

**Ateliers sur le renouveau législatif
en matière de protection de la santé**

envers la publicité

**Un rapport sur les consultations auprès d'intervenants à Montréal,
Toronto et Ottawa**

Rapport final

Le 11 février 2004

**Préparé par Miriam Wyman et Sandra Zagon
Practicum Limited**

**Présenté au Bureau de la participation des consommateurs et du public
Direction générale des produits de santé et des aliments**

Table des matières

Sommaire	3
1. Introduction	6
2. Fausse représentation	7
3. Publicité directe au consommateur	10
4. Annexe A	16
5. Distribution d'échantillons	19
6. Promotion à l'intention des praticiens de la santé	22
7. Conclusion globale	24
Annexes :	
A. Ordre du jour	27
B. Liste des participants	29

SOMMAIRE

À l'automne 2003, Santé Canada a engagé des consultations avec un large éventail d'intervenants axées sur la publicité des produits de santé comme il est décrit dans la proposition sur la Loi sur la protection de la santé du Canada. Des groupes communautaires et de consommateurs, des groupes de patients, le milieu universitaire, l'industrie, les médias, de même que des associations de professionnels de la santé d'un bout à l'autre du Canada ont participé à l'un des trois ateliers de deux jours, qui ont eu lieu à Montréal, Toronto et Ottawa. Plus de 70 participants ont apportés des expériences élaborées ainsi que leurs expertises aux discussions.

Les ateliers étaient organisés par le Bureau de la participation des consommateurs et du public de Santé Canada, le Bureau des affaires réglementaires et internationales et le Secrétariat du nouveau législatif, avec la collaboration d'Intersol, une société de communication et de facilitation située à Ottawa.

L'ordre du jour couvrait les sujets suivants :

- Fausse représentation
- Publicité directe au consommateur
- Annexe A
- Distribution d'échantillons
- Promotion à l'intention des praticiens de la santé

Dans l'ensemble, de nombreux participants s'opposent à toute forme de publicité à l'égard des médicaments sur ordonnance, tandis que d'autres considèrent que la publicité pourrait être permise, sous réserve de contrôles serrés.

Bien que l'objectif des consultations n'était pas d'en arriver à un consensus, les participants se sont entendus sur plusieurs points fondamentaux :

- **Le statu quo n'est pas acceptable.** Les dispositions actuelles sont désuètes. Les peines actuelles sont insuffisantes, tout comme la surveillance et la mise en application de la loi.
- **De meilleurs renseignements sont nécessaires.** Les consommateurs et les praticiens de la santé ont besoin de renseignements clairs, équilibrés et neutres et méritent d'obtenir de tels renseignements afin de faire des choix éclairés en ce qui concerne leur santé ou la santé de leurs patients. Les renseignements doivent être fondés sur des données valides et présentés de manière équilibrée, accompagnés de références suffisantes aux avantages et aux risques. De nombreux participants considèrent que la publicité n'est pas de nature informative puisque son but consiste à promouvoir les ventes.
- **Un contrôle plus étroit est nécessaire.** Un contrôle plus étroit à l'égard de la publicité que ce qui existe présentement est nécessaire, bien qu'il y ait des différences entre ce qu'il faut contrôler et la manière de le faire. Le Canada ne doit pas suivre le modèle américain, mais a besoin d'une solution adaptée aux besoins des Canadiens. Si la publicité sur les médicaments est permise, elle doit être assujettie à des contrôles efficaces, notamment l'approbation préalable de la promotion proposée.

- **La santé et la sécurité sont la première priorité.** La priorité de toute nouvelle législation sur la protection de la santé doit être la santé et la sécurité des Canadiens. Si la publicité est permise et dans les cas où elle le sera, elle devra être contrôlée et restreinte de manière à s'assurer qu'elle contribue à la santé et à la sécurité des Canadiens.
- **Santé Canada a un rôle important à jouer.** Santé Canada doit continuer à jouer un rôle important en ce qui a trait à l'établissement de politiques et au respect de la législation.

Les participants ont également identifié les éléments de l'approche que Santé Canada doit adopter dans le cadre de l'élaboration de sa proposition législative et du règlement y afférent à la publicité, notamment :

- **Clarifier et resserrer les définitions de certains termes,** tels que fausse représentation, surveillance, mise en application de la loi, publicité, promotion, échantillon et professionnel de la santé.
- **Rôle réservé aux organismes tiers indépendants.** De nombreux participants croient que les organismes indépendants ont un rôle à jouer en ce qui concerne la surveillance des principaux aspects de la publicité des produits de santé. Ces organismes doivent représenter toutes les parties en cause, notamment les consommateurs et les professionnels de la santé.
- **Surveillance et mise en application de la loi.** Les participants veulent s'assurer que toute nouvelle loi et tout nouveau règlement comprendra des mécanismes de mise en application clairs et efficaces et des peines suffisantes.
- **La transparence est essentielle.** La transparence est nécessaire dans la rédaction et la diffusion de l'information, de même qu'à l'égard de la conformité et de la mise en application de la loi.

Pour ce qui est de la proposition législative et de ses dispositions concernant la publicité, les participants demandent que la loi proposée :

- **traite des préoccupations générales.** Les capacités et les ressources à l'égard de la surveillance et de la mise en application de la loi sont considérées comme une préoccupation principale. Les participants ont également exprimé des préoccupations relativement aux populations vulnérables. De nombreuses préoccupations entourent des questions de définition telles que «fausse représentation», «données valides», «produits de santé» et «promotion»;
- **élimine la fausse représentation.** Les participants sont d'accord avec l'intention de la proposition sur la fausse représentation. Ils veulent moins d'imprécision, une plus grande clarté et des données valides. Ils veulent que la situation actuelle s'améliore et non pas qu'elle se dégrade. Les vues diffèrent quant à savoir à qui doit incomber le fardeau de la preuve, et quel organisme doit être mandaté pour effectuer les activités de surveillance et de mise en application de la loi;
- **conçoive une solution relativement à la publicité sur les médicaments adaptée au contexte canadien et fasse la promotion de l'information destinée directement au consommateur et l'éducation destinée directement au consommateur (par opposition à la publicité) :** Le

système actuel n'est pas acceptable. On ne s'est pas entendu sur l'autorisation ou non de la publicité en ce qui concerne les médicaments sur ordonnance. Quel que soit l'outil utilisé pour contrôler la publicité directe au consommateur (PDAC), on doit s'assurer que les professionnels de la santé et les consommateurs obtiennent des renseignements équilibrés fondés sur des données valides. Les participants soutiennent également une surveillance et une mise en application de la loi efficaces, transparentes et opportunes. Cependant, les points de vue divergent sur les contrôles et sur la question de savoir si la publicité ou la promotion contrôlée n'est que du marketing ou si elle pourrait être un mécanisme visant à diffuser l'information.

- **adapte l'annexe A.** La plupart des participants conviennent que l'annexe A doit être conservée et renforcée. Cependant, elle doit être mise à jour selon des critères clairs et un processus transparent. Les participants sont d'avis que la mise à jour doit être entreprise par un comité consultatif indépendant à grande échelle, qui comprend des consommateurs et des praticiens de la santé. Cependant, les points de vue divergent quant aux critères et au processus à l'égard de la mise à jour de l'annexe A et à l'organisme approprié en ce qui concerne la supervision.
- **réglemente la distribution d'échantillons.** Bien que les participants ont des points de vue divergents quant à savoir dans quelle mesure la distribution d'échantillons doit être réglementée, ils s'entendent à dire que si elle était permise, certains contrôles et restrictions seraient nécessaires. Les participants ne se sont pas entendus quant à savoir si les échantillons devaient continuer ou non à être distribués aux professionnels de la santé ou si certains échantillons devaient être distribués directement au public. Si la distribution d'échantillons aux praticiens de la santé est maintenue, il est nécessaire d'appliquer des contrôles et des restrictions. De plus, les participants conviennent que la définition du terme « échantillon » doit être clarifiée dans le contexte des définitions des termes « publicité » et « promotion », bien qu'il n'y ait pas eu d'entente sur la question de comment le définir et par qui.
- **contrôle la promotion à l'intention des professionnels de la santé.** Les participants ont exprimé des points de vue divergents sur l'autorisation de la promotion à l'intention des professionnels de la santé. Cependant, ils appuient en général la distinction entre la promotion et l'information ou l'éducation et le contrôle du contenu. Les contrôles pourraient prendre la forme d'un code de conduite, un ensemble de règles contraignantes, qui doit être suivis et mis en application, voire approuvés par un organisme indépendant.

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte des consultations

À l'automne 2003, Santé Canada a engagé des consultations avec un large éventail d'intervenants axées sur la publicité des produits de santé comme il est décrit dans la proposition sur la Loi sur la protection de la santé du Canada.

Les consultations actuelles sur le renouveau législatif s'appuyaient sur les consultations tenues en 1998 et 1999 sur de grandes questions liées à la protection de la santé. À l'époque, l'intérêt était centré sur l'élaboration de principes directeurs dans le cadre d'une refonte du cadre réglementaire à l'égard de la publicité directe au consommateur sur les médicaments d'ordonnance. Les participants ont défini les objectifs suivants pour ce qui est des renseignements sur les médicaments fournis au consommateur :

- Assurer la sécurité du consommateur
- Aider le consommateur à faire des choix éclairés
- Respecter le professionnel de la santé
- Traiter des coûts de soins de la santé
- Assurer la responsabilité
- Reconnaître le contexte canadien

Dans le rapport consécutif on a également déterminé certains aspects de la protection de la santé particulièrement préoccupants aux yeux du public¹. Ces données ont servi de guide à l'élaboration d'un nouveau cadre législatif à l'égard des lois fédérales sur la protection de la santé axé sur une nouvelle loi canadienne sur la protection de la santé. Le processus de consultation sur le renouveau de la législation est en voie d'obtenir l'opinion du public concernant une proposition détaillée.

1.2 Consultations sur la publicité

La publicité, telle qu'elle est définie en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* et aux termes de son Règlement, «s'entend notamment de la présentation, par tout moyen, d'un aliment, d'une drogue, d'un cosmétique ou d'un instrument en vue d'en stimuler directement ou indirectement l'aliénation, notamment par la vente²».

L'objet des ces consultations particulières était de discuter avec un groupe divers d'intervenants avisés sur plusieurs questions liées à la publicité sur les produits de santé : fausse représentation, publicité directe au consommateur, annexe A (une liste sur laquelle figure un certain nombre de maladies à l'égard desquelles la publicité est présentement interdite), distribution d'échantillons et promotion à l'intention des praticiens de la santé.

Plus de 70 intervenants ont été invités à assister à l'un des trois ateliers d'une durée de deux jours chacun, l'un à Montréal, un deuxième à Toronto et un dernier à Ottawa, qui ont eu lieu à la fin novembre et au début décembre 2003. Les intervenants représentaient des groupes communautaires et

¹ Pour obtenir des renseignements sur les consultations antérieures sur la publicité directe au consommateur, voir http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/oria-bari/as_said_f.pdf (rapport de 1998) et http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/oria-bari/dtca_f.html (rapport de 1999). Voir également <http://renewal.hc-sc.gc.ca> pour obtenir des renseignements sur le processus actuel du renouveau législatif et les documents qui s'y rattachent.

² *Proposition législative détaillée, Ibid.* 2003, 79.

de consommateurs, des groupes de patients, le milieu universitaire, l'industrie, les médias, de même que des associations de professionnels de la santé.

Une équipe d'employée de Santé Canada était présente à chaque endroit afin de présenter l'information reliée à la nouvelle proposition et écouter les participants. L'ordre du jour de l'atelier a donné suffisamment de temps pour les discussions de petits groupes suivit des rapports plénières envers chaque sujet. L'ordre du jour fut développé par le Bureau de la participation des consommateurs et du public, le Bureau des affaires réglementaires et internationales et le Secrétariat du renouveau législatif, avec la collaboration d'Intersol, une société de communication et de facilitation située à Ottawa.

Les sessions furent professionnellement facilités par les employées d'Intersol. Les discussions de table furent facilités par des participants volontaires; les notes furent prises par les employés de Santé Canada. Les notes des sessions plénières furent enregistrés par les employés de Praticum limitée, des spécialistes en communication et facilitation situé à Totonto. Le rapport des ateliers de publicité est basé sur les notes enregistrées par les preneurs de note et les notes des plénières de chaque session. Ceci représente une synthèse des discussions envers chaque sujet, concentré sur les apogées, qui reflètent les thèmes, les point de convergences, les problèmes et les inquiétudes ainsi que les messages clés.

Voir l'annexe A pour obtenir l'ordre du jour des ateliers et l'annexe B pour avoir la liste complète des participants.

2. FAUSSE REPRÉSENTATION

Les fausses représentations quant à une allégation de santé désignent les allégations trompeuses qui ont trait à la santé et à la sécurité. Celles-ci seraient interdites en vertu de la nouvelle loi. En vertu de la loi proposée, quiconque ferait une allégation de santé devrait fournir des données valides à l'appui de sa demande et le fardeau de la preuve incomberait à la personne faisant une allégation afin de démontrer la véracité³ du produit.

2.1 Domaines de convergence

Les participants se sont entendus sur un certain nombre de principaux domaines liés à la fausse représentation :

- **Il est nécessaire d'éviter la fausse représentation pour assurer la sécurité du public.** Dans le cadre des trois ateliers, les participants se sont entendus en général sur la nécessité de dispositions à l'égard de la fausse représentation. De plus, les participants ont convenu que les dispositions doivent être axées sur la protection de la santé, la santé et la sécurité.
- **Les termes doivent être clarifiés et mieux définis.** Bien que les participants reconnaissent le défi que représente l'établissement d'une définition appropriée de l'expression «fausse représentation», ils conviennent qu'une meilleure clarification est nécessaire en ce qui concerne un certain nombre de termes et de concepts liés au concept de fausse représentation. Voir ci-après.
- **La fausse représentation fait partie d'un ensemble d'éléments continuum.** Dans l'ensemble, les participants sont d'avis que l'approbation préalable, la fausse représentation et la mise en application

³ Proposition législative détaillée, *Ibid.* 40.

de la loi doivent être considérées comme un ensemble d'éléments homogènes, et que les dispositions doivent être élaborées en tenant compte de cet ensemble.

- **Il est nécessaire de rendre obligatoire l'approbation préalable.** Les participants croient que les mesures à l'égard de la mise en application de la loi et de l'approbation préalable sont inadéquates. Ils considèrent que l'approbation préalable est nécessaire et veulent qu'elle soit obligatoire. Ils conviennent que cela nécessitera des normes élevées, du personnel bien formé, une surveillance efficace et transparente et des peines efficaces.
- **Des renseignements équilibrés, objectifs et formulés dans un langage simple sont nécessaires.** Les participants reconnaissent tout à fait que le public doit avoir accès à des renseignements équilibrés fondés sur des données valides provenant de sources indépendantes. Comme partie intégrante de ce consensus, notons l'entente que Santé Canada approuverait au préalable le sommaire des allégations en ce qui a trait à certaines catégories de produits⁴.

Les participants croient également que la conformité serait plus probable si les principes étaient formulés en fonction de renseignements équilibrés et appliqués à tous les médias. Par conséquent, les participants conviennent qu'un organisme doit être responsable de vérifier la publicité pour s'assurer de l'absence de fausse représentation. Ils ont également discuté de l'idée d'avoir un organisme qui assurerait l'exactitude des renseignements contenus dans les publicités; cependant, ils ne se sont pas entendus sur l'organisme idéal qui pourrait remplir cette fonction.

- **Les dispositions doivent être englobantes et souples.** Dans l'ensemble, les participants ont convenu que les dispositions doivent s'appliquer à tous les médias, bien que l'Internet, en particulier, représente une préoccupation. Ils conseillent également que ces dispositions soient suffisamment souples pour couvrir tous les médias qui pourraient être créés dans l'avenir.

2.2 Besoin d'éclaircissements

Les participants ont énoncé un certain nombre de termes qui nécessitent des éclaircissements :

- **Fausse représentation.** Les participants font remarquer que la fausse représentation doit être définie selon la réduction du risque et en termes absolus plutôt que relatifs. La définition actuelle ne traite pas de l'absence de renseignements équilibrés comme les effets secondaires et les solutions de rechange thérapeutiques ou non thérapeutiques. Elle doit également tenir compte du contexte des publicités et prendre en considération tout ce que le public voit et perçoit.
- **Produit de santé.** Les dispositions doivent clarifier les catégories de produits qui sont comprises, de même que celles qui ne le sont pas (médicaments d'ordonnance / médicaments en vente libre, et les catégories à l'égard des médicaments sans ordonnance). Est-ce que les catégories s'appliqueraient à tous les médias? Les critères actuels en ce qui a trait à l'application des provisions ne visent pas également toutes les catégories de produits.
- **Promotion.** Les participants s'inquiètent de la formulation actuelle des dispositions visant la fausse représentation, qui ne précisent pas clairement ce que représente une promotion.

⁴ *Ibid.*, disposition B6.5, 38

- **Éducation, information, publicité et promotion.** Les participants soulignent le besoin de faire la distinction entre l'éducation, l'information, la publicité et la promotion.
- **Produits et processus.** Présentement, la disposition ne vise que les produits. Pour s'assurer que le public n'est pas induit en erreur quant aux caractéristiques, à la valeur, à la sécurité et à l'efficacité des produits de santé, selon les participants, la loi doit faire en sorte que la disposition vise autant les processus que les produits⁵.
- **Base de la «véracité».** Les participants sont d'avis que la véracité doit être fondée sur le «fardeau de la preuve» et sur la recherche sensée plutôt que sur «la science et l'observation objective». Ce point traite de la nature de la preuve même⁶.
- **Validité.** En ce qui concerne les données valides à l'appui d'une allégation, les participants soulignent le besoin d'être clair sur ce qui est considéré valide, par qui et selon quelles méthodes. Ils suggèrent que les données soient indépendantes et «fondées sur la preuve». Les participants ont discuté pour savoir si la preuve devait découler de l'expérience réelle ou des essais cliniques⁷.
- **Données significatives.** Quand il s'agit de l'exigence du fabricant de mettre à la disposition du public un résumé significatif des données au soutien d'une allégation, les participants demandent une plus grande clarté sur ce qu'on entend par «significatives». Ils s'interrogent également sur qui assurerait le contrôle des renseignements que le fabricant rendrait publics⁸.
- **«Média public» et notion de «aurait dû savoir».** Bien que certains participants appuient l'idée que l'on interdise à un média public de diffuser une annonce lorsqu'il «savait ou aurait dû savoir» que la promotion contrevenait à la loi ou aux règlements, d'autres sont d'avis qu'il s'agit d'une disposition irréaliste et irréalisable⁹. L'expression «média public» n'est pas claire et on s'interroge si elle doit également s'appliquer aux médias privés.

2.3 Questions

Outre les grands domaines sur lesquels ils se sont entendus et la demande d'une plus grande clarté et des définitions, les participants ont cerné plusieurs questions nécessitant un examen plus poussé, notamment :

- **Fardeau de la preuve.** Les participants s'entendent en général pour dire que le fabricant doit mettre à la disposition du public un résumé valide des données en soutien à une allégation liée à la sécurité d'un produit ou à ses effets sur la santé. Cependant, certains ont exprimé leur inquiétude et indiqué que mettre le fardeau de la preuve sur le fournisseur ne serait pas raisonnable puisque le fournisseur pourrait ne pas avoir la capacité de déterminer indépendamment si les renseignements sont équilibrés et fondés sur des données valides. De nombreuses parties sont d'avis qu'il devrait y avoir une approbation préalable par un organisme ayant accès à de tels renseignements. Cependant, on ne s'entend pas sur l'organisme idéal pour s'acquitter de cette tâche.

⁵ *Ibid.*, B6.1, 38

⁶ *Ibid.*, B6.3, 38

⁷ *Ibid.*, B6.4, 38

⁸ *Ibid.*, B6.5, 39

⁹ *Ibid.*, B6.6, 39

- **Contexte.** Certains participants croient que les renseignements, en eux-mêmes, pourraient ne pas être de nature promotionnelle, mais l'être dans un certain contexte. Le contexte doit, par conséquent, être pris en considération afin de déterminer s'il y a fausse représentation.
- **Surveillance et mise en application de la loi.** Les participants sont d'avis que les ressources sont insuffisantes pour ce qui est de la surveillance et de la mise en application pour lesquelles Santé Canada est présentement mandatée et, par conséquent, suggèrent que la faisabilité de la mise en application de la loi fasse partie intégrante de l'élaboration de dispositions sur la fausse représentation.

Cependant, les participants s'entendent pour dire que la surveillance et la mise en application de la loi doivent être adéquatement dotées en ressources et renforcées, et doivent comprendre les éléments suivants :

- Surveillance proactive
- Rétractation immédiate
- Mécanisme clair pour traiter des violations, notamment la nécessité d'un message correctif.
- **Approbation préalable.** Bien que l'on ne s'entende pas sur l'organisme qui devrait être mandaté pour coordonner l'approbation préalable, certains participants suggèrent de prévoir un organisme multilatéral dans la législation, qui recevrait une formation adéquate. Les participants conviennent également que l'approbation préalable de publicité ne doit pas avoir priorité sur le système d'autorisation préalable à la mise en marché.
- **Populations vulnérables.** Certains participants, dans toutes les séances, ont exprimé leur inquiétude sur le besoin de fournir une protection adéquate à l'intention de populations vulnérables.

2.4 Conclusion

En conclusion, les participants sont d'accord avec l'intention de la proposition sur la fausse représentation. Ils veulent moins d'imprécision et une plus grande clarté. Ils sont préoccupés par les définitions et par la surveillance et la mise en application de la loi. Et, ils veulent que la situation actuelle s'améliore plutôt que de se dégrader.

3. PUBLICITÉ DIRECTE AU CONSOMMATEUR (PDAC)

Dans la loi proposée, des restrictions en ce qui concerne la publicité des produits de santé destinée aux consommateurs pourraient être imposées par voie de règlements (indépendants des dispositions afférentes à l'annexe A, qui seront abordées plus loin dans le présent rapport). Dans le cadre de l'élaboration d'un projet approprié, possiblement une combinaison des outils suivants pourrait être considérés :

- Premier outil – La prohibition de la promotion des produits de santé d'ordonnance
- Deuxième outil – La diffusion de renseignements sur les produits de santé au consommateur
- Troisième outil – Le contrôle du contenu de la promotion
- Quatrième outil – L'autorisation préalable¹⁰

¹⁰ *Ibid.*, p. 83-87

Dans l'ensemble, de nombreux participants s'opposent à toute forme de publicité à l'égard des médicaments d'ordonnance, tandis que d'autres considèrent que la publicité pourrait être permise, sous réserve de contrôles serrés.

3.1 Premier outil – La prohibition de la promotion des produits de santé sur ordonnance

L'opinion est partagée sur cet outil. Les participants soulignent les points suivants :

- **La publicité est trompeuse.** De nombreux participants favorisent le premier outil parce qu'ils considèrent que la publicité n'est pas de nature informative puisque son but consiste à promouvoir les ventes. Ces participants considèrent que la publicité manipule le public et peut contribuer aux demandes de thérapies et de médicaments incitées par les patients.
- **La PDAC est déjà au Canada.** Parallèlement, les participants reconnaissent que la PDAC, bien qu'elle soit illégale au Canada, touche déjà les Canadiens à cause d'une variété de sources étrangères, plus particulièrement américaines. En outre, la plupart des participants ont l'impression que les règlements actuels ne sont pas mis en application de manière adéquate.
- **Le statu quo est caduc.** Le statu quo – permettant la promotion du nom, du prix et de la quantité – est caduc. Certains participants sont inquiets du fait que de nombreuses publicités repoussent les limites de ce qui est permis compte tenu des messages de recherche d'aide et les annonces de rappel.
- **Des données conclusives sur la santé sont nécessaires.** Les participants notent un besoin de données sur les incidences de la PDAC sur les résultats pour la santé, et non seulement pour la vente. Bien que l'on dispose d'un volume considérable de données, les participants demandent des données spécifiquement canadiennes, à l'échelle du Canada.

De plus :

- Certains croient que la distinction entre les médicaments en vente libre et les médicaments d'ordonnance doit être maintenue, tandis que d'autres ne sont pas d'accord.
- Les participants ont discuté de la possibilité d'interdire formellement la publicité des marques spécifiques et de n'autoriser que la publicité générique, mais ils ne sont pas parvenus à une entente.

3.2 Deuxième outil – La diffusion de renseignements sur les produits de santé au consommateur

Il y a un consensus général sur l'utilité de cet outil. Les participants offrent un certain nombre de suggestions visant l'amélioration des renseignements et l'accès à ceux-ci :

- **Promouvoir l'information destinée directement au consommateur et l'éducation destinée directement au consommateur (par opposition à la publicité).** De nombreux participants considèrent que la publicité n'est pas de nature informative puisque son but consiste à promouvoir les ventes.

- **Des renseignements clairs, équilibrés et neutres sont nécessaires.** Les participants ont mis beaucoup l'accent sur la nécessité de disposer de renseignements clairs, équilibrés et neutres au cours de la discussion sur cet outil. Ils veulent des renseignements objectifs d'une source indépendante ou de plusieurs sources. Il faut trouver une solution adaptée à la situation canadienne. Les renseignements doivent comprendre les produits de rechange thérapeutiques et non thérapeutiques, les effets secondaires, les incitations à consulter son médecin et les bonnes habitudes de vie.

Les participants suggèrent la création d'un site donnant des renseignements neutres sur la santé, www.drugsforyou.ca, destiné aux professionnels de la santé et aux pharmaciens. On pourrait également prévoir un numéro sans frais qui fournirait des renseignements. Cet effort serait complété par une stratégie de gestion des connaissances. Les points de vue diffèrent sur la manière dont la diffusion de renseignements devrait être financée. Parmi les options proposées, on note le financement par les entreprises pharmaceutiques avec un apport du gouvernement.

Certains croient que les renseignements pourraient être fournis par Santé Canada, les coûts assumés par l'industrie dans le cadre de l'évaluation des produits aux fins d'approbation à l'égard de la publicité. Le soutien pourrait également provenir des gouvernements fédéral et provinciaux.

On a discuté des coûts de diffusion. Les suggestions proposées comprennent les profits des promotions, un pourcentage des publicités PDAC, Santé Canada et un partenariat de consommateurs, de l'industrie et des professionnels de la santé.

- **Les modèles internationaux sont utiles.** Des modèles internationaux ont été cités, comme «The Australian National Prescription Service», qui peut être utiles à la discussion canadienne sur la PDAC.
- **Étendre le modèle de monographie de produit.** Certains participants croient que le modèle de monographie de produit est utile, mais pensent qu'il ne va pas assez loin. Les renseignements doivent être conviviaux (sympathiques), fondés sur des données valides et diffusés par Santé Canada ou un tiers. La propriété des monographies a également fait partie des questions soulevées, certains participants estimant que Santé Canada devrait en avoir la propriété.

Certains suggèrent des monographies de classes plutôt que des monographies spécifiques à un médicament, qui porteraient sur les états de santé plutôt que des produits en particulier.

Les participants ont également noté certaines préoccupations :

- **L'accès aux renseignements est une préoccupation.** Certains participants sont inquiets en ce qui concerne l'accès aux renseignements pour les gens qui n'ont pas de téléphone ou d'ordinateur et dont le niveau d'alphabétisation est faible. Certains participants soulignent l'importance de fournir des renseignements dans d'autres langues que l'anglais ou le français. D'autres sont d'avis qu'il faut prendre en considération les deux limites du spectre de l'âge : les jeunes se débrouillent mieux avec l'Internet et devraient aussi obtenir des renseignements sur la promotion de la santé dans les écoles; les générations plus âgées ont tendance à se fier davantage aux symboles d'autorité et aux formes traditionnelles de renseignements.

- **La mise en application de la loi est nécessaire.** Les participants conviennent que la mise en application actuelle de la loi est inadéquate et veulent s'assurer que les responsabilités à cet égard sont soutenues de manière appropriée.
- **Définition de produit de santé.** Ici encore, certains s'interrogent sur la définition de produit de santé et si celle-ci devrait s'appliquer aux produits d'ordonnance et en vente libre. Certains croient qu'il est nécessaire d'inclure tout produit avec une allégation de santé.
- **Rôles.** Les rôles de Santé Canada, du milieu universitaire, des consommateurs et des dirigeants communautaires doivent être déterminés. Il est clair pour les participants que Santé Canada devrait établir les lignes directrices et avoir la responsabilité de s'assurer que celles-ci sont suivies.

3.3 Troisième outil – Le contrôle du contenu de la promotion

Comme il a été noté précédemment, certains participants ont la nette conviction que la publicité n'est autre chose que du marketing. Ces participants ne veulent aucune PDAC et, par conséquent, ne voient pas la nécessité de discuter des moyens de contrôle du contenu des promotions. Cela étant dit, les personnes qui favorisent le troisième outil s'entendent en général sur ses dispositions et soulèvent un certain nombre de préoccupations pour s'assurer de son efficacité :

- **Besoin d'assurer une mise en œuvre efficace.** Les participants sont préoccupés par le niveau de ressources accordées pour une autorisation préalable efficace, de même qu'en ce qui concerne la surveillance et la mise en application de la loi.
- **Contrôle de la promotion, et non de l'information et de l'éducation.** L'autorisation préalable doit s'appliquer à la promotion et à l'information. De nombreux participants sont préoccupés par les conflits d'intérêts potentiels entre la santé publique et la promotion des produits de santé.
- **Besoin d'une proposition plus rigoureuse.** Certains participants croient que la proposition doit être renforcée pour réduire les risques que les consommateurs s'auto-diagnostiquent ou se soignent eux-mêmes.
- **Révision des parties aux fins d'applicabilité universelle.** La plupart des participants sont d'avis que les 12 dispositions proposées aux termes du troisième outil ne s'appliquaient pas également à toutes les classes de produit¹¹. Certaines parties conviennent aux produits d'ordonnance et en vente libre, comme celles qui traitent des allégations d'approbation préalable à la mise sur le marché, des données valides, la présentation équilibrée, les risques et les avantages, les comparaisons et les effets indésirables (B10.3.3.2.3.1-, 2, 4, 5 et 11); d'autres, comme celles qui traitent de la détermination par le médecin des formes de traitement appropriées et des monographies des produits, ne s'appliquent pas aux produits en vente libre (B 10.3.3.2.3.7 et .10); tandis que d'autres, comme la partie qui traite de la comparaison entre les produits de santé et celle qui vise à déterminer si les renseignements doivent paraître dans la promotion (B 10.3.3.2.3.5 et .9) semblent contradictoires. Il est nécessaire de revoir cette partie en vue de déterminer ce qui fait partie et ce qui ne fait pas partie de chaque classe de produits.

¹¹ *Ibid.*, 84-87. Ces dispositions ont pour objet d'établir les principes qui contribueront à empêcher que le public soit induit en erreur.

- **Attribuer un code de produit.** Pour rendre le renseignement plus accessible au public parmi une gamme de médias et de sources, on a suggéré que les produits se voient attribuer un code.
- **Élaborer une solution adaptée aux besoins des Canadiens.** Si la publicité des médicaments est permise, elle doit être assujettie à des contrôles efficaces, notamment l'approbation préalable de la promotion proposée. Un des contrôles pourrait consister à s'assurer qu'un médicament doit être sur le marché pendant une durée déterminée avant que la publicité ne soit permise. Les messages devraient informer le consommateur des autres traitements, lui rappeler de consulter son médecin, exprimer le pour et le contre, de même que les risques et les avantages. Cela doit être effectué de manière efficace et doit être encadré.

3.4 Quatrième outil – L'autorisation préalable

- **L'autorisation préalable est nécessaire.** Les participants conviennent que l'autorisation préalable doit être obligatoire et doit s'appliquer à la promotion et à l'information. Si les messages de «recherche d'aide» et les annonces de «rappel» demeurent permis, de nombreux participants croient que ceux-ci devraient être approuvés au préalable.
- **La santé et la sécurité sont une priorité.** Les participants conviennent que la santé et la sécurité prévalent sur l'économie et les autres intérêts. L'avancement rapide ne doit pas se faire au détriment de la sécurité.
- **Rôle réservé aux organismes tiers indépendants en matière d'autorisation préalable.** Un grand nombre de participants soutiennent l'idée que l'autorisation préalable soit donnée par une tierce partie indépendante et digne de foi, dotée d'effectifs spécialisés dans différents domaines et informée par les consommateurs.

Tout organisme distinct doit être caractérisé par la transparence, la rapidité et la réceptivité. Certains ont donné comme exemple le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique (CCPP), soulignant la nécessité de compter sur un organisme multilatéral et une majorité de voix non pharmaceutiques et indépendantes pour assurer l'équilibre.

Les participants conviennent que des critères clairs sont nécessaires pour déterminer ce qui constituerait des renseignements équilibrés et des données valides. Les participants conviennent également que Santé Canada a un rôle essentiel à jouer dans l'établissement de la politique et des normes.

- **Besoin de capacité et de ressources.** Ici encore, les participants s'interrogent sur les capacités et les ressources pour assurer la conformité à la loi et sa mise en application.
- **Une autorité bien définie est nécessaire en ce qui a trait aux peines.** Les mécanismes d'autorisation préalable doivent permettre de percevoir des peines et de déclarer les infractions au public. Les peines doivent être efficaces, transparentes et opportunes.

Une fois de plus, on a discuté du financement. Les participants ont des points de vue divergents en ce qui concerne les mécanismes de financement. Certains suggèrent des frais d'utilisation, d'autres suggèrent que l'industrie paie avec les profits des promotions, sans contrôle sur le contenu, d'autres encore suggèrent une combinaison d'apport du gouvernement et de frais d'utilisation. Un bon nombre

de participants sont d'avis que les fonds dépensés par les fabricants sur la publicité pourraient servir à fournir des renseignements plus équilibrés, précis et neutres aux consommateurs et aux professionnels de la santé.

3.5 Combinaison des outils

Les participants ont avancé diverses solutions à l'égard des outils pour le PDAC.

Premier et deuxième outils. Les opposants à la PDAC favorisent le premier outil (aucune promotion quant aux produits de santé sur ordonnance) et un renforcement de la surveillance et de la mise en application de la loi. Parmi ces participants, nombreux sont ceux qui croient que les annonces «de rappel» et les messages de «recherche d'aide» devraient être interdites et que le premier outil pourrait, par conséquent, être plus efficace s'il était combiné au deuxième outil (la diffusion de renseignements sur les produits de santé au consommateur).

Deuxième, troisième et quatrième outils. De nombreux participants conviennent que les renseignements pourraient être diffusés de manière plus efficace si les deuxième, troisième et quatrième outils étaient combinés, ce qui répondrait à un large spectre d'opinions.

3.7 Conclusions

Bien que les points de vue divergent en ce qui concerne les outils inclus dans la proposition, les discussions font ressortir les domaines d'entente suivants :

- **La sécurité du public est une priorité.** Les participants conviennent que toute publicité sur les produits de santé doit accorder la priorité à la santé et à la sécurité du public.
- **Le système actuel n'est pas acceptable.** On s'entend en général pour dire que le système actuel n'est pas acceptable. Dans l'ensemble, la grande source d'inquiétude réside dans la nature des renseignements présentement disponibles et leurs sources. Il sera donc important de prévoir des restrictions et des contrôles vigoureux, de même qu'une autorisation transparente, une surveillance et une mise en application de la loi. Cependant, les participants ne s'entendent pas clairement quant à la forme que ces contrôles devraient prendre et qui coordonnerait les contrôles. Que ce soit Santé Canada ou un organisme multilatéral indépendant, on devra tenir compte de l'opinion des consommateurs.
- **Promouvoir l'information destinée directement au consommateur et l'éducation destinée directement au consommateur (par opposition à la publicité).** Les participants conviennent de l'importance de l'accès au consommateur à des renseignements équilibrés et valides sur les produits de santé afin de pouvoir prendre des décisions éclairées. Bien que certains participants croient que la publicité peut remplir ce rôle sous réserve de contrôles serrés, d'autres s'opposent à toute forme de publicité reliée aux médicaments d'ordonnance.
- **Les renseignements doivent être accessibles.** Les participants conviennent que les renseignements doivent être fournis dans un langage simple et convivial, et appuyés par des ressources adéquates. Encore là, on ne s'entend pas sur l'organisme optimal pour gérer les renseignements. On s'interroge sur la manière dont ces activités devraient être financées.

Les participants favorisent une gamme d'options en ce qui concerne la diffusion des renseignements, notamment :

- Messages d'intérêt public, construits sur le modèle de ParticipAction
 - Numéros sans frais
 - Sites Web
- **La PDAC et la promotion à l'intention des professionnels de la santé sont liées.** Finalement, la PDAC ne peut être séparée de la promotion à l'intention des praticiens de la santé. Les pratiques en matière de prescription doivent être abordées, peut-être en élaborant des lignes directrices ou un règlement pour assurer l'efficacité dans ce domaine.
 - **Élaborer une solution adaptée aux besoins des Canadiens.** Bien que nous ne puissions échapper au fait que les publicités américaines sont largement vues au Canada, il est clair que les participants ne veulent pas du modèle américain pour ce qui est de la PDAC. Beaucoup craignent que ces publicités accroissent la demande et la consommation de médicaments d'ordonnance particuliers et contribuent à un accroissement de l'usage de médicaments. Les participants veulent que les citoyens fassent partie de la formulation de la solution.

4. ANNEXE A

La proposition législative présente trois options à l'égard de l'annexe A. La discussion s'est tenue sur ces trois options :

4.1 **Option 1 – Conserver une liste de maladies à l'égard desquelles la publicité est interdite, mais prévoir un ensemble clair de critères pour déterminer quelles sont les maladies qui devraient être énumérées**

L'option 1 compte un certain nombre de points sur lesquels les participants se sont entendus dans l'ensemble :

- **L'annexe A doit être mise à jour.** On s'entend pour dire que l'annexe A, sous sa forme actuelle, est désuète et incomplète. Certains sont d'avis qu'elle n'est plus exhaustive ni légitime. On considère qu'elle gêne la promotion des allégations qui ont reconnues les avantages de la santé publique. De plus, le processus de modification est long et encombrant.
- **Un processus de mise à jour périodique est nécessaire.** Un processus de mise à jour clair est nécessaire et la plupart sont d'avis que tout changement devrait être apporté avec, comme seul objet, la sécurité du consommateur.
- **Des critères clairs sont nécessaires pour assurer la transparence.** La plupart conviennent que des critères clairs sont nécessaires afin d'inclure les maladies et les états de santé dans la liste, de même que des lignes directrices administratives claires. De nombreux participants aimeraient que l'annexe comprenne les états de santé physiques et mentaux et, peut-être, certains symptômes (l'arthrite, par exemple).

- **La responsabilité devrait incomber à un organisme indépendant.** Les participants sont d'avis que la mise à jour doit être entreprise par un comité consultatif indépendant à grande échelle, qui comprend des consommateurs et des professionnels de la santé. Il est également important que le comité soit justiciable, bien que les participants aient eu très peu de temps pour discuter de la manière dont cela devrait être fait et de qui relèverait le comité.

4.2 Option 2 – Conserver l'annexe A, mais prévoir une certaine souplesse quant au type d'allégations qui pourraient être autorisées ou non

Ici encore, l'option 2 compte un certain nombre de points sur lesquels les participants se sont entendus dans l'ensemble :

- **La PDAC nécessite l'annexe A.** L'annexe A, sous réserve d'une souplesse supplémentaire offerte aux termes de l'option 2, est préférée par certains à l'option 1 sur la base du filet de sécurité qu'elle offre. Les participants reconnaissent la valeur de dispositions comme l'autorisation préalable, le contrôle du contenu de la promotion et les contrôles à l'égard des fausses représentations. Cependant, si ces dispositions de sécurité ne sont pas mises en œuvre, surveillées ni ressourcées de manière adéquate, l'annexe A demeure cruciale et essentielle.
- **La souplesse est nécessaire.** On considère que la souplesse est importante pour refléter les changements à l'égard de la base de preuve et pour inclure les états de santé mentaux et les symptômes, de même que les états de santé physiques.
- **L'annexe A doit servir l'intérêt du public.** Certains croient que la promotion des produits préventifs, qui servent l'intérêt du public, devrait être permise; par exemple, les écrans solaires et les condoms. Parallèlement, les participants reconnaissent qu'il est difficile de définir l'intérêt du public.
- **Des mécanismes de mise à jour simples et opportuns sont nécessaires.** Les participants qui favorisent l'option 2 reconnaissent la nécessité de mécanismes de mise à jour simples et opportuns. On continue de s'interroger sur la capacité et les ressources de Santé Canada à cet égard.
- **Un organisme indépendant est nécessaire.** À l'instar de l'option 1, l'option 2 nécessiterait un comité consultatif indépendant pour que l'on s'assure que le processus d'établissement des critères et de modifications à l'annexe A est transparent, rigoureux et opportun. Les représentants siégeant à ce comité devraient comprendre non seulement des experts scientifiques, mais aussi des consommateurs.

4.3 Option 3 – Éliminer complètement l'annexe A

Les participants ne s'entendent pas en ce qui a trait à l'élimination de l'annexe A.

- Le fait que d'autres parties de la proposition offrent suffisamment de protection a été cité comme motif pour les participants appuyant l'élimination de l'annexe A et ceux qui s'y opposent.
- Certains participants indiquent qu'ils appuieraient l'option 3 si la PDAC sur les médicaments d'ordonnance était interdite à l'avenir. Tout comme dans le cas de l'option 2, les participants notent que, si la PDAC est permise, l'annexe A sera nécessaire.

- D'autres croient que l'option 3 pourrait être acceptable dans des conditions particulières, par exemple, que les produits soient assujettis aux deuxième, troisième et quatrième outils établis aux termes de la PDAC, que les produits comprennent les thérapies et les traitements novateurs (et de rechange), et que les provinces contribuent à aider à identifier les produits qui peuvent faire l'objet d'une publicité ou d'une promotion.

Les participants ont soulevé deux préoccupations supplémentaires dans le cadre de leur discussion sur l'option 3 :

- **L'option 3 nécessite une autorisation préalable rigoureuse.** On a émis l'opinion que, sans l'annexe A, tous les renseignements sur les produits devraient faire l'objet d'une autorisation préalable rigoureuse, indiquée par un logo ou un identificateur clair ou par un numéro d'identification.
- **On s'inquiète pour la santé et la sécurité du public.** Beaucoup d'inquiétudes sont entretenues quant au fait que, sans l'annexe A, les consommateurs souffrant d'une maladie ou d'un état de santé grave pourraient s'auto-diagnostiquer et se traiter eux-mêmes et, par conséquent, courir des risques.

Les participants ont réitéré les discussions antérieures sur la nécessité de renseignements équilibrés, neutres, indépendants et disponibles à tous, de même que sur la nécessité de compter sur un organisme responsable de la production ou de la surveillance de la diffusion de tels renseignements. Ici encore, les participants ont présenté de nombreuses suggestions en ce qui concerne le financement d'un tel organisme, notamment :

- La création d'une fondation ou d'un fonds pour la promotion de la santé.
- L'établissement d'une taxe de Santé Canada pour financer l'élaboration de renseignements fiables et crédibles plutôt que d'un ensemble complexe de règlements.
- Demande aux sociétés pharmaceutiques de partager les coûts pour chaque dollar comme le fait l'industrie canadienne de la radiodiffusion à l'égard du contenu canadien et à d'autres fins.

4.4 Conclusions

La plupart des participants conviennent que l'annexe A doit être conservée et renforcée (option 1 et option 2) plutôt qu'éliminée, et que des critères clairs sont nécessaires relativement à l'ajout à l'annexe ou la suppression de maladies et d'états de santé (de même que de symptômes).

Les participants ont précisé la nécessité de prendre en compte les besoins des populations vulnérables, y compris les soignants. Ils sont également soucieux de la manière de traiter le mieux possible des produits qui, selon eux, ne devraient pas faire l'objet d'une publicité et qui ne sont présentement pas prévus à l'annexe A, comme les préparations pour nourrissons.

La discussion sur l'annexe A a également souligné un nombre de préoccupations générales à l'égard de la proposition :

- La nécessité de distinguer clairement ce qui serait prévu par la loi et ce qui serait prévu par le règlement.

- Le besoin de définitions claires de nombreux termes, notamment publicité, éducation, renseignements, promotion, consultation, traitement, prévention, guérison et réduction du risque.
- Le besoin d'une législation, d'une réglementation et d'allégations qui soient fondés sur de solides données cliniques à l'égard de la sécurité et de l'efficacité.
- La présence de contradictions entre les compétences provinciales et fédérale, telles que la reconnaissance provinciale des professionnels de médecine douce et des produits de santé naturels, qui ne peuvent faire l'objet d'une publicité conformément à la loi en matière de santé actuelle.

5. DISTRIBUTION D'ÉCHANTILLONS

La loi proposée fournirait l'autorité nécessaire pour réglementer l'offre des produits de santé en tant qu'échantillons. Par exemple, les règlements pourraient prévoir ce qui suit :

- Interdiction et lignes directrices pour ce qui constitue un échantillon.
- Distribution par la voie de professionnels qualifiés de la santé et lignes directrices à cet égard.
- Distribution d'échantillons de médicaments vendus en vente libre contribuant positivement à la santé publique.
- Distribution d'échantillons de cosmétiques, y compris ceux offrant un avantage pour la santé publique¹².

5.1 Option 1 : Interdire la distribution d'échantillons de médicaments (médicaments en vente libre et médicaments d'ordonnance) et établir les lignes directrices relativement à ce qui constitue un échantillon¹³.

Un certain nombre de participants sont d'accord avec cette option et préfèrent qu'aucun échantillon ne soit distribué, compte tenu du risque de réactions allergiques et d'interactions.

Les participants ne sont pas en faveur de la distribution de médicaments d'ordonnance directement au consommateur, mais certains sont favorables à la distribution d'échantillons de médicaments en vente libre.

Les participants conviennent que :

- **La sécurité du public doit être une priorité.**
- **Le contrôle doit correspondre au risque.** Les échantillons de produits à risque élevé ou de produits susceptibles de développer une résistance aux médicaments ne doivent pas être distribués directement au public. Les participants ont des points de vue divergents sur le maintien de la distribution d'échantillons de certains produits aux praticiens de la santé. Les produits à risque moins élevé pourraient être distribués aux praticiens de la santé, mais non au public. La distribution d'échantillons au public de produits à faible risque, comme les écrans

¹² *Ibid.*, p. 92

¹³ Prendre note que les options énoncées dans cette partie du rapport ne suivent pas précisément la loi proposée. Ils ont été développés dans le but de capter le sens des dispositions, et sont utiles pour la structuration des messages clés de la discussion.

solaires, pour lesquels il y a une preuve des bienfaits thérapeutiques, obtient un plus grand appui de la part des participants. Certains sont en faveur de l'inclusion de limitations sur la taille dans la définition d'échantillon, comme moyen de réduire les risques potentiels.

5.2 Option 2 : Prévoir la distribution d'échantillons par la voie des professionnels qualifiés de la santé et établir des lignes directrices pour le contrôle à cet égard

La plupart des participants sont en faveur de cette option à la condition que les dispositions prévoient les points suivants :

- Définition claire de professionnel qualifié de la santé;
- Définition claire d'échantillon, notamment la taille de l'échantillon, qui peut varier selon le produit.

Principales inquiétudes :

- **Sécurité du public.** Les participants sont inquiets de la sécurité du public, particulièrement dans le cas où des échantillons se retrouveraient entre les mains d'enfants.
- **Distribution par les pharmaciens.** Les points de vue sont mitigés en ce qui concerne la distribution d'échantillons de médicaments d'ordonnance par des pharmaciens. Les opposants font valoir les arguments suivants :
 - Il n'existe pas de documents et, par conséquent, aucun moyen de s'attaquer à des problèmes tels que l'efficacité, les effets secondaires ou le rappel du produit;
 - Les pharmaciens ne connaissent pas tous les antécédents médicaux du patient;
 - Les gens peuvent faire affaires avec plus d'un pharmacien et consulter plus d'un médecin et ceux-ci communiquent peu entre eux, voire ne communiquent pas du tout;
 - Le consommateur pourrait ne pas être informé du rappel d'un produit.

Les participants en faveur de la distribution d'échantillons par les pharmaciens font remarquer que nombreux sont les Canadiens qui n'ont pas de médecin de famille et que des lignes directrices pourraient être élaborées pour répondre à ces préoccupations.

- **Documents.** On a suggéré de fournir au pharmacien des renseignements sur les échantillons pour éviter les interactions de médicaments. Un exemple est le nouveau modèle de carte intelligente du Nouveau-Brunswick, qui est un moyen de distribution de produits de santé et de surveillance de l'utilisation de ceux-ci. Cependant, la carte de distribution d'échantillons possède certains inconvénients, notamment des préoccupations relatives à l'accès aux renseignements sur les préoccupations et un potentiel d'utilisation en vue de tirer un profit.
- **Populations vulnérables.** Bien que la distribution d'échantillons de médicament ne vise pas à résoudre les problèmes de pauvreté, on donne appui dans une certaine mesure à la distribution par des médecins d'échantillons de médicaments d'ordonnance à des patients considérés comme vulnérables – les personnes à faible revenu, les chômeurs, les étudiants et les nouveaux Canadiens.

- **Qualité des échantillons.** Les participants ont remarqué que les échantillons sont souvent distribués sans égard à la durée de conservation, à la contamination, ou aux conditions de stockage, y compris l'exposition à des températures extrêmes. Cependant, ces inquiétudes pourraient être traitées grâce à des lignes directrices.
- **Manière de fournir des renseignements.** Les participants se sont attachés à la nécessité de posséder des renseignements clairs sur les médicaments. Ils ont fait référence à des modèles, qui pourraient être utiles, notamment :
 - R.-U. : Un symbole unique est utilisé pour l'identification d'un nouveau médicament, un bulletin indépendant sur les médicaments est rédigé et les renseignements opportuns sont financés par le public
 - Site Web de l'Association médicale canadienne (AMC) : Ce site offre une quantité de renseignements à l'intention des médecins et d'autres.

Santé Canada pourrait fournir des renseignements actuels et à jour de diverses manières, notamment un numéro sans frais, une base de données électronique et un site Internet.

- **Étiquetage.** On souhaite que les échantillons soient clairement étiquetés afin d'empêcher la revente ou le commerce.
- **Relation entre les échantillons et les ordonnances.** On s'interroge également sur la possibilité que les échantillons puissent faire grimper le nombre d'ordonnances pour un médicament donné. De plus, les échantillons ne sont souvent fournis que pour des nouveaux produits et, par conséquent, peuvent ne pas s'avérer le traitement de choix. Les contrôles dans les lignes directrices devraient traiter de la question.

Parmi les autres inquiétudes, notons :

- La distribution inéquitable;
- La question de savoir si l'échantillon représente la thérapie la plus appropriée;
- Le potentiel de conflit d'intérêts du médecin;
- Gaspillage : Beaucoup d'échantillons sont jetés au rebut, ce qui augmente les risques environnementaux.

5.3 Option 3 : Permettre la distribution de certains types de produits de santé qui contribuent positivement à la santé publique

La plupart des participants sont en faveur de la distribution de médicaments en vente libre dans le domaine de la prévention et de l'amélioration de la santé, et des produits à faible risque, comme les écrans solaires.

Certains participants ont exprimé des inquiétudes pour ce qui est des échantillons distribués aux personnes à faible revenu : Quand l'échantillon est épuisé, ces personnes peuvent ne pas avoir les ressources pour continuer à utiliser un produit qui s'est avéré bénéfique. Ce point pourrait ne pas être simplement une question d'échantillon, mais une question d'accès à des soins de santé adéquats, un des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

5.4 Option 4 : Permettre la distribution d'échantillons de cosmétiques

On a peu discuté de cette option. Parmi les questions soulevées, on s'est demandé s'il fallait permettre les échantillons de multivitamines pour les femmes, de dentifrice, d'aliments relatifs aux allégations relatives à la santé, comme les préparations pour nourrissons, et les céréales relativement aux allégations relatives à la santé.

5.5 Conclusions

Bien que les participants ne se soient pas entendus sur la question de savoir si les échantillons devaient être permis ou non, tous les participants conviennent que, s'ils sont permis, certains contrôles et certaines restrictions seront nécessaires.

De plus, les participants conviennent que la définition d'échantillon doit être clarifiée, dans le contexte des définitions de publicité et de promotion, même si l'on ne s'est pas entendu sur la manière dont le terme devrait être défini ou quel organisme devrait être responsable.

6. PROMOTION À L'INTENTION DES PRATICIENS DE LA SANTÉ

La loi proposée à l'égard de la promotion à l'intention des praticiens de la santé vise à :

- Restreindre la promotion de produits de santé destinés aux praticiens de la santé par voie de règlements
- Aider à développer les paramètres pour les activités promotionnelles destinées aux professionnels de la santé, avec la possibilité de l'inclusion d'un code de conduite en ce qui concerne la relation entre les professionnels de la santé et l'industrie pharmaceutique¹⁴.

Présentement, les lignes directrices en ce qui a trait à la promotion à l'intention des praticiens de la santé sont traitées par les associations de professionnels de la santé, les associations pharmaceutiques et les organismes de réglementation professionnelle. Ces lignes directrices ont été établies sur une base volontaire et ne sont pas harmonisées. Certaines ont été établies à l'échelon national et d'autres, à l'échelon provincial.

6.1 Domaines de convergence

Les participants conviennent des points suivants :

- **Restreindre la promotion.** En général, les participants s'entendent sur la nécessité de restreindre la promotion des produits de santé aux praticiens de la santé, mais certains s'opposent totalement à toute forme de promotion. Certains participants croient que des limites devraient être établies.
- **Imposer des mesures incitatives.** Les participants sont d'avis que la promotion dépend indûment de mesures incitatives et craignent que les lignes directrices actuelles ne soient pas mises en application. Ils croient que les cadeaux et les mesures incitatives (p. ex., les incitatifs particulièrement importants comme les voyages) influencent les pratiques à l'égard des ordonnances.

¹⁴ *Ibid.*, p. 89

Ils suggèrent que les mesures incitatives deviennent des avantages imposables et la déclaration de la valeur monétaire des cadeaux deviennent obligatoire.

- **Limiter l'influence commerciale sur la recherche.** Outre les inquiétudes entourant l'influence des incitatifs sur les pratiques en matière d'ordonnance, certains participants craignent qu'il y ait influence commerciale sur la recherche et sur les programmes de recherche. On a émis l'avis que ce point valait la peine de faire l'objet d'un examen plus poussé.
- **Établir une distinction claire entre la promotion et l'éducation.** Les participants reconnaissent que la formation permanente constitue une exigence pour les praticiens de la santé. Ils reconnaissent également que, présentement, la grande partie de la formation permanente est parrainée par les industries pharmaceutiques, sans surveillance à l'égard du contenu du programme, et constitue, en fait, de la promotion. Ils croient que le multi-parrainage pourrait aider à neutraliser une telle promotion. Cependant, ils sont d'avis qu'il est important, dans tous les cas, d'établir une distinction claire entre la promotion et l'éducation.

Les participants reconnaissent que l'assurance que les activités ou les événements éducatifs ne relèvent pas de la promotion représente un défi de taille. Ils reconnaissent également les problèmes d'accréditation liés à ces événements et croient que ceux-ci doivent être abordés.

- **Assurer l'autorisation préalable.** Les participants soutiennent un système d'autorisation préalable obligatoire à l'égard de tous les renseignements communiqués aux professionnels de la santé, y compris les journaux, les réunions éducatives et les sites Internet, avec la possibilité que ces renseignements soient revus en fonction d'un code de pratiques. Reconnaissant que ce point n'est présentement pas du ressort de Santé Canada, il reste à déterminer qui le ferait et de quelle manière.
- **Fournir des renseignements neutres aux praticiens de la santé.** Les participants veulent s'assurer que les praticiens de la santé disposent de renseignements neutres et se demandent si l'industrie pharmaceutique pourrait fournir de tels renseignements. Le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques n'est pas considéré comme neutre; d'autres modèles ont été notés, tels que le British National Formulary, qui est fourni gratuitement aux professionnels de la santé au R.-U. et le Australia's Medicines Handbook, qui, bien qu'il ne soit pas gratuit, est élaboré indépendamment et est la propriété de trois organismes professionnels.
- **Établir un organisme indépendant.** Une fois de plus, les participants ont vu la nécessité d'un organisme indépendant – largement constitué et comptant une représentation de consommateurs – pour assurer l'éducation médicale continue et la formation continue en pharmacologie (ou, à tout le moins, pour s'assurer que celles-ci soient neutres et équilibrées). Certains croient qu'un tel organisme pourrait être adapté à partir d'organismes existants comme le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique (CCPP) et Les compagnies pharmaceutique du Canada (Rx&D). D'autres estiment que le modèle du CRTC doit être exploré.
- **Établir, par voie de règlements, un code de conduite.** De nombreux participants croient que l'auto-réglementation ne fonctionne pas et veulent un système de réglementation pour s'assurer que les lignes directrices soient suivies. Ils aimeraient voir naître un code de conduite réglementaire clair qui régirait la relation entre les praticiens de la santé (y compris les étudiants en médecine) et l'industrie pharmaceutique, dont les principes seraient endossés par Santé Canada. Ce code pourrait

s'inspirer des codes qui existent présentement et s'y harmoniser, y compris ceux des Rx&D, de l'AMC et de l'Association des pharmaciens du Canada (APC). Les participants sont d'avis que Santé Canada peut jouer un rôle important de convocation aux fins de l'établissement de normes et de lignes directrices ou de règlements. Ils suggèrent que le code comprenne les éléments suivants :

- Des principes et des attentes clairs.
 - Des normes nationales en matière de marketing et de pratiques promotionnelles, élaborées conjointement avec les provinces.
 - Une surveillance et une mise en application de la loi efficaces.
 - Un processus de plaintes transparent.
 - Des peines significatives lors d'infraction.
- **Une faiblesse.** Certains participants ont noté une faiblesse dans la proposition : elle ne traite pas des incidences économiques des ces pratiques et de leurs retombées sur les soins de la santé à un niveau supérieur. De même, il est nécessaire de définir clairement le terme «praticiens de la santé».

6.2 Conclusion

Dans l'ensemble, les participants conviennent de la nécessité de disposer d'un ensemble de règles contraignantes qui régiraient la promotion des produits de santé à l'intention des praticiens de la santé et feraient la distinction entre promotion et éducation continue. De plus, ces règles devraient être autorisées au préalable, surveillées et mises en application par un organisme indépendant dont la principale motivation serait la santé et la sécurité du public.

7. CONCLUSIONS GLOBALES

Les trois consultations sur la publicité étaient axées sur la fausse représentation, la publicité directe au consommateur, l'annexe A, la distribution d'échantillons de médicaments et la promotion à l'intention des praticiens de la santé. Les consultations ont donné lieu à une discussion approfondie entre une grande diversité d'intervenants, de même qu'à une bonne discussion entre les intervenants et les représentants officiels de Santé Canada.

7.1 Dispositions législatives

Pour ce qui est du projet de loi et de ses dispositions, les discussions des participants ont fait ressortir un certain nombre de points essentiels :

- **Éliminer la fausse représentation.** Les participants sont d'accord avec l'intention de la proposition sur la fausse représentation. Ils veulent moins d'imprécision, une plus grande clarté et des données valides. Ils veulent que la situation actuelle soit améliorée plutôt que de détériorer. Les vues diffèrent quant à savoir à qui doit incomber le fardeau de la preuve, et quel organisme doit être mandaté pour effectuer les activités de surveillance et de mise en application de la loi.
- **Concevoir une solution relativement à la publicité sur les médicaments adaptée au contexte canadien et faire la promotion de l'information et de l'éducation destinées directement au consommateur (par opposition à la publicité) :** Le système actuel n'est pas acceptable. On ne s'est pas entendu si la publicité devrait être autorisée en ce qui concerne les médicaments d'ordonnance. Quel que soit l'outil utilisé pour contrôler la publicité directe au consommateur

(PDAC), on doit s'assurer que les professionnels de la santé et les consommateurs obtiennent des renseignements équilibrés fondés sur des données valides. Les participants sont également en faveur d'une surveillance et d'une mise en application de la loi efficaces, transparentes et opportunes. Cependant, les points de vue divergent sur les contrôles et sur la question de savoir si la publicité ou la promotion contrôlée n'est que du marketing ou si elle pourrait être un mécanisme visant à diffuser l'information.

- **Adapter l'annexe A.** La plupart des participants conviennent que l'annexe A doit être conservée et renforcée. Cependant, elle doit être mise à jour selon des critères clairs et un processus transparent. Les participants sont d'avis que la mise à jour doit être entreprise par un comité consultatif indépendant à grande échelle, qui comprend des consommateurs et des professionnels de la santé. Cependant, les points de vue divergent quant aux critères et au processus à l'égard de la mise à jour de l'annexe A et à l'organisme approprié en ce qui concerne la supervision.
- **Réglementer les échantillons.** Bien que les participants ont des points de vue divergents quant à savoir dans quelle mesure la distribution d'échantillons devrait être réglementée, ils s'entendent à dire que si elle était permise, certains contrôles et restrictions seraient nécessaires. Les participants n'ont pas décidé si les échantillons devaient continuer ou non à être distribués aux professionnels de la santé ou si certains échantillons devaient être distribués directement au public. Si la distribution d'échantillons aux praticiens de la santé est maintenue, il sera nécessaire d'avoir des contrôles et des restrictions. De plus, les participants conviennent que la définition du terme «échantillon» doit être clarifiée dans le contexte des définitions des termes « publicité » et « promotion », bien qu'il n'y ait pas eu d'entente sur la question de comment le définir et par qui.
- **Contrôle de la promotion à l'intention des praticiens de la santé.** Les participants ont exprimé des points de vue divergents sur l'autorisation de la promotion à l'intention des praticiens. Cependant, ils appuient en général la distinction entre la promotion et l'information ou l'éducation et le contrôle du contenu. Les contrôles devraient prendre la forme d'un code de conduite, un ensemble de règles contraignantes, qui devraient être suivi et mis en application, voire approuvé par un organisme indépendant.

7.2 Méthode

Les participants ont également identifié les éléments de la méthode que Santé Canada devrait adopter dans le cadre de l'élaboration de sa proposition de loi et du règlement y afférent :

- **Clarifier et resserrer les définitions de termes,** tels que fausse représentation, surveillance, mise en application de la loi, publicité, promotion, échantillon et praticiens de la santé.
- **Rôle réservé aux organismes tiers indépendants.** De nombreux participants croient que les organismes indépendants ont un rôle à jouer en ce qui concerne la surveillance des principaux aspects de la publicité des produits de santé. Ces organismes devraient représenter toutes les parties en cause, notamment les consommateurs et les praticiens de la santé.
- **Surveillance et mise en application.** Les participants veulent s'assurer que toute nouvelle loi et tout nouveau règlement comprendra des mécanismes de mise en application clairs et efficaces et des peines suffisantes.

- **La transparence est essentielle.** La transparence est nécessaire dans la rédaction et la diffusion de l'information, de même qu'à l'égard de la conformité et de la mise en application de la loi.

7.3 Messages finaux

Pour résumer, lors des trois ateliers les messages suivants ont été reçus :

- **Le statu quo n'est pas acceptable.** Les dispositions actuelles sont désuètes. Les peines actuelles sont insuffisantes, tout comme le contrôle et l'application.
- **De meilleurs renseignements sont nécessaires.** Les consommateurs et les praticiens ont besoin de renseignements clairs, équilibrés et neutres et méritent d'obtenir de tels renseignements afin de faire des choix éclairés en ce qui concerne leur santé ou la santé de leurs patients. Les renseignements devraient être fondés sur des données valides et présentés de manière équilibrée, accompagnés de références aux avantages et aux risques. De nombreux participants considèrent que la publicité n'est pas de nature informative puisque son but consiste à promouvoir les ventes.
- **Un contrôle plus étroit est nécessaire.** Un contrôle plus étroit à l'égard de la publicité qui existe présentement est nécessaire, bien qu'il y ait des différences entre ce qu'il faut contrôler et la manière de le faire. Le Canada ne doit pas suivre le modèle américain, mais a besoin d'une solution adaptée aux besoins des Canadiens. Si la publicité sur les médicaments est permise, elle doit être assujettie à des contrôles efficaces, notamment l'approbation préalable de la promotion proposée.
- **La santé et la sécurité sont la première priorité.** La priorité de toute nouvelle législation sur la protection de la santé doit être la santé et la sécurité des Canadiens. Si la publicité est permise et dans les cas où elle le sera, elle devra être contrôlée et restreinte de manière à s'assurer qu'elle contribue à la santé et à la sécurité des Canadiens.
- **Santé Canada a un rôle important à jouer.** Santé Canada doit continuer à jouer un rôle important en ce qui a trait à l'établissement de politiques et au respect de la législation.

Annexe A - Ordre du jour

Jour 1

- De 8 h 30 à 9 h Mot de bienvenue et introductions
Examen de l'ordre du jour et approche
Présentations et attentes des participants
- De 9 h à 9 h 45 Exposé de Santé Canada
- Processus des consultations du Renouveau Législatif
 - Consultations thématiques : Publicité
- De 9 h 45 à 9 h 55 Exposé de Santé Canada sur les **fausses représentations**
- De 9 h 55 à 10 h 15 Questions et réponses pour vérifier la compréhension
- De 10 h 15 à 10 h 30 Pause**
- De 10 h 30 à 11 h Discussion en petits groupes sur les fausses représentations
- De 11 h à 11 h 30 Rapport en plénière : domaines de convergence et de divergence
- De 11 h 30 à 12 h Exposés de Santé Canada sur les outils de la **Publicité directe au consommateur de produits de santé** dans la proposition
- De 12 h à 12 h 30 Questions et réponses pour vérifier la compréhension
- De 12 h 30 à 13 h 30 Dîner**
- De 13 h 30 à 15 h 30 Discussion en petits groupes sur *la Publicité directe au consommateur de produits de santé* : outils 1 et 4
- De 15 h 30 à 15 h 45 Pause**
- De 15 h 45 à 16 h 45 Rapport en plénière : domaines de convergence et de divergence
- De 16 h 45 à 17 h Conclusion

Jour 2

- De 8 h 30 à 8 h 45 Examen de l'ordre du jour de la 2^e journée
Résumé du jour 1 : principaux messages au sujet de *la Publicité directe au consommateur de produits de santé*
- De 8 h 45 à 9 h Exposé de Santé Canada sur les options dans la proposition pour **Annexe A**
- De 9 h à 9 h 30 Questions et réponses pour vérifier la compréhension
- De 9 h 30 à 10 h 15 Discussion en petits groupes sur *l'Annexe A*: options 1, 2 et 3
- De 10 h 15 à 10 h 30 Pause**
- De 10 h 30 à 11 h 15 Discussion en petits groupes sur *l'Annexe A* : options 1, 2 et 3 (suite)
- De 11 h 15 à 12 h Rapport en plénière : domaines de convergence et de divergence
- De 12 h à 13 h Dîner**
- De 13 h à 13 h 15 Exposé de Santé Canada sur le cadre proposé pour réglementer la **distribution des échantillons**
- De 13 h 15 à 13 h 30 Questions et réponses pour vérifier la compréhension
- De 13 h 30 à 13 h 45 Exposé de Santé Canada sur le cadre proposé pour réglementer la **Promotion à l'intention des praticiens de la santé**
- De 13 h 45 à 14 h Questions et réponses pour vérifier la compréhension
- De 14 h à 14 h 45 Discussion en petits groupes :
Distribution des échantillons et *Promotion à l'intention des praticiens de la santé*
- De 14 h 45 à 15 h Pause**
- De 15 h à 15 h 45 Poursuite de la discussion en petits groupes :
Distribution des échantillons et *Promotion à l'intention des praticiens de la santé*
- De 15 h 45 à 16 h 15 Rapport en plénière : domaine de convergence et de divergence
- De 16 h 15 à 16 h 25 Évaluation
- De 16 h 25 à 16 h 35 Conclusion, prochaines étapes

Annexe B – Participants

Montréal, les 20 et 21 novembre

Linda J. Nagel	Les normes canadiennes de la publicité / Advertising Standards Canada
Joseph Mullie	Association des agences de publicité du Québec / Association of Quebec Advertising Agencies
Lysanne Grégoire	Association pour la santé publique du Québec
Terry Pigeon	Réseau canadien d'info-traitements sida / Canadian AIDS Treatment Information Exchange
Sandra Graham	Association canadienne des radiodiffuseurs / Canadian Association of Broadcasters
Michel Bergeron	Association canadienne des rédacteurs en science de la santé / Canadian Association of Health Sciences Editors
Harvey Lepine	Association des éditeurs médicaux du Canada / Canadian Association of Medical Publishers
Yves Millette	Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. / Canadian Life and Health Insurance Association Inc.
Barbara Mintzes	Center for Health Services and Policy Research, University of British Columbia
Paul Saba	Coalition des médecins pour la justice sociale / Coalition of Physicians for Social Justice
Marie Pelchat	Coalition Solidarité Santé
Francine Cabana	Conférence religieuse canadienne / Canadian Religious Conference
Eric Racine	Groupe de recherche en Bio-Ethique, Université de Montréal / University of Montreal
Louise Roy	Le médecin du Québec
Laurette Dubé	Université McGill. Faculté de gestion / McGill University. Faculty of Management
Mickaël Ricquart	Option Consommateurs
Ray Chepesiuk	Conseil consultatif de publicité pharmaceutique / Pharmaceutical Advertising Advisory Board

André Senikas	Association médicale du Québec / Quebec Medical Association
Robert B. White	Association canadienne de l'industrie des médicaments en vente libre / Nonprescription Drug Manufacturers Association of Canada
Lise Lamontagne	Réseau québécois d'action pour la santé des femmes / Quebec Women's Health Action Network
Charles Tanguay	L'Union des consommateurs
Claudine Laurier	Université de Montréal. Faculté de pharmacie / University of Montreal. Faculty of Pharmacy

Toronto, les 27 et 28 novembre

Al Gorlick	Alliance des personnes âgées pour la protection des programmes sociaux du Canada / Alliance of Seniors to Protect Canada's Social Program
Robert Rhéaume	Association canadienne des annonceurs / Association of Canadian Advertisers (ACA)
Mark Spurr	Association des agences de publicité médicale du Canada / Association of Medical Advertising Agencies
Denis Morrice	Coalition pour de meilleurs médicaments / Best Medicines Coalition
Gisela Mackay	By design e-Lab
Kevin Murray	Les sociétés canadiennes de technologie des dispositifs médicaux / Canada's Medical Device Technology Companies- MEDEC
Jean Szkotnicki	Institut canadien de la santé animale / Canadian Animal Health Institute (CAHI)
David Chown	Association canadienne des chaînes de pharmacies / Canadian Association of Chain Drug Stores
Holly Vengroff	Association canadienne des individus retraités / Canadian Association of Retired Persons (CARP)
Heather Logan	Société canadienne du cancer / Canadian Cancer Society
Carl Carter	Association canadienne des cosmétiques, produits de toilette et parfums / Canadian Cosmetic, Toiletry & Fragrance Association

Jeff Connell	Association canadienne du médicament générique / Canadian Generic Pharmaceutical Association
Penelope Marrett	Association canadienne pour la santé mentale / Canadian Mental Health Association
Shawn O'Reilly /Paul Saunders	Association canadienne de naturopathie / Canadian Naturopathic Association
Anne P. Kothawala/Terry Fallis	Association canadienne des journaux / Canadian Newspaper Association
Mary-Jo Makarchuk	Association canadienne de santé publique (ACSP) / Canadian Public Health Association (CPHA)
Shinya Ito	Société canadienne de pharmacologie clinique / Canadian Society for Clinical Pharmacology
Philip Lundrigan	Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements / Canadian Treatment Action Council
Durhane Wong-Rieger	Réseau des consommateurs AdvoCare / Consumer Advocare Network
Joan Sayer	Association des consommateurs du Canada / Consumer Association of Canada
David Gardner	Université de Dalhousie / Dalhousie University
Terrence Young	Drug Safety Canada
Susan Bowyer / Barbara Martinez	Employers Committee on Health Care in Ontario
Carolyn O'Brien	Fabricants de produits alimentaires et de consommation du Canada / Food and Consumer Products Manufacturers of Canada
Elizabeth Sterken	INFACT Canada
Jani Yates	Institute of Communications and Advertising
Jim Everson	Magazines Canada
Claire Bombardier	University of Toronto / Université de Toronto
Joel Lexchin	Université York / York University

Ottawa, les 4 et 5 décembre

Claudine Pyke	Le congrès des organismes nationaux d'aînés / Congress of National Seniors Organizations
Bill Jeffery	Centre pour la science dans l'intérêt public (Canada) / Centre for Science in the Public Interest (Canada)
Dawn Burnett	Le groupe d'intervention action santé / Health Action Lobby (Heal)
Michael McBane	Coalition canadienne de la santé / Canadian Health Coalition
Bruce Squires	Association mondiale des éditeurs médicaux / World Association of Medical Editors
Michelle Albagli	Association canadienne de dermatologie / Canadian Dermatology Association
Barbara Wells	Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie / National Association of Pharmacy Regulatory Authorities
Gordon Harrison	Association pharmaceutique homéopathique du Canada / Canadian Homeopathic Pharmaceutical Association
Millicent Toombs	Association médicale canadienne / Canadian Medical Association
Janet Davies	Association des infirmières et des infirmiers du Canada / Canadian Nurses Association
Gordon Dittberner	Association canadienne des médecins vétérinaires / Canadian Veterinary Medical Association
Pierette Léonard	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada / Royal College of Physicians and Surgeons
Alex Saunders	Association des psychiatres du Canada / Canadian Psychiatric Association
Julie Latrémouille	Les compagnies pharmaceutique du Canada / Canada's Research-based Pharmaceutical Companies
Réjean Bouchard	Producteurs laitiers du Canada / Dairy Farmers of Canada
Sandra Graham	Alliance pour l'accès à l'information médicale / Alliance for Access to Medical Information
Joel Taller	Association canadienne des aliments de santé / Canadian Health Food Association (CHFA)

Manuel Arango	Fondation des maladies du cœur / Heart and Stroke Foundation
Roy West	Conseil canadiens des organismes bénévoles en santé / Health Charities Council of Canada
Ben Kozak	Société canadienne du sida / Canadian AIDS Society
Ann Qualman	Alliance canadienne des arthritiques / Canadian Arthritis Patient Alliance
Karen Philip	Association canadienne du diabète / Canadian Diabetes Association
Janet Cooper	Association des pharmaciens du Canada / Canadian Pharmacists Association

Autres participants :

Ian Alexander	Santé Canada
Lauraine Bégin	Santé Canada
André Bergeron	Santé Canada
Julie Bernier	Santé Canada
Lindsay Blaney	Santé Canada
Marie-Josée Bolduc	Santé Canada
Sylvie Cantin	Santé Canada
Stephanie Charron	Santé Canada
Alixandria Clymans	Santé Canada
Denise Côté	Santé Canada
Odette Dubois	Santé Canada
Roger Farley	Santé Canada
Ryan Knelsen	Santé Canada
Gillian Mandel	Santé Canada
Isabelle McLinton	Santé Canada
Julie Pigeon	Santé Canada
Christophe Roy	Santé Canada
Mark Samadhin	Santé Canada
Shari Silber	Santé Canada
Mario Simard	Santé Canada
Elizabeth Smith-Kawasaki	Santé Canada
Ann Sztuke-Fournier	Santé Canada
Janine Small	Santé Canada
Claude Desaulniers	Agence canadienne d'inspection des aliments
Dianne DelZotto	Agence canadienne d'inspection des aliments
Elizabeth Eves	Agence canadienne d'inspection des aliments
Rhea Reeve	Agence canadienne d'inspection des aliments
Anne Kennedy	Agriculture et Agroalimentaire Canada
Miriam Wyman	Practicum
Sandra Zagon	Practicum
Kathleen Connelly	Intersol Consulting
Marc Valois	Intersol Consulting