemicals, 1975], p. 194).

## CHAPITRE II

### LE COMMERCE MONDIAL DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

12. Ces dernières années, le commerce international des produits pharmaceutiques s'est développé encore plus vite que la production. Entre 1968 et 1971, les exportations mondiales de ces produits, non compris les pays socialistes d'Europe orientale, sont passées de 1,9 à 3 milliards de dollars<sup>10/</sup>. Alors que pendant la même période l'ensemble du commerce mondial a augmenté de 47 %, les exportations de médicaments ont augmenté d'environ 58 %. Le tableau 3 indique la valeur des échanges en 1971 pour les différents groupes de pays. (On trouvera une ventilation détaillée dans le tableau A.2 de l'annexe). Comme le montre ce tableau, les pays développés à économie de marché fournissent plus de 80 % des exportations et absorbent 56 % des importations de produits médicaux. Alors que ces pays, comme les pays socialistes d'Europe orientale, sont exportateurs nets, les pays et territoires en développement et l'Europe méridionale importent environ 4 à 5 fois plus qu'ils n'exportent.

TABLEAU 3

Commerce international des produits médicaux, 1971  
(en millions de dollars)

	Exportations	Importations	Solde	Pourcentage du total	
				Exportations	Importations
Pays développés à économie de marché	2 757	1 833	924	81,1	56,5
Pays d'Europe méridionale	36	182	-146	1,1	5,6
Pays et territoires en développement	231	905	-674	6,8	27,9
Pays socialistes d'Europe orientale	375	327	48	11,0	10,1
Total	3 399	3 247	152	100,0	100,0

Source : Voir le tableau A.2 de l'annexe statistique.

<sup>10/</sup> United Nations, Yearbook of International Trade Statistics, 1972-1973, p. 541. Voir aussi CEE op.cit. p. 353 à 356 pour le commerce des pays européens.

13. En tête des pays développés exportateurs vient la République fédérale d'Allemagne, qui, en 1971, a exporté 28 % de sa production, suivie par les Etats-Unis, qui n'exportent qu'une très faible partie de la leur (5 %), le Royaume-Uni (51 %) et la Suisse (72 %). Ces quatre pays fournissent 57 % des exportations mondiales, (non compris les pays socialistes d'Europe orientale) et les huit premiers exportateurs (avec la France, l'Italie, les Pays-Bas et la Belgique-Luxembourg) 80 %. Fait étonnant, le Japon exporte peu, surtout si l'on considère le pourcentage des ventes par rapport à la production intérieure (3 %); c'est cependant, pour l'année considérée le premier importateur du monde (8 % de la valeur de sa production).

14. Le tableau A.2 de l'annexe montre que seuls sept pays et territoires en développement et deux pays d'Europe méridionale exportent des produits pharmaceutiques pour une valeur de dix millions de dollars ou plus. Dans ce groupe, les Bahamas jouent le rôle d'un paradis fiscal, et l'on ignore quelle part de ses 17 millions de dollars d'exportations consiste simplement en réexportations de médicaments ou de composants actifs. Le chiffre indiqué pour Hong Kong représente, semble-t-il, les exportations de produits effectivement transformés ou conditionnés sur place, mais il surestime peut-être la réalité car selon les données fournies par le gouvernement, la valeur des produits médicaux exportés en 1972 était de 37 millions de dollars<sup>11/</sup>. Les exportations indiennes, qui se répartissent entre quelque 80 pays de toutes les régions du globe, se sont accrues rapidement ces dernières années pour approcher de 50 millions de dollars en 1973/74 (56 % revenant à l'huile de ricin médicinale).<sup>12/</sup> Le Portugal exporte essentiellement vers ses anciennes provinces d'outre-mer (88 %); pendant la période 1965-1971, les ventes sur les autres marchés ont baissé en valeur absolue.<sup>13/</sup>

---

<sup>11/</sup> Hong Kong 1975, Government Press, p. 222 à 224.

<sup>12/</sup> Commission Hathi, *op.cit.*, p. 23 et 24.

<sup>13/</sup> J.C. Carvalho, R.R. Santos, E.S. Duarte, M. Falcao et M. R. Rebelo, Transfer of Technology for Fine Chemicals: The Portuguese Pharmaceutical Industry, (Instituto Nacional de Investigação Industrial, Ministerio da Economica, Lisbonne, 1974), p. 53.

Les exportations de l'Espagne s'étendent à 125 pays; la Turquie et la Grèce, petits exportateurs, fournissent principalement l'Asie et l'Afrique; la Yougoslavie exporte des composants actifs vers l'Europe occidentale et des produits finis en Europe orientale, en Asie et en Afrique<sup>14/</sup>.

15. Les pays et territoires en développement et l'Europe méridionale sont pour une très grande part tributaires des importations. Il faut distinguer ici quatre catégories de produits : les produits finis prêts à la consommation, les produits importés en vrac pour être conditionnés sur place; les produits chimiques qui entreront dans le dosage d'un médicament (éventuellement en composition avec des substances actives); enfin, les produits chimiques intermédiaires qui appellent une transformation avant de revêtir la forme de produits pharmaceutiques finis. La composition exacte des importations dépend de la nature et du degré d'élaboration des médicaments ainsi que des capacités du secteur pharmaceutique du pays. Plus l'industrie locale est avancée, plus les importations comprendront des composants actifs plutôt que des produits finis ou semi-finis; en outre, plus l'industrie chimique sera développée, moins l'industrie pharmaceutique sera tributaire des importations de produits à transformer. Conjugué à l'internationalisation de la production, le rythme du progrès technique qui multiplie les produits nouveaux fait qu'aujourd'hui aucun pays, si développé qu'il soit, ne peut se passer d'importations sous une forme ou sous une autre. Cependant, la plupart des pays en développement, parce qu'ils n'ont pas d'industrie chimique de base et que leur éventuelle activité dans le secteur pharmaceutique se limite au dosage et au conditionnement, importent généralement bien plus de médicaments finis et semi-finis que de produits chimiques intermédiaires.

16. Un groupe d'experts de l'ONUDI sur la création d'industries pharmaceutiques dans les pays en développement a classé ces derniers selon le stade atteint par leur industrie pharmaceutique. Au troisième stade figurent ceux dont le secteur pharmaceutique est solidement établi et qui s'efforcent d'atteindre un certain

---

<sup>14/</sup> A. Cilingiroglu, "Transfer of Technology for Pharmaceutical Chemicals" [CT/AC/TT/30] (OCDE, Paris, 1974), p. 30.



niveau d'intégration vers l'amont pour la fabrication en série de certains médicaments. Selon le groupe d'experts, 16 pays entrent dans cette catégorie<sup>15/</sup>. Sept pays seulement ont atteint le stade suivant, c'est-à-dire qu'ils sont capables de couvrir en grande partie leurs besoins et se sont orientés vers l'intégration complète, au moins pour les principaux secteurs de l'industrie pharmaceutique (lancement d'une fabrication à des fins cliniques et médicinales)<sup>16/</sup>. Quant aux autres pays et territoires, 45 environ sont dépourvus de toute industrie pharmaceutique et 43 se limitent au conditionnement et au dosage. Cette classification a été établie d'après la situation au milieu des années 60, et les choses ont dû changer quelque peu depuis lors.

17. Il serait très utile de connaître la composition exacte des importations de produits pharmaceutiques dans les pays en développement, notamment dans ceux qui sont en passe de fabriquer les produits chimiques de base dont ils ont besoin. Malheureusement, on ne dispose de données générales d'aucune sorte. Le peu que l'on sait se résume comme suit :

- a) Dans le groupe des pays d'Europe méridionale, la part des produits de base et des composants actifs dans les importations totales correspondait en 1971 aux pourcentages suivants : Espagne - 95 %, Grèce - 20 %, Portugal - 28 %, Turquie - 94 % et Yougoslavie - 50 %. En 1968, les proportions étaient respectivement de 87 %, 11 %, 20 %, 91 % et 57 %<sup>17/</sup>.
- b) En Inde, les importations de produits en masse ont représenté 60 % du total en 1971-1972 et 48 % en 1973-1974<sup>18/</sup>.

---

<sup>15/</sup> ONUDI, op. cit. Il s'agit des pays suivants : Chili, Colombie, Grèce, Hong-kong, Israël, Malaisie, Pakistan, Pérou, Philippines, Rhodésie, Portugal, République de Corée, Singapour, Taïwan, Venezuela et Yougoslavie.

<sup>16/</sup> Ibid.

<sup>17/</sup> D'après CEE, op. cit., tableaux 155 et 161.

<sup>18/</sup> Commission Hathi, op. cit., p. 21-24.

- c) En Argentine, les produits chimiques importés en 1968 représentaient entre 45 et 53 % de l'ensemble des produits chimiques intermédiaires utilisés par l'industrie pharmaceutique<sup>19/</sup>.
- d) Au Mexique, les importations de produits chimiques intermédiaires se sont élevées à 87 % des importations pharmaceutiques totales en 1969<sup>20/</sup>.
- e) Au Brésil, environ 60 % des produits chimiques intermédiaires utilisés dans l'industrie pharmaceutique en 1973-1974 étaient importés<sup>21/</sup>.
- f) En Egypte, 74 % des importations totales de produits pharmaceutiques se composaient de produits chimiques intermédiaires<sup>22/</sup>.

18. A partir de ces chiffres, on peut se faire une idée de la place que tiennent les importations dans l'industrie pharmaceutique des principaux pays producteurs du monde en développement. On connaît beaucoup mieux la composition des importations des pays développés, et il est intéressant de faire une comparaison avec les exportations aux stades final et intermédiaire. Le tableau 4 montre la situation en 1971 pour chacun des six principaux pays exportateurs et pour certains autres pays développés à économie de marché pris ensemble. Il est à noter que les chiffres totaux pour les exportations et les importations sont quelque peu différents de ceux qui sont donnés au tableau A.2, vraisemblablement parce que les produits pharmaceutiques et médicinaux sont définis différemment selon les sources.

---

<sup>19/</sup> J. Katz, Oligopolio, Firmas Nacionales y Empresas Multinacionales, (Siglo Veintiuno, Buenos Aires, 1974).

<sup>20/</sup> M.S. Wionczek, G.M. Buenos et J.E. Navarrett, La Transferencia Internacional de Tecnologia - El Caso de Mexico (Fondo de Cultura Economica, Mexico, 1974).

<sup>21/</sup> D'après Business Latin America, numéro daté du 27 novembre 1974, p. 383. Un numéro ultérieur (22 juin 1975, p. 26) donne une estimation différente : "Selon des sources officielles, le Brésil importe annuellement pour 150 millions de dollars de matières premières pharmaceutiques, qui couvrent 75 % de ses besoins."

<sup>22/</sup> H.A. Handoussa, The Pharmaceutical Industry in Egypt, thèse de doctorat (Université de Londres, School of Oriental and African Studies, 1974), tableau 46, p. 202.

TABEAU 4

Importations et exportations de médicaments et de composants  
actifs par les principaux pays marchands, 1971  
(en millions de dollars)

	France	République fédérale d'Alle- magne	Italie <sup>a/</sup>	Suisse	Royaume- Uni	Etats- Unis	Autres pays <sup>b/</sup>	Total
Importations totales	161	193	137	92	88	107	506	1 284
Importations de produits finis	10	89	66	50	36	10	392	653
Importations de produits inter- médiaires	151	104	71	42	52	97	114	631
Exportations totales	257	506	152	357	381	350	393	2 396
Exportations de produits finis	187	349	56	221	302	169	264	1 548
Exportations de produits inter- médiaires	70	157	96	136	79	181	129	848
Importations des produits finis en pourcentage des importa- tions totales	6,2	46,1	48,2	54,4	40,9	10,9	77,5	50,9
Exportations de produits finis en pourcentage des exporta- tions totales	72,8	69,0	36,8	61,9	79,3	48,3	67,2	64,6

Source : CEE, op.cit.

<sup>a/</sup> Chiffres de 1970

<sup>b/</sup> Autriche, Belgique-Luxembourg, Danemark, Finlande, Norvège, Pays-Bas et Suède.

19. Si la part des produits finis dans les importations totales varie considérablement selon les pays (en France, par exemple, une réglementation rend les importations de ces produits très difficiles), elle est toujours inférieure à celle qu'ils représentent dans les exportations totales (de même qu'en valeur absolue), à la seule exception de l'Italie qui, fait remarquable, n'applique aucune réglementation sur les brevets dans le secteur pharmaceutique et exporte aussi de grandes

quantités de produits semi-finis fabriqués à l'aide de techniques copiées. Si l'on suppose que les pays considérés dans le tableau 4 assurent ensemble l'essentiel des ventes mondiales de composants actifs - ce qui est vraisemblable étant donné que ce sont eux qui détiennent les techniques - on constate que ces mêmes pays absorbent près de 75 % des importations de ces composants. Compte tenu du fait que d'autres pays développés, principalement le Japon, le Canada et l'Australie, achètent de leur côté pour 130 millions de dollars de produits intermédiaires (à peu près le tiers de leurs importations totales), on arrive à un chiffre de l'ordre de 87 millions de dollars pour les importations de produits intermédiaires dans tous les autres pays du monde, soit 10 % de leurs exportations totales de ces produits 23/.

20. On peut penser que l'accroissement récent de la production pharmaceutique dans les pays en développement a augmenté leur part dans les importations totales de produits intermédiaires. Toutefois, en procédant au même calcul qu'au paragraphe précédent, on constate qu'en 1967 les achats des pays développés réunis représentaient un peu moins de 60 % de leurs exportations totales de composants actifs, alors que la proportion s'est élevée à 90 % en 1971. Ainsi, le commerce des produits intermédiaires entre pays développés a progressé beaucoup plus vite que les échanges entre ces pays et le reste du monde, ce qui montre à l'évidence que l'internationalisation de la production pharmaceutique se fait à un rythme beaucoup plus rapide dans le monde développé, cela à la faveur d'une intégration croissante des échanges et de la commercialisation sous l'égide d'un petit nombre de sociétés multinationales. Les pays en développement, si impressionnante qu'ait été la croissance de leur production à partir d'un niveau très bas, se sont vus dans l'ensemble exclus de ce processus d'échanges accélérés qui intéresse le véritable élément technique de la production pharmaceutique. Il importera d'avoir ce fait **présent à l'esprit** lorsqu'on analysera les problèmes du développement national ou coopératif de l'industrie pharmaceutique dans les pays en développement.

---

23/ Ce chiffre laisse de côté les pays socialistes d'Europe orientale, qui vendent peut-être des quantités assez importantes de composants actifs à l'Inde et à l'Egypte, mais qui constituent vraisemblablement une très faible part des importations totales de ces composants dans l'ensemble des pays en développement.

## DEUXIEME PARTIE

### CARACTERES PRINCIPAUX DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

#### Chapitre III

#### LA STRUCTURE DE L'INDUSTRIE ET LE ROLE DES SOCIETES TRANSNATIONALES

21. L'industrie moderne des produits pharmaceutiques, produits de synthèse où la recherche joue un très grand rôle, est un phénomène relativement récent dont l'origine remonte aux années 20, époque où le développement des sciences chimiques et biologiques devait ouvrir la voie à une expansion spectaculaire de la production de médicaments fabriqués à partir de procédés nouveaux.<sup>24/</sup> Comme nous l'avons déjà montré, le marché a suivi une progression ininterrompue, bien que l'on ait constaté un ralentissement sensible dans la fréquence des produits nouveaux qui sont lancés, ralentissement qui s'explique par le fait que beaucoup de possibilités offertes par la connaissance scientifique ont déjà été épuisées et que les autorités des principaux pays innovateurs en sont venues à imposer un contrôle plus strict.

#### A. Concentration de la production

22. Dans le monde développé, l'industrie pharmaceutique est constituée par un grand nombre de petites entreprises qui approvisionnent une part relativement faible du marché et par un petit nombre de très grandes sociétés, le plus souvent multinationales, qui fournissent le reste.<sup>25/</sup> Le tableau 5 présente certains chiffres relatifs au degré de concentration de l'industrie dans les principaux pays producteurs; il permet de constater que les produits pharmaceutiques sont fabriqués essentiellement par 50 à 60 sociétés. Les données disponibles montrent en outre que la concentration s'est accentuée dans tous les principaux pays producteurs<sup>26/</sup> avec la disparition de petits laboratoires et l'expansion d'entreprises plus importantes (par croissance ou fusion).

---

<sup>24/</sup> Sur la croissance de l'industrie, voir OCDE, op. cit.

<sup>25/</sup> Id.

<sup>26/</sup> Voir DAFSA, op. cit., p. 35, et CEE op. cit., p. 9

TABLEAU 5  
Concentration de la production pharmaceutique  
dans les principaux pays producteurs  
(pourcentages)

Pays	Part des 20 premières sociétés	Part des 50 premières sociétés	Année	Nombre approximatif de fabricants (1970-1972)
Belgique	45	65	1969	260
France	37	62(75) <sup>c/</sup>	1971	366
Allemagne (Rép.féd. d')	50	65(70) <sup>c/</sup>	1972	2 000
Italie	39	66	1970	566(900) <sup>c/</sup>
Pays-Bas	75	95	1969	150
Suède	80 (env.)	plus de 80	1969	197
Suisse	54 <sup>a/</sup>	68	1969	400
Royaume-Uni	67	95	1969	283
Etats-Unis	52 <sup>b/</sup>	79 <sup>d/</sup>	1963	599(1967)

Sources: DAFSA, op. cit., p. 36; Noyes Data Corporation (NDC) European Pharmaceutical Market Report (New Jersey, 1971); J. Katz, op.cit., p.47

- a) 25 premières firmes.
- b) 17 premières firmes.
- c) L'estimation la plus élevée est celle de la NDC.
- d) 60 premières firmes.

23. Si, à première vue, la domination des marchés nationaux par 50 à 60 sociétés ne semble pas représenter un indice élevé de concentration<sup>27/</sup>, on aurait tort d'en déduire que le marché des produits pharmaceutiques est homogène.

<sup>27/</sup> Pour les Etats-Unis, les chiffres montrent même que la branche des produits pharmaceutiques est la moins concentrée des 15 branches de l'industrie chimique. La part des quatre premières sociétés était de 24 % en 1967 contre 70 % pour les détergents synthétiques et 84 % pour les fibres organiques. Voir CEE, op. cit., p. 9.

Nous avons déjà noté qu'il se compose en réalité de plusieurs secteurs indépendants les uns des autres, à l'intérieur desquels les firmes tendent à se spécialiser. On a par exemple constaté qu'aux Etats-Unis les ventes des quatre premières firmes dans chacune des treize grandes catégories thérapeutiques représentaient de 60 à 80 % ou plus des ventes totales et que cet ordre de concentration restait plus ou moins stable dans le temps<sup>28/</sup>. De même, au Royaume-Uni, le Département de la santé a constaté que "la part des principaux groupes dans chacune des grandes catégories thérapeutiques est de 23 % en moyenne, la plus importante étant d'environ 52 %"<sup>29/</sup> (par "groupes" il faut sans doute entendre des sociétés individuelles). Il est donc bien évident qu'à l'intérieur de chaque marché "fonctionnel" le niveau de concentration est très élevé. Pour prendre l'exemple de la société suisse Hoffman-La Roche (la plus importante société de produits pharmaceutiques du monde), ses deux principaux tranquillisants - Librium et Valium - n'entraient en 1974 que dans 4 % du nombre total d'ordonnances délivrées aux Etats-Unis, mais ils représentaient 90 % des ventes totales de calmants dans ce pays<sup>30/</sup>. Il ne fait guère de doute que cette situation se retrouve peu ou prou dans tous les pays où les sociétés pharmaceutiques internationales peuvent opérer librement.

24. Cependant, ce qui caractérise avant tout la structure de l'industrie c'est moins la concentration elle-même que son caractère multinational. En fait, dans tous les pays avancés à économie de marché, la production est dominée par les mêmes 50 à 60 sociétés et malgré quelques différences de l'un à l'autre, il faut s'attendre que l'expansion générale des sociétés transnationales contribue

---

<sup>28/</sup> L. G. Schiffrin, "The Ethical Drug Industry; The Case for Compulsory Patent Licensing", dans United States Senate, Competitive Problems in the Drug Industry, 1967, p. 1890 à 1900.

<sup>29/</sup> DAFSA, op.cit., p. 38, par. 1.3.1.3.

<sup>30/</sup> Business Week, 16 juin, 1975, p. 51.

à renforcer cette concentration à travers les frontières<sup>31/</sup>. Le tableau 6 montre la pénétration étrangère sur le marché de certains pays européens à la fin des années 60 (on ne dispose pas de données pour les Etats-Unis). Il illustre parfaitement le caractère hautement international de la production pharmaceutique

TABLEAU 6

Part du marché national détenue par des sociétés étrangères

Pays	%	Pays	%
Belgique	90	Norvège	36
Finlande	50	Pays-Bas	90
France	45	Suède	50
Allemagne, Rép. féd. d'	25	Suisse	34
Italie	55-85	Royaume-Uni	73
Moyenne pondérée (1971) : 47			

Source : DAFSA, op.cit., p. 38, et NDC, op.cit.

<sup>31/</sup> "L'industrie pharmaceutique est déjà internationale. Certaines sociétés sont véritablement multinationales, disposant d'installations de production et de recherche dans de nombreux pays. Cette tendance va se poursuivre et elle pourrait s'étendre à partir de 1980 à l'Europe orientale comme aux pays en développement du monde libre. Les sociétés multinationales prendront elles-mêmes de plus en plus d'extension tandis que la complexité croissante de la recherche, jointe à l'exigence de plus hautes normes de sécurité et d'efficacité, se traduira par une augmentation des coûts, entraînant ainsi des fusions nouvelles et de nouvelles prises de contrôle ... D'ici 1990, la recherche, la production et la commercialisation des produits pharmaceutiques dans le monde seront entre les mains d'une ou deux douzaines de sociétés. Environ la moitié de ces sociétés seront originaires des Etats-Unis, les autres de la Grande-Bretagne, de la Suisse, du reste de l'Europe et du Japon." NDC, op.cit., p. 148 et 149 (c'est nous qui soulignons).



dans les pays développés à économie de marché (la situation dans les pays en développement est examinée plus loin).

B. Le poids des principales entreprises dans le domaine de la commercialisation

25. Le caractère international de la production pharmaceutique apparaît également dans les ventes des principales entreprises. Le tableau A.4 de l'annexe indique (le plus souvent pour 1970) le chiffre d'affaires des 41 premières sociétés sur lesquelles on dispose de renseignements. Il est intéressant de noter à cet égard que le principal producteur, Hoffman-La Roche, a vu ses ventes passer de 1,2 milliard de dollars en 1970 à près de 2 milliards en 1974<sup>32/</sup>, soit un accroissement de plus de 70 % en quatre ans. Pour le deuxième producteur, Merck and Co (Etats-Unis), les ventes sont passées dans la même période de 748 millions de dollars à 1,3 milliard de dollars, soit une augmentation de 74 %. Les ventes totales de ces 41 sociétés (un peu plus de 10 milliards de dollars) représentaient en 1970 62% de l'ensemble des ventes dans les pays développés et près de 53 % dans les pays à économie de marché. Si l'on admet que les ventes de chacune des 20 sociétés pharmaceutiques venant à la suite atteignaient en moyenne 40 millions de dollars, on arrive à un chiffre de l'ordre de 11 milliards de dollars pour les 61 premières sociétés, c'est-à-dire 67 % de la valeur des ventes dans les pays développés et 57 % dans les pays à économie de marché. Il est hors de doute que la tendance à la concentration a fait progresser la part de ces sociétés transnationales (STN). Par ailleurs, les 15 premières STN représentent 64 % environ de la production totale des 41 sociétés (alors qu'elles ne constituent que 37 % de leur nombre et près de 60 % de la production des 61 (25 %). La concentration est donc tout aussi forte dans le groupe des STN que dans l'ensemble de l'industrie.

---

<sup>32/</sup> Business Week, 16 juin 1975, p. 50. Hoffman-La Roche n'est pas seulement le principal producteur de calmants; cette société produit également 80 % environ des vitamines synthétiques fabriquées dans le monde non socialiste. (Les données sur la société Merck proviennent de la même source.)

26. En ce qui concerne les pays en développement et les pays d'Europe méridionale, on dispose des renseignements suivants :

- a) En Argentine, 49 sociétés sur 338 fournissaient 77 % de la production en 1963; les sociétés étrangères détenaient 48 % du marché en 1970<sup>33/</sup>. Selon une autre estimation, 50 STN se partageaient 65 % du marché en 1969<sup>34/</sup>.
- b) Au Brésil, sur 500 sociétés au total en 1969, 65 STN détenaient 88 % du marché<sup>35/</sup>. Selon une estimation plus récente, la part des STN était de 80 % en 1973<sup>36/</sup>.
- c) En Egypte, où les principales sociétés locales ont été nationalisées au début des années 60 et où des négociations ont été menées avec 3 STN en vue d'une production sur place (Pfizer en 1962, Hoechst la même année et un consortium suisse comprenant Ciba et Sandoz en 1965), la part étrangère sur le marché des produits finis était de 19 % en 1970-1971<sup>37/</sup>.
- d) En Grèce, 14 sociétés étrangères fournissent 34 % de la production nationale<sup>38/</sup>.
- e) En Inde, 60 sociétés où la participation étrangère dépassait 25 % comptaient en 1973-1974 pour 70 % dans le total des ventes de produits finis (soit 116 grandes entreprises et 2 500 petites). Malgré les efforts du gouvernement pour diluer le capital étranger en général, celui-ci se taille encore une part très importante dans le secteur pharmaceutique et détient même 10 sociétés en totalité<sup>39/</sup>. Des 39 "moyennes et grandes" sociétés publiques à responsabilité limitée, 33 étaient sous contrôle étranger en 1968-1970 et leurs ventes représentaient 93 % du total<sup>40/</sup>.

---

<sup>33/</sup> Katz, op. cit.

<sup>34/</sup> Wortzel, op. cit.

<sup>35/</sup> Id.

<sup>36/</sup> Business Latin America, 9 août 1973, p. 254.

<sup>37/</sup> Handoussa, op. cit.

<sup>38/</sup> Cilingiroglu, op. cit., p. 30.

<sup>39/</sup> Commission Hathi, op. cit., p. 89.

<sup>40/</sup> S. Lall, "The International Pharmaceutical Industry and Less-Developed Countries, With Special Reference to India", Oxford Bulletin of Economics and Statistics, août 1974, p. 162.

- f) Au Portugal, 15 sociétés étrangères sur 64 au total fournissaient 44 % du marché et 7 sociétés desservaient environ 50 % du marché total<sup>41/</sup>.
- g) En Espagne, 70 sociétés étrangères sur un total de 476 fournissent 90 % du marché selon une estimation<sup>42/</sup> et 30 % selon une autre<sup>43/</sup>. Les 100 principales sociétés approvisionnent 80 % du marché.
- h) En Turquie, où la participation étrangère a été strictement limitée, 10 sociétés étrangères fournissent 40 % du marché<sup>44/</sup>.
- i) En Yougoslavie, trois sociétés étrangères (Bayer, Ciba-Geigy et Hoechst) ont une participation de 49 % dans des entreprises publiques, mais leur part du marché n'est pas connue. Sur un total de 13 sociétés, 6 fournissent 91 % de la production<sup>45/</sup>.
- j) Les filiales étrangères représentent 90 % de la production totale en Colombie (1974-1975), 95 % au Pérou (1964), plus de 80 % aux Philippines (1966) et dans les pays d'Amérique centrale<sup>46/</sup>. Au Mexique, on estime qu'en 1965 le capital étranger, en majeure partie originaire des Etats-Unis, représentait 85 à 90 % de l'ensemble des investissements dans l'industrie pharmaceutique<sup>47/</sup>.

27. Malgré le peu de données, la situation est assez claire. Si l'on fait exception de quelques cas où une réglementation restreint la participation et les investissements étrangers, les STN dominant d'une manière écrasante le marché des produits pharmaceutiques dans les pays en développement comme dans les pays développés. On ne saurait mieux qualifier cette structure que par le terme d'oligopole, ce vers quoi elle tend de plus en plus.

---

<sup>41/</sup> Ibid.

<sup>42/</sup> DAFSA, op. cit., p. 38.

<sup>43/</sup> Cilingiroglu, op. cit., p. 39.

<sup>44/</sup> Ibid.

<sup>45/</sup> Ibid.

<sup>46/</sup> Les chiffres sont tirés de Business Latin America (19 mars 1975, p. 91) pour la Colombie et de Wortzel (op. cit., p. 50) pour les autres pays.

<sup>47/</sup> ONUDI, op. cit.

Mais la domination des STN apparaîtrait encore plus forte si l'on tenait compte du fait qu'elles fournissent probablement une part importante des techniques utilisées pour les productions qui ne sont pas directement sous leur contrôle et qu'elles vendent aussi une grande part des composants actifs issus de ces techniques aux fins de transformation par des entreprises plus petites dans les régions développées et en développement.

C. Le rôle des sociétés transnationales dans la recherche-développement

28. Vu la nature de la production pharmaceutique, il n'est guère surprenant que l'élaboration des techniques soit concentrée dans les mêmes pays et dans les mêmes sociétés. Ce sont les Etats-Unis qui dépensent le plus, et de loin, pour la recherche-développement (R-D) dans l'industrie pharmaceutique; ils sont suivis par la France, le Japon, la République fédérale d'Allemagne, le Royaume-Uni et la Suisse<sup>48/</sup>. On ne dispose pas de données pour ce dernier pays, mais les cinq autres représentent probablement plus de 90 % des dépenses de R-D dans le monde développé (Suisse non comprise) au milieu des années 60<sup>49/</sup>. Quant aux résultats de la recherche, on a dénombré 138 innovations majeures entre 1950 et 1967, dont 67 provenaient des Etats-Unis, 20 de la Suisse, 15 de la République fédérale d'Allemagne, 11 de la France, 10 du Royaume-Uni, 5 des Pays-Bas et les 9 autres de divers pays développés<sup>50/</sup>. La contribution des pays en développement aux activités de R-D ou aux principales innovations a été nulle ou négligeable.

29. Les grandes sociétés pharmaceutiques des pays développés consacrent environ 10 % de leur chiffre d'affaires à la R-D et certaines, telles que Roche, plus encore. Pour la plus grande part, ces dépenses sont effectuées dans les pays d'origine mais depuis peu les sociétés les plus importantes (en particulier celles des Etats-Unis) ont tendance à en élargir la distribution géographique pour profiter des coûts plus bas de la main-d'oeuvre européenne. Etant donné la charge élevée et toujours

---

<sup>48/</sup> Pour une ventilation détaillée au milieu des années 60, voir OCDE op.cit.

<sup>49/</sup> Estimation tirée de l'OCDE, op.cit.

<sup>50/</sup> DAFSA, op.cit., p. 26.

croissante d'un budget de recherche diversifié<sup>51/</sup>, il n'est pas surprenant que les principales sociétés se taillent la part du lion dans l'ensemble des dépenses de R-D. Ainsi, aux Etats-Unis, les quatre premières sociétés représentent 40 % du total<sup>52/</sup> les huit premières 63 % et les 20 premières 95 %; au Royaume-Uni, les quatre premières sociétés comptent pour plus de 70 % du total<sup>53/</sup>. Il apparaît donc que la concentration est plus forte au niveau de la recherche qu'au niveau de la production.

30. Les sociétés pharmaceutiques des pays en développement n'ont pratiquement pas d'activité dans le domaine de la recherche, excepté peut-être quelques entreprises des principaux pays producteurs. Mais, même dans ce cas, les choses ne vont pas très loin : les données disponibles pour l'Inde<sup>54/</sup> et l'Argentine<sup>55/</sup> indiquent que les dépenses de R-D représentent environ 1 % du chiffre d'affaires, (y compris sans doute les dépenses pour le contrôle de la qualité); six sociétés indiennes seulement avaient fait des efforts "raisonnables" pour le développement de la recherche fondamentale<sup>56/</sup>. A noter en outre que les filiales de sociétés étrangères établies en Inde ne s'intéressent pas à l'étude de médicaments contre les maladies tropicales car, à leur avis, la production n'en serait pas suffisamment rentable compte tenu de la demande<sup>57/</sup>.

---

<sup>51/</sup> La DAFSA (op.cit.) indique que le programme de recherche d'une société est généralement composé de 8 à 10 projets, dont le coût était d'environ 10 millions de dollars en 1970.

<sup>52/</sup> Walker, Market Power and Price Levels in the Ethical Drug Industry, p. 128.

<sup>53/</sup> Commission Sainsbury, Report of the Committee of Enquiry into the Relationship of the Pharmaceutical Industry with the National Health Service (HMSO, Londres, 1967).

<sup>54/</sup> B.V. Rangarao, "Indian Drug Industry : Status and Perspective - II", Mainstream, 8 mars, 1975, p. 22-23.

<sup>55/</sup> Katz, op.cit., p. 23

<sup>56/</sup> Commission Mathi, op.cit., p. 93.

<sup>57/</sup> Ibid.; voir aussi Organisation mondiale de la Santé (OMS), Prophylactic and Therapeutic Substances (A28/11) p.2.

Tout revient à dire que la recherche-développement dans l'industrie pharmaceutique est non seulement concentrée dans un petit nombre de pays et de sociétés, mais qu'elle est également axée sur les maladies qui prévalent là où ces sociétés ont leur marché.

D. Propriété des brevets

31. La domination technique exercée par les grandes sociétés internationales trouve encore une illustration dans la propriété des brevets. Dans la plupart des pays en développement, ce sont des sociétés étrangères qui détiennent l'immense majorité de ces derniers : 84 % selon une estimation de 1972 pour l'ensemble du monde en développement et le chiffre est supérieur pour de nombreux pays.<sup>58/</sup> Le système des brevets revêt ici une importance particulière car la nature même de l'industrie pharmaceutique fait qu'il est relativement facile à des concurrents de copier une innovation.<sup>59/</sup> C'est ce qui explique que cette industrie ait été si souvent au centre du débat sur la question.<sup>60/</sup> Il est donc vraisemblable que la part des brevets de médicaments sous propriété étrangère est au moins aussi élevée que celle de l'ensemble des brevets.<sup>61/</sup> En d'autres termes, les sociétés étrangères, et il s'agit la plupart du temps des principales sociétés transnationales, détiendraient de 85 à 90 % des brevets pharmaceutiques dans les pays en développement. Mais le phénomène ne se limite évidemment pas à ces pays-là. Avec l'essor de la production internationale,

---

<sup>58/</sup> CNUCED, Le rôle du système des brevets dans le transfert des techniques aux pays en voie de développement, (TD/B/AC.11/19/Rev.1), 1975.

<sup>59/</sup> Id.; voir aussi C.T. Taylor et Z.A. Silberston, The Economic Impact of the Patent System; A Study of the British Experience, (Cambridge University Press, Londres, 1973).

<sup>60/</sup> Voir, par exemple, C.V. Vaitos, "Patents revisited : Their Function in Developing Countries", Journal of Development Studies, Octobre 1972.

<sup>61/</sup> Au Chili, 98,4 % des brevets pharmaceutiques étaient détenus en 1972 par des sociétés étrangères, contre 94,5 % pour l'ensemble des brevets industriels, Id., p. 75.

la propriété étrangère prend de plus en plus d'extension dans les pays développés. C'est ainsi qu'au Royaume-Uni 6 % seulement des brevets pharmaceutiques enregistrés vers 1965 étaient détenus par des sociétés britanniques, contre 14 % douze ans auparavant, ce qui montre une nette tendance vers une diffusion internationale de la capacité innovatrice et de la propriété des techniques brevetées.<sup>62/</sup>

32. On distingue trois types de brevets dans le domaine des produits pharmaceutiques selon qu'ils concernent les procédés de fabrication, les produits fabriqués ou les applications. La forme et la durée de la protection varie selon les pays. Certains pays tels que le Canada, la Suisse, l'Argentine, le Chili, l'Egypte, l'Inde, le Pakistan et la Yougoslavie, admettent des brevets pour les procédés de fabrication mais non pour les produits fabriqués; d'autres, en particulier l'Italie, le Brésil et la République de Corée, n'admettent même pas de brevets pour les procédés de fabrication<sup>63/</sup>. La durée dans la plupart des pays développés à économie de marché varie entre 16 et 20 ans; elle est plus courte dans de nombreux pays en développement (7 ans seulement en Inde). Les restrictions et les conditions auxquelles sont assujetties l'utilisation et la révocation des brevets sont également très variables. Dans les pays en développement, on observe une tendance générale à contrôler les brevets d'une manière beaucoup plus stricte et à faire des exceptions "dans l'intérêt national", mais cela ne suffit pas la plupart du temps pour résoudre les problèmes fondamentaux que pose dans ces pays l'industrie internationale des produits pharmaceutiques.

33. Nous avons exposé dans ce chapitre les traits généraux de l'industrie pharmaceutique telle qu'elle se présente aujourd'hui. Cette industrie offre une illustration exemplaire de la situation de dépendance technique dans laquelle se trouvent actuellement les pays en développement : un nombre restreint de sociétés gigantesques

---

<sup>62/</sup> M. H. Cooper, "Patents and Innovation in Britain, India, Italy, Japan and the USA", dans Innovation and the Balance of Payments : The experience of the Pharmaceutical Industry, étude publiée sous la direction de G. Teeling-Smith, (Office of Health Economics, Londres, 1967).

<sup>63/</sup> Voir CNUCED, op.cit., p. 56 à 59.

basées dans cinq ou six pays développés à économie de marché dominant la production, la commercialisation et la technologie des produits pharmaceutiques dans le monde entier; de ces sociétés les pays en développement dépendent presque entièrement pour l'acquisition des techniques, dont le transfert s'effectue le plus souvent par voie d'investissements directs dans des installations exploitées de l'étranger, alors que l'achat de licences et l'importation de composants actifs ne jouent qu'un rôle mineur; et si la production et la distribution vont croissant dans le monde en développement, elles ne font jamais que refléter les besoins et les conditions du monde développé.



#### CHAPITRE IV

##### INDICATEURS ET SOURCES DE LA DOMINATION DU MARCHÉ

34. La notion de "domination du marché" est fort utile pour analyser les opérations d'une industrie telle que l'industrie pharmaceutique 64/. Cette notion désigne la capacité que peuvent avoir certains producteurs d'exercer sur les conditions du marché un contrôle qui va au-delà de ce qui serait possible dans une situation de concurrence; en d'autres termes, elle donne la mesure du pouvoir monopolistique (ou oligopolistique) des sociétés qui ont la haute main sur un secteur industriel. La plupart des entreprises manufacturières modernes ont une position dominante sur le marché surtout lorsque leurs opérations s'étendent à de nombreux pays; il est maintenant admis qu'un certain pouvoir de monopole fondé sur "un avantage spécial" (connaissances techniques, différenciation des produits, accès privilégié aux facteurs de production) est une condition préalable à la croissance transnationale 65/. Le secteur pharmaceutique quant à lui se ressent fortement de la tendance générale qui se dessine dans l'industrie manufacturière des pays développés à économie de marché, avec la domination croissante du processus de production par un petit nombre de très grandes entreprises 66/.

35. S'il est difficile de cerner avec précision ce mouvement qui entraîne vers une domination des marchés, le phénomène lui-même peut permettre d'évaluer les effets d'une structure industrielle qui est fondamentalement fermée à la concurrence. Mais il convient d'abord de faire deux remarques importantes. En premier lieu, l'industrie pharmaceutique se caractérise par un degré exceptionnel

---

64/ Nous ne saurions trop recommander à cet égard la lecture de H.D. Walker, op.cit.

65/ Voir C.P. Kindleberger, American Business Abroad, (Yale University Press, New Haven, 1968) et R. Vernon, Sovereignty at Bay, (Basic Books, New York, 1971).

66/ On verra toutes les ramifications que peut avoir la croissance des géants de l'industrie dans S. Hymer, "The Multinational Corporation and the Law of Uneven Development", Economics and the World Order, ouvrage publié sous la direction de J. Bhagwati (Macmillan, Londres, 1972).

de domination du marché, même si on la compare aux secteurs où le pouvoir des STN se fait le plus sentir. En second lieu, les effets de cette domination sont plus graves dans cette industrie que dans les autres en raison de son importance considérable pour l'homme et la société.

36. Nous examinerons dans ce chapitre certains aspects qui peuvent montrer jusqu'où va la domination exercée par les sociétés transnationales, puis nous tenterons de déterminer les sources de leur pouvoir. Le chapitre suivant sera consacré aux conséquences de cette situation pour les pays en développement.

#### A. Indicateurs de la domination du marché

37. On ne connaît pas d'indicateur simple pour mesurer un pouvoir monopolistique ou oligopolistique. La réalité de ce pouvoir ne peut être appréciée qu'en fonction de certaines caractéristiques de l'industrie qui témoigneront d'une déviation par rapport à une situation idéale de concurrence et en montrant que certaines sociétés ont la possibilité de dominer le marché. Puisque dans le cas de l'industrie pharmaceutiques on ne peut de toute évidence parler d'un monopole naturel ou d'un monopole de droit, quatre indicateurs permettront de déceler l'existence ou l'utilisation d'une position dominante sur le marché : la concentration de la production; la capacité de pratiquer des prix discriminatoires; l'ampleur des bénéfices; et le recours systématique aux armes de la commercialisation pour renforcer une position sur le marché. Nous avons déjà analysé le phénomène de concentration (voir le chapitre III, paragraphes 22 à 24). Nous traiterons maintenant des trois autres points.

##### 1. Prix

38. On peut relever ici trois types de prix différentiels : les deux premiers témoignent de la discrimination qui peut être exercée selon les acheteurs et les pays; le troisième montre le pouvoir qu'ont les sociétés dominantes d'imposer des prix plus élevés que les sociétés plus modestes :

##### a) Différences de prix selon les régions d'un même pays ou selon les acheteurs

Une vaste enquête menée par le Sénat des Etats-Unis sur l'industrie pharmaceutique américaine a mis en lumière de nombreux cas où des produits de la même marque étaient vendus à des prix qui accusaient d'énormes différences selon les acheteurs, preuve que les fournisseurs pouvaient imposer leur loi au marché.

Par exemple, le Librium des Laboratoires Roche était vendu 45 dollars (les 500 comprimés de 25 mg) à Des Moines, à 18,50 dollars à Philadelphie et 21,75 dollars à la Veterans'Administration, la différence entre les deux prix extrêmes étant de 243 %<sup>67/</sup>. Au Royaume-Uni, Roche a implicitement pratiqué une politique de prix discriminatoire pour maintenir sa domination du marché. Depuis 1965, la société était poussée par le Gouvernement britannique à réduire ses prix, mais elle a longtemps bloqué les négociations en offrant des sommes qui atteignaient 1,6 million de livres en 1967-69. Les prix allaient être finalement abaissés par la Commission des monopoles en 1973<sup>68/</sup>. D'autre part, la même société fournissait gratuitement du Librium et du Valium aux hôpitaux et à l'armée afin de pouvoir maintenir les anciens prix sur le reste du marché. Selon le Département de la santé et de la sécurité sociale, cette pratique avait un triple effet : en premier lieu elle décourageait tout concurrent éventuel car c'était sur le marché hospitalier qu'il tenterait normalement de réaliser ses premières ventes; deuxièmement, les médecins des hôpitaux prescrivaient de préférence les produits Roche en échantillon et leur exemple était suivi par les médecins traitants après la sortie des malades de l'hôpital; troisièmement, le personnel hospitalier tendait à considérer que les produits de la société étaient ceux qui coûtaient le moins dans l'augmentation des frais pharmaceutiques de l'hôpital sans se rendre bien compte du coût des soins administrés ultérieurement aux patients par leurs médecins traitants<sup>69/</sup>.

---

<sup>67/</sup> H. Steele, Patent Restrictions and Price Competition in the Chemical Drug Industry, dans United States Senate, Competitive Problems in the Drug Industry, Hearings before the Sub-Committee on Monopoly, Washington D.C., p. 1973 à 1997 (Première publication dans Journal of Industrial Economics, juillet 1967).

<sup>68/</sup> Monopolies Commission, Chlordiazepoxide and Diazepam (HMSO, Londres, 1973).

<sup>69/</sup> Id., p. 52 et 53. La société Roche est maintenant attaquée par la Commission des Communautés européennes pour les prix de ses produits vitaminiques, dont la fixation relèverait d'une pratique de monopole déloyale.

b) Différences de prix selon les pays

Un même produit peut être vendu par la même société à des prix extrêmement différents suivant les pays. Pour reprendre l'exemple de Roche, des données récentes montrent que le Librium et le Valium actuellement vendus dans les pays développés accusent des différences de prix allant de 600 à 1 000 %. Le tableau 7 indique les prix de ces produits dans quatre pays développés à économie de marché.

TABLEAU 7  
Prix de gros du Librium et du Valium  
dans quatre pays développés au 1er mars 1975  
(en dollars)

Pays	Librium <sup>a/</sup>	Valium <sup>b/</sup>	Prix du Librium en pourcentage du prix au Royaume-Uni	Prix du Valium en pourcentage du prix au Royaume-Uni
Royaume-Uni	0,83	0,63	-	-
République fédérale d'Allemagne	4,38	5,35	527,7	849,2
Suisse	4,75	5,44	572,3	908,4
Etats-Unis	5,80	6,89	698,8	1.093,7

Sources : Business Week, 16 juin 1975, p. 53 et lettre de A. Hartmann dans Business Week, 30 juin 1975, qui apporte des corrections aux chiffres concernant le Royaume-Uni.

Notes : a/ 100 capsules de 10 mg.

b/ 100 comprimés de 5 mg.

c) Différences de prix entre produits équivalents selon qu'ils sont désignés par une marque ou par un nom générique

Il est notoire que l'industrie pharmaceutique pratique des prix très différents selon que les produits vendus portent un nom de marque (il s'agit le plus souvent des produits des grandes sociétés) ou une dénomination pharmacologique.

La Commission Kefauver a révélé d'innombrables cas où des produits de marque étaient vendus aux Etats-Unis jusqu'à 1 000 % au-dessus du prix des autres produits sans que la part du marché détenue par les grandes compagnies soit en rien entamée<sup>70/</sup>. Dans le cas de Roche, une petite société britannique fournit l'équivalent du Librium sous licence obligatoire 25 % au-dessous du prix de Roche, mais elle ne s'assurait pas même 3 % du marché en 1970<sup>71/</sup>; en Italie, où les produits ne sont pas protégés par des brevets, sept sociétés vendaient 30 % au-dessous du prix pratiqué par Roche sans réussir à ébranler sa position (90 % du marché)<sup>72/</sup>. En Inde, en 1972, le Librium était vendu 16 roupies les 100 comprimés de 10 mg, alors que des petits fabricants vendaient 1,50 roupie un produit équivalent sous nom générique<sup>73/</sup>. Lall a calculé, d'après les informations parues dans la presse, que l'administration de la santé publique du Royaume-Uni aurait pu obtenir de pays qui ne reconnaissent pas les brevets les quatre principaux produits du marché britannique (Aldomet, Penbritin, Intal et Indocid) sous des noms génériques pour 18,5 millions de dollars au lieu des 71,3 millions de dollars qui ont effectivement été dépensés, ce qui aurait représenté une économie d'environ 75 %<sup>74/</sup>.

39. On pourrait multiplier les exemples à l'infini pour les pays où opèrent des sociétés privées. L'attrait d'un nom de marque (qu'il y ait brevet ou non) est si considérable que les grands fabricants de produits pharmaceutiques peuvent demander

---

<sup>70/</sup> Voir E. Kefauver, In a Few Hands : Monopoly Power in America (Penguin, Hatmondsworth, 1966). Le Sénateur Kefauver a dirigé les premières enquêtes du Sénat sur l'industrie pharmaceutique aux Etats-Unis dans les années 60. Voir aussi Walker, op.cit.

<sup>71/</sup> Commission des monopoles, loc.cit.

<sup>72/</sup> Cooper, op.cit.

<sup>73/</sup> P.S. Agarwal et al, "Anomalies in Drug Prices and Quality Control", Economic and Political Weekly, 18 novembre 1972.

<sup>74/</sup> Lall, op.cit., note 37.

les prix qu'ils veulent sans que le marché réagisse. Ces prix n'ont guère de rapport avec le coût de production ou les prix fixés par leurs concurrents plus modestes<sup>75/</sup>.

## 2. Bénéfices

40. Les bénéfices réalisés par l'industrie pharmaceutique sont parmi les plus élevés du monde. Depuis le milieu des années 50, ils sont nettement supérieurs à la moyenne de toutes les industries tant aux Etats-Unis qu'au Royaume-Uni et ils ont été souvent les plus importants du secteur manufacturier. Ainsi, le rendement du capital dans cette industrie a atteint 21 % aux Etats-Unis en 1966 et 26 % au Royaume-Uni en 1967-1969 contre 13 % pour l'ensemble des industries manufacturières dans les deux pays. Encore ces chiffres moyens n'expriment-ils pas la capacité de gain des grandes sociétés, dont les bénéfices sont bien supérieurs à ceux des petites entreprises. En 1972, par exemple, le rendement du capital des trois premières sociétés pharmaceutiques du Royaume-Uni atteignait 41 % pour Beecham, 22 % pour Glaxo et 45 % pour Boots, toutes trois se classant parmi les quatre premières dans la liste des 100 sociétés qui avaient réalisé cette année-là les bénéfices les plus importants<sup>76/</sup>.

---

<sup>75/</sup> Les différences de prix sont encore plus grandes si l'on compare les produits de marque à des produits plus anciens qui permettent un traitement de substitution. N. Speight, médecin lui-même, a calculé qu'en République Unie de Tanzanie, les substituts aux tranquillisants de Roche coûtaient 50 à 60 fois moins cher et la pénicilline V, le chloramphenicol et la tétracycline 10 à 50 fois moins que toutes les préparations d'antibiotiques sous marque. La légère perte d'efficacité est plus que compensée par l'économie réalisée et la plus large distribution des médicaments. Voir A.N.P. Speight, "Cost-effectiveness and drug therapy", Tropical Doctor, avril 1975.

<sup>76/</sup> Pour les sources, voir Lall, op.cit., p. 155. On peut comparer les chiffres pour le Royaume-Uni à ceux des trois filiales étrangères opérant en Egypte, dont les bénéfices déclarés en 1967 atteignaient 53 % pour Pfizer, 115 % pour Hoechst et 52 % pour le consortium suisse (voir Handoussa op.cit. p. 119).

En Inde, les 33 sociétés sous contrôle étranger qui ont fait l'objet d'une enquête de la Reserve Bank ont enregistré des gains de 30 % en 1969-1970 alors que les quelque 2 000 entreprises manufacturières nationales arrivaient seulement à 8 %. Au cours de la période 1965-1971 les bénéfices de ces sociétés ont été les plus élevés non seulement de toutes les sociétés manufacturières du pays mais encore de l'ensemble des entreprises sous contrôle étranger appartenant ou non au secteur manufacturier<sup>77/</sup>.

41. Le problème des prix de transfert - c'est-à-dire des prix des produits intermédiaires "vendus" par une société à ses filiales - rend sujets à caution les chiffres des bénéfices déclarés. Il est assez facile de manipuler ces prix de façon à faire apparaître des bénéfices modestes dans les pays où les taux d'imposition sont relativement élevés et les abattements sur les bénéfices limités, entre autres obstacles au projet. Or il se trouve que c'est justement dans l'industrie pharmaceutique que cette pratique est la plus courante<sup>78/</sup>. En l'occurrence, elle vaut autant pour les pays développés à économie de marché que pour les pays en développement, l'exemple de Roche au Royaume-Uni illustrant bien les possibilités qui s'offrent dans ce domaine. Roche a toujours déclaré de faibles bénéfices au Royaume-Uni (où la fiscalité est très forte par rapport à la Suisse) : en général moins de 5 % du capital employé. Pourtant la Commission des monopoles a établi, sur

---

<sup>77/</sup> Id. p. 163. Roche est une des sociétés étrangères qui a enregistré les gains les plus élevés, avec des bénéfices déclarés (avant impôts) qui représentaient en 1968 plus de 65 % de la fortune nette et plus de 60 % du capital employé, chiffre bien supérieur à la moyenne des autres sociétés pharmaceutiques (source : Annual Reports).

<sup>78/</sup> Voir S. Lall, "Transfer-Pricing by Multinational Manufacturing Firms". Oxford Bulletin of Economics and Statistics, août 1973, et C.V. Vaitsos, Intercountry Income Distribution and Transnational Corporations (Oxford : Clarendon Press, 1974).

la base d'estimations d'ailleurs prudentes, que le rendement réel du capital utilisé par la société dépassait 70 % pour la période 1966-1972 et que les bénéfices déclarés ne représentaient que 12 % des bénéfices effectivement réalisés<sup>79/</sup>. Les prix fixés pour les importations de chlordiazepoxide et de diazepam étaient de 4 000 à 4 500 % au-dessus des prix mondiaux pour les produits de remplacement (qui assuraient déjà une certaine marge de bénéfice); en Colombie, on a constaté aussi un écart de 5 000 à 6 000 %<sup>80/</sup>.

42. Les pratiques de fixation de prix de transfert apparaissent peu à peu au grand jour dans plusieurs pays. Tout confirme à cet égard les premières observations faites par Vaitsos dans le cas de la Colombie, à savoir que l'industrie pharmaceutique dissimule d'énormes bénéfices. L'examen de 72 cas en Iran à la fin des années 60 révèle par exemple que le surprix payé pour les produits intermédiaires représentait jusqu'à 199 % dans 38 % des cas, de 200 à 919 % dans 50 %, et plus de 1 000 % dans 6 %. Dans un cas le surprix dépassait 10 000 %<sup>81/</sup>. Pour l'Egypte, on a cité l'exemple d'un surprix de 159 % en 1965<sup>82/</sup>; pour l'Espagne, les marges allaient de 120 à 880 % en 1972<sup>83/</sup>. Plusieurs cas ont été mis en lumière en Argentine,

---

<sup>79/</sup> Commission des monopoles, op.cit., p. 45 à 49. Ses prix au Royaume-Uni n'atteignant que la moitié de ceux qu'elle pratiquait dans le reste du monde, cette société pouvait aisément réaliser un gain de 150 % sur ses deux tranquillisants.

<sup>80/</sup> Ibid. et Vaitsos, op.cit.

<sup>81/</sup> G. Salehkhoul, Commercialization of Technology in Developing countries : Transfer of Pharmaceutical Technology to Iran (thèse de doctorat, New School for Social Research, New York, 1974) p. 152 et appendice III, tableau A. Le produit en question était la doxycycline (1972).

<sup>82/</sup> Handoussa, op.cit., p. 116

<sup>83/</sup> CNUCED, Principaux problèmes découlant du transfert des techniques - Monographie sur l'Espagne, par. 120 et 121.



et principalement un surprix de 1 500 % pour le diazepam (composant actif du valium). Le Sénat des Etats-Unis a relevé pour sa part d'autres cas en Inde, au Pakistan, au Brésil et en Turquie<sup>84/</sup>. Certes, il est difficile de définir un étalon de prix, car il faudrait déterminer une "juste rémunération" pour les activités de R-D, toujours hasardeuses, et faire la part d'autres frais généraux; il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle les bénéfices réalisés ne peuvent se justifier ni par le risque couru (problème qui sera examiné plus loin) ni par l'utilité sociale de l'industrie, en particulier dans les pays en développement.

### 3. Commercialisation

43. On peut considérer les dépenses de commercialisation à la fois comme un indicateur et comme une cause de la domination du marché. Dans une industrie dont les produits seraient homogènes de grandes sociétés ne pourraient atteindre à une position privilégiée en différenciant les produits de leur propre marque et en assurant leur lancement par la publicité. Lorsque par contre la différenciation et la publicité se font à grande échelle, il est pratiquement inévitable que des positions de quasi-monopole se créent qui conduiront à une domination du marché.

44. Dans l'industrie pharmaceutique, précisément, des sommes considérables sont consacrées à la différenciation des produits et à la publicité. Aux Etats-Unis, par exemple, quelque 700 médicaments de base sont vendus sous 14 000 à 35 000 formes différentes<sup>85/</sup>.

<sup>84/</sup> Katz, op.cit. p. 33 et United States Senate, Competitive Problems in the Drug Industry p. 7 330-31.

<sup>85/</sup> Statement of the Medical Economics Company to the Subcommittee on health, United States Senate, Examination of the Pharmaceutical Industry, 1973-1974, Washington DC. p. 2 731.

En République fédérale d'Allemagne, il y en a 24 000, en Italie 21 000, en France 8 500 et au Royaume-Uni 9 500<sup>86/</sup>. C'est en Norvège (2 000) et en Suède (2 600) que l'on trouve le plus petit nombre de produits pharmaceutiques vendus dans des pays développés à économie de marché; ces pays ont un système de distribution étatisé qui semble avoir des effets bénéfiques sur les prix<sup>87/</sup>.

Les observations faites dans les pays en développement portent à croire que la différenciation des produits est pratiquée à la même échelle que dans la plupart des pays développés à économie de marché. On dénombre 25 000 médicaments en Espagne, 11 000 au Portugal, 9 000 en Grèce, 4 200 en Iran, 3 400 en Turquie, 14 000 au Brésil et 15 000 en Inde<sup>88/</sup>.

45. Les dépenses de commercialisation sont extrêmement élevées. Aux Etats-Unis, elles sont de trois à quatre fois supérieures aux dépenses de R-D et représentent jusqu'au tiers de la valeur des ventes, dépassant même parfois le coût des produits vendus<sup>89/</sup>. En 1967, alors que l'industrie pharmaceutique comptait pour 5 % des ventes de 27 industries des Etats-Unis, les dépenses de publicité atteignaient 17 % du total. Au Royaume-Uni, les dépenses de commercialisation sont moins importantes mais assez toutefois pour préoccuper la Commission Sainsbury, qui a demandé (en vain d'ailleurs) une stricte réglementation des pratiques de l'industrie pharmaceutique en matière de commercialisation<sup>90/</sup>. Une comparaison effectuée par Katz montre qu'en 1967 les coûts de promotion représentaient en moyenne 16 %

---

<sup>86/</sup> DAFSA, op.cit., p. 40 et 41.

<sup>87/</sup> Id., p. 46 et 47.

<sup>88/</sup> Id., et Cilingiroglu, Business Latin America, Salehkhov, op.cit., et Commission Hathi, op.cit.

<sup>89/</sup> Voir Kefauver et Walker, op.cit. Voir aussi OMS, op.cit., p. 6.

<sup>90/</sup> Voir Commission Sainsbury, op.cit., et une évaluation récente de V. Coleman, The Medicine Men (Temple Smith, Londres, 1975). Dans The Politics of Drugs (Lexington Books, Lexington [Mass.], 1974), R.W. Lang expose les raisons pour lesquelles la réforme de l'industrie britannique en est toujours au point mort.

de la valeur des ventes au Royaume-Uni, 20 % en Suisse, 22 % en France, en Hollande et en République fédérale d'Allemagne, et 26 % en Argentine<sup>91/</sup>. Il n'y a guère d'autre grande industrie manufacturière qui dépense davantage pour la promotion - une promotion qui recourt à des moyens très divers : publication de brochures sur papier glacé, large publicité dans la presse, banquets et voyages gratuits, parrainage de conférences, distribution de cadeaux et d'échantillons et surtout fréquentes visites des représentants de la société; tout cela a coûté aux consommateurs en 1970 environ 1,2 milliard de dollars aux Etats-Unis et 41 millions de livres sterling au Royaume-Uni<sup>92/</sup>. Si l'on suppose qu'à peu près 20 % de la valeur des ventes sont consacrés à la promotion dans les pays développés à économie de marché, ce poste dépassait en 1970 3 milliards de dollars, ce qui représente en gros la valeur totale de la production pharmaceutique dans les pays en développement et les pays et territoires d'Europe méridionale.

46. Nous avons montré dans les paragraphes qui précèdent que les sociétés pharmaceutiques transnationales ont un pouvoir considérable sur le marché, qui leur permet de pratiquer des prix bien plus élevés que ceux des petites entreprises, de réaliser des bénéfices supérieurs et de conserver une part prépondérante. Nous examinons à présent les raisons qui expliquent cette position de force pratiquement inexpugnable qu'elles sont parvenues à acquérir.

#### B. Sources de la domination du marché

47. La domination exercée par les grandes sociétés dans les industries modernes à structure oligopolistique peut avoir quatre sources différentes : économies d'échelle (par exemple dans le secteur pétrochimique); accès privilégié aux matières premières (aluminium) ou à un marché réservé (services publics); suprématie technologique (ordinateurs); stratégie commerciale (produits alimentaires).

---

<sup>91/</sup> Katz, op.cit., Katz note qu'en Argentine les coûts de promotion sont plus élevés que dans tout autre pays sauf les Etats-Unis.

<sup>92/</sup> Voir Coleman et Commission des monopoles, loc.cit.,

Les sociétés pharmaceutiques transnationales ne retirent pas d'avantage particulier des économies d'échelle<sup>93/</sup> et n'ont pas non plus un marché réservé de droit. Leur position dominante s'explique par leur capacité de fabriquer de nouveaux produits et de les commercialiser efficacement : la technologie et la commercialisation sont les chevilles ouvrières de l'industrie pharmaceutique moderne.

### 1. Technologie

48. Comme nous l'avons dit au chapitre III, l'industrie pharmaceutique déploie une intense activité dans le domaine de la R-D. En moyenne, 10 % du chiffre d'affaires des principales sociétés des pays développés à économie de marché est consacré à l'étude de produits nouveaux ou différents (voir le paragraphe 29). Le processus est long et complexe qui va de la recherche fondamentale en chimie organique à des essais cliniques de produits avancés et au contrôle de la qualité en passant par tous les stades de la mise au point et de l'expérimentation. "Entre la découverte d'un nouveau composé et son éventuelle commercialisation, il peut s'écouler quatre à sept ans; pour chaque composé dont la valeur thérapeutique est reconnue, 5 000 en moyenne doivent être étudiés. De ces 5 000 composés, 3 500 sont éliminés après les premiers tests pharmacologiques et chimiques et les premiers essais de toxicité et 1 470 autres le sont à la suite d'une expérimentation très poussée"<sup>94/</sup>. Au Royaume-Uni, l'élaboration d'un nouveau médicament important revient à environ 3 millions de livres, cependant qu'en France, le coût des opérations, de la synthèse du produit à sa commercialisation, varie entre 10 et 20 millions de francs<sup>95/</sup>. La plus grande partie du budget est absorbée par un personnel hautement qualifié, ce qui est une des raisons pour lesquelles les STN, devant l'augmentation rapide du coût de la main-d'oeuvre, tendent de plus en plus à déployer leurs activités de R-D dans les régions où celle-ci est la plus économique.

---

<sup>93/</sup> Voir OCDE, op.cit.

<sup>94/</sup> DAFSA, op.cit., p. 21. Voir aussi OMS, op.cit., p. 4.

<sup>95/</sup> DAFSA, loc.cit.

49. Le rythme de l'innovation technique s'est ralenti au cours de ces dernières années alors que l'introduction de nouveaux produits, qui peuvent être vendus à des prix bien plus élevés, est une nécessité vitale pour l'industrie. "La faible durée de vie de la grande majorité des produits comparés à la somme de temps qu'il faut pour la recherche oblige l'industrie pharmaceutique à consacrer à celle-ci une partie de son chiffre d'affaires de façon à assurer un flux régulier de produits nouveaux pour demeurer rentable et maintenir sa part du marché. Cette condition est d'autant plus importante que la réglementation des prix décourage les hausses pour les médicaments qui sont déjà dans le commerce... La moitié environ des médicaments vendus sur les marchés nationaux ont moins de dix ans d'âge. Les deux remèdes qui, en 1962, venaient en tête sur le marché britannique occupaient en 1971 le 50ème et le 47ème rang. Cette évolution montre que la durée de rentabilité d'un médicament est relativement courte; elle est en général estimée à 5 ans en moyenne, encore qu'elle semble devoir s'allonger pour atteindre 10 à 12 ans"<sup>96/</sup>.

50. On ne peut comprendre l'économie de l'industrie pharmaceutique si l'on ne voit pas le rapport fondamental qu'il y a entre l'introduction de nouveaux produits et la rentabilité, donc la croissance, la concentration et l'expansion multinationale. Certes l'industrie effectue des recherches qui sont socialement utiles et on lui doit beaucoup de médicaments importants; il est d'autre part évident que le coût de la R-D ne cesse d'augmenter et que seules les plus grandes sociétés pourront se maintenir comme de véritables innovateurs si les tendances actuelles se confirment<sup>97/</sup>. Cela admis, peut-on dire que les dépenses de R-D présentent aujourd'hui un tableau idéal du point de vue social et surtout que les pays en développement en aient retiré un profit à proportion ?

51. Trois facteurs viennent renforcer, sur le plan technologique, le pouvoir des sociétés dominantes : importance des sommes nécessaires à la recherche, les brevets, le soutien de l'Etat.

---

<sup>96/</sup> Id., p. 19 et 43.

<sup>97/</sup> Voir Noyes Data Corporation, op.cit., p. 147. Selon la DAFSA, op.cit., p. 22, les dépenses de R-D devraient être augmentées de 10 % par an afin de maintenir un programme de recherche déjà commencé.

a) Importance des sommes nécessaires au financement d'un programme viable de R-D

Pour qu'un programme réussisse, il doit normalement comporter un assez grand nombre de projets qui s'étendent chacun sur une longue période. Seules des sociétés importantes disposant d'une solide base financière peuvent s'engager dans cette voie. Comme nous l'avons déjà noté, les dépenses de R-D sont en fait très concentrées dans le secteur pharmaceutique, ce qui tend à renforcer la domination du marché par les plus grandes sociétés. De plus, le fait que les sociétés transnationales peuvent transférer leurs activités de R-D là où la main-d'oeuvre est la plus économique renforce leurs possibilités dans le domaine technique.

b) Brevets sur les produits et les procédés de fabrication

Les brevets jouent un rôle considérable dans le secteur pharmaceutique qui comme nous l'avons noté au chapitre précédent est peut-être à l'heure actuelle la seule grande industrie qui dépende d'un monopole fondé sur ces instruments pour la protection de ses innovations<sup>98/</sup>. Les brevets représentent une source de pouvoir monopolistique, non pas seulement parce qu'ils confèrent au détenteur un droit exclusif d'exploitation commerciale pour une durée déterminée, mais aussi parce qu'ils peuvent servir à empêcher l'importation de produits meilleur marché<sup>99/</sup>, à dissuader les petites entreprises de risquer des procès en contrefaçon extrêmement coûteux et à détourner les entreprises d'une production similaire même lorsque le détenteur du brevet ne dispose pas d'installations sur place. Par là, les grandes

---

<sup>98/</sup> Voir Taylor et Silverston, op.cit., Vaitos, op.cit., et CNUCED, op.cit.

<sup>99/</sup> Le cas du meprobase, tranquillisant commercialisé aux Etats-Unis par Carter-Wallace Inc., est à cet égard fort instructif. Pour citer le sénateur Gaylor Nelson, "Carter-Wallace achète en vrac la matière première à des producteurs étrangers pour la revendre à des fabricants qui la transformeront en comprimés de meprobase, vendus ensuite sous son propre nom. Le prix mondial du meprobase en masse est de 87 cents la livre. Carter-Wallace le revend aux fabricants 23,80 dollars. La société vise un seul but : éviter que le public américain ne puisse se procurer le produit à un prix raisonnable sous une appellation générique. Or les fabricants de médicaments sous dénomination générique ne peuvent pas se permettre d'acheter du meprobase en masse au prix fixé par Carter-Wallace. Et s'ils essaient de se pourvoir sur le marché mondial, la société les menace de poursuites en contrefaçon, même si, comme l'a soutenu le Gouvernement, le brevet n'est pas valable". Congressional Record, 9 octobre 1970, reproduit dans United States Senate, op.cit., 1973-1974, p. 483.

sociétés peuvent exercer un contrôle qui ne fait que renforcer leur position dominante. Ajoutons que, bien souvent, elles s'assurent aussi la haute main sur le marché des matières premières, qui ne font pas toujours l'objet d'un brevet cela par des accords d'exclusivité client-fournisseur.

c) Aide publique à la recherche

S'il est vrai que les dépenses nécessaires à la mise au point de nouveaux produits pharmaceutiques sont en majeure partie supportées par les sociétés elles-mêmes, on ignore parfois que l'Etat intervient pour beaucoup dans la recherche "fondamentale". Aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, la recherche financée sur les fonds publics dépasse la recherche soutenue par des fonds privés de 200 à 300 %.<sup>100/</sup> Or cette intervention de l'Etat a généralement pour effet de renforcer la domination technologique des grandes sociétés privées, parce que les résultats obtenus ne font pas l'objet d'une exploitation commerciale dans le secteur public mais sont transmis gratuitement ou à très bas prix au secteur privé pour une élaboration plus poussée. On observe ainsi une division du travail entre le secteur public et le secteur privé, qui, pour faire une séparation naturelle entre la recherche fondamentale et la recherche appliquée n'en tourne pas moins à l'avantage du secteur privé. Comme seules les plus grandes sociétés disposent des ressources nécessaires pour utiliser systématiquement, à des fins commerciales, les résultats de la recherche financée par l'Etat, celle-ci consolide en définitive la position de ces sociétés sur le marché.

52. Les besoins technologiques et la structure de la recherche dans l'industrie pharmaceutique concourent donc à engendrer et à perpétuer une domination du marché par les STN. Dans une certaine mesure, ce phénomène est commun à la plupart des industries modernes à forte intensité de recherche, où l'aide publique et la concentration de la production sont des conditions nécessaires pour maintenir le rythme

---

<sup>100/</sup> J.C. Cain, "State Support for Research", dans G. Teeling-Smith, op.cit.

des innovations face à la concurrence internationale. Cependant, l'industrie pharmaceutique, lorsqu'on lui demande de justifier les prix et les bénéfices exceptionnellement élevés qui sont souvent associés aux opérations des principales sociétés, fait valoir fréquemment l'ampleur des risques et/la durée de **gestation dans le** domaine de la recherche-développement.

53. A supposer que ce **sont** en effet des risques exceptionnels qui justifient des bénéfices également exceptionnels - comme ce serait théoriquement le cas dans une situation de concurrence - l'analyse devrait révéler : i) que le risque et l'**incertitude exercent par eux-même** une influence sensible sur le taux de profit; ii) que les recettes varient considérablement de part et d'autre de la tendance ainsi que par rapport aux industries où les risques sont moindres; iii) qu'il n'y a pas d'autres sources de domination du marché, de sorte que le niveau des bénéfices, par le libre jeu de la concurrence, n'indique que le rendement du capital auquel vient s'ajouter une "juste" rémunération pour le risque couru; et iv) que les sociétés les moins innovatrices ont le plus faible taux de rendement. Or les faits ne confirment aucune de ces propositions. L'analyse économétrique des facteurs du projet aux Etats-Unis ne fait pas ressortir le risque comme une variable significative; bien au contraire, une enquête approfondie du Gouvernement américain a montré que "les bénéfices traditionnellement élevés de l'industrie pharmaceutique ne sont liés au risque et à l'incertitude que dans une mesure minime et de manière fortuite ... Ils se rattachent bien plus aux barrières dressées devant les nouveaux concurrents.<sup>101/</sup> Ces bénéfices ont constamment été supérieurs à la moyenne dans les bonnes comme dans les mauvaises années, et même les sociétés qui ont relativement peu innové ont enregistré dans certains cas des taux de profit très élevés<sup>102/</sup>."

---

<sup>101/</sup> Voir R.C. Parker et W.H. Kelly, 'Profitability in the Drug Industry : A Result of Monopoly or a Payment for Risk ?' dans Federal Trade Commission. Economic Papers, 1966-69 (United States Government, Washington D.C.), p. 165.

<sup>102/</sup> Voir Schiffrin, op.cit.



La stratégie de l'industrie pharmaceutique dans le domaine de la commercialisation constitue une source si importante de domination du marché qu'il est difficile de croire que celui-ci obéit aux lois de la concurrence et n'assure qu'une "juste" rémunération pour le risque couru.

54. En résumé, si l'on peut admettre dans une certaine mesure l'argument selon lequel la recherche pharmaceutique comporte un élément de risque qui appelle une compensation, il n'y a aucune raison de penser que cette compensation puisse être raisonnable tel que fonctionne le marché. Il apparaît au contraire que les grandes sociétés trouvent dans la notion de risque un prétexte commode pour prévenir un contrôle plus strict de leurs gains réels.

## 2. Commercialisation

55. La structure technologique de l'industrie n'explique qu'accessoirement la présence d'un oligopole sur le marché des produits pharmaceutiques. La cause première doit être cherchée dans les pratiques de commercialisation. Il faut distinguer ici trois éléments, que nous analyserons successivement.

56. Coupure entre l'acheteur et le décideur. Comme il n'y a pas identité entre celui qui achète un produit pharmaceutique (le patient, l'Etat ou une caisse d'assurance) et celui qui décide de son utilisation (le médecin), aucune pression directe ne peut s'exercer sur le second pour le pousser à "économiser" au sens courant du terme.<sup>103/</sup> Par ailleurs, la plupart des médecins, mal renseignés sur les prix des différents médicaments, ne peuvent que prescrire à leurs patients ceux qu'ils considèrent comme les meilleurs sans tenir compte de leur coût.

57. Promotion des noms de marque. Etant donné que les médecins sont les décideurs mais non les acheteurs, les fabricants vont chercher avant tout à les persuader de prescrire des médicaments sous marque plutôt que sous appellation générique.

---

<sup>103/</sup> Sur la pratique des médecins en matière de prescriptions, voir Russel R. Miller, 'Prescribing Habits of Physicians: A Review of Studies on Prescribing of Drugs', dans United States Senate, op. cit. p. 1369-96.

Nous avons déjà observé les différences de prix entre ces deux catégories de produits [voir le paragraphe 38, alinéa c)]. Tout naturellement, chaque société s'efforce de faire valoir sa propre marque en laissant dans l'ombre ces différences. Elle recourt pour cela à tout l'arsenal moderne de la commercialisation, ce qui vaut à l'industrie pharmaceutique une notoriété considérable. Et rien ne semble indiquer un changement d'orientation dans ce domaine. Comme l'a dit le Sénateur Kennedy, "nous sommes en présence de méthodes de choc qui ne se fondent en rien sur une information objective. Les démarcheurs remplacent les analyses, et les instruments du commerce - cadeaux, primes et autres procédés astucieux - les outils de la science et de la médecine - l'étude comparative, l'évaluation des inconvénients et des avantages de produits concurrents".<sup>104/</sup> Les sociétés font appel à des spécialistes de la vente pour assurer la promotion de leurs produits moyennant cadeaux, échantillons, banquets et voyages (parfois à l'étranger); elles possèdent ou tiennent en tutelle (par le jeu des dépenses publicitaires) plusieurs revues médicales; elles parrainent des conférences et colloques "apparemment organisés en toute indépendance"; elles réunissent enfin des séminaires dans des cadres choisis et "il est difficile de rester impartial devant un produit pharmaceutique quand on a passé aux Bahamas quelques jours fort agréables à en discuter"<sup>105/</sup>. On estime qu'en 1973 quelque 2 millions d'échantillons gratuits auraient été distribués et

---

<sup>104/</sup> Ibid., p.792. En 1973, les dépenses de promotion de 21 sociétés pharmaceutiques américaines (au total 14,8 millions de dollars) se répartissaient ainsi : voyages, 31 000 dollars; colloques, 691 000 dollars; cadeaux, 5 534 000 dollars; et "articles de rappel", 8 580 000 dollars. Ces chiffres ne comprennent pas les frais de représentants, d'échantillons et de publicité (p. 1418-1424).

<sup>105/</sup> Les citations sont de Coleman, op.cit., p. 101 et 102. Pour des exemples de ce type de vente agressive pratiquée par Roche, voir Ibid., voir p. 98-99 et Lass, op.cit. p. 153.

"plusieurs témoignages ont montré qu'il n'était pas rare que les destinataires les échan- gent dans leur pharmacie habituelle contre d'autres produits, parfois pour leur usage personnel. Des témoins ont également rapporté que certaines pharmacies faisaient disparaître le mot 'échantillon' et vendaient ces produits comme s'ils faisaient partie de leurs stocks réguliers"<sup>106/</sup> On peut relever à ce propos que les méthodes de commercialisation employées dans les pays en développement ne diffèrent pas fondamentalement de celles qui sont utilisées dans les pays développés à économie de marché.

58. Absence d'autres sources d'information. La fréquence avec laquelle de nouveaux produits font leur apparition quand ce ne sont pas les produits existants et les noms de marque qui subissent certaines modifications, ce phénomène, conjugué à la carence des autorités officielles en matière d'information sur le coût et l'efficacité des différents produits, fait que les médecins n'ont guère d'autres sources de renseignements que les sociétés pharmaceutiques elles-mêmes. Mais les renseignements que celles-ci fournissent, en raison de leur caractère publicitaire, ne brillent pas par l'objectivité. De plus, les méthodes actuelles de formation en pharmacologie présentent de sérieuses faiblesses<sup>107/</sup>, ce qui empêche les médecins de procéder à une évaluation rationnelle des produits qu'on leur vante et les rend très vulnérables à une promotion de choc. Comme le fait remarquer Coleman, lui-même praticien, "de nos jours, malgré les dangers de certains médicaments puissants, rares sont les médecins qui ont une connaissance approfondie des remèdes qu'ils prescrivent"<sup>108/</sup>.

---

<sup>106/</sup> New Scientist, 23 mai 1974, p. 491. Les témoignages ont été recueillis par le Sénat des Etats-Unis.

<sup>107/</sup> Voir D. Gould, "Can we handle modern drugs ?", New Scientist, 25 mai 1974, en particulier p. 469-470. Voir aussi OMS op.cit., p.17.

<sup>108/</sup> Coleman, op.cit., p. 104.

59. Dans les pays en développement, les méthodes de promotion contribuent sans doute davantage encore à la domination du marché que dans les pays développés. Non seulement les médecins y reçoivent une formation conçue selon les mêmes principes que dans les pays développés, et qui donc les familiarise avec les noms de marques internationales, mais un solide préjugé (qu'ils partagent du reste avec leurs patients) les incline vers les fabricants étrangers aux dépens des producteurs nationaux<sup>109/</sup>, préjugé que renforce, non sans raison parfois, la crainte que certains produits locaux soient de qualité inférieure. De plus, la réglementation officielle en matière de promotion y est beaucoup moins rigoureuse et moindres les efforts pour trouver d'autres sources de renseignements. D'où une domination encore accrue des STN sur le marché.

60. Nous avons montré dans ce chapitre que les grandes sociétés pharmaceutiques disposent d'un pouvoir considérable sur le marché, qu'elles leur permet d'imposer des prix exorbitants pour leurs produits et de réaliser des bénéfices anormalement élevés. Elles ont la haute main sur la technologie et, dans ce domaine, l'aide de l'Etat à la recherche ne fait que renforcer leur position. Les sommes énormes qu'elles consacrent à la commercialisation sont tout bonnement portées au compte du consommateur, qui fait en outre les frais de la formation insuffisante du corps médical et du manque de renseignements sérieux sur les médicaments. Le chapitre suivant traite plus en détail des conséquences de la domination du marché par ces grandes sociétés.

---

<sup>109/</sup> Cette constatation a été faite en Inde par la Commission Hathi. op.cit., p. 86-87, et en Egypte par Handoussa, op.cit., qui relève que même à l'expiration des contrats de licence avec les STN, "les sociétés locales choisissent des noms de marque qui se rapprochent le plus possible des dénominations étrangères" (p.141).

## CHAPITRE V

### CONSEQUENCES DE LA DOMINATION DU MARCHE POUR LES PAYS EN DEVELOPPEMENT

61. Les effets économiques et sociaux de la domination du marché de l'industrie pharmaceutique peuvent être analysés sous l'angle des coûts que nous classerons en deux catégories, les coûts directs et les coûts indirects.

#### A. Coûts directs

62. Les coûts directs sont ici de trois ordres :

a) Bénéfices excessifs. Comme nous l'avons souligné dans le chapitre précédent, les bénéfices des sociétés pharmaceutiques sont anormalement élevés et les prix des médicaments souvent excessifs si l'on en jugerait raisonnablement d'après l'utilité sociale ou la loi de la concurrence. Cet avis a été exprimé fréquemment dans les pays développés à économie de marché, par exemple par les commissions d'enquête du Sénat des Etats-Unis et la Commission des monopoles du Royaume-Uni, mais la situation est beaucoup plus grave dans les pays en développement. Dans la plupart des pays développés, les prix des médicaments, contrôlés par des caisses publiques d'assurance maladie ou déterminés par le jeu de la "libre concurrence", n'ont dans l'ensemble pas augmenté. Par contre, dans certains pays en développement, ils ont dans bien des cas augmenté de plus de 100 % ces deux dernières années. De plus, les bénéfices excessifs réalisés dans les pays développés à économie de marché signifient en général une redistribution du revenu entre l'Etat ou la caisse d'assurance et les sociétés pharmaceutiques, alors que dans les pays en développement, ils représentent un transfert de ressources vers le pays d'origine des sociétés transnationales qui se fait souvent au détriment des couches les plus pauvres de la population. Etant donné la pénurie de devises dont souffrent ces pays, la charge financière qui leur incombe peut être considérée comme beaucoup plus lourde. Par ailleurs, si des prix de transfert sont pratiqués partout par les sociétés pharmaceutiques, celles-ci sont bien plus tentées d'élever artificiellement le niveau des prix dans beaucoup de pays en développement, où elles doivent affronter des conditions plus rigoureuses. Enfin, s'il y a une raison de s'assurer une prime de risque sur les marchés pour lesquels de nouveaux produits ont été mis au point, cette raison ne saurait s'appliquer aux pays en développement car les efforts d'innovation des sociétés transnationales n'ont pas pour but de satisfaire les besoins de leurs propres marchés. On ne devrait donc pas obliger ces pays à payer pour des techniques dont

le coût marginal est pratiquement nul. A l'argument selon lequel le consommateur doit contribuer financièrement à l'élaboration du produit, on peut opposer le point de vue économique et humanitaire, à savoir que, dans les pays en développement, les prix devraient être fixés au coût marginal, car les bénéfices des sociétés transnationales et le financement de R-D n'en seraient eux-mêmes affectés que marginalement.

b) Gaspillage des fonds pour la R-D. La nature même de la recherche pharmaceutique, orientée vers la fabrication de médicaments brevetables et commercialisables, entraîne un énorme gaspillage de fonds car une grande part de la R-D procède par imitation et manipulation moléculaire et aboutit à lancer sur le marché des produits nouveaux qui se distinguent à peine des anciens par leurs effets mais qui coûtent beaucoup plus cher. A preuve le nombre des médicaments vendus sous marque et la proportion des brevets pour des innovations pratiquement sans intérêt<sup>110/</sup>. Sans doute la thérapeutique peut-elle tirer quelque profit de plusieurs variantes d'un même médicament, mais il semble bien que ce soit au prix d'un immense gaspillage d'argent et de compétences. Sur ce plan, le coût de la R-D est supporté par les consommateurs des pays en développement aussi bien que des pays développés, sans grand avantage pour les premiers.

c) Frais de commercialisation. Le coût excessif de la commercialisation doit être considéré par rapport à la nécessaire information du corps médical sur les médicaments vraiment nouveaux.

---

<sup>110/</sup> Schiffrin, op.cit., cite une publication officielle des Etats-Unis selon laquelle, des 5 386 produits nouveaux introduits dans ce pays entre 1948 et 1963, 11 % seulement contenaient des substances chimiques vraiment nouvelles; la plupart étaient des répliques de produits anciens ou des variantes à peine différentes de composés déjà connus. The Economist (16 février 1974) fait remarquer que, sur les 1500 brevets déposés en 1972, seuls 45 médicaments étaient "réellement nouveaux" et 150 apportaient des "modifications importantes"; les 1305 autres (87 %) étaient de pures imitations.

Ce faisant, l'industrie accomplit certes une fonction utile; le problème est qu'elle en fait bien davantage - et à un prix extravagant - en lançant des produits qui n'apportent aucune amélioration du point de vue thérapeutique. Et de ce point de vue, l'information des médecins devait exclure bon nombre de médicaments outre qu'elle pourrait être assurée à bien moindres frais.

B. Coûts indirects

63. Les coûts indirects sont tout aussi importants, sinon plus, que les coûts directs. Ils influent non seulement sur le développement de l'industrie et de la technologie, mais aussi sur la protection sociale, la santé publique et les possibilités de réforme.

64. Elimination de la concurrence. La pratique des sociétés pharmaceutiques transnationales paralyse doublement les petites entreprises concurrentes, en particulier dans les pays en développement. D'une part, leur publicité consiste dans une large mesure, notamment par la représentation qui ne laisse pas de traces, à dénigrer les produits des petites entreprises et à convaincre les médecins des vertus de leur propre marque. Moyennant quoi, elles sauvegardent leur fonction dominante sur le marché même après que les brevets ont expiré ou en cas de concession obligatoire de licences, et barrent ainsi la route à une concurrence qui eût été viable. Dans un pays qui ne reconnaît pas les brevets, tel que l'Italie ou le Brésil, l'efficacité de leur tactique apparaît en pleine lumière. D'autre part, ayant la haute main sur les produits chimiques en vrac qui concrétisent la technologie la plus avancée et sur le savoir-faire breveté qui est nécessaire à leur production, les STN en profitent souvent pour empêcher la création d'entreprises locales, même lorsque celles-ci proposent des droits de licence "raisonnables". Elles vont même jusqu'à dissuader leurs filiales locales d'étendre leur activité à la production chimique de base afin de conserver l'élément le plus rentable de leurs opérations dans leur propre pays. Le cas de l'Inde est significatif à cet égard et mérite qu'on s'y arrête : "Les entreprises multinationales dominent le marché de ce pays pour les médicaments de synthèse; domaine auquel elles consacrent l'essentiel de leurs efforts en ce qui concerne la mise au point de formules. Qu'elles opèrent à petite ou à grande échelle, la plupart ont axé leur activité sur les produits commercialisés par la société mère et ont quasiment

accaparé le marché indien. Elles ont pu s'ouvrir en outre de vastes débouchés pour une large gamme d'autres préparations : fortifiants, composés vitaminiques, etc. Lorsque des entreprises purement indiennes, petites et moyennes, mettent au point des formules équivalentes, elles ont le plus grand mal à se procurer, auprès des sociétés multinationales les produits en vrac dont elles ont besoin et résistent surtout très difficilement aux pressions exercées par ces mêmes sociétés et aux prix très élevés qu'elles pratiquent. Ces dernières années, de surcroît, les entreprises multinationales ont introduit des produits nouveaux dont les propriétés ne présentaient que des différences minimales par rapport aux anciens. Comme ces produits sont brevetés, ils sont habituellement très chers et la fabrication en est autorisée pendant deux ans avec les substances de base fournies par la société mère à un prix élevé. Aussitôt après l'accession du pays à l'indépendance, le Gouvernement indien s'est employé à convaincre les entreprises multinationales de produire sur place des médicaments de synthèse en masse et de partager cette production avec d'autres laboratoires. Sans succès ou guère, du moins au début, car ces dernières années, certaines de ces entreprises se sont mises à fabriquer des produits en vrac, sans aucun doute à cause de l'avènement du secteur public. Elles ne s'en sont pas moins limitées à des articles de faible tonnage et de valeur élevée qu'elles fabriquaient souvent à partir de produits intermédiaires (de l'avant-dernier stade ou presque) achetés très chers à l'étranger et généralement à la société mère. La situation est à peine meilleure aujourd'hui.<sup>111/</sup>

65. Ambiguïtés de l'information. On voit mieux aujourd'hui, notamment par les déclarations faites devant le Sénat des Etats-Unis, l'influence qu'exerce la politique de commercialisation des sociétés pharmaceutiques transnationales sur les habitudes de prescription des médecins. Cette politique n'a pas seulement pour objet de pénétrer le praticien des vertus scientifiquement établies de tel ou tel produit. Les exemples abondent d'écarts outranciers, de silences coupables

---

<sup>111/</sup> Commission Hathi, op. cit., p. 60, par. 58 à 60. De même, Handoussa note en ce qui concerne l'Egypte que "les entreprises locales ne peuvent pas obtenir la coopération technique des filiales, qui s'estiment en concurrence avec le secteur égyptien et refusent de divulguer leurs techniques brevetées". (op. cit., p. 143).



sur les effets **secondaires** ou d'exposés incomplets sur les résultats des essais. Même les meilleures revues médicales sont "plus ou moins astreintes à satisfaire l'industrie pharmaceutique" ainsi que l'écrit Coleman, qui ajoute : "Comme l'a dit un rédacteur, il n'est pas prudent de critiquer à la légère certaines entreprises pharmaceutiques. Voilà, me semble-t-il, l'un des euphémismes de l'année<sup>112/</sup>". Le même auteur, à propos des essais cliniques prétendument indépendants et objectifs, observe aussi : "Certaines revues respectables, et par exemple le British Medical Journal, ont publié des articles de spécialistes qui travaillaient à plein temps pour une société pharmaceutique. De nombreux auteurs apparemment indépendants se sont en fait vendus à l'industrie et ont accepté de faire de la recherche moyennant rétribution sous une forme ou sous une autre, qu'il s'agisse d'un voyage à l'étranger, d'un objet, de quelques diners, de la publication d'une série d'articles ou tout simplement d'argent<sup>113/</sup>".

---

<sup>112/</sup> Coleman, op. cit., p. 96.

<sup>113/</sup> Id., p. 67 et 68. Un professeur américain, consultant en psychiatrie, le Dr P. Lowinger, a fait la déposition suivante devant une sous-commission sénatoriale : "Je dois avouer que j'ai reçu de l'argent de Hoffman-La Roche pour participer au Congrès international de psychothérapie en Angleterre, et de Geigy pour participer à la réunion de l'American Psychiatric Association à Hawaii. Ces sociétés attachaient la plus grande importance à leurs ventes respectives de Librium et de Tofranil, à la Lafayette Clinic où je dirigeais le service de consultations externes et où j'enseignais à des étudiants en médecine, à des internes en psychiatrie et à des praticiens qui se spécialisaient dans ce domaine. Je faisais également des travaux de recherche sur les deux produits en question. Cette corruption déguisée suggère des pratiques bien établies dans l'industrie, sur lesquelles il faudrait enquêter", (Sénat des Etats-Unis, op. cit., p. 1309). Le Dr Lowinger a également étudié la publicité faite par la télévision aux produits pharmaceutiques à Détroit, en 1971, pour conclure que "70 % des propos concernant l'aspect médical étaient trompeurs ou inexacts" (Id., p. 1308; voir New England Journal of Medicine, 9 mars 1972).

66. Ces diverses pratiques ont pour effet d'amener le médecin à prescrire a) trop de médicaments; b) des médicaments mal dosés; c) beaucoup de médicaments inopérants; et d) certains médicaments "surévalués" (pour les besoins des pays en développement). Le problème de l'abus et du mésusage des médicaments a été brillamment exposé par Ivan Illich <sup>114/</sup>. Deux témoignages le mettront en lumière. "Le fait que les médecins soient mal informés sur les médicaments est un facteur critique. On continue de prescrire la chloromycétine de Parke-Davis, alors que les risques d'une anémie aplastique fatale sont bien connus depuis le début des années 50. Les indications de la chloromycétine sont si limitées qu'elle n'a été administrée qu'à 6 % des patients ayant montré des réactions secondaires dans des cas de typhoïde, de rickettsiose ou de méningite. Selon deux études récentes, les deux-tiers des prescriptions d'antibiotiques ne répondent à aucune nécessité. En outre, la nouvelle psychopharmacologie est telle qu'un tiers de la population adulte des Etats-Unis s'est vu administrer en 1972 des médicaments psychotropes ... Ces faits, ajoutés à bien d'autres, confirment que le médecin ne peut pas faire la part des informations inexactes et des ambiguïtés de la publicité faite sur les médicaments dans les revues ou la correspondance directe" <sup>115/</sup>. "Chacun sait maintenant que des milliards de dollars gaspillés, des centaines de milliers d'hospitalisations inutiles par suite de réactions secondaires aux médicaments et des milliers de vies perdues pour rien sont le prix que la société paie pour les excès de propagande de l'industrie pharmaceutique" <sup>116/</sup>.

67. Tout aussi grave est le problème des médicaments inefficaces qui sont lancés et vendus par les sociétés pharmaceutiques. Des enquêtes menées dernièrement au Royaume-Uni, par exemple, ont montré que plusieurs STN faisaient commerce de centaines de médicaments, coûtant "au moins plusieurs millions de livres", qui avaient été retirés du marché américain par la Food and Drug Administration, "faute de preuve de leur efficacité" <sup>117/</sup>. Au Royaume-Uni, plus aucun organisme

---

<sup>114/</sup> I. Illich, The Medical Nemesis (Londres : Calder Boyan, 1974).

<sup>115/</sup> Témoignage du Dr. Lowinger devant le Sénat des Etats-Unis, op.cit., p. 1308. Voir également Klaas, op.cit., chapitres 4 à 7.

<sup>116/</sup> Témoignage du Dr. S.M. Wolfe, devant le Sénat des Etats-Unis, op.cit., p. 646.

<sup>117/</sup> The Guardian, Londres, 13 et 14 mai 1974. Voir également Gould, New Scientist, 25 mai 1974, sur l'absence de garantie officielle.

officiel n'est chargé d'évaluer l'efficacité des médicaments qui sont en vente depuis que la Commission Macgregor a été dissoute (1970), apparemment sous la pression de l'industrie pharmaceutique <sup>118/</sup>. Comme la plupart des pays en développement ne cherchent pas du tout à déterminer l'efficacité réelle des médicaments, on peut supposer que des centaines de médicaments inopérants y sont vendus en grandes quantités par les sociétés pharmaceutiques transnationales.

68. Un médicament peut être considéré comme surévalué si, pour une efficacité supérieure par exemple de 5 %, il coûte cent fois plus qu'un autre <sup>119/</sup>. Par rapport à un nouveau médicament qui représente une très légère amélioration (en ce qu'il réduit les risques de réactions secondaires, par exemple), il est permis de penser que le médicament ancien, moins efficace mais aussi beaucoup moins cher, conviendra mieux à un pays pauvre, compte tenu de ses bescins, car un traitement pourra être administré à un plus grand nombre de patients, ce qui compensera la fréquence légèrement supérieure des effets secondaires. C'est ce que soutient Friebe, qui illustre son raisonnement en comparant les coûts des divers traitements possibles de la tuberculose, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 8

Coûts respectifs des divers traitements de la tuberculose

Médicament	Dose quotidienne normale pour un adulte	Coût annuel (dollars des Etats-Unis)	Coût en pourcentage du médicament le moins cher
Isoniazide	300 mg	0,90	-
Thiacétazone	150 mg	1,00	111,1
Acide para-aminosalicylique	10 g	9,25	1 027,8
Streptomycine	1 g	17,25	1 916,7

Source : H. Friebe, "Besoins thérapeutiques et production de médicaments" dans ONUDI, Création d'industries pharmaceutiques dans les pays en développement, Rapport et compte rendu des débats d'un groupe d'experts, 1970 (ID/35), p. 42.

<sup>118/</sup> The Guardian, 14 mai 1974. Voir également Lang, op.cit.

<sup>119/</sup> N. Speight, op.cit.

Friebel conclut en ces termes : "Il ressort très clairement des chiffres ci-dessus que le faible coût de l'isoniazide et de la thiacétazone ferait de ces produits des médicaments de choix dans un pays en développement et qu'il serait indiqué de les prescrire de préférence. La résistance acquise est un facteur qui devrait être négligé dans de telles conditions, car il serait généralement impossible, pour des raisons techniques et d'organisation, de la mettre en évidence dans les cas individuels" <sup>120/</sup>. Le rapport de la Commission Hathi montre de son côté que la vente de médicaments surévalués par les STN est un problème très réel. Mais l'économie même de l'industrie dit clairement que c'est là un corollaire essentiel de la croissance et de la rentabilité des sociétés dominantes.

69. Pratiques commerciales restrictives. Dans l'industrie pharmaceutique, le transfert des techniques s'accompagne habituellement de toute une série de pratiques restrictives. Un rapport récent de la CNUCED <sup>121/</sup> en cite neuf, qui vont des accords d'achats liés aux ententes internationales en passant par les restrictions à l'exportation. A quoi l'on peut ajouter la fixation de prix de transfert, dont nous avons parlé plus haut, et les ristournes clandestines en devises qui sont consenties aux revendeurs locaux sur l'achat de certains produits <sup>122/</sup>. Toutes ces pratiques grèvent l'économie des pays hôtes ou acquéreurs de techniques et compromettent la croissance de leurs industries et de leurs exportations.

70. Effets sur la recherche locale. Les pays en développement étant tributaires de la technologie étrangère, très peu de travaux de recherche sont menés sur les maladies locales (qui ne présentent pas beaucoup d'intérêt commercial pour les STN) ou sur les ressources indigènes qui pourraient entrer dans la production de médicaments. Et il en est ainsi même de pays comme l'Inde qui ont un département de pharmacologie dans leurs universités et plusieurs établissements publics et privés de recherche-développement. Les programmes de R-D sont ici de faible envergure et il n'y a guère de coordination entre le secteur de la recherche et le secteur commercial.

---

<sup>120/</sup> Friebel, op.cit., p. 42.

<sup>121/</sup> CNUCED, "Etude des principaux faits intervenus dans le domaine des pratiques commerciales restrictives" (TD/B/C.2/159), paragraphe 46.

<sup>122/</sup> Voir D. Greer, "Etats-Unis d'Amérique" dans CNUCED, Pratiques commerciales restrictives (Publication des Nations Unies, numéro de vente : F.73.II.D.8).

Cela ne veut pas dire que les activités locales de R-D aient été infructueuses. Au contraire, des médicaments et procédés nouveaux ont été mis au point, en Inde par exemple, dont certains sont même vendus à l'étranger<sup>123/</sup>, ce qui prouve la compétence du personnel ainsi que la valeur des installations et donne à penser que de grands laboratoires à l'équipement complexe ne sont pas toujours indispensables à la recherche pharmaceutique.

71. Cependant, à l'échelon local, deux problèmes peuvent se poser étant donné la structure actuelle de l'industrie. D'une part, lorsque la recherche aboutit à son premier stade, les résultats sont "récupérés par les grands établissements industriels de R-D à l'étranger et transformés en instruments technologiques qui seront importés [dans le pays] quelques années plus tard"<sup>124/</sup>. D'autre part, beaucoup de sociétés transnationales prospectent activement les instituts de recherche pharmaceutique pour offrir équipements, produits chimiques et voyages à titre gracieux en échange de la concession de tout brevet étranger<sup>125/</sup>. Par la suite, l'établissement local reçoit une redevance pour le seul composant actif, alors que la STM, qui commercialise le médicament, recueille les bénéfices sur l'ensemble des ventes. De plus, si cet établissement détient le brevet national, les brevets étrangers qui sont la propriété de la STM barrent la route aux exportations du nouveau médicament.

72. Insuffisances de la réglementation. Du fait que, dans les pays en développement, les contrôles officiels sont assez lâches et que, parfois, il n'y a même pas de réglementation, les sociétés transnationales peuvent adopter une tactique de vente et des méthodes d'expérimentation clinique qui risquent d'être beaucoup plus néfastes que dans les pays développés. Le cas déjà cité de la Chloromycétine,

---

<sup>123/</sup> Voir Rangarao, op. cit., deuxième partie. Deux études inédites sur l'industrie pharmaceutique indienne présentent un certain nombre de ces innovations : B.V. Rangarao et P.K. Ramachandran, Problems of Technological Development in the Indian Pharmaceutical Industry (Jawaharlal Nehru University, New Delhi, 1974) et A. Rahman (et al.) Towards Self Reliance, Problems of Technological Development - A Case Study of Drugs and Pharmaceutical Industry in India (CSIR, New Delhi, 1975).

<sup>124/</sup> Rangarao, op. cit., deuxième partie.

<sup>125/</sup> Renseignement fourni à l'auteur.

antibiotique mis au point par Parke-Davis, est à cet égard instructif. Pendant des années, la société s'est trouvée aux prises avec les autorités à cause des effets secondaires du médicament et elle a dû payer plus d'un million de dollars de dommages-intérêts faute d'avoir mis en garde contre ces effets. Elle continue pourtant de faire une large publicité au produit, et cela aux Etats-Unis comme dans d'autres pays; aux Etats-Unis, elle est tenue de signaler six cas de contre-indication, mais elle n'en mentionne que deux au Royaume-Uni, un en République fédérale d'Allemagne et en Australie, et aucun dans plusieurs pays en développement<sup>126/</sup>. Sans pouvoir décemment prétendre ignorer les risques de réactions secondaires, elle profite ainsi de l'absence de contrôle officiel pour vendre, sans nulle mise en garde, un produit nocif, que l'on peut même se procurer sans ordonnance dans beaucoup de pays. Une affaire semblable a éclaté récemment au grand jour avec le Clloquinol, dont les formes les plus connues sont l'Entéro-vioforme et le Mexaforme (fabriqués par CIBA). Les indications et contre-indications figurant sur l'emballage variaient à tel point selon les pays que l'impression dominante était celle d'une "parfaite incohérence"<sup>127/</sup>. Les avantages du médicament étaient souvent outrancièrement grossis, alors que les dangers, constatés notamment au Japon, en étaient habituellement minimisés.

73. Les pays développés (et surtout les Etats-Unis) ayant renforcé le contrôle des essais cliniques de nouveaux médicaments, la plupart des sociétés pharmaceutiques ont été "amenées à transférer une grande partie de cette activité à l'étranger"<sup>128/</sup>. Ces pays ont certainement de bonnes raisons de restreindre l'expérimentation mais du même coup ce sont "les autres" qui doivent faire les frais de l'innovation alors que les sociétés transnationales en retirent tous les avantages.

---

<sup>126/</sup> A. Raphael. "Drug in the Market", The Guardian, 8 novembre 1974, p. 9.

<sup>127/</sup> Organisation internationale des unions de consommateurs, rapport du Research Institute for Consumers Affairs, Londres 1975.

<sup>128/</sup> Business Week, "The Drug Industry's Clouded Future", 23 novembre 1974, p. 67.

Comme de plus la méfiance grandit dans les pays développés à l'égard des médicaments, la tendance à prendre les pays en développement comme terrain d'expérience ne peut que s'accroître si les gouvernements de ces derniers ne veillent de leur côté à contrôler rigoureusement les essais.

74. Répartition inégale des prestations de santé. Le prix élevé des médicaments modernes, leur promotion à tout va, la formation des médecins - tout cela ajouté aux inégalités de revenu et au coût des soins fait que seule une petite minorité de la population des pays en développement peut recevoir les traitements qu'il faut<sup>129/</sup>. La situation est encore aggravée par le fait que les structures d'accueil (parfois extrêmement modernes) sont implantées en milieu urbain, alors que la majorité de la population, qui vit dans les villages, n'a même pas droit au moindre traitement préventif. Certes, les sociétés pharmaceutiques n'en sont pas responsables, mais il est évident qu'en étendant aux pays pauvres les pratiques de production et de commercialisation qui sont les leurs dans les pays riches, elles portent à l'excès certaines causes du mal par une promotion démesurée, une surévaluation des produits et des prix hors de toute proportion.

75. Les chances de réforme. Nous exposerons dans le chapitre suivant certaines propositions concrètes pour remédier à la situation actuelle. Notons cependant que le développement tentaculaire des sociétés pharmaceutiques transnationales a pour effet de sauvegarder des droits acquis dans une structure de production et de commercialisation qui ne saurait être modifiée. Plusieurs groupes sont sous l'emprise de ces sociétés : les consommateurs, exposés aux puissantes sollicitations du commerce (même pour les médicaments délivrés sur ordonnance, car la plupart des malades en viennent à bien les connaître sous leur nom de marque, du moins les plus importants); les médecins, livrés à la publicité, narcelés de cadeaux, échantillons, dîners, etc. et qui, souvent, sont sincèrement convaincus

---

<sup>129/</sup> La Commission Hathi revient souvent sur cet état de choses dans le cas de l'Inde. Voir également OMS, op. cit., p. 3.

de la supériorité des spécialités internationales; les pharmaciens, qui réalisent de plus gros bénéfices sur les coûteux médicaments des sociétés transnationales, et à qui l'on fait des offres attrayantes pour qu'ils favorisent la vente de leurs produits; parfois, enfin, les ~~corrus~~ de l'Etat, qui hésiteront à s'immiscer dans le système et, consommateurs eux-mêmes, encourageront l'introduction sur le marché des médicaments réputés "les meilleurs"<sup>130/</sup>.

76. Nous venons d'exposer quelques-uns des effets les plus néfastes de la structure et du fonctionnement de l'industrie pharmaceutique dans les conditions actuelles. Sur le plan économique, on constate que les maigres ressources des pays en développement sont transférées vers les pays développés, les petits fabricants éliminés de la concurrence, les activités de R-D conçues au seul profit du monde nanti. Dans le domaine de la santé, la situation est encore plus grave : les médicaments fabriqués par les sociétés transnationales et vendus dans les pays en développement sont, dans beaucoup de cas, inefficaces ou surévalués et négligent de mettre en garde comme il le faudrait contre les risques de réactions secondaires; en outre, le nombre de personnes qui peuvent bénéficier d'un traitement médicamenteux est bien inférieur à ce qu'il serait dans un système de production plus équitable et moins oligopolistique. Nous examinerons dans la troisième partie les possibilités d'une réforme du système actuel.

---

<sup>130/</sup> Comme l'écrit Lang, op. cit., au sujet du Royaume-Uni : "Tout laisse penser que l'ABPI [groupe de pression de l'industrie pharmaceutique] exerce une si grande influence, détient une telle somme de connaissances et noyauté à ce point l'administration publique que les représentants élus par le peuple sont impuissants à lui faire front." (p. 298). Chose plus intéressante encore, le rapport de la Commission Hathi, qui contient de nombreuses propositions pour une réforme d'envergure, risque d'être mis au rancart par le gouvernement sous la pression des sociétés transnationales. Voir "Scuttling the Hathi Report", Economic and Political Weekly, 24 mai 1975, p. 818 à 820.



### TROISIEME PARTIE

#### LES PERSPECTIVES DE CREATION D'UNE INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT

##### CHAPITRE VI

##### QUELQUES GRANDES OPTIONS

77. La plupart des gouvernements des pays en développement s'efforcent de fournir à la majorité de la population des médicaments en quantités suffisantes et à des prix raisonnables. Mais on est encore bien loin du but. Les disponibilités par habitant sont infimes en comparaison des pays développés, et les prix excessifs rendent la répartition très inégale. Pour remédier à cet état de choses, il faut agir sur un large front, c'est-à-dire non seulement augmenter la production de médicaments mais encore réduire au maximum le coût de l'accroissement et modifier la composition des produits afin que les besoins les plus urgents de la population soient satisfaits. Telle est l'optique dans laquelle nous étudierons les différents aspects du problème.

78. Nous avons indiqué dans le chapitre I que le monde en développement et l'Europe méridionale avaient produit en 1971 pour un peu plus de 3 milliards de dollars de médicaments, et que leur production doublait tous les cinq ou six ans<sup>131/</sup>. Aux prix de 1971, la production de médicaments de ces régions devrait donc atteindre 10 à 12 milliards de dollars en 1980 si la tendance se poursuit. Mais si considérable que soit cette augmentation, les besoins de médicaments essentiels dépasseront encore, et de loin, le niveau de production. En tout état de cause, la question est de savoir comment maintenir un tel rythme de croissance (ou un rythme un peu plus modeste).

79. Sans doute cet accroissement de la production serait-il possible dans le cadre de la structure industrielle actuelle, si les sociétés transnationales y contribuaient pour la plus grande part. Mais cette solution coûterait très cher aux pays en développement. Les coûts directs (bénéfices, redevances, importations de produits intermédiaires) seraient déjà élevés; les coûts indirects (introduction de médicaments inappropriés, frais de commercialisation, etc.), le seraient encore

---

<sup>131/</sup> Ce taux de croissance est bien plus élevé que ne l'avait prévu l'ONUDI en 1969. Voir ONUDI, Les industries pharmaceutiques dans la Deuxième Décennie du développement, où les projections des taux de croissance moyens pour 1975-1980 s'établissent à 7,5 % pour les pays en développement.

bien davantage. En fin de compte, s'il s'agit de fournir des médicaments bon marché et en quantités suffisantes à la majorité de la population, le résultat risque d'être fort décevant.

80. C'est pourquoi un système national d'approvisionnement, de production et de distribution qui soit en rapport avec les besoins sanitaires du pays semble être l'unique moyen d'atteindre le but. Certes, la tâche ne sera pas aisée, et il n'est pas dit que la chose soit faisable dans toutes les régions du monde en développement. Il ne faut pas non plus se dissimuler que, dans certains secteurs, les sociétés transnationales continueront de détenir les techniques les plus efficaces (donc d'avoir la haute main sur les indispensables composants chimiques) et que, par conséquent, il faudra compter sur leurs produits ou leur savoir-faire. Il n'en reste pas moins que les conditions du moment appellent une réorientation radicale de la production et de la distribution dans les pays en développement, et cela à l'échelle nationale.

81. Nous analyserons dans ce chapitre quelques-uns des problèmes que pose une telle réorientation pour suggérer les moyens de surmonter certains obstacles majeurs. Nous envisagerons d'abord la production et la distribution. En raison des sujétions d'ordre technique, peu de pays en développement ont la capacité de produire des médicaments en partant des premiers stades de la transformation chimique. Devant un obstacle auquel se heurte la très grande majorité de ces pays, nous proposerons un programme d'action coopérative dans le cadre duquel les pays en développement les plus industrialisés pourraient faire ressources communes avec les moins industrialisés pour fabriquer des produits pharmaceutiques au niveau international.

A. Un système national de production et de distribution

82. Une politique d'autonomie dans le secteur pharmaceutique pose trois séries de problèmes. Les solutions seront sans doute différentes d'un pays à l'autre selon les conditions géographiques et climatiques, les moyens institutionnels et administratifs et le degré d'industrialisation; mais aucun pays ne saurait éluder ces problèmes s'il veut avoir une politique cohérente.

1. Etablissement d'une liste des médicaments essentiels

83. La première condition d'une politique nationale est d'établir une liste des médicaments qui sont indispensables au bien-être de la majorité de sa population.

Le système actuel de production et de commercialisation répond de manière extrêmement imparfaite aux besoins médicaux réels : résultante des forces du marché, il fait jouer des mécanismes qui orientent ou créent les besoins dans des directions qui soient sources de projet. Une évaluation rationnelle et objective des moyens les plus économiques de satisfaire les besoins réels peut amener à une liste qui contiendra en fait peu de produits nouveaux parmi ceux qui sont actuellement sur le marché. Il est évident qu'on y trouvera nombre de nouveautés, mais dans certains cas, les médicaments traditionnels seront peut-être jugés plus appropriés. Ce n'est qu'une fois que l'on aura pourvu aux besoins essentiels qu'il conviendra de s'intéresser aux besoins plus ou moins secondaires.

84. La Commission Hathi a dressé pour l'Inde une liste des médicaments essentiels<sup>132/</sup> qui comprend 43 variétés de comprimés et de gélules, 39 types d'injections et 34 médicaments divers, soit au total 116 produits. Elle a également déterminé les substances chimiques qui entraient dans la composition de ces produits pour évaluer les possibilités d'une production nationale, compte tenu des moyens techniques dont le pays disposait. De même, au Brésil, le Centro de Medicamentos (CEME), organisme officiel qui fournit des médicaments gratuitement ou à très bas prix aux couches les plus pauvres de la population, se fonde sur une liste de 108 produits pharmaceutiques dont 52 sont classés comme essentiels<sup>133/</sup>.

85. Dans la plupart des pays, la différence de nombre entre les médicaments essentiels et les produits sous marque est saisissante. Même une liste généreuse admettant par exemple 200 à 500 médicaments essentiels ne représenterait que 1 % des quelque 25 000 préparations vendues en Espagne et moins de 2 % des 15 000 produits vendus en Inde et des 14 000 vendus au Brésil. Certes, la notion même de médicament essentiel n'est pas clairement définie et le critère varie selon le revenu par habitant, le budget de la santé et la prévalence de la maladie. Toutefois, il est significatif

---

<sup>132/</sup> Commission Hathi, op. cit., p. 251 à 273. Voir aussi dans OMS, op. cit., p. 14 et 15, un intéressant exposé sur les listes de médicaments essentiels.

<sup>133/</sup> Business Latin America, 5 décembre 1973, p. 390 et 391.

que même des pays aussi développés que la Suède et la Norvège, où le système de distribution est nationalisé, se limitent à quelque 2 000 médicaments afin de faire bénéficier leur population des thérapeutiques les plus avancées<sup>134/</sup>. Leurs besoins étant déterminés à un niveau de revenu bien plus bas, les pays en développement pourraient, pour commencer, se fixer pour objectif un nombre correspondant à 10 % des besoins scandinaves.

86. Si le public doit pouvoir se procurer ces médicaments de base pour un prix modique, il faut de toute évidence transformer radicalement le système de commercialisation. La promotion à outrance des spécialités, qui est aujourd'hui de règle, ne permet guère de diffuser des informations objectives sur les médicaments essentiels, et c'est le deuxième problème à résoudre que les médicaments soient importés fabriqués par des filiales locales de STN, ou produits par des sociétés du pays.

## 2. Commercialisation

87. Le coût de la commercialisation dans le système actuel tient à la primauté des noms de marque et à une promotion dispendieuse qui sème la confusion. Une politique rationnelle devrait corriger ce vice de structure qui fait que les renseignements essentiels sur les médicaments nouveaux, leur valeur thérapeutique et leur coût par rapport aux anciens sont noyés sous le déluge d'une publicité savante autant que fallacieuse.

88. Si un pays veut conserver au système de commercialisation son caractère privé il peut en réduire les excès les plus regrettables par quelques réformes simples. En premier lieu, si les noms de marque sont maintenus, il aura toujours la faculté d'exercer un contrôle plus rigoureux sur leur promotion. Il pourra aussi prélever une taxe sur les dépenses de commercialisation, fixer légalement la part du chiffre d'affaires qui sera consacrée à la publicité et à la distribution d'échantillons gratuits, passer au crible la publicité elle-même, prévoir des sources d'information

---

<sup>134/</sup> La DAFSA, op. cit., note que "le nombre des médicaments essentiels varie sans doute entre 1 600 et 4 000. Certains hôpitaux administrent de 400 à 900 médicaments" (p. 40). En Suisse, le Bureau international des médicaments, après une évaluation, a approuvé (à l'instar de la Food and Drug Administration des Etats-Unis) "2 300 [seulement] des 20 000 médicaments de marque déposée" (p. 41).

officielles sur les produits, leur efficacité thérapeutique et leur prix, réglementer enfin la pratique des représentants médicaux<sup>135/</sup>. Beaucoup de pays développés appliquent déjà des freins rigoureux aux activités publicitaires, mais les autres sources d'information sont insuffisantes, et la situation, de toute évidence, laisse à désirer. Pour ce qui est des pays en développement, il est en outre difficile de voir comment on pourrait concilier le maintien des noms de marque, avec la ronde d'innovations coûteuses que cela entraînerait, et la fourniture d'un nombre limité de médicaments essentiels à la population.

89. C'est pourquoi le remplacement des noms de marque par des appellations génériques ou des dénominations communes (telles que celles qui ont été établies par l'Organisation mondiale de la santé) doit être le deuxième élément fondamental de la réforme. Il n'est pas nécessaire pour cela de brusquer les choses. Comme on peut le lire dans le rapport de la Commission Hathi, "de solides arguments plaident pour le remplacement des noms de marque par des noms génériques. Toutefois, il ne serait peut-être pas opportun d'agir immédiatement. Les médecins ont coutume de prescrire des médicaments de marque et un changement soudain risque de provoquer une grande confusion et de multiples difficultés. Il peut en outre perturber les circuits de distribution actuels, sans parler des problèmes qui se poseront aux fabricants (étiquetage, etc.). Il conviendrait donc que le passage des noms de marque aux noms génériques s'opère par étapes comme le recommande le corps médical"<sup>136/</sup>.

90. La Commission a recommandé que, dans un premier temps, treize médicaments soient mis en vente sous des noms génériques, mais que les noms de marque soient conservés pour l'exportation.

---

<sup>135/</sup> A cet égard, notons que le projet de loi pour un meilleur usage des médicaments qui a été déposé par le Sénateur Kennedy proscrit la distribution d'échantillons gratuits en l'absence d'une demande préalable. Le Sénateur Kennedy a également pris l'initiative d'une étude sur la possibilité d'employer des agents de commerce qui ne soient pas affiliés à des sociétés déterminées. Il va sans dire que "cette idée effraie l'industrie" (New Scientist, 23 mai 1974, p. 491).

<sup>136/</sup> Commission Hathi, op.cit., p. 254, par. 21 et 22. La Commission recommande également que les sociétés transnationales ne soient plus autorisées à développer leur production de fortifiants et autres médicaments courants, etc. qui atteignent directement le public par une large publicité.

Au Brésil, le CEME vend ses médicaments de base sans mentionner le nom des fabricants<sup>137/</sup>. Mais surtout le Gouvernement des Etats-Unis a déposé une proposition aux termes de laquelle les programmes de prestations médicales financés sur le budget fédéral (Medicare et Medicaid) devraient prévoir l'achat exclusif de médicaments d'appellation générique auprès de la source la plus économique. Cette proposition, qui aurait fait économiser environ 56 millions de dollars sur 15 des 200 principaux médicaments vendus sous des noms génériques<sup>138/</sup> a été féroce<sup>ment</sup> attaquée par les sociétés pharmaceutiques, dont le porte-parole s'est exprimé en ces termes : "le Département de la santé, de l'éducation et de la protection sociale ne ferait que porter atteinte au statut professionnel des médecins et des pharmaciens, disloquer le réseau de distribution des médicaments, multiplier le nombre des visites aux malades âgés et aux cas sociaux, annihiler tout esprit d'émulation dans la recherche de la qualité des produits et des services, et créer des dépenses administratives qui dépasseraient les économies escomptées"<sup>139/</sup>.

91. Outre le courant d'opposition que l'adoption de noms génériques susciterait dans l'industrie pharmaceutique (au Brésil, le marché indépendant du CEME fonctionne sous des noms de marque), trois autres problèmes se posent en cette matière :

a) Si le fabricant est identifiable même sous un nom générique, on voit mal comment la position des sociétés transnationales pourrait être entamée. Témoin le Pakistan, où les noms de marque ont été récemment abolis. Deux flacons sont présentés avec cette légende : "Ils ont peut-être le même aspect ... mais Pfizer sait faire la différence. L'un des deux ne satisfait pas aux normes de qualité Pfizer. Et comme Pfizer ne veut pas **courir** de risques, tous ses produits sont soumis à un contrôle rigoureux avant de vous être proposés. Aussi, lorsque votre médecin vous recommande un produit Pfizer, vous savez qu'il fait de son mieux pour vous"<sup>140/</sup>. Des rapports de source privée révèlent que les produits des STN

---

<sup>137/</sup> Business Latin America, 5 décembre 1973, p. 390.

<sup>138/</sup> Voir le témoignage du sous-secrétaire d'Etat à la santé devant le Sénat des Etats-Unis, op.cit., p. 2648-50.

<sup>139/</sup> Ibid., p. 554. Toutes ces accusations ont été réfutées, preuves à l'appui, par le Département.

<sup>140/</sup> Placard publicitaire paru dans The Pakistan Economist, 20-26 avril 1974.

jouissent au Pakistan de la même faveur qu'auparavant et que des médicaments sont importés illégalement sous un nom de marque.

b) L'abolition des noms de marque présente le risque réel, en particulier dans les pays en développement, que la qualité des produits d'appellation générique ne se dégrade. Ce danger, qui explique le phénomène observé au Pakistan, a conduit la Commission Hatni à émettre un certain nombre de réserves sur la nécessité absolue d'un strict contrôle de la qualité. Toutefois, la commission remarque aussi que "l'examen de tous les produits réputés de qualité inférieure ou de contrefaçon... montrerait que les premiers sont les moins nombreux. Il n'y a pas d'exemple qu'un produit vendu sous un nom générique ait été signalé comme contrefait. Ainsi, la vente sous marque tend à favoriser la contrefaçon"<sup>141/</sup>. Le danger vient donc non pas de ce que les sociétés transnationales ne contrôlent pas suffisamment la qualité mais de ce que les énormes bénéfices qu'elles réalisent avec leurs marques suscitent des imitateurs peu scrupuleux. Ce qui ne doit pas bien entendu masquer le véritable problème que pose le contrôle de la qualité, sur lequel nous reviendrons.

c) Même si comme c'est le cas aux Etats-Unis, la qualité a toutes les chances de se maintenir, l'utilisation de produits d'appellation générique pose un problème capital qu'on pourrait qualifier par le terme de "biodisponibilité". Des produits de marques différentes n'auront pas tout à fait les mêmes effets cliniques quand bien même, d'un point de vue générique, ils seraient semblables, et les sociétés font valoir qu'il est indispensable de préserver ces différences dans l'intérêt de la santé. Comme pour la plupart des arguments en faveur du système actuel, celui-ci n'est pas dénué de fondement, grâce à quoi les sociétés peuvent faire accepter bon nombre de mystifications rentables. Deux études, l'une sur le Royaume-Uni, l'autre sur les Etats-Unis<sup>142/</sup> montrent que très peu de médicaments

---

<sup>141/</sup> Commission Hathi, op.cit., p. 245, paragraphe 18.

<sup>142/</sup> La première est parue dans le Pharmaceutical Journal du 4 novembre 1972; la seconde a été publiée en juillet 1974 par le Drug Equivalence Study Panel du Congrès des Etats-Unis. Leurs conclusions sont rapportées par K.C. Chatterjee dans "Distribution of Essential Drugs and Common Household Remedies", Economic and Political Weekly, 5 avril 1975, p. 588-90.

(42 et 24 respectivement) posent un véritable problème médical du point de vue de la biodisponibilité, d'autant que celle-ci, s'agissant de médicaments fabriqués par la même société, peut varier d'un lot à l'autre et qu'un véritable contrôle ne peut être exercé que par les autorités compétentes, "que ces médicaments soient introduits sous des noms génériques ou sous des noms de marque"<sup>143/</sup>.

92. En résumé, donc, si l'abolition des noms de marque paraît chose souhaitable et réalisable, c'est une tâche délicate qui ne peut être entreprise d'emblée. Elle exigera au préalable une étude minutieuse et devra se faire de manière progressive avec le plein concours des médecins et des pharmaciens.

93. Une réforme du système de commercialisation entraînera également la mise en place d'un système d'information qui permette de renseigner correctement les médecins sur les médicaments et leurs prix. L'opération n'est peut-être pas aussi difficile qu'elle le paraît, car la principale difficulté rencontrée dans le système actuel vient de la prolifération des produits sous marque et de la fréquence des changements mineurs qui sont apportés à leurs noms comme à leur composition. Un système rationnel qui n'admettrait que quelques centaines de médicaments essentiels exigerait un flux d'information bien plus réduit qui pourrait être assuré aisément et à très peu de frais par des revues, des manuels et des séminaires. Au Brésil, le CETME "lance ses produits à une échelle modeste par des spots radiophoniques dans les régions déshéritées du nord-est. Il doit également organiser des campagnes de promotion auprès du corps médical lui-même"<sup>144/</sup>.

94. Il n'est pas nécessaire que le rassemblement de l'information sur l'efficacité des médicaments soit l'apanage d'agences travaillant pour leur propre compte. Les pays développés, en particulier les Etats-Unis, soumettent les divers médicaments à une série complète d'essais dont ils publient les résultats. Plusieurs pays en développement le font également, qui pourraient s'aider mutuellement en échangeant leurs informations.

---

<sup>143/</sup> Commission Hathi, op.cit., p. 254, par. 20.

<sup>144/</sup> Business Latin American, 5 décembre 1973, p. 391.



Les gouvernements qui cherchent à rationaliser le système peuvent mettre à profit l'immense somme de connaissances que l'on a déjà sur l'utilisation des médicaments, et cela sans avoir à partir de zéro, ni à compter sur le savoir des sociétés multinationales.

95. Nous avons indiqué plus haut qu'une réforme de la commercialisation ainsi conçue peut être entreprise par n'importe quel pays, qu'il produise ou non des médicaments. Pour les pays producteurs, les avantages sont évidents. Quant à ceux qui sont tributaires des importations, la création d'un service national de distribution qui serait coiffé par un office central offrirait également des avantages appréciables non seulement en permettant de conformer les coûts excessifs de promotion et de réduire le nombre des médicaments inutiles mais aussi en donnant à l'office un solide pouvoir de négociation pour l'achat de médicaments au meilleur prix. A cet égard, une prospection pourrait être envisagée auprès des éventuels producteurs nationaux, des sociétés transnationales, des petites entreprises des autres pays en développement et jusque dans les pays développés à économie de marché et les pays socialistes d'Europe orientale. Il n'y a guère de doute qu'une telle organisation entraînerait des économies considérables par rapport au système actuel<sup>145/</sup>. En outre, si une industrie locale est déjà solidement implantée, une centrale d'achat pourrait obtenir les médicaments les moins chers tout en assurant au producteur un profit raisonnable<sup>146/</sup>.

---

<sup>145/</sup> De l'avis de l'OMS, op.cit., p. 8, "l'expérience montre que la solution la plus économique est de confier à un organisme central l'achat de la plus grande partie des médicaments tant étrangers que nationaux nécessaires aux services et programmes gouvernementaux et de se procurer en vrac les produits les plus utilisés". Voir aussi, pour le Royaume-Uni, le paragraphe 39 ci-dessus.

<sup>146/</sup> Voir Commission Hathi, op. cit., chapitre VIII, pour un exposé sur le mécanisme de fixation des prix aux termes de l'Ordonnance de 1970 sur le contrôle des prix des médicaments. De son côté, la Commission Sainsbury a recommandé qu'un service central d'achats négocie au Royaume-Uni des prix équitables pour les produits du National Health Service, mais la recommandation n'a jamais été suivie d'effet en raison de la résistance manifestée par l'industrie pharmaceutique et l'administration. Voir Lang, op. cit.

### 3. Production

96. Si les derniers stades de l'élaboration des médicaments à partir de produits chimiques importés sont d'accès relativement facile et ne requièrent ni une production à grande échelle ni des compétences bien supérieures à celles qui sont nécessaires pour le contrôle de la qualité, il est en revanche beaucoup plus difficile d'étendre l'activité de l'industrie locale aux processus chimiques de base, chose pourtant indispensable si les pays en développement veulent rompre avec la structure onéreuse d'une production qui est entre les mains des sociétés transnationales<sup>147/</sup>. A cet égard, la question des machines (machines à confectionner les comprimés, à remplir les gélules, à lyophylliser) devrait être prise en considération car la production en est pratiquement monopolisée par quelques sociétés et certaines techniques (comme le conditionnement des liquides de transfusion) sont brevetées, y compris la machine elle-même.

97. Ce n'est pas ici le lieu d'étudier dans le détail les aspects techniques de la production pharmaceutique; un survol des principaux problèmes suffira. Du point de vue technologique, la production des médicaments de base est étroitement liée à la production chimique en général, car les produits pharmaceutiques sont dans l'ensemble d'origine chimique plutôt que végétale ou animale<sup>148/</sup>. Les substances chimiques proviennent pour leur part de trois grands produits - l'alcool, le charbon et le pétrole - ce dernier étant la source principale de matières premières pour la fabrication des médicaments de synthèse.

98. Développer la production chimique de base qui est nécessaire au secteur pharmaceutique suppose une expansion parallèle de toute l'industrie chimique, et c'est à ce niveau que la technologie devient extrêmement complexe et que les économies d'échelles jouent un rôle très important. Seuls quelques pays en développement - l'Inde, le Mexique, le Brésil, l'Argentine et l'Egypte - peuvent envisager une intégration de l'industrie pharmaceutique vers l'amont avec quelque chance de

---

<sup>147/</sup> Voir ONUDI, op.cit., Commission Hathi, op.cit., Wortzel et Handoussa, op.cit.

<sup>148/</sup> Cela ne veut pas dire bien entendu que les matières végétales et animales doivent être exclues de la production de médicaments. Voir Commission Hathi, op.cit., chapitres III et VI, où ces substances sont étudiées, ainsi que les moyens d'en augmenter la production en Inde. Voir également OMS, op.cit., p. 7.

se suffire à eux-mêmes pour ce qui est de la production à partir de matières premières de base (mais pas nécessairement pour ce qui est des matières premières elles-mêmes). Quoi qu'il en soit, cette autonomie ne sera possible qu'au terme d'une longue période qui nécessitera investissements, importations de techniques, formation et adaptation sur place.

99. Si l'autonomie ne peut se réaliser que progressivement, il est indispensable que le coup d'envoi soit donné le plus tôt possible. Selon les renseignements recueillis (mais on est peu informé sur le Mexique), les pays les plus avancés sur la voie d'une production nationale de produits chimiques intermédiaires sont l'Inde et l'Argentine, et une étude approfondie des problèmes auxquels se heurte l'industrie pharmaceutique de ces pays peut être fort utile pour d'autres pays en développement qui envisagent leurs propres possibilités. L'Inde, par exemple, a produit en 1973 l'équivalent de 750 millions de roupies de produits pharmaceutiques en vrac, dont 32 % dans le secteur public, 36 % par des entreprises à majorité indienne, 25 % par des sociétés à majorité étrangère, et 7 % par de petits laboratoires. La Commission Hathi observe à cet égard que "par rapport aux médiocres résultats des entreprises multinationales ...", les efforts des entreprises indiennes et à majorité indienne du secteur privé ont été des plus méritoires.<sup>149/</sup>

100. Nous avons déjà relevé que les sociétés transnationales rechignent à augmenter la fabrication des produits pharmaceutiques en vrac dans les pays en développement. Dans ce domaine, il y a deux moyens d'accélérer le transfert des techniques. Le premier consiste à inciter les STN à créer des installations à un rythme beaucoup plus rapide. La Commission Hathi a proposé que les sociétés aient trois ans au maximum pour fabriquer des produits pharmaceutiques en vrac sous peine d'être frappées de l'interdiction de vendre leurs produits finis. Cette proposition n'est pas sans intérêt, encore que le délai fixé ne soit peut-être pas très réaliste. Le second moyen serait d'encourager la production nationale quitte à importer au besoin les techniques nécessaires, tout en développant au maximum les activités locales de recherche-développement.

---

<sup>149/</sup> Commission Hathi, op.cit., p. 61.

101. Cette deuxième solution est plus que la première de nature à contribuer à la transformation souhaitable de la production pharmaceutique. Cela non seulement parce que les sociétés transnationales continueront de montrer peu d'empressement à renoncer à l'élément de leur production qui leur est le plus profitable et moins encore dans une nouvelle structure de commercialisation où les bénéfices seront réduits et le nombre des produits strictement limité, mais encore parce que le progrès industriel et technologique des pays en développement leur commande d'affirmer leur propre savoir-faire dans un domaine aussi important. Certes, on peut douter qu'aucun de ces pays soit aujourd'hui capable de parvenir à une complète indépendance technologique dans le secteur considéré, et cela quel que soit son niveau de développement, mais la situation d'extrême dépendance où les uns et les autres se trouvent asservis est des plus néfastes, ne serait-ce que par la charge financière qu'elle fait peser sur eux. En se créant une capacité technologique, les pays en développement pourraient réduire considérablement les coûts de la production pharmaceutique, réorienter cette production dans un sens socialement souhaitable, et mettre au point de nouveaux médicaments mieux adaptés aux besoins particuliers de leur population.

102. L'élaboration de techniques autochtones et le transfert de techniques étrangères posent de multiples problèmes que nous ne pourrions analyser sans déborder le cadre de cette étude. Mais certains aspects propres à l'industrie pharmaceutique méritent qu'on s'y arrête :

a) Les effets du système international des brevets peuvent être particulièrement nuisibles dans le secteur pharmaceutique. La réglementation en la matière devrait être réformée de telle sorte que les entreprises locales (publiques ou privées) des pays en développement puissent imiter ou adapter les techniques étrangères dans l'intérêt de la nation. De plus, il faudrait supprimer les restrictions traditionnelles sur les importations de produits bon marché. Sans doute est-il souhaitable, pour le bénéfice des innovations de caractère national, de conserver une certaine forme de protection de la propriété intellectuelle, en particulier dans le cas où ces innovations seraient vendues à l'étranger, mais de solides arguments militent en faveur d'une politique souple qui soit axée sur les réalités nationales. Cependant, il convient de noter que l'abolition des brevets pharmaceutiques ne

sauroit en elle-même produire nécessairement le résultat recherché, en ce sens que les médicaments n'en seront pas forcément meilleur marché : l'exemple de l'Italie montre que, sans une réforme concomitante du système de commercialisation, la situation des prix et la mainmise des sociétés transnationales risquent plutôt de s'aggraver. En outre, aux yeux des services officiels de la plupart des pays développés, l'information relative aux techniques industrielles telles que les procédés de fabrication et parfois même la méthode de contrôle de qualité, continue de revêtir un caractère confidentiel. Ainsi, le "secret industriel" et la "déontologie commerciale" sont autant d'obstacles sur la voie d'une réforme.

b) Le fait que des médicaments anciens, dont le brevet a expiré ou dont la technique de fabrication est connue, peuvent servir tout aussi bien que les nouveaux implique que, pour certaines des techniques indispensables, les STN ne détiennent pas nécessairement un monopole, et que le prix à payer pour les acquérir peut être très modique. Nous ne voulons pas dire que les techniques anciennes conviennent toujours mieux<sup>150/</sup>, mais une évaluation précise des diverses méthodes de fabrication des médicaments essentiels montrera dans de nombreux cas que les techniques déjà désuètes sont les moins chères. Et ces techniques pourront être obtenues non seulement auprès des sociétés transnationales mais aussi des petites entreprises des pays développés à économie de marché et des pays socialistes d'Europe orientale. Les pays les moins industrialisés pourront également s'adresser à certains pays en développement comme l'Inde ou l'Argentine.

c) La multiplicité des pratiques commerciales indésirables dans les transferts de techniques pharmaceutiques devrait conduire à une réglementation spéciale. La fixation de prix de transfert et les restrictions à l'exportation, en particulier, appellent des mesures de contrôle sur les clauses conditionnelles, les clauses restrictives, les prix imposés et les possibilités de collusion entre les sociétés locales et les sociétés étrangères.

---

<sup>150/</sup> Dans le cas de l'Egypte, des techniques anciennes achetées à un pays développé se sont révélées beaucoup plus onéreuses et, en fin de compte, il a fallu les abandonner. Voir Handoussa, op. cit., chapitre IV.

d) L'acquisition de techniques étrangères par les entreprises locales doit s'accompagner d'un contrôle de la qualité extrêmement rigoureux, notamment lorsque de petits laboratoires privés sont chargés de la mise au point des médicaments. En Inde, par exemple, le pourcentage des médicaments de mauvaise qualité est très élevé : sur la période de huit ans qui s'est terminée en 1967-1968, près de 20 % des médicaments analysés ne répondaient pas aux normes.<sup>151/</sup> La Commission Hathi examine longuement le problème du contrôle de qualité en Inde, où la présence de plus de 2 500 petits laboratoires pharmaceutiques crée des problèmes considérables dans ce domaine. Est-ce une raison pour interdire la production à petite échelle ? Toute la question est de savoir si la suppression des noms de marque, une information technique satisfaisante et un contrôle généralisé permettront à l'avenir de barrer la voie aux médicaments de mauvaise qualité.

103. A supposer que toutes ces mesures soient prises, qui faciliteront le transfert des techniques, et que l'on encourage par ailleurs la recherche locale et son intégration aux activités de production, il est bien évident que les pays en développement devront encore faire appel aux sociétés transnationales au moins pour quelque temps. Le problème des relations avec les sociétés pharmaceutiques transnationales touche naturellement au phénomène des STN en général, phénomène qui requiert toute une série de mesures propres à amener ces sociétés géantes à tenir compte des intérêts des pays en développement. Les organisations internationales en particulier peuvent aider ces pays à trouver des sources de remplacement pour les techniques et les produits chimiques, comparer elles-mêmes les coûts des matières premières, de la technologie, etc.

104. Dans cette première section, nous nous sommes attaché surtout aux pays en développement qui possèdent déjà une assez large base industrielle et technique. Les autres n'ont guère de possibilités - si ce n'est d'essayer d'obtenir de meilleures conditions auprès des STN - tant qu'ils agissent séparément. Ils peuvent certes réformer le système de commercialisation mais aussi longtemps que leur

---

<sup>151/</sup> Rangarao et Ramachandran, op.cit. p. 30-31. Le chiffre est tiré d'un rapport de la Commission des tarifs pour 1968.

industrie chimique n'aura pas atteint un certain degré de perfectionnement, il leur faudra payer cher leurs médicaments sur le marché international. C'est pourquoi nous proposons, dans la section suivante, une action coopérative qui permettrait d'éliminer certaines des servitudes techniques auxquelles sont astreints les pays les moins industrialisés.

B. Développement coopératif de l'industrie pharmaceutique

105. Etant donné la complexité technique de la production chimique de base à usage pharmaceutique, l'importance des économies d'échelle et le volume des investissements nécessaires, beaucoup de pays en développement ne pourront certainement pas accéder par eux-mêmes à l'autonomie dans le secteur pharmaceutique. Et pourtant, s'ils demeurent prisonniers de la structure actuelle, ils n'ont guère de chances d'aller bien loin en cherchant à fournir à leur population des quantités suffisantes de médicaments essentiels, cela pour la simple raison qu'on voit difficilement comment les sociétés transnationales participeraient à une production qui ne leur serait pas d'un grand profit et qui les empêcherait en outre de commercer à leur guise. A titre transitoire, ils pourraient envisager d'importer les médicaments des sources les plus économiques des pays développés sans pour cela contrecarrer leur politique à long terme.

106. Cette politique, comment la formuler ? D'emblée, les sujétions technologiques et économiques font que tous les pays ne peuvent pas avoir une industrie pharmaceutique de base. Avec le progrès technique, l'échelle minimale s'agrandit plutôt qu'elle ne se rétrécit. La meilleure solution serait que des groupes de pays en développement s'efforcent d'agir de concert pour créer des centres coopératifs de technologie et de production pharmaceutiques où les participants mettraient leurs ressources en commun aux fins du programme suivant :

a) Orienter la recherche - développement vers les besoins qui seraient négligés par les activités de R - D dans les pays développés.

b) Axer la R-D sur l'amélioration et l'adaptation des techniques copiées ou importées des pays développés.

c) Rassembler des informations d'ordre technique, chimique et médical concernant la production, la distribution et l'utilisation des médicaments.

d) Recueillir des données sur les prix et les conditions financières en vue de négocier l'achat de produits chimiques, de techniques et autres services dans les pays développés.

e) Collaborer et échanger des renseignements avec les autorités compétentes, les centres de recherche médicale et autres institutions intéressées des pays développés.

f) Mettre en route la production chimique de base nécessaire à l'installation de laboratoires pharmaceutiques dans tous les pays participants.

107. Par les services qu'ils rendront, ces centres coopératifs affaibliront progressivement la position des sociétés pharmaceutiques transnationales dans les pays en développement. Les pays participants, quant à eux, y trouveront plusieurs avantages :

- Ils pourront réaliser des économies d'échelle;
- Ils auront un plus grand pouvoir de négociation grâce à la centralisation des fonctions d'information et d'administration;
- Ils ne seront soumis à aucun impératif géographique en raison du faible rapport volume/valeur des produits chimiques;
- La recherche sera axée sur les besoins réels au lieu d'être motivée uniquement par le profit;
- Le prix moins élevé des produits chimiques intermédiaires favorisera l'essor de l'industrie locale;
- Par-dessus tout, les pays en développement seront libres d'appliquer leur propre politique pharmaceutique en tenant compte de l'intérêt national.

108. La facilité du transport sera ici un atout fort important puisque les installations des centres pourront être réparties dans plusieurs pays, à l'exception de certaines qui, pour des raisons techniques, devront être proches les unes des autres. La main-d'oeuvre qualifiée, principal facteur de production requis, outre l'apport des industries chimiques et apparentées, pourra être aisément transférée d'un pays à un autre. Il serait, par exemple, tout à fait possible que l'Argentine coopère avec le Kenya, ou l'Inde avec le Pérou, le pays le plus industrialisé



se chargeant principalement de la production chimique, relativement complexe, et le pays le moins industrialisé du dosage des médicaments.

109. Comme les produits pétrochimiques constituent l'intrant de base dans la fabrication des médicaments de synthèse et que beaucoup d'industries pétrochimiques sont implantées dans les pays producteurs de pétrole, qui ont rarement une industrie pharmaceutique, (mais beaucoup de capitaux), il est évident que ces pays pourraient jouer un grand rôle dans les centres coopératifs. Leur industrialisation y trouverait un ferment naturel cependant que les autres pays en développement auraient un accès direct à la principale richesse qui alimente la production pharmaceutique.

Il faut toutefois noter que beaucoup d'industries pétrochimiques implantées dans les pays producteurs de pétrole sont des industries lourdes (production d'éthylène, etc.) alors que les procédés de raffinage utilisés par les industries chimiques légères exigent des techniques plus complexes et une main-d'oeuvre hautement qualifiée.

110. De même que pour tout autre programme de coopération entre pays, il y a lieu de considérer le problème de la répartition des coûts et des avantages. Dans le cas des médicaments, cependant, une transformation de la structure de production offre des avantages si évidents et les économies seront si grands pour tous les pays participants qu'il n'est guère besoin d'argumenter longuement en faveur d'une coopération. Quant aux questions de détail, nous ne pensons pas devoir en traiter ici.

111. On peut noter sur ce chapitre que l'Inde entend produire suffisamment d'ici à la fin de la décennie pour couvrir l'essentiel de ses besoins en substances chimiques intermédiaires. De même, certains autres pays ont déjà ou sont sur le point d'avoir la capacité voulue pour produire un ou plusieurs composants de base. Cette évolution crée les conditions requises pour l'établissement de centres coopératifs viables qui pourraient aider au remplacement des importations, aujourd'hui nécessaires, pour une large gamme de produits. La diversification des médicaments produits dans ce cadre serait sans doute assez rapide pour qu'en une dizaine d'années le monde en développement parvienne à assurer les bases de son indépendance en ce qui concerne tous les médicaments essentiels. Il est permis d'espérer que les échanges techniques et commerciaux s'effectueraient alors dans les deux sens, les médicaments les plus complexes étant importés des pays développés tandis que d'autres, produits à meilleur compte, seraient exportés

par les pays en développement. Ainsi se noueraient des liens d'interdépendance entre tous les pays au lieu de cette dépendance unilatérale à laquelle certains se trouvent actuellement assujettis.

112. Si l'on veut que les médicaments soient utilisés de façon judicieuse, il est capital que les activités des centres dans le domaine de la production soient étroitement liées non seulement à la distribution des médicaments et à la réorganisation des services cliniques des pays membres, mais aussi à l'examen de mesures de santé publique destinées à compléter l'action thérapeutique par une action prophylactique. L'entreprise perdrait sa principale raison d'être s'il n'y avait pas un échange permanent d'informations sur les médicaments, leur efficacité, leurs dangers et les besoins en la matière. Nul doute qu'il faudra aussi pour cela modifier l'organisation des soins pour que les services ruraux d'hygiène préventive aient la priorité sur les hôpitaux urbains qui ne desservent qu'une petite fraction privilégiée de la population. De toute manière, les besoins des pays en développement dans le domaine de la santé sont si grands et si urgents qu'il est indispensable de repenser les programmes sanitaires. Mais il ne servira à rien de le faire si les problèmes d'approvisionnement en médicaments ne sont pas simultanément résolus par les moyens que nous proposons dans cette étude, où nous avons essayé de montrer que la recherche de leur seul profit par les sociétés pharmaceutiques transnationales est absolument incompatible avec le bien-être de l'immense majorité de la population mondiale.

Annexe statistique

Tableau A.1

Production pharmaceutique<sup>a/</sup> de certains pays

	Production 1971 (millions de dollars)	Taux moyen de croissance annuelle	
		Pourcentage	Période
<b>A. <u>Pays développés à économie de marché</u></b>			
<u>Total<sup>b/</sup></u>	<u>17 883</u>		
Australie	202 <sup>e/</sup>	5,5	1963-70
Autriche	69	12,3	1960-71
Belgique	205	15,8	1962-71
Canada	505	15,5	1963-71
Danemark	87	9,5	1960-71
Finlande	40	10,0	1960-71
France	1 472	9,2	1961-71
Allemagne, Rép. féd. d'	1 932	13,7	1960-71
Irlande	10 <sup>f/</sup>		
Italie	1 323	12,6	1960-71
Japon	2 914	19,0	1960-69
Pays-Bas	297	13,2	1960-71
Norvège	13 <sup>e/</sup>	9,0	1961-70
Suède	107 <sup>e/</sup>	11,5	1960-69
Suisse	508		
Royaume-Uni	799	6,5	1960-68
Etats-Unis d'Amérique	7 400	7,3	1960-71
<b>B. <u>Pays d'Europe méridionale</u></b>			
<u>Total<sup>b/</sup></u>	<u>899</u>		
Grèce	53 <sup>e/</sup>		
Portugal	52	15,3	1969-71
Espagne	680	19,2	1967-69
Turquie	114 <sup>d/</sup>	12,7	1968-70

Tableau A.1 (suite)

	Production 1971 (millions de dollars)	Taux moyen de croissance annuelle	
		Pourcentage	Période
<b>C. Pays et territoires en développement</b>			
<u>Total<sup>b/</sup></u>	2 087		
Argentine	86 <sup>h/</sup>	17,7	1963-70
Bangladesh	10 <sup>e/</sup>		
Brésil	471 <sup>e/</sup>		
Colombie	111 <sup>f/</sup>		
Egypte	95	24,4	1960-71
Inde	472 <sup>c/</sup>	14,9	1947-73
Indonésie	9 <sup>e/</sup>		
Iran	37 <sup>d/</sup>	27,8	1962-72
Israël	30	19,0	1963-71
Corée, République de	104	35,5	1968-71
Mexique	215 <sup>d/</sup>	14,0	1963-72
Maroc	14 <sup>f/</sup>		
Pakistan	63 <sup>e/</sup>		
Pérou	38 <sup>h/</sup>	14,2	1960-67
Philippines	40 <sup>h/</sup>	7,6	1960-67
Thaïlande	23 <sup>f/</sup>		
Tunisie	17		
Venezuela	65	21,7	1960-67
Yougoslavie	187 <sup>d/</sup>	11,5	1960-71
<b>D. Pays socialistes d'Europe orientale</b>			
Tchécoslovaquie	2 273 <sup>e/</sup>	12,7	1968-70
Hongrie	6 852	13,1	1960-71
Pologne	12 504 <sup>e/</sup>	16,4	1960-70
Roumanie	1 444 <sup>e/</sup>	13,1	1966-68

Tableau A.1 (suite)

- Sources : United Nations, The Growth of World Industry, 1972 Edition, Vol. 1, Nations Unies, New York, 1974.
- CEE, Le marché des produits chimiques, ses tendances et ses perspectives, Nations Unies, New York, 1973.
- DAFSA, The Pharmaceutical Industry in Europe (DAFSA, Paris, 1974).
- Cilirgiroglu, A., "Transfer of Technology for Pharmaceutical Chemicals", OCDE, Paris, 1974 (document mimeographié [CT/AC/TT/30]).
- ONUDI, Les industries pharmaceutiques dans la deuxième Décennie du développement (ID/WG.37/2), 1967.
- Handoussa, H.A., The Pharmaceutical Industry in Egypt, thèse de doctorat, School of Oriental and African Studies, Université de Londres, 1974.
- Commission Hathi, Report of the Committee on Drugs and Pharmaceutical Industry (Government of India, Ministry of Petroleum and Chemicals, New Delhi, 1975).
- Salehkhoul, G., Commercialization of Technology in Developing Countries : Transfer of Pharmaceutical Technology to Iran, thèse de doctorat, New School for Social Research, New York, 1974.
- Banco de México, Informe Anual 1975, Mexico, 1974.
- Ministério do Planejamento & Coordenação Geral, Sinopse Estatística do Brazil, Rio de Janeiro, 1972.

a/ Y compris les produits pharmaceutiques de base et les produits finis.

b/ Le total représente la somme des chiffres de production des pays du groupe.

A noter que l'année de référence n'est pas la même pour tous les pays.

c/ 1973.

d/ 1972.

e/ 1970.

f/ 1969.

g/ 1968.

h/ 1967.

Tableau A.2

## Commerce international des produits médicaux, 1971

(en millions de dollars)

	Exportations	Importations	Solde
<u>A. Pays développés à économie de marché</u>			
<u>Total<sup>a/</sup></u>	<u>2 756,8</u>	<u>1 832,5</u>	<u>924,3</u>
Australie	30,2	70,5	-40,3
Autriche	18,6	60,1	-41,5
Belgique-Luxembourg	105,4	150,9	-45,5
Canada	34,2	86,7	-52,5
Danemark	69,7	50,6	19,1
Finlande	2,3	41,0	-38,7
France	258,0	161,4	96,6
Allemagne, Rép. féd. d'	537,7	205,3	332,4
Irlande	23,6	28,7	-5,1
Italie	193,5	143,0	50,6
Japon	86,0	232,8	-146,8
Pays-Bas	160,0	121,4	38,6
Nouvelle-Zélande	1,9	28,6	-26,7
Norvège	5,8	30,2	-24,4
Afrique du Sud	9,6	31,8	-22,2
Suède	42,5	84,2	-41,7
Suisse	364,9	94,3	270,6
Royaume-Uni	410,4	91,6	318,8
Etats-Unis d'Amérique	402,5	119,4	283,1
<u>B. Pays d'Europe méridionale</u>			
<u>Total<sup>a/</sup></u>	<u>36,0</u>	<u>182,1</u>	<u>-146,1</u>
Grèce	2,9	52,3	-49,4
Portugal	14,0	36,6	-22,6
Espagne	18,3	76,9	-58,6
Turquie	0,8	16,3	-15,5
<u>C. Pays et territoires en développement</u>			
<u>Total<sup>a/</sup></u>	<u>230,9</u>	<u>905,3</u>	<u>-674,4</u>
Algérie <sup>b/</sup>	0,3	38,3	-38,0
Angola	-	11,7	-11,7
Argentine <sup>b/</sup>	14,9	27,5	-12,6
Bahamas	16,8	-	16,8
Brésil	6,3	41,1	-34,8
Chili <sup>b/</sup>	-	13,8	-13,8
Colombie	3,8	21,9	-18,1
Costa Rica	5,7	12,9	-7,2
République Dominicaine <sup>b/</sup>	-	18,6	-18,6
Equateur <sup>c/</sup>	2,0	-	2,0
Egypte	2,2	12,1	-9,9
El Salvador	2,6	13,1	-10,5
Ghana	-	16,1	-16,1

Tableau A.2 (suite)

	Exportations	Importations	Solde
<u>C. Pays et territoires en développement (suite)</u>			
Guatemala	10,0	13,6	-3,6
Guyane	0,6	-	0,6
Hong Kong	56,1	53,4	2,7
Honduras	1,2	-	1,2
Inde	12,2	36,4	-24,2
Indonésie	1,4	20,6	-19,2
Iran	0,4	51,3	-50,9
Irak	-	24,7	-24,7
Israël	7,3	15,0	-7,7
Corée, République de	2,1	13,6	-11,5
Liban	4,9	18,4	-13,5
Libye	-	16,2	-16,2
Malaisie	4,5	17,2	-12,7
Mexique	30,2	49,0	-18,8
Maroc	0,3	11,0	-10,7
Nicaragua	1,2	14,1	-12,9
Nigéria	-	57,8	-57,8
Pakistan	1,0	17,0	-16,0
Pérou <u>c/</u>	0,6	21,4	-20,8
Philippines	1,5	22,2	-20,7
Arabie Saoudite	-	25,3	-25,3
Singapour	9,4	23,4	-14,0
Syrie	-	18,0	-18,0
Thaïlande	1,2	33,7	-32,5
Venezuela	0,3	29,4	-29,1
Viet-Nam, République du	-	21,6	-21,6
Yougoslavie	29,9	36,7	-6,8
Zaïre <u>c/</u>	-	17,2	-17,2
<u>D. Pays socialistes d'Europe orientale</u>			
<u>Total <sup>a/</sup></u>	<u>375,0</u>	<u>327,0</u>	<u>48,0</u>
Tchécoslovaquie <u>b/</u>	37,0	25,0	12,0
Rép. dém. allemande <u>c/</u>	56,0	36,0	20,0
Hongrie	142,0	24,0	118,0
Pologne	92,0	43,0	49,0
Roumanie <u>b/</u>	9,0	8,0	1,0
URSS <u>b/</u>	39,0	191,0	-152,0

Sources : United Nations, Yearbook of International Trade Statistics, 1972-1973, Nations Unies, New York, 1974.

CEE, Le marché des produits chimiques : ses tendances et ses perspectives, Nations Unies, New York, 1973.

a/ Le total représente la somme des chiffres indiqués pour les pays du groupe.  
L'année de référence n'est pas toujours la même pour tous les pays.  
b/ 1970.  
c/ 1969.

Tableau A.2

Ventes de médicaments par catégories thérapeutiques dans certains pays  
(pourcentages)

Catégorie thérapeutique	France (1971)	Rép.féd. d'Alle- magne (1971)	Italie (1971)	Suisse (1970)	Royaume- Uni (1972)	Portugal (1972)	Espagne (1971)	Argentine (1969)	Egypte (1970)	Inde (1972)
1. Antibiotiques	8,5	4,0	11,0	5,2	13,6	13,9	28,7	16,5	16,0	19,9
2. Vitamines	3,3	4,0	6,3	7,3	2,1	8,8	6,6	5,4	15,8	11,7
3. Préparation contre la toux et les refroidissements					5,2			6,0		5,5
4. Préparations hématiques et anti-anémiques			3,9				2,8			5,3
5. Fortifiants et reconstituants			4,2	3,7		2,3	4,3			5,2
6. Hormones	4,3	3,3	8,7	2,9	7,5	5,9	4,9	9,8	7,0	4,8
7. Produits derma- tologiques	4,7	5,6	4,7	6,2		4,8	4,2		3,1	4,1
8. Analgésiques	5,5	5,2	4,8	6,8	4,9	4,7	4,0	5,0	8,4	3,8
9. Médicaments contre les rhumatismes	3,9	5,8	3,9	5,3		4,5				3,1
10. Antidiarrhéiques	2,6						1,5		3,4	3,1
11. Produits diététiques et lipotropes	3,4	2,3	6,5		1,5	6,8	2,5	2,6	0,9	2,6
12. Enzymes et digestifs		2,3		2,6						2,5
13. Médicaments contre les affections cardiovasculaires	12,7	17,1		8,6	10,6	7,6	4,9	2,5	3,5	1,8
14. Antispasmodiques										1,8
15. Médicaments psychotropes (y compris les sédatifs)			2,0	7,6	13,0	6,3	4,5	5,5	3,2	1,7
16. Produits ophtalmologiques										1,7
17. Médicaments contre l'asthme et adjuvants de la respiration	8,0	7,0					4,4		3,3	1,6



Tableau A.3 (suite)

Catégorie thérapeutique <sup>a/</sup>	France (1971)	Rép.féd. d'Allemagne (1971)	Italie (1971)	Suisse (1970)	Royaume-Uni (1972)	Portugal (1972)	Espagne (1971)	Argentine (1969)	Egypte (1970)	Inde (1972)
18. Amibicides										1,5
19. Produits antituberculeux										1,4
20. Anti-acides	2,3		2,8		2,8	2,2	2,3		1,4	1,4
21. Anti-histaminiques						1,1			1,4	1,4
22. Sulphamides						1,5			1,7	1,3
Divers	29,9	35,6	41,2	36,1	38,8		20,8	46,7	27,1	12,8

Sources : France, République fédérale d'Allemagne, Italie, Suisse, Royaume-Uni et Espagne : DAFSA, op.cit., p. 67 à 69 et annexe X.

Argentine : J. Katz, Oligopolio, Firms Nacionales y Empresas Multinacionales (Siglo Veintiuno, Buenos-Aires, 1974), p. 50.

Egypte : H.A. Handoussa. op.cit., p. 21 et 22, 232 et 233.

Inde : Commission Hathi, op.cit., p. 24.

Portugal : J.C. Carvalho, R.R. Santos, E.S. Duarte, N. Falcão, et M. Rebelo, Transfer of Technology for Fine Chemicals : The Portuguese Pharmaceutical Industry (Instituto Nacional de Investigação Industrial, Ministerio da Economia, Lisbonne, 1974).

a/ Selon la classification indienne. L'Inde distingue 22 catégories alors que les autres pays en distinguent 15, à l'exception de l'Argentine (8) et de l'Egypte (13 catégories principales, avec de nombreuses subdivisions). Toutes les données semblent correspondre aux ventes de détail dans les pharmacies et excluraient donc les achats des hôpitaux et de l'administration publique. Certaines catégories ont dû être classées dans "divers" en raison d'un décalage avec la classification indienne.

Tableau A.4

Ventes des grandes sociétés pharmaceutiques en 1970

(en millions de dollars)

Firme (nationalité)	Ventes de médicaments	Pourcentage des ventes totales des sociétés pharmaceutiques	Pourcentage des ventes totales de la firme
1. Roche (Suisse)	840	8,2	70
2. Merck (Etats-Unis)	670	6,6	90
3. Hoechst (RFA)	497	4,9	14
4. Ciba-Geigy (Suisse)	492	4,8	29
5. Am.Home Pro. (Etats-Unis)	479	4,7	37
6. Lilly (Etats-Unis)	421	4,1	71
7. Sterling (Etats-Unis)	418	4,1	65
8. Prizer (Etats-Unis)	416	4,1	48
9. Warner-Lambert (Etats-Unis)	408	4,0	32
10. Sandoz (Suisse)	346	3,4	54
11. Upjohn (Etats-Unis)	342	3,4	86
12. Abbott (Etats-Unis)	330	3,2	72
13. Squibb (Etats-Unis)	310	3,0	44
14. Bayer (RFA)	286	2,8	11
15. Bristol-Myers (Etats-Unis)	262	2,6	27
16. Glaxo (Royaume-Uni)	261	2,6	69
17. Rhone-Poulenc (France)	257	2,5	13
18. Schering-Plough (Etats-Unis)	255	2,5	63
19. Cyanamid (Etats-Unis)	243	2,4	21
20. Smith K. and F. (Etats-Unis)	215	2,1	62
21. Boehringer Ingel. (RFA)	211	2,1	70
22. Schering AG (i FA)	211	2,1	70
23. Takeda (Japon)	209	2,1	44
24. Roussel-Uclaf (France) <u>a/</u>	183	1,8	65
25. Wellcome (Royaume-Uni)	136	1,3	66
26. Beecham (Royaume-Uni)	132	1,3	34
27. Searle (Etats-Unis)	125	1,2	62
28. AKZO (Pays-Bas)	121	1,2	6
29. Johnson and Johnson (Etats-Unis)	120	1,2	12
30. Sankyo (Japon)	120	1,2	75
31. Boehringer Mann. (RFA) <u>b/</u>	119	1,2	100
32. Richardson Merrell (Etats-Unis)	117	1,2	30
33. Lepetit (Italie)	117	1,2	80

Tableau A.4 (suite)

Firme (nationalité)	Ventes de médicaments	Pourcentage des ventes totales des sociétés pharmaceutiques	Pourcentage des ventes totales de la firme
34. Astra (Suède)	88	0,9	72
35. Carlo-Erba (Italie)	77	0,7	51
36. Clin-Midy (France) b/	73	0,7	76
37. ICI (Royaume-Uni)	67	0,7	2
38. Syntex (Etats-Unis)	67	0,7	74
39. Nicholas (Australie)	66	0,6	88
40. Carter-Wallace (Etats-Unis)	53	0,5	42
41. Smith and Nephew (Royaume-Uni) b/	52	0,5	32
Total	10 212	100,0 c/	32

Sources: Commission des monopoles, Beecham Group Limited and Glaxo Group Limited, The Boots Company and Glaxo Group Limited (HMSO, Londres, 1972), Appendice 5.

DAFSA, The Pharmaceutical Industry in Europe (loc.cit.), p. 49.

a/ Reprise par Hoechst en 1974.

b/ Chiffres pour 1972.

c/ La somme des pourcentages n'est pas nécessairement égale à 100, les chiffres ayant été arrondis.