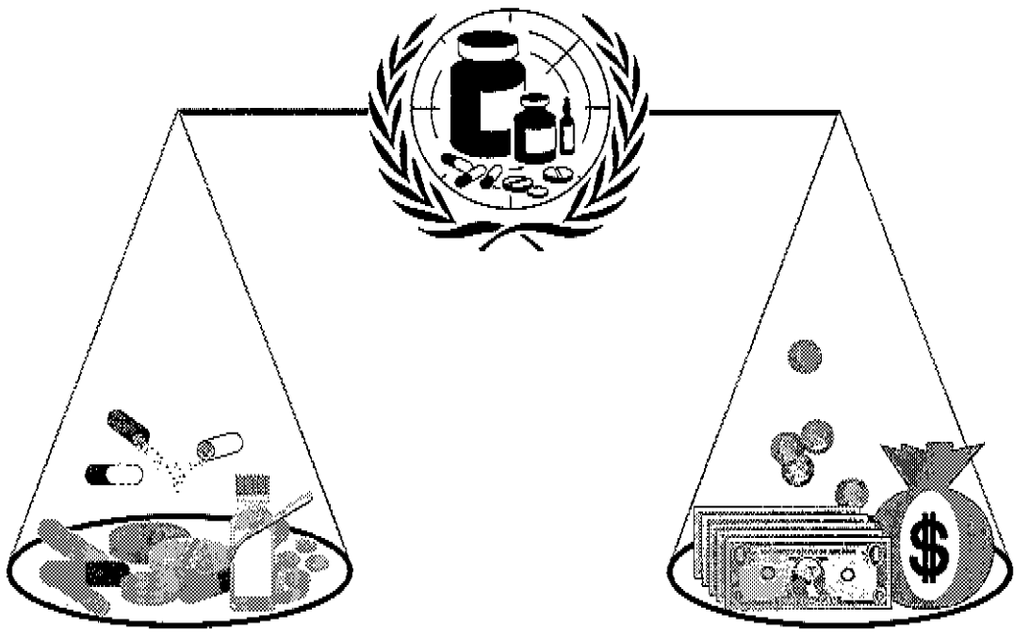
WHO/DAP/95.6

POLITIQUES DES PRIX DES MEDICAMENTS DANS LES AMERIQUES

Série "Economie de la Santé et Médicaments", No. 1



Organisation mondiale de la Santé
Programme d'Action pour les Médicaments essentiels

a50279

Organisation mondiale de la Santé

WHO/DAP/95.6
Original: Espagnol
Distribution: Limitée

Politiques des prix des médicaments dans les Amériques

Série "Economie de la Santé et Médicaments" No. 1

ALVARO ZERDA SARMIENTO [1]

(1) Consultant auprès de l'OPS et de l'OMS, Professeur associé, Université nationale de Colombie

© **Organisation mondiale de la Santé 1995**

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public, et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans le document par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Table des matières

Introduction **3**

Chapitre 1 Théorie de la détermination des prix **5**

1. Fixation des prix par les entreprises 6
2. Prix administrés par les pouvoirs publics 9
3. Effets des diverses formules de réglementation des prix 13

Chapitre 2 Expériences de fixation des prix sur le continent américain **15**

1. Systèmes de contrôle total 16
2. Systèmes intermédiaires 17
3. Systèmes de marché libre 22

Chapitre 3 Programmes de médicaments génériques **25**

Conclusions **27**

1. Théorie économique et prix des médicaments 27
2. Systèmes de fixation des prix 27

Références **31**

Tableaux

Tableau 1
Evolution estimée des recettes sur les ventes en Argentine
consécutive au passage d'un marché concurrentiel à un monopole
(en milliers de dollars) 7

Tableau 2
Réglementation des prix
dans divers pays du continent américain en 1994 15

Tableau 3
Systèmes de contrôle total des prix par l'Etat
sur le continent américain en 1994 16

Tableau 4
Systèmes intermédiaires de réglementation des prix
dans certains pays du continent américain en 1994 18

Tableau 5

Marché libre des médicaments
dans huit pays du continent américain en 1994. 22

Tableau 6
Pays dotés d'une législation sur les médicaments génériques
et effets de cette législation 25

Figures

Figure 1
Structure des coûts d'une firme pharmaceutique active
dans le domaine de la recherche (en parts du chiffre d'affaires) 6

Figure 2
Firmes novatrices et firmes imitatrices: coûts, bénéfices et prix 8

* *

Introduction

Dans le cadre des politiques favorisant le développement, et cela aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays moins avancés, on a, au cours des années soixante et soixante-dix, procédé à des interventions visant à contrôler le pouvoir commercial des grandes firmes (transnationales, pour la plupart), dans le dessein d'empêcher des excès de leur part et donc d'assurer des approvisionnements à prix modique, de préserver le pouvoir d'achat d'une grande partie de la population ne disposant pas de ressources importantes, ou encore de favoriser les industries locales. On a défini à cet effet des systèmes de réglementation des prix, caractérisés par une plus ou moins grande ingérence des pouvoirs publics.

Les médicaments figuraient aux premiers rangs des produits faisant l'objet d'une réglementation, car ils entraient pour une part importante dans les dépenses de santé de certains pays, et donc des dépenses publiques, tandis que, représentant un poste de consommation important, ils jouaient un rôle dans le bien-être de la population, en particulier pour les groupes sociaux les moins favorisés.

A partir des années quatre-vingts, marquées par le retour en force des doctrines prônant l'économie de marché, les interventions de l'Etat dans le sens de la réglementation ont été déconsidérées; on a libéré peu à peu les prix, de même qu'on supprimait les mécanismes de contrôle moins directs. Cette tendance s'est confirmée au début de la décennie suivante lors des négociations de l'Uruguay Round, organisées par le GATT (Accord général sur les Tarifs douaniers et le Commerce). Ces accords se sont soldés par un compromis aux termes duquel les pays signataires souscrivaient au principe de brevets d'invention pour les produits et procédés pharmaceutiques.

Suite à la levée de la réglementation et s'agissant de fixer les prix des médicaments, les firmes et le marché lui-même ont diversement réagi: si l'on assistait dans certains pays à un ajustement assez prononcé, celui-ci se faisait ailleurs assez progressivement, avec des conséquences variables sur l'inflation. Dans les années quatre-vingt-dix, cette situation a mené à la coexistence au niveau international de plusieurs systèmes plus ou moins libres de fixation des prix des médicaments, dont le présent article se propose précisément d'étudier les effets, les avantages et les inconvénients.

Il est essentiel d'en répertorier les retombées sur les acteurs sociaux pour être en mesure d'orienter la définition d'éléments d'une politique publique qui, en même temps qu'elle pose les fondations d'une industrie pharmaceutique robuste et permet de rechercher et développer de nouvelles substances afin d'assurer la santé dans des pays inégalement développés où les causes de mortalité et de morbidité ne sont pas identiques, en garantisse le maintien par la population sans qu'en pâtissent ni les budgets des ménages ni le niveau de vie.

Le présent document étudie les solutions qui ont donné les meilleurs résultats s'agissant de garantir la disponibilité de médicaments et la possibilité de s'en procurer pour des groupes sociaux différents aux plans des revenus, des besoins thérapeutiques et des lieux de résidence. En vue de répertorier les politiques de fixation et de contrôle des prix des médicaments, on examinera ici, à la lumière des retombées sur la disponibilité des produits et sur l'évolution des prix, ce qui s'est fait ces dernières années dans le continent américain en matière de systèmes de fixation des prix des médicaments, sur un large éventail allant de la liberté totale au contrôle étatique discrétionnaire.

A cet effet, on se livrera dans le premier chapitre à une réflexion élargie sur la théorie économique de la réglementation des prix et sur son extension aux produits pharmaceutiques. Le chapitre suivant présente les différents systèmes de réglementation en vigueur dans les pays d'Amérique et s'efforce cas par cas d'en montrer les effets, les avantages et les inconvénients, conformément aux renseignements qu'a fournis l'enquête des délégations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) dans cette région du monde. Enfin, avant de conclure, on se penchera sur la question de la législation relative aux médicaments génériques.

Chapitre 1

Théorie de la détermination des prix

Les prix des médicaments découlent de ce que l'économie considère comme le mécanisme d'adaptation classique du marché à l'offre et à la demande.

On relèvera tout d'abord que les médicaments sont soumis à une demande indirecte: l'acheteur ne choisit pas, parmi la gamme de produits disponibles, sur la base d'informations complètes relatives aux caractéristiques, à la qualité, aux avantages et au prix. Ce choix, c'est le professionnel de la médecine qui le fait, bien que de manière non transparente, quand il ne se contente pas de suivre l'argumentaire des délégués médicaux sans songer par ailleurs à s'informer des prix du marché. Le consommateur est donc tributaire de la décision de son médecin et des partis pris de celui-ci lorsque vient le moment d'effectuer la dépense qui lui permettra de soulager ses maux, voire de rester en vie.

Du côté de l'offre, les prix ne s'alignent pas sur la référence que le marché constitue pour les producteurs et qui les aiderait, ainsi que le voudrait la théorie économique classique, à se décider quant au volume à produire compte tenu de l'importance des coûts marginaux. En réalité, les prix procèdent d'un phénomène désormais institutionnalisé par les grandes firmes: ce sont elles, et non le marché, qui "opèrent la régulation" (Clifton, 1985). Les prix déterminés ainsi remplissent une double fonction: d'une part ils favorisent la stabilité du marché; d'autre part, en tant que partie intégrante des mécanismes de contrôle financier dont se servent les entreprises, ils relient objectivement les politiques des prix appliquées aux marchés où les entreprises sont présentes, avec la politique d'investissement, dans le dessein de maîtriser la fonction de production pour l'ensemble des activités des entreprises.

On comprend donc que, dans un tel contexte, les prix puissent être administrés non seulement par les entreprises, qui poursuivent leurs objectifs de rentabilité, mais encore par les pouvoirs publics, désireux de servir les fins de leurs politiques.

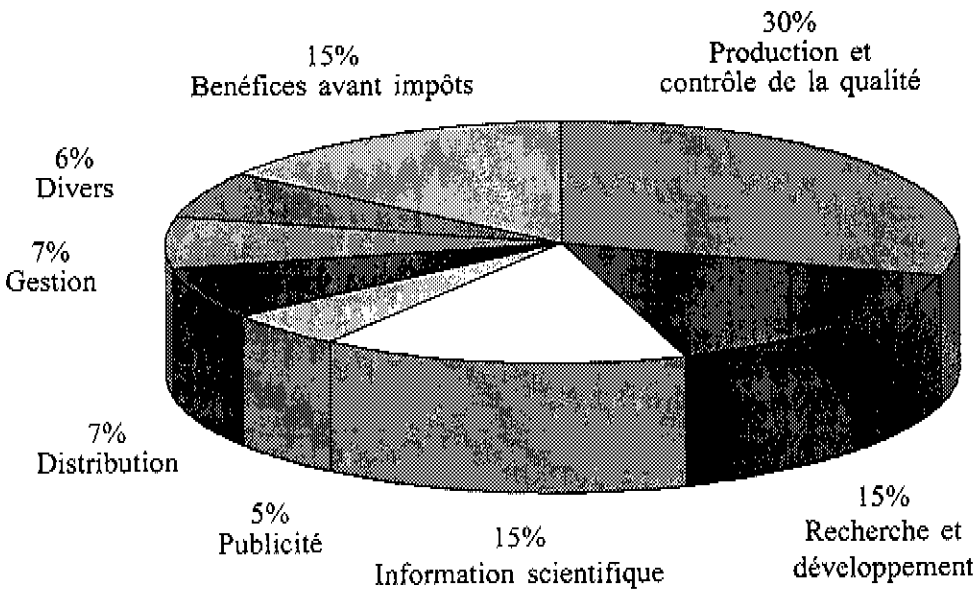
1. Fixation des prix par les entreprises

Pour calculer leurs prix, les entreprises se servent d'un système composite: pour chaque médicament, on ne peut calculer exactement qu'un coût de production (c'est-à-dire des coûts directs réels) et un coût de commercialisation. En revanche, vu l'impossibilité de connaître le coût total d'un produit, l'industrie applique le principe de répartition des frais généraux: dans le prix d'un médicament entrent des parts des coûts de la recherche, des coûts de gestion et de commercialisation et des frais financiers, sans oublier la marge de bénéfice. Les industries pharmaceutiques procèdent de la sorte pour répartir leurs frais généraux entre tous leurs produits (Blaser, 1980: 27).

La figure 1 montre quelle est la structure des coûts (en part relative du chiffre d'affaires) d'un laboratoire pharmaceutique qui fait de la recherche. L'importance des différents postes varie bien sûr d'un pays à l'autre et en fonction de la taille des entreprises (Ballance et coll., 1992: chap. 5).

Figure 1

Structure des coûts d'une firme pharmaceutique active dans le domaine de la recherche (en parts du chiffre d'affaires)



Source: Klaus von Grebmer. *Pharmaceutical prices: a continental view*, p. 8

Une telle structure des coûts, habituelle dans l'industrie pharmaceutique, suscite des jugements parfaitement contradictoires. Les critiques font valoir qu'il s'agit en général de médicaments onéreux, de marque, vendus à des prix largement supérieurs au coût de production effectif qui ne représente que 20 à 30% pour des prix fixés par les entreprises ayant des activités de recherche (Melrose, 1984: 494). Il s'ajoute à cela que d'ordinaire on ne fixe pas de durée d'amortissement pour les coûts de la recherche, laquelle rapporte en réalité des "surbénéfices" illimités dans le temps permettant des profits majeurs. Le développement d'un nouveau médicament, rétorquent les producteurs, dure de nos jours huit à dix ans et coûte 150 millions de dollars; on affirme en outre que, grâce à la répartition de l'ensemble des frais généraux sur tous les médicaments, il est possible de vendre à des prix raisonnables les médicaments d'usage peu courant pour lesquels les coûts de recherche ne sont pas moindres (Afidro, 1985). Néanmoins, à quantité et dosage équivalents, le prix d'un médicament varie d'un pays à l'autre, voire à l'intérieur d'un même pays, parfois d'un facteur deux à trois (tableau 1). On peut en déduire que le prix d'un médicament n'a pas grand-chose à voir avec son coût de production effectif, mais qu'il dépend au contraire de l'état de la concurrence sur le marché (Challú, 1991: 94-109). Certains facteurs pourraient rendre compte de ces différences: le niveau de vie (revenus et salaires); l'étendue des interventions des pouvoirs publics; le type de système de sécurité sociale; les fluctuations des taux de change; le niveau des prix. Trois autres considérations interviennent toutefois dans les décisions des firmes novatrices et des producteurs: la taille du marché; l'existence éventuelle de brevets protégeant les médicaments; la production de principes actifs par des entreprises n'encourant pas de frais de recherche et développement (R&D).

Tableau 1:

Evolution estimée des recettes sur les ventes en Argentine consécutive au passage d'un marché concurrentiel à un monopole (en milliers de dollars)

Médicament	Marché concurrentiel	Monopole	Accroissement (en %)
Atenolol	4 553	10 489	130,1
Enalapril	18 309	27 238	48,8
Lorazepan	6 486	8 728	34,6
Piroxicam	16 171	37 289	130,6
Ranitidina	15 101	20 194	33,7

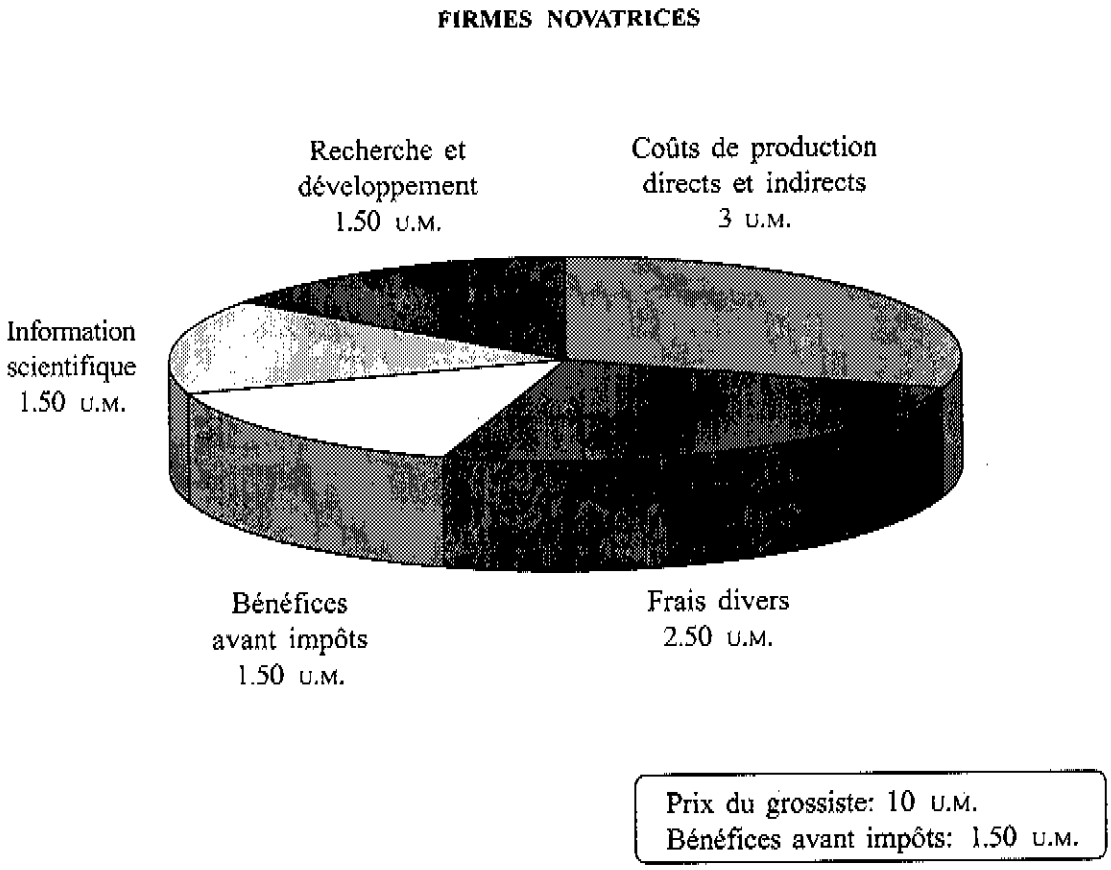
Source: Selon Pablo Challú (1991), p. 106

En effet, bien que les entreprises transnationales affirment que leurs prix de vente des médicaments ou des principes actifs sont partout les mêmes, elles reconnaissent que les "firmes pharmaceutiques ne peuvent évaluer les prix réels tant que la demande n'a pas été quantifiée et qu'on n'a pas défini, pour chaque pays, des éléments tels que la taille du conditionnement et les programmes d'approvisionnement" (Perete, 1984: 532).

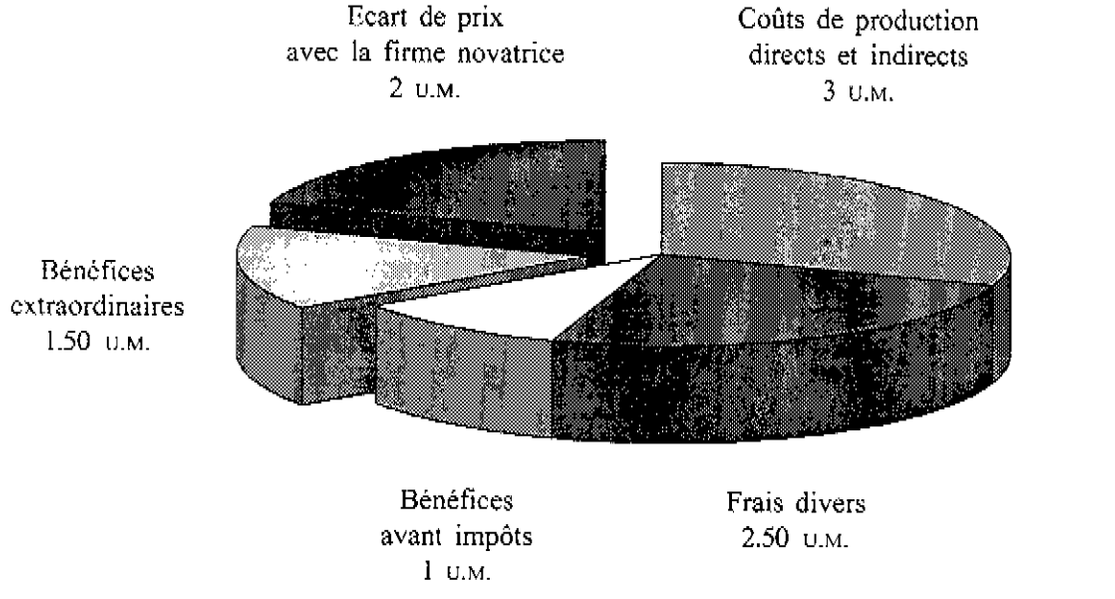
D'autre part, certaines firmes pharmaceutiques menant des recherches pour mettre au point des substances thérapeutiques et d'autres se bornant à copier des molécules existant déjà, la présence simultanée de fabricants d'un même principe actif pratiquant des systèmes de calcul des coûts différents implique que les prix demandés pour la fourniture de nouveaux principes actifs varient fortement d'un fournisseur à l'autre. De manière typique, la différence de répartition des coûts et des bénéfices, de même que les prix pratiqués pour le même principe actif par les entreprises novatrices et les imitateurs sont tels que représentés à la figure 2.

Figure 2

Firmes novatrices et firmes imitatrices: coûts, bénéfices et prix
[U.M. = unité(s) monétaire(s)]



FIRMES IMITATRICES



Source: Klaus von Grebmer. *Pharmaceutical prices: a continental view,* p. 12

En termes de coûts, l'avantage de l'imitateur par rapport au novateur réside dans l'économie de la R&D ou de l'information scientifique. Ses besoins de fonds de roulement sont moindres, cependant que le rendement de ses investissements peut être inférieur d'un tiers à celui des firmes qui font de la recherche. L'imitateur peut donc facilement demander un prix inférieur de 35 pour cent à celui du novateur (sur le graphique: 6,5 unités monétaires) et être assuré de bénéfices (Von Grebmer, 1978: 13). Fort de quoi les entreprises novatrices exercent des pressions afin que les fruits de leurs efforts de R&D soient protégés par des brevets d'invention. Or, selon d'autres spécialistes, ces instruments de protection donnent aux entreprises le loisir de moduler l'utilisation de leurs découvertes pour imposer des prix plus élevés et exercer un pouvoir monopolistique sur le marché. En règle générale, les firmes pharmaceutiques qui font de la recherche recourent aux brevets pour s'assurer la protection la plus efficace et la plus durable possible. "Sans elle... il n'y aurait pas d'incitation à innover, notamment au vu du temps et des moyens qu'il faut aujourd'hui pour développer un nouveau produit et compte tenu des grands risques que ça implique" (Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE), 1984).

L'argument opposé est tout aussi pertinent: les prix de nombreux principes actifs que vendent les laboratoires pharmaceutiques qui font de la recherche équivalent à des centaines voire à des milliers de fois leurs coûts de production. Ces prix ne diminuent qu'à la longue, surtout quand les investissements de recherche sont répartis à l'aide d'un facteur constant entre toutes les substances que produit la firme, indépendamment de l'époque où le développement s'est fait. "Les brevets, dans les pays qui en octroient dans ce domaine délicat qu'est la santé, n'ont contribué qu'en certaines occasions à faciliter les monopoles, la spéculation et les prix astronomiques" (Alifar, 1987).

Le prix majoré que doivent payer les filiales pour les substances pharmaceutiques qu'elles importent est souvent défini comme une "surfacturation des importations" due au pouvoir monopolistique des transnationales. Sont autant de conséquences négatives pour le pays importateur "la majoration des prix des matières premières, comme la pratiquent les sociétés transnationales(...), amène une diminution des réserves de devises (...), par exemple de dollars, un coût plus important des produits finis, un rendement brut et une assiette fiscale moindres aboutissant à une perte de recettes pour le fisc. Concrètement, cela signifie la fuite de devises à l'étranger et, dans le pays, l'évasion fiscale" (ibid.).

Eu égard à quoi on estime que les "prix de transfert" sont l'une des stratégies qu'appliquent les transnationales pour maximiser leurs bénéfices au niveau mondial plutôt que de s'attacher aux résultats partiels de leurs filiales: "Ce qui intéresse celui qui procède au transfert, c'est le volume des gains résultant de diverses combinaisons de fournitures qui, ensemble, constituent l'avoir complet de la structure extérieure, plutôt que le gain procuré par chaque élément distinct de cette structure (...). Les bénéfices réalisés par une filiale, dont on se sert généralement comme indicateur, peuvent en réalité ne pas être du tout significatifs de la véritable rentabilité de la société mère" (Vaitsos, 1971: 53), laquelle s'intéresse en réalité à ses résultats consolidés pour le monde entier.

Bien que les entreprises transnationales attribuent les différences de prix aux "caractéristiques bien particulières de l'industrie pharmaceutique active dans le domaine de la recherche", les coûts liés aux brevets sont indubitablement lourds à supporter pour les pays en développement. Une étude effectuée en 1990 a montré que l'application d'un système de brevets coûterait annuellement 128 millions de dollars à la Colombie (Zerda et coll., 1990), le chiffre correspondant pour l'Argentine étant de 194 millions de dollars (Challú, 1991).

2. Prix administrés par les pouvoirs publics

Face au phénomène des prix de transfert et à l'augmentation constante des prix des médicaments, les pouvoirs publics des pays ont opté, jusqu'au début des années soixante-dix, pour un renforcement des mesures de réglementation et de contrôle des pratiques commerciales des sociétés transnationales. A mesure que les pays prenaient mieux conscience de la question des coûts des médicaments et des conséquences qu'avaient ceux-ci sur les ressources fiscales et les réserves de devises, les mécanismes de contrôle ont tendu à devenir plus stricts. En outre, on a cherché à faire en sorte que les gouvernements interviennent davantage dans les approvisionnements de médicaments en encourageant l'emploi de produits génériques dans le dessein de contenir les coûts ou de réduire les dépenses en produits pharmaceutiques, la concurrence devant s'en trouver stimulée.

Tant les événements précédents que la chute de la rentabilité des investissements de recherche ont entraîné une mutation structurelle de l'industrie pharmaceutique perceptible à deux niveaux: d'une part, les entreprises qui recherchent et développent de nouveaux médicaments se sont concentrées, spécialisées et renforcées; d'autre part, on assiste à l'extension et à la spécialisation de la production de médicaments génériques.

On trouve dans la première catégorie un certain nombre de firmes européennes et nord-américaines qui, orientées vers la recherche, investissent toujours plus dans la mise au point de nouveaux médicaments. Dans les années quatre-vingts, la tournure que prenaient les activités donnait à penser que l'industrie pharmaceutique était au seuil d'un "âge d'or" de la productivité de la recherche (OPS, 1984: 32-33). Cela ne s'est pas avéré: ces dix dernières années, le nombre de principes actifs nouveaux mis sur le marché s'est effondré (Ballance et coll., 1992: chap. 4). Par ailleurs, les résultats de la recherche en biotechnologie sont à ce jour relativement décevants; quant aux ventes de nouvelles molécules produites par la biotechnologie de pointe, elles n'ont pris globalement que peu d'ampleur, contrairement aux prédictions d'il y a une dizaine d'années (Commission économique pour l'Amérique latine/Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel (CEPAL/ONUDI), 1984: 61).

La seconde catégorie, comprenant les producteurs qui s'affrontent essentiellement sur le marché des médicaments génériques par le biais des prix et qui n'investissent que peu dans la Recherche et le Développement (R&D), occupe deux segments: celui des produits génériques de base, sur lequel les PME des pays en développement ont trouvé un espace de croissance; celui des produits génériques de marque, sur lequel jouent un rôle déterminant des coûts de publicité élevés et les firmes transnationales qui s'y pressent. On relèvera notamment que pour les laboratoires pharmaceutiques la marque a tendance à prendre le pas sur le brevet lui-même.

Par ailleurs, la mondialisation croissante des marchés et les caractéristiques de ce qu'on nomme désormais la "nouvelle concurrence" ont donné lieu à des comportements inconnus jusqu'alors de la part non seulement des sociétés pharmaceutiques, mais surtout de celles qui forment des "alliances stratégiques" pour, avant de s'affronter, coopérer à la recherche de produits et procédés nouveaux, pour se répartir les marchés etc. Les orientations prises naguère par certains industriels britanniques et nord-américains illustrent bien ce nouveau courant qui, en outre, aspire à dominer le marché des produits génériques et des médicaments en vente libre.

C'est donc le souci d'efficacité et d'équité qui a justifié l'intervention de l'Etat sur le marché des produits pharmaceutiques (Lobato et coll., 1994). Concernant l'efficacité, on a fait valoir qu'il régnait une situation de quasi-monopole ou d'oligopole sur de nombreux segments du marché des spécialités, touchés en outre par une forte différenciation des produits permettant aux produits de marque de s'imposer contre les produits génériques, tandis que les nouveaux fabricants se heurtaient à de grands obstacles, autorisations de production, frais de R&D ou gigantesques campagnes de promotion auprès du corps médical.

Quant à l'efficacité, on considère que le prix du médicament ne permet pas de s'approcher d'une situation satisfaisante dans la mesure où celui-ci n'est pas très significatif par rapport à la demande, vu la souplesse insuffisante de celle-ci. L'Etat réalise l'équité par le truchement de son intervention, justifiée parce que les médicaments sont un bien de première nécessité et que les malades sont en position d'infériorité sociale.

Les dépenses publiques pour les médicaments visent donc des objectifs de redistribution qu'on justifie d'ordinaire de trois manières:

1. besoin de garantir la sûreté et l'efficacité des médicaments disponibles sur le marché, ainsi que la possibilité de s'en procurer;
2. besoin de promouvoir la création d'une industrie pharmaceutique nationale;
3. besoin de contrôler les dépenses publiques en médicaments.

3. Effets des diverses formules de réglementation des prix

Les systèmes de fixation de prix dans le cadre d'une réglementation varient selon l'organisme qui est chargé de leur application.

Dans un système entièrement libre où les entreprises fixent les prix et peuvent poursuivre sans restriction leurs objectifs de rentabilité et recourir à des pratiques de différenciation des produits, on assiste en général à un renchérissement des médicaments, imputable à des frais de représentation et de promotion des marques que ne justifie pas toujours la nature du produit concerné.

Les producteurs peuvent cependant imputer sur les coûts les frais correspondant de R&D ainsi que les charges financières, ce qui leur permet de poursuivre la recherche de nouvelles substances thérapeutiques efficaces. Concrètement toutefois, le choix des méthodes et des domaines de recherche est également influencé par les objectifs de rentabilité, voire par les facteurs de mortalité et de morbidité propres aux pays où les firmes pharmaceutiques ont leur siège; ça explique qu'on ne s'intéresse pas à certains problèmes parce que l'on considère, tel est le cas des maladies tropicales, qu'ils ne sont pas prioritaires, contrairement à l'idée qu'on s'en fait dans les pays en développement.

De plus, les systèmes visant à instaurer le contrôle total de la fixation des prix par les pouvoirs publics amènent eux aussi des effets variés. Primo, ils limitent le renchérissement, au profit d'un grand nombre de consommateurs, et contribuent donc à l'amélioration du bien-être de la population. Secundo, la réglementation des pratiques en matière de concurrence a rendu possible la création de certaines industries pharmaceutiques nationales qui contribuent à la baisse du prix des médicaments.

Pourtant les firmes transnationales ont parfois réagi aux mesures de contrôle en cessant de fournir au marché local quelques médicaments essentiels, en prétendant que les prix autorisés ou fixés par les pouvoirs publics ne permettaient pas de recouvrer les dépenses de R&D pour ces produits, ce pourquoi elles ne pouvaient se résoudre à vendre à perte. Les entreprises nationales n'ont malheureusement pas cherché à occuper le terrain abandonné par les transnationales, mais ont plutôt conforté cette position, intéressées qu'elles étaient à augmenter leurs propres prix à hauteur des valeurs fixées (Muñoz et coll., 1988).

Les pratiques de ce genre, sans compter la mondialisation de l'économie et l'intégration internationale au niveau des blocs fondée sur le principe de la libération des marchés, ont poussé les Etats à modifier prudemment leurs mesures de contrôle, voire à les abandonner. On examinera maintenant les diverses expériences qu'ont faites dans ce domaine les pays du continent américain.

Chapitre 2

Expériences de fixation des prix sur le continent américain

Comme le montre le tableau 2, il existe dans les pays du continent américain un large éventail de systèmes de fixation des prix des médicaments, allant du contrôle total à l'entière latitude laissée aux laboratoires. Cette situation s'est mise en place après que, ces dernières années, il se fut produit une transition prudente du contrôle total à d'autres formules marquées par une moindre ingérence de l'Etat. Ainsi, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Guatemala, le Mexique et le Pérou tablaient sur le contrôle total, tandis que, précédemment, on appliquait en Uruguay un système mixte et qu'en République dominicaine les prix étaient libres, l'Etat se contentant d'une surveillance. On verra dans un instant en quoi consistent les systèmes actuellement en vigueur dans les pays, en en énonçant les avantages en même temps que les inconvénients.

Tableau 2

Réglementation des prix dans divers pays du continent américain en 1994

Contrôle total		Contrôle mixte		Prix libres avec surveillance		Libération totale	
Pays	Année	Pays	Année	Pays	Année	Pays	Année
Equateur	1985	Canada		Brésil	1992	Argentine	1989
Honduras		Colombie	1991	Costa Rica	1975	Bolivie	1985
Panamá		Venezuela	1993	Mexique	1993	Chili	1980
Paraguay	1980			Uruguay	1991	Etats-Unis	
						Guatemala	1993
						Pérou	1990
						Rép. dominicaine	1985
						Salvador	

Source: Enquête des représentants de l'OPS/OMS dans les pays du continent américain; Alifar, 1987.

1. Systèmes de contrôle total

Quatre des pays qui ont répondu à l'enquête menée conjointement par l'OPS/OMS en Colombie[1] ou pour lesquels on dispose de renseignements provenant d'autres sources ont conservé des législations sanctionnant le fait qu'un organisme public fixe les prix (tableau 3).

Il s'agit en général de réglementations mises en places avant 1985 et qui s'appuient donc sur des mécanismes de contrôle traditionnels: les laboratoires doivent présenter à l'autorité compétente, Ministère de la Santé, Ministère de l'Economie etc., les documents relatifs aux coûts de production des médicaments. Pour se prononcer, l'autorité considère que la marge du producteur doit s'établir entre 20 et 30 pour cent, frais de gestion et frais financiers compris, et qu'à cette marge s'ajoute celle des pharmacies, comprise entre 25 et 30 pour cent, le tout déterminant le prix de vente maximal au public.

Tableau 3:

Systèmes de contrôle total des prix par l'Etat sur le continent américain en 1994

Pays et organisme de contrôle	Prix d'achat des pharmacies (marge du producteur)	Prix au public (marge des pharmacies)
Equateur (Ministère de la Santé)	➢ Produits nationaux: coûts de production + marge de 20% ➢ Produits importés: prix CAF + frais de gestion + marge de 20%	Marge de la pharmacie 25%
Honduras (Ministère de l'Economie)	➢ Produits importés: prix CAF + frais de gestion + 4% de frais financiers	Marge de la pharmacie 27%
Panamá (Office de Réglementation des Prix)	➢ Coûts selon documents produits + marge Produits de prescription médicale 30% Produits populaires 25%	Marge sur produits de prescription médicale 33% Marge sur produits populaires 30%
Paraguay	➢ Coûts fixés selon les documents produits (pas d'information quant à la marge)	Actualisation en fonction de l'évolution moyenne de l'inflation et des taux de change

Source: Enquête des représentants de l'OPS/OMS dans les pays du continent américain; Alifar, 1987.

1 Ont répondu à cette enquête: le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, l'Equateur, le Guatemala, le Mexique, le Panamá, le Paraguay, la République dominicaine et l'Uruguay.

Evaluant les résultats du contrôle total, trois pays, tirant des conclusions positives, estiment que la réglementation a permis d'assurer des prix uniformes et des approvisionnements normaux, et d'éviter la spéculation.

Au Honduras, on estime toutefois que la politique de contrôle est responsable des prix élevés, parce que les fournisseurs pratiquent la surfacturation, laquelle se solde à son tour pour la population par des difficultés accrues pour se procurer des médicaments, dans le secteur public aussi bien que dans le secteur privé. De même, on constate que les prix du marché varient selon l'origine de l'offre, c'est-à-dire: production nationale ou centraméricaine (meilleur marché); importations d'Europe (plus onéreuses); contrebande. Les renseignements communiqués indiquent néanmoins qu'aucune stratégie n'a été mise en œuvre pour contrer l'escalade des prix.

Tout autre est la situation au Panama et en Equateur. Au Panama, afin d'éviter une hausse des prix, on a ramené les droits de douane de 22,5 à 5 pour cent et l'on a décrété un blocage des prix d'une année. Il existe en Equateur une législation concernant spécifiquement les médicaments génériques et servant à réguler le marché. En outre, on contrôle dans ce pays tous les éléments des coûts de production des médicaments. Récemment, on y a créé un Conseil des prix auquel participent le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Industrie et le Congrès national; on en attend une surveillance accrue de l'évolution des prix.

2. Systèmes intermédiaires

Sept pays ont des réglementations des prix combinant contrôle et liberté dans une mesure variable, qui constituent ainsi des formules intermédiaires dont le tableau 4 récapitule les caractéristiques principales. Ces pays ont en général mis en place leur système récemment, sauf le Costa Rica, où, depuis 20 ans, on contrôle sporadiquement sans grand succès les marges appliquées aux produits importés.

Tableau 4:

Systèmes intermédiaires de réglementation des prix dans certains pays du continent américain en 1994

Pays / Organisme compétent	Prix d'achat des pharmacies (marge du producteur)	Prix au public (marge des pharmacies)
Brésil	Escompte maximal de 10,5% aux distributeurs.	Marge des pharmacies non contrôlée
Canada	Les autorités provinciales influent sur les prix finaux par le biais d'une liste de médicaments réduite. Système de remboursement pour le secteur public. Contrôle exercé sur les brevets. Ajustements annuels selon la moyenne de l'indice des prix à la consommation des trois années précédentes.	Non contrôlé
Colombie (Ministère du Développement économique)	Liberté totale pour 80% des produits. Surveillance pour les 20% restant (panier de médicaments) compte tenu de l'évolution des coûts.	Escompte de 25% aux pharmacies
Costa Rica (Ministère de l'Economie)	Contrôle sporadique des marges. Importateur: CAF + 30%. Pour les médicaments de base, 25%.	Marge des pharmacies: 30% ou 25% pour les médicaments de base
Mexique	Le producteur applique une formule d'autoréglementation. Indices d'actualisation fixés par les pouvoirs publics.	
Uruguay	Le producteur détermine le prix de vente au public en fonction des coûts, de ses marges et des prix de la concurrence. Surveillance des demandes d'augmentation par les pouvoirs publics.	Marge des pharmacies: non communiquée
Venezuela	Escompte de 40,5% aux distributeurs. Surveillance des principes actifs par les pouvoirs publics. Pour le reste, concertation. Contrôle de l'assortiment de base.	Escompte de 37% aux pharmacies

Source: Enquête des représentants de l'OPS du continent américain; Alifar; P. Lobato, op. cit.

Motifs au changement de système

C'est l'existence de différences de prix sensibles pour des produits identiques, elles-mêmes dues aux valeurs inégales figurant dans la documentation relative aux coûts que les producteurs soumettent aux autorités, qui a motivé le changement de système, du moins en Colombie et au Mexique. En Colombie, s'agissant d'ajustements périodiques des prix, l'intervention discrétionnaire du Ministère de la Santé a conféré au processus une dimension politique, parfois responsable de relations conflictuelles entre producteurs et autorités; on a enregistré dans ce pays une multiplication des homologations, sans rapport avec le nombre de produits effectivement commercialisés ainsi qu'une pénurie artificielle de certains médicaments indispensables (insuline, préparations utilisées pour le traitement des cardiopathies ou en oncologie etc.) amenant de véritables situations d'urgence dans les systèmes de santé nationaux.

Les systèmes de contrôle déficients se sont signalés par un autre effet fâcheux, à savoir, dans certains cas, la lenteur de l'introduction des nouveautés couplée à une disparition absolue de certains produits.

Caractéristiques des systèmes actuels

Dans les pays qui ont opté pour des systèmes intermédiaires, le contrôle ressortit à deux modalités possibles: 1) aux termes d'une formule "mixte", les pouvoirs publics fixent les prix d'une série de produits (d'habitude, des produits essentiels) en suivant la même procédure que pour le contrôle total, tandis que les prix des autres produits sont libres; 2) les producteurs fixent les prix, mais les pouvoirs publics exercent une surveillance pouvant déboucher sur l'annulation de hausses qui ne seraient pas pleinement justifiées.

Les systèmes de réglementation des prix en vigueur au Canada et en Colombie méritent une attention particulière.

L'exemple canadien

En 1974, le Canada a mis en place un programme d'aide aux soins ambulatoires destiné aux bénéficiaires d'une assistance sociale à qui l'on prescrit des médicaments. Ces médicaments leur sont fournis par les pharmacies, auxquelles on rembourse les montants respectifs des médicaments figurant sur le formulaire de délivrance remis au patient par lequel il paye le prix minimal de tous les équivalents thérapeutiques. En 1986, on a enrichi la réglementation de la notion de "meilleur prix du marché" (BAP), c'est-à-dire du prix unitaire (au gramme, au millilitre, par comprimé etc.) le plus faible, qui devient dès lors le prix remboursé.

Dans la pratique, le BAP des produits les plus vendus fait toujours l'objet de contrôles dans le cadre d'inspections du Ministère de la Santé; lorsqu'on remarque dans une pharmacie ou chez un grossiste un prix inférieur au BAP, c'est ce prix qui devient le BAP. Depuis 1988 on se base sur l'indice des prix à la consommation pour apprécier si une augmentation est justifiée, quoi qu'il n'existe à ce sujet aucune disposition précise. Le Ministère de la Santé supprime de la liste les produits dont le prix a subi une augmentation indue.

A titre complémentaire, un organisme *ad hoc* contrôle depuis 1987 les prix des médicaments brevetés au départ de chez le fabricant.

L'exemple colombien

C'est en 1968 que la Colombie a instauré un système de contrôle total des prix. Depuis lors, celui-ci est passé par diverses étapes et modalités pour aboutir récemment à une formule combinant la liberté pour une large gamme de produits, le contrôle ne s'exerçant plus que sur quelques médicaments. En 1992, les médicaments pour lesquels il existe moins de cinq fournisseurs, tout comme les médicaments "critiques", ont été mis au bénéfice d'un régime de liberté assortie d'une surveillance: les producteurs ou importateurs peuvent modifier les prix de vente maximaux au public à condition qu'ils en informent préalablement par écrit le Ministère du Développement. Le ministère peut exiger des fabricants qu'ils lui fournissent les documents justifiant la nécessité de l'augmentation, ou il peut fixer ces prix de la manière qu'il juge convenable.

En 1993, le Ministère du Développement en est revenu à une méthode de fixation des prix consistant à multiplier par 3,4 les coûts de production des médicaments tombant sous le régime de la liberté assortie de surveillance et pour lesquels des études de coûts doivent être présentées. Cette valeur de 3,4 tient compte des frais généraux et des bénéfices du laboratoire de même que de la marge des distributeurs.

Bilan

En général, les pays qui ont opté pour les systèmes intermédiaires de contrôle des prix estiment que ceux-ci donnent des résultats positifs en ce qu'ils tendent à stabiliser le marché et permettent d'assurer le plein approvisionnement des spécialités pharmaceutiques, outre qu'ils simplifient les formalités auprès des autorités compétentes et qu'ils stimulent la concurrence des entreprises (Mexique).

Dans certains cas, par exemple en Uruguay, on estime toutefois que le nouveau système (liberté assortie d'une surveillance) a entraîné des augmentations de prix plus fortes que précédemment (c'est-à-dire du temps du contrôle mixte), et des différences de prix selon qu'un produit est fabriqué sur place ou qu'il est fourni par des entreprises transnationales. Pour éviter les hausses de prix, on recourt aux médicaments génériques, dont le renchérissement ne dépasse pas la hausse de l'indice des prix à la consommation.

Au Costa Rica, la réglementation, en vigueur depuis 20 ans, fonctionne très mal, les autorités éprouvent de la difficulté à contrôler et surveiller les marges des distributeurs et des pharmacies.

En Colombie, la mutation du système, amorcée en 1988, a donné lieu à une escalade des prix des médicaments que les fabricants justifient par un prétendu retard d'actualisation des coûts imputable au contrôle total par le Ministère de la Santé.

Au Canada, s'agissant d'ordonner des baisses des prix ou des remboursements de sommes perçues en excès chaque fois que des prix exagérés sont détectés, la nouvelle législation a renforcé les pouvoirs du Bureau de révision des prix de médicaments brevetés. On a donc intégré de nouveaux facteurs de contrôle des prix qui ont permis d'économiser des ressources et de maintenir de 1987 à 1992 une croissance annuelle moyenne des prix des médicaments brevetés inférieure à l'indice des prix à la consommation. Des études ont révélé cependant que les prix de lancement des nouveaux produits avaient été en moyenne supérieurs à ce qu'ils étaient ailleurs dans le monde.

De plus, entre 1979 et 1988, la prescription des équivalents thérapeutiques a progressé de 90,2 pour cent au détriment de la prescription généralisée, les prix de ces médicaments augmentant parallèlement de 354,4 pour cent. L'introduction du BAP a ramené les coûts moyens des ordonnances à leur niveau de 1980.

Pour les différents pays de ce groupe, la réglementation sert à éviter l'escalade des prix; subsidiairement, ils tirent parti avec succès de la liste nationale de médicaments essentiels (Costa Rica) ou de la législation relative aux médicaments essentiels et aux médicaments génériques (Colombie) pour réguler le marché. Par ailleurs, en Colombie, la progression des achats groupés par les coopératives qu'ont créées les systèmes de santé de plusieurs villes a renforcé le pouvoir de négociation avec les fabricants; on obtient ainsi des rabais contribuant à l'usage optimal de ressources limitées.

3. Systèmes de marché libre

Dans huit pays d'Amérique, les législations sanctionnent le principe de liberté de prix pour les médicaments; quant aux marges bénéficiaires, soit elles sont arrêtées de concert avec le secteur pharmaceutique, soit elles fluctuent librement en fonction de l'offre et de la demande (tableau 5). C'est récemment que la majorité de ces pays ont libéré le marché.

Tableau 5:

Marché libre des médicaments dans huit pays du continent américain en 1994

Pays	Prix d'achat des pharmacies (marge du producteur)	Prix au public (marge des pharmacies)
Argentine	Marge des pharmacies: 16%	Marge des pharmacies: 25%
Bolivie	Marge de 30% pour le producteur ou l'importateur. Producteur national: 35%	
Chili	Situation du marché	Situation du marché
Etats-Unis	Situation du marché	Situation du marché
Guatemala	Situation du marché	Situation du marché
Pérou	Importateurs et distributeurs fixent les prix par "blocs".	Fixé par le Ministère de la Santé pour les établissements de santé publics (produits génériques)
République dominicaine	Importateurs et distributeurs: marge de 33 à 40%	Marge des pharmacies: 30%
Salvador	Situation du marché	Situation du marché

Source: Enquête des représentants de l'OPS/OMS du continent américain; Alifar; P. Lobato, op. cit.

Motifs au changement de système

Dans les huit pays, on apprécie diversement les mérites du système de réglementation des prix qui était en vigueur précédemment. Tandis que le Guatemala et la Bolivie considèrent qu'on lui devait la stabilité et des approvisionnements acceptables, quoique limités, on estime au Pérou qu'il était responsable du renchérissement, bien que dans une moindre mesure que la formule actuelle. En République dominicaine, on a pu empêcher les hausses de prix abusives sans que la disponibilité en souffre.

Caractéristiques du système actuel

Les prix de vente au public sont fixés par les producteurs ou les importateurs. Aux Etats-Unis, les systèmes de couverture de soins de santé, là où ils sont financés à la fois par le secteur public et par le secteur privé, prennent partiellement en charge les frais de médicaments. Le Medicare ne rembourse pas les frais de médicaments extra-hospitaliers, encore que certaines initiatives visent à remédier à cette lacune. Le Medicaid, lui, prend en charge les frais des médicaments qui ont été prescrits. En vue de favoriser l'usage des médicaments génériques et de réduire les dépenses publiques pour les produits pharmaceutiques, on a adopté en 1975 le système de Coût maximal autorisé (MAC), lequel limite la valeur remboursée pour les produits non couverts par des brevets au prix le plus bas auquel on peut se les procurer couramment et régulièrement sur le marché; ce prix devient alors le MAC pour les produits en question.

Ce système a débouché sur un recul provisoire des frais, dû à l'augmentation des coûts des médicaments prescrits, elle-même induite par les prescripteurs, en même temps qu'une augmentation des montants versés aux pharmacies par les Etats. Entre 1982 et 1988, le coût moyen des ordonnances a progressé de 11,1 pour cent par an, contre 3,8 pour cent pour l'indice général des prix (Schondelmeyer et Thomas, 1994: 92).

Bilan

Dans certains pays (Guatemala et Pérou), les prix ont en outre augmenté en fonction de l'évolution des cours du change ou de l'indice général des prix, ou bien encore ils se sont comportés de façon erratique (Guatemala et Bolivie). Parfois aussi, les prix ont été dépourvus de transparence, ce qui a favorisé l'automédication (Chili), résultat d'une promotion exagérée causée par la concurrence. Ce n'est qu'en République dominicaine que la libération des prix s'est soldée par la stabilité, encore que la contrebande de médicaments se soit accentuée.

Si, au Guatemala, on estime que la diversité des prix et des produits est profitable, on pense en revanche en Bolivie que la libération des prix n'a amené aucun avantage.

Aux Etats-Unis, on est en train de revoir le système de santé, et notamment ce qui a trait à l'endiguement des coûts, dont l'augmentation est imputable à 97 pour cent à celle des prix. On débat en partie à cause de cela de la possibilité d'imposer des contrôles des prix des produits pharmaceutiques et de créer à cet effet un organisme chargé de surveiller les prix et de retirer les brevets en cas d'excès avérés. Cette seule nouvelle a incité l'industrie pharmaceutique à freiner le renchérissement de ses produits. Le gouvernement de M. Clinton étudie aussi une stratégie consistant à encourager l'utilisation des médicaments génériques, lesquels représentent actuellement en volume 33 pour cent de tous les médicaments prescrits dans le pays, mais, en valeur, huit pour cent seulement.

En d'autres pays où l'on a choisi de ne pas réglementer les prix des médicaments, le souci d'éviter des hausses démesurées a conduit à mettre en œuvre des stratégies variées: création de centres d'information où les prescripteurs et le public peuvent se renseigner sur les diverses options en matière de médicaments (au Guatemala); mise en place de programmes de médicaments essentiels, en particulier à l'intention du secteur public (en Bolivie); promotion des médicaments génériques, y compris dans le secteur public (au Pérou). En Argentine, afin de contenir les hausses excessives, on a supprimé les obstacles à l'importation et l'on a réduit les tarifs douaniers dans le but d'élargir l'offre (Gonzales, 1994: 149).

Chapitre 3

Programmes de médicaments génériques

Comme on l'a vu à propos des différentes stratégies de lutte contre l'escalade des prix, les médicaments génériques sont un des moyens qu'utilisent divers pays du continent américain. Le tableau 6 montre quels pays se sont pourvus d'une législation spécifique dans ce domaine et quels en ont été les effets. (On a constaté dans tous les cas des baisses de prix.)

Tableau 6

Pays dotés d'une législation sur les médicaments génériques et effets de cette législation

Pays	Effets
Argentine	Recommandations partielles de diverses autorités provinciales.
Brésil	Absence de politique clairement définie.
Colombie	Effets favorables sur la régulation du marché.
Costa Rica	Baisse de prix permettant l'adoption de médicaments plus élaborés pour un moindre coût.
Equateur	Baisse de prix.
Guatemala	Baisse de prix.
Mexique	50% des médicaments utilisés dans le secteur public sont des produits génériques.
Panamá	Baisse de prix. Méfiance du corps médical à l'égard de la qualité.
Pérou	Effets modestes. Campagne en cours depuis 1991 seulement, et au sein du secteur public exclusivement.
République dominicaine	Application limitée.

Source: Enquête des représentants de l'OPS/OMS du continent américain; Alifar; P. Lobato, op. cit.

Conclusions

1. Théorie économique et prix des médicaments

Les propriétés des médicaments en tant que biens de consommation, ainsi que la structure de marché que façonnent les entreprises novatrices et les autres producteurs, font que la théorie économique classique ne parvient pas à rendre compte de manière satisfaisante des processus de détermination des prix des médicaments.

C'est donc la notion de "prix administrés", utile aussi bien quand les prix sont fixés par les entreprises que lorsqu'ils le sont par les pouvoirs publics, qui fournit un cadre analytique capable de prendre en considération ces propriétés et d'expliquer dans la pratique la diversité du phénomène.

Dans une économie de marché, les entreprises novatrices, guidées par leur souci de rentabilité, s'efforcent naturellement de recouvrer leurs investissements de R&D et de réaliser des bénéfices, avec d'inévitables répercussions sur le prix final des médicaments. Etant toutefois des biens d'un genre particulier puisqu'ils concernent la santé publique, les médicaments sont en fait des "biens d'intérêt public" pour lesquels, dans une certaine mesure, l'intervention de l'Etat est souhaitable, voire recommandable.

S'il est un domaine où l'Etat est susceptible d'intervenir, c'est celui de la recherche et du développement de nouvelles molécules qui satisfassent les besoins de santé nationaux et dont le coût soit justement fixé sans que le prix final des médicaments soit excessif, ce qui permettrait à tous les groupes sociaux d'en profiter.

2. Systèmes de fixation des prix

On trouve en Amérique toutes sortes de systèmes de réglementation des prix des médicaments, encore que récemment, dans les pays, on ait commencé d'abandonner les formules d'intervention étatique absolue en faveur de la libération du marché.

Ainsi, au vu des renseignements sur lesquels se fondent le présent document, on peut dégager trois grands systèmes.

1. La réglementation étatique totale, dans le cadre de laquelle une autorité (il s'agit en général du Ministère de la Santé ou du Ministère de l'Industrie) fixe le prix de vente final de tous le médicaments, sur la base des coûts de production qui lui ont été communiqués par les fabricants.

2. Un système intermédiaire, pouvant revêtir deux formes: dans la première, qu'on peut qualifier de "mixte", une partie des médicaments fait l'objet d'une réglementation totale dans le sens indiqué plus haut, cependant que latitude est laissée aux fabricants pour les autres médicaments; dans la seconde, caractérisée par une liberté assortie d'une surveillance, ce sont les producteurs qui fixent les prix, mais les pouvoirs publics assurent une surveillance et peuvent s'opposer aux prix fixés ou aux augmentations qui ne seraient pas pleinement justifiées.

3. La libre fixation des prix par les industriels.

On peut déduire des analyses qui précèdent que les deux systèmes situés aux extrémités de l'éventail sont si complexes et si compliqués qu'ils n'offrent pas de solution idéale dès lors qu'on décide d'une politique des prix des médicaments. Les problèmes inhérents à la réglementation totale sont principalement :

- la multiplication des formalités et la lourdeur de l'administration;
- les pénuries réelles ou fictives des produits en cas de conflits liés à la rentabilité des entreprises;
- la multiplicité des procédures d'homologation pour des produits qui ne seront jamais mis sur la marché;
- la propension à édicter des mesures "politiques";
- l'incapacité administrative des organismes concernés à surveiller efficacement la situation.

Quant aux marchés entièrement libres, on constate :

- une tendance au renchérissement généralisé des médicaments, avec les conséquences que cela implique sur le niveau général des prix, le budget des ménages et les dépenses publiques;
- la multiplicité des prix pour des produits identiques et la non-transparence de l'information aux consommateurs;
- l'incitation à promouvoir exagérément les produits.

Il apparaît donc que ce sont les systèmes intermédiaires de réglementation des prix, panachant des éléments de contrôle administratif et la liberté de marché, qui conviennent le mieux lorsque la politique pharmaceutique a pour objectif d'assurer la disponibilité de produits pharmaceutiques, la stabilité des prix dans l'intérêt des consommateurs et l'acheminement efficace des formalités par l'autorité de réglementation.

S'agissant de concevoir une stratégie optimale, il faut néanmoins compléter les systèmes de réglementation en développant des programmes de médicaments essentiels et de médicaments génériques: on sait que les mesures de ce genre ont permis d'atteindre les objectifs d'efficacité et d'équité dans les pays où ils ont été mis en œuvre sans réserve.

On soulignera enfin que les firmes pharmaceutiques accordent une grande importance à l'utilisation de leurs marques, parfois plus qu'aux brevets. Les coûts des brevets sont toutefois élevés, et ils doivent entrer dans les calculs lorsqu'un pays conçoit une stratégie globale pour les médicaments, sans oublier surtout que la nouvelle Organisation mondiale du Commerce, née du GATT, fait obligation aux pays signataires de délivrer des brevets d'invention pour les produits pharmaceutiques.

Bibliographie

Afidro, 1985, «Sobre los fenómenos que se registran en los precios de suministros de farmoquímicos», Bogotá.

Alifar, 1987, «Las patentes de invención en la industria farmacéutica», Santa Fe de Bogotá.

Ballance R, Pogány J, Forstner H, 1992, The world's pharmaceutical industries, Aldershot, ONUDI, Edward Elgar.

Blaser F, 1980, El nacimiento de un fármaco, Genève, Suisse, Journal de Genève.

Brudon P, 1983, Médicaments pour tous en l'an 2000? Genève, Collection Nord-Sud, Editions d'en bas.

CEPAL/ONUDI, 1984, Industrialización y desarrollo tecnológico, Santiago, Chili.

Challú PM, 1995, «Adecuación de la legislación nacional al acuerdo TRIPS de la Ronda Uruguay del GATT, con el fin de asegurar la mejor accesibilidad de los medicamentos a la población», rapport pour l' OPS/OMS, Buenos Aires.

Challú PM, 1991, «The Consequences of Pharmaceutical Product Patenting», polycopie.

Clifton JA, 1985, «Administered prices in the context of capitalist development», Contributions to Political Economy, 4.

Gonzalez G, 1994, Remedios políticos para los medicamentos, Buenos Aires, Editions Isalud.

von Grebmer K, 1978, Pharmaceutical Prices: A continental view, CIBA-GEIGY, Londres.

Lobato P, Lobo F, Rovira J, 1994, «Las políticas públicas de fomento de la competencia y regulación del gasto farmacéutico: Visión general», polycopie.

Melrose D, 1984, «Una doble carencia», Revista Comercio Exterior, vol 34, No.6, Mexico.

Muñoz A, Zerda A, Sarmiento L, 1988, «Estudio sobre precios de los medicamentos» rapport de recherche présenté au Ministère de la Santé, Colombie.

OCDE, 1984, «Impact of multinational enterprise on national, scientific and technical capacity», cité par Daniel Chudnovsky, «Patentes y marcas registradas en la actividad farmacéutica», Revista Comercio Exterior, Colombie.

OPS/OMS, 1984, Políticas de producción y comercialización de medicamentos esenciales, Publicación Científica No. 462.

OMS, 1992, «Conferencia latinoamericana sobre aspectos económicos y financieros de los medicamentos esenciales», Rapport, Caracas.

Perete M, (Vice-Président exécutif de la Fédération internationale de l' Industrie du Médicaments, FIIM), 1984, «Sobre los precios de productos farmacéuticos», Revista comercio exterior, vol.34, No.6, Mexico.

Schondelmeyer SW, Thomas J, 1994, Trends in Retail Prescription Expenditures, cité par Pedro Lobato et. al., Madrid.

Zerda A, Arteaga L, Jiménez F, 1990, «Incidencia de la adopción de un sistema de patentes para productos farmoquímicos y medicamentos en Colombia», Rapport de recherche, Université nationale de Colombie.

* * *