Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida

Interagency Coalition on AIDS and Development | Coalition interagence sida et développement

La Loi de l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique et son impact sur l'amélioration de l'accès aux traitements anti-VIH/sida dans les pays en développement

Introduction

L'introduction du traitement antirétroviral dans les pays à revenu élevé a fait chuter de plus de 70 % le nombre de décès liés au sida. Mais, dans le monde en développement, des millions de personnes n'ont pas encore accès aux médicaments dont elles ont besoin, que ce soit des antirétroviraux (ARV) pour combattre l'effet du VIH sur le système immunitaire ou des médicaments pour prévenir et traiter des infections opportunistes qui peuvent être souffrantes et mortelles. Plusieurs raisons expliquent le manque d'accès aux ARV et à d'autres médicaments; les prix élevés, notamment, sont un obstacle considérable.

Les prix prohibitifs de médicaments résultent en partie de règles strictes sur la propriété intellectuelle qui permettent aux sociétés pharmaceutiques titulaires de brevets d'exiger des prix plus élevés, vu les monopoles que leur réservent les brevets. Les prix des ARV de première ligne (dont la combinaison sert au traitement des personnes vivant avec le VIH/sida) ont considérablement diminué grâce à la concurrence entre les compagnies de marque et les fabricants génériques. Cette concurrence est devenue possible en partie parce que les brevets pharmaceutiques n'étaient pas reconnus dans tous les pays – ce qui a permis la fabrication de versions génériques moins coûteuses et leur exportation vers d'autres pays où ces médicaments n'étaient pas brevetés. Toutefois, les pays capables de produire et d'exporter des médicaments génériques ont récemment dû se conformer à l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (« l'Accord sur les ADPIC ») – ce qui leur a enlevé une part de souplesse. Il est désormais plus compliqué de fabriquer des médicaments génériques, y compris pour l'exportation à d'autres pays en développement – particulièrement dans le cas de nouveaux ARV et d'autres médicaments qui deviennent de plus en plus essentiels.

Le coût des traitements demeure une préoccupation centrale dans les pays en développement frappés par la pandémie. Les diverses initiatives visant à améliorer l'accès à des traitements moins onéreux sont donc surveillées avec grand intérêt. La Loi canadienne de l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique, entrée en vigueur en mai 2005, en est une. Cette loi met en œuvre une décision de 2003 de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) autorisant les pays qui ont la capacité de fabriquer des médicaments génériques à outrepasser les brevets pour exporter ces produits vers des pays en développement qui sont admissibles et qui ont besoin de médicaments moins coûteux.

Le présent document examine de récentes mesures visant à améliorer l'accès à des ARV abordables dans le monde en développement. Il offre un aperçu des règles et développements à l'OMC ainsi que de la loi canadienne – dont les bienfaits ne se sont pas encore manifestés concrètement.

Règles de l'OMC sur les brevets et accès aux traitements

L'Accord sur les ADPIC

L'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (« l'Accord sur les ADPIC ») a été adopté lors de la création de l'OMC, en 1994. Ce traité exige de tous les États membres de l'OMC qu'ils adoptent certaines règles sur la propriété intellectuelle, y compris l'octroi de brevets pharmaceutiques. Auparavant, certains pays, dont des pays en développement qui sont dotés d'une capacité industrielle de fabriquer des médicaments génériques, n'accordaient pas de brevets pour les médicaments. Mais en vertu de l'Accord sur les ADPIC, tous les États membres de l'OMC doivent octroyer de tels brevets pharmaceutiques d'une durée minimale de 20 ans à compter de la demande de brevet. Les pays à revenu élevé ont dû rendre leurs lois conformes à l'Accord sur les ADPIC dès 1996. Les pays en développement et certaines économies en transition avaient jusqu'en 2000 pour se conformer – bien que dans le cas particulier des produits pharmaceutiques, ils pouvaient attendre jusqu'en 2005 avant d'octroyer des brevets si leurs lois ne prévoyaient pas déjà de telle mesure. La date butoir initiale pour que les pays les moins avancés (PMA) se conforment à l'Accord sur les ADPIC était 2006, mais elle a été reportée à 2013 (et à 2016 pour les brevets pharmaceutiques).

La Déclaration de Doha

En général, il est illégal de copier tout médicament dont le brevet est en vigueur. Toutefois, lors de la Conférence ministérielle de l'OMC à Doha, au Qatar, en novembre 2001, les États membres de l'OMC ont adopté une Déclaration où il est convenu que l'Accord sur les ADPIC ne devrait pas empêcher les pays d'adopter des mesures pour protéger la santé publique de leur population. La Déclaration de Doha réitère les éléments de « souplesse » prévus dans l'Accord sur les ADPIC pour aider les pays à surmonter les obstacles liés aux brevets. Par exemple, en ayant recours à l'« importation parallèle », un pays peut importer des médicaments brevetés d'un autre pays où le fabricant les vend à moindre prix.

La « licence obligatoire », une autre mesure permise par l'Accord sur les ADPIC, est centrale aux efforts mondiaux actuels pour rehausser l'accès aux traitements. Une licence obligatoire pour un médicament breveté permet à un fabricant générique d'en produire une version qui est équivalente sur le plan thérapeutique, mais moins coûteuse. En vertu de l'Accord sur les ADPIC, les pays sont libres de déterminer les raisons d'émettre une licence obligatoire, par exemple en cas d'urgence nationale – mais contrairement aux fausses représentations de certains gouvernements et sociétés pharmaceutiques, l'Accord ne restreint aucunement cette pratique aux situations d'urgence. Un autre motif d'octroi d'une licence obligatoire pour une invention brevetée pourrait être de compenser des pratiques anticoncurrentielles d'une entreprise titulaire de brevet. La licence obligatoire peut aussi servir purement à des fins d'« intérêt public ». Il revient à chaque pays de décider s'il permet l'octroi de licences obligatoires, dans ses lois, et de quelle façon. Il est stipulé dans l'Accord sur les ADPIC qu'en général le fabricant générique doit d'abord tenter d'obtenir une licence volontaire auprès de la société titulaire du brevet, en l'échange d'une rémunération (p. ex., une redevance). Toutefois, si l'on ne parvient pas à une entente à « des conditions et modalités commerciales raisonnables » et dans « un délai raisonnable », l'octroi d'une licence obligatoire permettra au fabricant générique de produire le médicament sans le consentement du titulaire du brevet (mais il devra quand même lui verser une « rémunération adéquate »). Parfois, notamment en cas d'urgence nationale, il n'est pas nécessaire de négocier d'abord une licence volontaire avec le titulaire de brevet.

La décision de l'OMC du 30 août 2003 (« problème du paragraphe 6 »)

En adoptant la Déclaration de Doha (en 2001), les États membres de l'OMC ont reconnu

certaines préoccupations des pays en développement, quant à l'accès aux traitements, et réitéré que les règles de l'Accord sur les ADPIC ne devraient pas empêcher les pays d'avoir recours de manière efficace à des licences obligatoires pour accéder à des produits génériques à moindre prix. Au paragraphe 6 de la Déclaration de Doha, ils ont aussi reconnu l'existence d'un problème dans les règles de l'OMC, pour les pays qui sont incapables de produire des médicaments génériques et qui doivent donc en importer. L'Accord sur les ADPIC stipule que les produits fabriqués sous licence obligatoire doivent « servir principalement au marché domestique ». Cela limite les quantités de médicaments génériques, produits en vertu d'une licence obligatoire, pouvant être exportés par un État membre de l'OMC qui a cette capacité, vers un autre pays. Par conséquent, même si un pays en développement qui a besoin de médicaments moins coûteux décide d'importer des produits génériques, cette règle impose des restrictions aux pays fournisseurs. Ceci nuit à la capacité du pays importateur de recourir efficacement à des licences obligatoires pour obtenir des traitements moins onéreux pour ses patients.

En réponse aux pressions de militants pour la santé, de même que de pays n'ayant pas la capacité domestique de produire des médicaments génériques, les États membres de l'OMC ont décidé, le 30 août 2003, d'adopter une « dérogation temporaire » à cette restriction. Cela signifie qu'un pays peut émettre une licence obligatoire pour autoriser la fabrication de médicaments génériques à des fins d'exportation en quantités significatives vers des pays qui en ont besoin pour remédier à des problèmes de santé publique. Tout en apportant théoriquement plus de souplesse à l'Accord sur les ADPIC, cette « solution » a été critiquée par plusieurs militants et certains pays en développement, car elle implique un mécanisme complexe d'octroi de licence obligatoire pour l'exportation de médicaments génériques aux pays dans le besoin. Ce système requiert des procédures « cas par cas » (pour chaque commande, chaque médicament et chaque pays), sans tenir compte du fait que les fabricants génériques n'ont pas d'incitatif financier à produire de petites quantités de médicaments. Pour être concurrentiel, il faut réaliser des économies d'échelle et des commandes groupées, à plus gros volume, ce qui pourrait impliquer dans certains cas l'approvisionnement de plusieurs pays à la fois. La « solution » s'accompagne donc de procédures contraignantes qui ne reflètent pas nécessairement la réalité du marché pharmaceutique. Par ailleurs, sur le plan politique, la réalité est la suivante : les pays qui ont recours à des mesures comme les licences obligatoires subissent une pression considérable de la part de puissants pays, y compris des menaces de représailles commerciales. De plus, des pays comme les États-Unis entravent la possibilité de recours à ce mécanisme (qui a pourtant été accepté à l'OMC) en négociant avec des pays en développement une diversité d'ententes commerciales bilatérales ou régionales qui contiennent des règles encore plus sévères que l'Accord sur les ADPIC, en matière de brevets, y compris dans le domaine des médicaments.

En décembre 2005, le Conseil général de l'OMC a décidé de transformer cette dérogation temporaire en amendement permanent à l'Accord sur les ADPIC. Les États membres de l'OMC ont convenu que l'amendement entrera en vigueur une fois accepté par les deux tiers d'entre eux; ils ont fixé à décembre 2007 la date butoir pour ce faire (mais on pourra la reporter). La décision intérimaire d'août 2003 demeure valide jusqu'à l'entrée en vigueur de l'amendement permanent à l'Accord sur les ADPIC. Des militants pour la santé déplorent que l'on ait transformé la « solution » d'août 2003 en amendement permanent sans même l'avoir mise à l'essai et observé son efficacité.

Mise en œuvre au Canada de la décision de l'OMC d'août 2003

La Loi de l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique

En octobre 2003, en réponse aux pressions de la société civile canadienne et de M. Stephen Lewis, envoyé spécial des Nations Unies pour le VIH/sida en Afrique, le Gouvernement du Canada s'est engagé à mettre en œuvre la décision de l'OMC d'août 2003. La Loi de l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique (ci-après la « LEJCA ») a été qualifiée de priorité législative du premier ministre de l'époque, et appuyée à l'unanimité par le Parlement. Lors de son élaboration, des compagnies pharmaceutiques de marque, des fabricants génériques et des organismes de la société civile ont été consultés par le gouvernement; ces groupes ont présenté des mémoires au comité parlementaire chargé de l'examen du projet de loi.

En mai 2004, le Parlement du Canada a établi un précédent en adoptant la LEJCA, dont l'objectif affirmé est de « faciliter l'accès aux produits pharmaceutiques nécessaires pour remédier aux problèmes de santé publique touchant de nombreux pays en voie de développement et pays les moins avancés, en particulier ceux résultant du VIH/sida, de la tuberculose, du paludisme et d'autres épidémies ». Il s'est toutefois écoulé un certain temps avant l'entrée en vigueur de la loi. Cédant aux pressions d'organismes de la société civile, le gouvernement fédéral a finalement promulgué la LEJCA le 14 mai 2005 – un an exactement après l'avoir faite loi. Le règlement d'accompagnement a été publié le 1er juin 2005. Les ONG canadiens qui ont analysé la loi ont conclu qu'elle présente certaines caractéristiques positives, tout en étant minée de lacunes qui entravent son potentiel d'efficacité.

Aspects négatifs

Liste limitée de produits pharmaceutiques pour lesquels une licence obligatoire peut être émise

La LEJCA renferme une liste de médicaments (annexe 1) pouvant être produits sous licence obligatoire à des fins d'exportation, alors qu'une telle liste n'est pas requise par la décision d'août 2003 (qui fait simplement référence à « tout produit pharmaceutique »). Toute modification future à l'annexe 1 nécessitera l'approbation du cabinet fédéral. Cela limite la capacité du Canada de s'adapter rapidement. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé signale que les combinaisons d'ARV à dose fixe sont cruciales à l'expansion de l'accès aux traitements anti-VIH/sida; mais cet élément devrait d'abord être ajouté à la liste afin qu'un fabricant générique canadien puisse obtenir la licence nécessaire à son exportation. Cette liste limitée crée aussi un obstacle additionnel à l'utilisation de la loi, tout en occasionnant un délai pour l'examen d'amendements, et en ouvrant une porte aux sociétés pharmaceutiques titulaires de brevets qui souhaitent s'opposer à l'ajout de nouveaux médicaments à la liste. Au dernier débat parlementaire avant l'adoption de la LEJCA, après des pressions de l'industrie pharmaceutique, le gouvernement s'est d'ailleurs opposé aux propositions d'ajout de nouveaux médicaments (pourtant appuyées par tous les partis lors des discussions du comité parlementaire). Par exemple, la « moxifloxacine », médicament anti-pneumonie breveté de la société Bayer, n'a pas été ajouté à la liste de médicaments.

Obstacles additionnels à la fourniture de combinaisons d'ARV à dose fixe

La LEJCA requiert que tout médicament générique produit sous licence obligatoire en vue d'être exporté soit soumis au même processus que ceux vendus au Canada. La

pratique conventionnelle consiste en un examen abrégé fondé sur les données fournies par le fabricant générique, à l'effet que son produit est équivalent à un produit de marque déjà approuvé. Dans le cas des combinaisons à dose fixe (CDF), qui intègrent plusieurs médicaments dans un seul comprimé, les produits de marque déjà approuvés sont rares. Le système de Santé Canada devra être suffisamment souple pour assurer un examen rapide et efficace des versions génériques de CDF qui sont essentielles à l'expansion des traitements dans les pays en développement.

Membres et non-membres de l'OMC – deux poids, deux mesures

La LEJCA autorise l'exportation sous licence obligatoire de médicaments génériques canadiens aux pays qui ne sont pas membres de l'OMC; dans le cas des « pays en développement » (non-PMA) non membres de l'OMC, cependant, elle pose des exigences qui limiteront probablement ses bienfaits. Par exemple, la LEJCA exige qu'un tel pays déclare une situation d'urgence nationale ou des « circonstances d'extrême urgence », pour être admissible à l'importation auprès d'un fabricant générique canadien. Par ailleurs, le pays doit accepter que les médicaments génériques importés ne soient pas « utilisés à des fins commerciales ». Mais cette expression n'est pas clairement définie; d'aucuns pourraient soutenir qu'elle limite les voies de distribution aux établissements publics, dans le pays importateur, alors qu'il pourrait être nécessaire par exemple de faire appel à des pharmaciens du secteur privé. Aucune de ces exigences ne s'applique aux pays en développement qui sont membres de l'OMC; l'approche « deux poids, deux mesures » est donc injustifiée.

Durée limitée de la licence

Une licence obligatoire émise en vertu de la loi canadienne a une durée limitée de deux ans. (Elle peut être prolongée de deux ans, mais seulement pour achever l'exportation de la quantité de médicaments initialement approuvée.) Après deux ans, le fabricant générique doit demander une nouvelle licence obligatoire s'il veut continuer d'exporter le médicament, dans le même pays ou ailleurs. Il s'agit d'une lacune considérable, en particulier parce qu'aucune limite à la durée des licences obligatoires n'est prévue ni requise par les règles de l'OMC. Les fabricants génériques craignent que les coûts et risques financiers associés à l'obtention des approbations réglementaires requises et à l'expansion de la production excèdent les revenus à court terme pouvant découler d'un tel contrat. Il est toujours possible de demander une nouvelle licence, mais cela engendre des coûts et des occasions d'intervention, entre-temps, de la société titulaire du brevet – des éléments dissuasifs additionnels pour les fabricants génériques susceptibles d'envisager de recourir à la LEJCA.

Aspects positifs

Création d'un précédent

La LEJCA est la première loi nationale exhaustive à autoriser l'octroi de licences obligatoires pour l'exportation de médicaments génériques à des pays en développement, à la suite de la décision de l'OMC d'août 2003. Le fait qu'un pays à revenu élevé du G7 ait pris cette initiative est significatif, sur le plan politique; cela contribuera à générer un élan pour le recours à des licences obligatoires visant à améliorer l'accès aux médicaments. De plus, le modèle canadien pourrait être utile à d'autres pays qui envisagent une initiative semblable; ils pourront en répliquer les aspects positifs tout en évitant ses lacunes.

Taux de redevance faible et clairement défini

L'Accord sur les ADPIC manque de précision quant à la compensation aux titulaires de brevets. Dans le cas de la négociation d'une licence volontaire, il évoque simplement des « conditions et modalités commerciales raisonnables ». Si aucune entente de licence volontaire n'est établie et qu'une licence obligatoire est émise, il stipule seulement qu'une « rémunération adéquate » doit être versée au titulaire du brevet. L'incertitude sur la signification des règles donne évidemment

un pouvoir considérable au titulaire de brevet, qui peut prolonger indûment le processus de négociation. De plus, la possibilité de devoir prendre part à un litige en cour, à savoir si un temps raisonnable pour la négociation est écoulé, ou sur ce que constitue une redevance raisonnable, est un important élément dissuasif pour tout fabricant générique qui envisagerait de produire des médicaments à des fins d'exportation en vertu de la décision de l'OMC d'août 2003. En revanche, la loi canadienne définit la notion de « rémunération adéquate » au moyen d'une formule claire pour le calcul à l'avance des redevances dues dans toute situation. Cette formule relie la redevance à la situation du pays importateur selon l'Indice de développement humain établi par l'ONU, qui est une mesure comparative du niveau de bien-être dans chaque pays, en fonction de facteurs comme l'espérance de vie, le degré d'alphabétisation et le niveau de revenu. D'après cette formule, la redevance maximale pour le pays situé le plus haut sur cette échelle est de 4 % de la valeur totale du produit à exporter sous licence. Le taux est considérablement inférieur pour la plupart des pays en développement, vu leur indice de développement humain. Cet aspect de la loi canadienne procure un degré de certitude quant à la redevance – un ingrédient crucial pour les fabricants génériques qui envisagent de recourir au système.

Durée précise de la période de négociation d'une licence volontaire

En vertu de l'Accord sur les ADPIC, une licence obligatoire ne peut être émise par les autorités compétentes que si le fabricant générique a échoué à obtenir dans un délai raisonnable une licence volontaire du titulaire de brevet. Sans définition claire de ce que constitue un « délai raisonnable », l'entreprise titulaire du brevet pourrait prolonger les négociations et rejeter toute proposition de rémunération raisonnable d'un fabricant générique. L'incitatif est donc moindre, pour ce dernier, de tenter d'obtenir une licence. Heureusement, la loi canadienne est beaucoup plus précise : la durée de la période de négociation pour l'obtention d'une licence volontaire a été fixée à 30 jours. Si aucune entente n'est intervenue après cette période, le fabricant générique peut demander une licence obligatoire, qui sera émise à raison de la redevance précise qui est clairement définie par la loi.

Résultats concrets

L'efficacité de la loi canadienne reste à voir. Au moment d'aller sous presse, aucun médicament générique canadien n'avait encore été exporté à un pays en développement en vertu de cette loi. Cela n'est pas étonnant. La mise en marché de médicaments génériques en vertu de cette loi implique plusieurs étapes : conception de la formulation, recherche des ingrédients, préparation du médicament, conditionnement et tests d'efficacité (tests de contrôle sur un produit préliminaire, puis final). Pour un médicament générique, il n'est pas nécessaire de procéder à un essai clinique complet, puisque cela a déjà été fait pour le médicament de marque. Mais des tests de bioéquivalence sont requis pour déterminer si le médicament générique libère l'ingrédient thérapeutique actif de façon équivalente au produit original.

Après cette première phase, qui peut durer un an, le fabricant générique doit obtenir une attestation de « bonnes pratiques de fabrication » de Santé Canada. Cela peut nécessiter plusieurs mois. En vertu de la LEJCA, le fabricant générique doit également démontrer à Santé Canada que son produit se distingue suffisamment (p. ex., par la taille, la forme, la couleur, le marquage ou une autre caractéristique du comprimé) du médicament de marque vendu par le titulaire du brevet au Canada. Ce n'est que lorsque toutes ces étapes sont complétées, et que le produit est prêt pour la mise en marché, que le fabricant générique peut demander une licence obligatoire (si le titulaire du brevet a refusé de fournir une licence volontaire).

De plus, avant qu'une licence obligatoire puisse être émise en vertu de la loi canadienne, le fabricant générique doit communiquer au titulaire du brevet du pays qui importera le

produit générique, dans le cadre de l'effort initial de négociation d'une licence volontaire. Cela signifie que les pays désireux d'avoir recours à la loi canadienne pour les licences obligatoires subiront possiblement une pression considérable et sans délai, de la part de la société titulaire du brevet, et possiblement d'autres pays comme les É.-U., pour les pousser à ne pas le faire.

Compte tenu de la durée du mécanisme de fabrication et d'approbation, couplée à l'apparent manque de réels incitatifs financiers pour les fabricants génériques de même qu'à la crainte de pays en développement de faire face à des représailles, il n'est pas étonnant qu'aucun médicament n'ait encore été exporté vers des pays en développement en vertu de la LEJCA.

Fabricants génériques : utiliseront-ils la LEJCA?

Le succès de la LEJCA nécessite l'action du secteur privé. Y a-t-il un marché pour les médicaments génériques canadiens dans le monde en développement? Il reste à voir dans quelle mesure la LEJCA incitera des fabricants génériques canadiens à fournir des médicaments essentiels pour le VIH/sida ou d'autres problèmes de santé. L'industrie canadienne du médicament générique a déjà démontré sa capacité de concurrence à l'échelle mondiale, du moins sur certains marchés. D'après l'Association canadienne du médicament générique, 40 % du volume de ventes de ses sociétés membres viennent de l'exportation de produits vers 120 pays (mais une bonne part de cette quantité semble provenir d'autres pays à revenu élevé). Les fabricants génériques canadiens pourraient cependant s'avérer très concurrentiels dans certaines niches commerciales ou classes de médicaments.

L'Organisation mondiale de la santé estime qu'en juin 2005, plus de 1,3 million de personnes vivant avec le VIH/sida en Afrique subsaharienne recevaient un traitement antirétroviral, mais que 6,5 millions d'autres personnes qui en avaient besoin n'en recevaient pas. Compte tenu de la mobilisation croissante de ressources financières pour rehausser l'accès aux traitements, et de la nécessité d'utiliser ces ressources de façon optimale par l'obtention, lorsque possible, de médicaments génériques à moindre prix, il s'agit d'un énorme marché potentiel. Si des économies d'échelle étaient possibles par la négociation d'achats pluriannuels massifs dans plusieurs pays, la possibilité de prendre pied sur ce marché pourrait inciter des fabricants génériques canadiens à recourir à la LEJCA pour produire des ARV à des fins d'exportation.

Cependant, cela n'est pas encore le cas. Après l'adoption de la LEJCA, en août 2004, des représentants du gouvernement canadien, de l'organisme médico-humanitaire Médecins Sans Frontières Canada (MSF) et de représentants de l'industrie canadienne du médicament générique, se sont réunis pour discuter de l'intention d'aller de l'avant et d'avoir recours à la loi. MSF a été invité à identifier des médicaments dont il aurait besoin pour ses programmes de traitement dans divers pays. À la demande de MSF, la compagnie Apotex inc, plus grand fabricant de médicaments génériques au Canada, a accepté en janvier 2005 de fabriquer un médicament antirétroviral en combinaison à dose fixe, composé de zidovudine, de lamivudine et de névirapine (AZT+3TC+NVP). Au moment d'aller sous presse, Santé Canada avait attesté que le produit respecte ses exigences réglementaires, mais aucune annonce publique n'avait encore été faite quant à l'octroi possible à Apotex d'une licence pour l'exportation du médicament dans un ou plusieurs pays en développement. Si cette première tentative de recours à la LEJCA fonctionne, elle pourrait inciter d'autres fabricants génériques à utiliser la loi pour contribuer à la réponse aux besoins de santé publique dans le monde en développement.

Conclusion

Sans un effort concerté des fabricants génériques et du gouvernement fédéral, on aura peu de résultats positifs à signaler lors de l'examen parlementaire de cette loi, en 2007.

Nous exhortons le Canada à :

- Faire connaître, dans les pays en développement, la possibilité d'obtenir des médicaments plus abordables auprès de fabricants génériques canadiens.
- Proposer des rencontres exploratoires entre des fabricants génériques canadiens et les ministères de la Santé de pays en développement.
- Éliminer les éléments de lourdeur bureaucratique qui découragent le recours à cette loi par les fabricants de médicaments génériques et les pays en développement.

Nous exhortons l'industrie canadienne du médicament générique à :

- Chercher des occasions d'exportation de médicaments génériques à des pays en développement.
- Collaborer avec les ministères de la Santé de pays en développement ainsi qu'avec des ONG, pour identifier des médicaments que les fabricants génériques canadiens pourraient produire.
- Faire des efforts particuliers pour développer des médicaments anti-VIH/sida en combinaisons à dose fixe ainsi qu'en formulations pédiatriques.

Ressources additionnelles

Association canadienne du médicament générique
www.genériquescanadiens.ca

Réseau juridique canadien VIH/sida
www.aidslaw.ca

Consumer Project on Technology
www.cptech.org

Intellectual Property Watch
www.ip-watch.org

Coalition interagence sida et développement
www.icad-cisd.com

Campagne « Accès aux médicaments essentiels » de MSF
www.accessmed-msf.org

OMC – Questions fréquemment posées au sujet des licences obligatoires
www.wto.org/french/tratop_f/trips_f/public_health_faq_f.htm

OMC – Accord sur les ADPIC
www.wto.org/french/tratop_f/trips_f/t_agm0_f.htm

Santé Canada – Nouveau site internet « Le régime canadien d'accès aux médicaments »
http://camr-rcam.hc-sc.gc.ca/index_f.html

Cette publication a été rendue possible grâce à des fonds de l'Agence de santé publique du Canada ainsi que de la Direction des affaires internationales de Santé Canada. La CISD et le Réseau juridique canadien VIH/sida aimeraient remerciés Médecins sans frontières pour leur commentaires et conseils lors de l'écriture de ce document. Les points de vue exprimés sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de l'Agence de santé publique du Canada ou de Santé Canada. This factsheet is also available in English.