



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de l'industrie, des sciences et de la technologie

INDU • NUMÉRO 040 • 3^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 26 octobre 2010

—
Président

M. David Sweet

Comité permanent de l'industrie, des sciences et de la technologie

Le mardi 26 octobre 2010

•(0830)

[Traduction]

Le président (M. David Sweet (Ancaster—Dundas—Flamborough—Westdale, PCC)): Bonjour, mesdames et messieurs. Il s'agit de la 40^e séance du Comité permanent de l'industrie, des sciences et de la technologie. Nous étudions le projet de loi C-393, Loi modifiant la Loi sur les brevets.

Je tiens à vous indiquer que les trois réunions d'aujourd'hui seront complexes et dureront chacune une heure et demie. Les témoins, que je présenterai dans un instant, auront cinq minutes pour faire un exposé. Par ailleurs, nous entendrons des témoins par vidéoconférence au cours de deux réunions.

Nous accueillons ici Rachel Kiddell-Monroe, des Universités alliées pour les médicaments essentiels; Amir Attaran, chaire de recherche du Canada en droit, santé de la population et politique du développement mondial, Université d'Ottawa; et Richard Dearden, partenaire chez Gowlings.

Même si rien ne s'affiche à l'écran, nous recevons par vidéoconférence Frederick M. Abbott, du Florida State University College of Law, située à Tallahassee; et Joshua Kimani, du Canadian Medical Institute, au Kenya.

Commençons par les témoins dans la salle. Espérons que le contact sera établi avec ceux qui témoignent par vidéoconférence avant qu'on ne fasse les exposés.

Monsieur Dearden, étant donné que vous êtes arrivé en premier, vous devez être mieux préparé. Vous avez cinq minutes pour présenter un exposé.

M. Richard Dearden (partenaire, Gowlings, à titre personnel): Monsieur le président, messieurs les députés, merci de me donner l'occasion de vous dire pourquoi le projet de loi C-393 ne répond pas aux obligations internationales du Canada.

Je suis partenaire chez Gowling Lafleur Henderson. Je pratique le droit du commerce international depuis plus de 30 ans. Vous trouverez une courte biographie à l'onglet 1 du mémoire, qui explique pourquoi le projet de loi C-393 viole l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, l'Accord sur les ADPIC, et va à l'encontre de la solution au problème de l'accès aux médicaments, mûrement réfléchi et présentée dans la décision du Conseil général de l'OMC d'août 2003.

Je veux vous parler de deux choses. D'abord, selon l'Accord sur les ADPIC, le régime de licence unique du projet de loi C-393 est interdit. Ensuite, la disposition sur les exceptions limitées, comprises dans l'article 30 de cet accord, ne permet pas au Canada de se décharger de ses responsabilités concernant les licences obligatoires. Le Canada a accepté ses responsabilités en vertu de l'Accord sur les ADPIC et de la décision du Conseil général.

Certains diront que, grâce à la marge de manoeuvre qu'offre l'Accord sur les ADPIC, on peut remplacer le régime canadien

d'accès aux médicaments, le RCAM. En 2001, la Déclaration de Doha obligeait les pays membres à maintenir les engagements de l'Accord sur les ADPIC, mais elle reconnaissait que cet accord offrait une certaine souplesse. On donnait plusieurs exemples, dont la licence obligatoire. Cependant, cela ne réglait pas le problème, car à l'époque, l'exigence sur la licence obligatoire concernait surtout l'approvisionnement du marché intérieur.

C'est pourquoi, monsieur le président, messieurs les députés, les ministres de l'OMC ont donné des instructions au Conseil des ADPIC. Ces instructions étant présentées dans le paragraphe 6, on parle du « système du paragraphe 6 ». Je cite:

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

La solution rapide, c'est ce qui se trouve dans la décision du Conseil général de 2003.

Donc, le Canada ne peut émettre des licences obligatoires destinées à l'exportation que s'il respecte les conditions de la décision. À mon humble avis, le RCAM satisfait aux conditions, mais pas le projet de loi C-393.

Par ailleurs, j'aimerais vous faire remarquer que mon mémoire ne traite que de l'Accord sur les ADPIC, mais l'ALENA contient à l'article 1709(10) une exigence sur les licences obligatoires presque identique. Également, vous devez savoir que le Canada et les États-Unis ont conclu un protocole d'entente qui suspend l'exigence sur les licences obligatoires de l'article 1709(10)(f) de l'ALENA, identique à l'exigence de l'Accord sur les ADPIC. La suspension s'applique seulement aux termes de la décision du Conseil général de l'OMC.

Sauf votre respect, si on adopte le système du projet de loi C-393, on viole l'article 1709(10) de l'ALENA, qui permet d'exporter n'importe quel médicament dans 140 pays, en quantité et pour une durée illimitées. Le projet de loi C-393 contrevient à la décision du Conseil général et aux exigences de l'ALENA. À mon avis, si le Canada adopte cette mesure législative, il devra s'expliquer devant un groupe spécial de règlement des différends de l'ALENA.

De plus, monsieur le président, je dois parler de l'argument selon lequel la disposition sur les exceptions limitées, qui figure à l'article 30 de l'Accord sur les ADPIC, permettrait d'adopter le régime de licence unique du projet de loi C-393. N'oublions pas que les membres de l'OMC ont rejeté l'article 30 de l'Accord sur les ADPIC comme solution rapide au problème d'accès aux médicaments. Toutefois, même si le Canada pouvait se prévaloir de l'article 30, il devrait démontrer à un groupe spécial de l'OMC que le régime de licence unique est une exception limitée, « qu'il ne porte pas atteinte de manière injustifiée à l'exploitation normale du brevet ni ne cause un préjudice injustifié aux intérêts légitimes du titulaire du brevet, compte tenu des intérêts légitimes des tiers. »

● (0835)

Le Canada a perdu sa cause devant l'OMC concernant une disposition de la Loi sur les brevets qui permettait aux fabricants génériques d'emmagasiner des médicaments durant les six derniers mois d'un brevet de 20 ans. Le Canada a affirmé que c'était possible en raison des exceptions limitées prévues par l'article 30. Le groupe spécial a rejeté cet argument et dit que six mois, c'est beaucoup de temps dans le commerce, surtout qu'on n'imposait aucune condition concernant le volume de production ou les pays importateurs. Ainsi, au lieu d'être une exception limitée, le projet de loi C-393 est une exception illimitée, parce qu'il permet de délivrer une licence obligatoire pour tout médicament, sans égard à la quantité ou à la durée. Il ne tient pas compte de l'intérêt légitime des patients canadiens qui profitent des avantages que procure la protection des brevets pour la recherche et développement de médicaments qui sauvent des vies ou qui améliorent la qualité de vie.

En terminant, monsieur le président, le projet de loi C-393 vous demande de faire fi de l'OMC et de renégocier unilatéralement les responsabilités du Canada en matière de licence obligatoire pour créer un système de licence unique. Tout ce qu'il y a de nouveau depuis que le ministère de l'Industrie a présenté son rapport sur l'examen obligatoire du RCAM, c'est que le Canada a accepté le protocole qui modifie l'Accord sur les ADPIC et qui permet d'y inclure la décision du Conseil général. Par conséquent, au lieu de s'éloigner du RCAM, le Canada a renouvelé son engagement envers lui.

Je vous remercie, monsieur le président, messieurs les députés.

● (0840)

Le président: Merci, monsieur Dearden.

Passons à Mme Kiddell-Monroe, pour cinq minutes.

[Français]

Mme Rachel Kiddell-Monroe (présidente, Universités alliées pour les médicaments essentiels): Bonjour. Je vous remercie de m'avoir invitée à me présenter devant vous ce matin. Je suis très heureuse d'être parmi vous.

Je veux aussi remercier mes étudiants de McGill qui m'ont donné la permission de venir ici aujourd'hui. Un autre professeur me remplace, et je le remercie également.

J'ai travaillé au sein d'organismes dans le domaine de l'aide humanitaire, notamment en Asie et dans le cadre des activités de Médecins Sans Frontières. Les images de l'Afrique reviennent toujours me hanter.

[Traduction]

En 1994, vers la fin du génocide dans le Nord-Ouest du Rwanda, mon équipe a pris la relève pour un projet de l'armée française. Nous avons travaillé dans un excellent hôpital, qui comprenait de bonnes unités de chirurgie et des salles communes pour les patients.

Cependant, j'ai demandé pourquoi les portes d'une pièce étaient verrouillées. On m'a dit que je ne pouvais rien faire pour les gens qui étaient là et que je devais simplement me concentrer sur ceux que je pouvais aider. J'ai quand même demandé qu'on me laisse entrer et j'ai vu des gens qui n'avaient pratiquement que la peau sur les os; c'était des gens qui souffraient du VIH et du sida. À l'époque, les patients au Canada, en Grande-Bretagne, aux États-Unis et dans bien d'autres pays développés recevaient un traitement contre le VIH et le sida, mais ces personnes-là n'y avaient pas accès.

J'ai appelé à nos bureaux pour obtenir des médicaments. On m'a dit que, malheureusement, le traitement coûtait 12 000 \$ par année et qu'il n'y avait rien à faire pour les gens qui souffraient d'une maladie chronique. Donc, chaque soir, nous devions nous asseoir et tenir la main de ces personnes. Nous devions les consoler en passant la main dans leurs cheveux, parce que nous étions les derniers avec qui ils avaient un contact. Nous avons regardé ces patients mourir.

Vous devez savoir qu'il s'agit de vies humaines, et il faut informer ceux qui prétendent que le débat ne doit pas être émotif. On parle de gens qui meurent alors que, dans d'autres pays, les patients reçoivent un traitement. La population n'a pas accès à des médicaments essentiels.

Je m'occupe de cette question depuis sept ans, et ce n'est pas ma première comparution ici. J'ai témoigné pour la première fois devant votre comité en 2004. Je vous exhortais alors à modifier le projet de régime canadien d'accès aux médicaments, qui comportait des défauts fondamentaux. Le régime a tout de même été adopté, et Médecins sans frontières a décidé d'en faire l'essai, compte tenu de toute la bonne volonté du gouvernement, du cabinet du premier ministre et de toutes les parties qui ont voté en faveur de la mesure législative.

Donc, nous avons décidé d'essayer le régime. Néanmoins, quatre ans plus tard, nous ne sommes parvenus à autoriser qu'un médicament, et ce, pour un nombre limité de patients dans un seul pays. Durant ce temps, environ 40 millions de personnes sont mortes, parce qu'elles n'avaient pas accès à des médicaments essentiels.

Nous ne disons pas que le Canada peut régler la crise à lui seul, mais qu'il a un rôle à jouer. En effet, en 2003, le Canada a pris un engagement auprès de la communauté internationale d'essayer de tirer profit de la décision du 30 août. Nous devons toujours honorer cet engagement. Nous pouvons et nous devons faire mieux.

Pleins de bonnes intentions et de bonne volonté, mes collègues de Médecins sans frontières, en particulier Cailin Morrison, de même que Richard Elliott, du Réseau juridique canadien VIH/sida, et moi-même avons essayé de faire appliquer le régime. Avec l'aide de nos équipes de Médecins sans frontières, nous avons encouragé les gouvernements de bien des pays à tirer profit de la mesure législative. Lorsque nous avons parlé aux ministres de la Santé, ils nous ont tous dit que c'était merveilleux, qu'il s'agissait d'un autre recours pour fournir enfin des médicaments à la population et qu'il leur fallait utiliser tous les moyens possibles. Nous étions alors optimistes. Cependant, lorsque les ministres de la Santé ont discuté avec leurs homologues des Affaires étrangères ou du Commerce, on a mis un frein à l'idée.

Le problème, c'était entre autres qu'on ne voulait pas faire comme la Thaïlande, qui souhaitait profiter de la souplesse de son régime pour imposer des licences obligatoires sur son marché intérieur, comme l'a dit Richard Dearden. Lorsque la Thaïlande s'est servie d'une licence obligatoire, elle a tout de suite fait l'objet de sanctions. Abbott, une société pharmaceutique, a retiré des médicaments du marché thaïlandais et a menacé d'en retirer d'autres, si la Thaïlande ne changeait pas sa façon de faire. Le gouvernement des États-Unis a mis la Thaïlande sur la liste de surveillance 301, en tant que partenaire à qui on ne doit pas faire confiance concernant la propriété intellectuelle.

Le commissaire européen chargé du commerce, Peter Mandelson, a écrit au gouvernement de la Thaïlande pour le menacer concernant les licences obligatoires et lui dire qu'il devrait négocier plus longtemps avec les sociétés pharmaceutiques. Pourtant, la Thaïlande avait organisé plus de 20 rencontres avec les sociétés pharmaceutiques pour qu'on puisse traiter les Thaïlandais qui souffraient du sida.

Pourquoi le droit ne nous permet-il pas de régler le problème? Comme le témoin à ma droite, certains parleront de déficiences du marché. À mon humble avis, vous n'avez pas à vous préoccuper des déficiences du marché. Ce que vous devez faire, c'est proposer une mesure législative qui a toutes les chances de réussir, comme le projet de loi C-393. Ce sont plutôt les sociétés pharmaceutiques et les fabricants génériques qui doivent s'occuper des marchés.

Je dirais que les autres médicaments ayant une combinaison à dose fixe, qui sont différents de ce que produit Apotex, ne permettraient pas de comparer les prix avec justesse.

• (0845)

Enfin, j'aimerais souligner que bon nombre de mes collègues et moi-même sommes très préoccupés, car certains voudraient rejeter le projet de loi d'initiative parlementaire C-393. Je tiens à dire que ce n'est pas une façon démocratique de s'occuper du projet de loi et que cela minerait le travail extrêmement important que fait votre comité. En tant que nouvelle citoyenne canadienne, depuis mars dernier, j'espère sincèrement que le Canada adoptera ce projet de loi.

Pour terminer, lorsque je suis venue au pays avec ma famille, j'ai promis à des patients, que j'ai traités durant plus de 15 ans en Afrique et en Asie, que je pourrais améliorer la situation en venant ici. Je crois que le Canada est un grand pays et que nous pouvons changer les choses.

Je vous remercie.

Le président: Merci, madame Kiddell-Monroe.

Passons à M. Amir Attaran, pour cinq minutes.

M. Amir Attaran (chaire de recherche du Canada, Droit, santé de la population et politique du développement mondial,

Université d'Ottawa, à titre personnel): Merci, monsieur le président. Bonjour.

[Français]

Je vais m'exprimer en anglais parce que je suis anglophone, mais je serai très heureux de répondre aux questions en français.

[Traduction]

Je suis professeur aux facultés de médecine et de droit de l'Université d'Ottawa, en plus d'y être titulaire de la chaire de recherche du Canada en droit, santé de la population et politique du développement mondial.

J'ai commencé mes recherches sur l'accès aux médicaments il y a plus de dix ans, alors que je travaillais à Harvard, à Yale et à la Chatham House, à Londres. Je collabore à *The Lancet* et au *Journal de l'Association médicale canadienne*, deux publications pour lesquelles je fais ou j'ai fait partie des équipes éditoriales. Également, j'ai eu le grand privilège d'aider tous les acteurs de ce débat. J'ai été consultant pour Médecins sans frontières à une occasion et pour les gouvernements de pays en développement comme le Brésil et le Malawi. J'ai aussi été consultant pour des compagnies pharmaceutiques, comme Novartis, et des organisations internationales, comme l'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale.

Merci de m'avoir invité à discuter du projet de loi C-393. Je sais clairement que tous les députés, sans exception, ont de bonnes intentions à ce sujet et que vous espérez de tout coeur aider les plus démunis de ce monde. C'est pourquoi j'ai la tâche ingrate de vous dire que le projet de loi ne donnera sans doute aucun résultat pour la santé publique et même qu'il pourrait fort bien causer du tort. Permettez que je m'explique.

Le RCAM, mis en place en 2005, devait permettre aux pays pauvres d'acheter à moindre coût des médicaments génériques fabriqués au Canada. Pour ce faire, le RCAM a autorisé la licence obligatoire, une façon de contourner le brevet. Le Parlement estimait alors que, grâce à la dérogation au brevet en cas de nécessités humanitaires graves comme le sida et la malaria, les pays pauvres demanderaient l'aide du Canada pour obtenir des médicaments.

Toutefois, vous savez que cela n'a pas marché. Tout le monde s'entend pour dire que le RCAM n'a pas donné de grands résultats, car comme l'a dit Rachel, seul le Rwanda a profité du régime pour acheter des médicaments à la compagnie canadienne Apotex. Le porte-parole de l'entreprise, Elie Betito, a même dit au *Ottawa Citizen* qu'Apotex ne se laisserait pas prendre au jeu une autre fois. Tout le monde est d'accord pour dire que la loi est un échec.

En fait, le régime canadien d'accès aux médicaments a échoué pour des raisons économiques, et non juridiques. Le problème, ce n'est pas la loi sur le RCAM, que modifierait le projet de loi C-393, mais le marché mondial des médicaments que ne pourrait modifier aucun projet de loi imaginable. Rachel a raison à cet égard. Cela me coûte de le dire, mais le Parlement ne peut tout simplement rien faire pour que la loi soit profitable.

Essentiellement, pour que le RCAM permette l'envoi régulier de génériques canadiens dans les pays pauvres, il faut que le prix de ces médicaments soit concurrentiel sur le marché mondial. Si les génériques canadiens coûtent davantage que ceux fabriqués à l'étranger, les pays pauvres vont, à juste titre, acheter les médicaments ailleurs; c'est ainsi que fonctionne le libre-échange.

Malheureusement, les génériques canadiens comptent parmi les plus chers du monde. Permettez-moi de vous communiquer quelques données du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, un organisme du gouvernement du Canada. En 2006, le conseil a constaté qu'aux États-Unis, les génériques coûtent 35 p. 100 de moins qu'au Canada, tandis que c'est 51 p. 100 en Finlande et jusqu'à 77 p. 100 en Nouvelle-Zélande. J'insiste sur le fait que les données n'ont pas été fournies par l'industrie et qu'elles n'ont fait l'objet d'aucun parti pris. Il s'agit de données fiables, produites par un organisme fédéral. On s'aperçoit que les génériques canadiens sont parmi les plus dispendieux au monde et que l'étude les classe comme étant les plus chers. Évidemment, les médicaments au-dessus du prix du marché ne se vendent pas.

Mettez-vous à la place du ministre de la Santé d'un pays africain. À quoi bon utiliser le RCAM pour acheter des génériques au Canada, alors qu'on peut en acheter à moindre coût aux États-Unis, en Europe, en Inde, en Chine, en Nouvelle-Zélande et je ne sais où? C'est pourquoi je suis étonné que certains tiennent tant à ce qu'on fournisse aux plus démunis de ce monde qui souffrent du sida des médicaments canadiens fabriqués pour le RCAM. C'est une question de patriotisme. Je ne dis pas que ces gens ne sont pas bien intentionnés, mais ils sont naïfs.

● (0850)

Le problème, c'est que, si les pays pauvres paient davantage pour des médicaments canadiens, moins de patients peuvent être traités.

Cela dit, on appuie les modifications que le projet de loi C-393 apporterait à la Loi sur les aliments et drogues et on souhaite que les génériques fabriqués pour le RCAM ne soient plus soumis à la réglementation de Santé Canada. Je dois dire qu'honnêtement, cet aspect du projet de loi est terrifiant. Ceux qui, pour économiser des sous, souhaitent la déréglementation de médicaments qui sauvent des vies sont absolument irresponsables et ils font preuve d'un manque d'éthique médicale.

Si vous me permettez, j'aurais besoin d'une minute pour conclure.

Je recommande qu'on rejette le projet de loi C-393 et qu'on accepte qu'une trentaine de pays aient adopté des lois semblables à celle du Canada. Les lois comme celle sur le RCAM ne fonctionnent pas.

Cela ne veut pas dire que la Chambre ne doit plus se préoccuper de la santé publique dans les pays pauvres, bien au contraire. Je vous encourage à continuer de vous intéresser à la question, mais il faut faire en sorte que toutes vos bonnes intentions et celles des autres servent à apporter un autre genre de modifications, au lieu de consacrer inutilement de l'énergie au RCAM.

Il faut se rendre compte que l'ACDI est sclérosée et que, dans les pays en développement, le tiers ou la moitié des médicaments contre la malaria, comme ceux que j'ai ici, sont des contrefaçons et qu'ils tuent des enfants. Par ailleurs, cessez d'exporter de l'amiante. Selon moi, c'est de cette manière que les Canadiens peuvent sauver des vies, et non en appuyant le projet de loi C-393.

Le président: Merci, monsieur Attaran.

M. Amir Attaran: Merci d'avoir écouté mon exposé de ce matin. Je sais que vous travaillez fort pour ce projet de loi.

Le président: Nous allons maintenant discuter avec les deux témoins qui se joignent à nous par vidéoconférence. Merci de votre temps, messieurs.

Commençons par Joshua Kimani, qui est à Nairobi, au Kenya.

Monsieur, nous vous serions reconnaissants de ne pas dépasser cinq minutes pour faire votre exposé.

M. Joshua Kimani (Canadian Medical Institute à Kenya, à titre personnel): Merci, monsieur le président, messieurs les députés.

Je suis Kényan et je vis et travaille au Kenya. Actuellement, je m'occupe des personnes infectées par le VIH.

Le Kenya compte 38,5 millions d'habitants, dont 1,4 million souffrent du VIH ou du sida. Du nombre, nous avons commencé un traitement aux antirétroviraux avec 406 000 patients et, à l'heure actuelle... [Note de la rédaction: inaudible].

Je m'intéresse au projet de loi, car...[Note de la rédaction: difficultés techniques].

En 2001, seulement 1 000 patients étaient traités aux antirétroviraux fabriqués par de grandes compagnies pharmaceutiques, alors que c'était environ 10 000 en 2005, année où nous avons été financés par le Canada et le Plan d'urgence du président des États-Unis pour lutter contre le sida. À ce jour, 406 000 personnes prennent des antirétroviraux génériques.

Sans les génériques, de nombreux Kényans seraient morts.

● (0855)

Le président: Monsieur Kimani, veuillez attendre un instant. Pardonnez-moi de vous interrompre.

Monsieur Cardin.

[Français]

M. Serge Cardin (Sherbrooke, BQ): L'interprète nous mentionne qu'il lui est pratiquement impossible de traduire les propos parce qu'il les entend très mal.

[Traduction]

Le président: D'accord, donnez-moi juste un moment.

Je pense que nous avons un problème de connexion, monsieur Kimani. Les interprètes doivent éprouver des difficultés, car parfois, le son coupe.

M. Frederick Abbott (Edward Ball Eminent Scholar, professeur de droit international, Florida State University College of Law, à titre personnel): Nous devons simplement être attentifs, parce que le signal venant du Kenya pose des problèmes.

M. Joshua Kimani: La connexion est-elle très lente?

Le président: Monsieur Abbott, veuillez vous assurer que votre microphone est éteint, car cela peut nuire à la transmission de M. Kimani. Je vous remercie beaucoup.

Veuillez recommencer, monsieur Kimani. Nous verrons si les choses rentrent dans l'ordre.

M. Joshua Kimani: Entendu, merci.

Je répète que je suis Kényan... [Note de la rédaction: difficultés techniques]... au Kenya et au Canada. Je suis chef de clinique pour le projet de lutte contre le sida au Kenya, co-dirigé par l'Université de Nairobi et l'Université du Manitoba, à Winnipeg.

Je m'intéresse au projet de loi, parce que je traite des Kényans qui souffrent du VIH et du sida. Le Kenya compte environ 38,5 millions d'habitants, dont 1,4 million sont infectés par le VIH et le sida. À l'heure actuelle, 406 000 personnes prennent des antirétroviraux génériques.

En 2001, seulement 1 000 Kényans avaient accès à des antirétroviraux vendus par de grandes compagnies pharmaceutiques et ils n'étaient que 10 000 en 2005; toutefois, les choses ont changé cette année-là parce que nous avons commencé à bénéficier de génériques fabriqués partout dans le monde, par exemple, au Brésil et en Inde, grâce au PEPFAR, le Plan d'urgence du président des États-Unis pour lutter contre le sida en Afrique. Présentement, 406 000 Kényans profitent d'antirétroviraux contre le VIH et le sida, ce qui n'est pas peu dire. Sans les génériques, la majorité de ces personnes seraient mortes.

En 2010, nous avons changé... [Note de la rédaction: difficultés techniques]... le programme d'antirétroviraux à 350. Cela a fait passer le nombre de Kényans qui pourraient nécessiter des antirétroviraux à environ 610 000. Nous aurons besoin d'une autre source de financement. Actuellement, environ 65 p. 100 des médicaments sont financés par le PEPFAR, et le reste est financé par d'autres sources, comme les fonds internationaux, les caisses de retraite et les Kényans. Cela dit, il s'agit toujours de génériques.

Je pense qu'étant donné que le Canada et le Kenya ont déjà collaboré, la seule chose que vous pouvez faire, c'est de nous fournir des génériques. Je sais qu'on a dit que les génériques pouvaient être fabriqués n'importe où, mais le Canada pourrait investir là-dedans, car nous prévoyons que davantage de Kényans seront résistants aux antirétroviraux, pour en avoir pris sur une longue période. Ce ne sont pas tous les antirétroviraux qui sont fabriqués sous forme générique.

• (0900)

Le président: Excusez-moi, monsieur Kimani. Nous vous sommes reconnaissants de votre temps et de vos efforts, mais la connexion fait que je ne peux presque rien comprendre. Cela n'a rien à voir avec vos compétences orales. C'est Internet qui pose des problèmes.

Je demanderais aux techniciens d'essayer de rétablir la communication pour que nous puissions bien entendre votre témoignage. Entre-temps, passons à M. Frederick Abbott.

M. Joshua Kimani: Merci.

Le président: Monsieur Abbott, veuillez faire votre exposé en cinq minutes.

M. Frederick Abbott: D'accord. M'entendez-vous?

Le président: Nous vous entendons bien, monsieur Abbott.

M. Frederick Abbott: Bonjour.

Je suis heureux d'avoir l'occasion de témoigner devant votre comité au sujet du projet de loi visant à modifier le Régime canadien d'accès aux médicaments.

J'ai témoigné devant ce comité le 10 mars 2004, pendant l'étude de ce qui était alors le projet de loi C-9. Une fois adopté, après avoir été amendé, ce projet de loi a eu pour effet de créer le Régime canadien d'accès aux médicaments. Pendant mon dialogue avec les membres du comité, en 2004, j'avais manifesté mon opposition à quelques dispositions du projet de loi. J'étais d'avis que certaines

restrictions et certaines limites nuiraient à l'efficacité de la loi qui était proposée.

Bien que le projet de loi fût amendé avant son adoption, le Canada avait clairement décidé de ne pas tirer pleinement ou efficacement avantage de la latitude que lui accordaient les accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, la déclaration de Doha et l'exemption issue de la décision du 30 août 2003. Il était à prévoir que les limites réduiraient considérablement la capacité du Régime canadien d'accès aux médicaments de lutter contre les problèmes très graves de santé publique dans les pays en voie de développement, puisqu'il serait difficile, voire impossible de rendre effectives les dispositions sur les licences obligatoires. Il n'est donc pas surprenant que le comité veuille revoir le Régime canadien d'accès aux médicaments pour en faire un mécanisme plus efficace et plus utile.

Permettez-moi de vous expliquer un instant pour quelles raisons on peut me considérer comme un expert des lois destinées à mettre en œuvre la décision du 30 août 2003. J'ai publié de nombreux écrits au sujet des accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, au sujet du commerce et des droits de propriété intellectuelle et au sujet de la relation entre les droits de propriété intellectuelle et la santé publique, y compris l'accès aux médicaments. L'Organisation mondiale de la santé, la Banque mondiale, l'Organisation mondiale du commerce, la Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement et d'autres organisations multilatérales ont recours régulièrement à mes services de conseiller expert en matière de commerce international, de propriété intellectuelle et de santé publique.

J'ai agi comme conseiller juridique pour le groupe de pays en voie de développement ayant formulé la proposition en vue de la déclaration de Doha, en 2001. J'ai œuvré avec ces pays au cours des négociations, jusqu'à l'adoption de cette déclaration. Par la suite, j'ai conseillé, du début à la fin de la démarche, le groupe de pays en voie de développement qui a été principalement à l'origine de la décision du 30 août 2003, à l'Organisation mondiale du commerce. J'ai publié des articles dans l'*American Journal of International Law* et dans le *Journal of International Economic Law*, à propos des négociations dans ces dossiers.

J'ai préparé, pour la Banque mondiale, un ensemble de modèles de projet de loi et d'autres documents pour que les pays en voie de développement puissent appliquer la décision du 30 août 2003. Je vous fais remarquer que l'un de mes formulaires a été utilisé par le Rwanda pour faire sa déclaration à l'Organisation mondiale du commerce. Je suis revenu au Canada pour l'examen du Régime canadien d'accès aux médicaments. En tant qu'expert du Programme des Nations Unies pour le développement, j'ai participé aux travaux visant la modification de ce régime.

Enfin, je vous signale, pour que vous soyez au courant, que je conseille présentement le gouvernement de l'Inde dans des consultations pour le règlement d'un différend à l'Organisation mondiale du commerce. L'Inde et le Brésil ont entrepris de consulter l'Union européenne au sujet de la saisie de médicaments génériques en transit dans les aéroports de son territoire. Le Canada participe en tant que tierce partie à ces consultations.

La décision du 30 août 2003 a été critiquée par les ONG qui font la promotion de l'accès aux médicaments, par certains intellectuels, par certains fabricants de médicaments génériques et par certains pays en voie de développement parce qu'elle établit des règles trop lourdes qui nuisent à l'atteinte de l'objectif fondamental de permettre l'exportation de produits pharmaceutiques à bas prix dans les pays en voie de développement. La décision du 30 août 2003 est le résultat d'une longue négociation intensive à laquelle ont participé des acteurs aux perspectives résolument différentes. Elle constitue un compromis entre ces perspectives.

Ni les ONG souhaitant établir un mécanisme des plus faciles à utiliser pour favoriser l'accès aux médicaments, ni l'industrie pharmaceutique d'où proviennent les médicaments ne considèrent la décision du 30 août 2003 comme un moyen idéal d'accès aux médicaments ou de protection de l'industrie. Mais, selon moi, cette décision peut être viable, lorsque vient le temps de la mettre en oeuvre, pourvu qu'on adopte des lois judicieuses et pourvu que les avocats, les spécialistes des achats pharmaceutiques et les autres intervenants fassent leur travail consciencieusement. Néanmoins, pour une raison ou une autre, le Régime canadien d'accès aux médicaments a été conçu de manière à ajouter des obstacles aux dispositions déjà contenues dans la décision du 30 août 2003, ce qui, concrètement, en complique davantage la mise en oeuvre.

Qu'est-ce qui motive l'approche employée dans le projet de loi C-393?

Le projet de loi C-393 vise à simplifier le Régime canadien d'accès aux médicaments pour tirer profit de la souplesse inhérente à la décision du 30 août 2003. Il prévoit qu'un fabricant de médicaments pourra obtenir, du commissaire aux brevets, une licence unique pour se servir d'une invention pharmaceutique brevetée en vue de produire un médicament et de l'exporter dans des pays en voie de développement ayant déclaré en avoir besoin pour des raisons de santé publique.

• (0905)

Si on a proposé la solution de la licence unique, c'est qu'on voulait résoudre un problème important lié au fonctionnement, en pratique, des achats pharmaceutiques à l'échelle internationale.

De nombreuses autorités chargées des achats pharmaceutiques, ou la plupart d'entre elles, procèdent par des appels d'offres ou des demandes de propositions auxquels l'industrie est invitée à répondre. Ce faisant, les autorités ne font pas toujours jouer la concurrence. Quoi qu'il en soit, il est extrêmement difficile pour un fabricant, par exemple un fournisseur potentiel canadien, de donner une réponse conditionnelle à un appel d'offres, c'est-à-dire de faire une offre qui dépend de l'obtention d'une licence obligatoire, au terme d'une démarche qui peut être longue et qui implique l'ajout du médicament dans une liste tenue par l'état, des négociations avec le ou les détenteurs de brevet pour obtenir une licence volontaire ainsi qu'un délai d'attente de la décision du commissaire aux brevets, qui détermine si la licence devrait être accordée.

L'autorité chargée de la santé publique qui, dans un pays en voie de développement, souhaite acheter un médicament risque, à juste titre, de ne pas vouloir conclure un marché avec un fabricant ou un fournisseur dont l'offre est dépendante d'un pareil ensemble de conditions.

Exiger d'un fabricant canadien qu'il demande obligatoirement une licence pour chaque cas et chaque pays présente des difficultés évidentes. On présume ainsi que le fabricant doit se doter d'une chaîne de production pour remplir les engagements issus d'un unique contrat qui, une fois négocié, doit rester en vigueur pendant la durée

de la protection conférée par le brevet. Cependant, la licence, elle, expire après deux ans.

Autrement dit, pour les fabricants de médicaments génériques, c'est une proposition qui n'est pas viable financièrement et qui engloutira presque assurément des ressources humaines et d'autres ressources de l'entreprise. C'est ce que les fabricants vous ont indiqué jusqu'à maintenant et ce qu'ils vous indiqueront encore sans nul doute.

Le président: Je suis désolé de vous interrompre...

M. Frederick Abbott: Vous voudriez que je termine mon exposé.

Le président: Nous avons déjà rallongé le plus possible le temps qui vous était accordé. Pourriez-vous terminer en 15 secondes?

M. Frederick Abbott: Oui, permettez-moi de vous faire deux brèves observations. Premièrement, aucune disposition des accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ou de la décision du 30 août 2003 n'empêche d'accorder au fabricant une licence lui permettant de fournir un médicament à plusieurs clients. Deuxièmement, je vous suggère de jeter un coup d'oeil à la loi des États-Unis qui permet au gouvernement de ce pays, conformément à un mécanisme que le Canada connaît très bien, d'accorder à quiconque, sans préavis et sans procédure préalable, le droit d'utiliser une invention brevetée. Cette disposition est considérée comme conforme aux accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce. Aucune règle n'empêche l'utilisation de ce mécanisme, ni dans ces accords, ni dans la décision du 30 août 2003 ni dans la déclaration du président du Conseil général.

Enfin, j'ai remis au comité de l'information plus détaillée qui complète mon témoignage.

Merci.

Le président: Merci, monsieur Abbott.

À l'intention des membres du comité et des observateurs, je précise que nous avons essayé de joindre M. Kimani avec une ligne téléphonique distincte, de manière à ce que la communication soit meilleure. Je préférerais procéder autrement, mais, pour ne pas perdre de temps, nous allons passer aux questions maintenant. Dès que les techniciens m'informeront que la communication téléphonique a été établie, nous permettront à M. Kimani de terminer son allocution liminaire. Alors, étant donné que nous avons peu de temps, nous allons donner cinq minutes à chaque membre qui participe au tour de table.

Monsieur Garneau.

M. Marc Garneau (Westmount—Ville-Marie, Lib.): Merci, monsieur le président.

Premièrement, merci aux témoins pour leur présence ce matin. C'est un débat passionnant et j'adhère entièrement à cette cause. Je serais aux premières loges pour appuyer tout mécanisme qui nous permettrait de fournir des médicaments à ceux qui en ont besoin, en Afrique, pour lutter notamment contre le sida, la malaria et la tuberculose. Je tiens à le préciser en commençant.

Mme Kiddell-Monroe, je vous remercie pour votre témoignage. J'aimerais vous entendre dire succinctement pourquoi, selon vous, le projet de loi C-393 aura pour effet, à défaut d'ouvrir complètement les vannes pour que ce médicament parvienne dans les pays où on en a tant besoin... pourquoi le projet de loi constitue une solution au problème.

• (0910)

Mme Rachel Kiddell-Monroe: Le projet de loi C-393 vise à aplanir une partie des obstacles qui sont apparus lorsque l'on a essayé d'appliquer la loi.

Premièrement, dans sa forme actuelle, le Régime canadien d'accès aux médicaments exige du pays importateur qu'il déclare son intention à l'OMC, de manière à garantir l'obtention d'une licence obligatoire. C'est un obstacle énorme pour les pays en voie de développement, puisqu'ils s'exposent, comme cela a déjà été le cas, à des représailles de la part du gouvernement des États-Unis, de l'Union européenne et des sociétés pharmaceutiques elles-mêmes. Le projet de loi C-393 élimine premièrement cet obstacle.

Deuxièmement, le projet de loi prévoit qu'il n'y aura plus qu'un seul type de licence, ce qui fait disparaître un fardeau énorme. La longue période de négociations pour l'obtention d'une licence volontaire ne sera plus nécessaire. Si un besoin existe, le gouvernement du Canada accordera la licence, tout simplement.

En outre, le projet de loi élimine la limite de validité de deux ans pour une licence obligatoire ainsi que la nécessité de fixer les quantités. C'est absolument primordial puisque le Rwanda, par exemple, avait fait une demande pour un certain nombre de personnes et un certain nombre de médicaments. Lorsqu'il s'est rendu compte qu'il avait en fait besoin d'une plus grande quantité de médicaments, il a dû recommencer sa démarche depuis le début.

Le projet de loi élimine l'obligation d'indiquer précisément qui sont les pays importateurs. Une licence pourra être accordée pour produire des médicaments à destination de n'importe quel pays figurant sur la liste. Le projet de loi donne ainsi l'assurance que les médicaments seront vendus uniquement aux pays qui sont énumérés dans la liste.

Le projet de loi aurait pour effet de créer un marché. La société Apotex ne veut plus utiliser le Régime canadien d'accès aux médicaments tel qu'il est actuellement. Toutefois, elle serait prête à l'utiliser, une fois modifié par le projet de loi C-393. Elle ajoute même qu'elle produirait une version pédiatrique du médicament Apo-TriAvir pour l'exportation.

M. Marc Garneau: Merci. Comme je dispose de cinq minutes seulement, je dois me dépêcher.

Monsieur Attaran, vous avez commencé votre allocution en parlant de l'un des principaux obstacles qu'est le prix. Vous avez indiqué que la vente de médicaments génériques n'était pas viable financièrement pour les fabricants canadiens. Pourtant, ce n'est pas tout à fait le point de vue que nous entendons de la part d'autres personnes. Pourriez-vous étoffer cet argument, je vous prie?

M. Amir Attaran: C'est très simple. Apotex a fait un coup de publicité. Elle a annoncé un prix pour les comprimés de trithérapie, mais n'a pas pu en vendre pendant environ deux ans. Puis, elle a réduit de moitié le prix qui est passé de 38 à 19 ¢. Je me trompe peut-être d'un cent, mais après cette réduction, elle a vendu les comprimés une seule fois, au Rwanda, puis a déclaré qu'elle ne le ferait plus jamais. C'est la raison pour laquelle ça n'a fonctionné qu'une seule fois.

Je tiens à dire que ce dont Rachel parle et ce qu'elle souhaite, comme modifications de la loi, a déjà été essayé dans d'autres pays. Plus de 30 pays ont des lois ayant constitué un régime semblable au Régime canadien d'accès aux médicaments: les 27 pays de l'Union européenne, plus la Norvège, la Suisse et la Corée du Sud. Il m'en manque quelques-uns, notamment la Chine et l'Inde. Plus de 30 pays se sont dotés d'une telle loi et beaucoup n'ont pas de date

d'expiration des licences obligatoires. Beaucoup ont appliqué la solution à licence unique, comme on l'appelle. Dans presque tous ces pays, il n'y a pas de liste de pays autorisés à recevoir les médicaments ou de maladies admissibles. Il n'y a pas de telle limite.

Pourtant, combien de fois a-t-on eu recours aux lois en question dans cette trentaine de pays, au total? Zéro fois. Ces lois n'ont jamais été invoquées, et aucun patient n'a été traité. Il n'y a eu aucun bienfait en matière de santé publique. Je suis désolé de devoir vous le dire, mais le résultat est un gros zéro. J'aimerais vous dire le contraire, mais je ne peux pas. Je sais que beaucoup de gens seront fâchés de m'entendre, mais les faits sont têtus. À moins que vous puissiez me montrer que les données sont erronées, je dois en toute honnêteté vous dire que le débat s'arrête là.

M. Marc Garneau: Merci.

Le président: Très brièvement, monsieur Garneau.

M. Marc Garneau: Selon l'information qui m'a été fournie, il a fallu 68 jours pour conclure l'accord de licence entre la société Apotex et les trois fabricants des médicaments d'origine. Puis, il a fallu attendre environ un an pour que la première livraison de médicaments ait lieu. Et comme vous l'avez souligné, il y a eu une deuxième livraison, qui s'est fait attendre encore une autre année. Alors, on a beau soutenir que les fabricants des médicaments d'origine ont répondu rapidement, il a tout de même fallu attendre très longtemps avant qu'Apotex puisse envoyer des médicaments en Afrique.

Mme Kiddell-Monroe, avez-vous un mot à dire là-dessus?

• (0915)

Mme Rachel Kiddell-Monroe: Les fabricants des médicaments d'origine ont répondu très rapidement à la première demande de licence volontaire, qui a été faite au début de 2005. Ils ont répondu par une lettre d'avocat de 14 pages donnant les raisons pour lesquelles ils ne pouvaient pas accorder une licence volontaire à ce moment-là. À partir de ce moment, des négociations ont eu lieu, en fait, derrière des portes closes. Je n'ai pas été mis dans le secret de ces négociations, mais elles se sont poursuivies pendant une période extrêmement longue.

Après la période de 68 jours, durée qui ne correspond pas selon moi à la durée réelle des négociations, le Rwanda a procédé à un appel d'offres, selon ses propres règles, de manière à obtenir des offres de diverses entreprises. Apotex a présenté une offre, et de nombreux retards se sont produits à ce stade de la démarche.

Le pays importateur est souverain et a le droit le plus strict de procéder à un appel d'offres en bonne et due forme, ce qui prouve qu'Apotex n'a absolument pas cherché à faire un coup de publicité. Ce commentaire m'a beaucoup choqué. C'était un effort sincère pour faire parvenir des médicaments à des gens qui en avaient besoin. S'il n'a pas été possible d'obtenir de meilleurs résultats, c'est en raison des restrictions...

Le président: Merci. Le temps est écoulé depuis longtemps. Je suis désolé de devoir vous interrompre.

Monsieur Dearden, je vous donne 30 secondes pour nous donner une réponse sur le sujet.

M. Richard Dearden: Je vais vous indiquer quelques dates, chers membres du comité, puisque c'est important pour comprendre ce qui s'est produit lorsqu'Apotex a donné suite à l'avis du Rwanda.

En juillet 2007, le Rwanda a informé l'OMC, comme il est tenu de le faire conformément à la décision de 2003.

Apotex a fait une demande d'autorisation conformément au Régime canadien d'accès aux médicaments le 4 septembre 2007. L'autorisation a été accordée deux semaines plus tard, le 17 septembre 2007. Elle a eu l'autorisation d'exporter 15 600 000 comprimés. C'était le 17 septembre 2007. Un an plus tard, le 23 septembre 2008, Apotex expédie seulement la moitié du nombre de comprimés autorisé. Puis, elle a demandé un renouvellement de l'autorisation pour ne pas avoir à refaire toute la démarche, comme Rachel l'a dit. Elle a demandé un renouvellement et l'a obtenu six jours plus tard...

Le président: Monsieur Dearden, j'ai fait preuve de beaucoup de souplesse dans l'utilisation du chronomètre, de manière à pouvoir obtenir autant que possible une réponse complète. Vous devrez poursuivre votre réponse à la prochaine occasion. Je dois être équitable envers tous les membres du comité pour qu'ils puissent poser leurs questions.

Par ailleurs, je dois m'adresser à M. Kimani. Nous devons vous demander si vous avez un numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre pour établir une connexion distincte avec vous, de manière à ce que nous puissions vous entendre clairement.

Monsieur Kimani, pouvez-vous m'entendre maintenant? Votre microphone est-il allumé, monsieur Kimani?

Son écran est figé présentement, alors je vais céder la parole au prochain membre du comité, et nous essaierons de nouveau plus tard.

C'est le tour du Bloc.

[Français]

Monsieur Malo, vous disposez de cinq minutes.

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être parmi nous ce matin.

La semaine dernière, dans le cadre de la dernière rencontre de ce comité, nous avons reçu le Dr Kilby. Il nous a informés que d'ici à la fin de cette année, 5,2 millions de patients seraient traités, mais qu'on pouvait déjà voir que l'approvisionnement de l'Inde ne pourrait pas répondre à ces besoins. Il a affirmé que plusieurs de ses patients auraient besoin d'une deuxième génération de médicaments parce que le niveau de toxicité de la première génération était trop élevée. Il nous a dit également qu'au cours des années à venir, il serait prêt à traiter deux fois plus de patients. Il est clair qu'il n'y aura pas suffisamment de médicaments génériques pour toutes ces personnes.

Docteur Attaran, vous avez dit dans votre présentation que ce Parlement n'avait pas le pouvoir de rendre le régime plus efficace, donc de permettre l'acheminement de médicaments vers les pays les plus démunis. On parle ici des pays mentionnés par le Dr Kilby dans sa présentation.

Je me pose simplement la question suivante. Il faut des médicaments pour répondre à la demande. Si nous ne pouvons pas les fournir en raison de leur prix, comment pourront-ils être acheminés dans ces pays? C'est la question fondamentale que les gens se posent. Comment peut-on contribuer davantage à la résolution de ce problème?

● (0920)

M. Amir Attaran: C'est une très bonne question. Nous avons en effet un sérieux problème du fait que le virus change. C'est l'évolution telle que l'a décrite Charles Darwin. Après quelques années, les médicaments de première intention ne fonctionnent plus. Nous avons maintenant besoin de médicaments de deuxième intention. Heureusement, ceux-ci sont disponibles dans des pays

comme l'Inde, par exemple. Ce pays est en effet la plus importante source d'approvisionnement de médicaments de deuxième intention. Si le Canada ne peut pas les fournir, ça ne veut pas dire qu'ils ne sont pas disponibles. Ils le sont ailleurs.

Par contre, que peut-on faire ici, au pays? C'était votre question, je crois. J'ai dit qu'il y avait d'importants problèmes à l'ACDI, qui n'est pas un bailleur de fonds très efficace, notamment. Même si nous ne pouvons pas fournir ces médicaments, nous pouvons fournir certains montants d'argent et de l'assistance technique, entre autres. Par exemple, les médicaments de contrefaçon peuvent causer la mort. Si un enfant souffre de paludisme et qu'on lui administre ces comprimés, il va mourir. Il n'y a pas de médicament là-dedans. Nous pouvons fournir un appui technique pour éviter ce genre de situation dans les pays qui ne possèdent pas de laboratoire où des essais sur les médicaments peuvent être effectués.

M. Luc Malo: Le Dr Kilby nous a dit, la semaine dernière, que les règles sur les médicaments brevetés de l'Inde ne permettraient pas l'acheminement de médicaments génériques de deuxième intention. Or vous dites ce matin...

M. Amir Attaran: C'est complètement faux. L'Inde dispose d'une loi qui est presque identique au Régime canadien d'accès aux médicaments. Excusez-moi, mais je vais devoir expliquer ça en anglais.

M. Luc Malo: Bien sûr.

[Traduction]

M. Amir Attaran: Je n'insisterai jamais assez sur ce point. Plus de 30 pays ont des lois établissant des régimes semblables au Régime canadien d'accès aux médicaments. Dans la foulée de la décision de l'OMC, le Canada a été le deuxième pas à adopter une loi. La Norvège a été le premier pays, puis nous avons été le deuxième. Mais, par la suite, une trentaine d'autres pays ont fait de même, y compris les 27 pays de l'Union européenne. Si aucun de ces pays n'a réussi à obtenir les résultats escomptés avec ce type de loi, nous devrions en tirer des conclusions. De plus, n'oubliez pas que, puisque les médicaments génériques sont moins chers dans ces pays qu'au Canada, ce serait dans ces pays qu'on invoquerait en premier des lois de cette nature.

On fait preuve d'un orgueil démesuré lorsqu'on s'imagine que le Canada est le seul au monde à détenir la solution. Ce n'est pas le cas. Nous n'avons pas la solution pour résoudre ce problème. Il y a d'autres domaines où nous pouvons apporter la solution. Dieu sait combien nous devrions le faire quand nous en sommes capables.

Le président: Merci, monsieur Attaran.

Merci, monsieur Malo.

Je cède maintenant la parole à M. Lake pour cinq minutes.

M. Mike Lake (Edmonton—Mill Woods—Beaumont, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins d'être venus aujourd'hui.

Madame Kiddell-Monroe, bien que vous et moi puissions ne pas être d'accord sur certains points, dans le présent dossier, je sais que la question vous passionne. Il est clair que vous en parlez avec une immense passion. Tous ceux qui sont assis à notre table, et même tous ceux qui sont dans la salle, compte tenu de ce qu'a dit M. Garneau, veulent aider les gens qui souffrent en Afrique. Cependant, nous essayons de déterminer aujourd'hui si le projet de loi C-393 est une façon de les aider. Y a-t-il d'autres moyens efficaces pour y parvenir, sur lesquels nous devrions nous concentrer?

Je repense au témoignage de M. Kilby devant notre comité, l'autre jour, alors qu'il nous parlait du nombre de personnes recevant les antirétroviraux. En 2003, selon lui, 400 000 personnes recevaient ces médicaments. En 2005, le nombre avait augmenté à 1,5 million. À la fin de 2010, on prévoit que 5,2 millions de personnes seront ainsi traitées. C'est un nombre manifestement important. Je cite d'ailleurs les propos de M. Kilby devant nous, lors de la réunion:

En somme, ce que nous avons été en mesure de faire, c'est de mettre au point un modèle de soins complet — ce dont beaucoup de personnes doutaient — en quelques années à peine. Ce qui a été accompli est un vrai miracle: 5,2 millions de personnes en traitement avant 2010.

Êtes-vous d'accord avec M. Kilby au sujet du progrès accompli?

• (0925)

Mme Rachel Kiddell-Monroe: Oui, je suis tout à fait d'accord et je pense que ce progrès a été réalisé grâce à l'arrivée sur le marché des médicaments génériques, dont la concurrence a fait baisser les prix. C'est justement ce qui explique le progrès. Il ne faut pas oublier par ailleurs que neuf millions de personnes ayant le VIH n'ont pas accès au traitement. Elles en auraient désespérément besoin. Les besoins sont encore énormes, et le problème des médicaments de deuxième et de troisième générations demeure important.

La solution à ce problème ne viendra pas de l'Inde, notamment parce que ces médicaments sont protégés par des brevets dans ce pays. Étant donné que ce pays se conforme aux règles de l'OMC depuis le premier janvier 2005, il ne peut plus produire des versions génériques de ces médicaments. Alors, les prix seront plus élevés.

Le Canada a un rôle à jouer pour amener un nouvel acteur sur le marché, parmi ses fabricants de médicaments génériques... Lorsqu'Apotex est arrivée sur le marché, elle a forcé les fabricants indiens à veiller à ce que leurs médicaments soient d'une qualité adéquate et à obtenir leur pré-qualification dans le cadre du programme de l'OMS. Apotex a eu cet effet des plus déterminants.

Si les limites sont éliminées, comme le veut le projet de loi C-393, un nouvel acteur pourrait faire son apparition sur le marché, ce qui favoriserait la concurrence.

M. Mike Lake: Donc, vous nous parlez de ce que le Canada peut faire, et nous savons, compte tenu des témoignages précédents et du témoignage de M. Attaran aujourd'hui, que d'autres pays qui produisent ces médicaments les offrent sur le marché à des prix beaucoup plus bas que ceux des entreprises canadiennes.

Nous savons que le financement du fonds mondial est un mécanisme qui fonctionne bien actuellement. Le gouvernement vient d'annoncer qu'il garnira le fonds pour la troisième fois, en y versant 540 millions de dollars entre 2011 et 2013. C'est une augmentation de 20 p. 100 par rapport à la dernière contribution du Canada. Depuis la naissance du fonds, en 2002, le Canada y a versé 1,5 milliard de dollars, je crois, ce qui est une somme très importante.

Quant à ce que le Canada peut faire d'utile, peu importe d'où viennent les médicaments, que ce soit par l'intermédiaire du Régime canadien d'accès aux médicaments ou d'un autre mécanisme, nous pouvons convenir que le plus important aspect de cette question est que les gens qui ont besoin de médicaments sont 10 fois plus nombreux aujourd'hui à en recevoir et à être traités qu'en 2003.

Mme Rachel Kiddell-Monroe: Il faut s'interroger sur la viabilité de cette augmentation. Si, comme on semble le laisser entendre actuellement, on choisit de distribuer de nouveaux médicaments qui sont protégés par des brevets et qui ne sont pas produits à beaucoup d'endroits actuellement, la situation ne s'améliorera pas. Évidem-

ment, puisque nous disposons de la première génération, nous pouvons l'utiliser.

Si les pays qui se sont dotés d'une loi mettant en oeuvre la décision du 30 août 2003 n'ont pas encore eu recours à cette loi, c'est notamment parce qu'ils attendaient de voir ce que le Canada ferait. Ils voulaient savoir comment le Canada s'y prendrait pour appliquer la loi. Et de nombreux pays attendent toujours de voir ce qui va se passer au Canada.

De nouvelles discussions auront lieu à l'OMC pour déterminer pourquoi la mise en oeuvre de la décision du 30 août 2003 est un échec et comment il serait possible d'y remédier. Je crois qu'il nous faut davantage de solutions pour fournir aux gens les bons médicaments. La deuxième vague de la crise du sida en est la preuve.

M. Mike Lake: Alors, nous sommes d'accord, vous et moi, pour dire qu'il faut voir quelle devrait être la prochaine étape à franchir. Mais nous devons déterminer quels systèmes et quels programmes seront vraiment efficaces pour que l'on puisse traiter la totalité des personnes atteintes en Afrique, au lieu de 5,2 millions actuellement.

Monsieur Attaran, vous auriez une observation à faire?

M. Amir Attaran: Oui. Je dois vraiment vous dire que la réponse de Rachel repose sur une mauvaise analyse de la question.

Je serai très franc. Elle dit que les autres pays attendent de voir ce que le Canada fera avant d'avoir recours à leur loi ayant créé un régime semblable au Régime canadien d'accès aux médicaments. Elle pose donc l'hypothèse que la Chine, l'Inde et l'Union européenne ne sont pas assez intelligentes pour déterminer elles-mêmes comment s'y prendre et attendent que le Canada leur montre comment faire. Ce raisonnement appartient tout simplement au domaine de la fiction. Ce sont des pays très sophistiqués, tout comme la Suisse et la Norvège. S'ils veulent avoir recours à leurs propres lois adoptées par leurs propres parlements, ils n'ont vraiment pas besoin d'attendre que le Canada leur enseigne la manière.

Je n'en dirai pas davantage à ce sujet. Quant à l'idée que les médicaments de l'avenir, tels que ceux de la deuxième génération, ne seraient pas fabriqués dans d'autres pays et le seraient uniquement au Canada, c'est encore une affirmation qui n'a pas beaucoup de sens. Nous sommes un pays industriel relativement mineur. Nous sommes un petit pays. Nous ne sommes ni l'Inde, ni la Chine. C'est évident. Nous ne sommes même pas l'Union européenne. Dieu merci, nous sommes capables de fabriquer des médicaments et nous le faisons bien, mais d'autres pays sont aussi capables que nous. C'est un constat qui découle de la nature même du phénomène de la mondialisation. Il y a plus d'une source pour ces médicaments, et je suis choqué d'entendre des gens défendre cette cause en soutenant que, même si les médicaments génériques de fabrication canadienne coûtent plus cher, il faudrait que ce soit ceux-là qu'on achète. Si l'on s'en tient à ce raisonnement, un moins grand nombre de patients seront traités.

• (0930)

Le président: Merci, monsieur Attaran. Je suis désolé, mais nous sommes toujours aux prises avec un manque de temps, lors des travaux des comités.

Je cède maintenant la parole à M. Masse, pour cinq minutes.

M. Brian Masse (Windsor-Ouest, NPD): Merci, monsieur le président.

Monsieur Attaran, j'ai suivi le présent dossier depuis le début des travaux à ce sujet, y compris lorsque le projet de loi C-56 était à l'étude, et vous ne faites que me persuader de poursuivre mes efforts dans la même veine, avec plus d'énergie que jamais. Selon l'argument que vous venez de nous servir, vous préconisez le recours à des médicaments génériques qui sont de la pure escroquerie plutôt que de traiter les gens avec des médicaments canadiens. C'est ce qui se produirait indéfiniment dans votre scénario.

Vous avez parlé d'un manque d'éthique médicale. Pour ma part, je vois un manque d'éthique... Si vous pensez que le projet de loi C-393 n'est pas une bonne solution, proposez-nous-en une qui vous semble prometteuse. J'étais présent, au Parlement, lorsque nous nous sommes tous levés pour affirmer que nous voulions faire quelque chose. Nous voulions que cette loi soit vraiment utile.

Je voudrais utiliser le temps qui m'est accordé pour entendre M. Abbott, qui a oeuvré à l'OMC, qui s'est intéressé aux accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et qui s'est employé à aider divers groupes et diverses organisations.

Monsieur Abbott, nous avons entendu le ministère et les avocats nous dire que, si ce projet de loi était adopté, il violerait à peu près tout ce qui existe en matière de traités internationaux, y compris l'ALENA, et que ce serait un projet de loi inefficace. C'est un scénario intéressant, mais j'aimerais vous entendre nous dire pourquoi, selon vous, le Canada ne violerait aucun accord international en adoptant ce projet de loi ou encore comment nous devons nous y prendre pour que ce ne soit pas le cas.

Dr Frederick Abbott: Merci beaucoup, monsieur Masse.

Il est assez clair, à la lumière des accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ainsi que de la décision du 30 août 2003, que le Canada a parfaitement le droit d'avoir recours à une solution à licence unique permettant de fournir une quantité substantielle de médicaments sur une certaine période. La décision du 30 août 2003 n'exige aucunement une marche à suivre comme celle qui est prévue dans la loi canadienne. Il s'agit que l'OMC ait déjà été informée, au moment où les médicaments sont fournis, pour que le Canada s'acquitte de toutes ses obligations internationales.

Permettez-moi d'ajouter un autre argument. Aucun pays ne portera plainte contre le Canada devant l'OMC pour avoir fourni des médicaments à bon marché à des gens démunis, dans des pays en voie de développement. Je le répète, aucun pays ne portera plainte contre le Canada pour avoir fourni, à bas prix, des médicaments antirétroviraux à des personnes atteintes du VIH dans des pays en voie de développement.

Même en supposant qu'un pays ayant un déficit de moralité et de sens de l'éthique fasse une chose pareille, le pire qui pourrait arriver au Canada est qu'au bout de trois à cinq ans, il soit tenu de corriger les dispositions jugées non conformes de sa loi, et le projet de loi C-393 n'est pas un brouillon approximatif.

Permettez-moi de faire valoir encore un autre argument. Ce qu'affirme M. Attaran me paraît tout à fait étonnant, et je m'étonne également que des parlementaires canadiens lui prêtent une oreille attentive. Essentiellement, il soutient que les sociétés pharmaceutiques canadiennes sont incompétentes et incapables d'affronter la concurrence sur les marchés mondiaux. Et, vu leur incompétence et leur incapacité, nous ne devrions pas les laisser se frotter à des concurrents étrangers. C'est un peu comme dire qu'étant donné que les Canadiens ne sont pas très bons au basket-ball, nous devrions les

empêcher de pratiquer ce sport et de prendre part à une ligue de basket-ball.

Apotex vend de grandes quantités de médicaments sur le marché des États-Unis, où la concurrence est très forte. Teva Novopharm figure parmi les fabricants de médicaments génériques les plus importants et les plus concurrentiels au monde. L'idée que l'industrie canadienne serait incapable de concurrencer l'industrie indienne me semble être un argument absolument étonnant, que l'on invoque pour empêcher cette industrie de tenter sa chance au jeu de la concurrence. Pourtant, je représente l'industrie indienne.

De quoi sommes-nous en train de parler? Nous parlons de changer quelques mots sur un morceau de papier, au Canada, pour dire à des entreprises que nous voulons qu'elles puissent affronter la concurrence. Si l'on s'en tient à l'argument de M. Attaran, nous ne devrions pas changer ce qui est écrit sur le morceau de papier. Puisque les sociétés pharmaceutiques canadiennes vendent des médicaments qui coûtent cher, nous devrions les empêcher d'essayer de concurrencer celles des autres pays. Cet argument me paraît tellement absurde que je crois rêver en voyant un groupe de parlementaires l'accepter sans broncher.

Je regrette de devoir employer ce ton, mais c'est un argument absurde.

● (0935)

M. Brian Masse: Merci, monsieur Abbott. Je voudrais revenir à l'une de vos observations.

S'il y avait un pays qui portait plainte, mais je pense que ce ne serait pas le cas... Le Canada serait mis en cause pour avoir fourni un traitement à des gens qui souffrent et qui meurent. La plainte de l'autre pays consisterait à intervenir pour empêcher les gens de recevoir le traitement. Si, malgré tout, un pays portait plainte et si nous perdions notre cause, ce qui est hautement improbable, nous aurions encore le temps de corriger le projet de loi pour nous conformer au jugement.

Est-ce bien le cas?

Dr Frederick Abbott: Effectivement. La seule sanction que l'OMC pourrait théoriquement imposer au Canada consisterait à lui demander de modifier sa loi pour qu'elle soit conforme à la décision du groupe spécial de règlement des différends. Il n'y aurait aucune amende. En toute franchise, je vous dirais que l'image du Canada s'améliorerait beaucoup dans l'opinion publique internationale s'il devait se défendre contre une plainte devant l'OMC, pour avoir trop aidé les démunis dans les pays en voie de développement.

Le président: Merci, monsieur Abbott.

Merci, monsieur Masse.

Avant d'entreprendre le prochain tour de table, je vais essayer une fois de plus de voir si nous pouvons établir une bonne connexion avec M. Kimani. Je demanderais à M. Abbott de fermer son microphone auparavant, pour que nous puissions vérifier si nous pouvons entendre M. Kimani.

M'entendez-vous, monsieur Kimani?

M. Joshua Kimani: Oui. Pouvez-vous m'entendre?

Le président: Oui. Pourriez-vous essayer de reprendre votre allocution liminaire? Je vous demanderais d'être aussi bref que possible, et nous verrons si la transmission se fait bien, cette fois-ci.

M. Joshua Kimani: Je suis Joshua Kimani. Je suis un médecin... [Note de la rédaction: inaudible]... des personnes au Kenya. J'habite et je travaille au Kenya.

Me recevez-vous?

Le président: Non, la communication est mauvaise, monsieur Kimani. J'en suis désolé. Je pense que nous n'avons d'autre choix que de vous demander d'envoyer vos observations à notre greffière, par courriel, pour que nous les fassions traduire et les remettions au comité. Je suis désolé que la technologie nous ait laissé tomber.

Alors, nous passons au deuxième tour de table. Chacun aura cinq minutes. Nous devons respecter plus rigoureusement la limite de cinq minutes, cette fois. Je vous demande de m'excuser si je dois intervenir dans ce but.

Je cède la parole à M. Rota pour cinq minutes.

M. Anthony Rota (Nipissing—Timiskaming, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci aux témoins qui sont avec nous aujourd'hui.

On parle beaucoup de l'Inde, en tant que pays qui produit des médicaments antirétroviraux, mais les lois sur les brevets ont changé depuis 2005, et il y a nettement pénurie. Il y aura une pénurie de médicaments dans les pays du tiers-monde parce que l'Inde n'est pas capable de produire ou d'exporter. Quels pays sont en train de combler le vide? Voit-on des pays se manifester actuellement?

Je vais m'adresser en premier à M. Attaran, auquel je demande d'être bref, puis je vais laisser M. Abbott répondre, si vous permettez.

M. Amir Attaran: Merci, monsieur Rota.

L'Inde a augmenté sa capacité de production. C'est un très grand pays. Il est en mesure de se doter de nouvelles chaînes de production, et c'est ce qu'il fait. L'Inde doit désormais respecter les brevets, et j'admets que cela ne lui est pas facile. Cependant, c'est l'Inde qui est la mieux placée pour résoudre ce problème parce que, je vous le rappelle, elle s'est dotée, elle aussi, d'une loi créant un régime semblable au Régime canadien d'accès aux médicaments. Si le principe des licences obligatoires peut être utile, force est de constater qu'il le sera avant toute chose dans le pays qui a déjà le plus d'expérience dans la fabrication de ces médicaments en vue de les exporter et qui y parvient au prix le plus bas.

Il y a également...

M. Anthony Rota: Permettez-moi d'ajouter à cela que l'Inde est un pays qui connaît une forte croissance. Son développement est très rapide, ce qui entraîne une augmentation énorme de ses propres besoins. La demande interne augmentera probablement en Inde. Comment pouvons-nous en remettre uniquement à ce pays pour les exportations, si sa propre production pour le marché intérieur est tellement...

M. Amir Attaran: Nous ne nous en remettons pas uniquement à ce pays. Comme je l'ai souligné, plus de 30 pays se sont dotés d'un système semblable au Régime canadien d'accès aux médicaments. Je ne pense pas que l'Inde risque d'atteindre sa limite, mais supposons quand même que vous ayez raison. Si elle atteint sa limite, 27 pays de l'Union européenne peuvent prendre la relève. La petite Suisse possède une industrie pharmaceutique énorme, beaucoup plus importante que celle du Canada. Il y a également la Norvège et la Chine. Bref, il ne manque pas de pays dotés d'un cadre législatif semblable au Régime canadien d'accès aux médicaments et capables de s'en servir.

Puis-je encore ajouter une chose? J'aimerais répondre à certains propos. On sait qu'on marque des points, dans un débat, lorsque l'adversaire en est réduit à essayer de vous faire dire ce que vous n'avez pas dit. Je suis très peiné d'entendre les propos mensongers du professeur Abbott, qui affirme que j'ai taxé les fabricants canadiens

de médicaments génériques d'incompétence. Je n'ai jamais dit une chose pareille.

● (0940)

M. Brian Masse: J'invoque le Règlement, monsieur le président. Un témoin est en train d'accuser un autre témoin de mentir. C'est la première fois que je vois un tel comportement dans une réunion de comité depuis que j'ai commencé, il y a des années, à siéger comme député aux Communes. Qualifier des propos de mensonges...

M. Amir Attaran: Je n'ai pas parlé d'incompétence, et je n'y crois pas.

Le président: Oui, monsieur Lake.

M. Mike Lake: Je pense honnêtement que M. Abbott n'a pas mâché ses mots concernant le témoignage de M. Attaran, et ce dernier a le droit de se défendre.

Le président: Je tiens à ce que les membres du comité et les témoins sachent que je comprends l'ampleur de la question dont nous sommes saisis. C'est un dossier très sérieux, qui suscite de vives émotions. Je vous demanderais cependant de faire preuve de respect et de dignité dans vos propos. C'est valable pour les membres du comité également.

Vous pouvez continuer, monsieur Attaran.

M. Amir Attaran: Merci, monsieur le président.

Je n'ai pas traité les fabricants canadiens de médicaments génériques d'incompétents. Ce n'est pas le cas, comme le montrent d'ailleurs les faits. J'ai simplement fait remarquer qu'ils vendent leurs produits plus cher que les autres fabricants. C'est un simple fait. Alors ne vous en prenez pas au messenger. C'est un fait que le gouvernement fédéral a admis ici...

M. Anthony Rota: Je vous remercie, monsieur Attaran. Je ne dispose que de cinq minutes, et j'aimerais avoir l'avis de M. Abbott également.

Monsieur Abbott.

Le président: Je vous demanderais de répéter, monsieur Abbott, et remettez votre microphone en fonction. Je crois que vous l'avez arrêté pour M. Kimani la dernière fois.

M. Frederick Abbott: Merci beaucoup.

Comme vous l'aurez constaté, l'Inde dispose d'une capacité considérable. Elle est cependant confrontée à de nouveaux défis car, en raison de l'entrée en vigueur des modifications à la loi sur les brevets de 2005, ses tout nouveaux produits seront assujettis à la protection des brevets et se prêteront moins à la production à grande échelle sur son territoire. L'Inde vient de mettre sur pied un groupe de travail et de lancer un processus d'examen concernant sa loi sur les licences obligatoires. Je suis revenu de New Delhi dimanche. Quand j'étais en Inde, la semaine dernière, j'ai appris que des fabricants de médicaments génériques s'apprétaient à se prévaloir de la loi indienne d'application de l'article 30 pour mettre à l'épreuve le régime indien.

J'espère sincèrement que les fabricants canadiens de médicaments génériques, comme Apotex, sont disposés à affronter la concurrence des compagnies indiennes afin de fournir des médicaments aux populations démunies des pays en développement. Rien ne me porte à croire que vos producteurs sont incapables de s'impliquer eux aussi. J'ajouterais qu'à mesure que l'on perfectionne les médicaments de deuxième et de troisième recours, comme les inhibiteurs de fusion, le Canada pourrait bien exceller en mettant au point des techniques de synthèse très poussées pour produire des antirétroviraux haut de gamme plus complexes. Je crois que l'industrie canadienne peut jouer un rôle prépondérant dans ce domaine, et je ne comprends pas pourquoi vous affirmez que nous l'empêcherons de faire concurrence sur les marchés internationaux parce qu'elle ne vend pas ses produits au meilleur prix. Ce raisonnement ne tient pas debout.

Merci.

M. Anthony Rota: Il me reste 30 secondes, mais ma question est plus longue que cela.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Rota.

J'accorde maintenant la parole à M. Braid pour cinq minutes.

M. Peter Braid (Kitchener—Waterloo, PCC): Je vous remercie beaucoup, monsieur le président.

Je peux peut-être commencer en posant quelques questions à M. Dearden.

Je vous remercie tous de comparaître ce matin et de livrer cet important témoignage.

Monsieur Dearden, il semble que nos deux avocats soient d'opinions contraires ce matin. Il n'y a pas de quoi s'étonner. Pourriez-vous nous donner brièvement votre point de vue sur la question?

J'ai ensuite une autre question à vous poser. Vous avez parlé des obligations en matière de licence obligatoire. Si vous voulez bien nous expliquer exactement de quoi il s'agit, et nous poursuivrons à partir de là.

M. Richard Dearden: Je répondrai à la dernière question en premier.

Les obligations en matière de licence obligatoire sont énoncées à l'article 31 de l'Accord sur l'ADPIC. Les conditions à satisfaire pour qu'un membre comme le Canada accorde des licences obligatoires sont énumérées aux alinéas a) à l). Comme je l'ai indiqué dans mon exposé liminaire, l'une de ces conditions stipule que l'on ne peut accorder une licence obligatoire aux termes de l'Accord sur l'ADPIC que si le produit servira principalement pour l'approvisionnement du marché intérieur, ce qui n'est guère pertinent dans le cas qui nous intéresse, c'est-à-dire l'exportation.

L'OMC a donc dû trouver une solution pour contourner cette obligation, et je crois que c'est là que tout se joue. M. Abbott, qui était présent lors des négociations, sait parfaitement que l'on a entre autres envisagé de recourir à l'article 30, qui porte sur les exceptions limitées. Les membres de l'OMC ont rejeté cette solution, probablement, comme l'indique le rapport sur l'examen législatif de 2007, parce qu'ils considéraient que ce n'était pas la voie à suivre. Ils ont donc dû recourir à une dérogation, que l'on retrouve dans la décision du conseil. Ces obligations incontournables, que l'on trouve notamment à l'article 2, commencent toutes par exiger l'émission d'un avis par le pays importateur, celui qui veut les médicaments. La licence obligatoire doit ensuite comprendre des conditions précisant les montants, les quantités et la durée. Tout est là, c'est obligatoire. Le Canada doit ensuite publier un avis indiquant les produits, les

quantités et la durée de la licence, conformément à ses obligations internationales.

Selon moi, ce qu'on est en train de dire ici, c'est que le problème ne vient pas du RCAM, mais des aspects négociés par les intervenants mentionnés par M. Abbott, car ils entrent tous en jeu. Cette décision est la racine du mal. Mais il ne nous appartient pas de résoudre ce problème en mettant en oeuvre une loi que personne n'osera contester, selon ce que M. Abbott a l'audace d'affirmer. C'est son opinion. C'est à Genève que se trouve la solution, qui est en fait en cours d'élaboration. L'OMC examine la question pour déterminer si la décision a l'effet escompté et se réunit demain toute la journée à Genève pour voir ce qu'il en est.

Pourrais-je utiliser votre temps, monsieur Braid, pour parler de la seule et unique fois où ce mécanisme a fonctionné dans le monde, c'est-à-dire quand Apotex a exporté des produits au Rwanda?

J'aimerais que mes propos soient consignés, monsieur le président.

• (0945)

M. Peter Braid: Faites, après quoi j'aurais une brève question à laquelle j'aimerais encore que vous répondiez.

M. Richard Dearden: Mais certainement.

J'ai indiqué au comité qu'Apotex a été autorisé, le 17 septembre 2007, à exporter 15,6 millions de comprimés au Rwanda, conformément à l'autorisation qui lui avait été délivrée. Il lui a fallu deux ans pour expédier la marchandise. Le RCAM a fonctionné, honorables membres du comité. La société a obtenu sa licence en deux semaines et l'a fait renouveler en six jours. Le mécanisme a fonctionné.

M. Peter Braid: Merci, monsieur Dearden.

Si le Canada viole les ententes de l'OMC et/ou de l'ALENA, qu'est-ce que cela signifie pour les Canadiens, pour le Canada et pour les citoyens et/ou les consommateurs canadiens? Quelles sont les conséquences?

M. Richard Dearden: Je crois que M. Abbott a raison en affirmant qu'il n'y aurait pas d'amende. C'est vrai. Mais le Canada respecte-t-il ses obligations aux termes des traités internationaux? Il ne les a signés que pour faire de la dérogation une modification permanente à l'Accord sur les ADPIC. Selon moi, il importe que le Canada honore ses obligations commerciales internationales. Comme l'a indiqué M. Abbott, il ne s'expose à aucune amende. On peut toutefois recourir à une stratégie selon laquelle on viole la loi, puis on étire les poursuites pendant cinq ans avant de se faire dire de corriger la situation. Mais entre-temps, on aura exporté des produits illégalement ou d'une manière non conforme à la décision.

M. Peter Braid: Merci.

Le président: Merci, monsieur Dearden.

M. Peter Braid: Monsieur le président, pourrais-je intervenir très brièvement? Quelqu'un a prétendu plus tôt que les Canadiens sont nuls au basket-ball. Eh bien, sachez que Steve Nash, un Canadien, a été élu deux fois de suite joueur le plus utile de l'année par la NBA.

Le président: Merci, monsieur Braid. Je suis ravi que tout le monde soit maintenant au courant.

Je laisse maintenant la parole à M. Bouchard pour cinq minutes.

[Français]

M. Robert Bouchard (Chicoutimi—Le Fjord, BQ): Je vous remercie, monsieur le président.

Bonjour, madame, messieurs. Je vous remercie de vos témoignages.

J'ai deux courtes questions à poser à M. Attaran. Mon collègue M. Cardin posera ensuite une troisième question.

Vous avez dit qu'ici, au Canada, les médicaments génériques étaient plus chers qu'ailleurs dans le monde. Donc, au Canada, lorsqu'on produit des médicaments génériques, on est moins concurrentiels. Est-ce la principale raison pour laquelle c'est plus cher ici, au Canada?

• (0950)

M. Amir Attaran: Probablement pas. En ce qui concerne les questions économiques, il y a toujours plusieurs forces, plusieurs raisons, mais c'est sûrement en raison du manque de concurrence. Aussi, peut-être que les producteurs canadiens sont habitués à être plus rentables que dans les autres pays. Je ne sais pas.

M. Robert Bouchard: Je reprends vos propos, et corrigez-moi si j'ai mal compris: oubliez le projet de loi C-393, le RCAM, cela ne fonctionne pas, canalisez vos efforts vers d'autres moyens.

Si vous aviez à faire quelques recommandations au Canada, quelles seraient les bonnes choses à faire pour le Canada?

M. Amir Attaran: Me permettez-vous de répondre en anglais?

M. Robert Bouchard: Oui.

[Traduction]

M. Amir Attaran: Merci.

Nous devons être pragmatiques quand aux possibilités et aux limites du RCAM. Pendant que j'étais assis là, il m'est venu une idée un peu bizarre, dont je vais tout de même vous faire part, plus par curiosité intellectuelle que pour autre chose.

D'aucuns pourraient affirmer que le RCAM est le mécanisme le plus efficace du monde et qu'il ne faut pas le modifier, car il a déjà servi une fois, alors que les 30 autres pays n'ont pas encore réussi à utiliser le leur. Je sais que c'est très bizarre de qualifier cette loi d'« efficace », mais on pourrait considérer qu'il vaut mieux ne pas intervenir en se disant qu'il ne faut pas chercher à corriger ce qui n'est pas bancal.

Mais selon moi, les interventions ou les modifications que l'on pourrait apporter à la loi ne la rendront pas plus ou moins efficace, puisque cette efficacité est somme toute minime. Il est donc préférable — et c'est pourquoi je suis heureux que vous m'ayez posé la question — d'envisager d'autres solutions pour améliorer la santé dans le monde. C'est complètement insensé que des milliards de personnes soient exposées à des maladies bénignes et que des millions de gens meurent du sida et du paludisme chaque année. C'est totalement inacceptable. Mais si nous voulons intervenir intelligemment au lieu de nous lamenter, nous nous demanderons quelle est notre spécialité. Dans quel domaine excellons-nous? Comment apporter la meilleure aide possible, et ce, en admettant qu'une trentaine d'autres pays ont des lois qui sont, à certains égards, supérieures au RCAM et qui apportent de l'aide dans ce domaine? Voilà, à mon avis, la bonne façon de faire.

Nous pouvons certainement offrir de l'aide dans le domaine du financement et de la formation. Nous sommes l'un des rares pays où il est possible de faire des études universitaires en anglais ou en français. Nous pouvons former des scientifiques, des techniciens et des médecins venant des pays en développement pour qu'ils pratiquent dans le réseau de soins de santé de leur pays. Nous pouvons contribuer à résoudre des problèmes, comme celui des médicaments contrefaits. Et je ferais remarquer à M. Masse qu'il se

trompe complètement en pensant que je suis en faveur de ces médicaments, car ce n'est pas le cas. Je les condamne.

M. Brian Masse: Je n'ai rien dit de tel. Et je maintiens mes propos.

M. Amir Attaran: J'en suis désolé.

M. Brian Masse: Eh bien, pas moi.

M. Amir Attaran: Le fait est que l'on peut, et même doit, faire autre chose. Nous excellons dans le domaine technique, alors formons du personnel, offrons l'appui de nos laboratoires et accordons une aide financière plus généreuse. Le gouvernement a récemment bonifié sa contribution au fonds mondial. Bravo. Augmentons-la encore. Voilà ce que nous pouvons et devons faire.

Mais je vous en prie, admettez que cette loi a fait chou blanc. Le RCAM est un échec. Cessons donc de perdre notre temps et passons à des mesures qui permettront de vraiment améliorer les choses. Soyons pragmatiques au lieu d'être idéalistes.

Le président: Je sais que Mme Kiddell-Monroe voudrait intervenir rapidement.

Pourriez-vous faire vite? M. Cardin a une autre question à poser.

[Français]

Mme Rachel Kiddell-Monroe: J'ai un tout petit commentaire, monsieur Bouchard. Je ne crois pas que ce soit l'un ou l'autre; ce sont les deux. Il existe beaucoup d'initiatives que peut prendre la Canada. Le projet de loi C-393 est une des initiatives, il peut aider. Il y a assurément d'autres initiatives. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est très important. Le financement dont M. Lake a parlé plus tôt est un très important effort que fournit le Canada.

Le Canada peut aussi aider sans occasionner de frais aux Canadiens. En fait, il s'agit juste de laisser nos compagnies pharmaceutiques, nos compagnies de médicaments génériques, faire le bon travail. Car elles ont des spécialités très précises qui peuvent vraiment avoir un grand impact sur le monde dans le domaine de la santé.

• (0955)

[Traduction]

Le président: Merci, madame Kiddell-Monroe.

Allez-y très brièvement, monsieur Cardin.

[Français]

M. Serge Cardin: Je ferai des commentaires.

Merci d'être là.

Pour faire suite aux propos de Mme Kiddell-Monroe, je dois dire qu'on a en effet des problèmes. D'abord, des gens meurent. Ensuite, il est question d'argent. De plus, vous l'avez mentionné au début, on est actuellement dans un processus presque antidémocratique, parce qu'on n'est pas assurés du parrainage.

La première étape consisterait tout au moins à renvoyer ce projet de loi à la Chambre pour qu'on puisse se prononcer sur la question. Toutefois, on peut avoir de sérieux doutes, certaines personnes ont d'autres objectifs.

Il y a donc des gens qui meurent. Il est aussi question d'argent. Vous avez parlé du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui est de l'ordre de 13 milliards de dollars par année. Vous dites que le Canada fournit un effort. On nous a dit, la semaine dernière, qu'il contribuait pour 150 ou 160 millions de dollars, dans une proportion d'à peu près 1 p. 100.

Pour les compagnies aussi, c'est une question d'argent, sauf qu'elles oublient souvent que les personnes qui meurent n'achèteront jamais de médicaments au gros prix. C'est évident. Dès lors, pour quelle part les compagnies pharmaceutiques pourraient-elles contribuer? D'une manière ou d'une autre, elles ne leur vendront jamais rien. Par conséquent, aussi bien les leur vendre, qu'elles les vendent même un peu à perte.

Le président: Merci, monsieur Cardin.

[Traduction]

Nous laissons maintenant la parole à M. Wallace. Monsieur Wallace, nous devons entendre encore deux autres groupes de témoins. Je vous demanderais donc d'être le plus bref possible.

M. Mike Wallace (Burlington, PCC): En fait, monsieur le président, je n'ai qu'une seule question à poser. J'aimerais d'abord remercier nos témoins ici présents et nos invités qui assistent à la séance par vidéoconférence.

Je vais m'en tenir au projet de loi à l'étude et poser la même question à MM. Dearden et Abbott. Le projet de loi propose une modification. Pour le moment, tout médicament exporté doit d'abord être approuvé par Santé Canada. En vertu de ce projet de loi, cette approbation sera optionnelle, selon les demandes du pays importateur. J'ignore la réponse, mais si le fabricant choisit de ne pas faire approuver son médicament avant de l'exporter, le Canada peut-il être tenu légalement responsable parce qu'il ne l'a pas évalué?

J'imagine que, pour l'instant, la responsabilité légale revient au Canada, puisqu'il est tenu d'approuver les médicaments avant leur exportation. Mais si cela change, imputera-t-on au Canada une nouvelle responsabilité légale? Il y a plusieurs avocats ici, mais j'aimerais entendre l'opinion des deux que j'ai choisis.

M. Richard Dearden: Il y en a un troisième à ma gauche.

M. Mike Wallace: Et un quatrième.

M. Richard Dearden: En fait, selon la décision du conseil général, les fabricants qui exportent leurs médicaments en vertu du RCAM ne sont pas tenus d'obtenir au préalable l'approbation de Santé Canada. Mais selon moi, ni l'industrie du médicament générique, ni l'industrie du médicament innovateur ne s'opposent au système de licence obligatoire pour assurer la sécurité des médicaments exportés.

Peu importe le médicament, ce qui me dérange, monsieur Wallace, c'est que la définition de « produit pharmaceutique » que l'on donne dans la décision du conseil général vise les épidémies et les problèmes sérieux. Elle n'englobe pas les médicaments liés au mode de vie. À mon avis, le projet de loi C-393 rate la cible, car il s'applique à tous les médicaments, et non à ceux qui apparaissent sur la liste limitée publiée à l'annexe 1.

Mon collègue voudrait ajouter quelque chose, alors je vais lui céder la parole.

M. Mike Wallace: Si vous n'y voyez pas d'objection, nous entendrons d'abord M. Abbott.

M. Frederick Abbott: En fait, M. Dearden a raison. Aucune règle de l'OMC ou ayant trait à l'OMC ne régit la qualité, la sécurité ou

l'efficacité des médicaments. De ce point de vue, il n'y a aucune responsabilité.

Ensuite, de façon générale, presque tous les pays disposent d'un organisme national de réglementation ayant pour mandat d'approuver les médicaments vendus sur leur territoire et d'en établir la qualité. Mais dans ce cas, il existe un problème et une solution encore plus pratiques à la question que vous soulevez.

Presque tous les antirétroviraux fournis en grande quantité en Afrique le sont grâce au financement à grande échelle d'organismes multilatéraux et de fonds de donateurs, comme le fonds international. Tous ces fonds fixent la même exigence, soit que les médicaments achetés respectent des lignes directrices rigoureuses en matière de conformité. Souvent, et même généralement, ces lignes directrices sont celles du programme de préqualification de l'OMS.

En pratique, il est très peu probable que, dans le cadre de ce système, le Canada puisse exporter des médicaments non qualifiés ou non sécuritaires. Je vais m'arrêter ici.

• (1000)

M. Mike Wallace: Si les deux autres ont quelque chose à ajouter, je serais heureux d'entendre leurs opinions.

M. Amir Attaran: Merci de m'en donner la possibilité.

J'aimerais attirer votre attention sur un point que M. Abbott a soulevé. Il a dit que les médicaments exportés doivent respecter des « lignes directrices rigoureuses ». Ce sont ses paroles, et il a raison.

Cependant, des lignes directrices rigoureuses, ce n'est pas la même chose que des lois. Puisque vous avez soulevé ce point par rapport au projet de loi, monsieur Wallace, je vous dirais que la seule façon appropriée de procéder, c'est de préciser dans une loi que Santé Canada doit exercer la même surveillance réglementaire pour les médicaments exportés en vertu du RCAM que pour les médicaments destinés au marché canadien. Des lignes directrices non contraignantes sur le plan juridique ne suffisent pas.

Un problème est survenu en Europe. Je dois faire attention à ce que je dis, car un de mes collègues qui a dénoncé publiquement ce problème s'est fait poursuivre.

Une entreprise européenne installée dans un pays européen fournit à l'Afrique des médicaments contre le paludisme, dont certains sont inférieurs aux normes. Pourquoi? Parce que les lois du pays en question autorisent l'exportation de l'Europe vers l'Afrique de médicaments qui ne respectent pas les normes réglementaires du pays lui-même. Cela se traduit par des patients qui reçoivent un type de traitement qui ne leur convient pas.

Les tactiques utilisées dans cette industrie sont si impitoyables, qu'un autre professeur a été poursuivi simplement parce qu'il a abordé le sujet.

Le président: Merci, monsieur Attaran.

Madame Kiddell-Monroe.

Mme Rachel Kiddell-Monroe: Merci beaucoup.

Les deux points soulevés, soit la liste des médicaments et l'approbation de Santé Canada, dépassent les exigences de l'OMC. Ce sont des éléments que le gouvernement du Canada a décidé d'apporter à la table de négociations. Ils ne sont pas nécessairement conformes aux normes de l'OMC. Si l'on dit qu'il faudrait simplement se fier aux normes de l'OMC, alors ces éléments ne sont pas nécessaires.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Wallace.

Merci beaucoup à nos témoins, ici et à l'étranger. Nous avons bien aimé vos témoignages.

Je demanderais aux membres du comité qui désirent s'entretenir avec des témoins de bien vouloir le faire à l'extérieur de la salle. Nous devons accueillir un autre groupe de témoins pour la prochaine heure et demie, et nous voulons procéder le plus efficacement possible.

Nous allons faire une pause de cinq minutes.

- _____ (Pause) _____
-
- (1005)

Le président: Mesdames et messieurs, nous allons maintenant reprendre nos travaux. Je vais présenter notre nouveau groupe de témoins.

Nous avons Mme Emilou MacLean, directrice de la campagne d'accès aux médicaments essentiels, aux États-Unis, Médecins sans frontières; M. Grant Perry, vice-président des affaires publiques et des remboursements, GlaxoSmithKline Canada; Mme Elizabeth Rennie et Mme Linda Watson, Comité d'action national de la campagne de grands-mères à grand-mères; M. Bruce Clark, vice-président des affaires réglementaires et médicales, Apotex Inc.; enfin, M. Russell Williams, président, et M. Laurence Dotto, directeur des relations gouvernementales et des affaires extérieures, Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada.

Nous accueillons également, par téléconférence, M. Angus Livingstone, directeur général, Bureau de liaison entre l'université et l'industrie, Université de la Colombie-Britannique.

Qui fera la déclaration d'ouverture pour la campagne de grands-mères à grands-mères?

D'accord, madame Rennie, vous avez cinq minutes.

Mme Linda Watson (membre, Comité d'action national de la campagne de grands-mères à grand-mères): Est-ce que je peux prendre quelques instants pour parler de cette boîte?

Le président: Bien sûr, mais cela fera partie de votre déclaration d'ouverture.

Mme Linda Watson: J'aimerais simplement dire que nous avons apporté 3 000 pièces de correspondance, et d'autres arrivent sans cesse et s'ajoutent aux 9 000 que nous ont déjà fait parvenir des Canadiens de partout au pays pour appuyer le projet de loi C-393.

Mme Elizabeth Rennie (membre, Comité d'action national de la campagne de grands-mères à grand-mères): Nous sommes très reconnaissants envers M. Sweet, président de ce comité, et les membres du comité d'avoir accepté d'entendre notre témoignage sur ce projet de loi.

Nous représentons des grands-mères et des petites-filles inquiètes de partout au pays. J'ai avec moi des membres de la Colombie-Britannique, du Québec et de la Nouvelle-Écosse.

La campagne de grands-mères à grands-mères réunit 240 groupes — soit 10 000 personnes — d'un océan à l'autre, sans oublier les milliers d'autres personnes participantes. D'ailleurs, un sondage Pollara mené en 2009 révèle que 80 p. 100 des Canadiens appuient ce projet de loi.

Nous sommes inquiètes du sort des grands-mères en Afrique. Pourquoi l'Afrique? Parce que, comme vous le savez, c'est la région du monde la plus touchée par la pandémie de VIH.

Mesdames et messieurs, cette pandémie touche les enfants: 13 millions d'entre eux ont perdu au moins un de leurs parents.

C'est plus que tous les enfants du Canada et de la Norvège réunis.

Cette situation touche les femmes et les enfants, plus particulièrement ceux et celles qui vivent dans des pays en développement. Le sida est la principale cause de décès chez les nourrissons. D'ailleurs, en Afrique du Sud du Sahara, la plupart des enfants séropositifs meurent avant l'âge de deux ans.

Imaginez un instant ce que ce serait d'enterrer vos enfants pour ensuite prendre soins de deux, quatre ou dix orphelins, des enfants et des adolescents très vulnérables. J'ai rencontré des gens dans cette situation en Afrique.

Que serait le Canada s'il perdait toute une génération de travailleurs, d'adultes? On a perdu des parents, des enseignants, des infirmières et des travailleurs qui seraient vivants aujourd'hui s'ils avaient reçu le traitement salutaire qu'ils ne pouvaient pas se payer.

Après avoir souligné les conséquences du VIH-sida sur les femmes, il est essentiel de reconnaître que ce sont les femmes de l'Afrique du Sud du Sahara qui assurent la survie de ce continent, grâce à leurs initiatives positives et leur détermination à cesser la propagation de cette pandémie. Cela ne sera possible que si elles ont un meilleur accès à des médicaments abordables.

Nous avons lu les rapports et les études, rencontré les députés et entendu leurs inquiétudes. Comme Linda l'a souligné, vos collègues vous diront que des milliers de Canadiens nous ont fait part de leur appui.

Il est clair que les Canadiens ne sont pas indifférents à cette situation. Nous croyons que l'accès à des soins de santé devrait être universel.

Les grands-mères du Canada ne sont pas naïves. Nous savons que l'adoption de cette mesure législative sans amendements ne constitue qu'une solution. Ce n'est pas un remède universel, et nous le savons bien. Mais nous nous interrogeons sur la sagesse de rejeter une solution viable pour créer un mécanisme différent.

On a déjà fait valoir que le Canada doit d'abord s'attaquer à la pauvreté. Il n'est pas question ici de choix. Toutes les initiatives entourant la lutte contre la pauvreté sont extrêmement importantes. Elles forment une réponse multidimensionnelle nécessaire pour sauver des vies et des collectivités. Mais un fait demeure: même avec des médicaments en provenance de la Chine et de l'Inde, il y a des endroits où des gens qui disposent d'infrastructures et qui ont accès à de l'eau potable doivent inscrire leur nom sur une liste et attendre que quelqu'un dans leur collectivité meure afin de recevoir un traitement. C'est aujourd'hui que le traitement est important.

- (1010)

Ce débat devrait porter sur les gens, et non sur les brevets ou la propriété intellectuelle. Il ne devrait pas porter sur la protection des brevets au détriment de la vie humaine. Il s'agit ici d'un projet de loi humanitaire. Il concerne des gens comme vous et moi.

En mai, certaines d'entre nous se sont rendues en Afrique et ce qui autrefois était abstrait est devenu réel. Les statistiques ont maintenant un visage, un visage courageux. Nous ne prétendons pas que notre séjour de plus de deux semaines en Afrique a fait de nous des expertes, mais nous n'étions pas là en tant que touristes. Nous nous sommes rendues en Afrique pour écouter et pour apprendre.

Nous avons entendu des histoires déchirantes. Nous avons marché, parlé, mangé et dansé avec des femmes de 13 pays différents, dont le Kenya, le Malawi et le Swaziland. Elles nous ont toutes fait la même demande: « Nous savons quoi faire. Nous savons ce dont nous avons besoin. Aidez-nous. Soyez notre voix au Canada. »

• (1015)

Le président: Merci, madame Rennie. Je suis désolé, mais votre temps est déjà largement écoulé.

Mme Elizabeth Rennie: Je sais qu'il y a beaucoup de statistiques. Puis-je raconter une histoire s'il vous plaît, monsieur le président?

Le président: Sommes-nous d'accord pour lui accorder une minute additionnelle et la laisser terminer?

M. Mike Lake: Oui, si tout le comité est d'accord.

Le président: Allez-y, madame Rennie.

Mme Elizabeth Rennie: Merci beaucoup.

J'ai écouté une femme en Afrique du Sud me raconter son histoire. Cette femme existe vraiment. Elle a ramené son enfant de quatre ans chez elle, parce qu'il est séropositif, et son mari l'a quittée, parce qu'il ne voulait pas vivre dans cette maison. Pendant qu'elle contait son histoire, je me suis mise à pleurer. Elle m'a regardée et a dit: « Elizabeth, je ne veux plus jamais pleurer. » Ensuite, elle s'est mise à chanter une chanson d'espoir vibrante et évocatrice qui a rempli la pièce, et nous avons tous entonné « Dumela, dumela », une chanson d'espoir. Les grands-mères africaines nous ont dit en nous prenant dans leurs bras à quel point elles se sentaient plus fortes de savoir que les femmes canadiennes se souciaient d'elles. Imaginez leur immense joie si elles savaient que le gouvernement canadien allait redoubler d'efforts et démontrer sa compassion humaine et son souci des gens.

Le président: Merci.

Mme Elizabeth Rennie: Ce sont les histoires. J'en ai une autre.

Le président: Merci, madame Rennie.

Mme Elizabeth Rennie: Comment pouvez-vous ne pas adopter ce projet de loi? Vous pouvez sauver des vies.

Le président: Je tiens à faire savoir au comité que nous avons reçu un courriel tard hier soir au sujet de Bruce Clark, le représentant d'Apotex. Il n'est pas ici aujourd'hui en raison de circonstances imprévues. Son exposé nous sera transmis, puis traduit dans les deux langues officielles et enfin distribué aux membres du comité.

Pourquoi ne pas aller d'abord du côté de la vidéoconférence?

Monsieur Livingstone, vous avez cinq minutes pour faire votre exposé, s'il vous plaît.

M. Angus Livingstone (directeur général, Bureau de liaison entre l'université et l'industrie, University of British Columbia, à titre personnel): Merci, monsieur Sweet.

J'aimerais vous remercier de l'occasion de venir m'entretenir avec vous aujourd'hui. Je suis le directeur général du Bureau de liaison entre l'Université de la Colombie-Britannique et l'industrie. Je m'occupe des brevets et des licences pour les technologies universitaires depuis 20 ans, majoritairement dans le secteur

biopharmaceutique. Plus de la moitié des entreprises de biopharmaceutique et de biotechnologie de la Colombie-Britannique tirent leurs origines des technologies de l'Université de la Colombie-Britannique.

D'entrée de jeu, j'aimerais préciser que je ne parle pas au nom de l'Université de la Colombie-Britannique...

Le président: Je m'excuse. Veuillez rapprocher le microphone, monsieur. Nous avons besoin d'une bonne qualité sonore pour l'interprétation.

M. Angus Livingstone: C'est le plus près que je peux le mettre.

D'entrée de jeu, j'aimerais dire que je ne parle pas au nom de l'Université de la Colombie-Britannique, mais plutôt à titre de membre de la communauté universitaire, et les opinions exprimées n'engagent que moi.

Je suis très fier de dire qu'en 2007, l'Université de la Colombie-Britannique est devenue la première université canadienne à officiellement adopter les principes relatifs à l'accès universel, ce qui, en gros, veut dire que l'Université s'engage à rendre ses technologies disponibles pour les pays en voie de développement lorsqu'elles peuvent être utiles pour améliorer la santé, l'environnement et la sécurité. Cet engagement a été accru en 2009 lorsque nous avons collaboré avec Yale et Harvard à l'élaboration de la déclaration des principes et des stratégies pour une dissémination équitable des technologies médicales.

À ce jour, l'Université de la Colombie-Britannique a inclus un certain nombre de dispositions relatives à l'accès universel à ses accords de licence, notamment des exigences pour l'obtention des licences obligatoires, la distribution de médicaments au prix coûtant et le retour au pays d'origine. L'Université de la Colombie-Britannique et ses hôpitaux affiliés affectent plus de un demi-milliard de dollars à la recherche annuellement, dont environ 60 p. 100 dans les sciences de la vie.

Mon monde s'est radicalement transformé au cours des cinq dernières années, et les licences technologiques sont de plus en plus difficiles en raison des problèmes mondiaux dans les industries de biotechnologie et du capital de risque. Pendant ce temps, le gouvernement nous demande de montrer un rendement des investissements pour les importantes sommes qu'il nous a versées pour nos recherches.

C'est dans ce difficile environnement que je cherche à inclure des dispositions relatives à l'accès universel dans mes accords de licence, et l'idée peut s'avérer très difficile à vendre. La mise au point de médicaments coûte cher et est déjà une entreprise risquée sans qu'on y ajoute des dispositions relatives à l'accès universel qui seront mises en oeuvre seulement après l'approbation du médicament, soit d'ici 10 ou 15 ans, alors que le monde tel qu'on le connaît aujourd'hui aura considérablement changé.

En examinant le projet de loi C-393 et en lisant les témoignages précédents, des aspects me sautent aux yeux. Tout le monde trouve louable l'objectif de rendre les médicaments disponibles aux gens dans le besoin partout dans le monde. Bon nombre d'éléments doivent être en place: l'accès à des médicaments à prix modique, l'infrastructure locale, le personnel médical, l'eau, l'hygiène et d'autres déterminants sociaux. Bien que le projet de loi C-393 puisse faciliter l'accès à des médicaments à prix modique, à lui seul, il ne suffira pas à garantir leur accès aux gens dans le besoin. Toutefois, il semble raisonnable d'éliminer les coûts exorbitants pour les pays concernés, et c'est le but du projet de loi C-393.

Étant donné le besoin de préparations pour enfants, de médicaments de deuxième ligne et les modifications aux lois sur les brevets en Inde et en Chine, nous aurons peut-être de plus en plus besoin d'avoir accès aux médicaments brevetés.

Je mets en garde contre la mise en oeuvre et les possibles conséquences non prévues d'un changement qui feraient en sorte qu'on passerait d'une réglementation contraignante et compliquée, selon l'expérience d'Apotex au Rwanda, à la solution d'une licence unique pour tous les pays, comme le propose le projet de loi C-393, qui, selon moi, manque de mécanismes de contrôle.

En particulier, je suis préoccupé par l'absence d'un processus d'approbation pour chaque pays et de date d'expiration pour les licences. Si on ajoute cela au fait que les pays puissent accepter des médicaments qui n'ont pas été approuvés par Santé Canada ou par le programme de préqualification de l'OMS, on pourrait retrouver des médicaments en circulation, dont les profils en matière d'innocuité et d'efficacité seraient inadéquats. L'élimination des exigences en matière de marquage, de couleur et d'étiquetage ouvre la porte aux détournements vers d'autres pays ou vers d'autres classes sociales au sein du pays destinataire.

Quoique le détournement ne soit pas un problème important jusqu'à maintenant, je sais que 95 p. 100 des médicaments essentiels de l'OMS ne sont pas brevetés, et l'envie de les détourner augmentera lorsqu'il faudra combler l'écart des coûts associés aux médicaments brevetés, ce dont traite le projet de loi C-393.

Les représentants d'entreprises dans les pays développés m'ont confié craindre que des effets médicaux indésirables dans les marchés du tiers-monde n'entraînent des conséquences dans les marchés des pays développés. Cela pourrait provoquer l'arrêt réglementaire de la vente de ces médicaments au Canada et une importante diminution des débouchés commerciaux.

En dernier lieu, à mon avis, nous devons tenir compte des possibles conséquences d'un événement majeur entourant le détournement ou les effets médicaux indésirables des médicaments. Selon moi, cela réduirait possiblement les investissements des pharmaceutiques en recherche et développement au Canada. Si cela survenait, nous pourrions avoir du mal à mettre au point des médicaments au Canada, et cela compliquerait certainement ma tâche pour les licences dans le milieu universitaire. Si jamais cela arrivait, les Canadiens pourraient avoir un accès réduit aux médicaments.

• (1020)

La mise au point de produits pharmaceutiques est un commerce mondial, et l'industrie peut éviter des pays qui présentent des risques inacceptables.

En résumé, j'appuie l'examen du RCAM pour en améliorer son efficacité, mais cela doit être fait par l'entremise de mécanismes de contrôle pour nous assurer que l'accès se fait de manière contrôlée et responsable.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Livingstone.

Passons maintenant à Emilou MacLean pendant cinq minutes, s'il vous plaît.

Mme Emilou MacLean (directrice, États-Unis d'Amérique, La campagne d'accès aux médicaments essentiels, Médecins Sans Frontières): Merci. Bonjour.

C'est un plaisir et un honneur pour moi de venir témoigner ici aujourd'hui. Médecins Sans Frontières est un organisme international

d'aide humanitaire et médicale actif dans plus de 65 pays, et je suis ici pour faire valoir trois points en me fondant sur l'expérience de MSF.

Premièrement, les médicaments sauvent tout simplement des vies dans les pays pauvres. Cela semble assez évident, mais c'est important de le dire. Deuxièmement, l'accès à des médicaments efficaces et abordables dépend de la concurrence dans le milieu des médicaments génériques. Troisièmement, le Canada peut faire plus que ce qu'il fait actuellement pour appuyer l'accès aux médicaments dans les pays en voie de développement.

Les difficultés d'accès aux médicaments concernent tous les nouveaux médicaments et toutes les maladies, mais on continue de se servir du sida comme porte-étendard pour parler des besoins criants, des possibilités qu'offre la réduction des prix provoquée par la concurrence des médicaments génériques et de la volonté politique, qui est très importante.

MSF a commencé à offrir des traitements contre le sida en 2001. À l'époque, une panoplie de gens ont affirmé que ce n'était pas possible de le faire dans les pays pauvres. Ils disaient que l'infrastructure était insuffisante. Les patients pauvres ne prendraient pas leur traitement régulièrement. Des gens ont même été jusqu'à dire: « Les Africains n'ont même pas de montres. Comment sauront-ils quand prendre leur traitement? » À cette période, seulement 8 000 Africains suivaient une thérapie antirétrovirale.

Bien entendu, maintenant, ces arguments semblent vides de sens. Les cliniques de MSF engagent actuellement des milliers de gens par année, au lieu de quelques dizaines. Nous innovons, en fonction des ressources disponibles. Les traitements faits par le personnel infirmier sont fréquents et efficaces. Les traitements sont radicalement décentralisés et simplifiés: nous sortons des hôpitaux pour nous installer dans des postes de santé, sous les arbres et sur l'accotement des routes. Pour les sceptiques, ça fonctionne. Les 5,2 millions de gens qui suivent le traitement ne seraient pas en vie autrement, comme vous l'avez déjà entendu au cours d'une autre séance. En 2006, une étude publiée dans le JAMA a démontré qu'en moyenne les Africains observent davantage le traitement que les Nord-Américains.

L'augmentation du nombre de personnes traitées au cours de la dernière décennie a uniquement été rendue possible grâce à la concurrence des produits génériques. Cette concurrence a permis aux coûts annuels des médicaments ARV de chuter, passant de plus de 10 000 \$ à 67 \$ annuellement par patient pour la polythérapie générique la plus abordable aujourd'hui.

En 2002, je travaillais en Afrique du Sud avec MSF, et notre objectif était de traiter 180 personnes dans le cadre d'un projet pilote. La première livraison de médicaments brevetés a coûté plus cher que la voiture qui a servi à les transporter de la pharmacie à la clinique. C'était peut-être correct pour un projet pilote qui servait à démontrer aux sceptiques qu'ils avaient tort, à faire un petit geste pour combler les besoins criants et à faire un appel à l'action, mais MSF ne pourrait pas fournir le traitement contre le sida à 160 000 personnes, comme c'est le cas actuellement, s'il payait le prix exigé par les fabricants de médicaments de marque; le Fonds mondial n'en serait même pas capable. Le gouvernement canadien vient tout juste d'annoncer une contribution de 520 millions de dollars américains sur trois ans à ce fonds. Pardonnez-moi de vous donner les chiffres en devises américaines.

Le PEPFAR, une initiative qui procure énormément de médicaments contre le sida, a également reconnu l'importance de la concurrence des produits génériques dans sa lutte mondiale contre le sida. Au début, le PEPFAR était réticent à l'idée d'utiliser des médicaments génériques, mais une étude nous apprend que 90 p. 100 de ses médicaments contre le sida proviennent actuellement de fabricants génériques.

Le PEPFAR estime avoir économisé 215 millions de dollars américains uniquement en 2008 en achetant des ARV génériques — 215 millions de dollars américains. En une année, les économies ainsi réalisées par le PEPFAR représentent plus que la contribution annuelle du Canada au Fonds mondial. Je ne dis pas cela pour encenser les États-Unis ou dénigrer le Canada, mais simplement pour vous démontrer que la concurrence des médicaments génériques est très importante pour faire diminuer les prix et rendre plus abordable une ressource limitée.

Toutefois, les temps changent. Les énormes diminutions de prix provoquées par la concurrence des médicaments génériques ne s'appliquent pas aux nouveaux produits en raison des exigences en matière de propriété intellectuelle de l'Accord sur les ADPIC. Les médicaments de deuxième ligne contre le sida, les médicaments améliorés de première ligne et les nouveaux médicaments contre toutes les autres maladies sont et seront plus chers, parfois même à un prix prohibitif. Les médicaments ayant une combinaison à dose fixe — les pilules trois en un nécessaires pour une bonne observance du traitement et une augmentation rapide du nombre de patients traités — ne peuvent être fabriqués s'ils ont été brevetés par différentes entreprises.

En chiffre, 10 millions de personnes ont besoin immédiatement de traitement de première ligne contre le sida. Le coût des médicaments est très important pour ces gens. Une bombe à retardement explosera bientôt, pour citer le comité parlementaire sur le sida constitué de membres de tous les partis au Royaume-Uni. De plus en plus, les patients devront prendre de nouveaux médicaments pour assurer leur survie à long terme, mais la différence de prix est énorme entre les médicaments de première ligne les plus abordables, très souvent disponibles sous forme générique, et les médicaments améliorés de première ligne, les médicaments de deuxième ligne et les thérapies de sauvetage, très peu disponibles sous forme générique.

Les traitements de deuxième ligne coûtent sept fois plus cher, et les médicaments pour les thérapies de sauvetage et les traitements de troisième ligne coûtent au moins 23 fois plus cher, du moins là où ils sont disponibles.

● (1025)

De plus en plus, les prix des médicaments limiteront les options des patients et engloutiront les budgets dédiés à la santé s'il n'y a pas de réductions importantes des prix. Le sida est seulement un exemple, et ce n'est pas obligé d'être ainsi. Les licences obligatoires sont un mécanisme qui permet la concurrence des produits génériques malgré les brevets. Les prix ont chuté de moitié en Thaïlande grâce aux licences obligatoires sur l'efavirenz et ont diminué de 77 p. 100 au Brésil, permettant de traiter 20 000 patients additionnels en Thaïlande et d'en traiter trois fois plus qu'avant au Brésil.

Une décision réalisable portant sur le paragraphe 6 est importante pour les pays qui ne possèdent que peu ou pas de capacité de fabrication de médicaments génériques, particulièrement étant donné que même les pays les moins avancés doivent adhérer aux ADPIC et faire respecter les brevets d'ici 2016.

Le premier essai du Canada pour mettre en oeuvre la décision portant sur le paragraphe 6, ou la décision du 30 août, comme on l'appelle souvent, a ajouté des contraintes non nécessaires pour les pays les plus démunis qui doivent avoir recours au système, parce qu'ils ne possèdent pas de capacité de fabrication. Pourquoi le plus pauvre des pays pauvres devrait-il voir son fardeau tripler?

Comme Rachel Kiddell-Monroe vous l'a mentionné ce matin, MSF a essayé d'utiliser le système pendant des années, mais sans succès. Il y avait un urgent besoin, mais le fardeau qui pesait sur ces pays et les fabricants génériques était si important et l'attente si longue que nous nous sommes procuré un médicament générique indien préqualifié par l'OMS, avant que le RCAM devienne efficace.

Il est intéressant de noter que ce n'était pas parce que le Canada ne pouvait pas concurrencer le fabricant indien. Le médicament ayant une combinaison à dose fixe fabriqué par Apotex coûtait 143 \$ en devise américaine annuellement par patient, comparativement à 176 \$ pour les produits fabriqués par Aurobindo et Cipla en Inde. Le Canada avait des prix concurrentiels, mais se heurtait à certaines entraves, parce que le RCAM prêchait par la lenteur et l'inefficacité.

Si une personne à Ottawa, à Toronto ou à Québec contracte le VIH, elle peut espérer vivre jusqu'à environ 70 ans, selon de récentes études. Toutefois, qu'est-ce qui est disponible aux gens vivant avec le virus du VIH dans les pays en voie de développement? Médecins Sans Frontières presse le Canada de soutenir l'accès le plus facile à des médicaments abordables pour les pays en voie de développement qui n'ont pas la capacité suffisante de fabriquer des médicaments génériques.

Je discute avec les représentants de l'industrie et je peux dire que l'industrie trouvera toujours des excuses. J'espère que ce ne sera pas le cas du gouvernement.

Merci.

● (1030)

Le président: Merci, madame MacLean.

Monsieur Perry, la parole est maintenant à vous pendant cinq minutes.

M. Grant Perry (vice-président, Affaires publiques/Remboursements, GlaxoSmithKline Canada): Merci.

Mesdames, messieurs les députés, je vous remercie de me donner l'occasion aujourd'hui de vous parler de l'expérience de GlaxoSmithKline avec le Régime canadien d'accès aux médicaments, le RCAM, et des importantes initiatives, à l'échelle locale et mondiale, de notre entreprise visant l'amélioration de l'accès aux soins de santé dans les pays en voie de développement.

J'aimerais insister sur trois points. En premier lieu, le RCAM fait preuve d'efficacité et d'efficience dans l'atteinte de ses objectifs. En deuxième lieu, la fourniture de médicaments n'est qu'un des éléments essentiels à la résolution des problèmes en matière de soins de santé dans les pays en voie de développement. En troisième lieu, GSK s'est engagée à agir pour aborder ces problèmes par l'entremise de cadres comme le RCAM. Selon l'expérience de GSK, le RCAM est un mécanisme efficace qui permet au Canada de s'acquitter de ses obligations internationales et d'accroître l'accès à des médicaments essentiels pour les pays en voie de développement.

Bien que 32 autres pays membres de l'UE et d'ailleurs ont adopté des lois similaires au RCAM, à ma connaissance, les seuls médicaments qui ont été envoyés l'ont été à partir du Canada. En effet, en septembre 2008, Apotex a expédié de Toronto vers le Rwanda une cargaison d'un médicament à triple combinaison à dose fixe pour traiter le VIH/sida.

D'abord, permettez-moi de féliciter Apotex d'avoir agi pour aborder le problème au Rwanda. La chronologie des événements suivants est importante puisqu'elle révèle que seulement 68 jours se sont écoulés entre le moment où Apotex a formulé sa demande à GSK jusqu'à ce qu'elle soit autorisée à commencer à exporter au Rwanda la zidovudine et la lamivudine. Permettez-moi de vous en exposer les grandes lignes.

Vous vous rappellerez que le projet de loi C-9 est entré en vigueur en mai 2005, devenant à ce moment la Loi de l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique, maintenant le RCAM. Près d'une année complète s'est écoulée avant qu'Apotex ne fasse des démarches auprès de GSK et de deux autres détenteurs de brevets pour obtenir des licences volontaires. GSK a répondu rapidement, indiquant sa volonté de discuter de l'octroi d'une licence et demandant des précisions sur certaines questions clés portant sur les mesures contre le détournement et la sécurité des patients, des enjeux très importants aux yeux de GSK. À ce moment, Apotex n'a pas donné suite à notre demande de renseignements additionnels. Quatorze mois plus tard, GSK recevait d'Apotex une autre demande de licence volontaire. Dans les 26 jours suivants, GSK a donné son consentement au commissaire aux brevets pour qu'il émette une autorisation en vertu du RCAM. Une autre année s'est écoulée avant l'expédition, de Toronto vers le Rwanda, de la première cargaison d'un médicament à triple combinaison à dose fixe pour traiter le VIH/sida, non pas en raison de la bureaucratie et d'un long processus complexe, mais pour des raisons autres que les formalités administratives et légales et sans que GSK puisse faire quoi que ce soit. Il a fallu plus d'un an à Apotex pour commencer à envoyer au Rwanda son médicament générique.

Notre expérience prouve que le RCAM peut fonctionner et fonctionne lorsqu'il est mis à l'épreuve. En octobre 2009, GSK est même allée plus loin en affirmant qu'elle voulait continuer de travailler de manière constructive pour que les objectifs du Canada soient atteints. Nous ne devons pas perdre de vue les besoins des patients des pays en voie de développement. Bien que le RCAM intègre d'importantes mesures de protection et des exigences de transparence qui contribuent à stimuler les investissements en recherche et développement et à soutenir la mise au point de nouveaux médicaments, nous devons nous abstenir d'avoir recours au RCAM comme outil pour rouvrir le débat sur la propriété intellectuelle au Canada. Malgré que le Canada tire de l'arrière par rapport à d'autres pays lorsqu'il est question de protection de la propriété intellectuelle, la protection assurée par la réglementation en place au Canada représente la clé de la mise au point de nouveaux médicaments pour maîtriser et finalement éradiquer des maladies qui ravagent les pays en voie de développement. Nous ne devons pas relancer un débat sur la propriété intellectuelle qui alimenterait le climat d'instabilité et ferait fuir d'importants investissements dont notre pays a tant besoin.

Cela me mène à notre deuxième point. L'offre de médicaments ne représente qu'un seul des volets essentiels des soins de santé. Comme vous l'ont déjà précisé Mme Downie et d'autres, le simple fait d'offrir des médicaments, qu'ils portent un nom de marque ou qu'ils soient génériques, ne permet en rien de s'attaquer aux problèmes auxquels les pays en voie de développement font face, comme le manque d'hygiène et d'éducation, et les obstacles sociaux. Il existe d'importants problèmes d'infrastructure qui nuisent à l'accès aux travailleurs de la santé, aux réseaux de distribution et aux établissements de soins de santé.

Enfin, la corruption et la criminalité peuvent faire en sorte que les médicaments destinés aux patients soient détournés après leur

arrivée dans le pays ou même avant qu'ils ne parviennent aux autorités nationales. Nous devons nous doter d'une approche à large portée, qui va au-delà du RCAM, et c'est là notre troisième point.

GSK a adopté il y a longtemps une approche novatrice, responsable et durable en vue d'améliorer la santé des patients des pays en voie de développement. En partenariat avec des gouvernements, des ONG et le secteur privé, GSK a, entre autres, délibérément concentré ses efforts en recherche et développement sur les maladies présentes dans les pays en voie de développement, notamment le VIH, la tuberculose et la malaria. Nous cherchons à éradiquer de nombreuses maladies, comme la filariose lymphatique qui est l'une des maladies les plus invalidantes au monde, et nous offrons régulièrement nos antirétroviraux et nos vaccins à un prix préférentiel.

Cependant, nos engagements passés ne suffisaient pas. Nous avons cessé de nous répéter que ce n'est pas notre faute s'il n'existe aucune infrastructure pour la prestation de soins de santé et nous nous sommes mis à nous demander ce que nous pourrions faire pour mettre en place cette infrastructure. Conséquemment, nous avons mis sur pied de nombreuses nouvelles initiatives pour continuer d'aborder de front ces problèmes plus généraux et promouvoir concrètement le leadership de GSK. Plus précisément, nous avons récemment commencé à rendre accessible notre propriété intellectuelle sur des maladies tropicales négligées en créant une communauté de brevets et en invitant d'autres intervenants à se joindre à nous.

• (1035)

Nous avons ouvert à d'autres chercheurs les portes de notre centre de recherche consacré aux maladies touchant les pays en développement. Nous avons baissé les prix de nos médicaments brevetés vendus dans les pays les moins développés afin qu'ils n'excèdent pas 25 p. 100 des prix affichés dans les pays développés, et nous avons pris l'engagement de réinvestir 20 p. 100 des profits générés dans ces pays par la vente de nos médicaments dans des projets locaux d'infrastructure destinée à la prestation de soins de santé. Enfin, nous avons multiplié les dons d'albendazole pour traiter les enfants à risque de contracter des vers intestinaux. Le premier rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur les maladies tropicales négligées confirme que ces vers sont responsables de plus de troubles de santé parmi les enfants d'âge scolaire que tout autre type d'infection.

Je suis très fier de faire partie de l'accord de partenariat renouvelé entre les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada et Partenaires Canadiens pour la Santé Internationale, lequel partenariat contribuera à accélérer l'envoi de médicaments et d'autres fournitures à des populations dans le besoin dans l'ensemble du monde en développement.

En conclusion, nous avons démontré que le RCAM n'est que l'une des pièces d'un grand casse-tête. Et lorsque mise à l'épreuve, cette pièce a su démontrer son efficacité et son efficience dans l'atteinte de ses objectifs. GSK croit que nos intentions et efforts collectifs seront déployés à meilleur escient s'ils se concentrent sur un enjeu plus général, soit améliorer les soins de santé prodigués dans le monde en développement, en faisant preuve de leadership et d'initiative.

Je vous remercie de votre attention et je suis disposé à répondre à vos questions.

Le président: Merci, monsieur Perry.

Nous passons maintenant à M. Williams et M. Dotto. Je crois comprendre que vous allez vous partager les cinq minutes. Alors, monsieur Williams, vous pouvez commencer.

[Français]

M. Russell Williams (président, Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx & D)): Honorables membres du comité, je vous remercie. Nous sommes très heureux d'être parmi vous aujourd'hui. J'espère que nous pourrions faire avancer le débat et que celui-ci sera un facteur de progrès et d'innovation pour ce qui est de l'accès aux médicaments pour les pays en développement.

Je partage les sentiments qui ont été exprimés aujourd'hui, mais je pense qu'à l'égard des solutions, il faut ajouter une nuance, un point de vue pratique.

[Traduction]

Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada appuient les principes du RCAM, mais ce régime n'est qu'un des nombreux partenariats et initiatives dont nous disposons pour combattre les maladies dans le monde en développement. Vous avez entendu parler de certains de ces partenariats aujourd'hui. Vous en avez entendu parler d'autres lors de la comparution des représentants de l'ACDI au début de l'automne.

Il existe de nombreuses initiatives canadiennes pour aider à répondre aux besoins de santé dans les pays en développement. Pour notre part, les entreprises canadiennes membres, qui collaborent avec Partenaires canadiens pour la santé internationale depuis 1990, ont distribué des dons de médicaments d'une valeur de plus de 250 millions de dollars partout dans le monde. À l'échelle mondiale, et je pense que c'est un point très important, l'industrie pharmaceutique innovatrice est le troisième bailleur de fonds en importance pour la recherche et le développement concernant les maladies dans le monde en développement, derrière le gouvernement des États-Unis et la Fondation Bill et Melinda Gates. Il reste encore beaucoup à faire, mais les faits tendent à montrer que ces efforts volontaires portent fruit.

[Français]

À la fin de 2008, plus de 4 millions d'adultes et d'enfants provenant de pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont bénéficié d'un traitement antirétroviral, soit 10 fois plus qu'il y a tout juste cinq ans.

L'Afrique subsaharienne, où le besoin est le plus criant, a été le plus important bénéficiaire. On a enregistré une amélioration similaire pour ce qui est de l'administration de médicaments à des femmes enceintes en vue d'empêcher la transmission du sida au fœtus.

[Traduction]

Le RCAM fonctionne quand les règles sont suivies, mais plusieurs dispositions du projet de loi à l'étude nous préoccupent.

Premièrement, l'obligation actuelle de demander une licence en vertu du RCAM serait révoquée.

Deuxièmement, la notification actuelle des pays en ce qui concerne les limites sur les quantités de produits serait supprimée.

Troisièmement, le projet de loi rendrait la durée des licences indéterminée, même si les circonstances ayant mené à sa délivrance n'existent plus.

Quatrièmement, le projet de loi permettrait que des médicaments canadiens soient exportés vers les pays en développement sans le sceau d'approbation de Santé Canada. Cela créerait une situation où il y a deux poids, deux mesures en ce qui concerne la sûreté des médicaments utilisés au pays et celle des médicaments envoyés à l'étranger à des fins humanitaires.

Enfin, il y a le potentiel de détournement vers d'autres pays. Selon le rapport sur la corruption dans le monde, l'approvisionnement et la distribution de médicaments contrefaits constituent des sources de corruption dans l'approvisionnement de produits pharmaceutiques. L'OMS affirme qu'un médicament sur quatre dans les pays en développement est contrefait. Nous voudrions savoir, en particulier, dans quel but on renouvellerait la possibilité de mettre fin à une licence si un produit destiné à des fins humanitaires était réexporté par le pays auquel il avait été envoyé à l'origine. C'est là une question fondamentale.

Ce qui m'inquiète le plus, c'est de voir que beaucoup de temps et d'efforts ont été consacrés à ce projet de loi; pourtant, d'après l'énergie collective et l'unanimité que j'observe à l'égard des efforts visant à accroître la contribution du Canada, nous pourrions obtenir de meilleurs résultats si nous mettions davantage l'accent sur certains des programmes d'infrastructure volontaire et les partenariats établis par l'industrie.

[Français]

Sur ce, je vais céder la parole à M. Dotto, de l'organisme Abbott.

• (1040)

M. Laurence Dotto (directeur, Relations gouvernementales et Affaires extérieures, Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx & D)): Merci.

Je suis très heureux d'être parmi vous aujourd'hui. Je suis bénévole en Afrique depuis huit ans maintenant grâce à notre organisation caritative familiale qui aide les femmes et les enfants du Malawi. À ce jour, nous avons mené à bien plus de 15 projets locaux de développement durable, majoritairement axés sur la santé.

Lors de ma première visite au Malawi, en 2003, l'accès au dépistage du VIH était extrêmement difficile. Des sociétés comme Abbott fournissaient gratuitement des tests de dépistage, mais leur distribution était toujours problématique.

[Traduction]

Aujourd'hui, fort heureusement, le dépistage est beaucoup plus accessible. Des programmes de traitement du VIH sont en place dans des régions rurales, et la plupart des petits hôpitaux ont maintenant établi des programmes de lutte contre le VIH, dotés de conseillers tant bénévoles que rémunérés, et ces hôpitaux reçoivent des antirétroviraux par l'entremise de plusieurs ONG.

Aujourd'hui, la question de l'approvisionnement en médicaments est essentiellement réglée dans bon nombre de ces pays. Les médicaments génériques contre le VIH commencent à être distribués à partir de l'Inde et de l'Afrique du Sud. Aujourd'hui, les hôpitaux reçoivent des dons de médicaments contre le VIH et de médicaments antipaludéens grâce aux partenariats entre les ONG et les gouvernements.

Selon moi, le plus gros défi auquel font face des pays comme le Malawi, c'est l'absence continue d'une infrastructure de soins de santé. Il y a seulement un médecin pour 50 000 Malawiens et une infirmière pour 20 000 personnes. Aussi bien intentionné qu'il soit, le projet de loi C-393 ne règle pas les vrais défis ni les enjeux essentiels comme la pauvreté, l'éducation, la nutrition et l'accès aux soins de santé de base — autant de problèmes auxquels sont confrontés les pays moins développés.

À mon sens, pour que le Canada puisse faire une contribution valable à la lutte contre le VIH/sida en Afrique, on doit envisager de prendre des mesures dans des domaines prioritaires, notamment: accroître le soutien aux conseillers chargés de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, puisque ces conseillers doivent se déplacer de village en village pour donner des conseils et administrer un test de dépistage aux femmes enceintes; accroître le nombre de cliniques de santé mobiles pour permettre les déplacements vers les villages; et établir des fonds de transport — pourquoi pas? — afin de permettre à une mère séropositive de prendre le minibus pour se rendre à une clinique de traitement aux antirétroviraux qui se trouve à deux jours de marche de chez elle.

Il faut de toute urgence créer des programmes de dépistage d'enfants séropositifs pour qu'on puisse leur donner accès à des programmes de traitement. On compte 80 000 enfants séropositifs au Malawi, comparativement à seulement quelques centaines au Canada, alors quoi de plus important que d'essayer de créer un avenir meilleur pour le Malawi?

Voilà en quoi consistent les besoins réels, et il s'agit là de moyens pratiques pour créer une infrastructure de santé plus efficace dans des pays comme le Malawi.

Le président: Nous passons maintenant à la période des questions. En guise de rappel, je demande aux députés et aux témoins d'être brefs dans leurs interventions afin de tirer le meilleur parti de notre temps.

Monsieur Garneau, vous avez cinq minutes.

M. Marc Garneau: Merci, monsieur le président.

Je veux commencer par dire à Mme Rennie que son témoignage était très touchant. Ce que je retiens surtout de ses observations, c'est que la seule façon de régler ce problème est d'augmenter l'approvisionnement en médicaments pour les personnes qui en ont besoin.

Au cours de la dernière année, j'ai eu le plaisir d'accueillir dans mon bureau, à deux reprises, des représentantes du groupe Grands-Mères pour l'Afrique. Ayant moi-même eu deux grands-mères, je sais à quel point celles-ci peuvent exercer une grande influence. Je tiens à dire encore une fois que j'appuie totalement l'intention de distribuer ces médicaments aux gens qui en ont besoin.

Comme je suis un ingénieur à l'esprit très cartésien, je fais le constat suivant: certaines personnes disent que le RCAM ne fonctionne pas tel que prévu et que nous avons besoin du projet de loi C-393, alors que d'autres affirment le contraire et estiment qu'au lieu de nous attarder sur cette question, nous devrions plutôt nous pencher sur toutes les autres difficultés, notamment celles liées à l'infrastructure. Je crois que vous partagez probablement cet avis, c'est-à-dire l'idée que nous devrions également régler toutes ces autres questions.

Mais pour essayer de bien saisir cet argument, il m'est très difficile de déterminer qui a raison, parce que les positions sont, à bien des égards, diamétralement opposées. J'aurais bien aimé que les représentants d'Apotex soient ici ce matin. Je trouve très dommage qu'ils soient absents, parce que j'avais quelques questions bien précises à leur poser.

Comme ils ne sont pas ici, je vais m'adresser à M. Perry et M. Williams, et je reviens sur cette question. En vertu des règles du RCAM, il y a eu un cas — le cas du Rwanda — dans lequel Apotex est intervenue. J'aimerais qu'on en reparle, parce que la chronologie des événements ne me paraît pas très claire. Il a fallu apparemment 68 jours aux trois fournisseurs de médicaments brevetés pour

accorder une licence volontaire à Apotex. Ensuite, il a fallu un an pour la première livraison de médicaments — supposément on avait autorisé l'envoi de 15 millions de pilules —, puis une autre année pour la deuxième livraison.

J'essaie de comprendre pourquoi il a fallu un an pour acheminer les médicaments là-bas, lorsque le processus semble bien fonctionner pour ce qui est de délivrer la licence volontaire. J'aimerais y voir un peu plus clair et connaître votre interprétation des faits. Je comptais poser cette question aux représentants d'Apotex, mais ils ne sont pas ici. Alors, j'aimerais savoir ce que M. Perry et M. Williams en pensent.

Mesdames Rennie et MacLean, je serai heureux de connaître votre avis aussi.

• (1045)

M. Grant Perry: Pour ce qui est de savoir pourquoi il a fallu une année supplémentaire à Apotex après l'autorisation ou la licence, vous devrez poser la question à Apotex; malheureusement, je ne suis pas en mesure d'y répondre.

Je me contenterai de dire que trois semaines après la demande initiale, nous avons répondu aux gens d'Apotex pour leur faire part de notre intérêt à discuter d'une licence volontaire, mais nous n'avons pas reçu d'autres nouvelles d'eux. Trois mois plus tard, nous leur avons réécrit pour leur signifier que nous n'avions reçu aucune réponse à notre première lettre et que nous voulions savoir s'ils étaient disposés à communiquer avec nous. Il a fallu attendre jusqu'en juillet de l'année suivante — à partir de septembre de l'année d'avant — pour obtenir une autre demande, et 26 jours plus tard, nous indiquions au commissaire des brevets que nous étions disposés à souscrire aux règles du RCAM et à permettre l'autorisation de notre produit.

Quant à la question de savoir pourquoi il a fallu un an de plus, malheureusement je ne suis pas en mesure d'y répondre.

M. Russell Williams: Des rumeurs veulent que c'est à cause des négociations de prix, etc., mais nous ne le savons pas. Ce que nous pouvons dire sans équivoque, à la lumière des dates que nous avons documentées et présentées au comité sénatorial, c'est qu'il a fallu 68 jours au RCAM. Tous les retards, peu importe leurs causes, n'ont rien à voir avec le projet de loi dont nous parlons.

M. Marc Garneau: Madame MacLean.

Mme Emilou MacLean: Je me fierais aux observations faites par Rachel Kiddell-Monroe durant la première partie de la séance, parce que c'était elle la personne-ressource au Canada qui s'occupait de ce dossier pour Médecins Sans Frontières. Dans notre cas, la plus grande part du fardeau a été au début du processus, c'est-à-dire essayer d'amener un pays à prendre l'engagement de participer à cette initiative, en raison des pressions que subissent les pays quand ils essaient de recourir à des licences obligatoires, pressions qui sont exercées à la fois par l'industrie et les gouvernements de pays développés peu enclins à utiliser des licences obligatoires.

M. Marc Garneau: C'est une observation générale. Je veux savoir pourquoi il a fallu un an dans ce cas-ci.

Mme Emilou MacLean: Je m'en remets aux observations faites par Rachel Kiddell-Monroe plus tôt à ce sujet, parce que nous n'avons pas participé à l'achat proprement dit des médicaments d'Apotex...

M. Marc Garneau: C'est justement ce que je tiens à savoir; c'est ce qui me pose problème.

Monsieur Livingstone, vous vous êtes déjà occupé, à l'Université de la Colombie-Britannique, du genre de question dont nous parlons aujourd'hui. J'aimerais savoir ce qui, d'après votre expérience, constitue l'élément le plus fragile dans cette chaîne, quand on essaie de distribuer des médicaments qui sauvent des vies à ceux qui en ont besoin dans les pays du tiers monde? Quel est le maillon le plus faible de la chaîne? On nous a parlé du manque d'infrastructure et d'autres problèmes. Je serais curieux de connaître votre point de vue, d'après votre expérience et celle de vos collègues à l'Université de la Colombie-Britannique, parce que je sais que vous accordez beaucoup d'importance à cette question. Le Parlement canadien devrait assurément en faire autant.

Le président: Veuillez répondre le plus brièvement possible, monsieur Livingstone.

M. Angus Livingstone: Je serais porté à parler de réseau plutôt que de chaîne. En ce qui concerne l'accès aux médicaments, il s'agit clairement d'un élément qui doit exister, mais peu importe si on distribue des médicaments brevetés ou des médicaments génériques, l'accès aux médicaments à prix abordables peut se faire de nombreuses façons, et l'un ou l'autre des éléments doit être en place. Il y aura clairement des difficultés dans la livraison en Afrique, sans compter les problèmes d'infrastructure et d'éducation qui sont également importants.

Bref, je ne pense pas qu'il y ait un élément plus fragile qu'un autre; dans bien des cas, il est possible de trouver des solutions de rechange très viables.

• (1050)

Le président: Merci, messieurs Garneau et Livingstone.

[Français]

Nous passons maintenant au Bloc québécois.

Monsieur Malo, vous disposez de cinq minutes.

M. Luc Malo: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie tous nos témoins d'être parmi nous aujourd'hui pour étudier ce projet de loi.

Tout comme M. Garneau, je suis un peu désolé que les gens d'Apotex ne soient pas présents aujourd'hui. En effet, nous nous posons de sérieuses questions sur le temps qu'a pris l'acheminement du médicament. On nous a dit que ça avait vraiment été trop long, mais M. Dearden n'a pas émis la même opinion. C'était le cas également des fonctionnaires qui ont comparu au début de l'étude. Pour sa part, M. Perry nous a dit que tout s'était fait de façon diligente de son côté. On se demande vraiment où tout ce temps a été perdu. Bref, il aurait vraiment été intéressant d'entendre le point de vue des gens d'Apotex à ce sujet.

Madame MacLean, j'aimerais comprendre une des affirmations que vous avez émises. Vous nous avez dit que les médicaments génériques de première intention pouvaient être distribués à faible coût parce que les entreprises se faisaient concurrence. Les médicaments de première intention sont donc disponibles à plus faible coût. C'est ce même genre de concurrence dont nous avons besoin pour les médicaments de deuxième et de troisième intention.

Je me demande simplement de quelle façon les modifications au régime actuel permettront de créer davantage de concurrence, si le Canada est le seul à modifier son régime pour aller en ce sens.

[Traduction]

Mme Emilou MacLean: Comme on l'a dit, le Canada et le RCAM ne sont pas la seule solution à l'ensemble de ces problèmes. Le Canada se doit d'être un acteur de premier plan et, à ce titre, le

Canada assume un rôle de leadership. Il y a beaucoup de mobilisation. Pensons à toutes les grands-mères qui sont ici aujourd'hui; pensons aux plusieurs autres acteurs politiques qui se sont exprimés sur l'importance prioritaire de cette question; deux audiences y ont été consacrées la semaine dernière, et il y en a eu plusieurs autres auparavant. Il existe ici une vague d'appui qu'on ne trouve pas dans d'autres pays.

Le Canada est bien placé pour jouer un rôle de leadership, donner l'exemple et proposer le libellé le plus efficace pour une décision en vertu du paragraphe 6 ou une décision du 30 août. Le besoin est de plus en plus criant, étant donné que le marché des médicaments génériques de l'Inde est menacé à cause de l'Accord sur les ADPIC, puisque tous les pays les moins développés devront mettre en oeuvre un régime de propriété intellectuelle conforme à cet accord au cours des cinq prochaines années.

Alors, le Canada a l'occasion d'assumer un rôle de leadership très solide. Ce n'est pas la seule solution, et d'autres pays pourront, on l'espère, emboîter le pas. Mais le besoin est réel, et le Canada peut être un véritable chef de file.

J'espère que cela répond à votre question.

[Français]

M. Luc Malo: Non, même si votre réponse est très intéressante. En effet, il faut profiter des circonstances favorables pour s'assurer que davantage de médicaments sont accessibles. Je comprends cela très bien.

Toutefois, ma question portait sur votre affirmation. Vous avez dit que pour qu'un médicament soit disponible à plus faible coût, il faut qu'il y ait concurrence entre les entreprises, puisque cela ramènerait les coûts vers le bas. Si seul le Canada modifie son régime, comment y aurait-il plus de concurrence pour les médicaments de deuxième intention?

[Traduction]

Mme Emilou MacLean: Je comprends maintenant parfaitement bien la question. Merci pour la précision.

Un des éléments clés de la concurrence, c'est la concurrence entre les médicaments génériques et les médicaments d'origine. La concurrence est donc déjà là. Si le Canada produit un médicament de deuxième ligne qui n'est pas disponible sous forme générique ailleurs — ce qui risque d'être le cas quand le marché des médicaments génériques de l'Inde est menacé et si d'autres pays ne produisent pas de médicaments génériques, parce que tous les pays ayant une capacité de fabrication de médicaments génériques sont désormais obligés d'adhérer au régime prévu par l'Accord sur les ADPIC —, les options déjà limitées diminuent de plus en plus. Alors, l'inclusion de tout concurrent supplémentaire dans le marché des médicaments génériques, surtout le marché des nouveaux médicaments — c'est-à-dire les médicaments de deuxième ligne, les médicaments de troisième ligne ou les médicaments de première ligne nouveaux ou améliorés... Il y a déjà de la concurrence à l'égard du médicament d'origine, qui n'existe pas. C'est pourquoi les médicaments sont maintenant très coûteux, comparativement au régime des médicaments de première ligne.

Cela répond-il à votre question?

• (1055)

[Français]

M. Luc Malo: Vous y répondez un peu plus.

[Traduction]

Mme Emilou MacLean: N'hésitez pas à demander des précisions.

[Français]

M. Luc Malo: Je vais vous poser une autre question, parce que je sais que l'organisme Médecins Sans Frontières est présent dans beaucoup de pays qui, comme le Canada, seraient susceptibles de permettre un approvisionnement en médicaments. Je vais parler des médicaments de deuxième intention, comme des antirétroviraux de deuxième intention.

Serait-il possible, par la voie de différentes ententes, de permettre que ce marché s'ouvre non seulement ici, mais un peu partout dans le monde? L'organisation Médecins Sans Frontières voit-elle une telle chose un peu partout dans le monde?

[Traduction]

Mme Emilou MacLean: Je ne suis pas sûre si c'est à cause d'un problème de traduction et je regrette de ne pas mieux comprendre le français, mais je ne sais pas tout à fait ce que vous dites. De quelles ententes parlez-vous? Là où le marché est ouvert? Parlez-vous des accords de libre-échange, ou faites-vous allusion à autre chose?

Je suis désolée si c'est à cause de la langue ou de la traduction; je demande pardon aux interprètes.

[Français]

M. Luc Malo: Ma question était peut-être trop vague. Je vais la préciser.

On a entendu dire, notamment par M. Attaran, que plusieurs pays avaient des régimes semblables au Régime canadien d'accès aux médicaments. Par contre, ailleurs, il n'y a eu aucun médicament, même de première intention — il n'y en a eu aucun.

Est-ce parce qu'il y a trop de barrières sur le plan international ou est-ce parce qu'il n'y a pas véritablement de volonté en ce sens? J'aimerais connaître le point de vue de Médecins Sans Frontières.

[Traduction]

Le président: Veuillez répondre le plus brièvement possible. Nous nous sommes déjà trop attardés là-dessus.

Mme Emilou MacLean: Oui.

Le Canada dispose d'un des mécanismes les plus évolués, et le travail qui se fait à l'heure actuelle montre à quel point c'est avancé. On a beaucoup parlé de ce qui pourrait en découler; on a pris beaucoup d'engagements dans le cadre de ce processus. D'autres pays, bien qu'ils aient quelque chose de semblable à la loi de mise en oeuvre, ne disposent pas nécessairement d'une loi de mise en oeuvre qui soit pratique ou qui soit assez bien définie pour pouvoir aller de l'avant.

Par ailleurs, je reviens à la question de la volonté politique. Il y a beaucoup de volonté politique; nous en sommes tous la preuve aujourd'hui, tout comme les milliers de cartes postales que nous voyons ici et les nombreuses autres personnes qui se sont prononcées sur cette question et qui ont fait avancer ce dossier au Canada avec une vigueur comme on n'en a pas vue dans d'autres pays.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Malo et madame MacLean.

[Traduction]

Nous passons maintenant à M. Brown pour cinq minutes.

M. Gordon Brown (Leeds—Grenville, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Et merci à nos témoins d'aujourd'hui. Je pense que c'est un sujet que tous les Canadiens ont à coeur.

Madame Rennie, vous avez dit que les Canadiens ne sont pas indifférents à cette question. Je dirais même à la limite qu'il serait très difficile de trouver un Canadien qui se dise indifférent face à ce sujet et qui ne soit pas disposé à signer et à envoyer l'une de ces cartes postales. Je tiens à vous féliciter de tous les efforts que vous avez déployés pour faire avancer ce dossier important.

Madame Rennie, vous avez dit que d'autres mesures avaient été prises pour fournir de l'aide. Pourriez-vous nous donner brièvement quelques exemples qui vous viennent à l'esprit?

Mme Elizabeth Rennie: Quand j'étais en Afrique, j'ai constaté que les Africains construisaient leur propre infrastructure. J'ai visité un certain nombre de projets dans le cadre desquels des femmes étaient en train de reconstruire leurs collectivités. Je trouve qu'il est un peu condescendant de supposer que nous devrions dire aux Africains comment construire leur infrastructure. Mais je pense que nous devons leur donner le soutien nécessaire sur le plan de leur santé. On a beau parler d'infrastructure, mais si les gens n'arrivent pas à travailler parce qu'ils ne se portent pas bien, alors toute l'infrastructure du monde ne fera aucune différence.

Je ne suis pas sûre, monsieur Brown, si j'ai répondu à votre question.

M. Gordon Brown: Non, mais ce n'est pas grave. Je vous remercie beaucoup.

Monsieur le président, je suis très déçu, tout comme d'autres membres du comité, que nous ne puissions pas entendre les représentants d'Apotex. J'ai beaucoup de questions à leur poser. Ces dernières semaines, nous avons entendu beaucoup de témoins nous dire comment le RCAM fonctionne ou ne fonctionne pas, mais c'est la seule compagnie qui y a réellement recouru.

Peut-être que certains de nos autres témoins — MM. Perry, Williams et Dotto — pourraient nous aider. Ils ont eu l'occasion de travailler un peu avec Apotex.

Comment Rx & D a-t-elle travaillé avec les fabricants de médicaments génériques pour appliquer certains des objectifs du RCAM? Comme Apotex n'est pas ici, vous pourriez peut-être nous éclairer à ce sujet?

• (1100)

M. Russell Williams: Absolument. Selon moi, certains des reproches concernant le RCAM seraient un peu plus crédibles s'il y avait eu un échec au bout de deux ou trois demandes. Au moins, Apotex a fait une première demande, et on doit en prendre bien note. Mais où étaient toutes les autres entreprises?

Je pense que nous observons de plus en plus à l'échelle internationale un mouvement... Voilà pourquoi, à mon avis, le débat sur la licence obligatoire par rapport à la licence volontaire sème la confusion. Partout dans le monde, des mesures sont prises et des partenariats sont établis — y compris avec les fabricants de médicaments génériques, dont nous — et ce, de façon volontaire. C'est très créatif. Cela concerne certains des programmes dont les grands-mères ont parlé. Cela touche aussi l'infrastructure. Il y a donc une bien plus grande part de créativité.

Le débat sur la propriété intellectuelle dans lequel nous nous sommes lancés porte, en réalité, sur des questions humanitaires. Ces efforts volontaires nous permettent de faire preuve de beaucoup plus de créativité, et je pense que les deux entreprises peuvent donner des exemples précis.

Nous nous occupons des investissements dans la recherche et du développement, ainsi que des interventions communautaires dans le monde entier. Parfois, nous menons des activités en partenariat. Pensons à l'exemple canadien de Partenaires canadiens pour la santé internationale. Nous faisons des dons de produits à cet organisme, tout comme les fabricants de médicaments génériques. Il y a donc des activités que nous pouvons entreprendre ensemble, au lieu de nous en tenir au RCAM.

Je ne sais pas si les deux autres témoins aimeraient ajouter des exemples.

M. Grant Perry: Comme nous l'avons déjà dit, Apotex n'a fait qu'une seule tentative pour discuter d'une licence volontaire mais, malgré l'intérêt que nous avons manifesté, cela n'a abouti à rien.

Notre principale activité se fait à l'échelle internationale. Nous prenons plusieurs mesures pour essayer de répondre aux besoins, et je pense avoir parlé de certaines d'entre elles. Nous avons des licences volontaires auprès de huit fabricants seulement en Afrique subsaharienne. Ces huit fabricants ont distribué 270 millions d'antirétroviraux dans cette région.

En comparaison, 15 millions de comprimés ont été distribués au Rwanda, et on parle juste de GSK. Je sais que Pfizer, Abbott... toutes les autres compagnies ont leur propre façon de procéder et de travailler avec des fabricants de médicaments génériques.

C'est seulement un aspect des activités que nous menons, que ce soit la détermination de prix pour les organismes sans but lucratif, l'établissement de partenariats avec la Fondation Gates et d'autres fondations semblables ou des partenariats avec d'autres pays de l'ONU.

C'est un aspect précis des médicaments génériques distribués à l'échelle mondiale.

M. Gordon Brown: Mis à part Apotex, y a-t-il eu d'autres compagnies de médicaments génériques qui ont manifesté un intérêt à l'idée de recourir au RCAM?

M. Grant Perry: Non, pas à notre connaissance.

M. Gordon Brown: D'accord.

Le président: Monsieur Brown, vous avez la parole, mais Mme Watson avait levé la main, si cela ne vous dérange pas.

M. Gordon Brown: J'allais justement lui céder la parole.

Allez-y.

Mme Linda Watson: Merci, monsieur Brown.

M. Gordon Brown: Par contre, je ne sais pas à quelle question vous vouliez répondre.

Mme Linda Watson: J'aimerais répondre à l'ensemble des questions, mais je vais commencer par dire que je ne crois pas, en tout respect, que les dons volontaires soient une solution. M. Williams a mentionné que les fabricants de médicaments d'origine ont fait des dons de produits d'une valeur grosso modo de 235 millions de dollars depuis 1990. Quand on divise ce montant par le nombre d'années et le nombre de compagnies, on obtient 265 000 \$ par année. Un tel montant ne règle pas de façon considérable les problèmes qui sévissent dans l'hémisphère Sud.

Deuxièmement, des prix préférentiels feraient quand même baisser les prix à 25 p. 100 des prix affichés dans les pays développés, alors que la concurrence générique a diminué les prix de 17 fois par rapport aux prix des médicaments d'origine. Les médicaments génériques sont des incontournables. Ce n'est pas une option. C'est là que ça se passe. C'est ce qui sauve des vies à l'heure actuelle.

Je tiens à également à contester certaines des observations qui ont été faites. Si je ne me trompe pas, M. Williams a dit regretter qu'on perde du temps à étudier le projet de loi C-393, alors que nous pourrions l'utiliser de façon plus productive pour trouver des réponses à certaines des autres questions d'infrastructure, d'assainissement, etc. Je crois que la Chambre des communes est l'institution qui a décidé que le projet de loi C-393 méritait l'attention de votre comité et, à ce titre, nous donnons suite à la demande de la Chambre des communes, donc des Canadiens, et il faut que nous le fassions bien.

Le président: Merci, madame Watson

Monsieur Williams, allez-y, très brièvement.

M. Russell Williams: Très brièvement, nous avons dit que nous collaborons de façon volontaire à l'échelle internationale et, bien entendu, avec les compagnies de médicaments génériques, et nous avons ajouté que cette approche s'est avérée beaucoup plus efficace. La solution réside dans ce partenariat, mais c'est volontaire. Nous sommes très fiers des dons que nous faisons et nous les avons faits de façon volontaire. Mais nous n'avons jamais dit que c'était suffisant.

Ce que j'essayais de faire valoir, c'est que le RCAM est limité et qu'on ne peut pas aller plus loin qu'un certain point. Heureusement, nous avons observé que si nous favorisons la collaboration volontaire, non pas sous forme de dons mais de partenariats — et j'espère que nous pourrions continuer de travailler avec tout le monde dans cette voie —, nous pourrions réaliser beaucoup plus de progrès et répondre aux besoins. Je pense que nous sommes tous d'accord là-dessus.

• (1105)

Le président: Merci, monsieur Williams.

Désolé. Le temps file toujours, et je veux être équitable envers tous les députés et témoins.

Monsieur Masse, vous avez cinq minutes, je vous prie.

M. Brian Masse: Merci, monsieur le président.

J'aimerais qu'on nous distribue la documentation concernant le témoignage d'Apotex, qui avait été fournie au Sénat dans le cadre de l'étude du projet de loi S-232 — parce que la compagnie avait donné suite à cela. C'est peut-être ce qu'il y a de mieux à faire, parce qu'il s'agit du témoignage officiel et public, selon les mêmes règles que celles de la Chambre des communes.

Madame MacLean, vous m'avez fait sourire quand vous avez évoqué l'exemple de la montre, parce que c'est l'une des choses dont on nous a parlé. J'ai déjà entendu ce type d'arguments condescendants, comme « mais votre intention est bonne » ou « si seulement vous pouviez comprendre un peu mieux les choses... » De tels arguments empêchent les gens de se concentrer sur le vrai problème, à savoir que le Parlement a décidé que le secteur privé avait un rôle à jouer dans cette catastrophe humaine qui sévit dans le monde entier. Nous, en tant que secteur public, pourrions et devrions continuer à nous occuper d'autres choses, comme ce que M. Williams l'a dit. En tant que citoyens du monde, nous pourrions utiliser l'argent du secteur public pour construire cette infrastructure. Mais, de par son intention, le projet de loi reconnaît que les membres du secteur privé pourraient étendre l'utilité de ces incroyables percées, surtout à cause du fait qu'ils bénéficient d'allègements fiscaux généreux pour la recherche et le développement, entre autres. Nous tenons à les remercier pour le travail qu'ils font et, tant que cette information est protégée et respectée, nous pourrions établir un système pour étendre l'usage des brevets dans le monde entier.

Monsieur Perry, nous n'avons eu qu'un seul cas jusqu'à présent avec Apotex. Disons que le projet de loi C-393 était adopté et qu'on avait cinq demandes par année. Je parle de façon hypothétique. Cela chasserait-il les investissements de votre compagnie et du Canada parce que l'usage serait étendu?

M. Grant Perry: Je pense qu'on a posé la même question aux fonctionnaires plus tôt cette semaine. Je pourrais peut-être présenter la chose sous un angle, puis revenir à votre question.

Mais si on pense aux projets de loi C-22 et C-91, qui portaient sur le rétablissement de la protection de brevets pour l'industrie pharmaceutique innovatrice selon les mêmes normes industrielles que toute autre industrie au pays, on avait en fait enregistré le taux de croissance le plus élevé dans le monde développé. Alors, nous sommes passés de 40 millions de dollars par année à bien plus que 1 milliard de dollars par années, ce qui montre que la protection de brevets peut attirer des investissements.

Quant à savoir si trois ou cinq demandes entraîneraient une réduction de la R-D, le problème réside dans l'instabilité causée par une protection incertaine de la propriété intellectuelle. Cette instabilité a des impacts sur notre capacité d'attirer des investissements à l'échelle mondiale.

M. Brian Masse: Comprenons-nous bien, par contre. Si une compagnie de médicaments génériques allait mener une activité illégale dans une telle situation et que nous prenions des mesures très strictes, l'engagement ne serait plus là... Êtes-vous en train de dire...? C'est une idée qui circule. Le ministère a dit, sans toutefois pouvoir le justifier que les investissements disparaîtraient et que des milliards de dollars seraient perdus.

Je veux savoir une chose: si nous protégeons ces brevets, si nous les respectons, si nous nous assurons qu'ils sont faits adéquatement et que les médicaments sont distribués là où on en a clairement besoin et qu'ils sont identifiés et évolués, allez-vous retirer les investissements si plus de gens obtiennent des traitements contre le VIH, la tuberculose, la malaria? Nous voulons protéger cette propriété intellectuelle. Nous voulons mieux améliorer le processus. Nous voulons que les médicaments génériques se rendent à bon port et que l'approvisionnement en médicaments augmente.

Le cas échéant, allez-vous arrêter les investissements?

M. Grant Perry: Premièrement, je pense qu'à notre sens, rien ne démontre que le projet de loi ne fonctionne pas. Comme on l'a déjà dit, nous avons eu un exemple.

Deuxièmement, nous nous inquiétons du fait que le projet de loi ne protège pas vraiment notre propriété intellectuelle. Il n'accomplit pas ce qui devrait être fait selon ce que vous avez dit. Voilà notre préoccupation.

M. Brian Masse: D'accord. Toutefois, disons que nous adoptons le projet de loi, nous apportons des modifications et nous élargissons l'accès; puis, s'il y a un problème, nous le révisons tout de suite afin de juguler les conséquences illégales ou inattendues qui ne font le bonheur de personne. Est-ce que cela ne vous convaincrerait pas, vous et votre entreprise, que vous serez protégés? Si nous modifions la mesure de façon à ce qu'elle soit utilisée davantage et que cela se retourne contre nous ou quoi que ce soit — je ne crois pas que ce sera le cas, mais si ce l'est —, et si vous avez notre parole que nous la rectifierons immédiatement, cela ne suffit-il pas?

M. Russell Williams: Permettez-vous que j'intervienne, monsieur Masse?

M. Brian Masse: Oui, bien sûr, allez-y, monsieur Williams.

M. Russell Williams: Vous présumez que le concept de la propriété intellectuelle est un obstacle et qu'en l'affaiblissant au Canada, on facilitera l'accès aux médicaments. Je ne crois pas que ce soit vrai. À mon avis, nous devons agir prudemment, car les conséquences inattendues pourraient être très graves. J'en ai nommé quelques-unes pendant ma déclaration et je pense que nous devons faire très attention. D'autres témoins vous ont dit que 95 p. 100 des médicaments de l'OMS ne sont pas brevetés. Nous pourrions utiliser une méthode plus créative et moins forcée pour atteindre les mêmes objectifs que ceux que vous avez fixés.

• (1110)

M. Brian Masse: Vous dites que la mesure affaiblit la propriété intellectuelle. Moi, je dis qu'elle la partage et qu'elle protège cette part de la PI.

M. Russell Williams: Dans ce cas, pourquoi les gens ne sont-ils pas plus nombreux à s'être avancés?

M. Brian Masse: Parce que nous avons créé une loi boiteuse et nous le savions.

M. Russell Williams: Elle fonctionnait.

M. Brian Masse: Nous avons créé une loi boiteuse en nous inspirant d'autres pays et nous le savions; c'est le choix que nous devons faire. Nous devons décider si nous voulons...

M. Russell Williams: Lorsqu'on respectait les règles, la loi fonctionnait.

M. Brian Masse: ... modifier la loi, si nous voulons participer.

Je demanderais à Mme MacLean sa réaction à la question.

M. Russell Williams: Mais lorsqu'on respectait les règles, il ne fallait que 60 jours pour en arriver à un résultat. Merci.

Le président: Madame MacLean, le plus brièvement possible.

Mme Emilou MacLean: D'accord. Juste une brève intervention sur le fait que les règles ne fonctionnaient pas; je pense que ma réponse touchera un peu votre question de tout à l'heure, monsieur Garneau, en plus d'être liée à celle-ci. Les renseignements proviennent de Rachel Kiddell-Monroe, qui participe au dossier. Le processus nous empêchait d'aller de l'avant sans un pays désigné, ce qui constituait un véritable obstacle; c'était donc là un défaut qui nuisait à son bon fonctionnement. Je pense que les membres de l'industrie pharmaceutique sont d'avis que les brevets ne constituent pas une entrave, car il existe des mécanismes volontaires.

Je tenais simplement à réagir à cela et à dire que, de façon générale, les mécanismes volontaires ne sont pas entièrement volontaires. Normalement, ils existent parce qu'on craint le litige ou la création d'une licence obligatoire. La menace d'une licence obligatoire a certainement son utilité; on en a vu quelques exemples, notamment en Afrique du Sud, où la Commission de la concurrence a fait l'objet d'une contestation, et en Inde, où l'on s'est opposé à la remise d'un brevet. Ce sont dans des cas comme ceux-là qu'on délivre des licences volontaires et qu'on établit des partenariats de ce genre.

Le président: Merci, madame MacLean.

Nous passons maintenant à M. Rota. Vous avez cinq minutes.

M. Anthony Rota: Merci, monsieur le président, et merci encore une fois à tous les témoins d'être ici aujourd'hui.

Ma question s'adresse à M. Perry. J'essaie de comprendre quelque chose que vous avez dit, mais j'ai peine à y arriver. Vous avez mentionné que le RCAM — je pense que c'était pendant votre déclaration — avait réussi. Une commande en six ans... pas d'autres intéressés. Pouvez-vous m'expliquer ce que vous entendez par « réussi », car j'ai de la difficulté à comprendre?

M. Grant Perry: Le RCAM a réussi puisque la seule fois où un fabricant de médicaments génériques a tenté de l'utiliser, il a fonctionné en moins de 70 jours. Il n'y a pas eu d'échecs. Il n'y a pas eu de cas de fabricants de produits génériques qui ont essayé d'avoir recours au programme, sans succès.

Je ne peux pas savoir dans quelles circonstances les entreprises choisiraient ou non de se servir du programme. La question est-elle qu'il n'est pas nécessaire? Existe-t-il une soupape de sûreté qui répond aux besoins dans les cas où d'autres programmes internationaux n'y arrivent pas? Je ne peux pas vous expliquer pourquoi les fabricants choisissent de ne pas avoir recours au régime, mais lorsqu'ils le font, il fonctionne.

M. Anthony Rota: Il paraît donc bien sur la tablette...

M. Russell Williams: Le fait qu'ils diffèrent me rend très perplexe. Les fabricants de médicaments génériques se croisent les bras et disent au Canada qu'ils n'auront recours au régime qu'à condition que les parlementaires modifient la loi. Je trouve cette attitude — je vais peser mes mots — inappropriée, puisqu'il est question d'une cause humanitaire. Nous ne devrions pas avoir à exercer plus de pressions pour que la loi soit acceptée et appliquée, et pour veiller à ce que le régime fonctionne. Je suis stupéfait que les fabricants se croisent les bras et disent aux politiciens qu'ils ne présenteront pas de demandes avant que la loi soit modifiée.

M. Anthony Rota: Lorsque nous créons des lois, je me pose des questions... par exemple, est-ce fonctionnel? Si la mesure reste sur la tablette — elle nous plaît, mais elle ne fonctionne pas et personne ne l'utilise —, alors elle n'est pas fonctionnelle.

J'essaie de comprendre; la question se résume à la PI, aux licences...

Madame MacLean, aviez-vous quelque chose à dire à ce sujet?

Mme Emilou MacLean: Je dirais simplement que dans les conversations que nous avons...

Je devrais commencer par le début. Normalement, lorsque nous achetons des médicaments, nous plaçons une commande et nous les obtenons. En gros, ce sont là toutes les étapes. Or, avec le RCAM, il y en a environ 30 autres. Un diagramme étonnant illustre la comparaison.

Des pays nous ont dit: « Nous ne comprenons même pas la loi; comment pouvons-nous y avoir recours? » La mesure contient d'énormes entraves. Nous pouvons parler de ce qu'Apotex dirait. Nous savons que les pays ont aussi leur rôle à jouer pour lancer le processus. Or, ils n'en feront rien. Ils ne sont pas ici pour témoigner; ils n'ont pas été invités à le faire. Je ne critique pas le comité, mais les représentants d'Apotex ne sont pas ici; ils n'étaient pas disponibles aujourd'hui.

Le point de vue des pays, selon ce qu'ils nous ont dit et ont vécu avec nous, c'est que la loi est inapplicable et qu'elle doit être modifiée.

M. Anthony Rota: D'accord.

J'aimerais revenir sur la solution à licence unique. Je n'irai pas jusqu'à dire que c'est une panacée, mais il me semble qu'elle rendrait les médicaments accessibles. Cela vaudrait le coup pour les fabricants.

Monsieur Williams ou monsieur Perry, quelle incidence cette mesure aurait-elle sur vos entreprises?

M. Russell Williams: Je pense que vous avez déjà vu, dans l'exemple qui a bien fonctionné, que lorsque les échéances approchaient, nos trois entreprises membres les repoussaient volontairement et elles appuyaient les principes du RCAM. Il n'y avait pas de problème sur ce plan. Selon moi, les freins et les contrepoids que les parlementaires ont inclus à l'unanimité dans le RCAM s'y trouvent vraiment, et ils fonctionnent. Une fois qu'on suit le processus et que les gens discutent... Je crois comprendre que le renouvellement s'est fait en un semaine.

Je le répète, j'ai peine à croire que des problèmes se posent si les gens sont prêts à collaborer pour atteindre leurs objectifs.

• (1115)

M. Anthony Rota: Cette réponse vous convient, monsieur Perry?

M. Grant Perry: Oui.

M. Anthony Rota: D'accord.

Je vais passer à quelque chose d'autre, un point qui est souvent soulevé: le fait que l'infrastructure est inexistante. C'est la question de la poule et de l'oeuf: qu'est-ce qui vient en premier?

Monsieur Dotto, vous parliez de l'établissement des hôpitaux dans les régions rurales, et madame MacLean, je suis certain que vous avez beaucoup d'expérience. Mon temps de parole doit tirer à sa fin; je vais donc vous poser la question à tous les deux: d'après votre expérience, comment les hôpitaux se développent-ils et pourquoi cela ne se fait-il pas plus tôt? Est-ce que les médicaments aident ou est-ce qu'ils nuisent?

Je veux dire, lorsqu'il y a quelque chose que nous pouvons utiliser, nous voulons améliorer l'infrastructure. Lorsqu'il n'y a rien, nous nous décourageons et nous laissons tomber. C'est ainsi que j'interpréterais la question, mais j'aimerais savoir ce que vous avez à dire là-dessus. Pouvez-vous m'expliquer d'abord comment on met en place l'infrastructure, puis me dire si le fait d'envoyer plus de médicaments dans un pays aiderait sur ce plan?

Le président: Mme MacLean d'abord, aussi brièvement que possible, puis M. Dotto

Mme Emilou MacLean: Je serai le plus bref possible.

J'aimerais donner l'exemple précis d'un de mes collègues, qui oeuvrait pour lancer un programme de traitement antirétroviral avec MSF au commencement, au Mozambique. Son épouse, une gynécologue qui travaillait dans le domaine de la mortalité maternelle, a déclaré: « Nous ne recevons même pas d'appui pour faire des travaux au chapitre de la mortalité maternelle. Comment voulez-vous vous attendre à introduire un traitement antirétroviral, alors qu'il y a plein d'obstacles et d'entraves et d'arguments qui disent que c'est inefficace? » Il a répondu: « Nous changeons le paradigme. On reconnaît l'existence d'une maladie terrible qui ravage le Sud de la planète; nous allons la placer au premier plan et nous allons changer le paradigme. »

L'infrastructure a été mise en place et des ressources ont été obtenues; lorsqu'il y a volonté politique, il est possible de réagir. Aujourd'hui, sans les traitements qu'elles reçoivent, quelque 5,2 millions de personnes seraient décédées. Il y a 10 ans, seulement 8 000 Africains suivaient un traitement.

Les arguments concernant l'infrastructure qu'on présentait à l'époque sont donc identiques à ceux qu'on entend aujourd'hui.

Le président: Monsieur Dotto.

M. Laurence Dotto: J'ajouterais simplement que la question de l'infrastructure est cruciale. Souvent, l'infrastructure ne changera que si des partenariats ont été établis — avec des gouvernements, des ONG, des entreprises comme Abbott, Glaxo et d'autres.

Dans les pays où l'on commence à apporter des changements importants à l'infrastructure... Prenez le Malawi, par exemple, où, il y a six ans, le taux d'infection au VIH était de 13 à 15 p. 100. Grâce à beaucoup de collaboration et de partenariats, ce taux est tombé à 12 p. 100. Il a diminué de plusieurs points. À mon avis, ce sont donc des partenariats et de la coopération de ce genre qu'il faut pour obtenir de tels résultats.

Pour ce qui est de l'accès aux médicaments, c'était un énorme problème il y a six, sept ou huit ans, mais aujourd'hui, de nombreux pays sont passés à autre chose. Ils obtiennent maintenant des médicaments d'autres pays, des médicaments qu'ils n'avaient pas il y a six ans.

Je pense que c'est une autre raison pour laquelle on ne reçoit pas de demandes d'Afrique. Je ne sais pas combien de représentants de la collectivité africaine sont ici aujourd'hui, mais je pense que vous devez vous demander: « Pourquoi ne sont-ils pas ici? Pourquoi ne demandent-ils pas ces médicaments? »

Le président: Madame Watson, vous avez 30 secondes.

Mme Linda Watson: Oh, monsieur Sweet.

J'aimerais dire que nous, les grands-mères, connaissons un autre paradigme d'infrastructure en Afrique. Il existe des endroits comme le Hillcrest AIDS Centre, qui compte seulement six infirmières autorisées, mais qui a formé une armée entière de bénévoles pour donner des soins à domicile et pour distribuer les médicaments là où ils sont requis. Il y a aussi Consol Homes, au Malawi. Un couple a fait des démarches pour aider 63 orphelins. Aujourd'hui, l'organisation compte 107 centres et plus de 500 bénévoles; elle soigne 30 000 enfants africains et elle leur fournit des médicaments. Il existe maintenant une infrastructure fonctionnelle. Les gens là-bas attachent assez d'importance au dossier et ils sont assez déterminés pour faire en sorte que cela marche.

Je veux savoir que le Canada se soucie assez de la question pour faire son possible pour que la mesure législative soit des plus efficaces. Je suis bouleversée et même outrée par les rumeurs que

nous avons entendues selon lesquelles le comité a pris sa décision avant même de commencer les audiences et le projet de loi sera rejeté lorsque le rapport sera présenté en raison d'un détail technique. C'est une insulte au comité et aux défenseurs du projet de loi.

Monsieur Sweet, je vous prie de garantir que vous mènerez votre étude article par article en tenant pleinement compte du bien-fondé du projet de loi et des témoignages que vous avez entendus, et que les membres du comité, du moins, ne contribueront pas à la tentative d'empêcher M. Masse de devenir le parrain du projet de loi en ce qui concerne la Chambre.

• (1120)

Le président: Merci, madame Watson.

Nous passons à M. Lake; cinq minutes, s'il vous plaît.

M. Mike Lake: Je vais présenter quelques observations, puis je vais poser une question à Mme Watson et à Mme Rennie.

J'aimerais commencer en disant qu'il y a beaucoup de grands-mères dans la salle, et, tous dossiers confondus, vous êtes le groupe de témoins le plus passionné ou motivé que j'ai rencontré depuis que je suis député, soit depuis cinq ans.

Je peux vous assurer que la première question que je me suis posée lorsque nous avons été saisis de la mesure législative et que j'en ai discuté avec des fonctionnaires, c'était la suivante: est-il possible de modifier le projet de loi de façon à obtenir des résultats positifs, tout en évitant les conséquences inattendues et négatives dont nous avons parlé? En ce qui concerne le besoin de régler ce problème, nous sommes sur la même longueur d'onde.

Madame Rennie, vous avez dit pendant votre déclaration que nous devons agir. Je crois que nous sommes tous d'accord avec vous là-dessus.

Vous avez aussi mentionné d'autres points. Vous avez dit, notamment, que ce ne sont pas les brevets ou la propriété intellectuelle qui entrent en ligne de compte ici; ce sont les personnes. Je le crois aussi, mais l'une des faiblesses du projet de loi, c'est qu'il porte uniquement sur les brevets, la PI et le Règlement sur les aliments et drogues. C'est à ce chapitre qu'il y aura des conséquences inattendues. En tant que parlementaires, il nous incombe de considérer les répercussions des différentes mesures législatives que nous adoptons.

En outre, vous avez déclaré que le gouvernement canadien doit intervenir. D'autres témoins nous ont dit la même chose au cours de la dernière semaine. Mme MacLean en a aussi parlé lorsqu'elle a mentionné qu'environ 5,2 millions de personnes reçoivent maintenant des traitements. Je pense que vous avez dit qu'au départ, elles étaient 8 000. Selon nos chiffres, elles étaient 400 000 en 2003, et je pense que ce nombre a été multiplié par 12 pour en arriver à 5,2 millions en 2010. Nous semblons donc être en bonne voie d'atteindre la cible de 10 millions.

Je dirais que quelque chose fonctionne. Nous savons que nous gagnons beaucoup de terrain. Nos investissements dans le fonds mondial — 540 millions de dollars sur les trois prochaines années — montrent que le gouvernement canadien fournit une contribution importante. Disons les choses comme elles sont: ce sont les Canadiens qui apportent cette contribution. Nous ne dépensons pas l'argent du gouvernement, nous dépensons celui des contribuables, des Canadiens, et nous avons augmenté la somme versée. Il y a donc certains effets.

Je serai honnête avec vous, madame Watson. Vous avez parlé de ce qui arrivera avec le projet de loi. J'ai voté contre la première fois qu'il a été présenté à la Chambre, pour des raisons que je juge bonnes. Jusqu'à maintenant, je n'ai rien entendu qui me convainc de ne pas voter contre la deuxième fois. Or, je tiens à vous assurer que je veux me concentrer maintenant sur le vrai problème: le fait que des gens en Afrique meurent inutilement faute de solutions très simples. Nous devons trouver des moyens de remédier à cette situation.

Si le projet de loi est rejeté, que pouvons-nous faire pour continuer à gagner du terrain et pour mettre à contribution l'enthousiasme considérable des grands-mères afin de travailler ensemble pour obtenir de vrais résultats? Dans quels autres domaines les grands-mères pourraient-elles travailler ou oeuvrent-elles actuellement?

Mme Elizabeth Rennie: Merci, monsieur Lake.

D'un côté, il est évident que certaines choses fonctionnent. De l'autre, il y a encore des millions de personnes qui meurent. Comme nous l'avons déjà dit, ce que nous avons ici n'est qu'une solution. Je ne sais pas combien de fois les spécialistes devront nous dire que la propriété intellectuelle est conforme au projet de loi. Combien de fois devra-t-on l'affirmer et l'entendre de la bouche des experts? Je ne sais pas non plus combien de fois on devra répéter que le RCAM actuel inclut une disposition sur le contournement. Le contournement ne pose pas problème. Je pense que ces points nous écartent continuellement des vraies questions, qui visent à déterminer comment rendre la mesure fonctionnelle.

Je peux parler en mon nom; je vais aussi parler en celui de milliers d'autres personnes: bien sûr que nous voulons faire le nécessaire pour que cela fonctionne, et nous travaillerons avec quiconque propose une solution viable. Nous pensons que le projet de loi en est une. Qu'avons-nous à perdre en l'essayant, monsieur Lake? Qu'avons-nous à perdre?

• (1125)

M. Mike Lake: La réponse, c'est qu'il y a des conséquences inattendues importantes et, bien sûr, les spécialistes des quatre ministères qui ont comparu, des spécialistes qui ne sont pas partisans et auxquels nous nous fions pour recevoir des conseils professionnels sur ces questions...

Des voix: Oh, oh.

M. Mike Lake: Non, pour préciser, ce sont des gens qui seraient là peu importe la couleur du gouvernement, qui nous conseillent du point de vue des quatre ministères concernés. Ils ont insisté fortement sur les conséquences inattendues du projet de loi.

Mme Elizabeth Rennie: Nous ne sommes pas des lobbyistes rémunérées. Nous sommes vraiment un groupe multipartite.

M. Mike Lake: Je parle uniquement des agents du ministère, et non des autres témoins qui se sont présentés devant le comité. Juste pour préciser, je parle des représentants du ministère, des professionnels de la fonction publique.

Mme Linda Watson: Monsieur Lake, pour répondre à votre question au sujet des projets que les grands-mères appuieraient pour qu'il y ait des changements et des améliorations dans la vie des gens qui habitent en Afrique subsaharienne, en particulier les grands-mères et les enfants dont elles s'occupent et qui ont perdu leurs parents au sida, nous aimerions aider le Canada à fixer un calendrier qui lui permettrait d'atteindre l'objectif de 0,7 p. 100 au chapitre de l'Aide publique au développement, relativement au RNB, que nous nous sommes engagés à fournir en 1970 et nombre de fois depuis.

Nous voudrions que le Canada augmente sa contribution au fonds mondial, à sa vraie juste part, en fait.

Or, aujourd'hui, nous traitons du projet de loi et nous parlons de l'infrastructure et d'autres enjeux de ce type; la question de savoir s'il y a de l'eau potable n'a pas sa place dans cette discussion. Le projet de loi pourrait sauver des vies. Vous avez demandé: « Que ferons-nous pour avancer? » Vous avez mentionné que vous avez voté contre le projet de loi à la Chambre des communes. Je ne sais pas si vous avez voté selon votre conscience. Si oui, je vous encourage à voter à nouveau lors de la troisième lecture, mais s'il vous plaît, n'utilisez pas la procédure pour entraver le changement de parrain, empêchant ainsi le débat et le bon exercice de votre vote, dans un sens ou dans l'autre, à l'étape de la troisième lecture.

Le président: Merci, madame Watson. Je comprends que vous êtes passionnée, mais il ne nous reste maintenant qu'environ trois minutes.

Monsieur Bouchard, chaque fois que nous dépassons l'heure, c'est le prochain groupe qui perd du temps. Je vous demande donc d'être le plus bref possible, s'il vous plaît.

[Français]

M. Robert Bouchard: Je vous remercie, monsieur le président.

Mesdames et messieurs, bonjour. Ma première question s'adresse à M. Perry.

Monsieur Perry, vous avez dit que le RCAM peut fonctionner. On a entendu plus tôt un député dire que pendant plusieurs années, de cinq à six ans, le système a fonctionné une seule fois. Pourquoi le RCAM est-il sous-utilisé? On peut reconnaître qu'il est sous-utilisé. Pourquoi l'est-il?

[Traduction]

M. Grant Perry: Encore une fois, je ne peux me prononcer là-dessus que dans la mesure où lorsqu'il a été utilisé, le régime s'est avéré efficace. Le processus a pris très peu de temps, comme on l'a déjà dit. Je ne peux pas expliquer pourquoi d'autres pays n'y ont pas eu recours. On peut émettre des hypothèses à ce sujet: est-ce une question de licences volontaires, de partenariats établis avec d'autres? Est-ce parce que les prix des médicaments génériques de l'Inde, du Brésil et de l'Afrique du Sub sont considérablement moins élevés que ceux du Canada, ou est-ce en raison de notre facilité d'accès? De nombreux facteurs entrent en ligne de compte, mais à mon sens, le fait qu'on ne tente pas de l'utiliser montre que la mesure législative n'est pas vraiment nécessaire. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas d'objectifs humanitaires à réaliser dans les pays en développement, mais je ne peux pas me prononcer sur les raisons pour lesquelles ils n'ont pas recours à la loi.

[Français]

M. Russell Williams: Monsieur Bouchard, je peux trouver les copies des documents de la Access to Medicine Foundation. Elle a fait une évaluation des tendances sur le plan global. Pour répondre à votre question, on commence à utiliser les médicaments génériques, les nôtres, par l'entremise de mesures plus volontaires et plus créatives. On peut vous fournir une longue liste d'exemples de collaboration volontaire.

Selon moi, on commence à voir que, pour les produits génériques, pour nos produits et pour les patients qui en ont besoin, il y a des mesures plus rapides, plus flexibles et plus efficaces que celles contenues dans la loi. Je pense qu'on veut tous faire la même chose, mais on doit se demander comment on peut sauver des vies. Tout le monde cherche la façon la plus efficace sur le plan global. Je le répète, souvent, en collaboration avec les fabricants de produits innovateurs et de produits génériques, on trouve des solutions qui n'ont pas de lien avec cette loi.

• (1130)

M. Robert Bouchard: Vous parlez de mesures volontaires. Vous avez aussi dit, monsieur Williams, qu'on pouvait faire mieux. À part les changements prévus dans le projet de loi C-393, quelles modifications pourraient corriger les lacunes du RCAM?

M. Russell Williams: Je pense que tous les membres du comité peuvent simplement appeler les compagnies de médicaments génériques, dire à ces gens de faire des demandes et discuter avec eux des mesures volontaires. De cette façon, on pourrait faire des progrès ensemble et trouver des solutions beaucoup plus créatives. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de modifier la loi.

M. Robert Bouchard: Merci.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Bouchard.

Merci à tous nos témoins, à ceux qui sont ici en personne comme à ceux qui se sont joints à nous par vidéoconférence.

Nous allons suspendre pendant cinq minutes.

Je demanderais aux autres témoins de venir s'installer à la table et aux députés qui veulent discuter avec les témoins actuels de sortir afin que nous puissions faire la transition dans la salle.

• _____ (Pause) _____

•

• (1135)

Le président: Mesdames et messieurs, nous reprenons maintenant notre 40^e séance. J'aimerais simplement dire aux témoins qui se joignent à nous en personne et par vidéoconférence que je vais les présenter dans un moment.

Je voudrais avertir les témoins et les invités que les députés sont ici depuis 8 h 30, et je pense que nombre d'entre eux avaient aussi des réunions avant cela. Donc si vous les voyez se lever pour aller se chercher à manger à l'arrière, s'il vous plaît, n'en soyez pas froissés. C'est que je ne voudrais pas qu'ils s'évanouissent faute de nourriture.

Nous avons devant nous Jim Keon, président de l'Association canadienne du médicament générique, et Jody Cox, directrice des Relations gouvernementales fédérales. Nous accueillons également David Schwartz, président du Comité des brevets en biotechnologie de l'Institut de la propriété intellectuelle du Canada.

Par vidéoconférence... je vois seulement une personne en ce moment, mais elles sont censées être quatre; je vais donc faire les présentations et j'espère que les autres apparaîtront dans un instant. Nous accueillons Paula Akugizibwe, de l'AIDS and Rights Alliance for Southern Africa. Nous avons aussi Andrew Jenner, directeur de la Section de la propriété intellectuelle et du commerce de l'International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations. Nous comptons également Frank Plummer, directeur général scientifique, Laboratoire national de la microbiologie, pour l'Agence de la santé publique du Canada. Enfin, nous avons Antony

Taubman, directeur de la Division de la propriété intellectuelle de l'Organisation mondiale du commerce.

Celui que nous voyons maintenant est M. Plummer.

Bonjour, monsieur Plummer.

Dr Frank Plummer (directeur général scientifique, Laboratoire national de la microbiologie, Agence de la santé publique du Canada): Bonjour.

Le président: Monsieur Plummer, pouvez-vous dire quelques mots afin que nous vérifiions si nous vous entendons bien?

Dr Frank Plummer: Certainement. Bonjour, tout le monde. Il fait bon d'être ici tôt ce matin, à Seattle.

• (1140)

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Plummer, étant donné que vous êtes le seul invité par vidéoconférence présent et que l'appareil fonctionne, nous allons vous demander de faire votre déclaration; vous avez cinq minutes, s'il vous plaît.

Dr Frank Plummer: Encore une fois, bonjour.

Je m'appelle Frank Plummer. Je suis le directeur scientifique du Laboratoire national de microbiologie, à Winnipeg, et le conseiller scientifique principal de l'Agence de la santé publique du Canada. Je suis en outre un professeur distingué de l'Université du Manitoba et un médecin chercheur qui a consacré sa carrière au dossier du VIH et du sida en Afrique. C'est en ces dernières qualités que je comparais devant le comité aujourd'hui.

J'aimerais remercier le comité d'avoir sollicité ma participation et de me donner l'occasion de parler de mon travail de Seattle. J'assiste à une réunion importante du programme « Gates Grand Challenges in Global Health », que je ne pouvais pas manquer.

D'ailleurs, ce serait négligent de ma part de ne pas remercier la Fondation Gates de m'avoir prêté ses installations de vidéoconférence.

Je sais que le comité revoit la loi afin de rendre les médicaments génériques toujours protégés par brevet par des fabricants de médicaments brevetés et fabriqués au Canada plus accessibles et abordables pour les pays en développement. Je sais aussi que les dispositions législatives initiales ciblèrent principalement le traitement antirétroviral de l'infection à VIH.

J'aimerais d'abord parler au comité de certains travaux extraordinaires accomplis par le Canada sur le plan de l'épidémie de VIH en Afrique. Pendant 17 ans, j'ai habité à Nairobi, où je dirigeais une initiative de collaboration très reconnue entre l'Université du Manitoba et l'Université de Nairobi. Les travaux de recherche accomplis dans le cadre de ce projet comptent parmi les premiers à avoir reconnu l'étendue du VIH en Afrique de l'Est, ainsi qu'à avoir oeuvré vers la compréhension de l'épidémie et de la façon de prévenir la transmission du VIH.

Comme les membres du comité le savent, en Afrique, le VIH est transmis principalement par des relations hétérosexuelles, ainsi que par la mère à son nouveau-né. Grâce à de la recherche financée en grande partie par le gouvernement du Canada, nous avons appris ce qui suit: le commerce du sexe est l'un des principaux moteurs des épidémies de VIH; des infections ordinaires transmissibles sexuellement, comme la gonorrhée et la chlamydia, favorisent la transmission du VIH; la circoncision diminue la vulnérabilité des hommes au VIH; et l'allaitement naturel est un important facteur de risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Chacune de ces découvertes a mené à des interventions efficaces créées par notre groupe et a fini par transformer les politiques mondiales en matière de santé. Elles sont au cœur de la prévention efficace des infections à VIH en Afrique et ailleurs dans le monde. Chaque année, des dizaines de milliers de gens ne contractent pas le VIH grâce aux travaux fondamentaux réalisés par l'Université du Manitoba et l'Université de Nairobi et financés par le gouvernement du Canada.

Cette collaboration de longue date se poursuit, tout comme ma participation au dossier. Nous célébrons cette année le 30^e anniversaire de l'initiative. Au cours des dernières années, les travaux de recherche ont été axés sur la compréhension de l'immunité naturelle au VIH. Ces travaux, qui pourraient mener à la création d'un vaccin contre le VIH, sont financés par le gouvernement du Canada et la Bill and Melinda Gates Foundation, ce qui explique pourquoi je suis à Seattle aujourd'hui.

Les travaux sont effectués dans un complexe de laboratoires à la fine pointe de la technologie, qui a été construit et équipé grâce à une subvention du gouvernement du Canada accordée par l'entremise de la Fondation canadienne pour l'innovation. Le Canada a donc grandement contribué à la lutte contre le VIH et le sida en Afrique, et il continue de le faire.

Maintenant, parlons du projet de loi C-393. Je n'ai pas les compétences requises pour me prononcer sur la question de savoir si les dispositions législatives actuelles et les modifications proposées posent problème ou non. Toutefois, je sais qu'on a critiqué l'efficacité du programme actuel et qu'un seul pays l'a utilisé. Or, je doute que la structure du programme canadien soit la raison pour laquelle on n'y a pas recours. À mon avis, le programme original, qui part de bonnes intentions, a probablement été dépassé par les événements. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; le programme PEPFAR des États-Unis — le President's Emergency Plan for AIDS Relief —; l'accès à des médicaments antirétroviraux de haute qualité produits par des fabricants de médicaments génériques ailleurs dans le monde; et la chute des prix des médicaments brevetés sont tous des facteurs qui ont contribué au désintérêt à l'égard du programme canadien. La même chose s'est produite avec des programmes semblables partout dans le monde.

Malheureusement, vous n'avez pas pu recevoir le témoignage de mon collègue, Dr Kimani de Nairobi. D'après son expérience, ce n'est pas l'accès aux médicaments antirétroviraux qui pose véritablement problème; c'est la capacité de mener à bien des programmes de traitement de haute qualité avec du personnel qualifié.

Même si j'appuie assurément l'objectif de rendre les médicaments antirétroviraux accessibles aux personnes qui en ont besoin, je tiens à rappeler au comité que les médicaments antirétroviraux actuels ne guérissent pas les gens; ils prolongent la vie de façon considérable. Je suis cependant d'avis que nous ne viendrons pas à bout de la pandémie de VIH en traitant le sida. Le nombre de personnes qui

contractent le VIH augmente beaucoup plus rapidement que le nombre de personnes que l'on traite. D'ailleurs, le traitement du sida est bien plus coûteux que la prévention du VIH. Nous savons comment prévenir de nouvelles infections de façon efficace et à bon marché. Selon moi, on a trop peu insisté sur de simples stratégies de prévention qui fonctionnent, et on n'a pas suffisamment investi dans ces stratégies. Il faut en outre axer la recherche sur des technologies visant à prévenir la transmission du VIH, comme un vaccin ou un microbicide.

• (1145)

Pour terminer, j'aimerais vous remercier de m'avoir demandé de venir vous parler aujourd'hui et je vous remercie de votre attention. Je serai heureux de répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup, docteur Plummer.

Nous poursuivons avec M. Keon, pour cinq minutes, s'il vous plaît.

[Français]

M. Jim Keon (président, Association canadienne du médicament générique): Merci, monsieur le président.

[Traduction]

Merci, mesdames et messieurs.

Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de parler du projet de loi C-393.

Je représente l'industrie des produits pharmaceutiques génériques, qui est une partie importante de l'économie canadienne et du système de soins de santé depuis plus de 50 ans. Nous sommes chanceux d'avoir une industrie des produits pharmaceutiques génériques importante et à la fine pointe de la technologie au Canada. Aujourd'hui, elle emploie directement environ 12 000 Canadiens dans des postes hautement spécialisés dans les secteurs de la fabrication et de la recherche et développement.

La plupart des médicaments génériques vendus au Canada sont fabriqués dans des usines de calibre mondial, ici même, au Canada. Le plus important fabricant de médicaments au Canada — tant les produits d'origine que génériques — est le fabricant ontarien Apotex. Le plus important du Québec est Pharmascience, qui fabrique aussi des médicaments génériques.

Notre industrie fournit actuellement les médicaments nécessaires pour six ordonnances sur dix au Canada, et ce chiffre augmente rapidement. On a beaucoup parlé récemment du prix des médicaments génériques au Canada et de la capacité de fournir des médicaments à prix abordable à l'étranger. Traditionnellement, le prix des médicaments génériques au Canada a fortement soutenu l'industrie pharmaceutique. Ce système est en mutation. Les gouvernements provinciaux ont entrepris de le modifier. Au Canada, le prix des médicaments génériques a chuté considérablement au cours de la dernière année, tandis que l'on regarde le financement de l'industrie pharmaceutique d'un autre oeil. Les médicaments génériques ont permis au système de soins de santé canadien d'économiser et ces économies sont plus importantes que jamais auparavant.

De plus, les fabricants canadiens de médicaments génériques soutiennent activement les efforts en matière d'aide humanitaire internationale. Les sociétés membres de l'ACMG figurent parmi les principaux donateurs de Partenaires canadiens pour la santé internationale, un organisme de secours et de développement sans but lucratif qui, avec d'autres partenaires, s'emploie à accroître l'accès aux médicaments et à améliorer la santé dans les pays en développement.

Plus récemment, nos membres ont été aussi très actifs dans l'aide à Haïti; ils ont donné des médicaments dont la valeur s'élève à des millions de dollars à des organismes tels que Vision mondiale, Feed The Children et Partenaires canadiens pour la santé internationale.

Le comité étudie un mécanisme particulier dont l'objectif est de fournir des médicaments pour l'aide humanitaire aux pays en développement, le Régime canadien d'accès aux médicaments. La décision de l'Organisation internationale du commerce, une décision prise par 120 pays qui a mené à la création du RCAM, découle de la reconnaissance à l'échelle mondiale du fait que l'industrie des médicaments d'origine ne comblait pas les besoins des pays en développement à elle seule. En l'absence de concurrence, les fabricants de médicaments d'origine étaient généralement réticents à baisser le prix de leurs médicaments brevetés à un niveau que les pays en développement et les pays les moins développés auraient les moyens de payer. C'est pour cette raison que la communauté internationale s'est réunie et a mis au point ce qu'on appelle l'accord de Doha.

Le RCAM fournit un mécanisme juridique et réglementaire en vertu duquel les fabricants canadiens de médicaments génériques peuvent — à des fins humanitaires — mettre au point, produire et exporter des médicaments protégés par des brevets nationaux dans les pays en développement et les pays les moins développés.

Nous avons entendu parler de certains aspects complexes du régime et nous savons que malgré cela, Apotex a mis au point et produit et exporté au Rwanda deux envois de son médicament contre le sida en combinaison triple, nommé Apo-TriAvir. Malheureusement, l'entreprise a indiqué publiquement qu'elle n'y aurait plus recours à moins que des modifications n'y soient apportées.

Il y a eu beaucoup de discussions ce matin pour savoir si le RCAM fonctionne. La réponse de l'Association canadienne du médicament générique est non. La réponse d'Apotex est non.

Le problème du RCAM, qui le rend pratiquement irréalisable, c'est le mécanisme d'octroi des licences. La décision de l'OMC qui a mené à la création du RCAM impose quatre exigences simples en matière d'octroi de licence au pays exportateur, et celles-ci auraient pu être mises en oeuvre plus facilement par le Canada. Au lieu de cela, le processus d'octroi des licences du RCAM fonctionne à l'envers; il s'agit essentiellement d'un processus qui sert les intérêts des détenteurs des droits de propriété intellectuelle plutôt que ceux des personnes qui ont désespérément besoin d'avoir accès à des médicaments salvateurs au moment où sévit une crise sanitaire.

Comme il est indiqué dans notre mémoire, l'ACMG est favorable aux modifications à la Loi sur les brevets proposées dans le projet de loi C-393. À notre avis, la simplification du processus de demande et d'octroi des licences contenue dans le projet de loi est conforme à l'esprit de la déclaration de Doha et de la décision de l'OMC, tout en permettant au Canada de respecter ses obligations en vertu de l'ADPIC.

Nous ne remettons en question qu'une partie du projet de loi, et c'est lié à la modification proposée à la Loi sur les aliments et drogues qui permettrait que les médicaments soient approuvés à

l'étranger, dans le cadre du RCAM. À notre avis, cette mesure n'est pas nécessaire et ne reçoit pas l'appui de notre association. L'industrie des produits pharmaceutiques génériques reste favorable à l'approbation par Santé Canada.

• (1150)

C'est sur ces propos que se termine ma déclaration préliminaire. Je suis certain que vous aurez de nombreuses questions à poser au groupe d'experts. Je serai heureux, avec l'aide de mon collègue, de répondre à toutes vos questions au sujet du Régime canadien d'accès aux médicaments.

Merci.

Le président: Merci, monsieur Keon.

Nous n'avons toujours pas les autres témoins en vidéoconférence; nous poursuivons donc avec M. Schwartz, pour cinq minutes.

Me David Schwartz (président, Comité des brevets en biotechnologie, Institut de la propriété intellectuelle du Canada): Merci, monsieur. Bonjour.

Je m'appelle David Schwartz. Je suis avocat et agent de brevet. Je suis un associé au sein de la société Smart & Biggar et je comparais ici aujourd'hui au nom de mon association professionnelle, l'Institut de la propriété intellectuelle du Canada, ou IPIC.

[Français]

J'ai le plaisir de comparaître devant vous aujourd'hui au nom de l'IPIC.

[Traduction]

L'IPIC est l'association professionnelle des agents de brevets, des agents de marques de commerce et des avocats exerçant dans tous les secteurs du droit de la propriété intellectuelle. Je suis le président du comité des brevets en biotechnologie de l'IPIC, et c'est à ce titre que je comparais aujourd'hui. Je travaille exclusivement dans le domaine des brevets depuis 17 ans. J'ai une formation scientifique dans le domaine de la génétique et mon travail consiste à aider les inventeurs à obtenir la protection conférée par un brevet pour leurs inventions auprès du Bureau des brevets du Canada et d'autres pays.

J'espère pouvoir contribuer à la discussion très sérieuse et éclairée que nous avons entendue ce matin.

Il a été reconnu que l'innovation est importante pour le bien-être économique et social du pays. Les lois en matière de brevets sont un élément essentiel pour le domaine de l'innovation de tout pays, et ces lois doivent établir un équilibre délicat entre des politiques dont les objectifs sont différents et doivent se conformer à un certain nombre de traités internationaux.

Les compétences de l'IPIC ont trait au droit de la propriété intellectuelle et non à la fabrication de médicaments ou aux politiques d'aide aux pays en développement. Notre mémoire porte donc sur l'étude de la conformité du projet de loi C-393, dans sa forme actuelle — permettez-moi d'insister là-dessus — à l'Accord sur les ADPIC et sur ses éventuelles répercussions sur le système de brevets au Canada et ailleurs.

L'Accord sur les ADPIC de l'OMC établit des normes minimales en matière de protection des droits de la propriété intellectuelle. Les États membres peuvent donc établir des normes plus sévères que celles contenues dans l'ADPIC, mais ils n'ont pas le droit d'adopter des lois qui fournissent moins de protection que ce qui est prévu dans l'Accord sur les ADPIC.

Permettez-moi d'utiliser une analogie très simple, soit les limites de vitesse dans les zones scolaires. Si une loi provinciale, une loi de l'Ontario disons, exige que la limite de vitesse dans une zone scolaire ne puisse excéder 40 kilomètres à l'heure, la ville d'Ottawa pourrait abaisser la limite de vitesse à 30 ou à 35 kilomètres à l'heure, mais ne pourrait pas l'augmenter à 50 kilomètres à l'heure. Je vais revenir sur ce point à la fin de ma déclaration.

L'article 31 de l'ADPIC permet l'utilisation d'une invention brevetée par quelqu'un d'autre que le détenteur du brevet sans l'autorisation du breveté, dans certaines circonstances. Plus important encore, l'alinéa *f*) stipule que l'invention peut être utilisée principalement « pour l'approvisionnement du marché intérieur », en l'occurrence le Canada. Il y a aussi des exigences en matière de rémunération du breveté, pour le marché intérieur. Ces exigences posent problème aux pays qui n'ont pas la capacité de produire ni l'expertise technique dans leur propre marché, c'est-à-dire leur propre pays, pour fabriquer et utiliser une invention brevetée, même s'ils y étaient autorisés.

Donc, la décision de 2003 du Conseil général de l'OMC qui entérinait le paragraphe 6 de la déclaration de Doha fournit une solution à ce problème, et je sais que vous en avez déjà entendu parler ce matin. On a inscrit une dérogation aux alinéas *f*) et *h*) de l'article 31 pour les produits pharmaceutiques, à certaines conditions et des exigences liées à cette dérogation ont été établies pour l'importation de médicaments brevetés par un pays, habituellement un des pays les moins développés ou en développement. La décision du conseil général est, bien entendu, appliquée au Canada par la création du RCAM, en vertu de la Loi sur les brevets.

J'insiste sur ces deux points parce que la loi canadienne doit donc être en conformité avec deux aspects importants de l'ADPIC. Premièrement, il doit y avoir des obligations liées aux alinéas de l'article 31 qui n'ont pas fait l'objet d'une dérogation. Deuxièmement, la dérogation aux alinéas *f*) et *h*) — si on veut en bénéficier — doit être conforme à la décision du conseil général, soit qu'elle doit être utilisée de bonne foi pour protéger la santé du public et non comme un outil qui permet d'atteindre des objectifs de nature industrielle ou commerciale. Cet objectif ne pourrait pas être atteint si des produits fournis en vertu de cette décision étaient détournés des marchés auxquels ils étaient destinés. En conséquence, conformément aux alinéas de la décision du conseil général qui s'y rapportent, toutes les mesures raisonnables possibles doivent être prises pour éviter un tel détournement. Ces principes fondamentaux sont expliqués dans la déclaration du président qui accompagnait la décision du conseil général, et que je suis en train de citer.

Si la loi canadienne n'est pas conforme à l'ADPIC, elle risque d'être contestée en vertu de la procédure de règlement des différends de l'OMC. Il a déjà été nécessaire de modifier la loi canadienne sur les brevets deux fois — en 2001 dans les deux cas — à la suite de la contestation d'autres pays, où l'OMC a déclaré que notre loi n'était pas conforme à l'ADPIC. Dans un des cas, la plainte avait été déposée par l'Union européenne et portait sur nos dispositions sur la constitution de réserves, comme l'a mentionné M. Dearden. L'autre cas, qui est aussi survenu en 2001, où nous avons modifié la loi pour changer la disposition sur la protection des brevets à la suite d'une plainte des États-Unis. Donc, nous avons dû modifier notre loi deux fois récemment en raison de plaintes.

Le fait de pouvoir affirmer sur une tribune internationale que notre Loi sur les brevets n'est pas conforme avec l'ADPIC crée de l'incertitude et pourrait ternir la réputation du Canada en matière de respect des droits de la propriété intellectuelle, ce qui aurait des répercussions néfastes sur les investissements canadiens et étrangers

en recherche et développement. En conséquence, à notre avis, il est important que le RCAM soit conforme à l'ADPIC, de façon à ce qu'il ne soit pas l'objet de plaintes comme celles que je viens de décrire.

• (1155)

Entre autres, il faut non seulement veiller à ce que les dispositions immuables de l'article 31 soient appliquées et que les décisions du Conseil général soient observées, mais aussi veiller à ce que les aspects procéduraux de la mesure législative permettent de garantir, de manière appropriée et pratique, que l'intention de l'exonération exposée dans la décision du Conseil général est respectée.

Revenons très brièvement à l'analogie que j'ai établie avec la limite de vitesse. Bien sûr, nous pouvons fixer la limite de vitesse à 35, mais, si nous ne la communiquons pas au public, si nous n'affichons pas des panneaux de signalisation et si nous ne demandons pas à la police de surveiller la vitesse de conduite, la limite est en fait inefficace. Certains aspects du projet de loi C-393 nous préoccupent donc de la même manière.

Je conclus en disant que le projet de loi C-393 a manifestement provoqué un débat. Nous l'avons appris cette semaine et la semaine dernière, et cela nous a permis de nous sensibiliser à des enjeux très importants. Toutefois, comme vous pourrez le constater dans notre mémoire très détaillé, nous sommes préoccupés par le fait que le projet de loi ne respecte pas les ADPIC et la décision du Conseil général, et nous avons également signalé certaines questions liées aux brevets.

[Français]

Merci de nous avoir invités aujourd'hui.

[Traduction]

Je vous remercie d'avoir invité notre association à comparaître aujourd'hui, et c'est avec plaisir que je répondrai à toutes les questions que vous désirez poser.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Schwartz.

Il semble que nous ayons épuisé tous nos témoins et que nous éprouvions des difficultés aujourd'hui — du moins en ce qui concerne les vidéoconférences. Nous allons donc passer maintenant à nos séries de questions.

Je cède la parole à M. Garneau qui dispose de cinq minutes.

M. Marc Garneau: Merci, monsieur le président.

Ma première question s'adresse à M. Keon.

Vous dites que l'industrie canadienne des médicaments génériques a déjà collaboré avec les Partenaires Canadiens pour la Santé Internationale et d'autres organismes comme la Société Canadienne pour Nourrir les Enfants.

On nous dit que 95 p. 100 des médicaments qui figurent sur la liste de l'OMC ne sont pas protégés par des brevets. J'aimerais savoir dans quelle mesure l'industrie des médicaments génériques participe à la fabrication de ce grand nombre de médicaments non protégés par des brevets.

Quelle part les fabricants canadiens de médicaments génériques prennent-ils à l'approvisionnement des pays d'Afrique en médicaments non brevetés?

M. Jim Keon: Comme je l'ai mentionné, les fabricants de médicaments génériques apportent une importante contribution aux Partenaires Canadiens pour la Santé Internationale. C'est le groupe canadien qui, la plupart du temps, s'occupe des dons de médicaments destinés aux pays étrangers. Nous travaillons donc très activement avec eux. À l'heure actuelle, les médicaments génériques représentent de nouveau la majeure partie des médicaments qu'ils expédient.

L'industrie canadienne des médicaments génériques est, à bien des égards, une industrie internationale. Elle comprend des compagnies comme Teva et Sandoz qui sont de grandes entreprises internationales et qui exercent également leurs activités en Afrique. Habituellement, celles-ci peuvent aussi fournir aux pays d'Afrique des médicaments en provenance d'autres pays.

Nous comptons effectivement des entreprises appartenant à des intérêts canadiens, comme Apotex et Pharmascience, qui envoient leurs produits directement du Canada et qui participent activement au marché. Notre industrie expédie des produits dans plus de 140 pays des quatre coins de la planète, y compris l'Afrique.

M. Marc Garneau: Vous n'auriez pas par hasard un chiffre à me donner à propos de ces activités?

M. Jim Keon: Non.

M. Marc Garneau: D'accord. Fort bien.

Monsieur Schwartz, nous avons entendu diverses personnes dire que le projet de loi C-393 violerait les obligations auxquelles nous avons consenti en vertu de l'Accord sur les ADPIC, et d'autres personnes dire le contraire. Je crois que vous appartenez à la catégorie des gens qui pensent que le projet de loi pourrait être contesté. Vous avez parlé de l'article 31 et des exonérations dont certains médicaments font l'objet dans certaines situations.

J'aimerais que vous me donniez une idée légèrement meilleure de ce qui se passerait si l'on contestait la décision du Canada. Disons que nous adoptons le projet de loi C-393 et qu'il est contesté. Quelles seraient les conséquences pratiques pour un pays comme le Canada? La propriété intellectuelle est un sujet plutôt aride. Mais, à mon avis, il est important que les Canadiens comprennent les répercussions auxquelles nous nous exposons si quelqu'un accuse le Canada de violer l'accord sur les ADPIC et gagne sa cause.

• (1200)

Me David Schwartz: Merci.

Premièrement, en ce qui concerne vos observations préliminaires à propos de la catégorie à laquelle nous appartenons, c'est manifestement une question difficile à répondre. Si vous lisez notre mémoire, vous pourrez constater que nous n'adoptons pas une position ferme d'un côté ou de l'autre, mais nous signalons les questions qui pourraient être préoccupantes. Pour être franc, vous avez entendu des gens qui en savent plus sur les ADPIC que je n'en saurai jamais et qui ont envisagé la question selon deux différents points de vue. C'est la nature de vos délibérations, et je présume que, tôt ou tard, le gouvernement fera appel à des ressources — du ministère de la Justice ou du Bureau des brevets — qui seront en mesure d'analyser ces opinions contradictoires et de les classer selon leur mérite.

En ce qui concerne votre question à propos de ce qui pourrait arriver, la réponse est que, bien entendu, nous ignorons quels pourraient être les effets à long terme. Personnellement, je m'inquiéterais surtout... à certains égards, c'est une question de perception. Nous avons accepté de nous conformer à des normes minimales dans le cadre de l'Accord sur les ADPIC et l'ALENA. Souhaitons-nous adopter un projet de loi ou une loi qui pourrait

prêter flanc à la critique et faire l'objet d'une autre contestation, réussie ou non? Bien sûr, nous avons entendu dire aujourd'hui que personne ne contesterait cette loi, puis que quiconque la contesterait aurait gain de cause ou, au contraire, qu'il perdrait sa cause. Nous sommes d'avis qu'idéalement, il vaudrait mieux trouver un équilibre afin que cela ne se produise pas.

Personnellement, je ne crois pas qu'il soit très bon pour notre réputation de protecteur de l'innovation que les dispositions de notre Loi sur les brevets aient été invalidées à deux reprises, parce qu'elles allaient à l'encontre de l'Accord sur les ADPIC. C'est la position qu'adopte la communauté internationale, et je suppose que c'est logique. Nous avons convenu de promulguer une loi qui respecte les ADPIC. De quoi aurions-nous l'air si, après avoir été manifestement jugés coupables à deux reprises, nous adoptons une mesure législative qui ne respecte pas nos accords? À mon avis, c'est presque une évidence.

M. Marc Garneau: Merci.

J'ai une dernière question pour M. Keon, et je souhaiterais que les représentants d'Apotex soient ici pour l'entendre, car ils y sont intimement mêlés. En tant que représentant de votre industrie, vous affirmez essentiellement que, dans sa forme actuelle, le RCAM ne fonctionne pas. J'aimerais que vous fassiez le lien entre cette affirmation et le contexte précis dans lequel le RCAM a été utilisé une fois par le passé. Quels ont été les principaux obstacles à son utilisation?

M. Jim Keon: Je crois qu'Apotex est un chef de file canadien qui a saisi l'occasion, qui a relevé le défi et qui est allé de l'avant. Je dois dire que le personnel de cette entreprise débordait d'enthousiasme. Les gens ont travaillé de longues heures, y compris pendant les week-ends et les soirées, pour tenter de faire approuver le produit aussi vite que possible. Ils avaient le sentiment d'accomplir quelque chose d'important lorsqu'ils l'ont fait.

Lorsque j'ai parlé avec les dirigeants d'Apotex... Je crois qu'ils ont trouvé que le processus en entier était très long et incertain, et qu'il s'était soldé par de trop petites commandes. De plus, le processus est toujours à recommencer. Apotex et d'autres compagnies sont en mesure d'offrir de bons prix et des produits en grande quantité en produisant à grande échelle. Ils ne se spécialisent pas dans l'envoi de petites commandes, dans l'achat de produits ou dans la fabrication et la vente de petites quantités. Ce n'est pas la façon d'obtenir de bons prix ou de faire des économies d'échelle. Si, en travaillant avec Médecins Sans Frontières ou Santé Canada, comme ils l'ont fait par le passé, ils constatent qu'un produit est nécessaire et qu'ils l'élaborent, ils aimeraient être en mesure de le produire en grande quantité, tout en respectant les règlements, et d'être assez assurés de le vendre. Malheureusement, ils ne bénéficient pas de cette assurance et, à mon avis, c'est vraiment la principale raison pour laquelle ils ont trouvé que ce processus laissait à désirer.

Le président: Merci, messieurs Keon et Garneau.

Il se peut que nous soyons maintenant en mesure de rassembler quelques-uns de nos témoins. Chers membres, veuillez être patients envers moi pendant un moment.

Y a-t-il en ce moment quelqu'un dans la salle de Cape Town qui peut entendre ma voix et peut-être s'approcher du microphone?

Monsieur Taubman, pouvez-vous m'entendre?

• (1205)

M. Antony Taubman (directeur, Division de la propriété intellectuelle, Organisation Mondiale du Commerce (OMC)): Oui. Bonjour.

Le président: C'est formidable.

Monsieur Taubman, vous disposez de cinq minutes pour faire votre déclaration préliminaire. Allez-y.

M. Antony Taubman: Merci, monsieur le président.

Honorables membres, je vous remercie de m'avoir invité à comparaître devant votre comité pendant que vous délibérez sur une question qui revêt une importance fondamentale pour la communauté internationale, à savoir s'assurer que des médicaments vitaux sont à la disposition de ceux qui en ont un urgent besoin.

Je dois dire qu'il est inhabituel qu'un membre du Secrétariat de l'OMC participe à un processus législatif national ou à l'élaboration de politiques nationales, mais je comprends que vous puissiez chercher à obtenir quelques avis techniques de la part du Secrétariat de l'OMC pour faciliter vos délibérations, tout comme le Comité sénatorial permanent des banques et du commerce l'a fait lorsqu'il étudiait un projet de loi semblable intitulé « S-232 ». Cela a entraîné ma comparaison devant le comité en novembre dernier.

J'avais alors fait une longue déclaration qui figure maintenant au compte rendu. Donc, pour ne pas abuser de votre temps aujourd'hui, j'aimerais me référer à cette déclaration et demander que, si possible, le comité prenne note des explications détaillées que j'ai données à propos de mon statut et qui ont été enregistrées à ce moment-là. Cependant, je dois répéter que je ne compare pas devant vous ni en tant qu'expert indépendant ayant toute latitude de vous communiquer ses opinions personnelles, ni en tant que défenseur d'une position politique ou d'une approche en matière d'interprétation juridique. De même, je ne suis pas ici pour représenter l'Organisation mondiale du Commerce en tant que tel. En revanche, je travaille au Secrétariat de l'OMC, et je peux apporter mon concours à votre comité, mais uniquement sur le plan technique.

Au lieu d'être une voix indépendante, j'occupe un poste qui, en fait, ressemble à celui des membres du personnel qui organisent les audiences de votre comité. Je suis actuellement directeur de la Division de la propriété intellectuelle de l'OMC où je travaille avec un petit groupe de collègues talentueux et dévoués qui sont responsables de l'administration de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, l'Accord sur les ADPIC, conclu sous l'égide de l'OMC. Nous épaulons le Conseil de l'Accord sur les ADPIC, un organisme au sein de l'OMC qui englobe tous nos membres, c'est-à-dire les 153 membres de l'OMC.

En fait, le Conseil de l'Accord sur les ADPIC se réunit à l'heure actuelle et s'apprête à entreprendre son examen annuel du régime relatif au paragraphe 6 que vous étudiez dans le cadre de vos délibérations. Nous gérons également les avis et les procédures officielles qui s'appliquent en vertu de l'Accord sur les ADPIC, et nous offrons une aide technique et de la formation, en particulier aux pays en développement. Encore une fois, cela représente une importante partie de notre travail ayant trait au régime relatif au paragraphe 6 et à la santé publique. Nous accomplissons notre travail en collaboration avec nos partenaires internationaux, dont l'Organisation mondiale de la santé.

En tant que membre du Secrétariat, il y a un certain nombre de services que nous ne pouvons vous offrir. Malheureusement, il se peut que ces services soient justement ceux qui seraient les plus utiles à votre comité. En particulier, je ne peux pas vous donner aucun avis sur l'interprétation de nos textes juridiques — l'Accord sur les ADPIC et la modification qui lui a été apportée — et, encore moins, sur la conformité de toute loi en vigueur au Canada ou de tout projet de loi canadien par rapport aux ADPIC. Je sais que cette

position peut sembler équivoque et peu coopérative. J'insiste de manière véhémement sur le fait que ce n'est pas le cas. Au contraire, notre position découle de motifs politiques raisonnables et du consensus auquel nos membres sont parvenus en ce qui concerne le rôle approprié de notre secrétariat.

Toutefois, nous sommes chargés d'aider nos membres à mettre adéquatement en oeuvre les mécanismes liés aux ADPIC et au paragraphe 6, et il nous incombe de leur fournir autant de soutien technique que nous le pouvons. Cependant, l'ensemble de nos membres ne considère pas qu'il serait approprié qu'un secrétariat technique cherche à porter un jugement sur des propositions législatives nationales ou à évaluer si, sur le plan juridique, elles respectent les obligations contractées en vertu de l'Accord sur les ADPIC. C'est vraiment une question que nos membres doivent étudier ensemble, et c'est un processus que je peux décrire davantage si cela peut être utile au comité.

Il existe un processus d'analyse et d'examen des lois nationales. Les lois portant sur la propriété intellectuelle, y compris le Régime canadien d'accès aux médicaments, sont habituellement portées à l'attention de l'organisme officiel que représente le Conseil de l'Accord sur les ADPIC. Le conseil examine alors la mesure législative. Il s'agit d'un processus d'examen par les pairs au cours duquel les autres membres, les autres nations, soulèvent des questions concernant la mesure législative et cherchent à obtenir des précisions à son sujet. Mais même le Conseil de l'Accord sur les ADPIC n'a pas le pouvoir de déterminer si une mesure législative respecte l'accord, même si, en règle générale, les membres ont pour politique d'adopter une position ferme à cet égard afin de veiller à ce que les mesures législatives ne dérogent pas à l'accord.

• (1210)

D'autres processus, comme l'examen des politiques commerciales, analysent également les divers aspects des régimes commerciaux nationaux. En fait, au cours du récent examen des politiques commerciales canadiennes qui a eu lieu en 2007, on a analysé le Régime canadien d'accès aux médicaments ainsi que d'autres facettes des lois et des règlements canadiens.

Toutefois, aucun de ces processus n'entraîne une évaluation officielle du respect des obligations internationales. Si la conformité des lois est préoccupante, c'est à un autre membre de l'OMC que revient la tâche de le signaler. Si le membre est suffisamment préoccupé par cette question pour souhaiter la soulever officiellement, plusieurs voies s'offrent à lui. Il peut déposer une plainte officielle qui peut entraîner des différends et des procédures officielles. Cela peut se solder finalement par la formation d'un groupe d'experts indépendants qui déterminera si la loi respecte les obligations du pays.

Mais le secrétaire n'entreprend pas lui-même ce genre de processus de vérification de la conformité. Cela serait vraiment contraire à notre rôle crucial. Nous n'offrons pas des services aux gens qui nous demandent de les aider à régler des questions de conformité, et nous ne prenons pas l'initiative de le faire.

Le président: Monsieur Taubman, êtes-vous presque arrivé à votre conclusion?

M. Antony Taubman: Oui. Je voulais mentionner certaines des activités de coopération technique ayant trait au paragraphe 6, mais je suis prêt à les laisser tomber si vous préférez passer à autre chose.

Le président: Ce serait bien. Merci beaucoup.

Je pense que Mme Akugizibwe de Cape Town est en ligne.

Mme Paula Akugizibwe (coordonnatrice de la représentation, AIDS and Rights Alliance for Southern Africa): Je suis désolée du délai, monsieur.

Le président: Je suis content que vous puissiez vous joindre à nous.

Nous allons maintenant demander à M. Jenner, qui est en ligne depuis un certain temps, de faire sa déclaration préliminaire. Ensuite, nous reviendrons à Cape Town.

Monsieur Jenner, veuillez commencer. Vous disposez de cinq minutes.

M. Andrew Jenner (directeur, Section de la propriété intellectuelle et du commerce, Fédération internationale de l'industrie du médicament): Merci beaucoup.

J'espère que vous m'entendez bien.

Le président: Très bien. Merci.

M. Andrew Jenner: Je vous remercie beaucoup de me permettre de témoigner dans le cadre de cette audience. Je représente la International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations qui est établie à Genève. C'est une ONG sans but lucratif qui représente l'industrie axée sur la recherche. Je travaille pour les secteurs de la biotechnologie et des vaccins. Ils comprennent plus de 25 compagnies pharmaceutiques de premier plan et 46 associations nationales et régionales établies partout dans le monde.

Je vais commencer ma déclaration en mettant l'accent sur ce que nous essayons d'accomplir dans le domaine de l'accès aux médicaments. Je pense que c'est un programme dont vous avez sans doute déjà entendu parler, mais il serait vraiment utile que nous puissions nous représenter où la disposition concernant les licences obligatoires s'inscrit dans le cadre de travail élargi.

Pour que nous puissions atteindre notre objectif partagé en matière d'accès aux médicaments, il faut que certains éléments clés soient en place. Nous sommes bien conscients du rôle important que jouent les systèmes de soins de santé dans chaque pays. Lorsque j'étais au service d'un gouvernement, je me penchais fréquemment sur cette question dans le cadre des négociations de l'Union européenne et, au Royaume-Uni, on s'entendait pour le dire.

Un haut responsable de la santé au Botswana a fait un commentaire plutôt dur lorsqu'il a déclaré que, même si l'on fournissait au Botswana tous les médicaments du monde, cela ne changerait rien à la situation. Il s'était rendu compte des lacunes de son pays en matière d'infrastructure — et je sais que nous pourrions trouver de nombreuses observations en ce sens. Par exemple, en 2006, le directeur de la Division du VIH à l'OMS a fait la déclaration publique suivante:

L'Afrique est l'un des endroits les plus durement touchés par l'épidémie du sida... il est très évident que son principal problème n'est pas le prix actuel des médicaments. Le véritable obstacle, c'est la fragilité de ses systèmes de santé. Son infrastructure de santé est délabrée, et elle ne possède aucune chaîne d'approvisionnement.

Lorsque nous parlons de l'accès aux médicaments, il faut vraiment nous assurer qu'une infrastructure de santé et des systèmes de soins de santé efficaces ont été mis sur pied et que les responsables des soins de santé sont en mesure d'administrer ces médicaments de façon adéquate et efficace.

Bien entendu, les médicaments eux-mêmes représentent une pièce importante du puzzle de l'accès. Quelque 95 p. 100 des médicaments qui figurent sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS ne sont pas protégés par des brevets. Cela ne veut pas dire que les autres

5 p. 100 sont sans importance, mais cela met vraiment, si vous le voulez, notre débat en contexte. Nous parlons d'un petit nombre de médicaments. Bien sûr, ce nombre pourrait augmenter avec le temps

J'aimerais maintenant mettre l'accent sur les succès enregistrés au cours des dernières années qui n'ont nullement fait appel aux dispositions relatives aux licences obligatoires. Le nombre de patients traités pour le VIH ou le sida est passé de 500 000 en 2003 à 1,57 million en janvier 2005. Par exemple, la hausse de 3,140 p. 100 a été réalisée sans recourir aux dispositions relatives aux licences obligatoires.

Pour conclure, comme le directeur général de l'OMS l'a indiqué: « Notre succès ne devrait pas se mesurer au nombre de licences obligatoires qui ont été accordées. À notre avis, il devrait être calculé en fonction des médicaments qui sont disponibles sur le terrain. »

Le nombre d'initiatives visant à constituer des fonds mondiaux, comme la Fondation Bill et Melinda Gates, par exemple, s'est grandement accru dernièrement. Cette augmentation du nombre de médicaments disponibles n'a pas été réalisée grâce aux dispositions relatives aux licences obligatoires. Donc, il ne faut pas s'attendre à ce qu'un projet de loi canadien entraîne un accès accru aux médicaments.

Le point de vue de Genève à ce sujet, c'est que le Canada fabrique, bien entendu, des médicaments génériques de haute qualité, mais ceux-ci sont chers. À Genève, on pense que, pour de nombreux pays, le meilleur moyen de se procurer, sous forme générique, les médicaments brevetés dont ils ont besoin consiste à s'adresser à l'Inde ou à d'autres marchés, comme la Chine.

Manifestement, lorsque je négociais les règlements qui permettaient la mise en oeuvre de ces mêmes dispositions dans toute l'Union européenne, il était de notoriété publique qu'on ne ferait pas souvent appel à elles, compte tenu des considérations commerciales et du coût des médicaments en Europe.

•(1215)

Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Jenner.

Nous passons maintenant à Mme Paula Akugizibwe. J'espère que j'ai prononcé votre nom à peu près correctement. Je vous remercie beaucoup de prendre le temps de témoigner. Vous disposez de cinq minutes pour faire votre déclaration préliminaire, alors allez-y.

Mme Paula Akugizibwe: Je vous remercie de me donner l'occasion de parler au comité à ce sujet.

Je travaille avec l'AIDS Rights Alliance for Southern Africa, une organisation africaine régionale regroupant des ONG qui aident à des gens atteints du VIH ou touchés par le virus à communiquer entre eux. Je ne suis pas en mesure de vous fournir une analyse juridique détaillée des modifications proposées. Je vais donc me contenter d'aborder trois principaux points.

D'abord, je vais parler de l'abordabilité des médicaments, l'une des influences les plus cruciales du monde politique... [Note de la rédaction: inaudible].

Deuxièmement, à l'échelle mondiale, le VIH... [Note de la rédaction: inaudible]...dans le cadre duquel sont prises des décisions ayant d'importantes répercussions, et le rôle du Canada consiste à veiller à ce que les pays en développement aient accès à des médicaments génériques produits par des fabricants de médicaments génériques...[Note de la rédaction: inaudible] ...est plus important aujourd'hui qu'il ne l'a jamais été dans le passé.

•(1220)

Le président: Madame Akugizibwe, pouvez-vous déplacer le microphone vers vous? Pouvez-vous rapprocher le microphone quand vous parlez?

Mme Paula Akugizibwe: Je vais demander de l'aide. Pouvez-vous m'entendre? Puis-je continuer en attendant?

Le président: Vous pouvez poursuivre, mais il est plutôt difficile de vous entendre.

Mme Paula Akugizibwe: M'entendez-vous mieux?

Le président: Beaucoup mieux.

Mme Paula Akugizibwe: D'accord.

Je suis certaine que tout le monde sait qu'en 2007, le Rwanda a pris la décision historique d'aviser l'OMC qu'il aimerait peut-être importer auprès d'Apotex, une dose fixe des trois médicaments combinés suivants: l'AZT, le 3TC, et le névirapine.

En plus d'être le premier et, en fait, le seul pays à avoir profité de l'octroi possible d'une licence obligatoire, ce qui revêtait une grande importance à l'échelle mondiale, la décision était cruciale sur le plan national, en ce sens qu'elle démontrait, comme il se devait et pour la première fois, l'engagement politique du pays à l'égard de la lutte contre le VIH. Cet événement s'est produit au moment où le Rwanda commençait à appliquer les directives sur le traitement optimal conformément aux derniers développements en matière de pratiques exemplaires internationales; c'est-à-dire que, pour traiter le VIH, il abandonnait les régimes fondés sur le D40 au profit des régimes fondés sur l'AZT et qu'il modifiait le seuil pour l'instauration de thérapies antirétrovirales en le faisant passer de 200 à 315.

Le Rwanda était l'un des premiers pays du continent à adopter ces lignes directrices et, par conséquent, il s'est heurté immédiatement aux importantes conséquences financières qu'elles entraînaient. À l'époque, même en exigeant le meilleur prix plafond non vérifié, le passage du D40 à l'AZT aurait occasionné une hausse des coûts de plus de 30 p. 100, uniquement pour les médicaments.

Bien qu'en 2007, trois compagnies pharmaceutiques indiennes aient fabriqué une combinaison de cette nature, qui figurait déjà sur la liste de l'OMS, une seule d'entre elles avait accepté d'appliquer le prix plafond bas. Par conséquent, Apotex semblait être le seul fournisseur concurrentiel ayant répondu à l'appel d'offres.

Après avoir suivi le processus, largement considéré comme lourd et trop prohibitif pour être envisagé dans l'avenir, la licence a finalement été accordée, ce qui a permis à Apotex de faire une offre à un prix concurrentiel et de remporter l'appel d'offres pour la fabrication des ARV. Cela a stimulé les efforts que le Rwanda déployait pour accélérer le traitement des personnes infectées, à tel point qu'il est maintenant l'un des deux seuls pays du continent à avoir offert à ces citoyens un accès accru au traitement contre le VIH fondé sur les directives de l'OMS.

Je sais que tout le monde connaît probablement tous les détails de cette histoire, mais je vous la raconte une fois de plus pour faire ressortir l'argument central de mon message d'aujourd'hui, à savoir que l'accès à des ARV abordables est souvent l'élément crucial qui favorise ou entrave la réalisation d'ambitions politiques visant à élargir l'accès à des traitements contre le VIH.

L'an dernier, James Orbinski, un universitaire canadien, a écrit dans une publication de la Public Library of Science que, pour bon nombre de gens qui vivent dans des pays en développement et qui gagnent moins de deux dollars américains par jour, l'accès à la technologie relative aux soins de santé est un rêve inaccessible. En

outre, si un traitement coûte trop cher, les autres facteurs qui pourraient avoir une incidence sur la disponibilité des médicaments, tels que les systèmes de distribution des médicaments et les politiques nationales sur les médicaments, deviennent discutables. C'est seulement lorsque les médicaments génériques ont fait baisser les coûts d'une thérapie antirétrovirale contre le VIH que le débat politique a cessé de porter sur la possibilité d'offrir une telle thérapie dans des milieux démunis, pour se pencher sur la façon dont on pourrait renforcer l'infrastructure de santé afin de fournir des soins de santé complets aux gens qui vivent dans ces mêmes milieux.

Je pense que cela nous ramène à l'argument que le témoin précédent a fait valoir lorsqu'il a mentionné qu'un responsable des soins de santé du Botswana avait déclaré que, même s'il pouvait acheter tous les meilleurs médicaments du monde, cela ne servirait à rien en l'absence d'une infrastructure de santé. Je crois que cet argument est tout à fait logique, tout comme l'est l'argument inverse, à savoir que, même si l'on possédait la meilleure infrastructure qui soit, elle ne servirait pas à grand-chose si des médicaments abordables n'étaient pas disponibles.

Je crois qu'il faut faire attention de ne pas nous laisser entraîner par ce paradoxe. Bien entendu, nous avons besoin de bons systèmes de santé mais, en même temps, si nous n'avons pas accès à des médicaments abordables — si le pays ne dispose pas de médicaments qui peuvent faire la différence entre la vie et la mort —, cela ébranlera grandement la volonté des politiciens de développer les systèmes pour offrir des services et les empêchera probablement de s'engager à le faire.

Lorsque l'abordabilité est incertaine, les pays sont forcés de faire des compromis qui peuvent nuire énormément à la réussite de leurs programmes. Dernièrement, lorsque le président de la South African national AIDS commission a présenté les nouvelles lignes directrices du pays, il a mentionné qu'il avait fallu trouver un équilibre entre les régimes médicamenteux de haut de gamme, qui sont très coûteux, et d'autres régimes qui le sont moins, mais qui occasionnent un plus grand nombre d'effets secondaires. Je pense que ce dont il faut prendre conscience, c'est que l'abordabilité des médicaments ne nuit pas simplement à la capacité du pays d'accroître ses traitements, elle a également une incidence sur la qualité des traitements que le pays développe.

Par exemple, le D40, qui n'est plus employé dans les protocoles thérapeutiques de nombreux pays développés, continue d'être administré dans bon nombre de pays de l'Afrique subsaharienne pour la simple raison que les coûts qu'occasionnerait le passage à l'AZT sont trop élevés pour de nombreux systèmes de santé. En raison de cela, de nombreux patients... Récemment, une enquête menée en Afrique du Sud a révélé que 21 p. 100 des patients qui prenaient du D40 cessaient de suivre le traitement dans les trois années qui suivaient le début de la thérapie parce que la toxicité du médicament était intolérable. Cependant, les médicaments plus tolérables, comme l'AZT, sont moins abordables. Par conséquent, nous tenons absolument à continuer d'administrer des médicaments qui ne sont pas optimaux.

•(1225)

La même chose se produit lorsqu'on veut augmenter les seuils à partir desquels une thérapie est instaurée: que le traitement soit démarré lorsque le nombre de CD4 s'élève à 200 ou à 315 dépend en grande partie de l'abordabilité des médicaments.

À l'heure actuelle, la situation concernant le financement mondial des programmes de lutte contre le VIH a l'air plutôt critique. Le réapprovisionnement récent du fonds mondial a provoqué une profonde anxiété chez beaucoup de gens, car le montant qui a été engagé suffira à peine à maintenir les programmes de traitement, pour ne rien dire de les développer.

Avant même qu'au cours de l'année dernière, nous soyons témoins de la crise mondiale de financement des programmes de lutte contre le VIH, les pays avaient commencé à remettre en question la viabilité des programmes de traitement, en raison du coût des médicaments.

Il y a deux ans, au Botswana, un pays qui pendant de nombreuses années était l'exemple par excellence de la commercialisation des ARV sur le continent africain, le président a déclaré publiquement que la prise en charge continue de nouveaux patients devait être garantie au-delà de 2016, parce qu'il était possible que le traitement soit durable.

En cette période d'austérité financière, il est vraiment primordial que nous prenions toutes les mesures possibles pour réduire les coûts liés aux programmes de lutte contre le VIH, et le secteur de l'approvisionnement en médicaments nous en donne la meilleure occasion. Bon nombre de pays cherchent maintenant à réduire les coûts des neuf médicaments liés aux thérapies antirétrovirales. Mais, bien que les systèmes de santé puissent être modifiés en réorganisant les tâches et en décentralisant les services pour s'adapter à l'évolution du contexte économique, le besoin simple et concret de s'approvisionner en médicaments pour maintenir les gens dans ces programmes ne changera pas, et il est aussi critique aujourd'hui qu'il l'était il y a cinq ans, lorsque cette mesure législative a été adoptée. Je suppose que la seule différence, c'est que maintenant le rôle du Canada dans le secteur mondial des médicaments génériques est encore plus crucial qu'il l'était en 2004.

En toute honnêteté, nous générons une concurrence accrue qui devrait faire baisser encore plus les prix des médicaments, ce dont nous avons désespérément besoin, compte tenu de la crise de financement que j'ai mentionnée plus tôt et de la menace que fait peser sur nous la possibilité que nous ne puissions plus obtenir les médicaments génériques auprès des fabricants indiens. Cela pourrait arriver si les discussions que l'Inde et l'Union européenne mènent actuellement aboutissent à un accord de libre-échange.

Le président: Madame, je vais devoir vous interrompre ici. Si vous désirez faire valoir d'autres arguments, essayez de le faire pendant la période des questions. Nous allons maintenant permettre à d'autres membres de poser des questions.

[Français]

Monsieur Malo, vous avez cinq minutes.

M. Luc Malo: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie tous nos témoins d'être avec nous aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à Mme Akugizibwe, et peut-être également au Dr Plummer, qui a fait allusion lors de sa présentation à son travail à Nairobi. Il pourra peut-être me répondre.

Lors de notre discussion avec le groupe de témoins précédent, on a essayé, avec une représentante de Médecins Sans Frontières, de comprendre pourquoi le processus pour acheminer les médicaments avait pris beaucoup de temps dans le cas d'Apotex. On a mentionné qu'il avait été difficile d'obtenir l'accord d'un pays bénéficiaire. Dans sa réponse, elle nous disait que les pays potentiellement bénéficiaires ne savent pas véritablement comment avoir recours au Régime canadien d'accès aux médicaments.

Pouvez-vous me dire si c'est bien ce que vous vivez, si c'est ce que vous voyez sur le terrain?

• (1230)

[Traduction]

Dr Frank Plummer: Cette question s'adresse-t-elle à moi?

[Français]

M. Luc Malo: Si vous le voulez.

[Traduction]

Dr Frank Plummer: Je n'ai jamais travaillé directement dans le cadre du RCAM. Il ne fait pas de doute que, dans de nombreux pays en développement, les compétences des gens en matière de réglementation et d'approvisionnement sont très sollicitées. J'imagine que cela pourrait créer un problème, mais je n'ai aucune expérience personnelle liée à cette question.

Le président: Quelqu'un pourrait répondre à cette question.

[Français]

M. Luc Malo: Mme Akugizibwe, qui est en Afrique du Sud, peut-elle répondre à cette question?

[Traduction]

Mme Paula Akugizibwe: Oui, je peux avancer une réponse. D'après ce que je comprends, l'une des raisons qui expliquent la lenteur du processus, c'est que conformément à la loi, le pays doit d'abord exprimer son désir d'acheter les médicaments d'une entreprise canadienne. On se trouve ainsi dans une impasse, car pour que cela se produise, l'entreprise doit pouvoir prendre part au processus d'appel d'offres national, ce qui exige la licence obligatoire.

Je crois que l'un des grands avantages que procurerait la modification à la loi, c'est qu'il y aurait un type de demande de licence unique au moyen de laquelle l'entreprise n'exigerait pas d'un pays qu'il exprime clairement son intérêt avant de pouvoir exporter les médicaments. Cette façon de procéder réduirait beaucoup les obstacles bureaucratiques dans l'avenir.

[Français]

M. Luc Malo: Selon vous, les pays potentiellement bénéficiaires savent-ils ou non comment avoir recours au régime actuel?

[Traduction]

Mme Paula Akugizibwe: Je crains de ne pas être en mesure de vous répondre; je n'ai pas discuté directement avec suffisamment de gens qui ont tenté de recourir au régime.

Mais, d'après ce que je sais, lorsque j'étais au Rwanda, au moment où les négociations se déroulaient, il y a certainement eu beaucoup de confusions au sujet de la bureaucratie qui a découlé des procédures contenues dans la loi.

[Français]

M. Luc Malo: Je vous remercie.

Ma prochaine question s'adresse à M. Keon.

Lorsque M. Russell Williams a répondu à la dernière question qui lui avait été posée, il a dit qu'on n'avait qu'à appeler les compagnies de médicaments génériques pour travailler ensemble à faire en sorte que le régime fonctionne. Allez-vous répondre à cet appel de M. Williams? L'Association canadienne du médicament générique est-elle prête à appeler les compagnies de produits pharmaceutiques brevetés?

M. Jim Keon: Chaque compagnie doit décider si elle veut avoir recours à la loi actuelle. Il est clair qu'au Canada, cette loi est complexe. Les autres compagnies ont eu connaissance de l'expérience d'Apotex et, pour le moment, elles ont décidé qu'il ne valait pas la peine d'essayer d'avoir recours à cette loi.

Comme je le mentionnais, nos compagnies exportent déjà des médicaments génériques aux pays en développement, mais il est trop difficile actuellement d'essayer d'avoir recours à cette loi et d'avoir une licence d'exportation de médicaments brevetés.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Keon et monsieur Malo.

Monsieur Keon, on me dit ici que vous représentez l'Association canadienne du médicament générique, mais voilà que vous dites « notre compagnie ».

M. Jim Keon: Je voulais dire nos compagnies, celles que je représente dans l'association.

Le président: D'accord, c'était donc l'interprétation, veuillez m'excuser.

D'accord. Je cède maintenant la parole à M. Van Kesteren. Vous disposez de cinq minutes.

M. Dave Van Kesteren (Chatham-Kent—Essex, PCC): Merci, monsieur le président.

Et je remercie les témoins de comparaître — y compris ceux qui comparaissent par vidéoconférence.

Il s'agit d'une mesure législative très compliquée. Je sais qu'elle suscite beaucoup d'émotions, ce qui est compréhensible: nous constatons les décès et la dévastation dans le continent africain.

Il est certain que chacun de nous voudrait être efficace, peu importe ce que nous décidons de faire, et cela étant dit, d'après les témoignages des différents groupes à qui nous avons parlé, il est maintenant évident que la situation exige un effort concerté. Un effort mondial est nécessaire. Tout le monde doit participer.

Je veux poser mes questions... et j'en ai quelques-unes à poser, du moins à M. Plummer.

Monsieur, je veux vous demander quelles sont, à votre avis, les meilleures façons d'envoyer des médicaments en Afrique présentement. Pouvez-vous nous dire ce que le gouvernement fait à l'heure actuelle pour maintenir et accroître ses efforts en Afrique?

• (1235)

Dr Frank Plummer: Mon expérience se limite au Kenya, et ce pays obtient des médicaments grâce au Fonds mondial et à ses mécanismes.

Pour ce qui est du gouvernement canadien, il a apporté une contribution principalement financière entre autres au Fonds mondial et à des organismes comme GAVI, afin de les aider dans les efforts qu'ils déploient pour accroître l'accessibilité des médicaments et des vaccins.

Mes connaissances sont assez limitées dans ce domaine.

M. Dave Van Kesteren: Que pensez-vous du fait que le Canada se concentre sur l'approvisionnement en médicaments sur le continent africain? Je suppose que c'est ma question. Devrions-nous appuyer un tel projet de loi? Représente-t-il la solution, ou devrions-nous soutenir les efforts déployés présentement par l'Inde et les États-Unis?

Dr Frank Plummer: Eh bien, d'après ce que je comprends de la situation, et d'après ce que disent les témoins, je ne peux pas vraiment parler des failles dans ce domaine; je ne suis pas un

spécialiste. Mais, de toute évidence, bon nombre de pays dans le monde ont des mesures législatives similaires qui n'ont pas servi.

Je crois comprendre qu'à l'heure actuelle, les antirétroviraux sont facilement accessibles. Ce ne sera peut-être pas le cas dans l'avenir, mais présentement, ils sont facilement accessibles grâce à des systèmes comme le Fonds mondial.

M. Dave Van Kesteren: Nous n'avons pas beaucoup parlé de la Fondation Gates, mais encore une fois, si nous devons unir nos efforts collectivement et collaborer avec des organismes comme la Fondation Gates, et ainsi aider à fournir aux plus vulnérables les traitements et les médicaments dont ils ont besoin, cela constituerait-il une voie que nous devrions également envisager? Devrions-nous examiner davantage cette solution?

Dr Frank Plummer: Oui. Je dirais que nous avons besoin de mécanismes variés, et que le gouvernement du Canada le fait. La Fondation Gates contribue au Fonds mondial, à la GAVI, à d'autres organismes multilatéraux semblables, et je pense que nous devrions continuer à le faire.

M. Dave Van Kesteren: Combien de temps me reste-t-il?

Le président: Il vous reste deux minutes, monsieur Van Kesteren.

M. Dave Van Kesteren: Je voudrais seulement dire quelque chose. Je pense que c'est très important.

Il y a une idée fautive ici également — et, monsieur le président, vous et moi en avons parlé à différentes occasions — selon laquelle nous sommes menés par de grandes entreprises et la haute finance. Le gouvernement a adopté des lois intéressantes, comme la Loi fédérale sur la responsabilité, qui limite tous les fonds consacrés à nos campagnes électorales et l'argent que nous recevons en tant que politiciens pour nous faire réélire, à vrai dire. Je le dis, parce que c'est vraiment important. Nous entendrons beaucoup de gens. Aujourd'hui, nous avons accueilli des représentants de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie des médicaments génériques, qui sont tous des gens très bien, et qui ont tous de très bons intérêts à coeur, mais au bout du compte, nous voulons faire ce qui est bon pour la société canadienne.

Donc, lorsque nous nous attaquons à une telle mesure législative, nous pouvons le faire avec un cadre ouvert, car nous devons fonctionner sur la base de la primauté du droit, en tant que société, et les gouvernements qui le font continueront à se renforcer, à créer de la richesse, et par la suite, ils pourront aider les moins fortunés. Nous ne devons donc pas oublier tout cela.

Je pourrais peut-être obtenir le point de vue de quelqu'un. Je suppose que la question que je veux poser à mes témoins, c'est la suivante: quelle est la meilleure chose que nous pouvons faire en tant que Canadiens? Sur quel domaine est-il préférable pour nous de mettre l'accent pour remédier le plus possible à cette crise qui continue de s'aggraver en Afrique? Si quelqu'un veut se lancer et donner son opinion, qu'il se sente libre de le faire.

Le président: Monsieur Keon.

M. Jim Keon: Je répéterais en partie ce que d'autres ont dit aujourd'hui. Nous sommes ici pour étudier la loi, le RCAM, et les modifications proposées. En général, nous appuyons le projet de loi dans la mesure où on apportera la précision demandée.

En ce qui concerne les médicaments, c'est ce que font les entreprises que je représente: elles fabriquent des médicaments génériques, des médicaments canadiens de bonne qualité, que Santé Canada approuve. Elles peuvent contribuer davantage à améliorer la situation à l'échelle internationale. Peu importe qu'il s'agisse de la Fondation Gates ou du Fonds mondial, si des génériques sont accessibles pour des médicaments importants, ils seront à même d'en faire plus avec les fonds dont ils disposent. Je crois que c'est complémentaire, donc j'encourage le comité à étudier ce projet de loi très sérieusement et à adopter certaines des modifications proposées.

• (1240)

Le président: Merci, monsieur Keon.

Monsieur Jenner, voulez-vous intervenir là-dessus? De toute façon, nous ne disposons que d'environ 30 secondes.

M. Andrew Jenner: Oui, merci.

De mon point de vue, et certainement du point de vue de Genève, le Fonds mondial est un mécanisme formidable pour faciliter l'approvisionnement en médicaments. Son énorme pouvoir d'achat et la portée de ses opérations garantissent que pratiquement tous les médicaments qu'il fournit passent par des mesures sécuritaires et efficaces, comme le processus de préqualification de l'OMS, par exemple. Je crois que c'est là qu'on peut mettre l'accent. Lorsque nous pensons à l'accessibilité, à l'accès durable aux médicaments, je crois que le Fonds mondial est certainement l'une des options les plus efficaces.

Merci.

Le président: Merci, monsieur Jenner.

Allez-y, monsieur Plummer.

Dr Frank Plummer: Le Canada a été un chef de file dans la recherche en vue de comprendre les épidémies et dans la recherche sur les technologies de prévention. J'aimerais qu'on mette l'accent là-dessus, tant sur la prévention, à l'aide de stratégies simples qui sont disponibles maintenant, que sur les vaccins contre le VIH et les microbicides.

Le président: D'accord. Merci, monsieur Plummer.

Nous passons à M. Masse. Vous disposez de cinq minutes.

M. Brian Masse: Merci, monsieur le président.

Voilà pourquoi le projet de loi est si important, parce qu'il facilite le renforcement du Fonds mondial et qu'il accroît son utilisation. Le projet de loi permettrait d'accomplir cela par la concurrence accrue, et en faisant en sorte qu'il y ait des avantages pour cette concurrence.

J'aimerais poser une question brève à M. Taubman. Monsieur Taubman, vous avez parlé de l'OMC, et vous avez dit qu'il faudrait qu'un autre pays ou un autre membre porte des accusations contre le Canada, si l'on croyait qu'il viole la propriété intellectuelle. Est-ce exact?

M. Antony Taubman: Oui, c'est exact. Il n'y a pas de processus que l'OMC entreprend comme tel. En cas de différends, nous agissons simplement en tant qu'arbitre, si l'on veut.

M. Brian Masse: À quelle fréquence cela se produit-il, pas nécessairement pour le Canada, mais parmi les États membres?

M. Antony Taubman: Bien sûr, les règlements de l'OMC concernant les griefs visent un grand nombre de domaines d'échanges commerciaux, et la propriété intellectuelle n'en représente qu'un seul. On a recensé plus de 400 différends, mais moins de 30 étaient reliés à l'ADPIC ou à la propriété intellectuelle en tant que telle. En 15 ans, le Canada a été mêlé à deux de ces différends, donc

on parle de cas assez rares. Par exemple, nous avons eu un seul différend du genre au cours des cinq dernières années.

M. Brian Masse: Si un différend naît entre un pays conforme et un autre pays — celui qui fait l'objet d'accusations, j'imagine —, ce pays peut choisir de tenter d'arranger les choses avant de recourir aux procédures officielles, aux audiences et à l'arbitrage. Est-ce exact?

M. Antony Taubman: Tout à fait. Dans l'éventualité de divergences de vues entre les pays au sujet de la façon de fonctionner, nous enjoignons à nos membres de recourir aux consultations avant toute chose. Si elles sont infructueuses, nos membres peuvent faire appel à ce que nous appelons un « groupe spécial », qui pourrait conclure que la loi applicable n'est pas conforme aux obligations de l'OMC. Il en ressort alors une recommandation pour harmoniser la loi avec les obligations de l'OMC.

À ce moment, on décide d'un « délai raisonnable », en termes juridiques, pour apporter les modifications nécessaires. On tient une consultation, on mène une enquête et, plus rarement, on procède à une évaluation servant à déterminer si la loi est conforme ou non. On établit ensuite un délai raisonnable, en général plus ou moins 12 mois, pour harmoniser la loi.

• (1245)

M. Brian Masse: Merci beaucoup, monsieur Taubman.

La théorie alarmiste selon laquelle le ciel nous tombera sur la tête en cas de contestation ou d'infraction en prend pour son rhume. Ce projet de loi s'est souvent attiré ce genre de propos.

Madame Akugizibwe — j'espère que je prononce correctement votre nom, et je m'excuse si ce n'est pas le cas —, pourriez-vous nous entretenir brièvement de l'importance de distribuer les médicaments sans avoir d'abord à négocier avec le pays à l'avenir? Il semble y avoir eu des problèmes d'intimidation dans le passé, comme nous avons pu le constater en Thaïlande et dans d'autres endroits. Pouvez-vous nous dire en gros ce que cela représente pour les organismes?

L'autre problème, c'est qu'il semble exister un genre d'attitude paternaliste ou de choix dichotomique, que si l'infrastructure n'est pas en place, on ne peut pas se contenter d'envoyer les médicaments là-bas. Pouvez-vous nous éclairer un peu sur ces deux aspects, s'il vous plaît? Je pense que si nous permettons à ce projet de loi de cheminer, il offre un peu plus de souplesse. Il permet aussi aux groupes et aux organismes, même ceux qui ne font pas partie du fonds international, de cibler des régions précises qui sont prêtes à coopérer.

Mme Paula Akugizibwe: Oui, je pense que s'il n'est pas obligatoire pour un pays de faire part de son intention de s'approvisionner auprès d'une entreprise canadienne, cela éliminera bien des hésitations, comme je l'ai déjà mentionné.

D'abord, l'appel d'offres est le processus par lequel une entreprise décide auprès de quelle entreprise elle veut s'approvisionner. Il n'est pas vraiment logique, alors, d'exiger d'un pays de manifester un intérêt pour une entreprise précise si aucune autre n'est en mesure de répondre. Je pense donc que si cette exigence ne figure plus dans la loi, les entreprises auront plus de souplesse, comme vous le dites. Elles pourront aussi mieux répondre aux besoins changeants des pays à mesure qu'ils évoluent. De plus, limiter la quantité qu'elles peuvent fournir à un pays donné n'est pas toujours réaliste, par exemple dans le cas où l'épidémie évolue de façon importante pendant la période de validité de la licence.

En ce qui concerne ce que j'appelle une fausse dichotomie, parce que le terme décrit parfaitement la situation, entre les systèmes d'infrastructures et la disponibilité des médicaments, je pense vraiment que les deux ne devraient pas être séparés. Nous avons pu constater, entre autres, que le traitement à l'ARV, surtout en Afrique australe, contribue de façon importante à renforcer le système de santé, à renforcer les infrastructures.

Il est donc évident que si les infrastructures sont inexistantes, les médicaments ne peuvent parvenir au résultat escompté, mais il est certain que sans les médicaments, on ne peut accomplir grand-chose à partir des infrastructures. Pour une personne atteinte du VIH en Afrique australe, avoir accès à des médicaments à un prix abordable représente la différence entre la vie et la mort. Je pense qu'un des facteurs qui découragent un bon nombre de gouvernements d'investir dans les infrastructures est qu'ils ignorent s'ils pourront payer pour les médicaments qui vont de pair avec ces infrastructures au cours des cinq ou dix années suivantes, surtout avec la menace qui pèse sur les médicaments génériques présentement.

J'insiste sur le fait que l'accès à des médicaments à prix abordable est le facteur qui a le plus contribué aux progrès dans la lutte contre le VIH au cours des dernières décennies, et cela doit continuer.

Le président: Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour de M. McTeague pour cinq minutes.

L'hon. Dan McTeague (Pickering—Scarborough-Est, Lib.): Merci, monsieur le président. Merci aussi aux témoins.

Une question rapide pour vous, monsieur Keon.

Il semble qu'un important processus, compliqué et laborieux, soit en place pour recevoir les demandes et par lequel vous devez négocier avec le fabricant du médicament d'origine, naturellement. À part la disposition dont vous avez parlé et au sujet de laquelle vous estimez qu'il est essentiel de continuer à exiger d'obtenir l'approbation de Santé Canada, vous avez laissé entendre que vous seriez en faveur de la loi. Je me demande si vous pourriez nous donner un exemple précis où la quantité et le temps pourraient expliquer en grande partie pourquoi aucun producteur de médicaments génériques n'oserait essayer de reproduire ce qui est arrivé au Rwanda.

M. Jim Keon: Je pense que les fabricants de médicaments génériques sont des entreprises. Ils cherchent à développer des produits, habituellement quand les brevets arrivent à expiration. Ils ont un calendrier d'activité à cette fin et, avec ce projet de loi, vous envisageriez de développer un produit ou un marché dans un pays en développement, et non pas dans un marché canadien, dans un marché américain, ou dans un marché européen, à un moment antérieur.

Ce que je dis, c'est qu'ils devraient développer le produit comme Apotex l'a fait, faire les essais, obtenir l'approbation de Santé Canada et, comme l'a dit à quelques reprises l'intervenant d'Afrique du Sud, tout le système fonctionne à l'envers. Ils doivent faire ce travail avant de se rendre dans un pays pour dire qu'ils ont la capacité de fournir le produit. Alors, pour un pays en développement, le fait de venir voir le Canada, ou Apotex, ou Teva, ou n'importe qui d'autre, pour dire qu'il aimerait que ce dernier fasse une soumission pour un produit particulier, c'est un processus qui fonctionne à l'envers, comme je l'ai dit. Il faudrait qu'ils débutent ce processus. Il faudra un certain temps pour développer le produit, pour obtenir son approbation, sans compter pour négocier la licence avec le fabricant du produit d'origine.

Alors, il est très important que les entreprises aient un droit clair en vertu de ce projet de loi, si on veut qu'il soit efficace, de fabriquer

un produit qui sera autorisé, et si elles respectent les règles concernant l'endroit où il est expédié, etc., et le détournement, qu'elles pourront continuer de fabriquer le produit. Alors, nous aurons beaucoup plus de chances que des produits soient fabriqués en vertu de notre loi.

• (1250)

L'hon. Dan McTeague: Peut-être, monsieur Jenner ou madame Akugizibwe, que vous pourriez me donner une explication.

Monsieur Jenner, vous avez laissé entendre que le nombre de patients qui reçoivent maintenant de l'aide a augmenté de manière importante. Je me demande comment vous pouvez expliquer cela, compte tenu des 8 000 personnes qui meurent chaque jour en Afrique, directement ou indirectement, des suites du sida, de la tuberculose, du paludisme, etc. Que font vos organismes membres pour régler précisément la question des besoins pour des médicaments de deuxième ligne efficaces dans ces cas et, plus particulièrement, pour des médicaments pédiatriques?

M. Andrew Jenner: Merci beaucoup de cette question.

Je pense qu'il y a beaucoup de problèmes différents qui sont soulevés dans cette question particulière, mais si vous le permettez, je vais parler d'un certain nombre de préoccupations. Lorsque vous pensez aux besoins des pays en développement en ce qui a trait à l'accès aux médicaments, je ne pense pas que nous soyons ici pour parler principalement de l'accès à des médicaments brevetés. Je pense que si vous regardez la recherche qui est effectuée sur le terrain, l'accès à n'importe quel médicament est un problème dans n'importe quel de ces endroits. J'ai assisté à Genève à un exposé donné par l'Organisation mondiale de la Santé qui soulignait que la pauvreté demeure un problème important. Si vous n'avez pas les moyens d'acheter le moins cher des produits génériques, acheter des médicaments génériques ou brevetés pose, certes, un problème particulier. L'autre problème qui a été soulevé, particulièrement en lien avec ce problème, c'est l'accès à de l'eau propre.

Alors, toutes ces choses influent sur la santé générale et le bien-être général des personnes. La question, comme il en a été question abondamment, c'est que les gouvernements doivent vraiment faire attention lorsqu'ils déterminent combien d'argent ils consacrent à leur budget en matière de la santé. Si les gouvernements ne sont pas prêts à investir des sommes suffisantes pour garantir l'accès aux produits génériques non brevetés les plus simples, alors, ce serait un défi très important pour eux que d'avoir accès à des versions génériques de médicaments brevetés, parce qu'il ne s'agit pas, en général, de médicaments bon marché. Ils coûteraient tout de même quelque chose. Ils sont moins chers, mais il y a tout de même un coût lié à cela.

C'est pourquoi je pense qu'il est important pour nous de penser au débat général sur l'accès aux médicaments plutôt que d'examiner simplement un très petit sous-ensemble des outils disponibles. Il a été démontré dans certains pays que les licences obligatoires sont une solution à court terme. Beaucoup de gens considèrent qu'elles ne sont pas une solution durable au problème d'accès aux médicaments ni au débat sur l'accès aux médicaments. Je pense que j'ai présenté un court énoncé à ce sujet, mais je peux vous donner un peu plus de détails sur l'accroissement rapide de l'effort fait par nos entreprises pour faciliter l'accès aux médicaments. Simplement...

L'hon. Dan McTeague: Monsieur Jenner, je n'ai que très peu de temps, et je comprends cela...

Le président: En fait, il est écoulé, mais si vous voulez que Mme Akugizibwe réponde, nous allons lui permettre de le faire.

Paula, je sais que tous les membres aimeraient pouvoir prononcer votre nom correctement, alors, si vous pouviez commencer par cela et ensuite, répondre à la question, nous vous en serions très reconnaissants, parce que nous aimerions respecter la prononciation.

• (1255)

Mme Paula Akugizibwe: Certainement. C'est: « Akagizeebway ».

Le président: « Akagizeebway ». Merci.

Mme Paula Akugizibwe: « Akagizeebway », oui, phonétiquement. C'est assez long.

En réponse à votre question, je pense que nous devons également reconnaître que nous avons fait des progrès incroyables en ce qui concerne l'accès au traitement contre le VIH, mais le nombre de personnes qui ont encore besoin d'accès au traitement dépasse largement celui des personnes qui y ont accès. Alors, si vous regardez le nombre de personnes qui meurent chaque jour des suites du VIH, de la tuberculose et du paludisme, il est ahurissant, mais la situation serait encore bien pire si nous n'avions pas fait tous ces progrès.

Je suis d'accord pour dire que l'accès aux médicaments en général est un défi dans la plupart des pays de la région. Le sous-investissement dans le domaine de la santé est un défi et est vraiment à la base de beaucoup de ces problèmes lorsqu'il s'agit de mettre des médicaments à la disposition des personnes qui en ont le plus besoin. Mais je pense que nous devons reconnaître que cela n'écarte pas la nécessité de s'assurer que les médicaments sont abordables.

Ce que nous avons vu également, avec la crise du financement dont j'ai parlé plus tôt, là où dans le passé, des gens se sont fait offrir la garantie que le gouvernement paierait leur traitement contre le sida, maintenant, à cause des contraintes financières, cette garantie n'existe pas dans de nombreux endroits. Vous trouvez des gens qui doivent payer les ARV de leur poche. Dans ce cas, le prix du médicament sur les rayons des pharmacies est vraiment le facteur déterminant pour décider si quelqu'un aura accès ou non au traitement.

Alors, juste en ce qui concerne... le déploiement du traitement contre le VIH a été un des moyens les plus importants par lequel nous avons renforcé les systèmes de gestion de l'offre dans la région et, de plus, la plate-forme créée par l'activisme en matière de VIH a eu un effet d'entraînement dans tout le système de gestion des médicaments. Nous voyons des poursuites, nous voyons une réorganisation des structures organisationnelles dans des pays comme le Swaziland, cette semaine, par exemple, pour améliorer la circulation des médicaments. Il s'agit d'un résultat direct des activités de défense du traitement contre le VIH. Alors, plutôt que d'essayer de dire que nous pouvons...

Très bien, je m'arrête ici.

Le président: Merci. Nous avons largement dépassé le temps, et nous n'avons que quelques minutes.

Monsieur Wallace, il semblerait que vous ayez environ quatre minutes. Je suis désolé.

M. Mike Wallace: Merci.

Mes collègues sont heureux que mon temps soit limité.

Des voix: Oh, oh!

M. Mike Wallace: Et voilà. Je serai peut-être le dernier à prendre la parole avant que nous passions à l'étude article par article, et je veux remercier mes collègues autour de la table d'avoir traité de cette question. J'étais un des députés du côté gouvernemental qui a voté pour que ce projet de loi soit renvoyé au comité. J'ai laissé savoir très

clairement aux gens qui sont venus me voir à mon bureau que le projet de loi serait renvoyé au comité de sorte que nous puissions avoir une discussion sur cette question.

Honnêtement, je ne crois pas qu'il sera adopté dans sa forme actuelle, mais cela ne veut pas dire que ce n'est pas une question que nous devons régler. Je n'ai pas vraiment de question pour M. Schwartz, mais je veux le remercier pour sa description. Elle était très claire. Je pense que nous avons entendu un certain nombre... C'est comme n'importe quoi d'autre dans la loi; c'est pourquoi il y a toujours des avocats des deux côtés de la table.

Il y a un certain risque ici. Je ne suis pas nécessairement d'accord avec l'approche de M. Masse qui veut que parce qu'il n'y a pas de pénalité, nous pouvons aller de l'avant et faire quelque chose, et corriger le tir plus tard. Je pense que ce serait un mauvais message à envoyer à mes enfants et c'en est un pour le gouvernement du Canada. Alors, je ne souscris pas à cette idée.

J'ai deux questions et peut-être que M. Jenner peut en répondre une. Ce qui me tracasse le plus, c'est que nous avons entendu qu'il existe un certain nombre de ces régimes RCAM partout dans le monde. Il y en a 30 ou 33, et aucun ne semble fonctionner. Puisqu'il représente un organisme international, peut-il nous expliquer pourquoi ils ne fonctionnent pas à l'heure actuelle, ou y a-t-il quelque chose que nous devrions faire du point de vue international que nous ignorons encore pour faire en sorte que ces régimes...?

M. Andrew Jenner: Merci beaucoup de la question.

Je pense qu'il y a 54 États-membres de l'OMC qui ont mis en oeuvre le paragraphe 6 de la décision, et 27 d'entre eux sont les pays de l'Union européenne. Je pense qu'il importe de garder à l'esprit le fait que si les pays ne mettent pas en oeuvre des dispositions RCAM, elles ne peuvent pas être utilisées.

Je pense qu'en ce qui concerne les pays qui l'ont fait — je pense que j'ai fait allusion à cela dans le commentaire que j'ai fait il y a un certain temps, et vous pourriez certainement trouver que c'est vrai ici —, le coût des médicaments génériques en provenance des pays développés est nettement plus élevé que le coût des produits génériques provenant d'un endroit comme l'Inde, par exemple. C'est quelque chose dont nous devons être conscients et c'est quelque chose qu'il faut garder à l'esprit. L'idée derrière la décision d'août 2003, c'était que nous allions utiliser un système existant qui est fondé sur les expériences nationales et sur les processus établis qui sont en place, mais que nous allions utiliser ce vieux système d'une façon nouvelle.

Cela comporte d'importants avantages, et pour certains, il peut y avoir certains désavantages perçus, mais c'est essentiellement ce que le système tente de faire: utiliser le vieux système d'une nouvelle manière. En réponse à la question visant à savoir pourquoi nous n'avons pas vu une utilisation massive de ce système, je pense qu'il y a d'autres moyens de réaliser l'accès aux médicaments, mais si vous pensez au temps écoulé depuis que la disposition existe, en réalité, cela ne fait pas tant de temps que cela. Si nous devons faire une forme quelconque d'examen de la législation, l'examen devrait porter sur une longue période de temps et de nombreux cas avant que l'on puisse conclure qu'il y avait un problème.

Maintenant, je pense qu'en ce qui concerne l'Inde, ce pays a mis en oeuvre la protection des produits brevetés en 2005. Avant cela, il n'aurait pas été nécessaire de délivrer des licences obligatoires pour l'exportation. Maintenant, il pourrait y avoir, au cours des années à venir, des situations où l'Inde pourrait tirer avantage de son système au fur et à mesure que ces nouveaux médicaments brevetés suivent, de façon générale, le processus normal et ensuite, les fabricants génériques pourront vouloir les copier après avoir reçu une demande d'un pays.

Je pense que tout examen de n'importe quel processus législatif — par l'Union européenne ou le Canada, par exemple — est beaucoup trop prématuré compte tenu du peu de temps écoulé depuis que ce texte de loi existe. Comme je l'ai dit, il est fondé sur la pratique juridique établie, ce qui explique pourquoi nous avons le nombre de dispositions — il y a l'article 10, si vous voulez voir les règlements de l'UE — qui existent, que les gens vont comprendre et que les gens peuvent utiliser. De notre point de vue, il s'agit d'exigences accessibles; elles ne sont pas trop lourdes. Pour les fabricants

génériques qui sont actifs dans ce domaine, je pense que le fait de suivre ce processus n'est pas excessivement lourd, mais je ne sais pas s'il y a beaucoup de données à l'appui de cela.

Merci.

● (1300)

Le président: Ce sera le mot de la fin sur cette question aujourd'hui.

N'oubliez pas, chers collègues, qu'à notre prochaine réunion, jeudi, nous procéderons à l'étude article par article. Nous aurons des fonctionnaires sur place. S'il vous plaît, si vous avez des amendements à proposer, assurez-vous, si c'est possible, de nous les faire parvenir avant demain à midi, pour que nous ayons le temps de faire les corrélations nécessaires. De plus, il y aura une réunion du comité de direction à 10 heures jeudi.

Cela met un terme à notre réunion. La séance est levée.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :*
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>