



Chambre des communes
CANADA

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

INDU • NUMÉRO 037 • 3^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 7 octobre 2010

—
Président

M. David Sweet

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

Le jeudi 7 octobre 2010

•(1100)

[Traduction]

Le président (M. David Sweet (Ancaster—Dundas—Flamborough—Westdale, PCC)): La séance est ouverte.

Bonjour, mesdames et messieurs. Bonjour à tous.

Bienvenue à la 37^e séance du Comité permanent de l'industrie, des sciences et de la technologie, la troisième séance de la présente session.

Il y a une petite question que j'aimerais que nous réglions.

Les membres du comité ont devant eux le budget prévu pour notre étude sur le projet de loi C-393. Est-ce que quelqu'un...

M. Mike Wallace (Burlington, PCC): J'en propose l'adoption.

Le président: M. Wallace propose l'adoption du budget.

Les membres du comité sont-ils tous d'accord? Personne ne s'oppose.

Merci beaucoup.

(La motion est adoptée.)

Le président: Nous devons entendre un grand nombre de témoins aujourd'hui.

Je vous laisserai peut-être commencer, monsieur Masse, puis je présenterai les témoins qui représentent les quatre ministères, ainsi que la personne qui, selon ce que j'ai compris, coordonnera l'intervention des ministères.

Allez-y, monsieur Masse. Vous disposez de cinq minutes, je crois.

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

Je serai bref. Je crois qu'il importe que nous parlions aux témoins présents ici aujourd'hui.

Je veux commencer en remerciant mes collègues de poursuivre l'étude du projet de loi C-393, malgré le départ du parrain initial, Judy Wasylcia-Leis. Je tiens à les remercier d'honorer leur engagement à tenir des audiences en comité. Je vous en suis reconnaissant.

J'aimerais donner un peu de contexte. Sans entrer dans les détails du projet de loi, j'expliquerai peut-être un peu pourquoi il est important et rappellerai les faits à l'intention des membres qui n'étaient pas là à l'époque.

J'ai été réélu en 2002. À mon arrivée sur la colline du Parlement, il existait déjà un mouvement en faveur d'un projet de loi ou d'une loi afin d'aider les pays qui sont défavorisés ou en développement à accéder à des produits pharmaceutiques ou à des médicaments, puisque le simple statu quo n'était pas acceptable.

Un an plus tard, le Canada a pu, dans le cadre de l'OMC et d'une série d'initiatives internationales, s'illustrer parmi les pays ayant réellement instauré un système afin de produire des médicaments

génériques avant la délivrance des brevets afin de venir en aide aux personnes atteintes de la tuberculose, du paludisme, du VIH-sida et d'autres maladies et problèmes de santé terribles. Le projet de loi C-56 a été déposé à la Chambre des communes, et un gouvernement subséquent a déposé le projet de loi C-9, connu sous le nom de projet de loi de l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique.

À l'époque, le comité a tenu moult audiences, convoquant plusieurs groupes de témoins à comparaître et réalisant des examens fort exhaustifs. Sachez que j'ai proposé 100 amendements concernant ce projet de loi, le trouvant bancal à ce moment-là. Sans dire que j'avais raison, au bout du compte, tous les partis politiques de la Chambre des communes ont convenu à l'unanimité d'un projet de loi.

Tout un chacun ici présent et à la Chambre des communes souhaitait explicitement que le Canada mette en place un système pour pouvoir fournir des médicaments aux enfants et aux personnes qui souffrent dans le monde. À l'heure actuelle, quelque 14 000 personnes meurent du VIH ou du sida chaque jour dans le monde; des enfants atteints de cette maladie, le tiers meurt avant l'âge d'un an et la moitié avant l'âge de deux ans. Or, nous disposons des outils nécessaires pour corriger la situation.

À ce jour, un seul brevet a été traité en vertu de ce régime. Il s'agit d'une demande d'Apotex, d'une portée très restreinte, visant le Rwanda. Certaines compagnies de médicaments génériques ont affirmé qu'elles enverraient davantage de médicaments à l'étranger si nous modifions la loi, et c'est ce que nous proposons de faire.

Je le répète, je suis fier de parrainer cette mesure législative; par contre, j'ai honte de mon attitude dans ce dossier, car j'ai voté en faveur d'un projet de loi, et nous avons promis au monde de prendre des mesures, qui ne se sont jamais concrétisées. Le projet de loi n'a certainement pas permis de réaliser ce qu'on avait laissé miroiter à la Chambre des communes et devant le comité. Je veux donc chercher des solutions pour remédier à ce problème.

J'ai voté en faveur du projet de loi même si je le pensais imparfait, parce que nous, en notre qualité de parlementaires, voulions unanimement essayer d'aider les pays dans le besoin. Nous avons mis de côté nos différends pour voir si le projet de loi allait atteindre ses objectifs et nous assurer que les problèmes que nous envisagions ne surgissent pas. Mais dans les faits, ces problèmes se sont présentés.

Je suis donc de nouveau ici aujourd'hui pour tenter de corriger cette situation et pour collaborer avec tout le monde, car je crois que tous les membres et tous les partis ont honnêtement et sincèrement débattu de la question pour que notre pays ait une véritable solution, puisse faire une contribution et montrer la voie à suivre. Mais nous avons manqué à notre engagement envers le monde, sans l'ombre d'un doute. Des gens souffrent, meurent et sont privés de traitement. Nous nous sommes énormément investis dans cette initiative et nous devons résoudre le problème. Nous en avons l'obligation morale et éthique, et je crois que le Canada dispose des outils pour faire de nouveau figure de chef de file dans ce domaine.

Je vous remercie à nouveau de tenir votre engagement à débattre de cette question ici, en comité et, espérons-le, au Parlement également.

Merci, monsieur le président.

• (1105)

Le président: Je vous remercie, monsieur Masse. Vous êtes fort efficace.

Je présenterai brièvement nos témoins d'aujourd'hui.

Nous entendrons Colette Downie, directrice générale, Politiques-cadres du marché, Industrie Canada.

Je crois comprendre, madame, que vous effectuerez l'exposé principal et dirigerez les autres intervenants.

Mme Colette Downie (directrice général, Direction générale des politiques-cadres du marché, Industrie Canada): Avec mes collègues, en effet.

Le président: D'accord.

Nous entendons également Louise Clément, directrice principale, Programmes régionaux et géographiques, Afrique Australe et du Nord; Christine Reissman, directrice, Programmation du SIDA et de la tuberculose et des institutions de santé; Brigitte Zirger, directrice, Bureau de la politique, Direction des produits pharmaceutiques, Direction générale des produits de santé et des aliments; ainsi que Robert Ready, négociateur en chef des accords aériens, ministère des Affaires étrangères et du Commerce international.

Nous commencerons par vous, madame Downie. Si j'ai bien compris, l'exposé durera environ 20 à 25 minutes pour l'ensemble des ministères. Est-ce juste?

Mme Colette Downie: Oui. Nous nous efforcerons de respecter la période qui nous est accordée.

Le président: Merci,

La parole est à vous.

Mme Colette Downie: Je crois que vous avez tous un exemplaire de notre diaporama en main...? Fantastique. C'est le document que nous allons parcourir.

Je commencerai par vous remercier de m'avoir invitée à parler aujourd'hui du Régime canadien d'accès aux médicaments, que l'on appelle aussi souvent RCAM, et des répercussions que pourrait avoir le projet de loi d'initiative parlementaire C-393, qui prévoit d'importants changements à cet égard.

Ensemble, mes collègues et moi-même traiterons du RCAM et du projet de loi C-393. Dans notre exposé, nous interviendrons en fonction de nos diverses responsabilités, mais nous examinerons, je l'espère, les aspects suivants.

Tout d'abord, il y a le problème de l'expédition de médicaments aux pays en développement et des mesures que le gouvernement du Canada prend en ce sens. Un régime d'accès aux médicaments,

comme le RCAM mis en place par le Canada, ne peut à lui seul éliminer les principaux obstacles à l'accès aux médicaments, qui sont en fait le résultat de la pauvreté et non des lois sur les brevets.

Il existe certains risques à éliminer les conditions que prévoit le RCAM afin d'accorder ce qui serait essentiellement une licence générale dépassant de loin ce qui serait nécessaire pour résoudre certains des problèmes humanitaires à l'origine de ce projet de loi d'initiative parlementaire. En particulier, cette élimination permettrait d'exporter pratiquement n'importe quel médicament breveté fabriqué au Canada autant de fois qu'on le souhaiterait à bien des pays qui s'en sortent relativement bien, comme la Pologne, le Mexique et le Brésil. Aucun mécanisme de surveillance ne garantirait la bonne foi de ceux qui font ces expéditions, qui pourraient nuire à l'accès des Canadiens à de nouveaux médicaments novateurs et à des emplois en recherche et développement. C'est du moins ce que nous craignons.

Ainsi, non seulement le projet de loi présente-t-il les risques que je viens de mentionner, mais le gouvernement doute qu'il atteigne ses objectifs, fort louables au demeurant, qui consistent à accroître les exportations de médicaments dont les pays en développement ont un criant besoin.

Après notre exposé commun, tous les représentants ici présents répondront avec plaisir à vos questions.

Je laisserai maintenant Louise Clément faire la première partie du diaporama.

Mme Louise Clément (directrice principale, Programmes régionaux et géographiques - Afrique Australe et de l'Est, Agence canadienne de développement international): Je vous remercie beaucoup. J'aimerais également remercier le comité de me donner l'occasion de témoigner et de parler du soutien que le Canada offre pour améliorer la santé dans les pays en développement, notamment l'accès aux médicaments.

Comme on vous l'a indiqué, je m'appelle Louise Clément, de la Direction de l'Afrique Australe et de l'Est, à l'ACDI.

Les besoins et les défis en matière de santé varient considérablement d'un pays en développement à l'autre. L'amélioration des soins de santé, notamment l'accès aux médicaments, constitue un défi à multiples facettes, dont certaines figurent à la première diapositive de notre diaporama. Nous devons recourir aux moyens les plus efficaces, les plus économiques et les plus responsables pour améliorer la santé et les soins de santé pour ceux qui vivent dans la pauvreté dans les pays en développement.

Par l'entremise de l'ACDI, le Canada collabore avec la communauté internationale afin de combler les besoins en matière de santé de ces pays. Nous nous sommes engagés à le faire de manière efficace et responsable. Des millions de vies dépendent du Canada et de ses partenaires internationaux, qui s'efforcent d'améliorer la santé et de réduire la mortalité. Des millions de gens meurent par manque d'accès aux médicaments qui préviennent les maladies et la mort. Il faut donc accroître la quantité de médicaments offerts et l'accès aux médicaments adéquats, en plus de garantir l'expédition et l'administration sécuritaires des traitements médicaux nécessaires.

La politique de l'ACDI consiste à améliorer la santé de la manière la plus efficace et la plus économique possible. Pour garantir l'expédition et l'administration sécuritaires des médicaments et des vaccins, nous travaillons avec des organisations qualifiées et expérimentées qui agissent comme partenaires.

Le Canada, président du G8 en 2010, a parrainé l'initiative de Muskoka, un énorme effort international visant à améliorer la santé et à sauver la vie des mères, des nouveau-nés et des enfants. Le Canada octroiera 80 p. 100 de sa contribution à l'Afrique subsaharienne, qui affiche le taux de mortalité maternelle et infantile le plus élevé.

Le premier ministre a récemment annoncé que le Canada verserait 540 millions de dollars sur trois ans au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. On estime qu'environ 45 p. 100 des subventions de ce fonds serviront à procurer des produits de santé, comme des médicaments.

Le Canada est également un donateur fondateur du dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments et est le pays qui s'est montré le plus généreux sur le plan des antituberculeux majeurs depuis le début de l'initiative, en 2001. Cette installation, qui s'inscrit dans le partenariat Halte à la TB, vise à améliorer l'accès, l'approvisionnement et la distribution concernant les antituberculeux dans les pays en développement. Il s'agit du seul grossiste mondial d'antituberculeux.

Il y a également l'Alliance GAVI, un partenariat international réunissant des intervenants des secteurs privé et public de l'immunisation, qui unissent leurs efforts pour accélérer l'accès des pays en développement à des vaccins nouveaux et existants. L'alliance s'efforce de renforcer les systèmes de santé des divers pays et de rendre le financement des programmes d'immunisation plus prévisible et viable.

Hier, le Canada a annoncé une contribution de 50 millions de dollars répartie sur cinq ans, qui porte à 238 millions de dollars notre soutien total aux efforts que déploie l'alliance pour améliorer l'accès aux vaccins salvateurs contre l'hépatite B, la fièvre jaune, le rotavirus et les maladies pneumococciques.

Le Canada a constamment appuyé les mesures devant améliorer l'expédition de médicaments nécessaires à l'appui des soins de santé afin de favoriser la santé des populations dans les pays en développement.

Ces dernières années, l'ACDI a entrepris des démarches importantes dans le but de mettre en oeuvre son plan d'action pour accroître l'efficacité de l'aide afin d'offrir des résultats concrets à ceux qu'elle est mandatée pour aider.

Pour réduire la pauvreté, une population doit jouir d'une bonne santé. Pour apprendre et s'instruire, un enfant doit être bien portant. Pour améliorer son sort, il faut être en santé.

Nous voulons nous assurer que l'aide financière du Canada se traduise par une augmentation des médicaments offerts, un meilleur accès à des soins de santé sécuritaires et de qualité, et, au final, une population mondiale en santé et prospère.

Merci.

• (1110)

Le président: Nous entendrons maintenant M. Ready.

M. Robert Ready (négociateur en chef des accords aériens, ministère des Affaires étrangères et du Commerce international): Je vous remercie, monsieur le président.

Je traiterai de la quatrième diapositive. Ce volet de notre exposé vise en fait à mettre en lumière trois grands points: tout d'abord, que l'objectif et la portée du RCAM sont limités; ensuite, que le RCAM ne constitue pas un fardeau administratif pour les pays et les demandeurs; et enfin, que l'élimination des exigences administratives du RCAM peut laisser le Canada vulnérable à des plaintes portées

devant l'OMC. Je prendrai quelques minutes pour expliquer ces trois points.

Tout d'abord, en ce qui concerne l'objectif et la portée du RCAM, j'aimerais peut-être faire remarquer quelques aspects de nature générale.

Environ 95 p. 100 des médicaments qui figurent sur la liste des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la santé ne sont plus visés par des brevets. Sachez également que le RCAM ne peut faciliter l'approvisionnement international de médicaments à faible coût que s'il existe une demande externe de médicaments génériques fabriqués au Canada.

Le RCAM, ainsi que la décision ou la dérogation de l'OMC sur laquelle il s'appuie, ne visent pas à résoudre à eux seuls le vaste problème de l'accès aux médicaments. L'initiative s'inscrit dans une stratégie internationale plus vaste de lutte contre des maladies qui touchent les pays en développement: le VIH-sida, la tuberculose et le paludisme. Dans le cadre du RCAM, on applique efficacement la décision de l'OMC, qui est un élément infime d'un effort plus large visant à faciliter l'accès aux médicaments. Cette décision est le résultat d'intenses négociations au sein de l'OMC, dont l'objectif consistait à unifier les opinions disparates des divers intervenants et de réagir à des problèmes de santé publique précis, tout en assurant la protection de la propriété intellectuelle. Le RCAM, qui a à son tour fait l'objet de moult consultations au Canada afin de concilier les points de vue divergents des parties intéressées, cherchait essentiellement à assurer un sain équilibre entre les démarches facilitant l'accès aux médicaments et le maintien des incitatifs à l'innovation dans le domaine des technologies et des médicaments nouveaux.

Étant l'un des premiers pays membres de l'OMC à se prévaloir de la dérogation, le Canada avait devant lui un certain nombre d'objectifs contradictoires: faciliter l'accès à des produits pharmaceutiques à faible coût dans les pays aux prises avec des problèmes de santé publique; respecter ses obligations en vertu de l'Accord sur les ADPIC de l'OMC, concernant les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, et d'autres traités internationaux; respecter le régime de brevet du Canada; encourager les fabricants des médicaments génériques à participer au RCAM; et veiller à ce que les produits exportés aux termes du RCAM satisfassent aux mêmes normes de sécurité et de qualité que ceux vendus sur le marché canadien. Il s'agit, au bout du compte, d'un instrument équilibré et ciblé constitué d'importants éléments spécifiques qui assurent la clarté et des mesures de contrôle.

Le deuxième aspect où je m'arrêteraï, monsieur le président, est celui du fardeau administratif, autrement dit, le temps qu'il faut pour expédier les médicaments. Ici, je crois qu'il faut examiner le déroulement de deux processus. Il y a d'abord le processus en général, qui s'est amorcé en 2003 quand l'OMC a adopté sa décision ou accordé la dérogation. Le RCAM est entré en vigueur en 2005, Santé Canada recevant en décembre de cette même année une demande concernant le médicament appelé Apo-TriAvir. En juin 2006, Santé Canada a terminé l'examen de cette demande, ce qui lui a pris essentiellement six mois plutôt que douze, le délai autorisé.

C'est grâce au déroulement particulier du RCAM, dont je traiterai maintenant. Le traitement de la demande dans le cadre du régime a essentiellement commencé le 13 juillet 2007, quand la compagnie concernée, Apotex, a envoyé des lettres pour obtenir des licences volontaires de trois sociétés pharmaceutiques afin d'utiliser leurs brevets pour produire l'Apo-TriAvir et l'exporter au Rwanda.

•(1115)

Le 19 juillet 2007, en vertu des règles de l'OMC, le Rwanda est devenu le premier pays à faire part de son intention de se prévaloir de la dérogation, indiquant qu'il importerait ce médicament.

Le 4 septembre 2007, Apotex a déposé une demande auprès du commissaire aux brevets pour être autorisé, aux termes du RCAM, à produire le médicament et à l'exporter au Rwanda.

Le 19 septembre 2007, le commissaire lui a accordé son autorisation, mettant ainsi fin au rôle du gouvernement dans le processus.

Ce que je tiens à souligner, c'est qu'il a fallu environ deux mois pour terminer les éléments obligatoires dans le volet du processus qui font intervenir le RCAM, après quoi le Canada a entrepris quelques démarches pour aviser l'OMC qu'il avait accordé la première autorisation d'utiliser la dérogation.

Un peu plus tard, en mai 2008, Apotex a annoncé qu'il avait remporté un marché public au Rwanda afin de fournir le médicament. Le premier chargement est parti en septembre 2008.

Pour résumer la situation concernant le deuxième point, les défis et les délais qu'Apotex a rencontrés quand il a voulu exporter des médicaments au Rwanda sont dissociables du processus du RCAM en soi.

L'année qui s'est écoulée entre l'approbation de Santé Canada relativement au médicament Apo-TriAvir, en juin 2006, et l'avis du Rwanda à l'OMC peut être attribué au fait qu'aucun pays n'a présenté de demande pour obtenir des médicaments en vertu de la dérogation.

[Français]

Les préoccupations éventuelles de l'OMC constituent le troisième point.

En négociant la dérogation, les membres de l'OMC ont adopté certaines mesures de protection afin de prévenir le détournement de médicaments génériques vers des bénéficiaires non visés. Les procédures administratives du RCAM se fondent sur ces mesures de protection requises.

Pour conclure, il convient de rappeler que la portée et l'objet de la dérogation de l'OMC ainsi que les objectifs qu'elle vise étaient très limités et qu'il en a été de même pour la conception du RCAM.

Élargir la portée du RCAM au-delà des exigences de l'OMC pourrait compromettre les éléments actuels du RCAM qui permettent d'assurer que le Canada se conforme à ses obligations commerciales internationales.

En outre, depuis l'adoption de la dérogation par l'OMC, l'environnement mondial de l'approvisionnement en médicaments s'est beaucoup transformé, avec l'établissement de divers autres mécanismes et alliances mondiaux qui donnent aux pays un plus grand choix pour se procurer des médicaments.

[Traduction]

Merci, monsieur le président.

•(1120)

Le président: Merci, monsieur Ready.

Madame Downie.

Mme Colette Downie: Merci, Rob.

J'en suis maintenant à la cinquième diapositive. Je reviendrai en arrière un instant pour dire que le régime des brevets du Canada récompense l'investissement substantiel nécessaire à la mise au point de nouveaux produits novateurs, y compris les médicaments, en

accordant aux titulaires de brevet les droits exclusifs de vendre les fruits de leurs recherches pendant un certain nombre d'années. Cette durée est de vingt ans au Canada. Une fois le brevet expiré, les autres sont évidemment libres de vendre le produit, comme le font les fabricants de médicaments génériques qui copient des produits auparavant brevetés.

Le régime d'accès aux médicaments constitue une dérogation à notre régime des brevets, qui permet au gouvernement du Canada d'autoriser quelqu'un d'autre que le titulaire du brevet, qui en est le propriétaire, de fabriquer un médicament breveté ou un service médical afin de l'exporter dans des pays particulièrement démunis, dont on a dressé une liste. Pour récompenser l'investissement considérable qu'il faut effectuer pour développer ces produits, et comme nous voulons continuer d'inciter les sociétés à mettre au point de nouveaux produits novateurs, des médicaments en particulier, le Régime canadien d'accès aux médicaments, appelé RCAM, a été conçu de telle manière qu'il définit clairement ses propres limites.

Si le processus de demande d'autorisation spéciale du RCAM est assez simple — et si le comité est intéressé, je pourrais lui remettre les formulaires qu'il faut remplir, car une fois qu'on les a vus, on constate qu'ils sont somme toute assez simples —, le régime prévoit des dispositions importantes en matière de divulgation, dont le but premier consiste à favoriser la transparence, à prévenir les abus, comme le détournement des produits au Canada ou vers d'autres marchés à des fins qui ne sont peut-être pas humanitaires, et, comme je l'ai indiqué, à garantir que les médicaments sont utilisés pour des motifs d'ordre humanitaire et pour la santé publique, et non à des fins commerciales. Ce mécanisme permet également au gouvernement ou à la cour fédérale d'annuler une licence si, par exemple, le titulaire en fait mauvais usage, ne l'utilise pas de bonne foi ou s'en sert à des fins commerciales. Sachez toutefois que c'est aux titulaires de brevet et non au gouvernement que l'on se fie pour surveiller l'usage des produits visés par le RCAM.

Ce que l'on propose de faire avec le projet de loi C-393, c'est d'éliminer certaines des mesures importantes visant à contrer le détournement et à favoriser la transparence afin de rendre le programme applicable. Par exemple, on envisage d'alléger la quantité de renseignements que doit fournir le demandeur avant d'obtenir l'assentiment du gouvernement — des informations de base comme les brevets visés, le nom du titulaire du brevet, la quantité expédiée et le pays destinataire. De plus, les autorisations seraient illimitées sur les plans de la durée et de la quantité, et il ne serait plus obligatoire d'aviser le titulaire du brevet de la date d'expédition du médicament, de la quantité expédiée, de l'endroit où il est envoyé et du responsable du transport. En outre, il ne serait plus nécessaire que les produits visés par la licence arborent une indication, une couleur et une étiquette particulières pour les distinguer des versions brevetées vendues au Canada. Qui plus est, le gouvernement aurait une capacité bien plus restreinte de retirer une autorisation, et les titulaires de brevet ne pourraient plus contester en cour l'envoi de produits à des fins commerciales.

Ainsi, n'importe qui pourrait demander une licence au gouvernement afin de vendre des quantités illimitées de produits à l'étranger, et le gouvernement devrait délivrer une licence sur la foi de quelques bribes d'informations, sans qu'il n'existe, en aval, un mécanisme permettant de vérifier si les produits sont en fait expédiés à des fins commerciales ou s'ils sont envoyés dans le pays prévu.

Les sociétés pharmaceutiques qui effectuent de la R-D jouissent d'une portée et d'une perspective mondiale, et disposent de la souplesse nécessaire pour décider du pays où elles investiront en R-D. Elles favorisent naturellement les pays qui ont un régime de propriété intellectuelle solide et prévisible. Nous craignons que si l'on réduit les mécanismes de contrôle du RCAM, ces sociétés hésiteront à investir au Canada, puisqu'elles ne seront pas certaines que leur argent est protégé. Si elles croient que les produits brevetés qu'elles vendent au Canada pourraient également être vendus en quantité illimitée à d'autres pays, ou même être détournés vers les pays que j'ai mentionné plus tôt, comme le Mexique, la Pologne ou la Hongrie, elles hésiteront peut-être à investir le temps, l'argent et les ressources nécessaires à la conception de nouveaux produits novateurs au Canada.

Le projet de loi C-393 est également préoccupant en ceci qu'il instaure une double norme: en effet, il ne serait plus obligatoire, mais plutôt facultatif, de soumettre les médicaments fabriqués et exportés en vertu du régime à l'examen en matière de santé et de sécurité de Santé Canada.

• (1125)

De nombreux pays en développement ne disposent pas des infrastructures nécessaires pour garantir la sécurité et l'efficacité des médicaments qu'ils achètent. Le processus d'examen de Santé Canada dans le cadre du RCAM nous permet de veiller à ce qu'ils bénéficient du même degré de protection que celui offert aux Canadiens.

Je laisserai la parole quelques instants à Brigitte qui peut vous en dire un peu plus à ce sujet.

Nous en sommes à la fin de la cinquième diapositive et arriverons à la sixième dans un instant.

M. Mike Lake (Edmonton—Mill Woods—Beaumont, PCC): Je n'ai pas d'objection à ce que les témoins dépassent un peu le temps qui leur est accordé si cela nous permet d'avoir la bonne information. Je préférerais entendre tout ce qu'ils ont à dire, même s'il faut cinq minutes de plus.

L'hon. Dan McTeague (Pickering—Scarborough-Est, Lib.): Monsieur le président, concernant le même rappel au Règlement, les dispositions stipulent qu'en pareil cas, il faut ajouter cinq minutes à la fin de la séance, si cela convient à M. Lake.

M. Mike Lake: Bien sûr.

Le président: Si c'est nécessaire.

Monsieur Masse.

M. Brian Masse: Cela me convient, tant que les témoins s'en tiennent au projet de loi C-393. Je ne crois pas que nous ayons besoin d'aborder d'autres questions.

Le président: Je vous remercie, monsieur Masse

À voir le reste d'entre vous opiner, je conclus que nous avons le consentement unanime. Vous pouvez donc y aller, et comprenez bien que nous sommes prêts à tout savoir.

Mme Colette Downie: Merci beaucoup.

Mme Brigitte Zirger (directrice, Bureau de la politique, Direction des produits thérapeutiques, Direction générale des produits de santé et des aliments, ministère de la Santé): Je m'efforcerais d'improviser, alors.

[Français]

Comme Mme Downie l'a mentionné, Santé Canada joue un rôle triple, en ce qui concerne le Régime canadien d'accès aux médicaments.

Premièrement, notre ministère doit procéder à l'examen réglementaire d'une présentation de médicament afin de vérifier si le produit répond aux mêmes exigences, sur le plan de la sécurité, de l'efficacité et de la qualité, que les médicaments accessibles aux Canadiens.

Deuxièmement, Santé Canada doit s'assurer qu'on peut distinguer le produit pharmaceutique de la version brevetée disponible au Canada afin d'empêcher le détournement ou la réimportation.

[Traduction]

Troisièmement, Santé Canada est chargé des inspections préalables à l'exportation pour vérifier, entre autres choses, les caractéristiques distinctives et les quantités à exporter. Ces détails seraient inscrits sur la demande de licence obligatoire du fabricant qui est envoyée au commissaire aux brevets.

Les produits qui suscitent le plus d'intérêt dans le cadre du RCAM sont les antirétroviraux utilisés pour le traitement du VIH/sida. Au Canada, la vaste majorité de ces médicaments bénéficie encore de la protection conférée par un brevet, ce qui signifie que les versions génériques canadiennes n'ont pas encore été mises au point. C'était le cas de l'Apo-TriAvir.

Je voudrais ajouter que les présentations qui ont été reçues en vertu du RCAM ont été examinées immédiatement après leur réception et que leur examen a été terminé bien à l'intérieur du délai fixé. De plus, ces examens ont été entrepris avec la même diligence que n'importe quel autre examen de présentation de produits destinés au marché intérieur, principalement parce que, lorsque le brevet vient à échéance, ces médicaments peuvent être exportés au Canada.

Les fabricants de produits originaux ou génériques ne mettent pas toujours au point un produit sans risque. S'ils le faisaient, Santé Canada n'aurait jamais à rendre une décision négative. Le ministère est d'avis qu'il ne devrait pas y avoir deux poids, deux mesures, et que l'innocuité d'un médicament expédié hors du Canada pour des fins humanitaires ne devrait laisser aucun doute. Le projet de loi C-393 pourrait être dangereux à cet égard. Sans examen obligatoire, il ne serait plus clair quelles normes d'innocuité, d'efficacité et de qualité auraient été appliquées aux produits exportés du Canada en vertu d'une licence obligatoire délivrée par le gouvernement.

Une fois que les médicaments ont été reçus dans le pays bénéficiaire, il faut continuer d'assurer la qualité. Le commerce des médicaments inférieurs aux normes, faussement étiquetés, contrefaits et falsifiés est un grave problème de santé publique. Le problème est de taille pour les pays en développement, qui les reçoivent de nombreuses sources différentes, notamment du Canada, et dont la capacité des organismes de réglementation varie considérablement. Éliminer l'examen par Santé Canada des médicaments exportés dans le cadre du RCAM ne fait que transférer l'évaluation de ces médicaments à des organismes encore plus dépourvus de ressources dans les pays en développement ou à l'OMS, qui elle-même doit s'en remettre à des agences de réglementation comme Santé Canada pour les évaluations.

Santé Canada, ses homologues en matière de réglementation et des organisations comme l'OMS travaillent en étroite collaboration au renforcement de la capacité de réglementation dans les pays en développement. Par exemple, Santé Canada participe à un certain nombre de projets d'harmonisation internationale, que j'ai déjà mentionnés, qui visent à aider dans leur développement les organismes de réglementation moins nantis.

En 2009, Santé Canada a remplacé les nombreuses visites ad hoc annuelles d'organismes de réglementation moins pourvus en ressources par un forum international de réglementation, dont le but est la formation. Le forum a lieu deux fois cette année, et près de 27 pays y participent. Un forum se tiendra la semaine prochaine.

L'initiative canadienne de vaccin contre le VIH, une collaboration du gouvernement du Canada avec la Fondation Bill et Melinda Gates, vise à faire avancer la recherche de vaccin contre le VIH et la prévention de la transmission materno-infantile du VIH. Un élément de cette collaboration est le renforcement de la capacité en matière de réglementation des vaccins.

De façon plus importante, Santé Canada travaille avec le programme de préqualification de l'Organisation mondiale de la santé, dont on fait d'ailleurs mention dans le projet de loi et qui vise à donner l'assurance que les médicaments et les vaccins pour les maladies les plus lourdes répondent aux normes mondiales d'innocuité, d'efficacité et de qualité. La liste de médicaments préqualifiés est utilisée par les agences d'achat des Nations Unies ainsi que par les pays en développement pour prendre des décisions d'achat. Santé Canada et de nombreux autres pays procèdent à des examens de produits pour ce programme. C'est grâce à ce genre de travail que l'Apo-TriAvir a pu être ajouté à la liste de médicaments préqualifiés, sur la base de l'examen du produit par Santé Canada.

En résumé, le Canada est déterminé à accroître l'accès à des médicaments et à des soins de santé de haute qualité dans les pays en développement. Le rôle de Santé Canada dans le RCAM est un aspect de cet engagement, comme le sont les contributions de Santé Canada au renforcement de la capacité des organismes réglementaires moins pourvus en ressources.

• (1130)

Mme Colette Downie: Merci Brigitte.

En conclusion, le RCAM ne permet de régler qu'une petite partie du problème en rendant accessible la version générique de médicaments brevetés selon certaines conditions strictes, comme je l'ai expliqué.

[Français]

Les changements proposés ne régleront pas les autres aspects du problème mondial d'accès aux médicaments, ce qui comprend la prestation de soins de santé et la prévention des maladies dans les pays en développement. Sans solution à ces autres problèmes clés, il est possible que les problèmes de nombreux pays, en matière de santé, ne soient pas réglés.

[Traduction]

Par conséquent, il est peu probable que davantage de pays demandent le recours au RCAM. Il existe déjà de nombreux mécanismes qui permettent d'obtenir des médicaments peu coûteux dont le brevet est expiré pour traiter des maladies qui touchent la santé publique dans les pays en développement. Il est donc peu probable que ces pays aient recours au RCAM puisqu'il existe des moyens moins onéreux d'obtenir des médicaments génériques.

Modifier le RCAM n'aura pas pour effet de diminuer les stocks de médicaments et les coûts de main-d'oeuvre au Canada et ne

permettra pas de rendre les médicaments produits ici plus concurrentiels que ceux fabriqués, par exemple, en Inde ou en Chine. C'est d'ailleurs ce qu'a affirmé l'Association canadienne du médicament générique durant l'étude du RCAM. De même, certains témoins, que vous entendrez peut-être et qui ont comparu devant le comité du Sénat au sujet du projet de loi S-232, l'ont également souligné.

Le Canada est le seul pays à posséder un régime d'accès aux médicaments qui fonctionne.

[Français]

Dans l'exemple du Rwanda et d'Apotex, le régime a permis d'atteindre cet objectif, ce qui a permis l'envoi en Afrique de plus de 14 millions de comprimés du médicament contre le sida. Pour le moment, nous estimons que les changements proposés risquent trop de nuire au fonctionnement du Régime canadien d'accès aux médicaments sans présenter de possibilités suffisantes de rendement, tout en affaiblissant le régime canadien de brevets pour les médicaments et en rendant notre climat d'investissement moins favorable.

• (1135)

[Traduction]

Je vais m'arrêter là.

Je voudrais simplement vous signaler deux choses. Aux diapositives que nous vous avons remises, nous avons joint une annexe qui, nous l'espérons, vous donnera des renseignements utiles au sujet du RCAM. Aussi, la diapositive 10 comporte un schéma du processus, que nous croyons simple.

Nous vous avons également remis un document qui présente les principaux événements qui ont mené à l'envoi de médicaments au Rwanda. J'espère que vous en avez tous une copie. C'est une feuille assez longue, qui vous montre les différents événements, qui sont indiqués en noir. Tout ce qui est lié au régime d'accès aux médicaments en tant que tel paraît en rouge.

Il nous fera très plaisir de répondre à vos questions.

Le président: Je vous remercie beaucoup, madame Downie.

Est-ce que tout le monde a une copie de ces documents? J'ai remarqué que quelques membres n'en avaient pas. Je suis certain que la greffière sera ravie de vous en donner si vous en avez besoin.

Nous allons maintenant passer aux questions. Chaque personne disposera de sept minutes.

Monsieur Garneau, vous avez sept minutes.

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

Si j'avais à décrire en un seul mot mon expérience en ce qui a trait au projet de loi C-393, j'utiliserais l'adjectif « atroce ». Permettez-moi de m'expliquer, car il est rare qu'un politicien décrive une expérience comme étant atroce. C'est atroce parce que je crois beaucoup dans le RCAM, dont l'objectif ambitieux est de fournir des médicaments à des personnes qui en ont grandement besoin, et je dois dire que bien des gens qui y croient autant que moi m'en ont parlé. Par contre, je ne suis pas convaincu que ce projet de loi permettra de régler le problème qui existe. Votre témoignage aujourd'hui vient appuyer en général mon point de vue, en ce sens que vous avez mis en lumière ce que cette mesure législative permettra d'accomplir, ce qu'elle ne permettra pas de faire et les problèmes qu'elle risque d'entraîner.

Je vais revenir sur un point que vous avez fait valoir, madame Downie, au tout début. Vous avez déclaré que le principal problème est lié à la pauvreté et non pas à notre législation sur les brevets. J'aimerais que vous en disiez un peu plus long à ce sujet.

Mme Colette Downie: Je crois que mes collègues de l'ACDI seraient mieux placées que moi pour décrire la situation sur le terrain et la réalité qui prévaut.

M. Marc Garneau: Très bien.

Mme Louise Clément: Quand on parle d'améliorer la prestation des services de santé dans les pays en développement très pauvres, il faut savoir qu'il s'agit là d'une entreprise très complexe parsemée d'obstacles, notamment, l'inaccessibilité aux soins de santé. Dans certains pays, les gens doivent marcher pendant plusieurs milles pour pouvoir avoir accès à des services de santé de base. C'est l'un des problèmes. Un autre problème est le fait qu'on ne peut pas compter sur des ressources prévisibles pour mettre en place un plan solide en matière de santé. Il y a aussi, bien entendu, l'accès aux médicaments et bien d'autres enjeux. Certaines difficultés sont liées à la capacité dont disposent les gouvernements.

Comme je l'ai mentionné plus tôt, le Canada collabore avec des partenaires clés qui possèdent l'expérience nécessaire afin d'adopter une approche globale destinée à favoriser l'amélioration des services de santé dans les pays en développement. J'ai donné quelques exemples, notamment l'Initiative de Muskoka, le Fonds mondial et l'Alliance GAVI, mais il y en a d'autres.

Un autre exemple est l'Initiative sur les systèmes de santé en Afrique, annoncée par le premier ministre en 2006. Dans le cadre de cette initiative, 450 millions de dollars sur 10 ans seront donnés à l'Afrique pour qu'elle puisse mettre sur pied des systèmes de santé. Précisément, trois objectifs sont visés. Le premier est d'accroître le nombre de travailleurs de la santé, dont la pénurie constitue un des principaux problèmes. Le deuxième est d'améliorer l'accès afin de faire en sorte que des services de santé soient fournis aux personnes qui habitent dans les régions où la situation est particulièrement difficile. Le troisième est de concevoir des systèmes d'information en matière de santé en vue d'améliorer la planification et la prestation des services par les systèmes de santé.

Ce sont là des objectifs très difficiles à réaliser et qui nécessitent la participation d'un grand nombre d'États — dont le Canada — ainsi qu'une meilleure coordination avec les pays où nous travaillons. Essentiellement, nous essayons de leur donner la capacité, à long terme, d'être en mesure d'assurer eux-mêmes les services de santé.

J'espère que cela répond à votre question.

• (1140)

M. Marc Garneau: Oui. Il est vrai qu'il s'agit d'un problème complexe; cela ne fait aucun doute.

On a mentionné que certains pays d'Afrique obtiennent leurs médicaments à un coût moindre auprès d'autres sources et qu'il est difficile à plusieurs égards pour le Canada, en raison des coûts de main-d'oeuvre, entre autres, de faire mieux quant aux prix.

Un autre problème concerne la réputation de notre régime de propriété intellectuelle. Nous ne pouvons pas ignorer cela. J'ai lu certains des témoignages portant sur le projet de loi S-232, du Sénat, qui est très similaire au projet de loi C-393.

Un des témoins était Richard Dearden. Il représentait Gowling Lafleur Henderson. Il est allé jusqu'à déclarer ceci:

Premièrement, le régime de licence unique prévu par le projet de loi S-232 n'est pas autorisé par les mesures d'assouplissement contenues dans l'Accord sur les ADPIC. Deuxièmement, les exceptions limitées énoncées dans l'article 30 de

l'Accord sur les ADPIC n'autorisent pas le Canada à abroger ses obligations en matière de licence obligatoire.

Je vais m'arrêter là. Je sais que ce n'est pas l'avis de ceux qui pensent qu'on ne contrevient pas à l'Accord sur les ADPIC, mais j'aimerais savoir si le représentant du ministère des Affaires étrangères estime que le projet de loi C-393 risque d'aller à l'encontre de l'Accord sur les ADPIC.

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

En ce qui a trait au lien qui existe entre les modifications proposées au RCAM et les obligations envers l'OMC, je dois dire en premier lieu que, bien entendu, ce n'est qu'au terme d'un processus de règlement des différends au sein de l'OMC qu'on peut savoir avec certitude qu'il y a eu une violation. Avant cela, il n'y a que des allégations, des arguments et des interprétations.

L'analyse effectuée par le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international donne à penser que, dans la mesure où le RCAM est modifié d'une façon qui empêche de respecter les conditions associées à la dérogation des obligations liées à l'Accord sur les ADPIC, il est davantage probable qu'on contrevienne à ces obligations. Je crois que c'est la meilleure réponse que je puisse vous donner pour l'heure.

Le président: Je vous remercie, monsieur Ready et monsieur Garneau. Vous avez dépassé le temps de quelques secondes.

[Français]

Monsieur Malo, la parole est à vous pour sept minutes.

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

Tout comme Mme Wasylcia-Leis l'était, je suis le porte-parole de mon parti en matière de santé. Dans le fond, le constat qu'elle a fait est celui que nous pouvons tous faire. Depuis la mise en place du régime, un seul médicament a été envoyé à des fins humanitaires grâce à ce régime. Sa solution est de présenter le projet de loi C-393. Toutefois, vous avez analysé cette option et vous avez indiqué pendant votre présentation que vous avez décelé, comme nous, un certain nombre de risques. À vrai dire, la solution qu'elle propose, selon vous, n'est pas la bonne.

Cependant, monsieur le président, au moment où on étudie le projet de loi C-393, il faut aussi se demander pourquoi plusieurs ONG considèrent que le régime ne fonctionne pas. Il faut voir si des assouplissements peuvent y être apportés. C'est la raison pour laquelle on a soumis le nom d'une vingtaine de témoins, justement pour faire une étude beaucoup plus en profondeur et ne pas se limiter au projet de loi C-393. J'espère, monsieur le président, que ce sera la volonté des membres de ce comité. En effet, il faut véritablement se pencher sur le régime et se poser les questions qui sont peut-être nécessaires. On a vu que le régime a été en place durant un certain temps et on constate qu'il n'y a que le cas du Rwanda et d'Apotex qui peut être soumis pour analyse.

Madame Downie, dans votre conclusion, vous avez dit que le régime fonctionne. À cela, plusieurs ONG vous diront qu'il ne fonctionne pas puisqu'un seul médicament a pu être acheminé grâce à celui-ci. Comment, de votre côté, pouvez-vous affirmer que le régime fonctionne?

•(1145)

[Traduction]

Mme Colette Downie: Je peux vous répondre que le régime fait ce qu'il est en mesure de faire. Notre régime est le seul dans le monde qui ait donné lieu à l'acheminement d'un médicament.

La raison pour laquelle d'autres médicaments n'ont pas été expédiés ne tient pas à la structure de notre régime de brevet et du RCAM; c'est à cause de tous les autres problèmes et les enjeux mentionnés par mes collègues et qui font qu'il est extrêmement difficile d'envoyer des médicaments dans les pays en développement.

Cela ne veut pas dire — et j'espère que ce n'est pas l'impression que je vous ai donnée — que le médicament qui a été expédié au Rwanda est le seul médicament breveté ou générique qui a été envoyé dans les pays en développement. Beaucoup d'autres mécanismes sont utilisés pour acheminer des médicaments dans ces pays.

Bien sûr, certains témoins vous diront qu'il faut faire plus. Toutefois, la solution n'est pas d'ouvrir le RCAM. Cela ne fera pas en sorte d'accroître le nombre d'envois.

[Français]

M. Luc Malo: Pourrait-on explorer d'autres solutions? Dans votre conclusion, vous dites que le Régime canadien d'accès aux médicaments n'est qu'un des outils que le Canada emploie. Est-ce à dire que les autres outils ne sont pas suffisamment connus? Les ONG nous disent que cela ne fonctionne pas. C'est plutôt à cette question que j'aimerais qu'on tente de répondre ce matin. Il était clair aussi, dans votre conclusion, que le projet de loi C-393 n'augmentera pas, selon vous, les demandes sous le régime. Y a-t-il autre chose qu'on peut explorer?

[Traduction]

Mme Colette Downie: Le Canada s'efforce d'expliquer clairement ce que fait le régime, et peut-être que Rob pourrait en dire un peu plus long à ce sujet.

Je crois que lorsque les fabricants canadiens sont confrontés à la concurrence, lorsque les pays en développement peuvent obtenir des médicaments moins coûteux auprès de pays comme la Chine et l'Inde... Les pays en voie de développement sont peut-être au courant de l'existence du RCAM et du fait qu'il existe un mécanisme qui leur permet d'obtenir des médicaments du Canada, mais ils n'ont aucune raison d'y avoir recours s'ils peuvent obtenir des médicaments moins chers ailleurs.

[Français]

M. Luc Malo: Il y a donc d'autres exemples, sur la scène internationale, qui peuvent être suivis et analysés?

[Traduction]

Mme Colette Downie: D'autres régimes d'accès aux médicaments?

[Français]

M. Luc Malo: Par exemple, oui.

[Traduction]

Mme Colette Downie: Il existe au Canada des régimes qui ont des caractéristiques différentes. Certains d'entre eux sont plus souples à quelques égards, mais aucun d'entre eux n'a donné lieu à l'expédition de médicaments. Je ne crois pas qu'ils constituent une solution, car si c'était le cas, ils auraient été utilisés.

[Français]

M. Luc Malo: Donc, ce type de régime n'est pas la solution que nous devrions retenir pour accroître notre aide humanitaire liée aux médicaments, par exemple, ou pour toutes les questions liées à la prévention et à la santé.

•(1150)

Mme Colette Downie: Exactement.

M. Luc Malo: Quelles seraient ces autres solutions? C'est un peu la question que je vous posais plus tôt.

[Traduction]

Mme Colette Downie: Très bien.

[Français]

Mme Louise Clément: Je vous remercie de votre question.

Je pense avoir mentionné quelques exemples lors de mon introduction. Le gouvernement du Canada, par l'intermédiaire de l'ACDI, est impliqué dans un grand nombre d'initiatives qui visent à appuyer la santé et l'accès aux médicaments dans les pays en voie de développement. J'ai mentionné, par exemple, l'Initiative sur les systèmes de santé en Afrique, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de même que le GAVI Alliance. Il y a d'autres exemples.

On travaille en étroite collaboration avec un grand nombre de partenaires sur le plan international, y inclus avec des pays en voie de développement, pour améliorer la santé. Mais vous avez raison, c'est un grand défi qui va exiger d'importants efforts internationaux et pas seulement de la part du Canada. Le leadership que le Canada a pris, lors du dernier sommet, en ce qui concerne l'initiative pour les mères, les enfants et les nouveau-nés est un autre exemple de ce qui est fait à ce chapitre.

Je ne sais pas si ma collègue voudrait ajouter quelques exemples concrets.

[Traduction]

Le président: Merci, madame Clément.

Nous devons attendre pour entendre d'autres commentaires, car nous avons largement dépassé le temps accordé

[Français]

Merci beaucoup, monsieur Malo.

[Traduction]

Monsieur Lake, vous disposez de sept minutes.

M. Mike Lake: Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins de comparaître aujourd'hui devant nous et d'avoir fait de très bons exposés au début. C'est très instructif. J'ai entendu mon collègue, M. Garneau, utiliser le mot « atroce ». Je crois qu'il s'agit d'un qualificatif très approprié. Je pense que les députés de ce côté-ci de la table se sont tous entretenus avec bien des gens qui plaident pour qu'on aide les Africains à régler certains problèmes très graves auxquels ils sont confrontés, non seulement en ce qui a trait à la santé, mais aussi dans d'autres domaines.

Vous avez parlé de la pauvreté et de toutes les difficultés qui y sont reliées. Beaucoup d'entre nous savent très bien qu'il y a eu de nombreuses discussions sur ce sujet, surtout dans le cadre des sommets du G8 et du G20. Bien entendu, il ne s'agit pas d'une question partisane. Nous cherchons tous à trouver une solution. Je suis heureux que nous ayons l'occasion d'en discuter.

J'ai cru remarquer qu'au cours de la discussion, on a souvent parlé des conséquences imprévues de cette mesure législative. Tout le monde admet que ce projet de loi part d'une bonne intention, mais il semble qu'on craigne qu'il aura des conséquences imprévues. Pouvez-vous nous en parler? Précisément, le premier élément qui me vient en tête, ce sont les mesures anti-détournement. Vous pourriez commencer par ce point-là.

Mme Colette Downie: Je vais essayer de faire un survol rapide, car il y en a probablement un certain nombre. Essentiellement, les modifications proposées dans le projet de loi visent à élargir ce qui est actuellement assez restreint en ce qui a trait à l'acheminement de médicaments dans les pays en développement qui en ont besoin pour des raisons humanitaires ou dans des situations d'urgence. Elles visent à permettre l'expédition de médicaments en quantités illimitées, sans marquage, et à éliminer les exigences à respecter en vertu du RCAM et qui sont destinées à permettre l'identification des médicaments advenant qu'ils soient réexpédiés au Canada, de manière accidentelle ou délibérée.

Ce qui risquerait de se produire, c'est que des médicaments seraient détournés vers d'autres pays pour des raisons commerciales, notamment vers le Mexique, la Hongrie, la Pologne ou Singapour, là où ils ne sont pas nécessaires pour des raisons humanitaires, ou bien les médicaments pourraient peut-être être réexpédiés au Canada, et il serait alors impossible de les distinguer des médicaments canadiens.

Si on rend optionnel l'examen effectué par Santé Canada, il se pourrait que des médicaments qui n'ont pas fait l'objet de cet examen soient expédiés dans d'autres pays, des pays en développement, sans garantie qu'ils répondent aux mêmes critères rigoureux en matière d'innocuité que les médicaments offerts aux Canadiens.

• (1155)

M. Mike Lake: C'est intéressant. Si les deux problèmes que vous venez de soulever étaient combinés, on pourrait potentiellement se retrouver dans une situation où un médicament non conforme aux critères canadiens soit réexpédié au Canada, n'est-ce pas?

Mme Colette Downie: C'est exact.

Brigitte.

Mme Brigitte Zirger: Oui, en effet, ce serait possible. Étant donné que les caractéristiques distinctives sont vérifiées par Santé Canada dans le cadre de l'examen des présentations, nous les connaissons. Nous savons qu'elles sont là et nous les avons identifiées. Lorsque les médicaments sont expédiés, nous savons qu'ils comportent ces caractéristiques.

M. Mike Lake: On parle beaucoup du fait qu'une seule approbation a été donnée, précisément qu'un seul médicament a été expédié en Afrique en vertu du régime. Je crois comprendre que le Canada est le seul pays qui y soit parvenu en respectant les accords de l'OMC. Toutefois, d'autres médicaments sont envoyés en Afrique, mais ils ne le sont pas en vertu du régime. Est-ce exact? Pouvez-vous nous expliquer comment d'autres médicaments sont acheminés en Afrique à partir d'autres pays?

Mme Christine Reissmann (directrice, Division de la programmation du SIDA et de la tuberculose et des institutions de la santé, Agence canadienne de développement international): Oui, je serais ravie de répondre à cette question.

Ma collègue a déjà mentionné certains des partenaires avec lesquels nous collaborons. Le Fonds mondial, qui est un important fonds multilatéral, auquel le Canada a versé récemment une somme considérable, consacre environ 45 p. 100 de ses importantes

ressources à des achats en grandes quantités, à des prix abordables, de médicaments de qualité.

Il y a aussi le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments, dont nous n'avons pas beaucoup parlé jusqu'à maintenant et dont le Canada est le pays fondateur. Depuis 2001, le Canada a versé 130 millions de dollars à ce qui est en fait un système d'achat en grandes quantités de médicaments de qualité contre la tuberculose.

Voilà deux bons exemples. Il y en a beaucoup d'autres.

M. Mike Lake: J'ai beaucoup de questions différentes à poser, mais je vais pour l'instant me concentrer sur l'aspect commercial.

Je suis frappé par la très grande intensité des négociations qui ont mené à ces accords et par le fait que probablement des centaines de personnes dans divers pays du monde ont veillé à ce qu'ils respectent les règles régissant le commerce international, entre autres. Vous pourriez peut-être nous parler de l'intensité des négociations qui ont abouti à l'établissement du RCAM.

M. Robert Ready: Merci, monsieur le président.

Je n'ai pas pris part à ces négociations, mais je sais qu'elles étaient très intenses. Je sais aussi qu'un grand nombre de pays membres de l'OMC y ont pris part et, qu'au bout du compte, un consensus a été obtenu, ce qui, je peux vous l'affirmer, car j'ai participé au cycle de négociations de Doha, se produit très rarement et signifie qu'on a trouvé le juste équilibre et que les intérêts des gens ont été protégés et respectés. Il y avait non seulement une volonté de progresser, mais aussi une volonté de faire en sorte que tous les éléments, qu'il s'agisse de l'accès aux médicaments ou de la protection de la propriété intellectuelle, étaient clairement protégés.

Le président: Merci, monsieur Ready.

Monsieur Lake, je suis désolé, mais votre temps est écoulé.

Monsieur Masse, vous avez sept minutes.

M. Brian Masse: Merci, monsieur le président.

La question est très importante. Je trouve intéressant qu'on soit arrivé à la conclusion que le projet de loi C-393 ne permettrait pas de régler les problèmes systémiques qui existent sur le plan de la prestation des soins de santé et de la prévention des maladies dans les pays en développement.

Il s'agit d'une affirmation pratiquement absurde. Je ne connais aucun organisme, aucun groupe ni aucune partie intéressée qui ait prétendu que ces problèmes seraient réglés. Personne n'a prétendu que cette mesure législative constitue la seule solution à la souffrance humaine. En même temps, nous avons une loi qui a été adoptée par le Parlement et qui n'a été utilisée qu'une seule fois. Je suppose que le Parlement aime bien élaborer des lois qui ne fonctionnent pas ou qui ne sont pas utilisées. Nous y avons consacré beaucoup de temps et d'argent, alors il faut bien avouer qu'il y a un problème.

Madame Downie, vous avez pratiquement affirmé que si les modifications proposées sont adoptées, on se retrouvera dans une situation où toutes sortes de médicaments génériques seront expédiés partout dans le monde sans que nous puissions en faire un suivi. Mais le fait est que les médicaments génériques doivent avoir un emballage et des marquages différents. Il faut indiquer à quel pays ils sont destinés et quelle est la quantité.

Quels autres mécanismes est-il nécessaire de protéger? Quel est le véritable risque qu'une société agisse ouvertement de manière frauduleuse? Je ne comprends pas, surtout étant donné la situation concernant le Rwanda, où nous avons expédié un médicament. Quelle est la menace? Les médicaments continueront d'être identifiés, car les sociétés seront encore tenues d'indiquer la destination, et on pourra faire un suivi.

• (1200)

Mme Colette Downie: Si ce projet de loi est adopté, presque toutes les exigences, notamment celle d'indiquer la destination, qui permettent d'effectuer le suivi seraient éliminées. Il ne resterait plus que l'obligation de publier certaines informations dans un site Web. En outre, les mécanismes d'application feraient en sorte que des médicaments puissent être réexpédiés au Canada ou acheminés dans des pays autres que ceux en voie de développement.

Il n'existerait aucun mécanisme permettant au gouvernement ou au commissaire aux brevets de retirer une licence ou de la contester s'il y a lieu de croire que les médicaments sont utilisés à des fins commerciales. Dans certains cas, le titulaire du brevet peut même ne pas être au courant de ce qui se passe. S'il l'apprend, il ne pourrait avoir recours à aucun mécanisme lui permettant de s'adresser à la Cour fédérale parce que ces médicaments sont utilisés à des fins commerciales et non humanitaires.

M. Brian Masse: J'ai cru comprendre — et nous allons le vérifier pour être certains — que les marquages ne seraient pas enlevés et qu'il y aurait encore un processus d'identification.

Mme Colette Downie: Peut-être que je pourrais tirer cela au clair.

M. Brian Masse: Je ne sais pas si une erreur a été commise, mais c'est ce qui avait été compris. Nous allons demander à ce que cet élément soit clarifié, car il s'agit d'un point très important. Nous ne voulons pas que les médicaments ne puissent pas être identifiés. Je crois qu'il est essentiel de se pencher là-dessus, car l'intention n'est certes pas d'éliminer l'obligation d'indiquer la destination des médicaments.

J'aimerais maintenant parler de l'OMC, de l'Accord sur les ADPIC et de Doha.

Monsieur Ready, croyez-vous que ce projet de loi sur le RCAM va aussi loin que le permettent ces accords?

M. Robert Ready: J'essaie de comprendre votre question. Je crois que la loi qui régit le RCAM vise à mettre en application les éléments de la déclaration de l'OMC et que les dispositions qu'elle contient permettent d'y parvenir assez bien.

M. Brian Masse: Là où je veux en venir, c'est que le projet de loi contient des restrictions qu'on ne trouve pas dans la déclaration de l'OMC, l'accord de Doha et l'Accord sur les ADPIC. Je vais vous donner un exemple. La disposition sur la période de deux ans ne s'y trouve pas, pas plus qu'une liste de médicaments. Dans l'Accord sur les ADPIC et l'accord de Doha, on précise qu'il faut assurer la disponibilité, sans préjugé. L'Accord sur les ADPIC comporte des assouplissements et on a intentionnellement prévu des exceptions restreintes.

J'aimerais savoir si vous pensez qu'en ajoutant ces éléments au projet de loi, le Canada présente une mesure législative plus restrictive que l'Accord sur les ADPIC, l'accord de Doha et la déclaration de l'OMC.

M. Robert Ready: Peut-être que mes collègues voudront donner leur avis, mais d'après ce que je comprends, ces éléments visent à clarifier certains points administratifs à l'intention des utilisateurs qui concernent la mise en oeuvre du processus. Il ne s'agit pas d'une tentative de porter atteinte à l'OMC...

M. Brian Masse: Nous avons ajouté des listes de médicaments qui n'ont jamais été examinées, alors je me range à l'avis de nombreux experts qui estiment que le Canada a ajouté une série d'éléments qui constituent des obstacles ou qui sont plus contraignants que ce qui est autorisé.

Si vous me le permettez, j'aimerais parler de l'affirmation — qui est connue — selon laquelle les modifications proposées au RCAM vont entraîner, si elles sont adoptées, une diminution des activités de recherche et développement... Sur quoi vous basez-vous pour faire une telle affirmation? Est-ce que, par exemple, les compagnies de recherche pharmaceutique ont déclaré que, si le RCAM est utilisé 10 fois en 10 ans, elles investiraient moins que le gouvernement du Canada? Est-ce que des recherches scientifiques ont démontré que ce projet de loi allait miner l'industrie pharmaceutique canadienne?

• (1205)

Mme Colette Downie: Non, il n'existe aucune recherche scientifique pour appuyer cette affirmation; c'est simplement une inquiétude. Les compagnies de recherche pharmaceutique ne nous ont pas confirmé que c'est ce qui se produirait. Il faudrait attendre de voir ce qu'entraîneront les changements proposés dans le projet de loi pour le savoir, quoiqu'il existe des facteurs économiques qui donnent à penser que c'est ce qui se produirait. En plus, les compagnies pharmaceutiques et d'autres titulaires de brevets ont fait savoir très clairement qu'ils investissent dans des activités de développement si la législation comporte de solides dispositions en matière de protection des brevets.

M. Brian Masse: Pourriez-vous nous dire quels sont ces facteurs économiques? Peut-être pas aujourd'hui, mais nous vous serions reconnaissants de le faire à un autre moment.

Mme Colette Downie: Oui, et je dois préciser qu'ils ne sont pas directement liés au développement de médicaments. Il s'agit de facteurs économiques généraux et d'études sur l'importance des brevets en ce qui a trait à l'innovation.

M. Brian Masse: Je trouve très difficile à croire que les compagnies de recherche pharmaceutique affirmeraient, par exemple... à cause de l'accord concernant le Rwanda...

Le président: Monsieur Masse, je suis désolé, mais votre temps est écoulé depuis longtemps.

M. Brian Masse: Je le sais. Le temps est limité.

Je vais continuer au prochain tour. Merci, monsieur le président.

Le président: Vous pourrez certes continuer au prochain tour.

Le premier tour est maintenant terminé. Nous allons maintenant passer au second tour, durant lequel chacun disposera de cinq minutes. Je donne la parole à M. McTeague, du Parti libéral.

L'hon. Dan McTeague: Je vous remercie d'être ici.

Je vais donner une petite explication avant de poser ma question.

En 1999, j'ai parlé au premier ministre et à notre caucus de la nécessité d'assurer l'accès... étant donné la hausse, en Afrique subsaharienne, de la prolifération du sida et d'autres maladies, comme la malaria. À cette époque, cela paraissait être la meilleure approche que le Canada pouvait prendre étant donné sa très grande contribution à l'aide internationale. J'en suis très fier. C'est l'une des raisons pour lesquelles notre parti, le Parti libéral, tient à tout prix à aider l'Afrique chaque fois qu'il le peut.

Je sais que, malgré les meilleures intentions... J'ai travaillé un certain temps aux Affaires étrangères, et cela fait au-delà d'une dizaine d'années que je siège au comité, alors j'ai pu observer toutes les tentatives du comité et des parlementaires d'améliorer les choses, mais honnêtement, je dois dire qu'elles n'ont pas réussi.

Il me semble qu'aucun d'entre vous ne soit parvenu à faire quoi que ce soit pour régler le problème du régime actuel, c'est-à-dire qu'il n'est pas convivial. Le processus entourant les négociations qui ont eu lieu en vue de permettre, par l'attribution d'un contrat, l'acheminement d'un médicament générique à un pays en particulier est complexe et enlisé dans des détails juridiques et des considérations néanmoins importantes. Je me demande si les représentants des trois ministères, Santé Canada, Industrie Canada et en particulier Affaires étrangères, peuvent expliquer quel objectif a été fixé et pourquoi il n'y a eu aucune tentative, selon vous, d'effectuer une coordination en vue de s'assurer que le processus pourrait être simplifié de telle sorte que, par exemple, le gouvernement canadien pourrait s'attribuer le contrat pour fournir à un pays donné des antirétroviraux pour traiter le sida, entre autres, ce qui correspond en fait à l'intention de la mesure législative?

Mme Colette Downie: Je vais laisser mes collègues répondre à cette question.

Je vais me contenter de dire que je ne crois pas que l'intention était de laisser le gouvernement du Canada s'attribuer lui-même un contrat. L'objectif était plutôt de donner la capacité aux fabricants de...

L'hon. Dan McTeague: Je comprends cela. Je me demande simplement, étant donné la difficulté, de toute évidence, à laquelle sont confrontés les pays hôtes en raison du processus de soumission de l'ONU et étant donné le document de 65 pages que certaines compagnies ont dû se procurer... Si nous examinons le seul exemple que nous avons, celui du Rwanda, on se demande pourquoi le gouvernement canadien, ou bien les ministères, n'ont pas considéré le fait que trois compagnies distinctes aient fourni trois médicaments différents, qui ont été combinés, comme un signe qu'il fallait une meilleure coordination. Cela ne fonctionnera pas. Ce qu'a adopté le Parlement n'est tout simplement pas convivial. Les résultats voulus n'ont pas été obtenus.

Comment ce fait-il qu'il n'y ait pas eu de discussion interministérielle sur la façon de régler ce problème?

• (1210)

Mme Colette Downie: Voulez-vous parler de la première partie de la question?

L'hon. Dan McTeague: Cette discussion a-t-elle eu lieu?

M. Robert Ready: Monsieur le président, je ne pourrais pas donner une réponse satisfaisante. Je ne suis pas en mesure de répondre au député.

L'hon. Dan McTeague: Permettez-moi d'aller droit au but. Aucun d'entre vous n'a parlé du processus de soumission de l'ONU. Certains pays hôtes n'ont pas l'infrastructure nécessaire.

[Français]

Madame Clément, je ne crois pas vous avoir entendue parler de l'importance de ce phénomène. Il est question de la possibilité que les brevets soient supprimés ou utilisés à des fins qui n'ont pas été prévues. Je n'ai pas entendu votre organisme parler d'un phénomène qui touche tout le monde, soit le processus pour aller au-devant d'un pays comme le Botswana, par exemple, qui n'a pas la capacité de faire une demande.

[Traduction]

Ils ne peuvent pas participer au processus de soumission de l'ONU. Pourquoi est-ce que cela ne préoccupe pas votre ministère?

Mme Louise Clément: La capacité des gouvernements africains de s'approvisionner — et il y a des problèmes à cet égard dans les pays en développement. L'ACDI participe à des initiatives multilatérales, comme le Fonds mondial, ainsi qu'à des programmes bilatéraux, qui lui permettent d'aider des gouvernements à développer cette capacité. C'est un problème dont on s'occupe.

L'hon. Dan McTeague: Pourriez-vous nous fournir de l'information précise sur des pays où le problème existe, où le sida est assez répandu et où le Canada a aidé l'administration publique à préparer un appel d'offres dans le cadre prescrit par l'ONU? La tâche est plutôt lourde. Avez-vous des exemples à nous donner où le Canada a aidé un pays à se frayer un chemin dans le dédale administratif?

Le président: Très brièvement, madame Clément.

Mme Louise Clément: Je n'ai pas d'exemple sous la main présentement.

Je ne sais pas si vous avez un exemple concernant le Fonds mondial.

Je sais que l'un de ses principaux composants consiste à accroître la capacité en vue d'améliorer l'accès aux services médicaux.

Le président: Êtes-vous en train de leur demander de la documentation?

L'hon. Dan McTeague: Oui, si vous permettez, j'aimerais avoir de la documentation là-dessus parce qu'il me semble que beaucoup de pays, qui n'ont pas été mentionnés ici, n'ont pas été capables de demander des soumissions en raison de la lourdeur de la tâche administrative et des règles de l'ONU sur les appels d'offres.

Mme Brigitte Zirger: Il y a deux types d'appels d'offres. Les organismes de l'ONU qui font des achats lancent leurs propres appels d'offres. Ils s'en tiennent à la liste des entreprises présélectionnées. Toutefois, les pays eux-mêmes, comme le Rwanda, peuvent avoir des lois qui prévoient le recours à des appels d'offres pour faire des achats. Alors, vous parlez de l'ONU...

L'hon. Dan McTeague: Je parle du Rwanda...

Le président: Par souci d'équité, je dois céder la parole au prochain membre, mais nous avons noté une demande de documents montrant le cas d'un pays que l'on aide à se doter des moyens nécessaires, par l'intermédiaire du Fonds mondial.

La parole est maintenant au Parti conservateur.

Monsieur Braid, vous avez cinq minutes.

M. Peter Braid (Kitchener—Waterloo, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'être avec nous ce matin.

Je trouve la discussion intéressante, et nous avons certainement tous pour but de trouver une solution au problème très grave du sida. Nous en connaissons les conséquences tragiques, particulièrement en Afrique. Nous voulons tous trouver des moyens pour que la contribution du Canada soit plus efficace.

Je présume que c'est à vous que je devrais adresser mes questions, madame Downie. J'aimerais pouvoir mieux comprendre l'exemple de 2007. Êtes-vous la personne qui connaît le mieux...

Mme Colette Downie: Ce serait probablement M. Ready ou moi. Nous pouvons faire un survol de l'échéancier et de la marche à suivre.

M. Peter Braid: Je vais tâcher d'aller le plus vite possible.

Apo-TriAvir est manifestement un médicament générique de... Qui produit le médicament de marque déposée équivalent?

Mme Colette Downie: Il y a en fait trois brevets en cause.

M. Peter Braid: Combien d'années s'étaient écoulées sur les 20 années de protection conférées par le brevet, pour ces médicaments?

Mme Colette Downie: Je ne le sais pas exactement. Je ne sais pas si mes collègues qui sont présents aujourd'hui le savent, mais je pourrais certainement vous fournir cette information.

M. Peter Braid: Apo-TriAvir est fabriqué par Apotex.

Mme Colette Downie: C'est exact.

M. Peter Braid: Apotex fabriquait-elle déjà ce médicament où s'est-elle mise à le produire rapidement sous licence? Est-ce bien ce qui s'est passé?

Mme Colette Downie: Je ne le sais pas.

Le savez-vous?

• (1215)

Mme Brigitte Zirger: C'est l'organisme Médecins sans frontières qui a demandé ce médicament pour faire de la trithérapie. Ils en avaient discuté avec Apotex, pour que cette entreprise le fabrique. Il n'existait pas et il n'y a pas non plus de médicament de marque déposée équivalent, parce que deux produits appartiennent à un fabricant tandis que le troisième appartient à un autre fabricant. Alors, sur le marché canadien, il n'existe aucun médicament comprenant à lui seul tous les éléments de la trithérapie.

M. Peter Braid: Voilà qui est intéressant.

On nous a dit que, si le RCAM a été utilisé seulement une fois et si les pays en voie de développement ne se procurent pas davantage de médicaments génériques au Canada, c'est qu'ils peuvent les trouver dans d'autres pays, comme l'Inde et la Chine, à un prix moindre. Alors, en 2007, quelles circonstances ont rendu l'achat économique?

Mme Colette Downie: Je crois que, dans ce cas, le produit d'Apotex a été subventionné par la fondation Clinton, ce qui en a rendu l'achat plus économique.

M. Peter Braid: Merci.

J'oublie de quelle personne il s'agit, mais quelqu'un a indiqué, au cours de son exposé, que 95 p. 100 des médicaments n'étaient plus protégés par un brevet. Quel pourcentage des médicaments contre le sida ne sont plus protégés par un brevet? Y en a-t-il qui ne le sont plus?

Mme Brigitte Zirger: Environ... [Note de la rédaction: *inaudible*]

M. Peter Braid: Bien. Merci.

Monsieur Ready, je m'adresse maintenant à vous. Au sujet des obligations commerciales, vous avez indiqué que le projet de loi C-393 pourrait violer les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ainsi que les règles de l'OMC. Je voudrais en savoir un peu plus là-dessus. Lorsque vous employez le mot « pourrait », vous voulez dire que c'est une possibilité, mais que ce n'est pas nécessairement le cas. Pourriez-vous me dire quelle est la probabilité que le projet de loi C-393 viole des obligations commerciales? Quels sont les risques? Pourriez-vous nous donner un exemple? Quelles seraient les conséquences?

M. Robert Ready: Il m'est très difficile de vous donner un ordre de grandeur des probabilités, comme je l'ai dit. Le seul moment où l'on peut savoir à coup sûr qu'il y a violation est lorsqu'un tribunal d'arbitrage rend une décision contre le Canada. Avant cela, c'est une question de risques et d'évaluation des risques.

Comme je l'ai dit auparavant, nous avons examiné les modifications proposées, qui élimineraient des éléments comme l'enregistrement des avis donnés à l'OMC, ainsi que l'information qui ne serait pas nécessairement fournie, comme le pays de destination, la quantité du médicament, les dates de livraison, et ainsi de suite. Or, ces éléments servent à définir les conditions de la dérogation ayant été accordée par l'OMC et permettant de soustraire des ventes de médicaments à l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce. En ne respectant pas ces conditions, on est susceptible de violer des dispositions de cet accord. Voilà où se situe le risque. Je ne peux pas le caractériser plus précisément que cela.

M. Peter Braid: Entendu. Permettez-moi alors de vous poser une question à 60 000 \$. Compte tenu des lacunes du projet de loi C-393 et des limites du RCAM, comment le Canada pourrait-il fournir davantage de médicaments contre le sida aux pays en voie de développement?

Mme Colette Downie: Je crois que la réponse à cette question est celle que mes collègues de l'ACDI ont déjà donnée. Il s'agit pour le Canada de participer et de contribuer à un certain nombre de projets à haute priorité...

Le président: Je vais devoir vous arrêter ici...

Merci beaucoup.

[Français]

Monsieur Bouchard, vous avez la parole pour cinq minutes.

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

Merci également à vous, mesdames et monsieur, d'être ici aujourd'hui comme témoins.

On sait qu'il y a eu une expérience où un pays a reçu des médicaments génériques. De cette expérience ou de cet essai, peut-on dire si ce pays avait les infrastructures nécessaires pour faire en sorte que les malades reçoivent les médicaments?

Mme Louise Clément: Nous allons devoir répondre à cette question ultérieurement; nous n'avons pas l'information avec nous.

M. Robert Bouchard: On a bel et bien connu une seule expérience, celle avec ce pays, n'est-ce pas?

• (1220)

Mme Louise Clément: En ce qui concerne le régime?

M. Robert Bouchard: Oui.

Mme Louise Clément: En ce qui concerne le régime, il a été utilisé une fois avec un pays.

M. Robert Bouchard: En ce qui a trait au Régime canadien d'accès aux médicaments, peut-on dire que c'est unique dans le monde? Est-ce uniquement le Canada qui a un tel régime? Si ce n'est pas le cas et que d'autres pays en ont un, pourriez-vous nous parler des régimes comparables qui existent ailleurs?

[Traduction]

Mme Colette Downie: À part le Canada, d'autres pays ont des régimes d'assurance-médicaments: des pays de l'Union européenne, notamment les Pays-Bas, de même que la Suisse, la Norvège, l'Inde, Hong Kong, la Corée, Singapour et les Philippines. Ce sont des régimes qui diffèrent les uns des autres à plusieurs égards.

Il serait peut-être des plus utiles que je fournisse cette information au comité. Je pourrais vous expliquer les différences, mais la question est assez complexe. Par exemple, les exigences et les méthodes varient quand vient le temps de déterminer les quantités exportées. De plus, les approches diffèrent d'un pays à l'autre pour ce qui est de l'étiquetage des produits et de leur envoi sur un marché auquel ils n'étaient pas normalement destinés. Les types de produits admissibles varient, eux aussi. Les exigences ne sont pas les mêmes pour les importateurs. Certaines différences existent concernant les avis, selon le système établi dans chaque pays. La durée et les mécanismes d'application des règles diffèrent tous, de plusieurs façons, bien qu'ils soient conçus pour être conformes à la dérogation accordée par l'OMC.

[Français]

M. Robert Bouchard: Puisque vous dites qu'il existe des régimes comparables au Régime canadien d'accès aux médicaments, avez-vous de l'information sur certains régimes d'ailleurs qui ont connu du succès?

[Traduction]

Mme Colette Downie: Parmi les pays que j'ai énumérés, le Canada est le seul qui a effectivement livré des médicaments en suivant le régime. Il n'y a pas eu d'autres cas.

[Français]

M. Robert Bouchard: Merci.

Mon autre question s'adresse peut-être plus aux gens de l'industrie. Il y a eu négociations entre les compagnies de médicaments brevetés et les compagnies qui produisent des médicaments génériques. Comment se sont-elles passées? Est-ce que ça a été facile ou ardu?

[Traduction]

Mme Colette Downie: Je peux vous en parler un peu, bien que, selon moi, les entreprises ayant pris part aux négociations seraient mieux placées que moi pour répondre à votre question. Si je comprends bien, de longues négociations ont eu lieu, même si elles n'étaient pas obligatoires selon le RCAM. À l'époque, ces négociations n'avaient pas trait aux exigences du régime.

Le régime prévoit qu'Apotex, par exemple, doit demander à l'entreprise détentrice du brevet si cette dernière consent à lui accorder volontairement une licence. La détentrice du brevet dispose de 30 jours pour répondre à la demande. Si Apotex ou un autre fabricant de médicaments génériques ne reçoit pas de réponse dans ce délai, il peut invoquer les dispositions obligatoires du régime. Donc, la négociation ne peut pas durer indéfiniment. En outre, il est possible qu'il n'y ait aucune négociation pendant le délai fixé. Une fois les 30 jours écoulés, on passe à l'étape suivante.

Dans le cas du Rwanda, de longues négociations ont eu lieu, mais elles n'étaient pas régies par les échéances prévues dans le projet de loi, qui ont pour but de limiter la durée des négociations et de permettre au fabricant de médicaments génériques de passer l'étape suivante.

[Français]

Le président: Merci, madame Downie.

[Traduction]

Monsieur Bouchard, vous avez complètement épuisé le temps qui vous était accordé.

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

M. Mike Wallace: Merci, monsieur le président.

Je voudrais remercier nos invités de ce matin. Ils nous ont fait d'excellents exposés. Nous entendons l'autre version de l'histoire dans nos bureaux, alors il est bon d'avoir le point de vue de ceux qui représentent directement le gouvernement et qui voient les choses sous un autre angle. J'en suis heureux.

Permettez-moi de vous demander quelques précisions pour qu'elles soient bien consignées. D'autres pays fournissent des médicaments contre le sida à des prix moins élevés que les prix d'Apotex. Peut-être que cette entreprise a réussi à conclure un marché une fois, mais elle n'est pas seule sur le marché. D'autres pays vendent des médicaments en Afrique, n'est-ce pas? Qui sont les principaux fournisseurs de médicaments sur ce marché? De quels pays viennent-ils?

• (1225)

Mme Brigitte Zirger: Entre 80 et 85 p. 100 des antirétroviraux fournis aux pays en voie de développement viennent de l'Inde.

M. Mike Wallace: De l'Inde. Voilà qui est bon à savoir. C'était une précision que je voulais simplement avoir.

J'ai sous les yeux cinq points soulevés par des organismes regroupant des grands-mères que vous connaissez sans doute. Elles s'inquiètent à propos de l'efficacité du RCAM. Je vais vous lire ce qu'elles disent, et vous pourrez peut-être leur répondre:

Adopté au départ pour des motifs humanitaires, le RCAM ne fonctionne pas dans sa forme actuelle.

Elles prétendent que ce régime d'accès aux médicaments ne fonctionne pas.

Compte tenu de vos témoignages d'aujourd'hui, qui montrent qu'il a fallu 13 ou peut-être 14 mois pour traiter une demande dans le cadre du RCAM, seriez-vous d'accord pour dire que le problème vient du RCAM ou diriez-vous plutôt qu'il existe d'autres problèmes?

Mme Colette Downie: Nous vous dirions que le RCAM n'est pas la solution aux problèmes terribles que les grands-mères soulèvent. Même si des modifications étaient apportées au RCAM, elles n'auraient pas pour effet d'augmenter les expéditions de ces médicaments.

M. Mike Wallace: Vu. Compte tenu les observations de M. Braid, est-il juste de dire que le Canada est conscient de ce problème et que le gouvernement a pris d'autres mesures, dont vous avez parlé, pour s'assurer que nous aidons l'Afrique en général dans ces domaines? Est-ce bien exact?

Mme Louise Clément: Le Canada a mis en oeuvre un certain nombre de programmes pour favoriser la santé en Afrique. J'en ai mentionné quelques-uns. Ces programmes comportent effectivement de l'aide financière et d'autres formes d'aide en vue d'aider les pays à se doter de la capacité nécessaire pour acheter des médicaments et les utiliser efficacement.

M. Mike Wallace: Deuxièmement, j'aimerais souligner le fait qu'on peut sauver des vies avec le RCAM et qu'on peut en sauver en lui apportant des correctifs. Nous avons entendu le ministère de la Santé du Canada nous dire que toute expédition de médicaments à l'étranger ferait désormais l'objet d'un examen, ce que j'ignorais.

Mme Brigitte Zirger: Non, l'examen obligatoire aura lieu seulement si le commissaire aux brevets reçoit une demande de licence obligatoire selon le RCAM. Le commissaire aux brevets s'adressera au ministère de la Santé pour savoir si la demande est conforme à la Loi sur les aliments et drogues. Nous répondrons oui ou non. Donc, ces médicaments seront soumis à un examen du ministère de la Santé.

M. Mike Wallace: Je vois. Si ce projet de loi était adopté, l'examen demeurerait-il obligatoire ou pourrait-il être évité?

Mme Brigitte Zirger: L'examen deviendrait optionnel. Les dispositions du projet de loi concernant la Loi sur les aliments et drogues sont extrêmement confuses, mais on pourrait dorénavant choisir de se soumettre ou non à un examen du ministère de la Santé dans les cas où, actuellement, un tel examen est obligatoire.

M. Mike Wallace: Les grands-mères disent également, et je ne suis pas en désaccord avec elles, que les habitants de l'Afrique subsaharienne ont désespérément besoin de médicaments qui ne coûtent pas cher et qui pourraient leur sauver la vie. On ne peut pas être contre l'idée de leur fournir ces médicaments, mais les modifications prévues dans ce projet de loi sont-elles, selon vous, de nature à aider les pays africains du tiers-monde à obtenir les médicaments dont ils ont besoin et à les distribuer aux gens qui en ont besoin?

Mme Colette Downie: Non, pour les raisons que nous vous avons données, nous ne croyons pas que le projet de loi les aiderait.

M. Mike Wallace: Notre comité a discuté du point numéro 4. Les membres qui défendent le projet de loi ont trouvé des gens qui le prétendent conforme aux exigences de l'OMC et aux aspects des droits de propriété intellectuelle touchant au commerce. Toutefois, si l'on s'en tient au texte du projet de loi qui nous est soumis, force est d'admettre qu'on y trouve des raisons de craindre qu'il ne réponde pas à ces exigences. Est-ce bien exact?

• (1230)

M. Robert Ready: C'est effectivement l'appréciation qu'en fait le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international.

Le président: Sur ce, je vous remercie beaucoup, monsieur Ready.

Monsieur Wallace, le temps qui vous était accordé est expiré. En fait, vous l'avez largement dépassé.

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

M. Brian Masse: Merci, monsieur le président.

Je vais fournir le présent document à la greffière pour qu'elle le distribue. Il s'agit du *Journal of the International AIDS Society*. On y trouve une étude portant sur l'expérience de l'Inde dans l'approvisionnement de l'Afrique en médicaments. Les auteurs concluent que les prix risquent d'augmenter, pour l'Afrique, en raison de l'OMC, des aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au

commerce et d'autres changements ayant eu lieu. Je dépose ce document pour montrer au comité que l'Inde ne pourra pas continuer de vendre des médicaments à des prix aussi bas.

Dans votre diaporama, vous affirmez notamment qu'il est peu probable que le projet de loi C-393 ait pour effet d'accroître l'utilisation du RCAM. Ironiquement, c'est également une menace pour le Canada, avec l'OMC et tout le reste. Quelle preuve avez-vous de ce que vous avancez? Comment pouvez-vous concilier ce point de vue avec ce qu'indique Apotex, à savoir qu'elle aurait davantage recours au RCAM s'il était modifié?

Mme Colette Downie: Ce que nous observons et expérimentons dans les pays en voie de développement nous permet d'affirmer qu'il n'y aurait pas de changement.

M. Brian Masse: Mais les seuls clients qui ont profité de ces dispositions pour acheter des médicaments au Canada, jusqu'à maintenant, vous disent qu'ils auraient davantage recours à ce régime si la loi permettait une plus grande efficacité.

Mme Colette Downie: Oui, mais nous devons prendre le temps de voir... Le régime pourrait être utilisé pour beaucoup d'autres raisons que pour fournir des médicaments aux pays en voie de développement. Il pourrait se prêter à tout un éventail d'utilisations.

M. Brian Masse: Alors, vous insinuez qu'Apotex aurait l'intention de se servir de ce régime pour d'autres raisons que de simplement approvisionner encore le Rwanda. Or, compte tenu du libellé actuel de la loi, lorsque le Rwanda s'est aperçu plus tard qu'il lui fallait d'autres doses, il a dû faire une nouvelle demande. La loi ne permet pas au pays demandeur d'obtenir des livraisons supplémentaires du même médicament.

Êtes-vous en train de dire qu'Apotex compte se servir de cette loi pour faire autre chose que ce qu'elle a fait jusqu'à maintenant?

Mme Colette Downie: Pas Apotex. Non, bien sûr que non. Mais presque n'importe qui pourrait utiliser ce régime s'il était élargi. Ce ne serait pas nécessairement Apotex qui s'en servirait.

Si vous voulez savoir pourquoi Apotex dit qu'elle aurait davantage recours au régime, il faudrait lui poser la question.

M. Brian Masse: Vous dites dans votre diaporama qu'une augmentation de la demande dans le cadre du RCAM est peu probable. Pourtant, vous dites parallèlement qu'il risque d'y avoir tout à coup beaucoup d'autres sortes de demandes, qui viendraient, je suppose, d'autres entreprises canadiennes. Nous pourrions toutes les nommer. Mais le seul client du Canada dit que, si des correctifs étaient apportés au régime, il y aurait recours davantage.

Mme Colette Downie: Je vois. Mais, selon nous, il n'y aurait pas de changements pour les pays en voie de développement. C'est l'argument que nous faisons valoir parce que d'autres raisons empêchent l'approvisionnement en médicaments de ces pays.

Je ne suis pas certaine de bien comprendre pourquoi Apotex soutient le contraire.

M. Brian Masse: Je crois qu'on saute un peu vite aux conclusions lorsqu'on affirme que les entreprises canadiennes n'attendent que l'occasion pour essayer de se remplir goulûment les poches et pour miner le système. C'est immanquable, selon vous. Quelqu'un se servira inévitablement de la loi à d'autres fins.

Mme Colette Downie: Je crains simplement qu'on puisse le faire, mais je ne pointe du doigt aucune entreprise et je ne dis pas non plus qu'on le ferait nécessairement.

M. Brian Masse: Non, mais vous tirez une conclusion qui, à mon avis, est injuste envers l'industrie et n'est pas représentative de la loi.

J'aimerais aborder une autre question dont vous avez parlé, c'est-à-dire la double norme concernant Santé Canada. Vous avez donné une interprétation selon laquelle on aurait une double norme, de telle sorte que les médicaments seraient acheminés à d'autres pays sans le sceau d'approbation du Canada. Mais en même temps, ces pays pourraient choisir d'utiliser leur propre politique en matière de médicaments. Tout ce que fait le projet de loi, c'est permettre à un pays d'utiliser, par exemple, la norme de la USFDA, de l'Union européenne ou de l'Organisation mondiale de la Santé... En quoi cela pose-t-il problème? Vous dites qu'un médicament serait fabriqué au Canada sans toutefois pouvoir être vendu aux Canadiens, mais qu'il serait ensuite soumis à un autre processus de contrôle pour un autre pays.

Mme Brigitte Zirger: J'aimerais répondre à cette question.

En vertu d'une exemption, le Canada exporte déjà des médicaments. Il existe déjà une exemption en matière d'exportation. Santé Canada n'examine pas ces produits. Ils sont étiquetés en vue de leur exportation seulement, et tout le monde sait que nous ne les avons pas examinés; nous ne pourrions pas attester leur innocuité, leur efficacité et leur qualité.

Dans ce cas, les pays en développement demandent ce qu'on appelle un certificat de produit pharmaceutique, un CPP. Une des questions qui figurent sur ce document, c'est si le produit est mis en vente dans le pays exportateur. La plupart des pays en développement se méfient beaucoup des produits qui leur sont envoyés, qui sont vendus dans des pays en développement alors qu'ils ne le sont pas dans l'autre marché. Ils demandent pourquoi.

Nous avons été en mesure...

• (1235)

M. Brian Masse: Mais ils auraient encore le choix.

Mme Brigitte Zirger: Ils ont encore le choix.

Comme je l'ai indiqué, les pays en développement ont des organismes de réglementation dont le degré de complexité varie beaucoup. Parmi les plus petits pays, certains n'ont aucun organisme de réglementation, d'autres ont deux pharmaciens, d'autres ont des centaines de pharmaciens ou encore une certaine capacité de réglementation. C'est très varié.

Nous leur disons: « Voici une copie d'un médicament qui est exportée en vertu d'une licence obligatoire du gouvernement, mais c'est à vous de décider si ce produit répond à vos besoins. » À l'heure actuelle, les pays se concentrent sur la qualité des médicaments qui leur sont envoyés, pas nécessairement sur l'innocuité et l'efficacité.

Le président: Merci, madame Zirger.

Merci, monsieur Masse.

Nous donnons maintenant la parole à M. Van Kesteren, pour cinq minutes.

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

Merci de votre présence.

Tout comme M. McTeague, je fais partie de ce comité... depuis un peu moins longtemps que lui, mais je me souviens d'une étude durant laquelle nous nous sommes penchés sur la même question.

Dan, était-ce en 2006?

L'hon. Dan McTeague: Ou était-ce en 2005?

M. Dave Van Kesteren: Quoi qu'il en soit, c'était avant le succès qu'a connu au moins un médicament expédié en Afrique.

Toutefois, j'ai l'impression— et je ne crois pas que ce soit seulement une impression, mais l'évidence même — que c'est comme si nous essayions de donner une infrastructure à un pays en disant « ces gens ont besoin de trains », puis que nous leur envoyions un tas de trains alors qu'il n'y a pas de voie ferrée. Nous parlons de toutes ces choses et nous posons la question: « Est-ce efficace? Peut-on changer certaines choses? La situation serait-elle meilleure pour autant? »

Certains parmi vous ont affirmé dans vos déclarations préliminaires qu'il y a d'autres problèmes graves. Avant d'administrer ces médicaments, avant de pouvoir les mettre sur le marché, avant de pouvoir donner aux gens ce dont ils ont besoin, il faut régler certains autres problèmes.

Je crois que nous devons saisir pleinement cet enjeu. Il n'y a personne ici qui n'a pas le cœur déchiré en voyant ce qui se passe en Afrique. L'autre soir, j'ai vu un programme sur le Congo à TV Ontario. C'est une problématique différente, mais nous souhaitons tous pouvoir faire quelque chose, pouvoir être plus efficaces.

J'aimerais toutefois que nous comprenions bien la situation, et je vais vous donner la possibilité de parler simplement des autres choses qui sont nécessaires. Avant que nous puissions administrer ces médicaments, quelles sont les conditions préalables?

Vous pourriez peut-être nous en dire davantage à ce sujet.

Mme Louise Clément: Comme je l'ai mentionné dans ma déclaration préliminaire, c'est complexe de fournir des services de soins de santé et d'accéder à la population. Le problème comporte plusieurs aspects et, oui, il faut un certain nombre d'éléments, dont des médicaments. Cela suppose aussi qu'il faut pouvoir planifier efficacement les médicaments dont vous avez besoin, avoir des travailleurs de la santé sur place pour faire les diagnostics et donner les traitements nécessaires, avoir des installations où les gens peuvent avoir accès aux soins de santé. Cela suppose que les gouvernements ont la capacité d'effectuer des achats. Cela suppose que vous avez le financement qui vous permet de planifier votre système de santé.

Il y a d'autres éléments; ce ne sont là que quelques-uns parmi les plus importants. Comme je l'ai dit, l'ACDI et ses partenaires ont un certain nombre de programmes qui visent à répondre à cette réalité, à relever le grand défi de la santé. J'ai donné quelques exemples dans ma déclaration. Je ne crois pas que ce soit utile de les répéter.

Je pourrais peut-être vous faire part de certains résultats. J'ai quelques données ici, qui pourraient vous être utiles.

M. Dave Van Kesteren: Je vous en prie.

Mme Louise Clément: Grâce au Fonds mondial, par exemple, auquel le Canada vient de s'engager à contribuer davantage, 2,8 millions de personnes atteintes du VIH-sida reçoivent présentement des traitements; 7 millions de personnes ont reçu un traitement contre la tuberculose; 142,4 millions de traitements contre le paludisme ont été prodigués.

Dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS, à laquelle le Canada contribue également, nous avons aidé, à la fin de 2007, 3 millions de personnes à recevoir des traitements contre le VIH. Grâce à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, une autre initiative à laquelle le Canada contribue, l'incidence annuelle de la maladie a reculé de 99 p. 100. Grâce à l'Alliance GAVI, on estime qu'entre 2000 et 2001, 4,4 millions de décès ont été évités dans des pays en développement, grâce à des programmes d'immunisation.

J'ai un dernier exemple, le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments, qui a permis de traiter plus de 60 millions de tuberculeux dans 100 pays.

Voilà quelques exemples où les types d'intervention qui sont soutenus donnent des résultats.

• (1240)

M. Dave Van Kesteren: Il y a donc de bonnes nouvelles, et les efforts...

Je vois, madame Reissmann, que vous voulez ajouter quelque chose.

Il y a des secteurs où nous connaissons un certain succès. Ce que je comprends, c'est que nous devons concentrer nos efforts dans ces secteurs. Est-ce exact?

Le président: Soyez brève, madame Reissmann.

Mme Christine Reissmann: C'est exact.

Suite à la réponse de ma collègue, j'aimerais ajouter quelques autres éléments en lien à votre question précédente.

Il y a aussi des problèmes ou des lacunes dans les services de laboratoire et de diagnostic. Dans certains pays, les gens reçoivent de mauvais diagnostics — de très mauvais diagnostics — pendant une longue période de temps alors que leur maladie gagne du terrain. Les réseaux de distribution sont inexistantes dans certains cas. Les vaccins qui doivent être réfrigérés ne sont pas toujours là. Au bout du compte, vous pouvez avoir des situations — et nous en avons fait l'expérience — où des envois massifs sont bloqués quelque part et viennent à expiration. On se trouve alors avec un autre problème: celui d'éliminer les produits périmés.

Le président: Merci, madame Reissmann. Je suis désolé de vous interrompre. Je suis toujours à la merci du chronomètre.

Nous passons maintenant à M. McTeague, pour cinq minutes.

L'hon. Dan McTeague: J'aimerais simplement poursuivre dans la même veine que M. Van Kesteren.

Je vous remercie de vos réponses. Je crois comprendre que l'OMS s'engage maintenant dans une lutte un peu différente, qu'elle a commencé à identifier les enfants atteints du sida et qu'elle en fait une priorité. Si c'est le cas, compte tenu des résultats thérapeutiques que vous avez donnés, qu'a fait le Canada pour s'attaquer à cette priorité plus récente, si je peux m'exprimer ainsi, de l'OMS?

Mme Christine Reissmann: Le Canada vient tout juste d'engager la somme additionnelle de 30 millions de dollars pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, dans le cadre de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH. C'est là un exemple. Nous offrons d'autres financements à diverses organisations multilatérales, l'UNICEF et l'OMS, dont nous avons aussi soutenu les importants programmes de traitement des mères et des enfants sur le terrain.

L'hon. Dan McTeague: Le vaccin de choix, dans ce cas, serait produit par qui et dans le cadre de quel régime de réglementation? Ce ne serait pas nécessairement au Canada, mais je présume qu'un autre pays... On achèterait ou on contribuerait à un fonds mondial, et une entreprise qui a le vaccin le distribuerait alors à un taux particulier.

Mme Christine Reissmann: Malheureusement, le vaccin contre le VIH n'existe pas encore. L'initiative vise à offrir des incitatifs pour la mise au point d'un tel vaccin.

L'hon. Dan McTeague: Ah, d'accord.

Mme Christine Reissmann: On a mis en place le volet prévention de la transmission mère-enfant que comporte cette

initiative. Nous avons insisté sur ce volet en le présentant comme une mesure palliative d'ici à ce qu'un vaccin soit mis au point. Nous espérons que ce sera bientôt, mais nous ne savons pas dans combien de temps. Encore aujourd'hui, environ trois millions de nouveaux cas d'infection sont enregistrés chaque année, alors l'ACDI a jugé qu'il était important de mettre quelque chose en place pour contrer les infections qui se perpétuent à l'heure actuelle.

L'hon. Dan McTeague: J'aimerais revenir à un projet de loi qui a peut-être été un précurseur de cette mesure ou qui est survenu en même temps, le projet de loi S-232. Le sénateur a maintenant pris sa retraite, mais je lui ai parlé à un moment donné.

Pour ce qui est de simplifier le processus de demandes dans le cadre du RCAM, je me demande si les ministères concernés ont tenu compte du fait que l'on obtient une licence pour renouveler cette licence et qu'il faut reprendre le même processus. Je crois que le projet de loi visait à réduire ce délai et à octroyer une licence pour un produit particulier, pour un cas particulier.

Est-ce là quelque chose que le ministère de l'Industrie jugerait acceptable, si nous voulions essayer de faire bouger les choses? Comme nous le savons tous, Apotex a dit très clairement qu'il n'avait plus l'intention de produire ou de fournir des médicaments dans le cadre du régime actuel.

• (1245)

Mme Colette Downie: Chaque fois que le gouvernement examine un projet de loi, que ce soit un projet de loi d'initiative parlementaire ou un autre, il revoit évidemment les processus et les changements proposés. Je ne crois pas que je puisse m'avancer sur ce que le cabinet pourrait juger faisable ou non. Je dirai toutefois, concernant Apotex, qu'on a autorisé des envois multiples, c'est-à-dire qu'on a autorisé une somme totale, une grande somme, qui a ensuite été divisée en envois individuels. C'est donc possible dans le cadre du régime.

L'hon. Dan McTeague: Ai-je raison de penser que, durant cette période de temps, il y a eu deux envois, 17 millions de comprimés à l'intention de 22 000 patients sur une période de trois ans? Est-ce que cela concorde avec votre...?

Mme Colette Downie: Je n'ai pas les chiffres exacts. Environ 15 600 000 comprimés ont été autorisés. C'est environ la somme totale qui a été envoyée. Un premier envoi d'environ 6,7 millions de comprimés a été fait, puis un autre de 7,6 millions.

L'hon. Dan McTeague: Est-ce que quelqu'un peut dire au comité si une entreprise quelconque s'est intéressée à un autre pays, comme le Congo et le Botswana? Il y a toute une liste de pays qui sont considérés comme des endroits très chauds. Mis à part le cas d'Apotex au Rwanda, y a-t-il eu d'autres démarches auprès du gouvernement canadien ou concernant l'utilisation du RCAM?

Mme Colette Downie: Je suis au courant de cela, mais il s'agit d'une information de seconde main qui concerne quelques-uns des prédécesseurs de Rob. Je crois comprendre qu'il y a eu, par le passé, beaucoup de discussions sur d'autres possibilités. Encore là, ce n'est qu'une information de seconde main. Ces discussions n'ont pas porté fruit pour diverses raisons, que j'ignore.

L'hon. Dan McTeague: Et nous sommes ici à cause de cela.

Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins.

Le président: Merci, monsieur McTeague.

En fait, vous avez terminé juste à temps, madame Downie.

Passons maintenant à M. Lake, pour cinq minutes.

M. Mike Lake: Merci, monsieur le président.

Une série de questions assez brèves, je l'espère. Je vous écoutais et je m'intéresse en fait au processus. Est-ce le pays qui est à l'origine d'une demande présentée dans le cadre du RCAM? C'est le pays lui-même, le pays qui reçoit, qui présente une demande. Est-ce bien ainsi que le système fonctionne?

Mme Colette Downie: Oui, c'est le pays qui mettrait le processus en branle.

M. Mike Lake: Le processus ou peu importe.

Mme Colette Downie: Oui, bien qu'un fabricant puisse aussi faire des démarches auprès d'un pays et indiquer qu'il est intéressé à fournir des médicaments. Il y a un processus de notification, puis il revient au fournisseur de se conformer aux exigences à huis clos.

M. Mike Lake: Un fabricant peut donc renseigner un pays au sujet du processus, mais ultimement, c'est le pays lui-même qui doit présenter la demande.

Mme Colette Downie: Il doit certainement présenter un avis, c'est exact.

M. Mike Lake: Est-ce déjà arrivé? Y a-t-il eu de nombreux pays qui ont demandé des médicaments? Ou le problème est-il plutôt qu'aucun pays n'a demandé de médicaments dans le cadre du RCAM?

Mme Colette Downie: Je crois comprendre qu'il n'y a eu qu'une seule notification.

M. Mike Lake: Et on y a acquiescé.

Mme Colette Downie: On y a acquiescé.

M. Mike Lake: D'accord. C'est une chose très intéressante à savoir.

Dans un sens, les pays qui ont cerné le besoin trouvent peut-être ou trouvent effectivement d'autres sources, par voie concurrentielle. Ils se tournent vers l'Inde et y trouvent une meilleure option que le régime que nous avons ici.

Mme Colette Downie: Nous croyons comprendre qu'ils y vont directement, avec l'aide d'une des organisations internationales, pour obtenir les médicaments par d'autres moyens, lorsqu'ils le peuvent et lorsqu'ils ont l'infrastructure et les autres mécanismes leur permettant de le faire eux-mêmes.

M. Mike Lake: Alors, je ne me trompe pas si je comprends que... Il n'y a pas de pays qui présentent des demandes et ce ne sont pas les « lacunes » du RCAM qui empêchent de livrer des médicaments.

Je sais que ma question a été très mal formulée, et je m'en excuse.

• (1250)

Mme Colette Downie: Nous ne donnons pas officiellement d'avis.

M. Mike Lake: Exact. D'accord.

Vous avez dit, je crois, que 45 p. 100 du Fonds mondial est consacré à l'achat de médicaments. En fait, nous versons de l'argent dans ce Fonds mondial, qui est ensuite utilisé pour acheter des médicaments en Inde et en Chine ou dans tout autre pays où les médicaments peuvent être produits à un plus bas coût.

Mme Christine Reissmann: C'est exact. C'est un processus d'appel d'offres, qui a aussi l'avantage de permettre des achats en

vrac, alors les pays peuvent obtenir un bien meilleur prix et insister sur la qualité. C'est de cette façon que le Fonds mondial y parvient, grâce à ce qu'on appelle le Mécanisme volontaire d'approvisionnement groupé, dont l'utilisation est fortement encouragée par le Fonds mondial, en particulier dans les pays où l'on sait qu'il n'existe aucune infrastructure.

M. Mike Lake: D'accord. Avez-vous des chiffres? Pouvez-vous dire combien de médicaments sont envoyés en Afrique dans le cadre de ce processus? Je ne parle pas seulement de la contribution du Canada, mais peut-être aussi de celle du reste du Fonds mondial.

Mme Christine Reissmann: Je n'ai pas sous la main de chiffres sur les médicaments comme tels. Il y a aussi les moustiquaires de lit. En fait, je les ai peut-être.

Non, je ne les ai pas, mais je peux vous donner des chiffres sur les ressources.

Le Fonds mondial, jusqu'au réapprovisionnement de cette semaine, avait eu un fonds de ressources de 20 milliards de dollars. Si on fait quelques calculs, ce sont environ 10 milliards de dollars qui ont été consacrés jusqu'à présent à l'achat de médicaments et de moustiquaires.

M. Mike Lake: C'est une somme très importante.

Mme Christine Reissmann: Oui.

M. Mike Lake: Pouvez-vous nous fournir des chiffres quant à la quantité de médicaments fournis dans le cadre de ce programme? Ces données seraient utiles au comité, si vous pouvez les fournir.

Mme Christine Reissmann: Bien sûr.

M. Mike Lake: J'aimerais revenir à deux ou trois autres choses.

J'imagine que nous en sommes à notre dernière série de questions. Au lieu d'essayer d'aborder une toute nouvelle question dans le peu de temps qui me reste, je vais vous demander s'il y a un aspect que nous n'avons pas couvert dans nos questions qui serait préoccupant et que vous aimeriez souligner avant la fin de la séance.

Mme Colette Downie: Je pense que nous avons couvert tout ce que nous considérons pertinent.

M. Mike Lake: D'accord. Dans ce cas, je vais céder le temps qui me reste. Ou est-ce terminé?

Le président: En fait, vous venez d'épuiser le temps qui vous a été alloué.

[Français]

Monsieur Malo, vous disposez de cinq minutes.

M. Luc Malo: Je vais utiliser les 10 secondes supplémentaires de M. Lake.

Je veux simplement essayer de faire un petit condensé de ce qu'on a dit relativement à l'OMC. Je crois savoir que le régime canadien et tous les autres régimes similaires dans le monde sont calqués sur les ententes de l'OMC, afin de se prémunir contre des plaintes potentielles. C'est pourquoi vous avez des craintes si des modifications sont apportées au régime canadien.

Nous avons appris que 85 p. 100 des médicaments pour le sida fournis à l'Afrique proviennent de l'Inde. M. Masse nous a aussi appris que l'Inde risque d'être l'objet d'un certain nombre de plaintes à l'OMC. Vous nous avez également dit un peu plus tôt que, depuis la mise sur pied du régime, l'environnement mondial avait évolué.

Je me demande donc si, dans le cadre des négociations à l'OMC qui ont cours, comme on le sait, depuis plusieurs années, ces questions liées à l'accès à des médicaments moins chers pour les pays en développement sont abordées dans le contexte dont on a discuté ce matin.

[Traduction]

M. Robert Ready: Je dirais, très rapidement, que le comité relatif aux ASPIC de l'OMC procède à une revue annuelle de ces dispositions. Il y en a un autre qui se réunira à la fin du mois, et ses membres auront l'occasion de discuter de leurs expériences respectives au chapitre de la mise en oeuvre, entre autres. Le Canada participera évidemment à cet examen avec d'autres États membres.

Cela continue d'être une préoccupation pour les organisations internationales à Genève. Il existe un lien de coopération entre l'OMC, l'Organisation mondiale de la santé et d'autres organismes, pour parrainer des symposiums, des séances de formation et ainsi de suite. Je suis sûr que les chercheurs le savent, mais le site Web de l'OMC contient des informations relatives à tout le travail accompli dans ce domaine.

• (1255)

[Français]

M. Luc Malo: Sentez-vous cette sensibilité au fait que des pays en développement ont besoin de médicaments moins chers, notamment ceux liés à la pandémie du sida? Considérez-vous que c'est une préoccupation réelle, qu'il n'y a pas que de belles paroles et des rencontres, mais que les participants autour de la table ont aussi cette préoccupation?

[Traduction]

M. Robert Ready: Je le répète brièvement, je suis convaincu que ce problème est pris au sérieux par tous les membres. Je crois qu'il est juste de dire qu'il n'y a pas de consensus sur l'existence d'un problème, dans l'instrument de l'OMC comme tel, qu'il faille corriger pour trouver une solution. Comme on l'a entendu, je pense qu'il y a d'autres obstacles, d'autres problèmes structurels à l'extérieur du système de l'OMC qui sont probablement plus importants.

[Français]

M. Luc Malo: Ma dernière question s'adresse à Mme Zirger, de Santé Canada. Sauf erreur, tout nouveau médicament qui est commercialisé au Canada doit nécessairement passer par des tests liés à l'innocuité du produit. Est-ce exact?

Mme Brigitte Zirger: En effet, si des produits sont commercialisés au Canada, ils doivent passer les tests de Santé Canada. Présentement, les médicaments exportés dans le cadre du Régime canadien d'accès aux médicaments doivent être testés.

M. Luc Malo: Si des médicaments récents sont fabriqués au Canada et destinés à l'exportation, ils n'ont pas besoin de passer par le filet d'évaluation afin qu'on détermine si le produit est sécuritaire, puisqu'ils ne sont pas destinés au marché intérieur.

Mme Brigitte Zirger: C'est vrai dans le cas où ce n'est pas un médicament vendu ici.

M. Luc Malo: Si ce n'est pas un médicament vendu ici, il n'a pas besoin d'être évalué; il est évalué dans le pays auquel il est destiné. Est-ce exact?

[Traduction]

Mme Brigitte Zirger: La Loi sur les aliments et drogues prévoit une exemption pour l'exportation de médicaments fabriqués au Canada et réservés exclusivement à l'exportation, à condition que ces

médicaments soient autorisés en vertu des lois des pays auxquels ils sont destinés.

[Français]

M. Luc Malo: Dans ce cas...

[Traduction]

Le président: Merci, madame Zirger.

Je suis désolé, monsieur Malo, mais vous avez largement dépassé le temps qui vous était imparti.

[Français]

M. Luc Malo: Il me reste les 10 secondes de M. Lake.

Des voix: Ha, ha!

[Traduction]

Le président: Vous venez justement de les écouter.

Monsieur McTeague, nous sommes presque arrivés à la fin de la séance, la jauge est dans le rouge, alors je vous laisse conclure.

L'hon. Dan McTeague: Je vais prédire les prix du carburant ce soir; alors ne vous inquiétez pas, je ne dépasserai pas la limite.

Vous avez cité un certain nombre de pays qui, jusqu'à présent, ont réussi à fournir des médicaments à l'Afrique. Je pense que vous avez parlé de médicaments contre la tuberculose, d'antirétroviraux et, si je ne m'abuse, de médicaments contre la malaria. Est-ce que ces pays utilisent un processus différent pour s'attaquer à la pandémie, ou est-ce quelque chose que le comité ignore?

Mme Louise Clément: Les processus d'approvisionnement varient d'un pays à l'autre.

L'hon. Dan McTeague: Oui, je comprends.

Mme Louise Clément: L'UNICEF, par exemple, fournit des vaccins à de nombreux pays. Le Fonds mondial, dont nous avons parlé précédemment, a des ententes d'approvisionnement avec plusieurs pays. D'autres États se donnent les moyens de se procurer eux-mêmes ce dont ils ont besoin en utilisant des revenus tirés de l'impôt venant de donateurs. Ils le font dans le respect des normes internationales. Étant donné qu'ils travaillent avec des fonds venant de donateurs, ils sont contrôlés de très près et, bien sûr, la concurrence et les normes internationales sont très importantes. Il existe des mécanismes, et je suis désolée de citer encore le Fonds mondial, mais c'est ce genre d'organisme qui aide ces pays à se doter des moyens nécessaires.

• (1300)

L'hon. Dan McTeague: Pourriez-vous m'expliquer...

Mme Louise Clément: Ils ont toutes sortes de processus à leur disposition.

L'hon. Dan McTeague: J'aimerais bien savoir ce qu'on envoie aux Philippines. Cela semble un peu inhabituel.

Mme Louise Clément: Je suis dans l'incapacité de vous fournir cette information maintenant. Si vous le souhaitez, je pourrais la chercher et vous expliquer quels processus sont utilisés aux Philippines.

L'hon. Dan McTeague: Je ne suis pas tant intéressé par le processus que par le produit thérapeutique comme tel qu'ils utilisent, si cela a été cité en exemple. Je peux comprendre que l'Union européenne et d'autres envoient des vaccins à l'Inde, mais j'ignorais que les Philippines étaient concernées.

Merci.

Le président: Je vous laisse le soin de nous répondre plus tard, si vous le souhaitez, mais ce serait utile pour nous.

L'hon. Dan McTeague: Pourriez-vous transmettre cette information au comité, alors?

Mme Louise Clément: Vous fournir de l'information sur...?

L'hon. Dan McTeague: Nous indiquer quels pays fournissent quels produits à l'Afrique pour lutter contre la pandémie de sida.

Mme Louise Clément: D'accord.

L'hon. Dan McTeague: Merci.

Le président: Nous arrivons au terme de la séance. Le temps file.

Permettez-moi de vous souhaiter à tous une très heureuse Action de grâce en famille.

Merci beaucoup à nos témoins. Nous aurions bien fait la synthèse de ce qui vient d'être dit, mais nous avons écoulé tout le temps qui nous restait pendant la période de questions.

Merci encore.

La séance est levée.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5*

*If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5*

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>