

VIH/SIDA ET DROIT

VOLUME 8, NUMÉRO 3, DÉCEMBRE 2003

De Doha à Cancún...via Ottawa : les élans mondiaux pour l'accès aux traitements et le projet de loi canadien C-56

En novembre 2003, le Canada a déposé un projet de loi pour amender sa Loi sur les brevets de manière à ce que des fabricants puissent obtenir des licences pour produire des versions génériques de produits pharmaceutiques à exporter aux pays qui n'ont pas la capacité d'en fabriquer. Le projet de loi C-56 vise à mettre en application une décision intervenue en août 2003 à l'Organisation mondiale du commerce (OMC), qui assouplit les règles relatives aux brevets pharmaceutiques pour autoriser ce genre de mesure. Certes, le projet de loi est une initiative réjouissante, mais il renferme de sérieuses lacunes qui nuiraient à l'atteinte de son but concret et qui rendraient le projet de loi à toutes fins pratiques inutile. Des organismes de la société civile, dont le Réseau juridique canadien VIH/sida, ont incité le gouvernement du Canada à régler ces problèmes du projet de loi C-56 avant de l'adopter. Le présent article donne un aperçu de récents développements mondiaux ayant ouvert la voie à l'initiative du Canada, puis il offre une analyse du projet de loi C-56 proprement dit.

L'accès aux médicaments et l'OMC

La Déclaration de Doha

Le 14 novembre 2001, à la 4^e Conférence ministérielle de l'OMC (à Doha, Qatar), les États membres de l'OMC ont adopté à l'unanimité une *Déclaration ministérielle sur l'Accord sur les ADPIC et la santé*

voir page 7

Publié par le Réseau juridique canadien VIH/sida.
Un projet financé en partie par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.



CANADIAN RÉSEAU
HIV/AIDS JURIDIQUE
L E G A L CANADIEN
NETWORK VIH-SIDA



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida

Dans ce numéro

Adoption de la Déclaration de Varsovie sur le VIH/sida et l'injection de drogue	21
Le premier lieu sécuritaire pour l'injection en Amérique s'ouvre à Vancouver	26
Suivi de l'UNGASS : peu de progrès signalés sur le plan des droits humains	37
Alberta – Nouvelle politique sur le traitement d'entretien à la méthadone dans les prisons	49
Un homme qui n'a pas divulgué sa séropositivité est déclaré coupable de tentative de voies de fait graves	55
La Cour d'appel de l'Ontario déclare inconstitutionnel le règlement sur la marijuana médicinale	59
R.-U. – Un tribunal refuse la mise en liberté anticipée à un détenu séropositif	67

De Doha à Cancún...via Ottawa : les élans mondiaux pour l'accès aux traitements et le projet de loi canadien C-56

de la page 1

publique.¹ La « Déclaration de Doha », comme on l'appelle aujourd'hui, a été adoptée en réaction aux critiques de nombreux pays en développement et organismes de la société civile, à l'effet que les règles de l'OMC en matière de propriété intellectuelle – en particulier celles qui touchent les brevets pharmaceutiques – empêchaient l'accès à des médicaments plus abordables. Il s'agit d'un enjeu d'importance particulière pour les pays en développement qui sont aux prises avec le VIH/sida et d'autres problèmes de santé, dans un contexte de pauvreté répandue et de rareté de ressources pour se procurer des médicaments brevetés et onéreux.

L'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce² (« l'Accord sur les ADPIC ») oblige tous les Membres de l'OMC à adopter certaines normes minimales de protection des droits de propriété intellectuelle privée, notamment en ce qui concerne les inventions pharmaceutiques. Ces règles créent des monopoles temporaires sur les produits pharmaceutiques brevetés – c.-à-d. que la compagnie qui détient le brevet peut demander des prix (plus) élevés.

À l'approche de la Conférence ministérielle et pendant les négociations à Doha, des critiques ont signalé que l'Accord sur les ADPIC était interprété et appliqué de manière à décourager les gouvernements de tenter de se doter de politiques susceptibles de réduire le prix des médicaments. L'hypocrisie de pays

développés, à l'OMC, a été brusquement révélée par des événements observés dans la foulée des attaques terroristes du 11 septembre 2001 aux États-Unis (É.-U.). Cinq décès dus à la bactérie du charbon [*anthrax*] disséminée par des envois postaux ont fait craindre d'éventuels actes de bio-terrorisme et soulevé des craintes d'insuffisance dans l'approvisionnement en ciprofloxacine, un antibiotique utilisé pour traiter la maladie de la bactérie du charbon. Le Canada et les É.-U. ont alors menacé d'outrepasser les droits de la compagnie Bayer, titulaire du brevet de ce médicament, à moins qu'elle leur en fournisse les quantités désirées à prix réduit. Or des pays en développement, comme l'Afrique du Sud et le Brésil, avaient été réprimandés pour avoir envisagé des politiques semblables dans le but de réagir à leurs épidémies de VIH/sida; on leur avait dit qu'ils portaient atteinte de manière inacceptable aux droits de propriété intellectuelle.³

L'incident a mis en lumière le double discours mondial, catalysant les revendications des pays en développement à la veille de la conférence de Doha. La déclaration qui finit par être adoptée est importante sur le plan politique car elle renforce les efforts en vue d'un équilibre entre les droits de brevets privés et l'intérêt public à des soins de santé abordables. La Déclaration de Doha est importante également parce qu'elle doit orienter, en droit international, les interprétations légales futures de l'Accord sur les ADPIC.⁴

Un aspect important de la Déclaration de Doha est que les Membres de l'OMC y ont affirmé : « Nous reconnaissons la gravité des problèmes de santé publique qui touchent de nombreux pays en développement et pays les moins avancés, en particulier ceux qui résultent du VIH/sida, de la tuberculose, du paludisme et d'autres épidémies. »⁵ Il importe de noter que les trois maladies nommées et le terme « autres épidémies » sont citées à titre d'exemples particulièrement graves de « problèmes de santé publique ». Contrairement aux affirmations de certains pays et sociétés pharmaceutiques à l'issue de la conférence de Doha, cette Déclaration n'est pas limitée à ces trois problèmes.

Dans la Déclaration de Doha, les Membres de l'OMC ont aussi affirmé :

Nous convenons que l'Accord sur les ADPIC n'empêche pas et ne devrait pas empêcher les Membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique. En conséquence, tout en réitérant notre attachement à l'Accord sur les ADPIC, nous affirmons que ledit accord peut et devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des Membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments.

À ce sujet, nous réaffirmons le droit des Membres de l'OMC de recourir pleinement aux dispositions de l'Accord sur les ADPIC, qui ménagent une flexibilité à cet effet.⁶

Les Membres de l'OMC y ont de plus reconnu que cette souplesse inclut le droit de chaque pays « d'accorder des licences obligatoires et la liberté de déterminer les motifs pour lesquels de telles licences sont accordées »⁷. Une licence obligatoire est une autorisation accordée à une autre partie que le titulaire du brevet, sans le consentement de ce dernier, d'utiliser, de fabriquer, de vendre ou d'importer un produit breveté. Sans cette licence, un fabricant pharmaceutique générique qui produit sa propre

Introduisant une concurrence de marché, la licence obligatoire sert à faire baisser le prix des médicaments brevetés et d'autres produits pharmaceutiques.

version d'une invention brevetée pourrait être poursuivi pour violation de brevet. L'Accord sur les ADPIC nécessite que, lorsqu'une licence obligatoire est octroyée, le titulaire du brevet touche une « rémunération adéquate » (à établir selon les lois du pays).⁸ Puisqu'une licence obligatoire est un élément qui introduit une concurrence dans un marché, il s'agit d'un instrument utile à faire baisser le prix des médicaments brevetés et d'autres produits pharmaceutiques.

Entraves à l'exportation de produits pharmaceutiques génériques : le problème du paragraphe 6 de Doha

Néanmoins, les Membres de l'OMC ont aussi reconnu, dans la Déclaration de Doha (au paragraphe 6), que « les

Membres de l'OMC ayant des capacités de fabrication insuffisantes ou n'en disposant pas dans le secteur pharmaceutique pourraient avoir des difficultés à recourir de manière effective aux licences obligatoires dans le cadre de l'Accord sur les ADPIC ». Cela s'explique aisément : un pays qui n'a pas de capacité de fabriquer des produits pharmaceutiques n'a pas non plus, concrètement, de fabricants domestiques auxquels donner une licence obligatoire. C'est le cas de la majorité des pays en développement. Des licences obligatoires pourraient toutefois être émises pour autoriser l'importation de produits pharmaceutiques fabriqués ailleurs. Mais, en vertu de l'Accord sur les ADPIC, les pays qui ont la capacité de fabriquer des produits pharmaceutiques génériques – et qui pourraient donc être des exportateurs – sont généralement limités à un recours à des licences obligatoires pour approvisionner « principalement » leur propre marché domestique.⁹ Cela limite la possibilité que des fabricants de produits pharmaceutiques génériques, dans un pays, puissent obtenir des licences obligatoires les autorisant à fabriquer des produits moins chers pour l'exportation à d'autres pays qui en ont besoin.

Ayant reconnu ce problème – dorénavant nommé « problème du paragraphe 6 de Doha » – les Membres de l'OMC s'étaient engagés à y « trouver une solution rapide » avant la fin de 2002. Malheureusement, ils ne sont pas arrivés à respecter cette échéance.

De Doha à Cancún : négociations sur le « problème du paragraphe 6 de Doha »

Au cours des négociations qui ont suivi l'adoption de la Déclaration de Doha, quelques pays – dont le Canada, les pays de la Communauté

européenne (C.E.), le Japon, l'Australie et la Suisse – se sont alliés aux É.-U. dans la tentative de limiter la portée éventuelle de toute « solution ». Ils ont tenté d'imposer diverses conditions et restrictions qui contredisaient le texte et l'esprit de la Déclaration, par exemple en limitant l'éventail des pays qui auraient le loisir d'y avoir recours, et la gamme des maladies visées, et en voulant imposer des obligations coûteuses à toute tentative d'y avoir recours.¹⁰ Ces efforts ont rencontré la résistance des activistes et des pays en développement; les résultats sont mitigés (comme nous le verrons ci-dessous).

Les pays industrialisés rejettent la solution simple à ce problème

En plus de s'opposer à ces tentatives d'étranglement d'une éventuelle solution, des organismes non gouvernementaux (ONG) ont critiqué l'approche élémentaire que voulaient privilégier les É.-U., le Canada et d'autres pays industrialisés, et qui impliquerait un remaniement complexe de l'article 31 de l'Accord sur les ADPIC, apportant une complexité injustifiée à toute voie de solution, et risquant ainsi de nuire à son potentiel d'utilité. Les activistes proposaient plutôt que les Membres de l'OMC aient recours à la souplesse qu'offrait déjà un autre article, pour remédier au problème.

L'article 30 de l'Accord sur les ADPIC stipule que les pays peuvent créer, dans leurs propres lois, des « exceptions limitées » aux droits exclusifs de brevets, à condition que ces exceptions « ne portent pas atteinte de manière injustifiée à l'exploitation normale du brevet ni ne causent un préjudice injustifié aux intérêts légitimes du titulaire du brevet, compte tenu des intérêts légitimes des tiers. » Les ONG ont fait valoir que les Membres de l'OMC

devraient convenir d'une interprétation de l'article 30 qui autoriserait, en tant qu'exception permise aux droits de brevet, tout acte associé à la fabrication d'un produit breveté aux fins de répondre aux besoins de santé d'un autre pays lorsque le produit n'y est pas breveté, ou (s'il y est breveté) lorsqu'une licence obligatoire a été octroyée ou que le gouvernement a exploité le brevet conformément à ses lois. Les ONG ont soutenu qu'il s'agirait de la manière la plus simple et la plus facile de permettre un recours rapide et efficace à des licences obligatoires par des pays qui ont besoin d'importer des médicaments moins chers.¹¹

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a donné elle aussi son appui à cette approche. Elle a publié un document décrivant les caractéristiques d'une solution « qui serait souhaitable du point de vue de la santé publique », notamment une couverture large en termes de problèmes sanitaires et de gamme de médicaments, des procédures légales simples et rapides dans les pays importateurs et exportateurs, ainsi que l'égalité des chances pour les pays ayant besoin de médicaments.¹² Se fondant sur cette analyse, l'OMS a présenté une déclaration au Conseil des ADPIC de l'OMC, affirmant ceci :

Le principe de base de la santé publique est donc clair : la population d'un pays qui n'est pas en mesure de fabriquer localement un produit nécessaire ne doit pas être moins protégée par les dispositions relatives aux licences obligatoires (ou par d'autres clauses de sauvegarde de l'Accord sur les ADPIC) que celle de pays qui sont en mesure de fabriquer le produit, ni être confrontée à des obstacles de procédure plus importants.

Parmi les solutions proposées, l'exception limitée en vertu de l'article 30 est

celle qui est la plus compatible avec ce principe de santé publique. Cette solution donnera aux États Membres de l'OMC une autorisation rapide, comme le demande la Déclaration de Doha, pour permettre à des tiers de fabriquer, de vendre et d'exporter des médicaments et d'autres technologies sanitaires protégés par les brevets afin de mieux satisfaire leurs besoins en matière de santé.¹³

Toutefois, dans les négociations qui ont suivi, l'approche par l'article 30 a été sommairement rejetée par les É.-U. et d'autres pays industrialisés. Bien que la C.E. ait initialement été attirée par cette approche, elle a aussi opté pour privilégier une solution basée sur l'article 31. L'idée d'avoir recours à l'article 30 pour résoudre le problème a fini par être abandonnée par les Membres de l'OMC et l'attention s'est concentrée sur les détails d'une solution basée sur des modifications à l'article 31.¹⁴

Les É.-U., la C.E. et d'autres pays industrialisés insistent pour une solution étroite

À mesure que traînaient en longueur les négociations sur le texte d'une solution, jusqu'à la fin de 2002, les

Les négociations sur le texte d'une solution traînaient en longueur, et les pays industrialisés continuaient de proposer diverses restrictions.

pays industrialisés ont continué de proposer diverses restrictions. Par exemple, le Japon s'est opposé à l'inclusion des vaccins dans toute

solution. Les É.-U. se sont objectés à une ébauche de texte qui contenait l'affirmation que la mention de « problèmes de santé publique » dans la Déclaration de Doha impliquait davantage que le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et d'autres épidémies. Les É.-U. et les pays de la C.E. ont fait pression en faveur de listes pour limiter le nombre de pays qui pourraient importer des produits pharmaceutiques génériques; ils ont tenté également de limiter le système afin que seulement certains pays en développement puissent être exportateurs de produits pharmaceutiques génériques (de manière à exclure le recours à la capacité de fabrication de médicaments génériques dans le monde industrialisé).

En décembre 2002, tous les Membres de l'OMC à l'exception des É.-U. étaient d'accord sur une ébauche de texte de solution. Les É.-U. refusaient d'approuver ce texte sans l'ajout d'une liste limitée de maladies pour lesquelles des médicaments moins chers pourraient être obtenus par les pays en développement au moyen de licences obligatoires. Comme l'a résumé un critique : « Les États-Unis veulent faire un débat mondial sur la question de la gamme de maladies. [Le président et le représentant au commerce extérieur] veulent dire que les maladies contre lesquelles leurs propres enfants reçoivent des traitements ne sont pas à la portée des enfants pauvres des pays pauvres. Ils ne peuvent avoir gain de cause dans cette bataille. »¹⁵

À cause de la position des É.-U., les négociations sont tombées à l'eau le 20 décembre 2002 sans qu'une solution ait été atteinte à l'échéance que s'était donnée l'OMC. D'autres propositions ont été avancées en 2003, qui perpétuaient l'attitude de deux

poids deux mesures à l'encontre des pays en développement. En février 2003, par exemple, le président du Conseil des ADPIC a proposé de limiter la possibilité de recours à des licences obligatoires, pour plusieurs pays en développement, aux « situations d'urgence nationale ou [à] d'autres circonstances d'extrême urgence ». Les activistes ont souligné qu'en vertu de l'Accord sur les ADPIC, les pays riches n'étaient pas tenus de décréter l'existence d'une urgence afin d'avoir recours à des licences obligatoires, et qu'en conséquence il serait inacceptable d'exiger cela des pays en développement. De plus, il s'agirait d'une piètre approche de santé publique que d'attendre qu'une situation arrive à un stade « urgent » avant d'avoir la possibilité d'utiliser une licence obligatoire pour importer des médicaments moins chers.

Sans résolution à l'horizon, on a commencé à tourner le regard vers la 5^e Conférence ministérielle de l'OMC (en septembre 2003, à Cancún, Mexique).

Résoudre le problème du paragraphe 6 de Doha : la décision du 30 août 2003 à l'OMC

Finalement, à moins de deux semaines de la conférence de Cancún, les É.-U. ont accepté de se rallier au consensus atteint en décembre 2002 par tous les autres Membres de l'OMC. Le 30 août 2003, le Conseil général de l'OMC a adopté à l'unanimité une décision sur la « Mise en œuvre du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique ».¹⁶

Cette décision est supposée résoudre les difficultés que rencontrent les Membres de l'OMC qui n'ont pas suffisamment de capacité

de fabrication pharmaceutique « [de] recourir de manière effective aux licences obligatoires dans le cadre de l'Accord sur les ADPIC ». La décision prend la forme d'une « dérogation provisoire » de l'article 31(f) de l'Accord sur les ADPIC, la disposition qui limite le recours à des licences obligatoires pour la fabrication de produits pharmaceutiques pour l'exportation.

La déclaration du président : une tentative de rétrécir la décision du 30 août

Cependant, dans les huit mois suivant l'échec des négociations de décembre 2002, certains des efforts des É.-U. pour réduire la portée de la décision du 30 août ont fonctionné. À l'approche de la rencontre de Cancún, les É.-U. ont orienté leurs tractations vers le but d'obtenir une déclaration du président du Conseil général établissant des « compréhensions communes » des Membres de l'OMC quant à la décision du 30 août. Une déclaration du président a fini par être adoptée en conjonction avec le texte de la décision proprement dite du Conseil.¹⁷ L'importance légale précise d'une telle déclaration reste vague, mais en droit international il est probable qu'elle présente une certaine pertinence pour l'interprétation de l'Accord sur les ADPIC et du texte de la décision du 30 août. Les É.-U. ont cherché à faire inclure dans la déclaration du président certains éléments pour limiter la portée du texte de la décision proprement dite.

Motivation non commerciale

Par exemple, les É.-U. ont fait pression en vain pour qu'il soit affirmé, dans une déclaration, que la décision n'allait pas être utilisée pour des « gains commerciaux » – une tenta-

tive évidente de limiter le système à une production pharmaceutique gouvernementale ou publique à des fins de charité, et d'exclure toute possibilité que des licences obligatoires soient accordées à des compagnies génériques du secteur privé. Cette proposition a été rejetée pour la raison qu'elle aurait entravé considérablement l'effet concret du système, puisque aucun fabricant générique ne s'affairerait à une production sans perspective d'un certain gain commercial. À cet effet, la déclaration du président affirme que le système « ne devrait pas être un instrument visant la réalisation d'objectifs de la politique industrielle ou commerciale ». Il reste à voir si les É.-U. utiliseront cette « compréhension » pour entraver les efforts qui visent l'accroissement de la capacité des compagnies génériques à but lucratif de fabriquer des produits pour l'exportation en vertu du nouveau système de l'OMC.

Membres de l'OMC admissibles à faire l'importation

Les É.-U. et les pays de la C.E. ont tenté par ailleurs d'établir des listes de pays autorisés à avoir recours au système pour l'importation de produits pharmaceutiques génériques, à partir de données sur l'importance de leur capacité manufacturière ou leur niveau de revenu. Ces efforts ont été rejetés : la décision est claire, à l'effet que les Membres de l'OMC détermineront eux-mêmes s'ils ont recours au système pour importer des produits pharmaceutiques.

En ce qui concerne les pays « les moins développés », tels que définis par les Nations Unies, la décision pose automatiquement pour hypothèse qu'ils n'ont pas de capacité pharmaceutique suffisante et sont donc autorisés à avoir recours au

mécanisme établi par la décision du 30 août afin d'importer des produits pharmaceutiques génériques. Tout autre État membre de l'OMC qui souhaite le faire doit démontrer que sa capacité est inexistante ou actuellement insuffisante à ses besoins. Toutefois, d'après la déclaration du président, l'État doit aviser le Conseil des ADPIC par écrit, quant à la manière dont il s'y est pris pour arriver à cette conclusion; de plus, tout autre État peut soumettre au Conseil des ADPIC une question relative à l'interprétation ou à la mise en œuvre de la décision, « pour examen rapide, en vue d'une action appropriée ». L'approbation de la décision du pays par l'OMC n'est pas en soi une condition nécessaire. Toutefois, cette disposition pourrait être utilisée par des pays comme les É.-U. pour faire pression sur des pays en développement afin qu'ils renoncent à utiliser le système pour importer des produits pharmaceutiques génériques.

Certains pays ont accepté des restrictions additionnelles à leurs droits souverains d'utiliser des licences obligatoires, pour apaiser les brevetés pharmaceutiques et le gouvernement des É.-U.

Bien qu'ils aient échoué à faire adopter une liste de pays admissibles et non admissibles à l'importation, les É.-U. sont parvenus à obtenir de certains Membres de l'OMC des engagements officiels à ne pas avoir recours au système en tant qu'import-

tateurs. D'après la déclaration du président, 11 pays à revenu moyen se sont engagés à n'avoir recours à des licences obligatoires pour l'importation de produits pharmaceutiques « que dans des situations d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence ».¹⁸ De plus, dix pays de l'Europe de l'Est se sont eux aussi engagés à ne recourir à des licences obligatoires pour l'importation qu'en situation d'urgence, et à renoncer entièrement à cette importation une fois qu'ils feront partie de l'Union européenne.¹⁹ En outre, 23 pays à revenu élevé « sont convenus de s'abstenir d'utiliser le système en tant qu'importateurs », et ce, même devant une urgence nationale qui dépasserait leur capacité domestique de produire des médicaments génériques.²⁰ Les gouvernements de ces pays ont ainsi accepté d'aller plus loin dans les restrictions à leurs droits souverains d'utiliser des licences obligatoires – des droits reconnus dans l'Accord sur les ADPIC et affirmés dans la Déclaration de Doha – afin d'apaiser l'industrie pharmaceutique brevetée et le gouvernement des É.-U.

Réaction à la décision du 30 août de l'OMC

La décision du 30 août 2003 et la déclaration d'accompagnement prononcée par le président ont suscité des réactions diverses. L'Organisation mondiale de la santé s'est dite « encouragée » par la décision, tout en soulignant que :

Cet accord couvre tous les médicaments et il permettra de lutter plus efficacement contre de nombreuses maladies, en particulier le sida, la tuberculose et le paludisme. [...] Compte tenu de l'urgence des besoins sanitaires dans les pays les plus démunis, cet accord doit être mis en

œuvre le plus rapidement possible. L'efficacité de son application au niveau des pays conditionne la réalisation de tout son impact potentiel. Pour qu'il ait les effets recherchés sur la santé publique, les pays devront passer en revue toute la gamme des médicaments proposés par de multiples fournisseurs, y compris les producteurs de médicaments génériques, avant de prendre leurs décisions d'achat. L'OMS demande toujours à ses États Membres de faire jouer toute la souplesse permise par l'Accord sur les ADPIC pour protéger la santé publique.²¹

Des ONG ont signalé que cette entente qualifiée de cadeau pour les pauvres est en fait un « cadeau emballé dans la paperasse administrative ».

Une coalition d'ONG, incluant les plus impliqués dans les négociations de l'OMC, ont diffusé une déclaration à l'effet que, même si l'entente a été décrite comme un cadeau pour les pauvres, il s'agit d'un « cadeau emballé dans la paperasse administrative ».²² Ces intervenants non gouvernementaux ont critiqué la complexité inutile du système établi dans le cadre de la décision – notamment l'exigence d'une licence obligatoire à la fois dans le pays importateur et dans le pays exportateur, et le fait de donner à l'OMC elle-même un nouveau pouvoir de regard sur les décisions de pays souverains de donner des licences obligatoires; ils ont aussi critiqué le fait que l'on donne des occasions de plus aux É.-U. et à d'autres pays riches de faire pression sur les pays en

développement pour qu'ils s'abstiennent d'avoir recours à des licences obligatoires. Cependant, à l'instar de l'OMS, ils ont aussi exhorté tous les pays à commencer à avoir recours aux éléments de souplesse de l'Accord sur les ADPIC et de la décision du 30 août afin de rehausser sans délai l'accès à des médicaments abordables.

Application de la décision du 30 août de l'OMC : le projet de loi C-56 du Canada

Depuis l'adoption de la Déclaration de Doha (novembre 2001), des militants canadiens²³ demandaient au gouvernement du Canada d'apporter les changements législatifs nécessaires pour permettre aux fabricants canadiens de produits pharmaceu-

L'annonce de l'intention du Canada d'amender sa Loi sur les brevets pour appliquer la décision de l'OMC a reçu une attention planétaire.

tiques génériques d'approvisionner des pays en développement. Comme d'autres ONG actifs à l'OMC, ils ont soutenu que le Canada devrait miser sur la flexibilité offerte dans l'article 30 de l'Accord sur les ADPIC, pour établir des « exceptions limitées » aux droits de brevets en vue de permettre l'exportation de génériques.

On leur a fait maintes fois la réponse qu'une telle action était improbable avant l'issue des négociations multilatérales à l'OMC à pro-

pos du problème du paragraphe 6 de Doha. Comme susmentionné, la possibilité de recours à l'article 30 de l'Accord sur les ADPIC n'était pas abordée dans les négociations à l'OMC, où l'on concentrait plutôt les discussions sur une possibilité de dérogation ou d'amendement à l'alinéa 31(f) de l'Accord sur les ADPIC.

Appels renouvelés à amender la Loi sur les brevets

Avec l'adoption de la décision de l'OMC du 30 août, les militants canadiens ont redoublé d'efforts pour inciter le gouvernement du Canada à agir.

- Le 10 septembre 2003, l'Association canadienne du médicament générique a écrit à l'honorable Pierre Pettigrew, alors ministre du Commerce international, demandant que le gouvernement change sa loi sur les brevets pour permettre la fabrication de versions génériques de médicaments brevetés, pour l'exportation.²⁴ À Cancún lors de la conférence ministérielle de l'OMC, un représentant d'Oxfam Canada a appuyé cette demande, affirmant qu'il s'agissait d'une « manière concrète » par laquelle le Canada pourrait rendre des médicaments abordables pour les pays qui en ont besoin.²⁵
- Le 12 septembre 2003, l'envoyé spécial des Nations Unies pour le VIH/sida en Afrique, Stephen Lewis, a prononcé un discours programme à l'assemblée générale annuelle du Réseau juridique canadien VIH/sida, à Montréal; à cette occasion, il a exhorté le gouvernement canadien à amender immédiatement la Loi sur les brevets, pour com-

mencer à progresser vers la réalisation du droit à la santé des personnes pauvres dans les pays en développement.²⁶ Il a réitéré cet appel une semaine plus tard, le 20 septembre 2003, à Nairobi lors de la Conférence internationale sur le sida et les MTS en Afrique, et cette fois ses remarques ont été rapportées à plus grande échelle.

- Le 23 septembre 2003, un texte de commentaire du Réseau juridique canadien VIH/sida était publié dans le *Globe and Mail*, le principal quotidien national anglais du Canada, où le Réseau affirmait qu'il « ne reste plus d'excuses » et demandait que le gouvernement amende la Loi sur les brevets.²⁷ Le même jour, quatre ONG nationales réitéraient cette demande dans une lettre au ministre de l'Industrie, Alan Rock, ainsi qu'à d'autres ministres fédéraux.²⁸

L'annonce du gouvernement et la réaction

Le 25 septembre, le gouvernement canadien a répondu par l'annonce qu'il allait amender la loi canadienne sur les brevets afin d'appliquer la décision de l'OMC.²⁹ La nouvelle a reçu une attention planétaire. L'UNICEF a réagi à la décision en affirmant qu'elle représentait « la première mesure importante prise par un grand pays industrialisé pour surmonter un obstacle structurel et faire parvenir à ceux qui en ont désespérément besoin des médicaments qui pourront leur sauver la vie ».³⁰

À l'inverse, l'International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA), le groupe international de lobby de l'industrie pharmaceutique brevetée, a déclaré

que Stephen Lewis « nous amène tous sur la voie de la facilité vers un cul-de-sac », ajoutant que l'initiative canadienne « ne résoudra rien » et qu'il s'agirait d'un « œil au beurre noir pour le Canada », qui « affectera certainement le climat des investissements » [trad.].³¹ Harvey Bale, directeur général de l'IFPMA, a laissé entendre qu'il serait plus important d'augmenter les contributions financières pour améliorer les infrastructures de soins de santé des pays en développement (une requête que les activistes canadiens ont constamment répétée en conjonction avec leur revendication d'amendement aux lois sur les brevets).

Les organismes de la société civile du Canada ont accueilli favorablement l'annonce du gouvernement.³² Mais s'inquiétant de remarques de certains ministres dans l'annonce de l'amendement prévu, ils ont exhorté le gouvernement à ne pas restreindre l'amendement à certaines maladies spécifiques ou aux cas d'urgence. Ils ont signalé qu'une telle approche serait un pas à reculons sur le consensus déjà exprimé dans la décision du 30 août de l'OMC, qui n'impose aucune limite de ce genre.³³

Quelques jours après l'annonce du gouvernement, Médecins Sans Frontières Canada, le Réseau juridique canadien VIH/sida, Oxfam Canada et le Syndicat des travailleurs canadiens de l'automobile (TCA) ont convoqué une conférence de presse, à laquelle Stephen Lewis a participé à leurs côtés, pour réitérer leur appui à l'initiative du gouvernement et l'exhortant à agir rapidement. Ils ont répété que le Canada ne devait pas faire de choix législatifs rétrogrades par rapport à la décision de l'OMC en réintroduisant de manière unilatérale des restrictions touchant par exemple la gamme de problèmes de santé qui

seraient couverts.³⁴ À la conférence de presse, le Réseau juridique a rendu public un document de fond qu'il a par la suite distribué aux membres du Parlement, expliquant les arguments en faveur d'amendements à la Loi sur les brevets qui reflètent la pleine portée de la décision du 30 août à l'OMC.³⁵

En parallèle à la conférence de presse de ces importants intervenants de la société civile canadienne, plus de 70 ONG de nombreux pays (notamment de Chine, d'Allemagne, de Colombie, d'Afrique du Sud, du Royaume-Uni, du Canada, du Kenya, de Thaïlande, des États-Unis, du Nigeria et d'Italie) ont signé une déclaration conjointe d'ONG appuyant l'initiative tout en exhortant le gouvernement du Canada à veiller à ne pas faire de compromis et à appliquer dans sa pleine mesure la décision du 30 août de l'OMC.³⁶ La Treatment Action Campaign et l'AIDS Law Project d'Afrique du Sud ont aussi diffusé une déclaration.³⁷ Le message des activistes des quatre coins du monde a été relayé en mains propres aux journalistes présents à la conférence de presse de Toronto.

Le même jour, les médias ont rapporté que Paul Martin, appelé à devenir premier ministre du Canada quelques mois plus tard, avait exprimé son appui à l'initiative.³⁸ Le groupe des Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (R_x&D, l'instance de lobby des compagnies canadiennes productrices de médicaments brevetés) a annoncé par communiqué de presse que « R_x&D continuera à travailler de concert avec le gouvernement fédéral à l'élaboration de toute proposition législative destinée à apporter du secours humanitaire », mais ne pourrait « émettre d'autres commentaires à ce sujet » que lorsque « le gouvernement

aura pris sa décision ». Le communiqué de R_x&D avançait aussi que la décision du 30 août de l'OMC « touche à l'approvisionnement de médicaments brevetés visant à traiter le VIH/sida et d'autres maladies graves comme la tuberculose et la malaria »,³⁹ une affirmation que le Réseau juridique canadien VIH/sida a dénoncée comme étant une qualification trompeuse, trop étroite, de la décision de l'OMC.

Plaidoyer et consultation en cours

Comme suite à l'annonce du gouvernement, une poignée d'organismes de la société civile canadienne se sont impliqués dans des discussions approfondies avec des représentants gouvernementaux de cinq ministères, afin que le gouvernement applique la décision de l'OMC dans sa pleine mesure et avec toute la flexibilité qu'elle permet.

Cependant, à la mi-octobre, des préoccupations grandissaient parmi les ONG : le gouvernement ne s'était pas engagé publiquement à appliquer la pleine portée de la Déclaration de Doha et de la décision de l'OMC du 30 août, dans son amendement à venir, ni à s'abstenir de limiter l'amendement à seulement quelques maladies spécifiques ou aux situations d'urgence. Le 16 octobre 2003, les médias ont rapporté que, de fait, le gouvernement avait l'intention d'imposer de telles limites.⁴⁰ Le jour même, cinq organismes se sont unis dans une lettre ouverte aux ministres de l'Industrie et du Commerce international, pour demander au gouvernement d'exposer publiquement sa position sur cinq questions fondamentales, dont les restrictions susmentionnées.⁴¹ La lettre a été disséminée aux médias, à d'autres ONG ainsi qu'à d'importants ministres et députés, en

plus d'être déposée sur Internet aux côtés d'autres importants documents ayant trait à la campagne pour l'amendement à la Loi sur les brevets.

D'autres initiatives ont suivi peu de temps après. Plus de 20 organismes de la société civile du Canada et plus de 100 individus ont signé une déclaration exhortant le gouvernement canadien à amender rapidement la Loi sur les brevets et à ne pas compromettre son initiative en la limitant à des maladies spécifiques ou aux pays aux prises avec des urgences.⁴² Peu de

D'autres reportages ont tenu le dossier dans la mire du public et des textes d'opinion ont maintenu la pression pour que le gouvernement introduise une législation adéquate.

temps après, des exhortations semblables étaient signées par plus d'une centaine de médecins, de professionnels de la santé et d'étudiants en médecine, au Canada et à l'étranger.⁴³

À la Chambre des communes, des députés du Nouveau parti démocratique ont demandé à maintes reprises que le gouvernement agisse rapidement et dépose la législation attendue, sans la limiter à certaines maladies.⁴⁴ De nouveaux reportages⁴⁵ ont tenu le dossier dans la mire du public et des textes d'opinion⁴⁶ ont maintenu la pression pour que le gouvernement introduise une législation adéquate. Des activistes de divers pays ont contacté le gouvernement et ses représentants diplomatiques dans plusieurs pays, pour demander que

l'on n'impose pas des restrictions superflues et injustifiées, dans l'amendement.⁴⁷

Les activistes ont aussi demandé que les É.-U. n'invoquent pas les règles sur la propriété intellectuelle dans le cadre de l'Accord de libre échange nord-américain (ALÉNA) pour paralyser l'initiative du Canada – en particulier puisque ces règles, à plusieurs égards importants, sont identiques à celles de l'Accord sur les ADPIC que l'on venait de résoudre par consensus dans la décision de l'OMC du 30 août.⁴⁸ Le 7 octobre 2003, à la suite d'une rencontre des ministres du Commerce extérieur des trois pays de l'ALÉNA, à Montréal, le représentant au Commerce étranger des É.-U. et le ministre des Finances du Mexique ont annoncé qu'ils ne s'opposeraient pas à l'initiative.⁴⁹ Une certaine dose d'incertitude a persisté quant à la position des É.-U.; et un « haut fonctionnaire canadien » a été cité comme ayant affirmé qu'il « était entendu » que « conformément à l'entente à l'OMC, [les exportations] seraient seulement pour le traitement du sida, de la tuberculose, du paludisme et d'autres urgences de santé publique ». ⁵⁰ Cependant, les activistes ont décidé d'accueillir la déclaration des É.-U. pour ce qu'elle valait, en tant qu'engagement à ne pas avoir recours aux dispositions de l'ALÉNA pour bloquer la pleine application par le Canada de la décision du 30 août de l'OMC.

Le projet de loi C-56 : la législation est déposée mais défailante

Après d'autres rencontres avec les compagnies pharmaceutiques brevetées et génériques ainsi que des ONG, le gouvernement a déposé à la Chambre des communes le projet de loi C-56, le 6 novembre 2003.⁵¹ Le

projet de loi propose d'amender la Loi sur les brevets pour prévoir l'octroi de licences obligatoires permettant à des compagnies de produits pharmaceutiques génériques de fabriquer des versions génériques de produits brevetés, pour exporter aux pays qui n'ont pas de telle capacité, et qui ont recours au système établi dans la décision du 30 août de l'OMC pour importer des produits pharmaceutiques génériques. (Les dispositions du projet de loi n'affectent pas les monopoles des titulaires de brevets sur le marché canadien.)

Réaction favorable au dépôt du projet de loi

Ce projet de loi a fait du Canada le premier pays à prévoir des mesures pour appliquer la décision du 30 août. Le projet de loi C-56 a été accueilli favorablement par l'OMS, qui a déclaré : « Si cette décision était reprise par d'autres pays exportateurs et si elle s'associait à des efforts accrus pour améliorer les infrastructures sanitaires et la prestation des services, elle deviendrait une étape capitale pour combler le fossé qui empêche des millions de personnes de se procurer, par manque de moyens, les médicaments essentiels dont ils ont besoin. » ⁵² Le rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé a aussi accueilli favorablement l'initiative, en faisant remarquer qu'en vertu du droit international sur les droits de la personne, les gouvernements ont la responsabilité de fournir de l'assistance et une coopération internationale pour la réalisation des droits humains. Il a signalé l'importance que tout amendement législatif ou aux politiques reflète dans sa pleine mesure l'esprit et la portée de la Déclaration de Doha, de même que les obligations connexes en vertu des lois sur les droits humains.⁵³

Les organismes de la société civile du Canada ont aussi loué l'introduction de la législation. Ils ont constaté favorablement que le projet de loi C-56 ne contenait pas de liste limitée de maladies ou d'affections spécifiques, pour l'octroi de licences obligatoires visant des médicaments; ils se sont réjouis également qu'on n'y restreigne pas le recours aux licences obligatoires uniquement aux cas d'urgence ou extrêmes.

De plus, ils ont accueilli favorablement le fait que le projet de loi C-56 précise un taux modeste de « redevance de deux pour cent de la valeur des produits pharmaceutiques exportés au titre de l'autorisation ». ⁵⁴ Cela s'harmonise à l'objectif ultime de rendre possible, à des fabricants génériques qui opéreraient vraisemblablement avec de faibles marges de profit dans des contrats avec des pays

Les faiblesses du projet de loi C-56 nuiront à l'objectif d'autoriser des licences obligatoires pour l'exportation de produits pharmaceutiques à plus bas prix aux pays qui en ont besoin.

en développement, de fournir des produits à prix éventuellement très bas pour ces pays.

Les lacunes du projet de loi C-56

Toutefois, diverses inquiétudes sérieuses persistent à propos du projet de loi. Les organismes de la société civile du Canada appuient fortement l'objectif d'autoriser des licences obligatoires pour l'exportation de pro-

duits pharmaceutiques à prix inférieur pour les pays qui en ont besoin. Mais les lacunes du projet de loi C-56, dans sa forme proposée, nuiraient à l'atteinte de son objectif. Par conséquent, la législation doit être modifiée sur plusieurs plans importants, avant son adoption; et des organismes de la société civile ont exhorté le gouvernement à « en régler les problèmes ». ⁵⁵ Quatre faiblesses centrales sont abordées ci-dessous. ⁵⁶

(1) Dispositions permettant aux brevetés des actes anti-concurrentiels pour bloquer l'octroi de licences aux génériques

Tel qu'il a été déposé au Parlement, le projet de loi C-56 donne aux titulaires de brevets canadiens une occasion superflue et indésirable de s'adonner à des actions anti-concurrentielles afin d'empêcher les fabricants génériques d'obtenir des licences pour produire et exporter des produits pharmaceutiques. Le projet de loi C-56 établit un processus à l'effet qu'un fabricant générique désireux de fabriquer un produit breveté, pour l'exportation, doit signaler au Commissaire aux brevets son intention de demander une licence obligatoire. L'avis doit préciser le nom du produit, la quantité à produire, le pays vers lequel il serait exporté ainsi que les termes et conditions du contrat entre le fabricant générique et le gouvernement du pays concerné.

L'avis doit inclure une déclaration à l'effet que le produit n'est pas breveté dans le pays de destination ou, s'il y est breveté, une déclaration écrite de l'État à l'effet qu'il a octroyé une licence obligatoire (ou entend le faire) en vertu de l'article 31 de l'Accord sur les ADPIC. Si le pays importateur est membre de l'OMC, le document soumis doit être l'avis écrit que l'État a fourni au Conseil des

ADPIC conformément à la décision du 30 août de l'OMC. Il doit ensuite être transmis au titulaire du brevet canadien du produit, qui dispose de 30 jours pour répondre. L'une des options qui s'offrent au titulaire du brevet est d'accorder au fabricant générique une licence volontaire l'autorisant à fabriquer le produit pour exportation tel qu'établi dans l'avis déposé, en échange d'une redevance de 2% conformément aux dispositions du projet de loi. ⁵⁷

Cependant, le projet loi C-56 offre au titulaire du brevet un autre choix, qui n'est pas requis par l'Accord sur les ADPIC. Le titulaire du brevet se voit accorder le droit de s'emparer du contrat négocié entre le fabricant générique et le gouvernement du pays en développement en question. ⁵⁸ Pour ce faire, le titulaire du brevet doit se soumettre aux termes et conditions du contrat négocié entre le fabricant générique et le pays en développement. Dans ce cas, le titulaire du brevet n'a pas seulement l'avantage de dérober le contrat à son éventuel compétiteur : il n'a du même coup aucune obligation de négocier les termes d'une licence volontaire au fabricant générique; et le Commissaire aux brevets n'a pas la possibilité d'octroyer une licence obligatoire à ce dernier. En conséquence, le fabricant générique n'obtient aucune licence, ni volontaire ni obligatoire.

Au départ, dans quelques cas, ce processus pourrait entraîner une baisse du prix d'un médicament particulier, pour un pays en développement qui aurait négocié un contrat avec un fabricant générique. Cependant, les fabricants génériques perdraient rapidement toute incitation à même négocier de tels contrats. Le titulaire du brevet en question aurait la possibilité d'empêcher maintes fois le fabricant générique d'obtenir la

licence nécessaire à remplir le contrat. Bientôt, il n'y aurait plus aucune concurrence potentielle de la part de fabricants génériques – et plus aucune raison pour laquelle les titulaires de brevets seraient encouragés à réduire leurs prix. Comme l'a signalé l'association qui représente l'industrie canadienne des médicaments génériques, « si les fabricants de génériques dépensaient temps et argent pour négocier les termes et conditions d'une entente et que les fabricants de produits d'origine détenant les brevets pour ces produits se substituaient alors à eux, les fabricants de génériques réaliseraient alors très rapidement la futilité de tenter de faire en sorte qu'on atteigne les objectifs visés. ».⁵⁹

De plus, en vertu du projet de loi C-56, un fabricant générique n'obtiendrait la licence que pour une durée maximale de deux ans.⁶⁰ Cela sera probablement un facteur peu attirant pour les fabricants génériques, car ils n'auraient pas nécessairement la possibilité de fournir les produits pour une période significative et de réaliser les économies d'échelle nécessaires à garder les prix bas tout en faisant un profit, même petit. De plus, cela signifie que le titulaire du brevet canadien aurait une autre occasion, deux ans plus tard, de s'emparer du contrat du fabricant générique et de l'empêcher d'obtenir une nouvelle licence (une voie qui pourrait être attrayante pour un titulaire de brevet lorsque le contrat initial avec le fabricant générique, et possiblement une augmentation des fonds du pays pour l'achat de médicaments, aurait entraîné une augmentation du potentiel de marché du produit).

Ces dispositions du projet de loi C-56 contrecarrent l'objectif énoncé d'appliquer la décision du 30 août de l'OMC – faire en sorte que les pays qui n'ont pas de capacité pharmaceu-

tique puissent avoir recours de manière efficace à des licences obligatoires pour se procurer des produits pharmaceutiques moins chers. Donner aux titulaires de brevets un moyen supplémentaire d'empêcher les compagnies génériques d'obtenir des licences va directement à l'encontre dudit objectif. De plus, ces dispositions vont au delà des obligations du Canada en vertu de l'Accord sur les ADPIC.

En vertu de l'alinéa 31(b) de l'Accord sur les ADPIC, avant l'octroi d'une licence obligatoire il doit d'abord y avoir un effort de négocier une licence volontaire avec le titulaire du brevet, « suivant des conditions et modalités commerciales raisonnables ». ⁶¹ Si ces négociations n'ont pas abouti « dans un délai raisonnable », une licence obligatoire peut être octroyée par l'autorité compétente, qui détermine alors la « rémunération adéquate » à verser au titulaire du brevet. D'une façon ou de l'autre, toutefois, le fabricant générique peut obtenir la licence et le titulaire du brevet touche une compensation.

À l'heure actuelle, le projet de loi C-56 du Canada donnerait un avantage de plus aux titulaires de brevets. En s'emparant d'un contrat négocié par un fabricant générique, le titulaire du brevet peut empêcher le fabricant générique d'obtenir toute licence, volontaire ou obligatoire. Ainsi, le projet de loi va plus loin que les obligations du Canada de protéger les droits de propriété intellectuelle en vertu de l'Accord sur les ADPIC – et cela, au détriment de la réaction aux problèmes de santé publique des pays en développement.

(2) Liste limitée de produits pharmaceutiques

Le projet de loi C-56 introduit par ailleurs une liste limitée de produits

pharmaceutiques pour lesquels une licence obligatoire peut être obtenue.⁶² Il s'agit (dans la version déposée aux communes) de la liste des produits qui figurent sur la Liste modèle des médicaments essentiels publiée par l'OMS et qui sont brevetés au Canada. Le projet de loi prévoit que le Cabinet du gouvernement canadien puisse autoriser l'ajout (ou la suppression) de tout « produit breveté pouvant être utilisé pour remédier à des problèmes de santé publique » et créer un « comité consultatif » pour le conseiller sur les possibilités d'ajouts (ou retraites) à la liste approuvée.⁶³

Une lacune du projet de loi C-56 est cette liste très limitée de produits. Par exemple, huit des médicaments antirétroviraux (ARV) utilisés pour le traitement du VIH/sida et approuvés pour la vente au Canada ne font pas partie de la liste envisagée pour l'octroi d'une licence obligatoire – pas plus que certaines formulations combinées comme le Trizivir et le Combivir, qui contiennent toutes deux de la lamivudine (3TC) – l'un des ARV les plus prescrits à l'heure actuelle, qui n'est toutefois pas inclus dans la liste du projet C-56.

Les formulations de plusieurs médicaments en un seul comprimé, dont le régime d'administration est plus simple, peuvent être particulièrement utiles dans des situations où les systèmes de soutien et les infrastructures des soins de santé sont moins qu'idéales, un facteur à considérer dans l'extension de l'accès aux ARV dans plusieurs parties du monde en développement. Dans le cadre de sa récente initiative « *Three by five* » (pour fournir des traitements ARV à trois millions de personnes séropositives dans des pays en développement d'ici à 2005), l'OMS a ajouté, à la liste des médicaments qui rencontrent ses critères de qualité, d'innocuité et

d'efficacité, trois versions génériques de combinaisons à dosage fixe pour le traitement de première intention.⁶⁴ Or deux des médicaments qui font partie de ces combinaisons – la lamivudine et la névirapine – ne sont pas dans la liste prévue au projet de loi C-56.

Les organismes de la société civile doutent de la nécessité d'une liste. Une liste limitée de produits serait un pas à reculons sur l'accord multilatéral que reflète la décision du 30 août 2003, dans laquelle tous les Membres de l'OMC ont appuyé une approche qui ne se limite pas à certains médicaments ou produits énumérés. De plus, le fait de demander l'approbation du cabinet fédéral pour l'ajout d'un produit sur la liste placerait le gouvernement canadien dans une position de contrôleur de l'accès des pays en développement à

Des organismes de la société civile ont proposé des manières d'améliorer certains aspects du projet de loi.

des produits pharmaceutiques génériques canadiens, en plus d'introduire des délais supplémentaires. Par ailleurs, le fait de confier ce pouvoir à une instance canadienne comme le cabinet fédéral ouvrirait la porte au lobbying éventuel de titulaires de brevets pour empêcher l'ajout à la liste d'un produit dans lequel ils peuvent avoir des intérêts.

Par conséquent, les organismes de la société civile ont formulé des propositions pour améliorer cet aspect

du projet de loi, afin que la loi canadienne respecte le droit des pays souverains en développement de déterminer eux-mêmes quels besoins justifient le recours à des licences obligatoires pour obtenir des produits pharmaceutiques moins chers.

(3) Bienfaits refusés à certains pays non-membres de l'OMC

En vertu du mécanisme actuellement proposé dans le projet de loi, tous les « pays les moins avancés » pourront bénéficier de l'exportation de produits pharmaceutiques génériques du Canada, sans égard au fait qu'ils soient membres ou non de l'OMC.⁶⁵ Cependant, parmi les autres pays en développement, qui ne font pas partie des « moins avancés », le projet de loi C-56 ne couvre que ceux qui sont membres de l'OMC. Ceux qui ne sont pas membres de l'OMC n'auraient pas la possibilité d'importer des produits pharmaceutiques génériques du Canada. Cela inclut des pays aux prises avec maints problèmes de santé publique – notamment de graves épidémies de VIH/sida, dans certains cas –, des ressources limitées, des taux élevés de pauvreté et un piètre accès aux médicaments.⁶⁶ Il n'y a pas de motif valable pour refuser les bénéfices de cette loi à ces pays. On ne devrait pas être obligé de faire partie de l'OMC pour pouvoir importer des médicaments à plus bas prix de fournisseurs canadiens.

(4) Absence de disposition pour l'obtention de génériques par des ONG

À l'heure actuelle, le projet de loi C-56 prévoit que le gouvernement, ou un « mandataire » de ce gouvernement, pourrait convenir d'un contrat avec un fabricant canadien pour l'achat de produits pharmaceutiques. Les ONG et d'autres instances du

secteur privé qui fournissent des traitements dans des pays en développement, n'étant pas « mandataires » de gouvernements, ne seraient probablement pas couverts par la loi. Nonobstant les assurances de rédacteurs législatifs du gouvernement canadien à ce sujet, l'interprétation de l'expression « mandataire de ce gouvernement » comme incluant les organismes communautaires pourrait s'avérer pour le moins lointaine. Or les ONG sont souvent d'importants fournisseurs de soins de santé dans plusieurs pays en développement et dans la réaction aux crises humanitaires. Il serait malavisé d'exiger que les ONG soient désignés comme mandataires du gouvernement, pour leur accorder des fournitures médicales nécessaires à traiter les patients. Cela imposerait encore des délais et donnerait aux gouvernements – notamment en cas de piètres relations avec les ONG – une autre occasion de faire des jeux politiques qui compromettent la vie et la santé de personnes qui ont besoin de traitements.

Or aucun des termes de l'entente du 30 août 2003 à l'OMC, sur les licences pour l'exportation, ni aucune règle de l'OMC, ne requiert que le recours au mécanisme soit limité aux gouvernements et à leurs mandataires. Cette restriction devrait être abandonnée : le projet de loi devrait autoriser explicitement que les fabricants génériques puissent signer des contrats directement avec des ONG, pour la fourniture de produits pharmaceutiques à moindre prix.

L'avenir du projet de loi C-56 et la décision du 30 août

Le projet de loi C-56 a été introduit à la Chambre des communes le 6 novembre 2003. La journée suivante devait être la dernière avant la

prorogation (i.e. la fin) de la session parlementaire par le premier ministre sortant Jean Chrétien, en vue de l'élection d'un nouveau chef du Parti libéral qui prendrait sa relève comme premier ministre. Le leader en chambre du Parti libéral a obtenu l'accord de tous les partis à faire passer la législation rapidement par les trois étapes nécessaires, avant la prorogation.

Toutefois, s'inquiétant des graves lacunes du projet de loi, des organismes de la société civile se sont mobilisés, les 6 et 7 novembre, et ont communiqué avec le Parti libéral et avec les autres partis politiques aux communes. Ils les ont incités à ne pas adopter le projet de loi dans sa forme actuelle lacunaire, mais plutôt à le déférer à un comité pour discussions plus étoffées et pour un débat sur les manières de l'améliorer.⁶⁷ En conséquence, le gouvernement a décidé de ne pas procéder sur-le-champ à la troisième lecture, finale, du projet de loi C-56,⁶⁸ une décision appuyée par le Nouveau parti démocratique. Le projet de loi a ainsi franchi les étapes de première et deuxième lectures, puis a été soumis au Comité permanent de la Chambre des communes sur l'Industrie, la Science et la Technologie, pour examen.⁶⁹

Lorsque le premier ministre sortant, Jean Chrétien, a prorogé le Parlement le 12 novembre 2003, le projet de loi C-56 est mort au feuillet. Deux jours plus tard, des activistes canadiens se sont rassemblés devant l'entrée du Metro Convention Centre, au centre-ville de Toronto, où avait lieu le congrès national du Parti libéral pour confirmer l'élection de Paul Martin comme nouveau chef du parti – et premier ministre du Canada. Affublés de costumes, au milieu de décors improvisés, les activistes ont joué une partie

de « hockey de rue pour la santé mondiale », afin de souligner leur demande que M. Martin règle les problèmes du projet de loi C-56 et voie rapidement à son adoption.⁷⁰ Ils ont aussi distribué des feuillets arborant ce message, aux délégués du parti, dans le centre des congrès, et donné des entrevues aux journalistes.

Au moment de mettre la dernière main au présent article, il a été rapporté que le nouveau premier ministre, Paul Martin, prévoyait réintroduire le projet de loi au Parlement au début de 2004. Compte tenu de l'appui de tous les partis en Chambre, à l'égard du projet de loi, l'on s'attend à ce qu'il soit réintroduit à l'étape législative à laquelle il était rendu à la session précédente; ainsi, le processus reprendrait à la phase des audiences du Comité permanent. Des reportages ont signalé que M. Martin a reconnu que le projet de loi C-56 contient des « lacunes », dans sa forme actuelle.⁷¹ Les activistes canadiens continuent d'exhorter le premier ministre et le gouvernement à « régler les faiblesses du projet de loi » et à veiller à ce qu'il soit adopté rapidement dans la prochaine session du Parlement.⁷²

La promotion des droits et intérêts auprès de l'OMC demeure également cruciale. La décision du 30 août a mandaté le Conseil des ADPIC de commencer, avant la fin de 2003, la préparation d'un amendement plus permanent à l'Accord sur les ADPIC, pour remplacer la dérogation provisoire, en vue d'une adoption de cet amendement vers le milieu de 2004. Une fois l'amendement entériné, et en vigueur dans tout État membre de l'OMC, la décision du 30 août et toute dispense qui en découle prendront fin dans ce pays.⁷³ Les ONG ont exhorté les Membres de l'OMC « à rédiger un amendement à l'Accord sur les ADPIC qui simplifiera et clari-

fiera les procédures et éliminera les obstacles à l'exportation de médicaments pour réagir aux problèmes de santé publique ». ⁷⁴

Les activistes du Canada devraient aussi veiller à ce que le processus pour parvenir à une solution plus durable, à l'OMC, ne soit pas utilisé pour affaiblir le projet de loi C-56 et, également, qu'aucune caractéristique négative du projet de loi C-56 ne soit utilisée comme un mauvais précédent pour affaiblir la solution permanente à l'OMC.

Conclusion

Outre l'amendement des lois sur les brevets pour favoriser l'accès à des produits pharmaceutiques à moindre coût, plusieurs autres mesures doivent être mises en œuvre pour l'avènement d'une réponse mondiale efficace à la pandémie du VIH/sida et à d'autres défis de santé – notamment une mobilisation des ressources nécessaires à l'achat de produits pharmaceutiques, un renforcement des systèmes de soins de santé dans les endroits où ils sont déficients, et le déploiement d'un leadership politique solide pour surmonter les stigmates et la discrimination qui continuent de nuire aux efforts de prévention du VIH et qui empêchent des personnes de recourir au test du VIH, aux soins, aux traitements et au soutien.

Mais le projet de loi C-56 est une initiative d'importance. Il revêt entre autres une importance symbolique, car un pays développé qui applique la décision de l'OMC du 30 août – s'il le fait de bonne foi et adéquatement – aide à accroître la capacité politique des pays en développement de recourir à leur tour à des options du registre des politiques, comme les licences obligatoires, pour obtenir des produits pharmaceutiques moins chers. Et, si cela conduit éventuellement à ce

que les fabricants génériques canadiens fournissent des produits à des prix considérablement moins élevés que ce que pourraient autrement devoir payer les patients dans les pays en développement, les bénéfices concrets seront très grands. À plus court terme, nous verrons si le Canada tiendra sa promesse.

— Richard Elliott

¹ Déclaration ministérielle sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, Conférence ministérielle, quatrième session, Doha, 9-14 novembre 2001, WT/MIN(01)/DEC/2. Pour un sommaire de la Déclaration et un commentaire à son sujet, voir R. Elliott, « Conférence ministérielle de l'OMC : adoption d'un Accord sur les ADPIC et la santé publique », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 57-59.

² Annexe 1C de l'Accord instituant l'Organisation mondiale du commerce, 14 avril 1994.

³ Pour un résumé de ces affaires, voir A. Kleinsmidt, « Les sociétés pharmaceutiques abandonnent leur poursuite contre l'Afrique du Sud – Victoire pour les personnes vivant avec le VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 85-87; R. Elliott, « Plainte des É.-U. à l'OMC contre le Brésil, quant à l'exigence de l'exploitation locale des brevets », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 31. Plusieurs documents entourant ces affaires sont accessibles sur le site Internet de la Treatment Action Campaign (www.tac.org.za) et celui du Consumer Project on Technology (www.cptech.org).

⁴ En vertu de l'article 31(3) de la *Convention de Vienne* (1969) sur le droit des traités, toute interprétation de l'Accord sur les ADPIC doit tenir compte de la Déclaration de Doha, soit à titre d'« accord ultérieur » entre les Membres de l'OMC quant à l'interprétation de l'Accord sur les ADPIC ou de l'application de ses dispositions, soit à titre de « pratique ultérieurement suivie » dans l'application de l'Accord sur les ADPIC qui établit une entente entre les Membres de l'OMC quant à son interprétation, ou encore pour les deux raisons. En vertu des lois régissant l'OMC, ces règles pour l'interprétation des traités, établies dans la *Convention de Vienne*, sont reconnues également comme des lois coutumières internationales. Cela signifie que les règles s'appliquent à tous les pays, et non seulement à ceux qui ont ratifié ladite *Convention*.

⁵ Déclaration de Doha, par. 1.

⁶ Déclaration de Doha, par. 4.

⁷ Déclaration de Doha, par. 5(b).

⁸ Accord sur les ADPIC, art. 31(h).

⁹ Accord sur les ADPIC, art. 31(f). Signalons que cette restriction ne s'applique pas si une licence obligatoire est émise pour pallier à une pratique qu'une cour ou un processus administratif ont déclaré être « anti-concurrentielle » : Accord sur les ADPIC, art. 31(k).

¹⁰ Pour un sommaire des négociations post-Doha, voir R. Elliott, « OMC – Échec des engagements de Doha pour l'accès à des médicaments génériques », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 43-45; et R. Elliott, M.H. Bonin et C. Devine, *Les brevets, le droit commercial international et l'accès aux médicaments essentiels*, (3^e éd.), Réseau juridique canadien VIH/sida et Médecins Sans

Frontières Canada, mars 2003. Voir aussi : Médecins Sans Frontières, *Le Déclaration de Doha remise en question : Une analyse de MSF sur les tentatives récentes de restreindre l'utilisation de licences obligatoires par les pays en développement à une liste déterminée de maladies*, mai 2003; et *Doha détaille : Rapport sur les évolutions des accords ADPIC et l'accès aux médicaments – Contribution de MSF en vue de la 5^e Conférence ministérielle de l'OMC*, Cancún 2003 (tous deux accessibles via www.msf.org); et prof. Fred Abbott, *Canada and the Decision on Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, Slides from presentation on Parliament Hill, Institut Nord-Sud, 21 octobre 2003 (accessible via www.aidslaw.ca).

¹¹ *Letter to TRIPS Council on Paragraph 6*, de Consumer Project on Technology, Médecins Sans Frontières, Oxfam International, Health Gap Coalition, Third World Network et Essential Action, 28 janvier 2002.

¹² *Implications de la Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique adoptée à Doha*, série Économie de la santé et médicaments, n^o 12, WHO/EDM/PAR/2002.3 (juin 2002) (accessible en français via www.who.int/medicines/library/docseng_from_a_to_z.shtml).

¹³ *Déclaration du Représentant de l'Organisation mondiale de la Santé*, Conseil des ADPIC de l'OMC, 17 septembre 2002 (accessible en français via www.who.int/medicines/organization/ood/trips_med.shtml).

¹⁴ Il convient toutefois de signaler que, dans le texte de la solution adopté le 31 août, il est affirmé que la décision « est sans préjudice des droits, obligations et flexibilités » qu'ont les Membres en vertu des dispositions de l'Accord sur les ADPIC. Ainsi, il demeure légalement loisible aux membres de l'OMC de mettre à l'essai des mesures en vertu de l'article 30, qui pourraient servir à accroître l'accès à des produits pharmaceutiques abordables, y compris par l'exportation – mais tout État membre de l'OMC qui le ferait serait susceptible d'être la cible d'intenses pressions de l'un ou plusieurs des pays industrialisés les plus puissants de l'OMC.

¹⁵ James Love, *Consumer Project on Technology, CPTech statement on collapse of Doha paragraph 6 negotiations*, 20 décembre 2002.

¹⁶ *Mise en œuvre du paragraphe 6 de la déclaration de Doha sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique : Décision du Conseil général du 30 août 2003*, WTO Doc. IP/C/W/405 (accessible via www.wto.org/french/tratop_f/trips_f/public_health_f.htm).

¹⁷ Déclaration du président du Conseil général, 30 août 2003.

¹⁸ Corée, Émirats Arabes Unis, Hong Kong, Chine, Israël, Koweït, Macao, Chine, Mexique, Qatar, Singapour, Taïwan, Penghu, Kinmen, Matsu, Turquie.

¹⁹ Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République slovaque, République tchèque et Slovaquie.

²⁰ Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, États-Unis d'Amérique, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Japon, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède et Suisse.

²¹ *Déclaration de l'Organisation mondiale de la Santé sur la décision prise par l'OMC pour l'accès aux médicaments*, Genève, 1^{er} septembre 2003.

²² « Joint NGO Statement on TRIPS and Public Health WTO Deal on Medicines: A "Gift" Bound in Red Tape », 10 septembre 2003.

²³ Les organismes qui forment le Groupe pour l'accès mondial aux traitements (GAMT) y ont maintes fois

exhorté le gouvernement. Le GMAT est un groupe de travail composé d'organismes membres de la société civile du Canada qui participent à des efforts communs pour l'avènement du droit à la santé dans le monde, avec un accent particulier sur l'accès à une gamme complète de soins, de traitements et de mesures de soutien pour les personnes vivant avec le VIH/sida et avec d'autres besoins de santé dans les pays en développement. D'autres renseignements sur le GAMT sont accessibles via www.aidslaw.ca.

²⁴ Lettre de l'Association canadienne du médicament générique à l'hon. Pierre Pettigrew, 10 septembre 2003; S. Chasse, « Generic drug makers seek export rights », *The Globe & Mail*, 11 septembre 2003, B1, B6; T. Cohen, « Drug companies ask Canada to change laws », *Associated Press*, 12 septembre 2003.

²⁵ S. Chasse, « Generic drug makers seek export rights », *The Globe & Mail*, 11 septembre 2003, B1, B6.

²⁶ CBC National News, CBC Radio, 13 septembre 2003.

²⁷ R. Elliott, « Canada can carry much more », *The Globe & Mail*, 23 septembre 2003, A23.

²⁸ Lettre du Réseau juridique canadien VIH/sida, de Médecins Sans Frontières Canada, d'Oxfam Canada et de la Coalition interagence sida et développement, à l'hon. Allan Rock, 23 septembre 2003.

²⁹ H. Scofield et S. Chasse, « Ottawa heeds call on AIDS », *Globe & Mail*, 26 septembre 2003, A1, A9; D. Fagan, H. Scofield et S. Chasse, « Ottawa scrambles to meet AIDS-drug pledge: A key initiative shapes up in public view and the government rushes to keep up », *Globe & Mail*, 4 octobre 2003, A20.

³⁰ « L'UNICEF salue le geste du Canada qui facilitera l'accès aux médicaments contre le sida », communiqué de presse, 29 septembre 2003.

³¹ S. Chasse et D. Fagan, « Drug companies balk at Ottawa's plan », *The Globe & Mail*, 27 septembre 2003.

³² P. ex., Syndicat national des employées et employés généraux et du secteur public (NUPGE), « AIDS in Africa: good news at last on generic drugs, NUPGE welcomes announcement but wants to see the legislation », communiqué de presse, 26 septembre 2003.

³³ Réseau juridique canadien VIH/sida, « L'amendement à la Loi sur les brevets doit aider le plus grand nombre possible de gens, soulignent des organismes canadiens », communiqué de presse, 26 septembre 2003; MSF Canada, « MSF appuie la décision fédérale mais affirme qu'il faut faire davantage », communiqué de presse, 26 septembre 2003.

³⁴ Médecins Sans Frontières Canada et Réseau juridique canadien VIH/sida, « Save Lives Now: Amend Without Delay – Amending Canada's Patent Act to allow exports of generic medicines », 1 octobre 2003; H. Scofield et P. Knox, « Big drug companies embrace AIDS plan », *Globe & Mail*, 2 octobre 2003, A1, A4; « Canada to be first G-7 country to allow export of generic HIV/AIDS drugs », *BRIDGES Weekly Trade News Digest*, 2003, 7(32) : 1 octobre 2003; A. Silversides, « No turning back on cheap AIDS drugs for poor nations, UN vows », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2003, 169(10) : 1067 (11 novembre 2003).

³⁵ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Protéger la santé mondiale et les droits humains : Pourquoi et comment amender la Loi sur les brevets pour permettre l'exportation de médicaments génériques à des pays en développement*, octobre 2003.

³⁶ « Joint NGO Statement on Canada's Efforts to Amend the Patent Act to Increase Access to Generic Medicines » (octobre 2003).

³⁷ « South Africa's Treatment Action Campaign (TAC) and AIDS Law Project (ALP) Welcome Canada's Commitment to Ensuring Access to Medicines », 1 octobre 2003.

³⁸ H. Scoffield, « Martin endorses AIDS plan », *The Globe & Mail*, 1 octobre 2003, A1, A5.

³⁹ Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada, « Partenariats pour les pays en développement », communiqué de presse, 1 octobre 2003.

⁴⁰ S. Chase et H. Scoffield, « Ottawa leans toward limits on cheap-drug distribution », *The Globe & Mail*, 16 octobre 2003, A9.

⁴¹ Réseau juridique canadien VIH/sida, MSF Canada, Oxfam Canada, Congrès canadien du travail et Coalition interagence sida et développement, « Amender la Loi sur les brevets pour permettre l'exportation de médicaments génériques à des pays en développement – Lettre ouverte au Gouvernement du Canada », 16 octobre 2003.

⁴² *Medicines for All: Don't compromise health in amending the Patent Act* (octobre 2003).

⁴³ *Le besoin de médicaments à prix abordables dans le monde en développement : La Loi sur les médicaments et l'exportation de produits pharmaceutiques génériques – Une déclaration de médecins canadiens et étrangers* (octobre 2003).

⁴⁴ P.ex., Question de Svend Robinson (Burnaby-Douglas, NP) au ministre du Commerce international, 23 octobre 2003; question de Bill Blaikie (Winnipeg-Transcona, NP) au premier ministre, 28 octobre 2003.

⁴⁵ P.ex., H. Scoffield, « Lewis urges Ottawa to table legislation on AIDS medicine », *Globe & Mail*, 25 octobre 2003, A5; R. Trichur, « Africa: Can Canada help save it from AIDS? », *Chronicle-Herald* [Halifax], 30 octobre 2003, A10.

⁴⁶ Éditorial, « Canada targets AIDS », *Toronto Star*, 4 octobre 2003; David Morley, « We led on AIDS. Why hang back now? », *The Globe & Mail*, 24 octobre 2003, A17; J. Dussault, « Sauver des millions de vies – La Loi sur les brevets doit être amendée. Le gouvernement du Canada ne doit surtout pas s'arrêter à mi-chemin », *Le Devoir*, 24 octobre 2003; R. Elliott, « Canada has an opportunity to show real leadership on 'big pharma' », *The Hill Times*, 27 octobre 2003.

⁴⁷ Health GAP (Global Access Project) Action Alert, *Progress on access to affordable medicines in jeopardy: Will Canada give in to pharmaceutical industry pressure?*, 20 octobre 2003.

⁴⁸ P.ex., R. Weissman, *Essential Information. Briefing Note: NAFTA issues in the context of the Canadian implementation of the paragraph 6 agreement*, 7 octobre 2003. Voir aussi H. Scoffield et S. Chase, « Canada to seek assent on AIDS drug plan », *Globe & Mail*, 7 octobre 2003, A11.

⁴⁹ P.White, « US, Mexico support Canada on generic drug aid », *Reuters*, 7 octobre; S. Chase et H. Scoffield, « Mexico, US back export of cheaper AIDS drugs », *Globe & Mail*, 8 octobre 2003, A4.

⁵⁰ S. Chase et H. Scoffield, « Mexico, US back export of cheaper AIDS drugs », *Globe & Mail*, 8 octobre 2003, A4.

⁵¹ Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international, « Le gouvernement du Canada dépose des modifications législatives visant à faciliter l'exportation vers les pays en développement de produits pharmaceutiques à des coûts moindres et dont on a grand besoin », communiqué, 7 novembre 2003; A. Dunfield,

« PM introduces bill to allow cheaper drugs for poor nations », *Globe & Mail*, 6 novembre 2003; Nouveau parti démocratique du Canada, « Les néo-démocrates déterminés à protéger le travail de Stephen Lewis », communiqué, 6 novembre 2003.

⁵² *Déclaration de l'Organisation mondiale de la Santé sur le projet de modification de la législation pharmaceutique canadienne*, Genève, 7 novembre 2003 (www.who.int/mediacentre/statements/2003/statement14/fr/index.html).

⁵³ « UN rights expert welcomes Canadian initiative on access to low-cost drugs in developing countries », communiqué des Nations Unies, 7 novembre 2003.

⁵⁴ Projet de loi C-56, art. 21.08.

⁵⁵ Réseau juridique canadien VIH/sida, « L'amendement canadien à la Loi sur les brevets pourrait établir un précédent mondial – mais des faiblesses risquent de compromettre ses bienfaits potentiels », communiqué de presse, 6 novembre 2003; Oxfam Canada et Oxfam Québec, « Médicaments génériques pour les pays pauvres : Oxfam se réjouit de l'amendement sur les brevets mais en souligne les faiblesses », communiqué de presse, 6 novembre 2003; Conseil canadien pour la coopération internationale, « Le Canada aide les plus pauvres et les plus malades de la terre : Les ONG félicitent le gouvernement pour l'engagement en matière d'accès aux médicaments essentiels », communiqué de presse, 6 novembre 2003; MSF Canada, « L'amendement à la Loi sur les brevets. Des médicaments pour tous? Pas encore », communiqué de presse, 6 novembre 2003. Voir aussi R. Elliott, « Flirting with flawed patent law amendment, Canada may undermine welcome 'access to medicines' initiative », *BRIDGES Monthly Review*, novembre 2003, année 7, n° 8, p. 21-22 (www.ictsd.org/monthly/bridges/BRIDGES7-8.pdf).

⁵⁶ Voir aussi Réseau juridique canadien VIH/sida, *Amendement à la loi canadienne sur les brevets pour permettre l'exportation de médicaments génériques : Mise à jour – 10 novembre 2003*.

⁵⁷ Projet de loi C-56, art. 21.08.

⁵⁸ Projet de loi C-56, arts 21.04(6)(a) et 7(a), art. 21.05(5).

⁵⁹ ACMG, « L'industrie des génériques accueille favorablement le projet de loi qui faciliterait l'accès aux médicaments génériques. Ce sont les détails de la proposition juridique et réglementaire qui détermineront ses effets pratiques », communiqué de presse, 6 novembre 2003.

⁶⁰ Projet de loi C-56, s 21.09.

⁶¹ Signalons que cette exigence de négocier d'abord pour l'obtention d'une licence volontaire peut être omise « dans des situations d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence ou en cas d'utilisation publique à des fins non commerciales » : Accord sur les ADPIC, art. 31 (b).

⁶² Projet de loi C-56, annexe 1.

⁶³ Projet de loi C-56, art 21.03(1)(a).

⁶⁴ Organisation mondiale de la santé, « L'OMS ajoute de nouvelles associations à doses fixes à sa liste de médicaments de qualité destinés au traitement du sida », communiqué, 1 décembre 2003.

⁶⁵ Les Nations Unies reconnaissent 49 pays comme étant « les pays les moins développés ». Tous ces pays sont couverts par le texte actuel du projet de loi C-56, à l'exception du Myanmar (un membre de l'OMC), dont l'exclusion a lieu en raison de l'absence de relations diplomatiques entre la dictature militaire de ce pays et le Canada. Cette omission doit être corrigée

puisque les patients qui ont besoin de médicaments abordables ne devraient pas être pénalisés davantage pour leur malchance de vivre dans un pays sous l'emprise d'un dictateur.

⁶⁶ Certains des pays exclus sont le Viêt-Nam, la Fédération de Russie, la Biélorussie, l'Algérie, la Serbie et le Monténégro, le Kazakhstan, le Timor oriental, l'Ukraine, l'Azerbaïdjan, l'Ouzbékistan et le Tadjikistan, entre autres.

⁶⁷ Réseau juridique canadien VIH/sida, « Faiblesses dans le projet de loi C-56 sur les médicaments destinés aux pays en développement : des rectifications s'imposent », communiqué de presse, 7 novembre 2003.

⁶⁸ S. Chase, « Poor-nation drug bill: Liberals table it, but admit it's not ready », *Globe & Mail*, 7 novembre 2003, A3; « Committee to work AIDS bill into shape », *Globe & Mail*, 8 novembre 2003, A16.

⁶⁹ La transcription des débats et questions portant sur le projet de loi C-56 à la Chambre des communes, ainsi que l'information sur le statut du projet de loi dans le processus législatif, sont accessibles sur le site Internet parlementaire du Canada (www.parl.gc.ca).

⁷⁰ MSF, Réseau juridique canadien VIH/sida, World Vision et CAP-AIDS, « Street Hockey for Global Health – Canadian activists dramatize call on new Prime Minister to pass legislation allowing cheaper medicines for developing countries », communiqué de presse, 14 novembre 2003.

⁷¹ S. Rubec, « Money tight, Martin warns », *London Free Press*, 16 novembre 2003, 5; S. Rubec, « Martin set to trim fat, PM-to-be lays out agenda in election-style book », *Toronto Sun*, 16 novembre 2003, 3; S. Rubec, « Paul plans tight ship, Newly crowned Grit leader pleads fiscal poverty », *Winnipeg Sun*, 16 novembre 2003, A8.

⁷² P.ex., déclaration du Réseau juridique canadien VIH/sida dans « La lutte contre le VIH/sida doit continuer », communiqué de presse conjoint des sept organismes nationaux du Canada pour la lutte contre le VIH/sida, à l'occasion de la Journée mondiale du sida, 29 novembre 2003.

⁷³ Décision du Conseil général datée du 30 août 2003, par. 11.

⁷⁴ « Joint NGO Statement on TRIPS and Public Health WTO Deal on Medicines: A "Gift" Bound in Red Tape », 10 septembre 2003.