



Chambre des communes
CANADA

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

INDU • NUMÉRO 055 • 1^{re} SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 23 avril 2007

—
Président

M. James Rajotte

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

<http://www.parl.gc.ca>

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

Le lundi 23 avril 2007

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. James Rajotte (Edmonton—Leduc, PCC)): La séance est ouverte. Il s'agit de la 55^e réunion du Comité permanent de l'industrie, des sciences et de la technologie. Nous tenons aujourd'hui notre troisième réunion sur l'étude du régime canadien d'accès aux médicaments du Canada, conformément au paragraphe 108(2) du Règlement.

Tout d'abord, veuillez m'excuser pour la chaleur. Je ne sais pas trop ce qui s'est passé, mais je tiens à remercier M. McTeague pour le vent de fraîcheur qu'il apporte, comme il le fait habituellement pour ce comité. Il a franchi un pas de plus vers le poste de commissaire à la concurrence du Canada.

C'est notre dernière réunion aujourd'hui. Nous accueillons cinq représentants d'associations de l'industrie ou d'entreprises.

Nous allons entendre M. Jim Keon, président de l'Association canadienne du médicament générique, de même que le vice-président de l'Association, M. Jack Kay, qui est aussi président et chef de la direction d'Apotex Inc. Nous accueillons également le premier vice-président et avocat général de Gilead Sciences Inc., M. Gregg Alton. Du côté des compagnies de recherche pharmaceutique du Canada, nous entendrons d'abord, le président, M. Russell Williams, puis M. Terry McCool, le vice-président des affaires corporatives d'Eli Lilly Canada Inc.

Messieurs, nous avons accordé dix minutes à chaque association, à l'Association canadienne du médicament générique, à Gilead et à Rx&D.

Nous allons commencer par la déclaration préliminaire de dix minutes de M. Keon.

[Français]

M. Jim Keon (président, Association canadienne du médicament générique): Je vous remercie, monsieur le président, de même que tous les membres du comité, de m'avoir invité aujourd'hui.

Je me nomme Jim Keon et je suis président de l'Association canadienne du médicament générique, l'organisation qui représente les compagnies pharmaceutiques génériques au Canada.

Je suis accompagné de Jack Kay, le président d'Apotex, la plus grande compagnie pharmaceutique générique au Canada.

[Traduction]

Le 24 janvier 2007, l'ACMG a remis au gouvernement un mémoire dans le cadre de l'examen du régime canadien d'accès aux médicaments et nous en avons fourni des exemplaires au comité. Si vous avez des questions plus précises sur les lacunes et les défis du régime, je serai ravi d'y répondre, et d'ailleurs, j'espère que nous aurons l'occasion de le faire.

Je tiens à clarifier une conception erronée qui a pu émerger depuis l'adoption de cette mesure législative il y a deux ans. Nous avons

entendu à maintes reprises que pas un seul comprimé n'a été exporté depuis la mise en oeuvre de la mesure législative. Bien que ce soit malheureusement vrai, cela cache le fait que les fabricants de médicaments génériques canadiens font don de médicaments chaque année.

L'an dernier seulement, les fabricants de produits pharmaceutiques génériques canadiens ont donné près de 100 millions de doses de médicaments, ce qui correspond à environ 20 millions de dollars. Ces produits ont été remis à l'Afghanistan, à l'Asie du Sud au lendemain du tsunami et à divers endroits en Afrique. Nos entreprises étaient présentes pour offrir des traitements de première intention pour chacun de ces médicaments.

En fait, les fabricants de produits génériques canadiens étaient heureux de se joindre au premier ministre Harper le 16 février à Mississauga pour souligner leurs dons considérables de médicaments faits à l'Afghanistan.

Mais ces dons sont des médicaments que les fabricants de produits génériques fabriquent en ce moment. En vertu du régime canadien d'accès aux médicaments, les produits sont liés à la protection conférée par les brevets et, par définition, ne sont pas fabriqués par les fabricants de médicaments génériques.

Je me souviens de l'optimisme qu'a suscité l'annonce faite en 2003 que le Canada serait le premier pays à mettre en oeuvre la décision marquante de l'OMC d'appliquer la déclaration de Doha sur l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle. Mais depuis ce moment, le processus et les résultats ont été décevants.

Il y a plus de deux ans, j'ai témoigné devant le comité et fait valoir qu'il était peu probable que le projet de loi du Canada visant à permettre aux fabricants de produits pharmaceutiques génériques d'exporter des médicaments brevetés dans des pays en développement atteigne l'objectif de fournir des médicaments abordables à des gens qui en ont désespérément besoin. Dès le début, il est devenu évident que le gouvernement avait l'intention de faire trop de concessions aux fabricants de médicaments de marque et qu'il serait pratiquement impossible pour les fabricants de produits pharmaceutiques génériques d'utiliser ce régime.

Nous avons alors fait observer que l'approche générale à l'égard de la mesure législative devrait être la mise en oeuvre directe et fidèle de la décision de l'OMC. Il est maintenant clair que même cela pourrait ne pas être suffisant puisque aucun pays importateur admissible n'a fait la demande d'accès à des médicaments en vertu de la décision, et ce, malgré le fait qu'il existe une mesure législative de mise en oeuvre dans cinq pays.

Par conséquent, nous demandons au gouvernement du Canada non seulement de corriger les failles fondamentales de sa propre mesure législative, mais également d'aller à l'OMC, fort de son expérience dans la mise en oeuvre de la décision pour demander aux pays d'adoucir les contraintes imposées par les règles de l'OMC.

Sans plus tarder, j'aimerais céder la parole à Jack Kay qui vous fera part de la tentative d'Apotex de travailler avec cette mesure législative.

• (1535)

M. Jack Kay (président et chef de la direction, Apotex Inc., Société pharmaceutique entièrement canadienne): Je vous remercie de donner au groupe Apotex l'occasion de vous présenter l'expérience qu'il a véritablement vécue avec le RCAM, le Régime canadien d'accès aux médicaments.

Le groupe Apotex est un chef de file dans la recherche et le développement de médicaments génériques novateurs et biotechnologiques au pays. Nous prévoyons dépenser plus de deux milliards de dollars au cours des dix prochaines années en recherche et en développement. En ce moment, nous avons plus de 600 médicaments qui sont en train d'être mis au point. Comptant près de 5 000 employés, nous envisageons d'en embaucher 350 autres pour accroître notre capacité de production afin de la faire passer de un milliard à 1,4 milliard de comprimés et de capsules par mois. Plus de 300 médicaments que nous fabriquons à l'heure actuelle sont exportés dans plus de 115 pays afin de respecter la valeur fondamentale d'Apotex: fournir des médicaments d'importance vitale à des prix abordables.

En Afrique, des centaines de personnes meurent pour rien du VIH-sida chaque année parce qu'ils n'ont pas accès à de tels médicaments. La raison est simple: l'industrie pharmaceutique multinationale n'aime pas réduire ses prix et préfère vendre ses produits aux pays industrialisés, où elle peut demander des prix plus élevés.

Après avoir entendu un discours de Stephen Lewis, notre entreprise s'est engagée à faire quelque chose à cet égard. En 2002, nous avons offert au gouvernement fédéral de l'époque de fabriquer cinq antirétroviraux à nos frais si le gouvernement se chargeait de les faire parvenir aux endroits où ils pourraient servir en Afrique. Le gouvernement n'a même jamais offert d'examiner notre proposition. Une partie du problème était liée à l'absence d'un mécanisme pour faciliter le processus et à un manque d'infrastructure pour distribuer les médicaments efficacement. Entre-temps, des millions de personnes continuent de mourir du VIH et du sida.

En 2003, le projet de loi C-9 a été déposé et nous avons de grands espoirs que des mesures seraient prises.

Je vais vous faire un compte rendu de l'expérience d'Apotex. Nous avons travaillé en consultation avec Médecins Sans Frontières, qui a communiqué la liste des médicaments contre le VIH-sida dont il avait cruellement besoin et nous a informés qu'une association de lamivudine, de zidovudine et de nevirapine était nécessaire. Nous avons commencé la mise au point d'Apo-TriAvir et une équipe spéciale de R-D a été assignée au projet. Les membres ont redoublé d'efforts, ont travaillé la fin de semaine et ont fait des heures supplémentaires pour soumettre le dossier. Beaucoup ont travaillé au projet de leur propre chef parce qu'ils voulaient faire quelque chose d'important pour les malades atteints du VIH-sida en Afrique. Le médicament pourrait sauver des millions de vies et Apotex s'était engagé à vendre l'Apo-TriAvir au prix coûtant.

Parallèlement, Santé Canada et Industrie Canada ont établi une méthode d'approbation accélérée. Les travaux sur l'association de

médicaments à dose fixe ont commencé en avril 2005 et le dossier de la présentation a été achevé en décembre de cette même année. Le produit a été approuvé par Santé Canada en juin 2006 et a été présélectionné par l'Organisation mondiale de la Santé suite à l'approbation par le Canada. Ainsi, cela garantissait aux pays bénéficiaires l'efficacité, la sécurité, l'authenticité et la disponibilité du médicament.

Apotex a investi jusqu'à présent plus de deux millions de dollars dans la recherche et le développement du médicament.

Après s'être donné autant de mal pour mettre au point cet important médicament contre le sida, le vrai problème pour Apotex est la mesure législative, puisqu'il est impossible de s'y retrouver dans les exigences du RCAM. Tout d'abord, on exige une licence volontaire par opposition à une licence obligatoire, ce qui oblige à connaître dès le départ l'identité du pays bénéficiaire et le pays bénéficiaire doit en faire la demande. Ce sont les pays pauvres, qui ont ni le savoir-faire ni les ressources, qui doivent porter tout le fardeau. La mesure législative s'adresse aux sociétés pharmaceutiques qui font des affaires dans le monde industrialisé, non en Afrique.

L'efficacité de la mesure législative est compromise en raison de son manque de clarté. L'objectif du RCAM a peut-être besoin d'être clairement défini: produire des médicaments de qualité pour des maladies graves en temps opportun.

La mesure législative complexe existante tien d'abord compte des intérêts des grandes sociétés pharmaceutiques. Pourquoi? Nous devons mettre de l'ordre dans nos priorités en tant que Canadiens et nous concentrer sur les gens qui meurent tous les jours du sida en Afrique.

• (1540)

La mesure législative fait durer la crise humaine, sans rien accomplir. De plus, rien n'empêche l'industrie pharmaceutique multinationale de vendre unilatéralement ces médicaments à des prix abordables, mais elle ne le fait pas. Tous ses efforts visent à faire obstacle à la mesure législative.

Pour terminer, suite à notre expérience avec le processus, nous recommandons de modifier la licence obligatoire définie sur approbation réglementaire. Ce changement accélérera le processus et limitera les frais juridiques qui peuvent être substantiels.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Kay.

Nous allons poursuivre avec M. Alton.

M. Gregg Alton (premier vice-président et avocat général, Gilead Sciences inc.): Je vous remercie, monsieur le président, de me donner l'occasion de témoigner devant vous et les membres du comité aujourd'hui.

[Français]

Merci, monsieur le président et membres du comité, de me donner l'occasion de discuter avec vous aujourd'hui.

[Traduction]

Je suis premier vice-président et avocat général de Gilead. Je suis également responsable de notre programme d'accès, qui met nos produits à la disposition des pays les moins développés dans le monde. C'est, en fait, un programme que j'ai mis au point et que je dirige personnellement.

À l'heure actuelle, par l'entremise de ma division à Gilead, nous offrons un traitement antirétroviral à environ 50 000 malades vivant dans les pays les moins développés, ce qui correspond à une centaine de pays les moins développés et à environ 50 pays dans les marchés à revenu intermédiaire. Par ailleurs, je siège au conseil d'administration d'un organisme à but non lucratif qui exploite 38 cliniques où sont traitées plus de 50 000 personnes dans 15 pays partout dans le monde. J'ai donc une expérience pratique des questions dont nous discutons.

Tout d'abord, je veux féliciter le Canada d'être le premier pays à avoir pris des mesures en vue de mettre en oeuvre la décision de 2003 de l'OMC en matière de santé publique. Chez Gilead, nous avons un but commun qui est d'éliminer les barrières qui restreignent l'accès aux médicaments essentiels pour les gens qui habitent dans les pays en voie de développement.

Je vais vous faire part de quelques-unes des expériences que nous avons eues en offrant l'accès aux médicaments essentiels et de notre point de vue sur les défis auxquels sont confrontés Gilead et le RCAM — le Régime canadien d'accès aux médicaments — dans ce processus. Je tiens à préciser que mes commentaires sont ceux de Gilead et ne reflètent pas nécessairement l'avis des autres membres de l'industrie, même si je crois que notre industrie poursuit un but commun dans cette initiative.

Gilead s'emploie à subvenir aux besoins de malades atteints du VIH dans le monde entier. Nous y parvenons au moyen de programmes scientifiques de recherche et de développement dans le but de découvrir de nouveaux médicaments qui offrent aux malades de nouvelles possibilités de traitement importantes. Nous avons également élaboré un programme d'accès complet qui s'attarde à l'incidence de la pauvreté sur la capacité des personnes vivant dans des pays qui ne peuvent se payer nos médicaments.

La pierre angulaire de notre programme d'accès est l'utilisation responsable de la propriété intellectuelle. Dans près de 100 pays les moins développés, y compris l'ensemble de l'Afrique, le programme d'accès de Gilead permet d'obtenir nos produits contre le VIH au prix coûtant. Nous ne touchons pas un cent de profit.

Nous avons également travaillé en étroite collaboration avec des pays à revenu intermédiaire, des pays qui ont des moyens financiers bien supérieurs à ceux de l'Afrique subsaharienne, et avons établi des échelles de prix offrant des rabais considérables à des pays comme la Thaïlande, le Mexique et le Brésil. Nous avons une relation très étroite. Ils sont à l'aise avec nos stratégies d'établissement des prix.

L'an dernier, nous avons noué des partenariats avec onze fabricants de produits génériques indiens pour produire des versions génériques de nos médicaments contre le VIH en vue de les distribuer dans les pays en voie de développement, y compris l'ensemble de l'Afrique. Le programme est offert à 95 pays. La raison qui nous a amenés à établir ces partenariats, c'est que ces sociétés sont les chefs de file mondiaux de l'approvisionnement en médicaments des pays en voie de développement; elles l'ont prouvé.

Toutes nos ententes prévoient un transfert de technologie complet pour permettre à nos partenaires d'accélérer la production d'ingrédients pharmaceutiques actifs et de comprimés. Nos partenaires sont libres de fixer le prix — nous n'imposons aucune restriction — de leurs produits et ils nous versent une redevance de 5 p. 100 du prix fixé.

J'aimerais également signaler que ces licences permettent à nos partenaires de fabriquer des associations à dose fixe avec n'importe quel autre produit à leur disposition.

Dans le cadre du processus d'examen actuel, nous croyons que le RCAM devrait être évalué de manière réaliste en fonction du rôle qu'il peut jouer dans la réalisation des objectifs de la décision de 2003 de l'OMC. Certains critiquent le RCAM, le qualifiant d'échec parce qu'ils croient que sa bureaucratie excessive et sa complexité en auraient empêché l'utilisation.

Je vais vous donner deux raisons principales qui expliquent, selon nous, pourquoi le RCAM n'a pas été employé — et ce sont des défis auxquels nous sommes confrontés —, de même que quelques suggestions pour l'améliorer.

Premièrement, les pays les moins développés qui n'ont pas de capacité de fabrication, les pays qui sont réellement visés par la décision de l'OMC, obtiennent actuellement la plupart de leurs médicaments de l'Inde où, historiquement, il n'y a pas de brevets sur les médicaments, et grâce à des programmes d'accès offerts par des entreprises de recherche et de développement comme le groupe Gilead, qui a considérablement baissé ses prix. Il n'a pas été nécessaire pour ces pays de faire leurs achats auprès des entreprises canadiennes de produits génériques.

Les critiques ont souligné que le manque d'accès aux médicaments pour les malades dans les pays les moins développés démontre que le RCAM devrait être simplifié. Je crois que cela ne tient pas compte des faits. Le manque d'accès aux médicaments est, et a été, un problème malgré la disponibilité de produits génériques à bas prix.

Le problème découle d'une infrastructure de soins de santé faible, du manque de professionnels de la santé et d'un manque de volonté politique dans ces pays pour faire du VIH une priorité. D'après le dernier Rapport sur la santé dans le monde, il y a 500 infirmières pour 50 000 personnes au Canada; en Ouganda et en Éthiopie, il y en a 31 et 11 respectivement pour le même nombre de personnes. Comment allons-nous offrir l'accès aux gens s'il manque de personnes pour prendre soin d'eux?

Jusqu'à ce qu'on s'attaque à ces barrières, les démarches entreprises par le Canada, les ONG, l'industrie des produits génériques et des entreprises comme Gilead connaîtront un succès limité.

Le RCAM est un régime important, complet et bien conçu qui établit un équilibre entre les droits des malades dans les pays en voie de développement et ceux de l'industrie de la recherche et du développement. Bien que le RCAM n'ait pas encore été utilisé, il pourrait être un véhicule d'accès important si les brevets empêchent les pays les moins développés d'accéder à des médicaments abordables.

● (1545)

Le RCAM sera particulièrement important si l'Inde commence à faire respecter les brevets et que les produits génériques ou de marque à prix réduit ne sont pas disponibles dans ces pays.

Je vais faire plusieurs observations fondées sur notre expérience dont vous pourrez tenir compte dans le processus d'examen.

Gilead a eu beaucoup de mal à prévoir la demande de médicament avec les gouvernements des pays en voie de développement, les ONG et les organismes d'achat internationaux. Une exigence relative à la quantité nécessaire d'un médicament dans le RCAM pourrait interrompre l'approvisionnement de médicaments essentiels. Une telle exigence pourrait compliquer davantage l'utilisation du régime. Le gouvernement devrait abolir cette exigence dans le RCAM et s'attacher à s'assurer que les médicaments génériques exportés en vertu du RCAM se rendent bien aux malades à qui ils sont destinés.

Nous croyons également que le RCAM ne devrait pas prescrire une durée de licence précise. La durée appropriée dépendra d'une multitude de facteurs, parmi lesquels le problème qui justifie la nécessité de la licence, la nature de la maladie, le coût et le temps nécessaires pour établir et accroître la capacité de fabrication, de même que le volume de production annuel nécessaire pour récupérer l'investissement. Je veux préciser que Gilead impartit toute la fabrication de ses médicaments et nous comprenons tout le travail que suppose l'attribution de nouveaux contrats de fabrication en sous-traitance. Ce sont toutes des questions qui pèsent dans la décision.

Enfin, j'aimerais dire que nous ne devrions pas être confrontés à un cas de « deux poids, deux mesures » en ce qui a trait à la qualité. Les malades qui vivent dans les pays en voie de développement devraient recevoir des produits de même qualité que ceux qui vivent dans les pays développés. C'est d'autant plus important dans le cas des maladies infectieuses où un produit de moindre qualité peut engendrer une résistance ou l'échec du traitement.

J'aimerais remercier une fois de plus le gouvernement du Canada et votre comité de m'avoir permis de prendre part à cette discussion.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Alton.

Nous allons commencer par vous, monsieur Williams.

[Français]

M. Russell Williams (président, Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx&D)): *Good afternoon, Mr. Chair* et membres du comité parlementaire.

Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada félicitent le Canada d'être l'un des premiers pays à adopter une loi qui favorise l'accès des pays du tiers monde aux produits pharmaceutiques. Le Régime canadien d'accès aux médicaments a été adopté à l'unanimité par le Parlement dans un esprit de compassion qui reflète les valeurs canadiennes. La communauté de recherche pharmaceutique appuie la générosité inhérente de cette loi, qui se veut un outil pour satisfaire aux besoins en médicaments des pays en développement. Nous assistons à une crise humanitaire mondiale dont il faut s'occuper de toute urgence.

[Traduction]

En premier lieu, je suis conscient que le Régime canadien d'accès aux médicaments a été critiqué par des gens qui prétendent que cette loi est inefficace. Je tiens à rappeler respectueusement à ces gens qu'il s'agit d'une loi encore bien jeune. La Décision de Doha a été prise en 2003 et la loi est entrée en vigueur en mai 2005. D'une certaine manière, la loi n'a pas encore été entièrement mise en oeuvre. Par exemple, un comité consultatif d'experts n'a toujours pas été créé aux termes de la loi. Il est donc difficile de prétendre que la loi a été véritablement mise à l'essai.

À mon avis, le fait que bien peu de gens connaissent cette loi illustre bien ce point. J'ai rencontré les ambassadeurs de 25 pays africains avant Noël et j'ai constaté que la majorité d'entre eux n'avait jamais entendu parler du Régime canadien d'accès aux médicaments. Le ministre de la Santé, Tony Clement, a récemment exprimé la même opinion lorsqu'il a déclaré avoir rencontré des représentants de deux pays africains, qui ignoraient l'existence de cette loi.

• (1550)

[Français]

Avant de modifier la loi, nous croyons que le gouvernement devrait se donner la possibilité de la mettre à l'épreuve. Au lieu de

réécrire le Régime canadien d'accès aux médicaments, je recommande que, dans un premier temps, le gouvernement entreprenne un programme d'éducation de grande envergure afin de former les intervenants, particulièrement ceux des pays en développement, au sujet de la loi et de ses mécanismes.

[Traduction]

En outre, il est important d'évaluer cette loi dans un contexte plus large. La communauté pharmaceutique pense que le fait de donner des médicaments aux patients des pays en voie de développement ne résout qu'une seule partie d'un problème sanitaire beaucoup plus vaste. Sans moyens de transport, cliniques, eau potable ou accès à des professionnels de la santé, cette loi ne sera pas très efficace toute seule. Par conséquent, il faut la concevoir comme un élément d'une approche globale visant à augmenter l'accès aux médicaments d'importance vitale.

Des gens travaillant aux premières lignes de la lutte contre le sida ont indiqué combien un plan coordonné était nécessaire pour freiner la prolifération du VIH en Afrique. Certaines organisations humanitaires recommandent des mesures allant au-delà de l'accès aux médicaments. On a demandé au Canada de verser de l'argent pour aider à payer les coûts des programmes de prévention du VIH. On a aussi demandé aux pays développés d'effacer la dette en échange d'investissements dans les soins de santé et la formation des travailleurs de la santé.

[Français]

Rx&D croit qu'une telle approche globale est nécessaire. Nous devons prendre en considération l'accès prescrit par la loi aux médicaments ainsi qu'un éventail de mesures non législatives. Le tout devrait être considéré comme une approche intégrée en vue de soutenir les objectifs du Canada dans les pays du tiers monde.

[Traduction]

Il reste encore beaucoup à faire puisque nous sommes tous responsables de trouver une solution. Cependant, la communauté de recherche pharmaceutique novatrice — et c'est l'une des raisons pour laquelle je me suis joint à la communauté — augmente depuis des années l'accès aux médicaments dans les pays en développement, et ce, à l'extérieur du cadre de la loi actuellement à l'étude.

Depuis cinq ans, la communauté pharmaceutique mondiale a donné cinq milliards de dollars en aide humanitaire, notamment en médicaments. Cette contribution se traduit par des interventions positives en matière de santé pour quelque 540 millions de personnes dans le monde entier. Vous trouverez les détails sur ces efforts dans nos notes d'information. Je vous recommande à tous d'en prendre connaissance.

Cet argent a servi à mettre sur pied une infrastructure de soins de santé et à distribuer des médicaments et des vaccins. Nous savons que des progrès ont été réalisés. L'Organisation mondiale de la Santé a récemment signalé que ces trois dernières années, le nombre de personnes qui reçoivent un traitement contre le sida a augmenté considérablement en Afrique subsaharienne — passant de 2 à 28 p. 100, ce qui représente 1,3 million de personnes. Il reste tout de même beaucoup à faire et nous devons déployer d'énormes efforts, mais je pense que des progrès sont réalisés.

La communauté de recherche pharmaceutique a également adopté des approches novatrices comme accorder des prix préférentiels au prix coûtant, inférieurs au prix coûtant, voire gratuits. Des accords de licences volontaires conclus avec des fabricants de médicaments à l'étranger nous ont permis de réduire les coûts de production et le prix de certains médicaments. Nous avons également investi dans des cliniques et de la formation pour veiller à ce que les médicaments soient adéquatement administrés, ce qui est crucial.

Sur la scène nationale, la communauté de recherche pharmaceutique canadienne a, depuis 1990, versé près de 150 millions de dollars en médicaments et en soutien financier à Partenaires canadiens pour la santé internationale. Cet argent a été utilisé dans des centaines de projets humanitaires. Il s'agit d'un partenariat continu qui accélère la distribution de médicaments « actuels » aux personnes dans le besoin et évite les détournements de médicaments.

[Français]

Nous saluons la décision du gouvernement dans le dernier budget de prévoir des incitatifs visant à maximiser les dons aux organismes comme Partenaires canadiens pour la santé internationale, parce que nous savons qu'ils distribuent des médicaments de grande qualité aux personnes qui en ont le plus besoin.

[Traduction]

Il existe clairement de nombreuses façons de fournir des médicaments abordables aux pays dans le besoin. Les médicaments génériques sont un de ces moyens, bien que des gens, y compris Industrie Canada, disent que le prix des médicaments génériques au pays constitue un obstacle. Toutefois, le fait que la communauté de recherche pharmaceutique ait offert des médicaments de marque à prix préférentiels aux pays en difficulté mérite aussi d'être souligné.

Terry.

M. Terry McCool (vice-président, Affaires corporatives, Eli Lilly Canada inc., Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx & D)): Ce comité a entendu la semaine dernière que le gouvernement devrait éliminer certains dispositifs de protection prévus par la loi, notamment la liste de l'annexe 1. À notre avis, cela ne constitue pas une solution, puisque la liste de l'annexe 1 n'entrave pas la disponibilité des produits brevetés comme certains l'ont laissé entendre. En fait, 95 p. 100 des médicaments sur la liste des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé ne sont protégés par aucun brevet. Le respect de bon nombre des brevets restants n'est pas exigé dans les pays en développement. Aucune loi spéciale n'est donc nécessaire pour livrer ces médicaments aux pays dans le besoin.

Je dirais que la liste de l'annexe 1 facilite le mouvement des médicaments puisqu'elle crée un processus pour la distribution des médicaments aux pays en développement. C'est pourquoi je considère cette liste avantageuse. La retirer n'améliorera pas la loi.

Je voudrais également souligner l'importance de veiller à ce que d'autres dispositifs de protection, en particulier ceux qui visent à empêcher les détournements, demeurent dans la loi et soient pleinement mis en oeuvre. Ces dispositifs garantiront que les médicaments parviennent aux malades des pays en voie de développement et qu'ils ne sont pas détournés pour être vendus illégalement sur le marché noir.

La corruption au sein du réseau d'approvisionnement en médicaments constitue un grave problème dans les pays en voie de développement. Il est inutile pour le Canada de participer à ce processus si l'on ne peut pas, à tout le moins, rendre la chaîne de l'approvisionnement en médicaments sûre et ainsi garantir que les

médicaments et les vaccins que nous envoyons parviennent aux personnes qui en ont besoin.

Je tiens aussi à rappeler au comité l'existence d'une disposition moins connue de la loi, qui prévoit une période de 30 jours pour qu'une société de médicaments génériques négocie avec une société pharmaceutique détentrice de brevet afin de produire un médicament donné pour l'exportation. À ma connaissance, aucune société de médicaments génériques n'a demandé de licence obligatoire.

La protection de la propriété intellectuelle joue également un rôle dans l'accès aux produits pharmaceutiques. Les gens ont tendance à dire que l'accès et la propriété intellectuelle sont mutuellement exclusifs. Je ne suis pas d'accord. Je dirais que la propriété intellectuelle crée l'accès parce qu'elle débouche sur de nouveaux médicaments. En fait, c'est la protection de la propriété intellectuelle qui stimule la recherche et l'innovation. Et cela mène à la création de médicaments essentiels. Par conséquent, il est important de ne pas mettre la recherche en péril au pays.

Les régimes de propriété intellectuelle existent dans les pays développés parce qu'ils créent un climat d'innovation afin de traiter les maladies. Ils n'existent pas dans bien des parties du tiers monde. C'est pourquoi le Canada a la responsabilité de créer un régime qui protège la propriété intellectuelle et augmente l'accès aux médicaments d'ordonnance dans les pays pauvres.

Notre industrie croit qu'il serait prématuré et inefficace de modifier le Régime canadien d'accès aux médicaments à ce stade-ci. La loi n'a pas été mise à l'épreuve. Nous pourrions uniquement constater l'efficacité de la loi lorsqu'elle sera mieux connue et pleinement mise en oeuvre. C'est seulement alors que des modifications pourraient être envisagées.

Modifier la loi maintenant risque d'être une solution inappropriée aux problèmes de soins de santé qui perdurent dans les pays en voie de développement. Nous encourageons le comité et le gouvernement du Canada à aller au-delà de la loi actuelle et à adopter une approche plus exhaustive à l'égard des dons de médicaments aux personnes les plus nécessiteuses.

Le Régime canadien d'accès aux médicaments n'est qu'une composante du continuum des efforts visant à répondre aux besoins en matière de santé des pays en développement. En élargissant son approche, le Canada peut continuer à jouer un rôle de chef de file dans le domaine de l'amélioration de l'accès aux soins de santé à l'étranger.

Merci. Nous serons ravis de répondre à vos questions.

• (1555)

Le président: Je vous remercie monsieur McCool.

Nous allons poursuivre avec les questions des députés. Je tiens à vous rappeler que le temps de parole des membres est limité à cinq ou six minutes. Je demanderais aux témoins de formuler des réponses courtes, et aux députés, des questions brèves.

Nous allons maintenant commencer par M. McTeague.

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

M. Byrne est absent aujourd'hui. Il est resté chez lui, car il souffre d'une otite. Il pourrait bien faire appel à vous tous très bientôt pour le soigner.

Messieurs, merci d'être venus aujourd'hui. Nous vous avons invités parce qu'un message succinct et éloquent nous a été transmis la semaine dernière par Stephen Lewis, la même personne qui est responsable à mon avis d'avoir exercé des pressions pour que le gouvernement mette en oeuvre ce régime afin d'essayer de s'attaquer à cette tragédie indéniable qui est en train de se produire. Je crois que vous êtes tous d'accord avec cela. Selon moi, l'approche semble être le problème, l'obstacle.

Je suis vraiment inquiet d'apprendre que 300 000 enfants un peu partout dans le monde meurent parce que nous sommes incapables de leur fournir des médicaments. Cela dit, je crois que la majorité des Canadiens reconnaissent l'importance de veiller à ce que ces maladies soient endiguées pour éviter qu'elles ne se répandent partout ailleurs dans le monde. Nous connaissons le contexte. Je viens d'une ville qui ne connaît que trop bien les ravages causés par le SRAS.

Ma question s'adresse à vous tous. J'ai écouté ce que Jack et vous, Terry, aviez à dire. Nous avons un exemple d'un médicament qui est prêt et disponible et, depuis 2001, une collectivité d'ONG me dit qu'elle peut offrir le régime et assurer la distribution des médicaments appropriés là où le Canada peut avoir un effet, soit dans 5 à 10 p. 100 des endroits qui sont actuellement touchés. Alors, je ne pense pas que cela pose un problème ici. Évidemment, même un effet de 1 p. 100 est mieux que rien quand il s'agit de sauver une vie. Je crois que nous nous entendons tous là-dessus.

La condamnation du régime, le RCAM, découle de son incapacité à aider véritablement. Vous avez certainement des exemples où vous avez fourni des médicaments et le premier ministre était présent pour lancer l'initiative des PCSI. C'est bien.

Mais, je m'interroge sur notre crédibilité, nous qui sommes à cette table en train de discuter des problèmes existants alors que des milliers d'enfants vont mourir aujourd'hui dans cette région du monde en grande partie à cause de nos beaux discours ici. Je sais que vous avez tous vos intérêts à défendre; vous avez des raisons de faire ce que vous faites. À votre avis, pourquoi ne pouvons-nous pas passer d'un système de licence volontaire à un système de licence obligatoire, en permettant au pays de prendre cette décision, en collaboration avec nos ONG qui sont excellents et bien intentionnés?

Si vous me le permettez, je vais vous laisser répondre monsieur Kay, monsieur McCool ou monsieur Russell.

• (1600)

M. Jack Kay: C'est exactement ce que nous avons essayé de faire valoir: retirer le processus que nous devons suivre pour obtenir une licence volontaire. Le processus ne fait que nous paralyser. Si on nous refuse une licence volontaire — et c'est déjà arrivé —, je dois faire appel à des avocats pour demander une licence obligatoire. N'oubliez pas que je dois monopoliser des ressources de mon entreprise, des gens qui accomplissent d'autres fonctions, mènent des recherches sur d'autres produits qui nous rapportent des profits.

Nous sommes disposés à fournir ces produits d'importance vitale à nos frais, mais nous ne pouvons pas monopoliser nos ressources pour nous battre afin d'obtenir la licence. Nous avons dit au gouvernement de l'époque qu'aucune entreprise ne profiterait du régime de la manière qu'il est conçu actuellement.

MSF nous a fait savoir qu'un pays voulait des médicaments. Il souhaite acheter des produits fabriqués au Canada pour leur qualité. Nous avons répondu que nous pourrions fabriquer les médicaments et lui avons demandé de nous aider à obtenir une licence. Nous essayons toujours de l'obtenir.

Le président: Monsieur McCool.

M. Terry McCool: Certainement. Je serai heureux de commenter. La licence volontaire est un processus très simple. C'est un processus de 30 jours. C'est simplement la notification d'un fabricant de médicaments d'origine; ce n'est pas un délai. Vous devez informer le fabricant que vous avez une commande, lui indiquer la quantité demandée et d'où provient la commande. Pour le fabricant de médicaments d'origine, qui doit souvent s'adresser au siège social mondial pour déterminer quels brevets sont... où la licence obligatoire est délivrée, 30 jours, ce n'est pas beaucoup de temps pour faire cela.

Si la décision n'est pas rendue en l'espace de 30 jours, vous n'avez pas besoin d'un avocat pour vous adresser au commissaire aux brevets. Le commissaire aux brevets a reçu instruction d'approuver ces choses très rapidement. Vous n'aurez pas besoin de consacrer du temps ou des efforts pour faire cela.

À notre connaissance, malgré ce que prétend Jack, personne n'a eu besoin d'aller aussi loin pour obtenir une licence obligatoire. Jusqu'à ce que quelqu'un le fasse véritablement, je ne peux voir cela comme un obstacle.

M. Jack Kay: L'obstacle dans le présent cas, c'était le fait que le pays qui voulait le produit ne voulait pas être identifié.

L'hon. Dan McTeague: Alors, il y a un problème d'identification.

Laissez-moi parler maintenant de cette autre question qui a été soulevée par le comité et par de nombreuses personnes qui ont comparu devant nous. Il y a maintenant des préoccupations au sujet de la possibilité que les maladies acquièrent de nouvelles caractéristiques et qu'elles se transforment en types différents, plus virulents, et que ces derniers cèdent la place à la possibilité de maladies opportunistes. Il y a cinq cas, il existait un certain régime de médicaments. Nous sommes maintenant rendus à la seconde génération.

Monsieur McCool, je me demande combien de ces médicaments de seconde génération votre industrie a fournis, à leur prix, à diverses régions pour réduire le nombre des cas chez les personnes touchées.

M. Terry McCool: Je pense qu'on en a fourni beaucoup. Si vous regardez certains des documents d'information qui ont été présentés, il y a des programmes d'aide dans de nombreux pays en Afrique. Les médicaments les plus récents sont offerts à un prix réduit dans certains de ces pays.

Une des questions que vous avez soulevées, c'est si les médicaments ne sont pas utilisés de manière appropriée... Il s'agit de médicaments d'ordonnance. Je ne peux pas tout simplement les expédier et les distribuer comme cela. Il doit y avoir une certaine supervision par des spécialistes de la santé. Il y a une telle pénurie de spécialistes de la santé que je pense que cela pose un problème pour ce qui est d'envoyer ces médicaments dans ces pays.

L'hon. Dan McTeague: Monsieur McCool, lorsque j'ai obtenu que Médecins Sans Frontières et Oxfam adressent une lettre commune — lettre qui est toujours sur mon site Web — au premier ministre, ils ont dit qu'ils pouvaient, en fait, offrir les médicaments appropriés avec l'aide de médecins, ou qui que se soit d'autre.

Je me demande quel succès les fabricants de produits d'origine de notre pays ont eu dans leur travail avec ces ONG qui sont très critiques à l'égard du rôle des fabricants de médicaments d'origine, comme nous avons pu le voir la semaine dernière. Je n'essaie pas de taper sur quiconque ici. C'est le reflet de ce que nous avons entendu de deux... Nous avons eu l'occasion d'entendre le représentant de Gilead.

Avez-vous effectivement travaillé avec des ONG? Quelles sont-elles et pouvez-vous nous dire jusqu'à quel point vous avez réussi?

• (1605)

M. Gregg Alton: Je pourrais répondre à cette question.

Nos produits servent au traitement de deuxième intention. Ils sont considérés pour le traitement de deuxième intention dans les pays en développement. Comme nous l'avons dit, nous fournissons un produit à environ 50 000 malades dans cette région. Je pense que nous travaillons bien avec MSF, avec l'UNICEF et avec divers autres organismes partout dans le monde.

Nous avons une association à dose fixe: un régime complet — un comprimé par jour — que nous avons mis au point en collaboration avec Merck. Nous rendons ce produit accessible à tous ces pays par l'intermédiaire de notre programme d'accès et vous pouvez vous procurer ce produit chez nous aujourd'hui.

Le président: Merci.

Désolé, le temps est écoulé. Nous allons donner la parole à Mme Brunelle.

[Français]

Mme Paule Brunelle (Trois-Rivières, BQ): Bonjour, messieurs. Cela nous fait plaisir de vous voir aujourd'hui.

J'essaie de comprendre pourquoi la loi n'a pas fonctionné et pourquoi aucun médicament n'a effectivement été livré. Le Réseau juridique canadien VIH/sida nous disait que plusieurs pays en développement étaient incapables d'acheter des médicaments brevetés et que, par ailleurs, ils n'avaient pas la capacité industrielle de fabriquer leurs propres produits génériques. Ils dépendent donc des pays exportateurs de médicaments, d'où la nécessité de cette loi, évidemment. On voit que le besoin est là.

Par ailleurs, on a entendu au cours de deux réunions de nombreuses raisons pour expliquer cet échec. On nous a parlé de la méconnaissance du régime — vous nous le rappelez de nouveau aujourd'hui — et on nous a dit qu'il n'y avait même pas un site Internet en activité. On a mentionné la complexité du processus, le manque de mesures de soutien, que ce soit sur le plan du transport ou des cliniques. On nous a dit que parfois, des régions manquent même d'eau. Donc, on a des difficultés fondamentales majeures qui empêchent de soutenir l'envoi des médicaments. On nous a parlé du détournement de médicaments. On a vu des reportages à cet effet et on peut comprendre que dans des pays qui sont en guerre, qui connaissent des difficultés majeures et où il y a même des détournements de nourriture, les médicaments soient également précieux. On nous a dit, dans certains cas, que la liste des médicaments contenue à l'annexe du régime d'accès était trop restreinte. Ce serait une des raisons; il y en avait de nombreuses autres.

La question que je pose aux gens de la recherche et du développement est la suivante: quels sont les efforts que vos compagnies ont faits pour fournir des médicaments à prix abordable? On voit qu'il y a des besoins. Je demanderais aussi à tous les témoins pourquoi ça ne fonctionne pas et dans quelle mesure ils ont essayé de s'associer, ou de s'entendre, pour en arriver à ce que ça fonctionne finalement.

M. Russell Williams: Je vais commencer, si vous le permettez. Merci d'avoir posé des questions assez détaillées. Je ne suis pas convaincu que ça ne fonctionne pas. Je pense que ça n'a pas encore été éprouvé, si je peux dire. Une des raisons pour lesquelles le programme n'a pas été utilisé jusqu'à maintenant est le prix des produits génériques au Canada. Vous pouvez ajouter cela à votre liste

de raisons. Je voudrais cependant expliquer que la loi n'est pas aussi complexe que cela. Il y a des exigences: il faut savoir de quel pays provient la demande, la quantité de produits recherchés, qui vont les utiliser et pour combien de temps. Il me semble que ce n'est pas si compliqué que cela.

Malheureusement, jusqu'à maintenant, la deuxième étape n'a pas été franchie par les compagnies génériques afin de tester le système. Si on veut s'assurer que les nouveaux médicaments contre le VIH sont efficaces, on doit faire de la recherche. On essaie d'obtenir un équilibre entre la protection de la propriété intellectuelle et l'accès au médicament, et l'un n'empêche pas l'autre. On doit tout d'abord informer les pays que notre loi existe, et c'est pourquoi j'ai visité 25 ambassades pour expliquer cette loi. Je crois qu'on peut commencer par informer la population de l'existence de cette loi. De plus, on a un document démontrant que nos compagnies de recherche et de développement ont fait beaucoup de travail en partenariat avec les pays et les ONG, les organisations non gouvernementales, et nous avons sur le terrain des programmes sur l'accès aux médicaments, sur les cliniques, les systèmes de santé, d'éducation et de formation professionnelles qui fonctionnent. Selon moi, c'est d'une approche complète que nous avons besoin. De cette manière, on peut continuer à soutenir la loi tout en soutenant une approche complète de la part du Canada.

Je voudrais compléter ma réponse en souhaitant que ça va fonctionner et qu'on aura prochainement un produit qui va passer le test du système en entier, de A à Z, afin d'assurer que pendant que les autres compagnies continuent d'implanter d'autres programmes d'accès, on puisse aussi utiliser ce système.

• (1610)

M. Jim Keon: Il est clair que les grandes multinationales de produits brevetés n'ont pas besoin de cette loi. Ce sont les compagnies génériques qui en ont besoin. Dans la loi, on parle des produits brevetés, qui sont couverts par un brevet. Pour que la loi fonctionne mieux, il faut faire les changements que nous avons suggérés. La loi actuelle est trop complexe, et il faut faire des négociations avec les compagnies de produits brevetés. Dans le cas d'Apotex, il y avait trois compagnies qui avaient un brevet pour ce produit. La licence n'est valide que pour un seul pays, mais souvent, les compagnies veulent exporter le produit dans plusieurs pays. Il faut que la compagnie ait une licence pour une certaine période de temps, mais selon la loi, cela est limité à deux ans. Il y a beaucoup d'aspects restrictifs dans la loi et, comme on l'a mentionné il y a déjà deux ou trois ans, ce n'est pas possible pour une compagnie de produits génériques d'utiliser cette loi. Il est donc important de faire des changements. Cette loi est importante pour tous les pays et principalement pour les pays en développement.

Mme Paule Brunelle: Donc, selon vous, monsieur Keon, il y a plusieurs modifications à apporter, mais considérez-vous la liste des médicaments en annexe comme un autre aspect irritant de cette loi? Devrions-nous la modifier?

M. Jim Keon: Nous préférierions que la liste soit abolie mais, en réalité, ce n'est pas ce qui est le plus important. Cependant, la liste est un exemple d'élément superflu. Si on veut ajouter des produits à la liste, cela demande un grand effort aux fonctionnaires, aux compagnies et à tout le monde. Je pense qu'on a ajouté deux produits à la liste depuis trois ans et à chaque fois il a fallu six ou sept mois pour y arriver. Selon moi, il est préférable d'abolir la liste, mais ce n'est pas notre plus grande priorité.

[Traduction]

Le président: Merci.

C'est maintenant au tour de M. Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à tous d'être venus ici aujourd'hui. J'ai tellement de questions pour vous que je vais m'y mettre immédiatement.

Vous avez parlé du récent budget dans lequel le gouvernement a offert des incitatifs fiscaux aux fabricants de médicaments génériques et d'origine qui font don de médicaments à l'étranger. Pouvez-vous nous dire quelles répercussions cette modification pourrait avoir globalement en ce qui a trait au régime canadien d'accès aux médicaments et, en particulier, pour le RCAM et votre entreprise? Est-ce que cela aura un effet quelconque à ce chapitre?

M. Gregg Alton: Je serai heureux de répondre à cette question.

Je pense que la philanthropie et les dons de médicaments et d'autres formes d'aide de la part de l'industrie de la R-D ou de l'industrie des médicaments génériques sont importants et peuvent combler certains besoins importants dans ces pays. Toutefois, je ne crois pas que la philanthropie parviendra à régler les problèmes de continents comme l'Afrique. Je pense que le changement devra venir de l'intérieur de ces pays. Je pense qu'il y a une limite à ce que le monde occidental peut faire en matière de don pour ce type de programme. Je pense que c'est un pas dans la bonne direction et que cela aura des répercussions positives, mais cela ne changera pas fondamentalement la situation de l'Afrique, qui est en train de développer l'infrastructure de soins de santé et la capacité de payer les médicaments, et la pauvreté et les répercussions que cela entraîne.

M. Russell Williams: C'est un excellent pas dans la bonne direction. Nous essayons de trouver la meilleure façon d'utiliser cette mesure. Comme vous le savez, elle vient juste d'être annoncée; alors, elle n'a pas été mise en application entièrement. Je pense que cela démontre qu'il doit s'agir d'une approche globale. Que ce soit cette loi, que ce soit la philanthropie ou que ce soit d'autres programmes de formation, des infrastructures, des routes, l'éducation, si nous voulons nous attaquer à ce problème — et c'est ce que les personnes actives dans la lutte contre le sida m'ont dit —, nous devons aborder la question globalement. Je pense qu'il s'agit d'un outil de plus dans notre trousse et que nous devrions l'utiliser. Nous devrions en être fiers. Nous devrions l'utiliser, mais il y a de nombreuses autres choses que nous pourrions faire.

•(1615)

M. Jim Keon: Pour répondre brièvement, je pense que les modifications fiscales sont excellentes. Je pense que du point de vue des dons, de la philanthropie, cette mesure incitera davantage les entreprises à s'engager dans cette voie. Je suis d'accord avec M. Williams pour dire que nous avons besoin d'une approche globale. C'est pourquoi nous disons qu'il est nécessaire d'apporter des modifications à ce texte législatif, parce qu'à l'heure actuelle, nous parlons de médicaments brevetés; nous ne pouvons fabriquer ces médicaments, même avec les avantages fiscaux, à moins que cette loi fonctionne de manière appropriée. Cette loi comporte un examen après deux ans — c'est maintenant. Si nous n'apportons pas de modifications maintenant, il n'y a plus d'examen de prévu, et je ne suis pas certain que nous apporterons un jour ces modifications.

M. Colin Carrie: Je pense que nous essayons tous de trouver la meilleure façon d'envoyer ce qu'il faut dans ces pays et de déterminer si cette loi est déficiente ou s'il y a autre chose à faire. Je m'intéresse beaucoup à quelque chose qu'a dit M. Alton, que vous fourmissez des produits à des pays qui en ont besoin, mais que vous allez chercher certains de ces médicaments dans des pays comme l'Inde. Pourquoi

n'utilisez-vous pas des entreprises canadiennes? Est-ce une question de prix? Ai-je bien compris?

M. Gregg Alton: Laissez-moi vous expliquer ceci. Nous avons quelques produits différents. Notre produit d'origine est actuellement fabriqué dans les Caraïbes et ici même, au Canada; alors il y a un médicament canadien qui répond aux besoins des malades en Afrique par l'intermédiaire du programme d'accès de Gilead. Les produits génériques indiens seraient de véritables produits génériques qui se retrouveraient alors dans ces 95 pays. Nos produits d'origine s'y trouveraient également. Ils se feraient tous concurrence sur le marché.

Le raisonnement n'est pas fondé tellement sur le prix. Nous croyons que les prix de nos produits sont aussi bas qu'ils peuvent l'être. Croyez-moi, si nous pouvions baisser nos coûts de fabrication, nous le ferions volontiers, parce que c'est bon pour nos affaires, mais nous avons déjà travaillé très fort pour amener le prix aussi bas que nous pouvons le faire. En fait, la plus grande partie de ce travail sur des solutions d'efficacité de production se fait actuellement dans nos installations à Edmonton.

La raison pour laquelle nous voulons travailler avec des entreprises indiennes, c'est qu'elles ont une très bonne capacité pour livrer ces médicaments aux personnes malades dans ces pays, non seulement à cause du prix, mais également à cause de leur connaissance des systèmes de soins de santé et de leur connaissance des gens et de la façon de travailler dans un environnement très difficile; à titre d'entreprise occidentale, nous ne sommes pas bien équipés pour faire cela.

Lorsque vous parlez du RCAM et du fait qu'il n'a pas été utilisé jusqu'à présent, je pense qu'une partie de la raison, ce n'est pas parce que c'est un échec, mais parce qu'un grand nombre de programmes en place font effectivement le genre de choses que Gilead fait.

Nous parlons beaucoup dans la présente salle du désir d'utiliser le RCAM, ou du fait qu'il s'agit d'un échec parce que rien n'est utilisé, mais l'objectif de l'accès, l'objectif du RCAM, l'objectif des caractéristiques de souplesse incorporées dans les ADPIC ne devrait pas être de briser les brevets ou de les supplanter, mais de fournir un accès. C'est cela qui devrait être l'objectif global. Le fait qu'il n'a pas été utilisé pourrait, en fait, démontrer que certaines des choses qui surviennent dans le monde fonctionnent ou, du moins, fonctionnent aussi bien qu'elles peuvent le faire dans un environnement très difficile.

M. Colin Carrie: Une de mes inquiétudes vient juste d'être soulevée par M. Keon.

Nous regardons également la qualité des produits. Des pays comme l'Inde n'ont pas de protection en matière de la propriété intellectuelle. De la façon dont les choses semblent se dessiner, j'étais simplement curieux de savoir si cela ne va pas forcer des sociétés comme les entreprises de médicaments génériques canadiennes à s'installer en Inde de manière à pouvoir faire concurrence à d'autres pays ou à d'autres entreprises qui sont déjà installées là-bas. Sommes-nous maintenant en train de dire que nous allons déménager toute notre fabrication à l'étranger? Est-ce une chose raisonnable à laquelle je peux...?

M. Gregg Alton: Non, je ne crois pas que la fabrication quittera le Canada pour aller à l'étranger. Gilead fait une quantité substantielle de fabrication au Canada parce que c'est un endroit merveilleux pour faire des affaires dans le domaine de la fabrication. Nous avons ici une fabrication de haute qualité, d'excellentes capacités et une main-d'œuvre très éduquée et qualifiée; alors, je pense que ce sera toujours un bon endroit pour la fabrication.

Dans le cas de l'Inde, c'est simplement que ce pays fait cela depuis très longtemps. Historiquement, ce pays n'a pas connu les brevets. Il est actuellement en train d'adopter les exigences des ADPIC pour mettre en application la propriété intellectuelle; alors, je pense qu'il reste à voir quelles répercussions cela aura sur l'accès aux médicaments dans le monde en développement.

Comme je l'ai dit dans mon témoignage, je pense que c'est là un rôle important que le RCAM pourrait jouer. Si la disponibilité des produits génériques à faible coût provenant de l'Inde était interrompue, il pourrait s'agir d'une bonne occasion pour le RCAM pour assurer une protection afin que les malades continuent d'avoir accès à ces médicaments.

L'Inde a également adopté une loi semblable. Alors, je peux supposer que beaucoup de pays en voie de développement s'adresseront à l'Inde, même en vertu d'un régime de licence obligatoire.

• (1620)

M. Colin Carrie: Cette question s'adresse à l'Association canadienne du médicament générique. Si toutes les tracasseries administratives disparaissaient de la loi canadienne, seriez-vous en mesure de fournir des médicaments en provenance du Canada aux pays moins développés et, si c'était le cas, comment le feriez-vous?

M. Jack Kay: J'ai participé à des discussions avec MSF. MSF est venu voir Apotex et nous a demandé de fournir une certaine quantité de cette trithérapie que nous avons produite. Nous pouvons fournir ce produit. Le prix auquel nous sommes prêt à le fournir est concurrentiel par rapport au prix de produits qui viennent de l'Inde. La seule raison pour laquelle nous ne l'avons pas fourni à MSF, qui nous a assurés qu'il verrait à ce que le produit parviennent aux malades qui en ont besoin pour survivre, c'est que nous ne pouvons nous frayer un chemin à travers la loi actuelle.

Le président: Allez-y, monsieur Williams; soyez bref, s'il vous plaît.

M. Russell Williams: En ce qui concerne la loi actuelle, il y a quatre éléments d'information fondamentaux: quel pays demande le produit, qui l'utilise, la quantité — des questions très simples — et si cela est un processus de 30 jours. Si cela ne fonctionne pas, les fabricants de produits génériques peuvent aller de l'avant. Notre rôle dans tout cela est très mince. Les fabricants de produits génériques peuvent aller de l'avant et demander une licence obligatoire, comme l'a dit M. McCool. Ils ne l'ont pas encore fait; alors, dire que la loi ne fonctionne pas alors qu'elle n'a même pas été utilisée m'apparaît plutôt prématuré. C'est pourquoi nous avons également été si actifs sur d'autres fronts.

Le président: Merci.

C'est au tour de M. Masse.

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

Merci, messieurs, de votre comparaison ici aujourd'hui sur cette question très importante. Je pense qu'il y va ici de la réputation de notre pays.

Je vais commencer par M. Williams et M. McCool.

Vous avez dit de manière répétée que vous avez besoin de plus de temps pour cette loi. Le fait est que cette loi est apparue après 550 jours d'examen. Il a fallu tout ce temps, plus d'un an et demi, pour avoir un texte législatif, qui n'a rien produit depuis ce temps.

Si, à votre avis, c'est encore prématuré, combien de temps faudrait-il encore attendre et que faut-il changer, plus précisément, pour que

cette loi fonctionne? J'aimerais savoir, parce que la liste des morts continue de s'allonger. Je pense qu'en fait, nous sommes en train de participer à un génocide intentionnel, parce que nous avons des systèmes en place et que nous invoquons une excuse après l'autre.

Dans combien de temps, diriez-vous, y aura-t-il une enquête complète à la suite de laquelle des gens devront rendre des comptes si nous n'arrivons toujours pas à fournir des comprimés à des gens? Est-ce dans un an, dans deux ans, dans trois ans, dans quatre ans? Combien de temps?

M. Russell Williams: Je pense que, d'abord et avant tout, nous devrions faire tout ce qu'il est possible de faire pour travailler sur cette question importante; je suis d'accord avec vous. J'ai essayé d'énumérer certaines des choses que nous faisons bien avant que le projet de loi fasse l'objet d'un débat. Alors, je ne pense pas qu'il y ait de contestation ici.

Et j'aimerais que le projet de loi soit testé. Si nous parlons d'un produit qui pourrait faire le genre de choses dont vous parlez, qu'on lui fasse suivre le processus. Nous parlons de 30 jours. Alors, amenons-le à l'étape de la licence obligatoire et allons de l'avant dans ce processus, comme l'a dit M. McCool.

Alors, allons-y et testons la loi avant de dire qu'elle ne fonctionne pas.

M. Terry McCool: J'ajouterais simplement que nous avons besoin d'un pays pour commander le produit. Voilà ce dont vous avez besoin. D'après tout ce que nous avons vu jusqu'à présent, ou bien le pays en question n'est pas prêt à s'identifier ou bien il n'est pas prêt à participer.

M. Jack Kay: Alors, parce qu'un pays ne veut pas être identifié, il faut laisser les gens mourir.

Le président: Une personne à la fois, s'il vous plaît.

M. Terry McCool: Je veux simplement dire que vous avez eu 146 pays qui ont signé la déclaration à l'OMC. Ils ont tous donné leur accord à ce processus. C'est très simple. Tout ce qu'ils ont à faire, c'est de dire qu'ils ont besoin d'un produit et ensuite, ils peuvent s'adresser aux fabricants de produits génériques canadiens pour l'obtenir, s'ils le veulent. À l'heure actuelle, leurs besoins sont comblés soit par les fabricants de produits génériques indiens soit par l'industrie des médicaments d'origine par le biais de leurs programmes de philanthropie ou par la vente de médicaments sans frais.

M. Brian Masse: Est-ce que l'un de vos organismes a abordé un pays en voie de développement pour lui demander de travailler sur cette loi précise? Dites-moi combien de fois vous avez abordé différents pays, jusqu'où vous avez fait valoir ce point et où en sont rendues les choses en termes de... Plus précisément, combien de ressources avez-vous dépensées pour vous adresser à différents pays sur cette liste? Parce que je suis un peu préoccupé à l'idée de dire aux pays en voie de développement que c'est de leur faute. C'est de leur faute si vous n'arrivez pas à faire fonctionner ce projet de loi là-bas au Canada. Je ne peux pas accepter cela comme la position de notre pays.

Alors, j'aimerais savoir quand vous êtes effectivement allé voir un autre pays, quel était ce pays, sur quoi vous avez travaillé et quand vous aller effectivement présenter un cas où vous allez affectivement laisser un fabricant de médicaments génériques produire un médicament à un coût moindre.

M. Terry McCool: Notre branche d'activité, ce ne sont pas les médicaments permettant de lutter contre le VIH/sida. Nous nous intéressons plutôt à la tuberculose résistante aux médicaments, une maladie souvent mortelle pour les sidéens. Nous avons négocié avec le gouvernement sud-africain, ainsi qu'avec les gouvernements indien, chinois et russe.

Grâce au transfert de technologie, nous avons permis à ces quatre pays de se doter des moyens de fabriquer deux très vieux médicaments qui ne sont plus protégés par un brevet depuis des années, mais personne ne voulait investir dans leur fabrication. Nous avons fourni la technologie, la formation et les 150 millions de dollars pour que ces médicaments soient disponibles dans le tiers-monde. C'est ce que nous avons fait.

• (1625)

M. Brian Masse: Pourquoi ne nous servons-nous pas de cette mesure législative?

M. Terry McCool: Ces médicaments ne sont plus protégés par un brevet. Nous ne sommes plus tenus de recourir à la mesure législative canadienne.

M. Brian Masse: C'est pourtant le noeud de la question. Le système a été créé pour qu'on puisse changer les choses à cet égard. Cette mesure législative était censée permettre aux pays en développement et aux ONG de se procurer ces médicaments. Ce que je voulais cependant savoir lorsque j'ai parlé de recourir à cette mesure législative, ce sont les mesures que vous avez prises pour offrir cette possibilité à un autre pays afin que les choses changent.

M. Russell Williams: Je répondrai rapidement, puis M. Alton pourra intervenir.

M. Brian Masse: Nous passerons ensuite à l'autre groupe de témoins.

M. Russell Williams: En ce qui me concerne, j'ai rencontré 25 ambassadeurs africains pour leur parler de cette mesure législative. Je ne blâmais personne, je vous prie de me croire, et je ne pense pas que vous vouliez vraiment le laisser supposer.

M. Brian Masse: Selon vous, c'est de leur faute s'ils ne recourent pas...

M. Russell Williams: Absolument pas! Je ne dis pas que c'est de leur faute. Je dis plutôt qu'ils ne le savaient pas et qu'on ne les en avait pas informés.

Venons-en à votre question. Entre autres, nous nous sommes rendus sur place pour leur parler et échanger avec eux. Il ne nous appartient pas de leur communiquer tous les détails, mais nous avons fait tout notre possible. Nous nous sommes assurés de la pertinence de tous les liens intéressants afin que cela soit vraiment utile. C'était là, me semble-t-il, l'une des mesures que nous pouvions prendre. Il y en avait d'autres, et je préconise que nous déployions tous les efforts nécessaires pour que tous soient au courant de toutes les étapes de la loi. Ce n'est pas si compliqué. Lorsqu'il s'agit de sauver des vies en procurant un médicament à tel pays, il semble franchement impératif de savoir quelle situation il y règne. Je pense que c'est tout à fait légitime et essentiel.

Obtenons une réponse à ces quatre questions, puis mettons-nous à la tâche. C'est ce que nous essayons d'encourager. Je suis d'accord avec vous. Notre association a fait de son mieux pour informer ces pays, et elle continuera à le faire.

Le président: Je cède la parole à M. Kay, puis ce sera au tour de M. Alton.

M. Jack Kay: Je n'ai aucun commentaire à formuler. C'est tout simplement trop frustrant. Ils disent qu'ils facilitent les choses en disant qu'il faut répondre à ces quatre questions. Mais en fait, c'est tout simplement frustrant lorsqu'une organisation ayant la réputation de MSF nous dit qu'un pays souhaite acheter le produit, nous précise que le prix que nous sommes prêts à payer est concurrentiel par rapport à celui demandé par les entreprises indiennes, mais ajoute que la difficulté réside dans le fait que le pays en question ne veut pas qu'on sache qu'il a besoin de l'aide du Canada.

M. Jim Keon: Il y a une autre raison pour laquelle les pays ne veulent pas que cela se sache. Ils ne veulent pas attirer l'attention politique et l'attention négative de l'industrie de fabrication des médicaments de marque.

Récemment, le gouvernement thaïlandais a indiqué qu'il délivrerait une licence obligatoire pour importer de l'Inde l'Aluvia, un médicament contre le sida. La société Abbott, qui détient le brevet de ce produit, a menacé de retirer du marché sept autres médicaments et a exercé beaucoup de pression sur ce pays. Grâce à l'intervention de nombreuses ONG et au jeu des influences politiques, la société a fini par céder, et elle offre maintenant le produit à un prix inférieur. Cependant, un tel dénouement n'aurait jamais été possible sans un régime de licence obligatoire efficace ainsi que sans la menace de la concurrence des fabricants de médicaments génériques et des prix plus bas.

Le pays ne veut pas que cela se sache parce qu'ils ne considèrent pas actuellement que le régime soit efficace et parce que cela leur est très difficile.

Le président: Merci.

Monsieur Alton.

M. Gregg Alton: Merci.

Je répondrai honnêtement à votre question en vous disant que nous n'avons jamais proposé à un pays en développement de recourir au RCAM. J'ajouterais cependant que, tous les jours, les représentants de Gilead dans les pays en développement, que ce soit en Afrique, en Amérique latine ou en Asie du Sud-Est, travaillent de concert avec les différents ministères de la Santé, les informant que nous pouvons répondre à leurs besoins dans la lutte qu'ils mènent contre le sida et de la possibilité que nous puissions offrir nos produits à leurs patients. Je peux donc affirmer que nous avons rencontré les représentants de la Thaïlande au cours des dernières semaines. Nous avons aujourd'hui du personnel en Afrique du Sud, et je me rendrai en Inde la semaine prochaine pour y rencontrer les autorités gouvernementales. Nous avons toujours pu faire en sorte qu'ils puissent se procurer nos médicaments et que ceux-ci soient offerts aux malades qui, selon eux, en ont besoin... des médicaments de deuxième intention à prix abordable.

En ce qui concerne la Thaïlande, nous entretenons de très bonnes relations avec son nouveau gouvernement. Celui-ci est très à l'aise avec Gilead. Nous avons rencontré les autorités. Nous avons rencontré les représentants de l'entreprise pharmaceutique nationale, qui s'occupe de produits génériques. Ceux-ci sont heureux de pouvoir se procurer notre médicament.

À mon avis, si...

Le président: Je suis désolé, mais il n'y a plus de temps, monsieur Alton. Nous devons poursuivre. M. Masse aura de nouveau la parole sous peu.

Monsieur Brison.

L'hon. Scott Brison (Kings—Hants, Lib.): Merci, monsieur le président. Je remercie également tous les témoins.

Le défi qui se pose en Afrique concerne plusieurs pays. Il s'agit de prendre des mesures pour faire face à la crise, ce à quoi doivent s'atteler les gouvernements nationaux comme les différentes ONG. Le Canada, le Danemark, la Suède et également la France, je crois, ont adopté des mesures législatives analogues, mais sont aux prises avec des lacunes sur le plan de la distribution. Nous avons été témoins de réussites exemplaires. Entre autres, la Fondation Clinton réussit à distribuer des médicaments contre le VIH.

Vos sociétés ont-elles demandé à la Fondation Clinton de pouvoir par exemple travailler avec elle, car cette ONG a vu ses efforts couronnés de succès à ce chapitre.

• (1630)

M. Gregg Alton: La réponse est oui. Nous sommes sans cesse en pourparlers avec la Fondation Clinton, qui a lancé une demande de proposition récemment en vue de se procurer notre médicament et d'autres produits. Nous avons présenté une offre, tout comme l'ont fait les sociétés indiennes avec lesquelles nous collaborons.

L'hon. Scott Brison: Il y a donc des progrès à ce chapitre, mais en ce qui concerne les produits génériques ainsi que...

M. Jim Keon: De concert avec la Fondation Clinton et, comme l'a indiqué Jack, avec Médecins Sans Frontières, nous avons cherché à déterminer les produits brevetés susceptibles de les intéresser.

En ce qui concerne les produits non brevetés, Jack a indiqué auparavant que son association fait parvenir à plus de 100 pays des produits qui ne sont plus brevetés. Cependant, les discussions se poursuivent en ce qui a trait aux produits brevetés.

Ce que je peux vous dire aujourd'hui, c'est que, à bien des égards, il faut que la mesure législative donne certains résultats pour qu'on puisse se rendre compte de son efficacité. Cela ne s'est pas encore produit, et c'est pourquoi notre intérêt a quelque peu diminué par rapport à la mesure législative canadienne.

L'hon. Scott Brison: Monsieur Keon, vous avez parlé des médicaments dont le brevet est échu. Comme nous le savons, la tuberculose et la malaria demeurent des fléaux de taille en Afrique. Dans une large mesure, les brevets des médicaments contre ces maladies sont arrivés à échéance depuis des années.

Monsieur Kay, votre entreprise a-t-elle un programme visant l'envoi en Afrique de médicaments contre la tuberculose et la malaria?

M. Jack Kay: Notre gamme actuelle de produits ne comprend aucun agent de traitement de la tuberculose ou de la malaria. Nous n'avons jamais mis au point d'équivalents génériques, faute d'une demande au Canada, notre marché principal.

M. Jim Keon: Je pense que c'est principalement dans les pays en développement qu'on trouve des fabricants de médicaments génériques qui mettent au point ces produits, là où les maladies, malheureusement, sont plus présentes, et où on est davantage en mesure d'effectuer des essais cliniques, et ainsi de suite.

Ici, il n'est tout simplement pas pratique de mener des essais cliniques sur certains de ces produits.

L'hon. Scott Brison: Mais vous avez conçu un médicament en fonction des spécifications de Médecins Sans frontières, pour lutter contre le VIH en Afrique.

M. Jack Kay: C'est exact.

L'hon. Scott Brison: L'administration Bush a récemment annoncé une initiative de plusieurs milliards de dollars pour combattre le VIH en Afrique. Étant donné que les gouvernements occidentaux doivent collaborer plus étroitement pour s'occuper du

problème, et puisque certains d'entre vous représentent des multinationales, vos filiales — ou sociétés mères, dans certains cas — des États-Unis travaillent-elles avec des gouvernements étrangers pour tenter de régler le problème, et pour que cette initiative produise les résultats escomptés?

M. Terry McCool: Nous travaillons avec tous les principaux bailleurs de fonds qui financent l'acquisition de médicaments. Une partie de notre travail, comme je l'ai dit plus tôt, consiste à effectuer un transfert de technologies. Un certain nombre de fabricants de médicaments contre le sida ont réalisé des transferts de technologies en Afrique et en Inde en vue de la fabrication de médicaments génériques.

L'hon. Scott Brison: La difficulté que nous avons, c'est qu'on nous a chargés de cerner le vrai problème. Certains d'entre vous disent que ce n'est pas la loi qui est en cause, et d'autres, que les gouvernements des pays bénéficiaires potentiels font partie du problème. Je ne souscris pas entièrement à ces allégations, mais je ne les rejette pas non plus en bloc.

Il faudra beaucoup de bonne volonté pour s'attaquer au problème. À quand remonte la dernière fois que vous — les fabricants de produits génériques et les industries pharmaceutiques axées sur la recherche et le développement — vous êtes rencontrés, mis à part dans le contexte d'une comparution devant un comité parlementaire, pour discuter de la façon de vous y prendre pour que cela fonctionne?

L'hon. Dan McTeague: À la dernière fois que les libéraux et les conservateurs ont fait la même chose.

L'hon. Scott Brison: Mais nous sommes censés être partisans.

En dehors de vos comparutions devant un comité parlementaire, vous avez bien eu des réunions pour déterminer comment vous y prendre pour appliquer efficacement la loi existante?

M. Jim Keon: Vous avez posé deux questions. La première portait sur la manière dont on traitait avec l'administration Bush et d'autres gouvernements. Encore une fois, cette loi n'a rien à voir avec l'envoi à l'étranger, par des fabricants de produits génériques, de médicaments qui ne sont pas protégés par un brevet, ni avec le fait que les compagnies produisant de médicaments de marque exportent leurs produits, que ce soit à titre philanthropique ou pour les vendre. Elles peuvent déjà le faire en ce moment.

Cette loi vise à permettre aux fabricants de médicaments génériques d'accéder à des médicaments brevetés. Nous ne devons pas perdre cela de vue. C'est une très bonne chose que les détenteurs de marques et nous-mêmes ayons des programmes de dons. Cela n'a rien à voir avec cette loi.

Et en ce qui concerne les fabricants de médicaments de marque, je dirais qu'ils veulent s'assurer que la loi protège leurs intérêts, et pas que les fabricants de médicaments génériques soient capables de copier leurs produits brevetés et de les envoyer à l'étranger.

Donc, nous n'avons donc pas discuté avec eux.

• (1635)

Le président: Merci.

Nous allons laisser M. Williams répondre rapidement.

M. Russell Williams: Dans mon ancienne vie politique, je pense que nous n'avons jamais présumé des intentions des autres partis, alors je demanderais à Jim d'en faire autant.

Je suis très intéressé à trouver des façons de nous assurer que cette loi soit minutieusement testée. Je n'accepte pas que, sans l'avoir entièrement mise à l'épreuve, nous baissions les bras en disant qu'il faut la remanier. Je ne crois pas que ce soit la bonne solution.

Je pense donc que nous devrions miser sur toutes nos activités liées à l'accès et aux partenariats avec différents fonds. Je pense que nous devrions établir des collaborations avec des réseaux de soins de santé, mais aussi, que nous devrions faire l'essai complet de cette loi avant de la remanier.

Le président: Merci.

Je cède la parole à M. Shipley.

M. Bev Shipley (Lambton—Kent—Middlesex, PCC): Merci beaucoup.

Il est fort intéressant de recevoir ce genre de groupes de témoins, et j'en suis bien content.

Nous venons d'effectuer une étude sur le secteur manufacturier, dont l'une des principales préoccupations était la protection de la propriété intellectuelle. Je pense que tout le monde ici y attache de l'importance.

Ce que nous tâchons de faire, je crois, c'est de garantir cette protection de la propriété intellectuelle tout en mettant en place un certain mécanisme pour que les médicaments nécessaires puissent être envoyés dans des pays qui n'appliquent pas les mêmes normes que nous et qui n'ont pas le même degré de préoccupation à cet égard. Il s'agit davantage d'une déclaration que d'une question, parce que je suis certain que tout le monde est d'accord avec moi.

J'aimerais m'adresser à M. Kay. Qu'en est-il de cette période de 30 jours de négociation pour obtenir une licence volontaire?

M. Jack Kay: Nous avons présenté une demande de licences volontaires. C'était compliqué, en raison de la triple composition du produit. Quatre entreprises différentes détiennent des brevets sur les composants du médicament. Donc, nous avons tenté d'obtenir une licence volontaire, mais nous nous sommes enlisés dans le processus.

M. Bev Shipley: Vous n'êtes jamais allé jusqu'au bout de cette période de 30 jours nécessaire avant de déposer une demande de licence obligatoire.

M. Jack Kay: Exactement.

M. Bev Shipley: Vous n'avez pas suivi tout le processus, mais vous dites que cela prend plus de 30 jours.

M. Jack Kay: Cela se résume au fait que l'objectif d'Apotex est avant tout de rapporter de l'argent à ses actionnaires. Nous avons décidé d'agir en appliquant cette procédure, puisque c'était celle prévue dans la loi adoptée par le gouvernement, et parce que MSF nous avait passé une commande légitime pour ce produit.

Je ne vais pas mobiliser mes ressources, nos services juridiques, pour les astreindre au processus d'obtention d'une licence obligatoire, parce que c'est beaucoup trop compliqué. Le gouvernement du Canada devrait faciliter la procédure, parce que c'est la bonne chose à faire pour nous, les Canadiens.

M. Bev Shipley: Je pense que cinq compagnies produisaient le médicament dont vous avez parlé. En examinant leurs prix respectifs — et je peux vous les montrer, si vous le souhaitez —, je constate que c'est Apotex qui vend le plus cher. En ce qui a trait aux médicaments génériques, est-ce que cela demeure... même s'il y a une variation? Vous avez dit, il me semble, que vos coûts étaient encore concurrentiels.

M. Jack Kay: Le produit dont il est question ici, et pour la mise au point duquel nous avons investi 2 millions de dollars, est vendu au Canada par les détenteurs de brevets — lorsqu'on en combine les différentes composantes — au coût d'environ 4,50 \$ le comprimé. Nous l'avons offert à MSF à notre prix, soit 39 cents. J'ignore donc quelle est cette liste que vous avez devant vous.

• (1640)

M. Bev Shipley: Elle provient probablement d'autres fabricants de médicaments génériques à l'étranger.

M. Jack Kay: J'ignore à quoi vous faites allusion.

M. Bev Shipley: D'accord. Je peux vous la montrer.

L'une des choses que vous avez mentionnées... était assez étrange. Nous semblons beaucoup nous concentrer sur le sida, mais en lisant les rapports, j'ai constaté que la malaria et d'autres maladies tuaient un nombre considérable de personnes, et les mêmes questions ont surgi.

Monsieur Kay, vous avez dit que vous ne fabriquez pas de médicaments contre la malaria. Votre marché principal est le Canada, mais comme cette maladie ne se manifeste pas ici, il n'y a pas de demande pour ce type de médicaments. Il reste que cette maladie fauche énormément de vies dans les pays sous-développés. Au Canada, puisque le VIH-sida est un problème, nous produisons des médicaments pour le soigner, comme vous l'avez montré ici, mais ce n'est pas le cas pour la malaria. Comment surmontons-nous le problème?

M. Jack Kay: Je pense que ces produits sont disponibles à des prix concurrentiels à l'étranger, dans des pays comme l'Inde, qui a une industrie des médicaments génériques très moderne et sophistiquée.

M. Bev Shipley: Je pense que ce que vous nous répondez, c'est qu'on peut obtenir ces médicaments d'autres pays.

Quelques-unes des ONG que nous avons reçues l'autre jour nous ont dit que nous devrions nous inquiéter du fait que l'Inde et d'autres pays ne pourront plus continuer à produire la quantité de comprimés dont nous avons besoin. Avec le temps, cependant, ils commenceront à imposer des brevets et à devenir plus stricts. Cela étant, comment pourrions-nous fabriquer ces médicaments, si nous ne sommes pas capables d'être compétitifs?

Le président: Ce sera la dernière question.

Monsieur Keon.

M. Jim Keon: Je pense que vous avez tout à fait raison, monsieur Shipley. L'Inde a été qualifiée de pharmacie pour les pauvres de ce monde parce qu'elle ne détenait pas de brevets. Depuis 2005, cela a changé. Si, dans l'avenir, comme Jack l'a dit, nous voyons que l'Inde et les entreprises indiennes sont incapables de fabriquer ces médicaments à faible coût et de les rendre disponibles, la loi canadienne deviendra très importante. Il est très possible que des entreprises canadiennes soient intéressées à fabriquer ces produits, et certaines ONG, à les acheter. Nous n'avons pas eu besoin de le faire, mais cela pourrait être le cas dans l'avenir.

Le président: Merci.

Monsieur Crête.

[Français]

M. Paul Crête (Montmagny—L'Islet—Kamouraska—Rivière-du-Loup, BQ): Merci, monsieur le président.

Il y a quelques années, lors de l'adoption de cette loi, je pensais que cette loi serait celle dont je serais le plus fier en quittant ce Parlement, où je siège comme député depuis 14 ans. Or, il s'agit de la loi dont j'ai le plus honte.

Partagez-vous cette honte?

M. Jim Keon: Oui, nous sommes très déçus.

[Traduction]

Le président: Allez-y, monsieur Williams.

[Français]

M. Russell Williams: Je ne suis pas déçu des principes de la loi. Je pense qu'on peut être fiers de ces principes. Moi aussi, j'étais fier de cette loi. Notre industrie a toujours appuyé les principes de base de cette loi. En dépit des divergences d'opinion quant à la façon de l'appliquer, j'espère que nous n'allons pas perdre de vue l'objectif de cette loi, qui est de trouver un système pour aider ceux et celles qui souffrent d'une maladie. La loi n'est pas aussi efficace que prévu et n'a malheureusement pas été utilisée pleinement.

M. Paul Crête: Seriez-vous prêts à participer à un projet pilote dans cinq pays, soit un projet par pays, dans le cadre duquel le gouvernement s'engagerait à former un comité consultatif pour mettre les gens au courant de la loi et s'assurer qu'elle fonctionne bien? Aujourd'hui, on a l'impression que des deux côtés, vous avez transféré votre bataille de médicaments sur le dos des plus pauvres du monde. Je trouve ça très difficile à accepter.

Seriez-vous prêts, avec une attitude positive, à mettre sur pied cinq projets en collaboration avec le gouvernement et à les tester, afin que dans un an ou deux, on puisse déterminer si on a réussi ou non et ce qu'il faudrait changer à la loi? Présentement, c'est comme si on faisait des commentaires sur une bicyclette qui n'a jamais fonctionné. On dit que sa chaîne devrait être différente, alors qu'on ne l'a jamais vraiment essayée. On ne s'est même pas éraflé un genou en débarquant de cette bicyclette. Or, il n'est pas question ici de genoux, mais de la survie d'êtres humains. Seriez-vous prêts à vous engager?

• (1645)

M. Russell Williams: Le grand principe est de...

M. Paul Crête: On pourrait mener cinq projets dans cinq des pays les plus pauvres pendant deux ans, par exemple.

M. Russell Williams: Il y a plusieurs niveaux. Les compagnies de recherche et développement continueront à travailler en partenariat dans tous les projets visant à venir en aide au tiers monde. Nous sommes fiers de cela et de nos compagnies. Le rôle que nous confère la loi est assez simple et se limite à 30 jours, et nous allons le jouer. Nous allons faire notre possible pour que la loi fonctionne. Sinon, j'espère que la prochaine étape sera testée. Je serais le premier heureux de voir que c'est une autre façon pour le Canada de donner des médicaments au tiers monde.

M. Paul Crête: Monsieur Kay ou monsieur Keon.

M. Jim Keon: Comme M. Kay l'a mentionné, Apotex a déjà dépensé 2 millions de dollars dans un projet pilote. Si ce projet fonctionne bien, je suis certain que les autres compagnies seront prêtes à aller de l'avant avec la loi.

M. Russell Williams: La loi prévoit que notre rôle prend fin après 30 jours, mais notre travail dans le tiers monde se poursuivra. On maintiendra nos autres engagements. On ne lâchera jamais. Nous avons établi plusieurs partenariats et nous allons les maintenir.

M. Paul Crête: Vous me permettez de dire que personne n'a fait son travail, peut-être même pas nous. Vous avez dit dans vos mémoires que le gouvernement n'avait pas mis en place les

structures nécessaires. Les compagnies, de leur côté, ne sont pas arrivées à en tester complètement un seul. Je vous dis d'en tester trois. Voilà qui complète ma réflexion sur ce sujet.

Monsieur Alton, si j'ai bien compris, votre médicament coûtera en moyenne 240 \$ dans des pays pauvres, où le revenu brut par habitant est de 825 \$. Et encore, ce ne sont pas les pays les plus pauvres. Au Canada, cela revient à payer 12 000 \$ de médicaments lorsqu'on a un salaire annuel de 40 000 \$. Y a-t-il quelqu'un en Afrique qui puisse se payer un tel médicament?

[Traduction]

M. Gregg Alton: Non, non. L'abordabilité, même à notre tarif, que nous avons réduit le plus possible, demeure importante.

Je pense qu'on a soulevé une question à propos du PEPFAR en tant qu'autre source de financement. Il faut davantage d'argent pour acheter des médicaments, même s'ils sont génériques et s'ils sont offerts par l'entremise de notre programme d'accès en Afrique. Près de la moitié des produits achetés là-bas sont subventionnés par l'initiative PEPFAR du président Bush, l'initiative américaine; le reste provient en grande majorité du Fonds mondial. Ces pays ne peuvent même pas se permettre d'acheter les médicaments les moins chers.

[Français]

M. Paul Crête: Puis-je poser une dernière question?

[Traduction]

Le président: Vous avez dépassé le temps qui vous était imparti. Veuillez être bref, s'il vous plaît.

[Français]

M. Paul Crête: Merci beaucoup.

[Traduction]

Le président: Tout le monde dépasse le temps qui lui est alloué, aujourd'hui.

[Français]

M. Paul Crête: Ne croyez-vous pas que, pour l'image du Canada, cette cause mériterait autant d'efforts financiers que la guerre en Afghanistan?

[Traduction]

M. Gregg Alton: Je pense qu'il en a de l'image du Canada. Je crois que des pays comme le nôtre et les États-Unis ainsi que ceux de l'Europe de l'Ouest devraient fournir beaucoup plus de ressources aux pays les moins développés afin de lutter contre le VIH-sida. Ils ne s'en sortiront pas tout seuls. Ils ne pourront résoudre leurs problèmes au moyen de programmes d'accès, du RACM et autres, parce qu'il n'y a tout simplement pas assez d'argent pour payer les médicaments et les infirmières.

Le président: D'accord, merci.

C'est maintenant au tour de M. Van Kesteren.

M. Dave Van Kesteren (Chatham-Kent—Essex, PCC): Merci, monsieur le président. Je ne croyais pas que c'était déjà mon tour, mais c'est bien.

Merci à tous d'être venus.

C'est intéressant. Je compatis avec vous. Je vais vous dire pourquoi. Vous êtes pointées du doigt, car il se trouve que vos entreprises gagnent beaucoup d'argent en faisant quelque chose de bien. Et si vous ne l'aviez pas fait, nous serions encore pris dans ce dilemme d'il y a 15 ou 20 ans, lorsque le sida est apparu... Je ne crois donc pas que ce soit juste de vous en faire le reproche, mais comme l'a dit M. Shipley tout à l'heure, je crois, ce que nous tâchons de faire, c'est de comprendre en quoi le Canada a échoué.

Nous avons ce merveilleux principe qu'on appelle, je crois, l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique. C'était une idée formidable, mais elle ne s'est tout simplement pas matérialisée.

Je comprends vraiment la nécessité de faire des profits. Ils sont notre moteur. Je viens de dire à mon collègue qu'il était injuste de laisser entendre que votre entreprise devait trouver toutes les réponses. Si notre pays veut apporter sa contribution, il lui faut allonger l'argent, pour parler crûment.

J'ai entendu des accusations, et j'aimerais donner aux entreprises pharmaceutiques l'occasion de se défendre; je crois qu'elles ne l'ont pas vraiment eue.

En premier lieu, les ONG et les fabricants de médicaments génériques s'opposent à l'obligation de demander une licence volontaire. Selon vous — et j'ai quelques questions à poser, alors vous pourriez peut-être répondre à celle-ci rapidement —, pourquoi cette obligation est-elle nécessaire? Est-il pensable qu'une licence volontaire soit accordée?

• (1650)

M. Terry McCool: Il y a quelques éléments à considérer. Par souci de transparence, les entreprises devraient recevoir une notification si l'on utilise cette mesure extraordinaire qui consiste à passer outre à des brevets pour créer une licence obligatoire. Je pense qu'en vertu de la procédure établie, on a le droit de savoir. Si le médicament générique est destiné à un pays visé par l'OMC, je ne vois pas pourquoi notre industrie n'émettrait pas une licence volontaire.

M. Dave Van Kesteren: Entendez-vous cela, monsieur Williams? Ainsi, c'est faisable. On pourrait apporter des modifications à la loi. Peut-être pourrions-nous nous contenter de la simplifier un peu, mais il n'est pas inconcevable que des licences soient octroyées.

M. Russell Williams: Franchement, je pense que la loi est plus simple que certains ne le prétendent. On peut vouloir la compliquer, mais c'est inutile. Il y a des questions essentielles auxquelles on pourrait répondre. Je suis convaincu que tout cela pourrait fonctionner et, comme je l'ai dit dès le départ, nous appuyons les principes de cette loi.

M. Dave Van Kesteren: Je vais vous donner l'occasion de répondre à cette question également, parce que je crois comprendre la logique, mais pourquoi voulez-vous savoir quel pays cherche à obtenir les médicaments?

M. Terry McCool: C'est une exigence de l'OMC à laquelle 146 pays ont souscrit, et qui prévoit que ces derniers envoient une notification à l'OMC pour l'aviser que leur capacité manufacturière est insuffisante pour produire ces types de médicaments. On a proposé que le Canada demande à l'OMC de modifier cet accord visant 146 pays. Ces négociations sont déjà difficiles, au départ. Je ne pense pas que cela se réalisera nécessairement. Mais c'est une exigence de l'OMC, et le Canada a respecté les décisions de cet organisme en rédigeant la loi.

La seule chose que j'ajouterais, c'est qu'en toute franchise, tout le monde a eu l'occasion de négocier avec le gouvernement canadien pendant 15 mois, comme l'a dit Brian, je crois, tout le monde était à la table, a parlé en toute connaissance de cause et a tenté de simplifier le processus, tout cela pour envoyer des médicaments en Afrique.

Je pense qu'on n'a pas répondu à la question de savoir s'il y avait une si grande offre ici, au Canada, dans l'industrie des médicaments génériques, dont beaucoup ne sont pas fabriqués ici. Quelques grandes compagnies, dont Apotex, pourraient être mises à contribution pour l'élaboration de cette loi, mais je pense qu'on tenait pour acquis que cette grande industrie de médicaments génériques allait sauter sur l'occasion et participer, mais je crois que c'est impossible.

M. Gregg Alton: Oui. Si je le pouvais, je participerais.

Je pense que, pour notre part, à Gilead, nous voulons travailler directement avec les gouvernements du monde entier — on peut dire que c'est sur une base volontaire, mais pas au sens de la licence volontaire prévue dans l'Accord sur les ADPIC — pour prendre des arrangements avec eux. C'est ce que nous tentons de faire, en tant que compagnie: établir un équilibre entre la protection de notre propriété intellectuelle et les besoins, pour les patients, d'accéder à nos produits.

S'il advenait que des dispositions contraignantes sous forme de loi ou une certaine marge de manoeuvre aux termes des ADPIC s'avèrent nécessaires, j'aurais l'impression, du point de vue de Gilead, que notre entreprise a échoué à répondre aux besoins de ces pays. Nous croyons réellement que les exigences relatives à l'identification du pays et à la présentation de notre demande sont importantes. En effet, nous aimerions savoir pourquoi nous n'avons pas satisfait ces besoins, le cas échéant, et être en mesure de discuter avec les gouvernements des pays concernés pour conclure un arrangement en vue de leur fournir des médicaments, au moyen du système que nous avons mis en place.

Chaque fois que nous l'avons fait, ce fut une réussite. Je pense que c'est ce que nous devrions viser, au lieu de chercher à enfreindre des brevets ou encore à recourir au RCAM ou à la marge de manoeuvre conférée par l'Accord sur les ADPIC. L'objectif devrait être que l'industrie de recherche et de développement dispose de mécanismes responsables de fixation des prix qui permettent aux pays en développement d'accéder à leurs produits.

M. Dave Van Kesteren: D'accord.

J'ai encore une toute petite question à poser.

Le président: D'accord; allez-y, mais soyez bref.

M. Dave Van Kesteren: Je dois me vider le coeur, car il faut vraiment que je comprenne ce qui se passe.

Je pose cette question uniquement à titre personnel, parce que cela me préoccupe. Y aurait-il une possibilité que les pays africains soient vraiment...? Je veux dire, ils se soucient de ces questions, mais nous parlons de... M. Shipley a parlé de la malaria, par exemple. Certes, ils apprécieraient grandement nos bonnes intentions, mais voudraient-ils qu'on les aide davantage à améliorer leur santé? Dans notre pays, il n'y a pas de tuberculose parce que nous avons de meilleurs soins de santé. Serait-il possible que ...?

• (1655)

Le président: Je ne sais pas si on peut appeler cela une petite question.

Chers membres, nous dépassons tous largement la période prévue, et nous allons manquer de temps pour les questions des députés.

À qui adressez-vous votre question, monsieur Van Kesteren?

M. Dave Van Kesteren: À n'importe qui. Si elle n'est pas réglée, ne vous donnez pas la peine d'y répondre. Mais serait-ce possible que le tiers...

Le président: D'accord; monsieur Alton, je vais vous laisser répondre.

M. Gregg Alton: Je crois comprendre la question.

Si vous vous souvenez bien, dans mon témoignage, j'ai parlé des pays qui faisaient du VIH une priorité. Nous parlons beaucoup de ce dont l'Afrique a besoin, selon nous, et de ce qu'elle devrait faire de ses systèmes de santé. Mais cela ne correspond pas nécessairement à ce que les Africains, eux, veulent. Ils peuvent accorder davantage d'importance à la salubrité de l'eau ou aux soins de santé destinés aux mères; peut-être font-ils passer d'autres questions avant celle du VIH. Il faut donc nous garder de présumer que ce que nous pensons que les Africains doivent faire est aussi ce qu'ils veulent faire.

Le président: D'accord, merci.

Je cède la parole à M. Masse.

M. Brian Masse: Merci, monsieur le président.

On a longuement débattu de ce projet de loi lorsqu'il a été déposé, alors je crois qu'il nous appartient collectivement, ou que nous avons la responsabilité de voir à ce qu'il fonctionne. Il suffit de se reporter aux comptes rendus des délibérations de notre comité, au hansard de la Chambre des communes et aux déclarations publiques. Il est question de commentaires faits sur la scène internationale, dont on a débattu, mais en même temps, nous n'en voyons toujours pas les résultats. Je veux dire que nous comprenons tous de quoi il retourne. Personne n'est assez naïf pour croire qu'il suffit de produire des médicaments à faible coût pour résoudre les problèmes de l'Afrique ou traiter la tuberculose dans d'autres pays en développement. Pour l'amour du ciel, le titre de la loi désigne même l'Afrique, alors que cela concerne le monde entier. C'est le côté politique de la chose. Mais je pense que la question est de savoir quoi faire, à partir de maintenant.

J'aimerais entendre les commentaires de chaque groupe pour ce qui est de... Je ne sais pas si les compagnies de recherche pharmaceutique maintiendront le cap. Très bien. Mais j'aimerais savoir de quoi vous avez besoin pour que ce régime fonctionne. M. Alton a également réitéré deux propositions déjà soumises à notre comité par d'autres groupes en ce qui concerne la durée des licences et l'exigence relative à la prévision, deux questions très importantes à mes yeux.

J'aimerais que chaque organisation me dise quelles solutions nous devrions appliquer maintenant pour que ce régime fonctionne pour vous.

M. Jim Keon: Je suis tout à fait d'accord. C'est important que la loi fonctionne. Je dirais, encore une fois, que les fabricants de médicaments de marque n'en ont pas besoin. S'ils le veulent, ils peuvent déjà faire des dons de médicaments sans elle.

La loi vise à créer de la concurrence, parce qu'il a été prouvé à maintes reprises que les prix chutent quand un fabricant de médicaments génériques indien, ou autre, produit un médicament et est prêt à l'offrir à un gouvernement. C'est ce qui fait baisser les prix.

Nous approuvons les deux recommandations de Gilead en ce qui a trait à l'élimination de la limite de temps pour la licence. Je pense que ce serait très important.

Comme Jack l'a dit, l'auto-identification des pays pose un véritable problème sur le plan politique. Nous aimerions que cette obligation soit supprimée ou restreinte d'une quelconque manière. Nous voudrions également que la licence puisse être obtenue de façon automatique, afin d'éliminer ou de limiter le plus possible la nécessité de négocier avec des fabricants de médicaments de marque.

Par ailleurs, nous voudrions éliminer l'exigence relative à une quantité maximale de produits pour un seul pays à la fois. Il faut que nous ayons le droit, si nous devons investir 2 millions de dollars, de produire ces médicaments pendant une longue période et de les envoyer partout où on en a besoin.

Nous aimerions également qu'on annule la responsabilité légale à laquelle nos compagnies sont susceptibles de faire face si un médicament est détourné par inadvertance une fois qu'il a franchi nos frontières. Il est irréaliste de penser qu'après qu'il a vendu un produit à Oxfam, MSF ou n'importe qui d'autre, un fabricant de médicaments génériques peut continuer d'en assurer le contrôle pendant toutes les étapes de son transport.

Je ne crois pas qu'il y ait lieu de craindre le détournement de médicaments vers les pays occidentaux. Par exemple, le produit d'Apotex n'est pas légalement disponible dans le monde occidental, alors s'il faisait son apparition ici, il serait saisi immédiatement, et on mettrait un terme à sa vente sur-le-champ.

Donc, la disposition contre le détournement est également un problème.

Dans notre exposé, nous avons précisé six ou sept changements importants que nous voudrions qu'on apporte à la loi, et qui constitueraient de grandes améliorations, selon nous.

M. Jack Kay: Je crois qu'il est important, lorsqu'on élabore une politique comme celle-ci, de bien comprendre que cela constitue un problème pour le gouvernement canadien, et non pour l'industrie des médicaments génériques. Si, dans les faits, nous voulons rendre ces produits disponibles à des coûts abordables pour les pays concernés dans le but de sauver des vies, nous devons mettre au point une politique dont l'industrie des médicaments génériques peut tirer parti.

Elle doit également être simple, autrement, je n'utiliserai pas, pas plus que n'importe quelle autre entreprise de médicaments génériques exerçant des activités au Canada, mes ressources pour rendre disponibles des produits qui ne nous rapporteront aucun profit. Nous le ferons, parce que c'est la chose à faire pour une entreprise canadienne, mais vous devez concevoir une politique dont le fonctionnement est facile.

● (1700)

M. Brian Masse: Monsieur Alton.

M. Gregg Alton: J'ai présenté un certain nombre de propositions, que vous aviez déjà notées auparavant, alors je ne les répéterai pas. J'aimerais que les gens considèrent la loi comme une mesure de protection servant à garantir l'utilisation responsable des brevets, et que l'industrie de la recherche et du développement fasse ce qu'elle doit faire pour veiller à ce que ses produits soient abordables pour le monde en développement. Je pense qu'on ne devrait pas voir la loi comme un mécanisme permettant de passer outre aux brevets.

Comme notre industrie, nous sommes très résolu à favoriser l'accès aux médicaments dans le monde en développement. Nous dépensons des dizaines de millions de dollars par année dans ces régions du monde pour des essais cliniques visant à déterminer l'utilisation appropriée de nos produits, de même que pour financer nos programmes, dont la mise en oeuvre représente des pertes importantes. C'est une chose à laquelle nous sommes et continuerons d'être engagés, et nous voulons pouvoir travailler en ce sens.

M. Russell Williams: Je proposerais qu'on informe davantage les gens de ce dont il s'agit, pour que le régime puisse fonctionner. Et j'aimerais qu'une fois le processus enclenché, nous l'essayions en entier pour être certains qu'il est vraiment... Avant de décider que ça ne va pas, voyons où est le problème. Sensibilisons les gens.

Terry?

M. Brian Masse: Pour être juste, monsieur le président, j'aimerais poser une question aux fins du compte rendu des délibérations du comité; je pense que ce serait utile. Ce que nous entendons diffère de ce que les fonctionnaires nous ont dit.

La question que je poserais est celle-ci: combien d'argent et de temps de travail des fonctionnaires les organismes gouvernementaux ont-ils consacré au RCAM depuis son adoption par le Parlement?

Je pense que c'est important, parce que nous entendons des témoignages qui méritent d'être examinés de plus près. J'espère qu'on transmettra cette information au comité. Je demanderais aux députés ici présents d'appuyer à l'unanimité ma proposition en tant que demande adressée à tous les organismes qui ont témoigné devant nous lundi dernier.

Le président: Est-ce une question que vous soumettez au comité, ou...?

M. Brian Masse: Je demande seulement aux membres d'appuyer cette demande pour que nous puissions obtenir cette information.

Le président: Bien sûr.

M. Brian Masse: Merci, monsieur le président.

Est-ce qu'il me reste du temps?

Le président: Eh bien, tout le monde a dépassé le temps qui lui était imparti. Vous en êtes à six minutes trente, alors je vous dirais que votre temps est écoulé, à moins que vous n'ayez une très brève question, comme M. Van Kesteren.

M. Brian Masse: Non, monsieur le président, j'aimerais seulement remercier les témoins.

Je sais que certaines de ces questions sont difficiles, mais si nous devons réexaminer cette loi dans trois ans, et que nous en étions au même point que maintenant, franchement, nous aurions de quoi avoir honte. Parce que c'est ce qui se produira; après l'examen triennal que nous avons le mandat d'effectuer maintenant — et qui a fait l'objet d'un amendement par le comité en raison de l'urgence du dossier —, si nous revenons dans trois ans et que personne n'a utilisé cet outil, notre travail aura été vain.

Merci, monsieur le président.

Le président: D'accord, merci.

Monsieur Shipley.

M. Bev Shipley: J'invoque le Règlement. Je me demandais si Brian pouvait répéter sa demande, pour que tout le monde puisse bien la comprendre.

M. Brian Masse: Bien sûr, monsieur le président.

Combien d'argent et de temps de travail des fonctionnaires les organismes gouvernementaux ont-ils consacré au RCAM depuis son

adoption par le Parlement? Cette question serait adressée aux quatre organismes ayant témoigné devant notre comité lors de nos premières audiences, lundi.

Le président: Cela vous va-t-il?

M. Bev Shipley: Oui. Je voulais seulement être certain de ce qu'on demande.

Le président: Cela convient-il à tout le monde, ou...?

M. Colin Carrie: Monsieur le président, je me demande seulement si ça n'est pas une trop grosse entreprise pour lundi.

Êtes-vous flexible pour ce qui est du calendrier?

Le président: Tenez-vous à ce qu'on s'en occupe lundi?

M. Brian Masse: Non, non, j'en fais la demande pour que nous puissions aider à la rédaction d'un rapport. J'imagine que ces organismes pourraient nous présenter des données concernant la gestion et le temps consacrés à ce dossier. Je veux dire, ce n'est pas une question difficile.

Le président: D'accord.

Je vous dis seulement ça pour l'avenir, monsieur Masse, mais peut-être serait-il préférable d'aviser le président que vous voulez soumettre une proposition; nous pourrions nous entendre, au lieu d'utiliser le temps alloué aux témoins et aux autres députés.

Monsieur Crête.

[Français]

M. Paul Crête: Pour la gouverne du comité, je dirai qu'ils ont dû répondre à cette question il y a environ deux mois, lors d'une consultation. J'ai reçu des textes en ce sens. Le gouvernement pourrait donc facilement le produire assez rapidement.

[Traduction]

Le président: D'accord. Eh bien, si nous pouvions avoir...

Monsieur Masse, si vous pouviez déposer cette question auprès du greffier, nous la soumettrions ensuite aux quatre ministères.

Nous allons maintenant entendre M. Brison.

L'hon. Scott Brison: C'est seulement une question concernant une politique qui atteindrait le but que tout le monde recherche.

En étant conscient que l'industrie pharmaceutique axée sur la recherche et le développement fournit des médicaments à bas prix, dans certains cas, dans le monde en développement, si l'ACDI approchait l'industrie pharmaceutique en précisant les médicaments qui sont nécessaires dans certains pays, et en proposant d'en assumer les coûts, est-ce que les entreprises pharmaceutiques de R et D offriraient ces médicaments au prix coûtant? Si c'est la protection des brevets ou l'atteinte potentielle de l'intégrité du système de brevets qu'on craint, l'industrie de R et D fournirait-elle, au prix coûtant, des médicaments au monde en développement, si l'ACDI, en agissant pour le compte du monde en développement, offrait d'acheter ces produits?

• (1705)

M. Terry McCool: Je pense que dans la plupart des cas, en raison de l'établissement de prix préférentiels, ces médicaments sont offerts à prix coûtant ou à un prix inférieur à celui-ci dans les pays les moins développés. Habituellement, ils sont vendus à prix coûtant, ou légèrement au-dessus, dans les pays en développement ou les plus développés, et on s'attend à ce que, dans le monde industrialisé, on en paie le plein prix.

Donc, tant que nous favoriserons un système de fixation de prix préférentiels qui ne permettra pas le détournement de produits dans les marchés développés, je pense que l'industrie sera prête à participer aux négociations. Mais ce dont vous parlez, c'est d'accroître la réserve de fonds mondiaux pour acheter des produits pharmaceutiques. Il pourrait s'agir de médicaments de marque, ou bien génériques. Il y aurait certainement un intérêt à faire cela, mais je ne peux me prononcer sur la volonté du gouvernement à cet égard.

M. Jack Kay: Si c'était exact, cette loi serait inutile.

M. Russell Williams: Oui. Et cela se fait déjà dans beaucoup de... avant l'ACDI. En ce qui concerne votre question à propos de cette dernière, on applique des prix préférentiels. On offre des médicaments à prix coûtant, et même gratuitement.

Nous sommes donc intéressés à le faire, et voulons continuer en ce sens, avec n'importe quels partenaires. Je pense qu'il serait utile que l'ACDI s'acquitte du mandat d'informer la population de l'objet de cette loi.

L'hon. Scott Brison: Le rapport de MSF sur les prix des médicaments — je mets de l'ordre là-dedans — indique que dans bien des cas, les entreprises détentrices des brevets offrent déjà des médicaments à faible coût dans le monde en développement. Ce n'est pas qu'elles ne le font pas.

Est-ce que vous nous dites, monsieur Kay, que les seules entreprises qui offrent des médicaments à faible coût dans le monde en développement sont les fabricants de médicaments génériques?

M. Jack Kay: Non, monsieur. Je dis seulement que si c'était exact, et que l'industrie des médicaments de marque offrait ses produits aux pays en développement, il ne serait plus nécessaire pour des organisations comme l'OMS ou MSF de demander à l'industrie des médicaments génériques de fabriquer ces produits.

M. Gregg Alton: Je vous répondrai directement que oui, nous le ferions ici, au Canada, et proposerions ces produits au prix coûtant. Dans les pays les moins développés, il y a un autre prix pour les produits destinés aux marchés à moyen revenu. J'aimerais seulement faire remarquer qu'à ma connaissance, il n'y a aucun médicament contre le VIH nécessaire dans le monde en développement qui ne puisse être fabriqué en Inde.

L'hon. Scott Brison: Certains témoins ont fait allusion à la question des coûts de fabrication en Inde et aux médicaments génériques produits là-bas à faible coût. Est-ce notamment pour cela que nous avons du mal à faire fonctionner cette loi, c'est-à-dire à cause du fait qu'il y a des fabricants indiens qui produisent des médicaments génériques à un prix plus bas et plus concurrentiel? Est-ce que cela fait partie du problème?

M. Jim Keon: Oui. L'autre difficulté, c'est qu'en Inde, on n'a pas eu à composer avec des brevets, alors on a pu aller de l'avant et fabriquer les produits. Et, encore une fois, vous avez entendu parler des difficultés qu'Apotex a éprouvées à se conformer aux exigences réglementaires et juridiques du Canada. En Inde, il n'y a aucune de ces entraves. Oui, les coûts sont en cause, mais les problèmes juridiques aussi.

Plus tôt, quelqu'un a mentionné la capacité manufacturière au Canada. Apotex elle-même — et si Jack veut se prononcer là-dessus, il le peut — a davantage de capacités de fabrication de médicaments au Canada que toute l'industrie canadienne des médicaments de marque réunie. Environ huit ou neuf entreprises canadiennes ont des capacités de fabrication majeures au chapitre des médicaments génériques. C'est pour cela que le Canada souhaitait adopter cette loi; parce que nous avons une solide industrie de médicaments génériques.

• (1710)

Le président: Merci, monsieur Brison.

Monsieur Carrie.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup, monsieur le président. N'hésitez pas à m'interrompre si je parle trop longuement.

J'ai encore deux questions. J'adresse la première aux représentants des compagnies de recherche et développement. Bon nombre d'organisations non gouvernementales oeuvrant dans le domaine des médicaments génériques estiment que l'annexe 1 devrait être éliminée. À votre avis, quel est l'avantage, s'il en est un, de conserver l'annexe 1?

M. Terry McCool: Nous avons effleuré cette question dans nos observations préliminaires. L'annexe 1 est utile parce qu'elle va dans le sens de la loi et de la décision de l'OMC, dont l'objectif est de s'attaquer à des maladies très graves comme le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. Ne pas avoir de liste reviendrait à ignorer ces maladies, alors que l'on essaie de copier des médicaments dans d'autres catégories, où ils seraient plus rentables ou utilisés à plus grande échelle. Le but était donc de définir ce qui est considéré comme des médicaments d'urgence.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup.

J'adresse ma deuxième question à M. Alton. Au gouvernement, nous essayons d'avoir une vue d'ensemble de la situation. Nous examinons cette mesure législative et nous occupons aussi du RCAM actuellement. Nous tentons de déterminer si la loi fonctionne ou non, si elle a besoin d'être améliorée ou légèrement modifiée. En fin de compte, la question est de savoir comment aider les personnes qui en ont besoin.

Supposons que vous êtes présentement ministre de la santé en Ouganda, par exemple, que l'on vous accorde un budget de 10 millions de dollars pour l'ensemble du pays, et que vous vous demandiez de quelle façon le dépenser. Penserez-vous au RCAM, ou plutôt à des puits d'eau potable, à la formation de plus de médecins et d'infirmières, ou au développement d'infrastructures? Si vous deviez vous adresser aux pays occidentaux pour obtenir de l'aide, quelle serait la meilleure forme de soutien qu'ils pourraient vous accorder? Quelle décision prendriez-vous? Personnellement, je n'en ai vraiment aucune idée.

M. Gregg Alton: Je ne peux vous dire ce qu'un ministre de la santé déciderait de faire dans un pays donné. Tout d'abord, je dirais que 10 millions de dollars, c'est loin d'être suffisant pour résoudre les problèmes, mais en supposant que les dirigeants du pays aient les ressources nécessaires pour développer leur système de santé, ils établiraient un ordre de priorité et détermineraient combien ils veulent allouer au traitement du VIH et à d'autres maladies, comme la tuberculose, le paludisme, la dysenterie, etc.

En ce qui concerne le VIH, les pays qui réussissent le mieux sont ceux qui mettent en place des programmes nationaux de lutte contre cette maladie. Cela ne dépend pas de la situation économique du pays, mais plutôt de l'établissement des priorités. Le Botswana en est un excellent exemple. Il a obtenu beaucoup de succès dans sa lutte pour réduire le taux d'infection au VIH dans le pays en mettant en place un programme très novateur, en utilisant les ressources internationales à sa disposition et en faisant vraiment de ce programme une priorité nationale. Je crois que le Brésil et la Thaïlande sont deux autres excellents exemples de pays qui ont accompli un travail remarquable à ce chapitre. Par contre, d'autres pays ayant des économies similaires ont traité le problème de façon désastreuse. Ils doivent intensifier leurs efforts dans ce domaine.

Le président: Merci, monsieur Carrie.

C'est maintenant au tour de M. McTeague.

L'hon. Dan McTeague: Merci.

J'aimerais revenir sur les premières questions de M. Carrie.

Monsieur Kay, au début de cet exposé, vous avez parlé de la nécessité pour les pays d'être précis et de se manifester. Je ne mets nullement en doute la réputation et l'excellent travail d'une société, d'un groupe ou d'une ONG comme Médecins Sans Frontières.

La fin de semaine dernière, je me suis entretenu avec le fondateur de cet organisme, Richard Heinzl, qui n'arrive pas à comprendre les difficultés que nous éprouvons à ce sujet. Selon lui, une société ou une organisation comme MSF peut négocier un contrat, aller voir Apotex et présenter de solides arguments pour l'achat de ces produits afin de soigner les personnes atteintes, mais elle se retrouve bloquée par l'industrie des médicaments d'origine, parce que celle-ci ne révèle pas quel pays est concerné. Est-ce exact?

Je pose la question à MM. McCool et M. Williams.

M. Terry McCool: C'est prévu dans la loi, et aussi dans l'entente de l'OMC. Nous ne bloquons rien du tout.

L'hon. Dan McTeague: Un pays devrait donc faire une déclaration à l'avance, par mesure de sécurité? Est-ce pourquoi il y a ce blocage?

M. Terry McCool: Il suffit à un pays de déclarer qu'il n'a pas les capacités pour fabriquer le médicament, c'est tout. Il lui suffit d'écrire une lettre à l'OMC et de la mettre à la poste. C'est tout ce qu'il a à faire.

M. Gregg Alton: Une chose qu'il nous faut comprendre, c'est que bien souvent, ces gouvernements ne veulent pas, en fait, de licence obligatoire. Ils préféreraient trouver un arrangement. La communauté des ONG a mené une campagne publique très énergique pour l'élimination des droits de propriété intellectuelle dans le monde entier. C'est ce qu'ils veulent. Ils clament victoire quand un gouvernement menace d'imposer la licence obligatoire, et clament l'échec quand il ne le fait pas. Ce pourrait être une situation où l'ONG essaie en fait d'encourager la licence obligatoire, l'utilisation du RCAM, quand le gouvernement lui-même n'y est pas favorable.

• (1715)

L'hon. Dan McTeague: Monsieur Alton, nous avons tous assisté au spectacle gênant — nous le qualifierions tous ainsi, je pense, autour de cette table — d'un pays qui doit être traîné devant les tribunaux parce qu'il a décidé de ne pas nécessairement suivre les règles pour aider son peuple.

Mais je pose la question suivante: est-ce nécessaire, à votre avis? Pourquoi voudriez-vous défendre qu'un pays doivent s'identifier s'il

y a des mesures de protection pour prévenir les abus, ou pensez-vous en fait que s'il ne s'identifie pas, il y aurait des abus?

M. Gregg Alton: Je pense qu'il y aura des abus. Bien des groupes d'activistes et d'ONG ont affirmé haut et fort ne pas vouloir que les brevets soient protégés en dehors du monde occidental. Ils feront tout en leur pouvoir pour écarter ces brevets. Je pense que ce pourrait être une situation — je ne connais pas les détails — qui pourrait présenter une occasion pour l'industrie de la recherche et du développement d'intervenir et de parvenir à une entente valable avec ce gouvernement. Ceci l'en prive.

L'hon. Dan McTeague: Et si le gouvernement du Canada savait de quel gouvernement il s'agit et avait un entretien discret avec M. McCool, MM. Williams, Kay et Alton, et disait écoutez, nous entretenons des rapports extrêmement harmonieux avec ce pays-là, nous pensons que cette demande est tout à fait légitime, et nous pensons que cette compagnie particulière pourrait être en mesure de fournir ce qui est nécessaire là-bas? Je pense qu'il y a aussi le fait que certains pays ne veulent pas porter la honte de s'être déclarés dans cette situation. Je ne connais pas les sensibilités culturelles, mais je sais qu'il est impératif d'essayer d'envoyer les médicaments là-bas.

Monsieur Alton, je comprends votre point de vue, mais très franchement, c'est l'une des nombreuses excuses utilisées actuellement. Nous ne pouvons dire ce que nous voulons des ONG ou les tourner en ridicule autant que nous le voulons, mais les 300 000 enfants qui sont morts l'année dernière en Afrique m'en disent long sur notre inaptitude.

Je me demande, si le gouvernement canadien, à la suite d'un examen de la loi, s'engageait directement auprès du gouvernement qui a besoin de cette aide et jugeait sa demande légitime, et si le gouvernement canadien émettait un certificat, est-ce que vous l'accepteriez? Pensez-vous que ce serait être un moyen acceptable de contourner le problème pour que nous puissions aider des compagnies comme celle-là à fournir des médicaments et contribuer à sauver des vies?

M. Gregg Alton: Je demanderais si nous aurions la possibilité d'avoir de dialoguer avec ce pays pour déterminer qu'est-ce qui l'empêche d'accéder à nos médicaments pour les administrer à ses malades, et d'avoir la possibilité d'essayer de conclure une entente avec ce pays directement.

L'hon. Dan McTeague: Pourquoi ne le faites-vous pas maintenant?

M. Gregg Alton: Nous le faisons.

L'hon. Dan McTeague: Mais des gens meurent, dans ces pays.

M. Gregg Alton: Je dis que les prix et les brevets ne sont pas ce qui fait mourir les patients.

L'hon. Dan McTeague: Oui, monsieur Williams, et vous devrez me pardonner, je vous ai appelé M. Russell, tout à l'heure. Je n'avais pas chaussé mes lunettes.

M. Russell Williams: J'y suis habitué, ne vous en faites pas. Je vais changer mon nom pour William Russell.

Pour répondre à votre question, qui est importante, il me semble nécessaire d'avoir certains renseignements de base. Je comprends les facteurs délicats que vous essayez de faire ressortir. Nous sommes très touchés par cette crise humanitaire. Nous devons composer avec elle, et nous nous y efforçons. Je ne vais pas vous en parler plus longuement, mais nous y travaillons activement, et nous allons continuer de le faire. Nous devrions tous faire plus, et en profondeur.

Mais nous essayons toujours de trouver cet équilibre entre la protection de la propriété intellectuelle et l'accès, et il me semble que si nous voulons cet équilibre, alors des principes de base, pour nous assurer qu'il n'y a pas d'activités de diversion, seraient de déterminer quel pays la demande, de savoir quelle quantité, et de savoir qui l'utilisera. Ce sont des principes tout à fait fondamentaux. S'il y a un moyen d'y parvenir qui comporte une certaine flexibilité, nous devrions l'envisager, mais ces principes de base, qui consistent à répondre à ces quatre questions, sont à mon avis tout à fait fondamentaux.

Le président: Excusez-moi, je pense que M. Keon veut intervenir.

M. Jim Keon: J'allais seulement dire, dans le même sens que ce que disait M. McTeague, encore, que les fabricants de médicaments de marque sont propriétaires de ces produits, ils en possèdent les brevets, maintenant, ils peuvent aller dans les pays de leur choix offrir leurs produits au prix qu'ils décident. Pourquoi les pays en développement veulent-ils ce système, sous l'égide de l'OMC? Pourquoi appuient-ils la loi du Canada? Pourquoi ne veulent-ils pas de progrès? C'est parce qu'ils ne reçoivent pas les produits aussi souvent qu'ils le souhaiteraient, au prix qu'ils veulent payer. Ils veulent qu'il y ait plus de compétition, ils veulent plus de réponses à leurs appels d'offres. C'est ce qui fait baisser les prix; c'est ce qu'ils veulent, et c'est ce que cette loi vise à faire.

Le président: Monsieur McCool, très brièvement, si vous voulez répondre.

M. Terry McCool: Je voudrais préciser une chose que disait M. McTeague. Un pays des moins développés qui n'est pas membre de l'OMC peut s'adresser directement au Canada, il n'a pas besoin de passer par l'OMC. Ce ne sont que les membres de l'OMC, et c'est pareil dans tous les pays qui ont adopté cette loi.

• (1720)

L'hon. Dan McTeague: Si vous vous adressez directement au Canada, vous venez directement...

M. Terry McCool: Si vous n'êtes pas membre de l'OMC.

L'hon. Dan McTeague: D'accord. Merci.

Le président: C'est bien. Merci, monsieur McTeague.

Nous laissons la parole à M. Arthur.

M. André Arthur (Portneuf—Jacques-Cartier, Ind.): Merci, monsieur le président.

Je suis toujours ébahi par la capacité d'un gouvernement et du Parlement de compliquer les choses. Quand on multiplie cela par le nombre de pays qui sont membres de l'OMC, je suppose qu'on se rend maintenant compte que les possibilités sont indéfinies.

Nous avons pris la bonne volonté du monde, et l'avons lâchée en plein milieu du terrain miné de la guerre entre les produits génériques et les produits de marque, et nous devrions en être fiers? Il y a quelque chose qui ne va pas.

Et puis il y a aussi ces rapports compliqués entre les médicaments et l'argent. Nous avons ici des pays qui sont les plus pauvres du monde, et ils sont censés vouloir des médicaments, mais en fait, ils veulent de l'argent. Si nous leur envoyons de l'argent pour acheter nos médicaments, ils diront que c'est paternaliste, qu'ils n'en veulent pas. Ils veulent notre argent pour construire leurs usines pour produire leurs médicaments avec nos brevets, ou notre absence de brevets. Alors à aucun moment il n'y aura d'ordre réel, avec de l'argent réel pour des médicaments réels, à un bon prix. Ce n'est pas ce qui les intéresse.

De plus, la plupart de ces pays de la liste, figurent aussi sur une autre liste, celle des pays les plus corrompus du monde. Nous voici, avec notre bonne volonté et notre terrain miné, poussés à produire des médicaments pour eux, et à les leur céder à bon prix. Je ne suis pas sûr qu'ils soient intéressés à acheter des médicaments. Ils prendront tout ce qu'on voudra leur donner, mais ils préféreraient encore de l'argent parce que c'est tellement plus facile de mettre l'argent dans un compte suisse que des médicaments.

Monsieur Kay, vous nous avez parlé de votre très mauvaise expérience avec un pays qui ne voulait pas être identifié. Ce pays, est-ce que c'était une véritable commande qu'ils étaient prêts à payer, quand vous avez inventé la triple combinaison de menthe que vous avez sur votre bureau? Était-ce une commande en bonne et due forme, ou juste du bla bla?

M. Jack Kay: À mon avis, d'après mes entretiens avec les gens de Médecins sans frontière, c'était une commande véritable.

M. André Arthur: Qu'ils auraient payé.

M. Jack Kay: Que MSF aurait payé.

M. André Arthur: Mais pas le pays; ils voulaient un cadeau.

M. Jack Kay: Non, pas le pays, c'est bien cela.

M. André Arthur: Comment peut-on arranger cela? Nous avons une complication avec un gouvernement, multipliée par tous les gouvernements de l'OMC, pour parvenir à un règlement international qui est inapplicable, et nous sommes ici, tous les Canadiens de bonne foi à essayer de trouver une solution. Est-ce que la solution n'est pas beaucoup plus simple, soit que le gouvernement du Canada achète les médicaments au Canada et les envoie à ceux, là-bas, qui les veulent?

Aujourd'hui, vous nous avez fait une démonstration frappante de l'absence de solution. Vous ne serez jamais d'accord avec rien, et vous ne voulez pas être d'accord parce que c'est contraire aux intérêts véritables de ceux que vous représentez. Vous n'en voulez pas, de cette solution compliquée. Vous préféreriez de loin envoyer vos médicaments de marque là-bas, gratuitement. Vous êtes beaucoup plus occupé à produire des médicaments pour le marché canadien, et peu vous importe l'Afrique quand il n'y a pas de profit au bout du compte. Alors c'est sans issue.

Y a-t-il une solution?

M. Jack Kay: Tout d'abord si cela m'importait peu, je n'aurais pas investi 2 millions de dollars dans le développement de ces produits à envoyer à ces pays dont les habitants meurent. Nous l'avons fait parce qu'en tant que compagnie canadienne, c'était la chose à faire.

Je suis d'accord avec vous sur le fait, comme l'ont dit d'autres membres du comité, que la chose à faire serait peut-être que l'ACDI achète les produits, que ce soit d'une compagnie générique canadienne ou de mes amis fabricants de médicaments de marque, ou même de compagnies qui fabriquent des produits génériques en Inde, pour que le Canada fasse ce qu'il faut pour contribuer à sauver des vies.

• (1725)

Le président: C'est au tour de M. William.

M. Russell Williams: M. Arthur, je pense que vous venez de faire ressortir plusieurs des problèmes qui nous préoccupent. L'une des choses que nous essayons de faire comprendre, c'est qu'il y a bien des pistes possibles à tenter pour trouver une solution. Il n'y a pas qu'une solution, il y en a plusieurs. Si nous essayons de trouver une panacée, qui réglerait tout, nous avons tort. Alors que ce soit des prix préférentiels, des produits génériques gratuits, tout cela fait partie de la question.

Il y a une question plus fondamentale au sujet des cliniques, des soins de santé et du transport. Je pense que John Kelsall est président de Health Partners International Canada. Il est venu ici la semaine dernière et a dit qu'en fait, c'est une transition. Ce que nous devrions faire, c'est essayer de former et d'aider les gens à fabriquer leurs propres installations de fabrication à l'étranger, travailler sur leur système de santé, etc.

Alors je pense en fait qu'il y a bien des solutions, et nous devrions toutes les exploiter. Nous ne devrions pas n'en chercher qu'une.

Le président: Monsieur Arthur, avez-vous une question, brièvement?

M. André Arthur: Non, monsieur. Merci beaucoup.

Le président: Nous terminons, alors je prendrai quelques minutes pour les questions de la présidence.

Tout d'abord, je tiens à vous remercier d'être venus ici aujourd'hui pour participer à cette discussion.

J'aimerais parler de plusieurs choses.

Pour commencer, dans sa présentation, M. Alton a parlé de prévisions et de la durée d'une licence. Je suppose que les fabricants de produits génériques appuient les recommandations de M. Alton sur ces deux plans, en ce qui concerne l'élimination de l'exigence des prévisions et que le RCAM ne devrait pas assigner une durée précise à une licence.

J'aimerais avoir une réponse de M. Williams ou M. Cool au sujet de la prévision et de la durée d'une licence.

M. Terry McCool: Je pense que la durée d'une licence est raisonnablement généreuse. C'est deux ans, avec une possibilité de renouvellement pour deux ans, alors c'est en fait une licence de quatre ans. Je pense que la raison à cela, en partie, est la suivante. Si les prix baissent, si une nouvelle technologie est découverte, qui est un peu mieux, est-ce qu'on veut vraiment lier les gouvernements à des contrats indéfinis, sans possibilité de sortie? Je pense seulement qu'il y a probablement un processus à mettre en place qui respecte la loi qui a été adoptée.

Le président: Et les prévisions?

M. Terry McCool: C'est un défi, parce qu'ils ne savent pas exactement combien de personnes ils devront traiter, dans certains de ces pays. Tout dépend du nombre de centres de santé et d'infirmiers et d'infirmières, de la possibilité d'aller dans les collectivités rurales, de l'infrastructure, les transports et de facteurs comme ceux-là. Je ne sais pas comment on peut prévoir cela en Afrique subsaharienne, je n'en ai pas la moindre idée.

Le président: Merci.

J'aimerais entendre votre réponse au sujet de la présentation de produits génériques. Dans les renseignements supplémentaires qu'ils ont fournis, ils ont dit qu'avec la décision de l'OMC, ils doivent vérifier que les pays importateurs ont avisé comme il se doit le conseil des ADPIC de leur besoin d'un produit. Je pense que les fabricants de produits génériques soutiennent que cet avis peut être donné de façon beaucoup plus facile et simple que ce que prévoit le

RCAM actuellement. S'il y avait une forme quelconque de notification, mais qu'elle était simplifiée, est-ce que vous y seriez favorable, ou estimez-vous que l'avis prévu au RCAM est la norme minimale?

M. Terry McCool: Je pense que c'est assez minimal, très franchement.

Le président: C'est une norme minimale.

Monsieur Alton, qu'en pensez-vous?

M. Terry McCool: Oui, j'ai déjà dit que je pense que l'exigence d'avis est très importante. Je ne trouve pas qu'elle impose un fardeau trop lourd.

Le président: Alors vous n'y changeriez rien?

M. Gregg Alton: Non, je pense que c'est essentiel.

Le président: Je vois.

Ma troisième question est pour essayer de tirer tout cela au clair. Il y a bien des gens qui disent que cette loi n'est pas efficace, qu'elle est brisée, que c'est un désastre, c'est tout simplement terrible. Pourtant, l'un des défis pour le comité, c'est que nous ne pouvons fonder notre étude, en fait, sur bien des études de cas qui nous permettraient de déterminer qu'elle n'a pas clairement été efficace dans un cas ou un autre. Ce que je comprends des témoins que nous avons entendus lors de la première séance, c'est que nous n'avons que deux cas sur lesquels nous appuyer. L'un est public, l'autre pas.

J'aimerais essayer de comprendre moi-même ce qui est arrivé ou n'est pas arrivé dans le cas d'Apotex et du médicament. À ce que j'avais compris, il y avait trois titulaires de brevet, mais M. Kay a dit qu'il y en avait quatre. D'après les documents de recherche que nous avons reçus, ce que je comprends, c'est qu'Apotex a soumis le produit à l'approbation de Santé Canada en vertu du RCAM en décembre 2005. L'approbation a été donnée en juin 2006. En août 2006, le médicament a passé l'évaluation préalable de l'OMC. Apotex a amorcé un dialogue avec les titulaires de brevet du médicament en juin 2006, mais à cause de la complexité du processus, rien ne s'est passé depuis.

J'aimerais essayer de comprendre ce qu'on entend par la complexité du processus. À la lecture de ce document d'information que nous ont remis les attachés de recherche, il me semble qu'on faisait des progrès, et que tout a arrêté.

Alors, monsieur Kay, veuillez m'expliquer pourquoi le processus a arrêté?

• (1730)

M. Jack Kay: C'est parce que le pays pour lequel MSF achetait le produit ne voulait pas être identifié. C'est aussi simple que cela.

Le président: Le pays ne voulait pas être identifié, d'aucune façon.

M. Jack Kay: C'est bien cela.

Le président: M. Williams ou M. McCool, avez-vous un commentaire?

M. Russell Williams: Je l'ai dit à plusieurs reprises, il y a quatre critères de base à remplir dans la première phase, et dans la deuxième. Nous pensons qu'ils sont assez clairs.

À ce que j'ai compris, pendant la deuxième phase, si ce n'est pas réglé après les 30 premiers jours, on prendrait assez rapidement la voie de la licence obligatoire, si tous les critères sont remplis. Je ne sais pas pourquoi rien ne s'est encore passé.

Le président: Est-ce que vous êtes d'accord avec ce qu'a dit M. Kay, que la raison pour laquelle le processus a arrêté, c'est que le pays ne voulait pas être identifié. Est-ce vrai ou non?

M. Russell Williams: Je ne peux pas savoir la raison qui a fait qu'Apotex n'a pas continué.

Le président: Il dit que c'est pour cette raison. Je ne sais pas. C'est pourquoi je vous posais des questions.

M. Terry McCool: Nous n'en connaissons pas la raison non plus.

Le président: Il me semble que nous avons atteint une impasse, et que si aucun pays ne veut vraiment être identifié, cette loi ne servira jamais à rien. Ce que je cherche, en tant que président, et je pense que c'est ce que souhaitent tous les membres du comité, c'est un processus efficace.

Les ONG disent clairement qu'elles devraient être autorisées à acheter les médicaments, et elles peuvent les fournir. Je sais que les fabricants de produits génériques y seraient favorables.

Messieurs Alton et Williams, avez-vous des commentaires à faire?

M. Russell Williams: À ce que je comprends, que votre question vient de ce qu'en principe, un pays seulement ne voulait pas s'identifier.

Il y a d'autres listes, et je pense que Mme Brunelle a énoncé plusieurs secteurs qui font des hypothèses sur les raisons qui font que cela ne marche pas. L'une d'elles, qui vient d'Industrie Canada, porte en fait sur le coût des produits génériques au Canada. Il existe plusieurs raisons qui font que cela ne pourrait pas se faire.

M. Gregg Alton: J'aurais une observation à faire là-dessus. Nous nous demandons pourquoi le RCAM ne fonctionne pas. M. Kay a donné un exemple, celui d'un pays qui semble avoir un besoin réel

d'un produit et qui ne veut même pas s'identifier alors qu'il pourrait ainsi recevoir le produit générique à peu de frais.

Je pense que cela fait ressortir un problème plus vaste, le désir réel de ces pays de combattre le VIH. S'ils ne sont même pas prêts à s'identifier pour soigner leurs malades et les 300 000 enfants qui sont en train de mourir, c'est un véritable problème.

Le président: Mon temps est presque écoulé, monsieur Kay, mais je pense que vous vouliez répondre. Pourriez-vous me dire pourquoi le pays ne voulait pas être identifié, si vous le savez?

M. Jack Kay: Je ne peux pas vous répondre, parce que je ne le sais pas. Je pense que plusieurs hypothèses ont été avancées sur ses raisons de ne pas vouloir s'identifier.

Mais j'aimerais commenter le fait que le prix des produits génériques au Canada n'a rien à voir avec cette commande. Nous le vendons à 0,39 \$. MSF était bien content de l'acheter à ce prix-là.

Le président: Eh bien, j'aimerais bien poursuivre la discussion, mais nous n'en avons plus de temps.

Je tiens à vous remercier tous d'être venus. J'apprécie que vous nous ayez consacré de votre temps. Je pense que c'était très informatif, et nous l'apprécions.

Membres du comité, nous allons nous réunir à nouveau pour discuter de cette question dans une semaine et demie. Je vous encourage à faire part de vos réflexions aux attachés de recherche aussitôt que possible, pour que nous puissions avoir une discussion fructueuse à ce moment-là sur les recommandations possibles du rapport, quel que soit ce que décide le comité.

Merci à tous d'être venus.

La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

Published under the authority of the Speaker of the House of Commons

**Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :
Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:
<http://www.parl.gc.ca>**

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.