

Marc-André Gagnon, PhD

Professeur agrégé à l'École d'administration et de politique publique

Joel Lexchin, MS, MD

Professor Emeritus, School of Health Policy & Management, York University

SOUSSION QUANT À LA PRISE EN CONSIDÉRATION D'UNE NOUVELLE CAPACITÉ DE BIOFABRICATION POUR LE CANADA

De la nécessité de repenser nos manières de faire

PRÉSENTÉ À INNOVATION, SCIENCES et DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE CANADA

Le 12 mars 2021

À propos des auteurs

Marc-André Gagnon

Marc-André Gagnon est professeur agrégé de politique publique à l'École d'administration et de politique publique de l'Université Carleton (Ottawa, Canada). Il est chercheur associé au WHO Collaborating Center on Governance, Accountability and Transparency in the Pharmaceutical Sector. Il détient un doctorat de science politique de l'Université York, Un Diplôme d'études approfondies (scolarité doctorale) en économie de l'Université Paris-I Sorbonne et l'École Normale Supérieure de Fontenay/Saint-Cloud. Il détient un baccalauréat et une maîtrise de science politique, ainsi qu'un certificat en sciences économiques de l'Université du Québec à Montréal. Il a effectué ses études postdoctorales avec le Centre des politiques en propriété intellectuelle de l'Université McGill, ainsi qu'avec le Edmond J. Safra Centre for Ethics à l'Université Harvard. Marc-André Gagnon a publié profusément dans des revues académiques ainsi que dans les médias sur les politiques pharmaceutiques canadiennes.

Ses recherches portent sur les politiques pharmaceutiques ainsi que sur l'économie politique du secteur pharmaceutique. Ses travaux portent particulièrement sur l'analyse comparée des régimes d'assurance-santé et d'assurance-médicaments, sur les politiques d'innovation et la propriété intellectuelle dans l'économie des savoirs, de même que sur la corruption institutionnelle dans le secteur pharmaceutique. Dès 2009, il a travaillé à développer le projet de loi de Pharma-Québec avec Québec Solidaire afin de créer une capacité de production manufacturière publique québécoise pour les médicaments et les vaccins.

Marc-André Gagnon a été professeur invité au Centre de droit, politique et éthique de la santé de l'Université d'Ottawa en 2016-2017, ainsi qu'au Groupe de recherches en économie théorique et appliquée à l'Université de Bordeaux en 2014. Il a travaillé comme consultant pour Santé Canada, Justice Canada, la Fédération des syndicats d'infirmiers et infirmières du Canada, ainsi que pour l'Ordre des Pharmaciens du Québec.

Déclaration de conflits d'intérêts de Marc-André Gagnon

Je partage régulièrement mon expertise avec des agences réglementaires fédérales et provinciales ou étrangères, avec différents partis politiques fédéraux et provinciaux ou étrangers, avec différents ministères fédéraux et provinciaux, avec différents ordres professionnels en santé, avec des groupes communautaires et syndicaux, ainsi qu'avec des entreprises commerciales dans le secteur du médicament et des assurances.

En plus de mon financement des instituts de recherche en santé du Canada pour un projet de recherche sur la corruption institutionnelle dans le secteur pharmaceutique canadien, j'ai

réalisé trois contrats en tant que consultant dans les cinq dernières années (avec Santé Canada, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmiers et infirmières et l'Ordre des pharmaciens du Québec) et j'ai reçu des honoraires de Justice Canada en tant que témoin-expert sur une cause portant le marché des médicaments au Canada.

Joel Lexchin

Joel Lexchin received his MD from the University of Toronto in 1977 and for the past 33 years has been an emergency physician at the University Health Network. He is Professor Emeritus in the School of Health Policy and Management at York University and an Associate Professor in the Department of Family and Community Medicine at the University of Toronto. From 1992-94 he was a member of the Ontario Drug Quality and Therapeutics Committee and he was the chair of the Drugs and Pharmacotherapy Committee of the Ontario Medical Association from 1997-99. He has been a consultant for the province of Ontario, various arms of the Canadian federal government, the World Health Organization and the government of New Zealand. He is the author or co-author of over 220 peer-reviewed articles and book chapters on multiple aspects of Canadian and international pharmaceutical policy. His book *Private profits versus public policy: the pharmaceutical industry and the Canadian state* was published by University of Toronto Press in 2016 and his most recent book *Doctors in denial: why Big Pharma and the Canadian medical profession are too close for comfort* was published in 2017 by Lorimer. In 2012 he was elected as a Fellow in the Canadian Academy of Health Sciences.

Disclosure of conflicts of interest for Joel Lexchin

In 2017-2020, Joel Lexchin received payments for being on a panel at the American Diabetes Association, for talks at the Toronto Reference Library, for writing a brief in an action for side effects of a drug for Michael F. Smith, Lawyer and a second brief on the role of promotion in generating prescriptions for Goodmans LLP and from the Canadian Institutes of Health Research for presenting at a workshop on conflict-of-interest in clinical practice guidelines. He is currently a member of research groups that are receiving money from the Canadian Institutes of Health Research and the Australian National Health and Medical Research Council. He is a member of the Foundation Board of Health Action International and the Board of Canadian Doctors for Medicare. He receives royalties from University of Toronto Press and James Lorimer & Co. Ltd. for books he has written.

Table des matières

À PROPOS DE L'AUTEUR.....	1
INTRODUCTION	4
1. COMMENTAIRES GÉNÉRAUX SUR LA NÉCESSITÉ DE PROBLÉMATISER DIFFÉREMMENT LES ENJEUX	4
2. SIX ENJEUX ESSENTIELS D'UNE NOUVELLE STRATÉGIE NATIONALE POUR LA BIOFABRICATION ET LA PRODUCTION MANUFACTURIÈRE EN SANTÉ.	5
3. DE NOUVEAUX MODÈLES À EXPLORER	9

Introduction

Ce bref document vise à apporter quelques éléments d'informations basés sur notre recherche académique quant à la proposition de considérer la création de nouvelles capacités de biofabrication pour le Canada. En premier lieu, le document discute de la nécessité de problématiser différemment les enjeux afin de la biofabrication au Canada et le rôle du secteur public. En second lieu, le document discute de six enjeux essentiels qui doivent être considérés pour toute stratégie nationale de biofabrication. Finalement, le document apporte de nouveaux éclairages sur de nouveaux modèles à explorer et sur certaines considérations à prendre en compte.

1. Commentaires généraux sur la nécessité de problématiser différemment les enjeux

Il est assez surprenant de lire le document de discussion sur la biofabrication au Canada. En gros, dans un moment d'urgence vaccinale, on semble commencer à considérer la nécessité d'augmenter les capacités de biofabrication au Canada, ce qui n'est rien de surprenant. Toutefois, tout le document cherche à savoir comment le secteur public peut venir en aide au secteur privé afin de créer des synergies, et le document insiste que toute initiative ne doit pas être redondante avec les efforts engagés avec le secteur privé (p.15) ou encore qu'il ne faille pas évincer les acteurs actuels et qu'il faut éviter de déstabiliser le marché privé de la biofabrication (p.24).

Cette problématisation des enjeux où le secteur public ne doit servir que de béquille pour le secteur privé est pour le moins surprenante. Nous nous retrouvons actuellement dans une situation d'urgence sanitaire et des capacités déficientes de biofabrication justement parce que les enjeux ont trop longtemps été pensé de cette façon. À certains égards, on a l'impression de lire un document qui a été écrit non pas par des fonctionnaires de l'État cherchant à résoudre les problèmes structurels qui ont contribué à l'urgence sanitaire, mais plutôt par des gens en conflits d'intérêts avec les acteurs économiques dominants et qui cherchent à mettre l'État à contribution tout en protégeant et même favorisant des intérêts commerciaux. Ce document semble davantage basé sur une logique d'affaires que sur une logique sanitaire visant à répondre aux besoins à long terme des Canadiens et Canadiennes.

La privatisation des laboratoires Connaught, discutée dans le document, s'est faite justement au nom de la nécessité que le secteur public ne joue pas un rôle qui pourrait être laissé au privé. Les installations des laboratoires Connaught font maintenant partie de Sanofi. L'argument de la nécessité pour le secteur public de ne pas concurrencer le secteur privé a joué aussi dans le cas de l'Institut Armand-Frappier au Québec, mais cette histoire n'est pas mentionnée dans le document. Un rappel semble nécessaire.

L'Institut Armand-Frappier (IAF) produisait pour le Québec les vaccins de base contre la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et autres. En plus de 20 vaccins ou sérums, humains ou vétérinaires, l'IAF fabriquait 300 produits diagnostics, des milieux de culture bactériologique, de culture cellulaire de différentes espèces animales ainsi qu'une variété de produits biologiques, tels que produits sanguins et dérivés. Détenu par les pouvoirs publics, l'IAF non seulement produisait et mettait en marché ses produits, mais tous les profits étaient réinvestis pour la recherche et le développement des connaissances et de nos capacités sanitaires. C'est l'IAF qui, par exemple, a développé le fameux médicament 3TC contre le sida en 1988. L'IAF a toutefois été privatisée en 1990 parce que, selon le ministre libéral de l'époque Claude Ryan, l'IAF faisait "une compétition déloyale au secteur privé". L'IAF a été racheté par Shire qui a revendu les installations à la pièce en 2001. GlaxoSmithKline est maintenant propriétaire des installations de production vaccinale sur lesquelles les autorités publiques n'ont plus aucun contrôle.

Au Canada, les deux principaux sites de production vaccinale à grande échelle sont possédés par deux firmes étrangères: Sanofi (France), et GlaxoSmithKline (Royaume-Uni). Toutefois, les infrastructures de biofabrication ont été le fruit des investissements publics, et ces infrastructures publiques ont ensuite été rachetées à bas prix par des firmes étrangères et le Canada perdait alors sa capacité décisionnelle sur la manière d'utiliser ces capacités de production. Puisque nous nous retrouvons dans cette situation, penser la biofabrication en termes de primauté du secteur privé est un non-sens. Le Canada peut effectivement offrir des subventions à certaines compagnies pour leur permettre d'accroître leur capacité de biofabrication (formation brute de capital fixe), mais ces subventions doivent être accompagnées de conditions pour assurer une meilleure capacité d'organisation publique en cas d'urgence sanitaire. Néanmoins, le plus important reste pour le Canada de se doter d'une capacité manufacturière publique forte, pour les vaccins et les médicaments, afin de mieux affronter les enjeux sanitaires de demain.

2. Six enjeux essentiels d'une nouvelle stratégie nationale pour la biofabrication et la production manufacturière en santé.

Quels sont les problèmes auxquels doit répondre une stratégie publique de biofabrication? Voici six enjeux qui se doivent d'être pris en compte pour un débat éclairé sur la question.

1-Génériques: Si le Canada développe une capacité de production manufacturière pour les médicaments, il doit inclure un volet de production de génériques, en particulier pour les injectables. Le secteur des médicaments génériques au Canada continue de défrayer la manchette par les ristournes importantes que les fabricants donnent aux chaînes de pharmacie et aux

distributeurs¹, par les jeux de collusion et de fusions/acquisitions entre certains fabricants², par les prix prédateurs sur certains produits obtenus de l'étranger par l'entremise des programmes d'accès spécial (pensons à Martin Shkreli qui avait fait exploser le prix de certains génériques au Canada de cette façon), et par la multiplication des pénuries de certains médicaments, en particulier les injectables³. Une capacité de production générique publique ne viserait pas à produire l'ensemble des génériques, mais permettrait plutôt de créer une stratégie de dissuasion ("threat capacity") contre les stratégies prédatrices qu'on observe parfois dans le secteur des génériques. À cet égard, un fabricant public viendrait effectivement dupliquer de manière redondante les capacités de production du secteur privé, il déstabiliserait le marché privé et évincerait peut-être certains acteurs, et tout cela serait une bonne chose. L'existence du fabricant public permettrait ainsi de discipliner le marché privé de sorte que ce marché puisse fournir de manière plus stable et abordable les médicaments dont nous avons besoin.

2-Biosimilaires: La plupart des nouveaux médicaments "blockbusters" sont des médicaments biologiques, tels le Remicade qui engrange plus d'un milliard de revenus par année au Canada. Toutefois, des biosimilaires existent, tel l'Inflextra, mais ceux-ci ont à peine entamé les parts de marché du Remicade⁴. Alors que les génériques coûtent normalement entre 10 et 20% du prix du médicament d'origine, les biosimilaires coûtent entre 50 et 75% du prix du médicament d'origine. Dans les années à venir, les brevets sur les médicaments biologiques d'origine vont expirer et les biosimilaires prendront une part de plus en plus importante du marché du médicament canadien. Une capacité publique de production de biosimilaire devient alors d'autant plus importante, pour les mêmes raisons que pour les médicaments génériques.

3-Médicaments orphelins: Les médicaments orphelins, les médicaments de spécialité ou médicaments de niche sont devenus une part grandissante des dépenses pharmaceutiques au Canada. Ils représentent environ le tiers des dépenses des régimes actuels d'assurance-médicaments⁵. En particulier les nouvelles générations de médicaments, telles les thérapies

¹ Marc-André Gagnon, Alain Vadeboncœur, Mathieu Charbonneau, Steve Morgan. *Le régime public-privé d'assurance médicaments du Québec : un modèle obsolète ?* Note socioéconomique. Institut de recherche et d'information socioéconomique. Décembre 2017 : https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Note_Assurance-medicaments_201712WEB.pdf

² Gagnon, Marc-André and Karena Volesky, 2017. "Merger Mania: Mergers and acquisitions in the generic drug sector from 1995 to 2016". *Globalization and Health*. 13 (62): 1-7.

³ Gagnon, Marc-André, 2012. "Drug Shortages: Searching for a Cure." *Healthcare Policy* 7(4): 10-17.

⁴ Kelly Grant, "How a blockbuster drug tells the story of why Canada's spending on prescriptions is sky high". *Globe and Mail*, 23 octobre 2018.

⁵ CEPMB. Découvrir les facteurs de coûts des régimes publics d'assurance-médicaments du Canada, 2017-2018, Ottawa: CEPMB, 2019: <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=1454&lang=fr>

géniques, arrivent souvent sur le marché avec des prix complètement inabordables. Par exemple, le Zolgensma de Novartis contre l'amyotrophie spinale coûte 2.3 millions par traitement, soit un niveau de prix simplement inimaginable il y a encore 10 ans. Il faut toutefois noter que les thérapies géniques sont le produit de l'expertise canadienne publique en recherche. La première thérapie génique était le Glybera pour traiter la déficience en lipoprotéine lipase, une maladie extrêmement rare concernant en particulier des gens du Saguenay au Québec. Ce sont des chercheurs de l'Université de Colombie-Britannique, financés à même les fonds publics, qui ont développé l'idée d'utiliser un virus pour permettre une modification génique en 2002, et qui ont ainsi développé le Glybera. Une firme européenne a obtenu les droits sur le produit et a tenté de mettre le médicament sur le marché sans succès. Le traitement a été racheté par une autre compagnie qui proposait de commercialiser le produit à \$1 million par traitement⁶ (alors que le médicament aurait pu être viable financièrement à \$100,000 par traitement). Aucun pays n'a accepté de rembourser le produit à ce prix et sa mise en marché s'est avérée un échec. Le Glybera a alors simplement été tabletté, come s'il n'avait jamais existé. Finalement, c'est en 2020, 18 ans plus tard que cette thérapie a été rendue accessible aux patients parce que le Conseil National de Recherche du Canada (CNRC) a décidé de produire lui-même le traitement⁷. Pourquoi le CNRC n'a-t-il pas eu la possibilité de mettre en marché lui-même dès le départ, à prix abordable, un médicament issu de la recherche publique? Parce qu'on croyait aussi à l'époque que les capacités de biofabrication publiques ne devaient pas empiéter sur les platebandes du secteur privé.

4-Les prix excessifs et les réformes des lignes directrices du CEPMB: Alors que le Canada tente d'empêcher les prix excessifs en réformant les lignes directrices du Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés (CEPMB), certains manufacturiers comme Vertex ont menacé de ne plus faire approuver leurs médicaments au Canada, en particulier pour les maladies rares⁸. Encore une fois, une capacité publique de production pour ce type de produits permettrait non seulement de rendre certains médicaments accessibles (et à prix abordable), mais elle offrirait une "threat capacity" pour éviter le chantage de certaines firmes pharmaceutiques qui voudraient abuser de leur position dominante. Encore une fois, le rôle du fabricant public ne vise pas à supporter le secteur privé tout en évitant toute redondance. Au contraire, son rôle serait plutôt de rendre une telle redondance possible de manière à discipliner le marché et faire pression pour empêcher le déploiement de stratégies prédatrices par des acteurs privés.

⁶ Crowe, Kelly. "The million dollar drug". CBC, 17 novembre 2018: <https://newsinteractives.cbc.ca/longform/glybera>

⁷ Crowe, Kelly. "Canadian breakthrough that became the world's most expensive drug, then vanished, gets second chance". CBC, 17 octobre 2019: <https://www.cbc.ca/news/health/glybera-lpld-rare-drug-orphan-disease-nrc-cbc-price-1.5312177>

⁸ Joel Lexchin. Big Pharma Is Fighting to Deny Canadians Access to Treatment. *Jacobin*. 14 janvier 2021.

5-Vaccins: Pour les vaccins, une capacité publique de biofabrication s'avérerait aussi d'une immense importance pour développer et rendre accessible les nouveaux vaccins, qui sont souvent eux-mêmes le fruit de la recherche publique. Prenons l'exemple du vaccin contre l'Ebola développé par le CNRC. Le développement du rVSV-ZEBOV, de la recherche fondamentale jusqu'aux essais cliniques, a été le résultat de l'effort combiné du gouvernement canadien, des chercheurs du CNRC et d'autres institutions financées publiquement⁹. Malheureusement, une fois développé, la licence du brevet du vaccin contre l'Ebola a été vendue à la firme BPS de l'Iowa aux États-Unis. La firme n'a rien fait avec cette licence, elle a simplement attendu une nouvelle écloison d'Ebola pour faire augmenter la valeur de marché de la licence et la revendre à fort prix à la compagnie Merck. Certains se sont scandalisés que BPS aient fait un fort profit en agissant uniquement en tant qu'intermédiaire. Le véritable scandale est plutôt que nous avons perdu une décennie avec la licence de brevet sur une tablette sans qu'aucune préparation ne soit faite en cas d'éclosion d'Ebola. Comme ceux derrière le document de discussion sur la biofabrication canadienne, les législateurs canadiens ne voulaient pas que les capacités publiques de biofabrication fassent concurrence au secteur privé. Rappelons que plus de 10,000 personnes sont décédées en 2013-2014 durant l'éclosion d'Ebola en Afrique de l'Ouest alors que les laboratoires publics canadiens avaient mis au point un traitement dix ans plus tôt.

6-La science ouverte: De plus en plus, le modèle d'affaire de la science propriétaire, fondée sur les brevets, démontre ses limites. Elle n'arrive plus à produire de nouveaux traitements thérapeutiques significatifs pour plusieurs catégories thérapeutiques. Les murailles de brevets dans certaines niches de recherche ne servent plus d'incitatifs à la recherche mais bien d'obstacle pour les chercheurs. De plus en plus de chercheurs et d'instituts de recherche se tournent vers la science ouverte, et cette approche collaborative s'est avérée extrêmement efficace pour aider dans la lutte contre la covid-19¹⁰. En particulier, il reste inconcevable que certains vaccins développés contre la covid-19 aient été entièrement financés par des fonds publics (comme celui de Moderna) et soient malgré tout protégés par brevets pour assurer que seuls des acteurs privés aient l'entier contrôle sur la technologie de ces vaccins. Une stratégie nationale de biofabrication devrait servir à supporter et consolider une science ouverte fondée sur la collaboration et le partage des savoirs technologiques. Toutefois, plutôt que d'appuyer les paradigmes porteurs d'avenir, il semble que le document de discussion soit organisé autour de la consolidation des vieux paradigmes de science propriétaire.

⁹ Matthew Herder, Janice E Graham, Richard Gold, From discovery to delivery: public sector development of the rVSV-ZEBOV Ebola vaccine, *Journal of Law and the Biosciences*, 2020; Isz019, <https://doi.org/10.1093/jlb/Isz019>

¹⁰ Bubela, T., Edwards, A., Gold, E. R., Goel, V., Morgan, M., Mossman, K., Nickerson, J., Patrick, D. La découverte ouverte de médicaments antiviraux est essentielle à la stratégie canadienne de lutte contre les pandémies. Société royale du Canada. Octobre 2020.

3. Modèles à explorer et considérations

Dans le document de discussion différents modèles sont abordés mais il n'est pas fait mention du modèle suédois. Nous recommandons fortement le comité à se pencher sur ce modèle. Afin d'alimenter son réseau public de pharmacies, la Suède avait mis sur pied un producteur public de médicaments. Lorsque les réseaux de pharmacie ont été privatisés en 2010, la Suède a toutefois conservé son fabricant public: Apotek Produktion & Laboratorier AB. Ce dernier permet de protéger le système d'approvisionnement en médicaments et même de l'adapter à certains besoins cliniques particuliers de sa population grâce à la pharmacie magistrale¹¹. Une telle entreprise publique permet à la fois de contenir les coûts, de mieux se prémunir contre certaines ruptures de stock et de mieux adapter la pharmacopée aux besoins cliniques de la population. Ce fabricant public produit surtout des génériques pour contrer les ruptures de stock mais a aussi développé une expertise dans la médecine personnalisée, que ce soit en termes de pharmacie magistrale ou encore pour développer des nouveaux médicaments pour les essais cliniques pour les maladies rares. Selon les rapports annuels de l'entreprise (<https://www.apl.se/>), non seulement la compagnie continue de protéger le pays contre certaines pénuries et permet de mieux adapter la pharmacopée selon des besoins spécifiques de certaines populations, mais cette compagnie publique génère des revenus positifs pour le gouvernement et a permis au pays de développer une expertise de renommée mondiale pour la production de médicaments pour les maladies rares.

De plus, un avantage important d'une production manufacturière nationale vient de la difficulté d'inspecter les usines établies dans des pays étrangers comme la Chine ou l'Inde, d'où provient pourtant une grande partie des ingrédients actifs de la pharmacopée canadienne. Il est difficile, voire parfois impossible de s'assurer que les bonnes pratiques de fabrication soient respectées dans les pays étrangers. Une fabrication domestique facilite l'inspection des installations et rend plus facile d'identifier et de corriger de tout problème de non-respect de standard de production.

Une capacité nationale de biofabrication pourrait aussi être utilisée afin de mettre en branle de manière plus effective les dispositions du Régime canadien d'accès aux médicaments (RCAM). Le RCAM devait permettre la production sous licence obligatoire de médicaments pour les pays ne possédant pas de capacités de production manufacturière en médicaments ou en vaccins. L'inefficacité complète du CAMR a fait en sorte qu'aucun pays n'y a eu recours depuis 2007. Cette initiative canadienne, dont pourrait bénéficier plusieurs pays à faibles revenus, a été reconnue par tous les acteurs du milieu comme un échec complet. Le gouvernement du Canada avait même voté une réforme majeure de ce système en 2013, mais le projet de loi est mort au feuillet avant d'être ratifié au Sénat. Il faut toutefois noter que le gouvernement canadien ose maintenant

¹¹ Sjökvist Saers, Eva. « Re-engineering the drug preparation; The Swedish Model ». Presentation to the 19th Congress of the European Association of Hospital Pharmacists. Barcelona, March 2014. Presentation is available here: <http://www.farmaactueel.nl/webcasts/extern/EAHP2014/Inleiding.htm>

prétendre que le RCAM est un programme efficace, comme il l'a fait le 10 décembre 2020 lors d'une rencontre de l'Organisation Mondiale du Commerce afin d'éviter de relâcher les règles sur la propriété intellectuelle sur les technologies visant à combattre la Covid-19¹². Si le gouvernement canadien mettait à disposition une capacité de production et de biofabrication publique afin de rendre le RCAM efficace, il pourrait cesser de donner une impression de profonde hypocrisie dans les forums internationaux.

Finalement, le gouvernement fédéral devrait aussi appuyer les initiatives provinciales en faveur d'un développement des capacités de biofabrication. Par exemple, l'Assemblée législative québécoise considère en ce moment un projet de loi visant à instituer Pharma-Québec (#596: <http://m.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-596-42-1.html>). Le projet de loi conférerait à Pharma-Québec le pouvoir de fournir un service d'approvisionnement pour les médicaments, les vaccins et le matériel médical aux établissements de santé et de services sociaux et aux pharmacies. Un projet de loi similaire avait été déposé en 2012 (#191: <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-191-40-1.html>), mais il n'avait pas été accepté par le gouvernement de l'époque sous prétexte qu'il en coûterait trop cher pour développer une plus grande autonomie du Québec en termes de production de médicaments et de vaccins. Puisque le gouvernement fédéral semble prêt à octroyer des subventions pour permettre le développement de capacités de biofabrication privées, il semble tout à fait logique que ce même gouvernement accepte aussi de subventionner en partie les projets de création d'infrastructures publiques de biofabrication mis de l'avant par les provinces et les territoires.

En conclusion, nous tenons à rappeler que la perspective qu'a mis de l'avant le comité pour considérer les enjeux d'un accroissement de la biofabrication au Canada est problématique. Il ne faut pas hésiter de penser une biofabrication publique forte même si cela peut aller à l'encontre du secteur privé. Il s'agit ici de défendre les intérêts en santé des Canadiens et Canadiennes, et non pas de défendre les intérêts commerciaux de firmes privées, souvent étrangères. Ainsi, la manière dont Innovation, Sciences et Développement Économique Canada s'attaque à cet enjeu fait directement partie de problème, et non de la solution.

¹² Point 15 – Dérogation à certaines dispositions de l'Accord sur les ADPIC pour la prévention, l'endiguement et le traitement de la COVID-19. 10 décembre 2020: https://www.international.gc.ca/world-monde/international_relations-relations_internationales/wto-omc/2020-12-10-TRIPS-ADPIC.aspx?lang=fra

