



C.P. 291, Succ. Q
Toronto ON M4T 2M1

Mémoire présenté au Bureau du nouveau législatif par Action pour la protection de la santé des femmes

Mars 2004

Préparé par:

Anne Rochon Ford, BA, Coordinatrice, Toronto

avec les membres du Comité aviseur d'APSF :

* **Ken Bassett**, MD, Centre for Health Services and Policy Research, UBC

* **Sharon Batt**, Doctoral Fellow, CIHR Training Program in Ethics of Health Research & Policy,
Dalhousie U

* **Madeline Boscoe**, RN, Women's Health Clinic, Winnipeg

* **Joel Lexchin**, M.D., School of Health Policy and Management, York U

* **Abby Lippman**, PhD, Dept. of Epidemiology, McGill U; Co-Chair, Canadian Women's Health Network

* **Barbara Mintzes**, PhD, Centre for Health Services and Policy Research, UBC

* **Laura Shea**, Dept. of Family Medicine, McGill U

« Les relations entre l'organisme de réglementation et l'organisme réglementé... ne doivent jamais devenir telles que le premier oublie qu'il applique le règlement dans l'intérêt du public et non dans l'intérêt de l'organisme réglementé » – Rapport de la Commission Krever

Introduction

En 2000, réagissant à un document de travail concernant une proposition de nouvelle loi canadienne en matière de protection de la santé, le Groupe de travail sur les femmes et la protection de la santé avait présenté au bureau du Renouveau législatif plus de 50 recommandations. Une partie de ces recommandations s'appliquaient de manière spécifique au document de la Direction de la protection de la santé intitulé *Cadre décisionnel de Santé Canada pour la détermination, l'évaluation et la gestion des risques pour la santé*.

Lors des diverses consultations qui se sont déroulées d'un bout à l'autre du pays depuis ce temps et, plus récemment, au cours des derniers mois, Mario Simard, l'Avocat-conseil chargé de ce processus, nous a adressé la question suivante au sujet de la toute dernière version des recommandations visant la Loi sur la protection de la santé (*La santé et la sécurité d'abord! Proposition en vue du renouvellement de la législation fédérale en matière de protection de la santé*) : « **Est-ce que ça répond à vos attentes?** » Nous nous permettons de répondre avec tout le respect qu'il se doit : « **Pas tout à fait.** » Dans les pages qui suivent, nous exposons les questions qui nous préoccupent le plus en matière de protection de la santé et des pistes de réflexion.

Le remaniement de la la *Loi sur les aliments et drogues*

Selon notre lecture des documents qui ont été distribués, tous les points contenus dans la proposition «sont matière à discussion». Nous ne doutons pas que cela s'applique également à la décision de remanier la *Loi sur les aliments et drogues* et de la remplacer par une nouvelle loi sur la protection de la santé.

Notre organisation, tout comme les nombreux autres groupes d'un bout à l'autre du pays qui ont suivi cette démarche de près, reste persuadée qu'il n'est ni sage ni nécessaire de démanteler la *Loi sur les aliments et drogues*. Dans sa forme actuelle, cette loi existe en partie pour encadrer la manière dont les industries concernées – les secteurs pharmaceutiques et de l'alimentation – mènent leurs activités, dans le but de protéger la santé et la sécurité des citoyens. Nous sommes convaincues que la loi remplit toujours efficacement ce mandat et qu'une série de modifications permettraient d'en confirmer le bien-fondé et de renforcer son application là où la situation l'exige. Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de démanteler une loi et d'en créer une autre entièrement nouvelle dans le seul but de la «moderniser». Nous craignons que le terme «modernisation» ne soit qu'un euphémisme et qu'il ne s'agisse en fait ici que de «rendre la réglementation plus acceptable aux yeux de l'industrie.»

Il y a moins de dix ans, au cours des travaux menés dans le cadre du Forum national sur la santé, lequel avait été organisé dans le but de débattre des mesures à prendre pour améliorer le système de santé et la santé des Canadiens et Canadiennes, on s'était demandé si la *Loi canadienne de la santé* répondait aux besoins actuels et si elle renfermait des lacunes qui demandaient à être comblées. La réponse était claire : même si

la loi est imparfaite, les risques associés à son remaniement surpassent de loin tout avantage éventuel¹. Nous sommes convaincues que la même conclusion s'applique au cas qui nous occupe.

S'il est vrai que la proposition donne un aperçu des lacunes dans la législation actuelle et des mesures à prendre pour la « moderniser » afin de tenir compte des changements sociaux et des tragédies survenues récemment, ces arguments ne convainquent pas de la nécessité de démanteler la loi actuelle pour en créer une qui serait entièrement nouvelle.

Le Rapport de la Commission Krever est cité dans la proposition comme l'une des raisons motivant le remplacement de la loi. Or, bien que le juge Krever ait estimé que de nombreux changements au système de réglementation actuel s'imposaient, le remplacement de la loi ne comptait pas parmi ceux-ci. En revanche, ce que la proposition n'évoque *pas*, c'est la volonté d'améliorer la compétitivité de l'industrie. Nous soupçonnons que c'est là un motif beaucoup plus impérieux que les raisons qui nous sont divulguées.

Nos inquiétudes concernant le remaniement de la loi font écho aux préoccupations que nous avons exprimées concernant la révision de la *Loi canadienne sur la santé* : nous craignons que les désirs de l'industrie ne dominent et n'éclipsent les questions de santé publique. **Les problèmes actuels touchant le système de protection de la santé au Canada tiennent davantage à l'absence d'une autorité chargée de faire respecter la loi qu'à la présence de failles dans la législation même.**

La *Loi sur les aliments et drogues* a été rédigée à une époque où prévalait, plutôt qu'une logique de compétitivité industrielle, une éthique de la santé publique et de la protection de la santé. Remanier cette loi entraînerait un risque énorme, celui de mettre en péril la primauté de ces principes. Nous continuons à croire que l'autorité nécessaire pour effectuer les changements requis est déjà contenue dans la loi et qu'apporter des modifications à la loi ou en raffermir les mécanismes de mise en œuvre suffiraient largement pour atteindre les objectifs recherchés.

Pourquoi tenir compte du point de vue des femmes?

Bien que les préoccupations que nous cherchons à exprimer ici concernent tous les citoyens et les résidents du Canada, la réponse que nous présentons dans ce mémoire s'inscrit dans la mission de notre organisation, à savoir analyser les conséquences qu'auraient, pour les femmes, les changements proposés.

¹ « L'approche canadienne en matière de santé continue de recevoir un soutien marqué sinon passionné. La population refuse que des changements significatifs portent atteinte aux principes qui fondent notre système de santé public. Les gens ont une préoccupation constante à l'égard des valeurs d'égalité et d'équité et ils ne veulent pas que le système de santé réserve un traitement différent aux riches et aux pauvres. Le Forum partage ce point de vue et appuie les changements apportés à notre système dans la mesure où on préserve l'essence des soins de santé – l'accès universel selon les besoins, sans considérations financières, dans tout le pays, à un éventail global de services de santé administrés par des organismes publics. Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier - Volume II - Rapports de synthèse et documents de référence*. Ottawa, 1997.

- 1) Les femmes utilisent les services de santé plus souvent que les hommes à cause de leur biologie, parce qu'elles sont plus enclines à afficher des comportements de prévention et à pratiquer une bonne hygiène de vie, et parce qu'elles sont souvent les principales responsables des soins dispensés à autrui.
- 2) Les phénomènes naturels qui surviennent au cours de la vie des femmes sont plus souvent considérés des problèmes d'ordre médical que ceux qui touchent les hommes, particulièrement en ce qui a trait à la santé génésique et à la santé mentale.
- 3) La vie des femmes a été bouleversée par un certain nombre d'échecs en matière de protection de la santé, comme en témoignent les cas du DES, des implants mammaires au silicone et, plus récemment, celui de l'hormonothérapie de remplacement.
- 4) Les femmes ont souvent affaire au système de protection de la santé, car elles sont les plus susceptibles de rapporter les effets indésirables des médicaments s'étant manifestés chez elles ou chez leurs proches; elles sont les principales acheteuses des aliments et des suppléments alimentaires et la cible des publicités vantant les produits et les services de santé.
- 5) De nombreux médicaments et instruments sont destinés à l'usage d'un sexe en particulier (p. ex. les produits contraceptifs, l'hormonothérapie, les implants mammaires). D'autres sont prescrits aux femmes plus souvent qu'aux hommes (p. ex. les antidépresseurs, les bisphosphonates). On sait que lorsqu'elles cherchent à accroître la consommation d'un produit, les sociétés pharmaceutiques ciblent souvent les femmes (p. ex. les efforts récents visant à créer un « Viagra féminin », qui n'ont avorté qu'en mars 2004).
- 6) Les normes de sécurité relatives à de nombreux médicaments sont souvent fondées sur des études menées exclusivement ou presque entièrement sur des hommes, sans que leurs effets spécifiques sur les femmes aient été testés. Or, vu leur taille, les femmes pourraient bien être plus vulnérables que les hommes à certains types d'effets indésirables, par exemple, ceux qui sont associés au dosage. Elles le sont aussi dans le cas de certains troubles du rythme cardiaque comme les torsades de pointe, cette fois à cause de différences de nature physiologique. Le Canada possède des lignes directrices en matière de participation des femmes aux essais cliniques mais pour l'instant, on ne veille guère à ce qu'elles soient respectées.
- 7) Les femmes sont majoritaires au sein d'un des groupes qui consomment le plus grand nombre de médicaments : les personnes âgées.

En 1999, donnant suite au *Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes* publié en 1995 par Condition féminine Canada, le ministre de la Santé Alan Rock introduisait la *Stratégie sur la santé des femmes* de Santé Canada. À l'époque, le ministre Rock avait fait la déclaration suivante : « Dans le cadre de cette stratégie, j'ai entrepris d'intégrer une analyse des sexospécificités à tous les programmes et à tous les travaux sur les orientations ».

L'un des objectifs principaux de l'Action pour la protection de la santé des femmes est d'appuyer Santé Canada dans la tâche d'intégrer ce mandat dans l'élaboration de ses politiques, notamment dans le domaine de la protection de la santé. **Nous avons tout intérêt à ce que les modifications apportées au système de réglementation canadien**

assurent la protection de la santé et la sécurité des femmes et à ce que celle-ci prévale sur les intérêts commerciaux. Cela signifie qu'il faut cerner les lacunes actuelles dans le système de protection de la santé et veiller à ce que les orientations futures contribuent à améliorer la santé des femmes, plutôt qu'à exacerber les inégalités entre les sexes ou à limiter encore davantage les mesures de sauvegarde du système.

Les réponses de l'APSF à certaines recommandations spécifiques faisant l'objet de la proposition

Dans la section qui suit, nous avons limité nos commentaires aux points qui intéressent et inquiètent tout particulièrement l'Action pour la protection de la santé des femmes. Nous insistons sur le fait qu'il est possible de répondre de manière tout à fait adéquate à ces préoccupations sans avoir à réviser la Loi sur les aliments et drogues.

A – VISÉE GÉNÉRALE

A.1 - TITRE – Êtes-vous d'accord avec ce qui est proposé (par exemple, la consolidation de quatre lois identifiées dans une seule législation)? Sans description du contenu de chacune de ces lois, il est difficile de juger de la pertinence d'intégrer les quatre lois en une seule, ou même de savoir si une mise à jour s'impose. Aucune justification n'est donnée quant au choix de ces quatre lois précises. Pourquoi, par exemple, avoir exclu la législation relative aux pesticides?

Comme nous l'avons souligné précédemment, notre inquiétude tient principalement à l'absence d'arguments péremptoires appuyant le démantèlement la *Loi sur les drogues et aliments* et à la crainte que la nouvelle Loi sur la protection de la santé ne vienne affaiblir les garanties contenues dans la loi actuelle.

A2 – ORIENTATION DE LA POLITIQUE – Résumé des buts, des valeurs et des principes directeurs de la loi proposée

Il faudrait souligner que l'orientation de la politique pourrait être ajoutée à la loi actuelle sous la forme d'une préface. Quant aux principes de base et aux valeurs, ils pourraient figurer dans les règlements et être traduits dans les politiques ministérielles.

- ◆ **« Il faut encourager l'examen par le public des mesures prises par le gouvernement, de même que la participation du public au processus décisionnel ».** Le terme «encourager» est sujet à de multiples interprétations et n'inspire aucunement confiance. S'il ne s'accompagne pas de propositions précises pour modifier la réglementation touchant l'accès à l'information et la responsabilité, cet encouragement est susceptible d'être interprété par le public comme une promesse vide. De même, il faut définir de manière beaucoup plus précise ce qu'on entend par « participation du public ». Toute politique à cet égard doit inclure au moins les éléments suivants : protection du « droit de savoir » assuré par la loi; représentation des intérêts des femmes et des citoyens au sein

des comités d'examen des produits et des comités consultatifs d'experts; nécessité d'écarter les intérêts privés de toute prise de décision ayant des conséquences sur la sécurité publique; mise en œuvre de lignes de conduite explicites en matière de conflits d'intérêts.

- **« Le concept de précaution sera appliqué. »** Pourquoi utiliser une notion aussi vague que celle de « concept de précaution » alors que celle de « principe de précaution » est beaucoup mieux comprise et définie? **Le principe de précaution doit être le principe essentiel guidant le cadre de référence dans son ensemble et primer sur tous les autres principes.**

En outre, toute discussion relative à l'orientation de la politique en matière de réglementation sur les médicaments doit incorporer une analyse sexospécifique des conséquences engendrées par les décisions.

A3.2 – « Le mot “santé” ne serait pas défini dans la loi proposée. Il faudrait donc l'entendre suivant son sens ordinaire (état général du corps et de l'esprit.) »
Pourquoi ne pas emprunter la définition de l'OMS à cet égard? Elle est acceptée à l'échelle internationale et exprime des nuances et une richesse totalement absentes de la paraphrase citée ci-dessus.

B- PRODUITS

B3.1.2 – “Dans certains cas (ex. produits innovateurs tels que certaines nouvelles drogues), est-ce que le fabricant pourrait être tenu de poursuivre des recherches à long terme afin de confirmer l'innocuité et l'efficacité du produit?”

Il faut exiger que pour tous les produits thérapeutiques, le renouvellement des autorisations de mise en marché suive un cycle de cinq ans – cette mesure a d'ailleurs été réaffirmée récemment par l'Union européenne. Le processus devrait tenir compte des preuves relatives à l'innocuité et à l'efficacité du produit.

Le renouvellement des autorisations permettrait également à Santé Canada de veiller plus efficacement à l'application des règlements après la mise sur le marché et, plus spécifiquement, de régler certains problèmes relatifs à l'application des interdictions concernant la publicité directe au consommateur et à la promotion des utilisations non indiquées sur l'étiquette. Les sanctions pourraient comprendre des mesures correctives comme condition préalable au renouvellement; en cas de violation répétée, on pourrait refuser d'accorder celui-ci. Par ailleurs, si l'on cerne de nouveaux risques après la mise en marché, comme cela se produit fréquemment, on pourrait exiger la tenue de nouvelles études ou imposer des restrictions.

B6– FAUSSES REPRÉSENTATIONS

La disposition proposée permettrait-elle au gouvernement de déléguer sa mise en œuvre aux fabricants? Si tel est le cas, quels critères serviraient à établir la légitimité de l'autorisation de déléguer? Par quels moyens veillerait-on à ce que les règlements soient respectés? Quelles sanctions appliquerait-on s'ils ne le sont pas?

L'un des points qui nous préoccupent particulièrement est le fait que la notion de « fausse représentation », telle que définie dans la loi actuelle, a été limitée dans les présents documents de manière à ne concerner que les allégations des fabricants en matière de santé. Actuellement, Santé Canada est investie du pouvoir de réglementer l'ensemble des allégations contenues dans la publicité, y compris celles qui créent de fausses impressions quant aux caractéristiques d'un produit. Suivant le changement proposé, c'est le Bureau de la concurrence qui serait investi du pouvoir de réglementer les allégations concernant les caractéristiques des produits; à notre avis, cela engendrerait d'énormes problèmes en matière d'application, puisque deux agences gouvernementales se verraient accorder la responsabilité partagée de surveiller certaines campagnes de publicité.

Une telle disposition ne peut mener qu'au ralentissement des procédures administratives, ce qui, en retour, allongerait la période durant laquelle les professionnels de la santé et le public seraient exposés à des messages erronés et trompeurs. Il est également envisageable que les désaccords pouvant survenir entre les deux autorités de réglementation (pour déterminer si une allégation porte sur la santé ou sur une caractéristique du produit) ralentiraient encore davantage le processus.

Lors des consultations menées récemment par Santé Canada sur la publicité, certains de ses employés ont fait état des difficultés actuelles en matière d'application des dispositions sur la publicité. Dans ces conditions, il est difficile d'envisager en quoi le fait de partager les responsabilités relativement à certaines campagnes publicitaires améliorerait la capacité de faire appliquer les règlements; il est bien plus probable qu'il l'éroderait encore davantage.

B6.5 – « Le fabricant doit mettre à la disposition du public un résumé clair des données au soutien d'une allégation qui est liée à l'innocuité d'un produit ou de ses effets sur la santé, dans la mesure du possible et sous réserve de la protection des renseignements confidentiels. »

Cette réserve relative à la divulgation des données « dans la mesure du possible et sous réserve de la protection des renseignements confidentiels » annule pratiquement l'utilité de cette phrase et ne garantit en rien l'accès du public à une information adéquate. Jusqu'à maintenant, Santé Canada a interprété de façon très libérale cette notion de « renseignements confidentiels »; il importe que toute modification assure une démocratisation de l'accès.

De plus, la formulation de B6.5 laisse entendre que les fabricants ne seraient plus obligés de limiter les allégations aux seules étiquettes des produits approuvés, c'est-à-dire aux déclarations conformes à la monographie de produit.

Santé Canada suggère-t-il qu'il serait acceptable pour un fabricant de faire des allégations concernant des indications n'ayant pas été approuvées, du moment qu'il aura fourni un résumé explicatif des données à l'appui dont il dispose? Cette mesure entraînerait un effet pervers, celui d'inciter les fabricants à omettre de mener les études nécessaires pour faire approuver une nouvelle indication (puisque'ils seraient autorisés de toute façon à en faire

la publicité); elle remet aussi en cause tout le processus d’approbation des produits avant leur mise en marché.

Notre réflexion suscite d’autres questions. Qui aurait le droit d’accéder aux données et suivant quelles conditions? Par quel moyen les fournirait-on? Comment procéderait-on pour les mettre à jour? Les données seraient-elle spécifiques au produit ou à la classe de produits? Le droit d’accès s’appliquerait-il rétroactivement aux produits déjà commercialisés? Santé Canada a-t-il l’intention de créer un registre pour tous les essais cliniques, comme nous et d’autres organisations l’avons suggéré, qui permettrait à la population d’accéder à toutes les données – favorables ou défavorables?

B7.1.9 – « Les décisions devraient être rendues publiques dans les soixante jours après qu’elles ont été rendues, sous réserve de la protection des renseignements confidentiels. »

Comment définit-on ici la notion de «renseignements confidentiels»? La définition administrative actuelle est beaucoup trop large pour être acceptable. Si l’on déclare une campagne de publicité illégale, il faut exiger que le fabricant retire immédiatement ses messages; une période de grâce de soixante jours avant d’avertir le public est beaucoup trop longue.

B7.2 – Aliments (Définition)

Inclurait-on dans cette définition le lait maternisé? Il est frappant de constater que le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique ne réglemente pas les annonces de lait maternisé, étant donné qu’il le considère comme un aliment et non comme un médicament. Or, les fabricants en font la publicité auprès des médecins au même titre qu’un médicament; il devrait donc être considéré comme tel.

B8 – La transparence du processus d’évaluation

Nous sommes préoccupées par l’absence de deux questions dans cette section : 1) celle de la diffusion des données sur les drogues qui n’auront pas été approuvées; et 2) celle de la divulgation des renseignements relatifs à l’innocuité et à l’efficacité des drogues encore sous examen. En outre, nous demandons que les données concernant les indications des drogues rejetées soient diffusées. Comme chacun le sait, les utilisations non indiquées sur l’étiquette des médicaments sont nombreuses. Si un fabricant a déposé une demande d’approbation pour certains de ces usages et que celle-ci a été refusée, l’information à ce sujet devrait être rendue publique de façon à y mettre un terme.

B8.5.2.2 – “[La législation accorderait le pouvoir de] de réévaluer un produit après qu’il ait été approuvé pour la vente et déterminer si le produit devrait demeurer sur le marché, à la lumière de nouvelles données quant à sa sûreté et son efficacité; »

Voir le commentaire précédent – les autorisations devraient systématiquement être révisées tous les cinq ans. On devrait exiger des fabricants qu’ils divulguent toute nouvelle information sur l’innocuité et l’efficacité (publiée ou non). On devrait également mettre en place un processus qui permettrait à la population de présenter une requête de révision d’un produit avant que la période de cinq ans ne soit écoulée. Nous pourrions exiger que les fabricants procèdent à des essais comparatifs sur les nouvelles drogues,

soit dans le cadre du système d'approbation réglementaire, soit après qu'elles aient été commercialisées.

B8.5.2.3. – « [La législation accorderait le pouvoir de] participer à des accords d'harmonisation internationaux concernant les exigences liées au format ou au contenu des soumissions pour autorisation de commercialisation; »

Ces accords doivent faire l'objet d'audiences ouvertes au public et de débats avant d'être adoptés. Ils ne devraient jamais conduire à l'abaissement des normes canadiennes. (Pour obtenir d'autres renseignements sur l'harmonisation internationale et les questions qu'elles soulèvent pour la santé des femmes, consulter le site de l'APSF à l'adresse <http://www.whp-apsf.ca/fr/documents/harmonisation.html> .)

B8.6.1 – Options pour plus d'ouverture « Ils [ALENA, ADPIC] assurent que le gouvernement doit protéger la confidentialité des résultats d'essais ou d'autres données non divulgués fournis par le demandeur afin de déterminer si l'utilisation de ces produits est sécuritaire et efficace... »

Cette formulation donne l'impression que les gouvernement sont *obligés* de protéger les résultats d'essais sur la sûreté et l'efficacité mais, comme l'a démontré la FDA aux États-Unis, tel n'est pas le cas. Il s'agit seulement d'une convention créée par l'industrie que les autorités de réglementation ont choisi de respecter au Canada (mais pas aux États-Unis).

B8.6.2.2. « ...sommaire des données présentées par le fabricant pour démontrer la sécurité d'un nouveau produit... Comme mesure complémentaire, est-ce que Santé Canada devrait mettre en place une salle de lecture où les gens pourraient examiner toutes les données soumises par le fabricant, mais sans les transcrire ou les copier, ou rendre ces données disponibles aux membres intéressés du public? »

En tout premier lieu, pourquoi ne fournir qu'un sommaire des données et non toutes les données? Ensuite, la notion d'une salle de lecture soumise à de telles restrictions est pour le moins absurde; cela suppose que les professionnels de la santé et les membres du public intéressés devraient se rendre – présumément – à Ottawa pour accéder aux documents qu'ils souhaitent consulter, tout en les empêchant de consigner les données qui leur permettraient de juger de manière autonome de l'innocuité et de l'efficacité d'un produit.

La communauté scientifique, les professionnels de la santé et les membres du public doivent avoir librement accès aux données relatives à l'innocuité et à l'efficacité.

Cette information devrait être mise à leur disposition sur Internet. Elle ne devrait pas être traitée comme un secret commercial. La manie du secret qui règne actuellement mène à des décisions sur l'usage des drogues et à des prescriptions qui sont fondées sur des renseignements incomplets (comme il a été démontré récemment de manière si dramatique dans le cas des antidépresseurs IRSS et IRNS administrés aux enfants et aux adolescents).

À cause des questions relatives à la confidentialité, l'identité des participants et participantes aux essais cliniques est la seule information qu'on devrait protéger. Les

données relatives aux procédés de fabrication sont déjà protégées par les brevets et, par conséquent, ne relèvent pas du secret commercial.

B8.6.2.3 – « Cette information devrait-elle être rendue publique après que la présentation ait été approuvée ou rejetée? »

On devrait rendre publique sur Internet l'intégralité de l'évaluation menée par les examinateurs de Santé Canada, peu importe que le produit ou l'indication concernés aient été approuvés ou rejetés. À titre d'exemple, dans le cas d'un produit comme le Diane-35, lequel est déjà vendu sur le marché comme produit de dernier recours pour le traitement de l'acné, et qui sert aussi, mais à titre d'usage non indiqué, à la contraception, il est primordial que les médecins prescripteurs, les femmes et les jeunes filles sachent si la demande d'un fabricant relative à une utilisation non indiquée sur l'étiquette a été rejetée par le passé.

B8.6.2.4 – « ...rapport d'effets indésirables de sécurité ou d'efficacité...Est-ce que tout cas suspect devrait être divulgué? »

Santé Canada devrait divulguer tout rapport faisant état d'effets indésirables soupçonnés après avoir pris le soin de supprimer tout renseignement signalétique. Il devrait également faire connaître le motif de sa décision pour indiquer s'il s'agissait réellement d'un effet indésirable. Santé Canada doit en outre définir, par voie de consultation publique de préférence, des critères concernant la diffusion d'avis destinés aux médias portant sur l'innocuité des drogues.

B8.6.3 – « Avant d'approuver un nouveau produit, Santé Canada devrait-elle fournir une opportunité au public de présenter des commentaires écrits... quelle information aurait à être fournie au public à cet égard? »

On devrait systématiquement donner au public l'occasion d'exprimer des commentaires sur la présentation d'une nouvelle drogue. Avant une consultation publique, Santé Canada devrait diffuser la même quantité d'information que celle qui est divulguée par la FDA. On devrait également prendre des dispositions pour créer des structures de prise de décision participatives au sein desquelles les intérêts des femmes seraient représentés, tout en privilégiant des groupes indépendants face aux intérêts privés, et en accordant à ceux-ci le financement permanent nécessaire pour assurer leur participation. Il s'agit d'une question particulièrement cruciale dans le cas de l'évaluation des produits, drogues et instruments destinés uniquement ou principalement aux femmes. Ces dernières doivent prendre part aux débats sur les conséquences de leur utilisation dans leur vie, sur leur nécessité et sur les thèmes de recherche à encourager.

B8.7 – Évaluation après commercialisation

Tout changement relatif à la surveillance des produits mis en marché ne pourra être efficace que si l'on injecte des sommes considérables dans le programme de surveillance de Santé Canada (Direction générale des produits de santé et des aliments). En outre, on doit rendre publiques toutes les exigences relatives à la conduite d'essais de phase IV par les fabricants, de même que les détails concernant la nature de ces essais. Santé Canada doit vérifier si les essais ont bel et bien été effectués et rendre publics les résultats. Tout

manquement à la conduite de ces essais devrait mener au retrait de la drogue concernée du marché.

B8.7.3.1 – « ... le pouvoir de prendre des règlements ayant trait à des questions comme... le dépistage et le signalement à Santé Canada, par les fournisseurs, des informations relatives à l'innocuité et à l'efficacité de leurs produits après leur mise en marché. »

Cette mesure devrait être obligatoire, plutôt que facultative, dans le cas de toutes les nouvelles substances chimiques.

B8.7.3.2 – « ... le pouvoir de prendre des règlements ayant trait à des questions comme...le signalement d'effets adverses sur la santé, par les professionnels de la santé et autres personnes ayant un accès privilégié à de tels renseignements; »

Le signalement ne devrait pas être limité aux seuls « professionnels de la santé et aux personnes ayant un accès privilégié à de tels renseignements ». Il faut prévoir une disposition concernant le signalement par les consommateurs et consommatrices d'effets indésirables soupçonnés. PharmaWatch, un organisme de la Colombie-Britannique, constitue un modèle en la matière et devrait jouir de l'appui de Santé Canada.

B10.2 – Statut des médicaments d'ordonnance « ...une liste administrative de produits de prescription serait tenue (par opposition à une annexe de la loi)... »

Nous n'appuyons pas la suppression des annexes dans la loi si elle devait mener à l'approbation implicite de la publicité directe au consommateur.

B10.3 – Publicité

Toute nouvelle législation devrait mener à l'établissement d'une agence indépendante sur l'innocuité des drogues, qui serait placée sous la responsabilité immédiate du ministre. Cette agence serait chargée de faire respecter la loi fédérale sur tous les aspects relatifs aux dispositions prévues après la commercialisation, y compris les règlements touchant la publicité et la surveillance de l'innocuité des drogues. Elle devrait être appelée à observer les normes les plus élevées en matière de responsabilité et de transparence et être intégrée à la structure de santé publique en cours de transformation. On devrait en exclure tout membre ayant des intérêts dans les secteurs pharmaceutique et publicitaire. Même si d'autres modèles ont été proposés et pourraient fonctionner (p. ex. une agence indépendante à l'image du CRTC), pour autant qu'ils obéissent aux mêmes règles de responsabilité et de transparence, nous appuyons l'établissement d'une agence placée sous l'autorité immédiate du ministre.

Options relatives à l'Annexe A – Comme nous l'avons souligné précédemment, nous n'appuyons pas la suppression de l'Annexe A dans la loi. Il est nécessaire de définir un ensemble de critères précis dans le but de préciser les maladies pour lesquelles toute publicité est interdite. Pareils critères existent pour d'autres compétences.

Actuellement, les seules options relatives à l'Annexe A qui sont envisagées sont de restreindre la liste aux maladies les plus graves ou de la supprimer entièrement. Nous appuyons le rôle de l'Annexe comme mécanisme servant à protéger de pressions

commerciales abusives les personnes gravement malades et les victimes potentielles de maladie, d'incapacité ou de décès. La population a droit à de l'information impartiale, de source indépendante, sur les choix dont elle dispose en matière de prévention des maladies, de traitement et de soins. Nous n'estimons pas que la publicité soit un véhicule efficace pour relayer ce type d'information. La publicité peut jouer sur les préoccupations légitimes des individus concernant leur état de santé et conduire des personnes gravement malades à orienter leur choix vers des traitements peu adéquats. Elle peut aussi mener vers un rapport coût-efficacité moins avantageux qu'il ne l'est maintenant. Si la loi est fondée sur le principe de la santé publique, il sera facile de prévoir des aménagements aux règlements pour permettre la promotion d'un produit précis dans un objectif de prévention, comme dans le cas des condoms par exemple, pour prévenir la transmission des MTS.

Nous nous opposons vigoureusement à la volonté de « clarifier » dans la loi même certains termes comme la « prévention » dans le but de définir en quoi consiste une prévention entière ou à 100 %; ceci aurait pour effet d'exclure la plupart des activités de prévention du champ d'application de la loi et de les confiner à la notion de « réduction du risque ». Pareille définition de la prévention ne respecte ni l'esprit ni la lettre de la loi. À titre d'exemple, c'est un fait généralement admis que la ceinture de sécurité prévient les morts accidentelles en voiture. On la considère comme une mesure de prévention efficace même s'il arrive parfois qu'une personne meure dans un accident. De la même manière, jamais n'a-t-on prétendu qu'un produit dont on vante les mérites puisse prévenir la maladie à 100 %.

La publicité directe au consommateur relative aux produits de santé – L'ensemble des « outils » mentionnés dans cette partie de la proposition sont énumérés de telle sorte qu'ils donnent au lecteur l'impression d'être mutuellement exclusifs, alors que ce n'est pas forcément le cas. Par exemple, il est tout à fait *possible* d'interdire la publicité directe (c'est un choix que nous appuyons) et de confier à un responsable le mandat de distribuer aux consommateurs et aux consommatrices de l'information approuvée par le gouvernement concernant un produit.

Cet « outil » relatif à l'information sur la consommation n'a pas sa place dans une section intitulée « publicité directe au consommateur », puisqu'il ne relève pas de la publicité comme telle et n'exigerait aucune modification de la loi sur la publicité. Nous appuyons sans réserve la volonté d'accroître l'accès à des données comparatives issues de sources indépendantes sur les avantages et les inconvénients associés à tous les choix en matière de traitement et de livrer avec chaque ordonnance des renseignements approuvés qui seraient rédigés dans une langue et un format accessibles. Ces mesures ne relèvent aucunement de la publicité directe au consommateur. Ils ne requièrent aucune modification des règlements sur la publicité pharmaceutique.

La difficulté d'accéder à des renseignements de source indépendante constitue l'une des lacunes actuelles en matière de prestation des services de santé; c'est une question sur laquelle il faudra se pencher. Toutefois, la solution ne réside pas dans la publicité puisque celle-ci, par définition, fait la part belle au produit qu'elle cherche à vendre. Nous

appuyons fermement la nécessité de séparer l'élaboration de politiques touchant les renseignements de source indépendante des propositions visant à modifier les règlements relatifs à la publicité. Ce sont là deux orientations distinctes qui demandent à être étudiées séparément.

La position de l'APSF à l'égard de la publicité directe est expliquée dans un document séparé (http://www.whp-apsf.ca/en/documents/doc_index2.html#dtca). Elle se résume en trois points :

- La publicité directe accélère l'usage répandu des nouveaux médicaments, alors que l'on en sait encore trop peu sur leur innocuité, surtout à long terme.
- Santé Canada a réinterprété la disposition relative « au nom, au prix et à la quantité » contenue dans la loi actuelle dans un sens qui ne respecte pas l'esprit initial de cette loi (c'est-à-dire permettre d'établir une liste renfermant le nom du produit, son prix relatif à une quantité donnée et tout effet indésirable éventuel, que peuvent consulter les pharmaciens dans un but de marketing comparatif). La loi n'est pas appliquée adéquatement par Santé Canada, d'où la prolifération de messages publicitaires qui sèment la confusion chez la population (comme les « annonces de rappel » et les « messages de recherche d'aide »). On devrait préserver l'intention originale de la disposition.
- **La population canadienne n'a nullement besoin de publicité touchant les médicaments de prescription. Il lui faut des renseignements exacts et à jour comparant les traitements existants, qu'il s'agisse de drogues ou d'autres produits, et sur les maladies qu'ils ciblent.** La production et la diffusion de cette information devraient être financées par les fonds publics en tant que volet essentiel des services de soins de santé, tout en étant entièrement libre de tout intérêt commercial. Les renseignements devraient être fiables et communiqués dans un format qui tient compte des aptitudes de lecture et des connaissances de base des consommateurs et consommatrices. Ils devraient renfermer des détails sur les prix.

Quelques autres points concernant la publicité directe au consommateur dans la proposition :

Le choix des termes dans la section 10.3.1 laisse entendre que la publicité directe a obtenu la caution des participants aux consultations multilatérales tenues en 1996, 1998 et 1999, à condition qu'elle respecte les dispositions contenues dans la proposition. Même si quelques groupes y étaient favorables, il importe de le rappeler, la publicité directe n'a *pas* été sanctionnée lors de ces consultations.

Par ailleurs, les groupes favorables à la publicité directe appartenaient pour la plupart à des industries susceptibles de profiter financièrement de l'assouplissement des règles en matière de publicité (secteurs pharmaceutique, de la publicité et des médias), de même que des organisations ayant des liens directs avec celles-ci. L'Association médicale canadienne, l'Association des pharmaciens du Canada et l'Association des consommateurs canadiens s'opposent tous pour l'instant à la publicité directe.

B10.3.1.5 – « La loi proposée devrait-elle inclure des dispositions spéciales pour contrôler la promotion de produits qui se fait sur Internet?... Qu'en est-il de la publicité à la télévision américaine et qui est diffusée au Canada? »

La loi devrait renfermer des dispositions concernant le contenu des sites Web canadiens. Les sites des filiales canadiennes ne devraient proposer aucun hyperlien vers des sources de publicité offertes dans des sites à l'extérieur du Canada. Les sites renfermant du matériel publicitaire doivent indiquer clairement que leur raison d'être est commerciale.

Les câblodistributeurs pourraient bloquer les annonces de produits de prescription diffusées par la télévision américaine et les remplacer par des annonces canadiennes, comme cela s'est fait par le passé lors de la diffusion simultanée d'émissions sur les chaînes canadiennes et américaines.

B10.3.3.2.1 – « Les messages de “recherche d'aide” qui invitent les consommateurs à s'informer auprès de leur médecin sur de nouveaux produits de santé pour une condition donnée (sans mentionner un produit spécifique) devraient-ils être permis? »

Cela pourrait être autorisé seulement pour les groupes indépendants, et non pour les industries susceptibles de tirer profit de ce type de publicité. En ce moment, la mise en application de la loi concernant les messages de recherches d'aide est inadéquate et les sociétés fournissent des renseignements trompeurs et inexacts sur les risques de maladie. Récemment, par exemple, dans une campagne alarmiste de Pfizer visant à accroître les ventes du Lipitor (atorvastatine), on ne mentionne pas le nom du produit. Cette campagne donne l'impression que les risques de maladie et les bienfaits du traitement sont plus importants qu'ils ne le sont réellement.

Une partie du problème concernant la mise en application des règlements s'appliquant aux messages de recherche d'aide réside dans la directive adoptée en 1996 par Santé Canada sur la différence entre publicité et information. Si l'on utilisait la définition donnée dans la *Loi sur les aliments et drogues* (« la présentation, par tout moyen, [d'un produit] en vue d'en stimuler l'aliénation, notamment par la vente »), on serait en mesure de réglementer plus facilement ce type de publicité.

B10.3.3.2.3 – « Le contrôle du contenu de la promotion »

Le fait de contrôler le contenu de la publicité directe n'empêche en rien ces messages d'atteindre leurs objectifs, à savoir accroître les ventes des médicaments vendus seulement sur ordonnance.

Les États-Unis réussissent mieux à contrôler le contenu de la publicité que la Nouvelle-Zélande, ce qui pourtant n'empêche pas les messages d'être problématiques. Malgré cela, le modèle qu'étudie en ce moment Santé Canada ressemble beaucoup à celui de la Nouvelle-Zélande : l'autoréglementation de l'industrie (ou une autorité de réglementation multilatérale non gouvernementale avec une forte participation des industries), assortie de l'approbation préalable. En Nouvelle-Zélande, l'approbation préalable n'a pas empêché la diffusion de messages trompeurs et erronés. Aux États-Unis, l'information relative aux risques pour la santé est inadéquate dans les messages; les annonceurs ont très souvent

recours à des techniques comme des images qui détournent l'attention ou une voix hors champ qui débite un message à toute vitesse. En Nouvelle-Zélande, ces mêmes sociétés font la promotion des mêmes produits en donnant encore moins d'information sur les risques et en donnant une impression exagérée de leurs bienfaits. Rien n'indique qu'une solution « canadienne » en matière d'autoréglementation de l'industrie et d'autorisation préalable donnerait de meilleurs résultats que la solution néo-zélandaise.

Par ailleurs, les annonces destinées aux professionnels de la santé au Canada posent un très grand problème, car les textes publicitaires ne contiennent pas d'information adéquate sur les risques. Il n'existe aucune exigence non plus relativement à l'obligation d'afficher des précisions concernant les risques sur les annonces, en caractères assez gros et dans un endroit visible.

Si Santé Canada croit être capable de contrôler adéquatement le contenu de la publicité directe pour faire en sorte que la population dispose d'une information exacte et équilibrée sur les produits annoncés, il fait preuve de naïveté. Il suffit de jeter un coup d'œil à la publicité directe qui circule en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis et au matériel distribué aux médecins au Canada pour se rendre compte que rien n'est fait en ce sens.

B10.3.3.2.4. – « L'autorisation préalable »

L'autorisation préalable n'est efficace que dans la mesure où il existe des règlements définissant ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas. Jusqu'à maintenant, cette mesure n'a pas empêché la distribution de publicités des plus trompeuses aux médecins canadiens ou à la population néo-zélandaise (par l'intermédiaire du Therapeutic Advertising Pre-Vetting Service, anciennement le Therapeutic Advertising Advisory Service). En Nouvelle-Zélande, tous les messages de publicité directe font l'objet d'une autorisation préalable, mais cela n'a pas empêché l'adoption de normes encore moins strictes qu'aux États-Unis en matière d'information.

Santé Canada autorise actuellement la diffusion d'annonces de rappel ayant reçu l'autorisation préalable de la CCCP ou des Normes canadiennes de la publicité. Ces annonces contiennent des messages extrêmement trompeurs sur l'efficacité et l'innocuité des produits concernés, et sur la manière dont ils se comparent à d'autres traitements. Elles renferment même des images suggérant des utilisations non indiquées sur l'étiquette, comme cette femme à la peau claire et magnifique que l'on voit dans les annonces de Diane-35 (cyprotérone/estradiol) sur les panneaux réclames; celle-ci n'a nullement l'air de souffrir d'acné sévère, d'avoir démontré une résistance aux traitements antérieurs (ce qui veut dire que son visage porte sans doute des cicatrices) et de montrer des signes de déséquilibre hormonal. Même s'il s'agit ici de pré-traitement ou de post-traitement, une telle illustration est trompeuse au regard de l'indication approuvée à laquelle elle se rapporte.

De la même façon, l'annonce télévisée concernant le Viagra (sildénafil) n'établit pas de distinction entre l'impuissance et un usage de type récréatif. L'annonce alarmiste concernant le Lipitor (atorvastatine) induit le destinataire en erreur sur le risque effectif

de mourir d'une première crise cardiaque, de même que sur les données permettant de conclure que les drogues contre le cholestérol sont un moyen efficace de prévenir un incident de ce type. En outre, elle accorde une importance démesurée au rôle du cholestérol comme facteur de risque, comparativement, par exemple, au tabagisme, à la sédentarité, à l'obésité ou aux antécédents familiaux. Ce genre de messages peut inciter à faire de mauvais choix en matière de santé.

Jusqu'ici, le bilan du Canada en matière de contrôle de la publicité directe n'a rien d'édifiant. On continue à autoriser la diffusion d'annonces qui ne respectent pas la loi, même celles qui sont destinées aux adolescents (c'est-à-dire des enfants aux yeux de la loi). Pour être en mesure d'instaurer de bons règlements, il faut pouvoir compter sur une entité indépendante des intérêts commerciaux.

B10.3.4. – « Promotion à l'intention des praticiens de la santé...Une réglementation fédérale est-elle nécessaire dans ce domaine? »

En ce moment, la publicité destinée aux professionnels de la santé pourrait être réglementée par Santé Canada si ce dernier recourait à la disposition sur les « fausses représentations » contenue dans la *Loi sur les aliments et drogues*. Cette responsabilité a été déléguée à l'industrie, principalement par l'entremise du Comité chargé du *Code relatif aux pratiques de commercialisation dans le secteur pharmaceutique* des Rx&D (industrie des médicaments de marque), et du Conseil consultatif de publicité pharmaceutique (multilatéral, forte présence des secteurs pharmaceutique et de la publicité).

L'expérience canadienne démontre que l'autoréglementation volontaire ne fonctionne pas. Nous avons besoin non seulement d'un règlement fédéral mais aussi d'une autorité de réglementation gouvernementale ou indépendante encadrée par la loi, tenue de rendre des comptes au ministre et, par le fait même, devant le Parlement. L'industrie pharmaceutique et le secteur de la publicité devraient en être exclus.

H5 – Comités consultatifs

En principe, les audiences tenues par les comités consultatifs devraient toujours être ouvertes à tous et si l'on décide de tenir une audience fermée, il faut en expliquer les raisons. On devrait toujours afficher dans le site de Santé Canada les annonces concernant les réunions et tous les procès-verbaux s'y rapportant. En ce qui concerne la question de la déclaration d'un conflit d'intérêts éventuel, on devrait tenir des audiences publiques dans le but d'établir en quoi consiste exactement un conflit d'intérêts dans ce contexte. Les grandes revues médicales, dont celle de l'Association médicale canadienne, fournissent un excellent modèle à cet égard à l'intention de leur auteurs. Celui-ci pourrait servir de point de départ. Toutefois, en ce qui concerne les décisions relatives à la réglementation, les déclarations de conflit d'intérêts ne suffisent pas; il faut interdire à toute personne se trouvant dans une position de conflit d'intérêts à cause d'un lien avec un fabricant ou ses concurrents d'agir directement à titre de conseiller en la matière.

H6 – Responsabilités internationales – « Les circonstances où les produits fabriqués au Canada ne seraient pas assujettis aux normes canadiennes »

Tout produit thérapeutique fabriqué au Canada et destiné à l'exportation doit être soumis aux normes de fabrication canadiennes. On doit empêcher l'exportation de drogues ayant été retirées du marché canadien ou auxquelles on a refusé d'accorder une autorisation de mise sur le marché. Toutes les drogues destinées à l'exportation vers les pays en développement doivent figurer sur la *Liste des médicaments essentiels* de l'OMS ou sur celle du pays importateur. Toutes les drogues et tous les instruments destinés à l'exportation doivent être étiquetés en conformité avec les règlements et accompagnés d'information sur le produit dans une langue pertinente pour le pays importateur.

H8 – Recouvrement des coûts

Toute discussion relative au recouvrement des coûts doit faire de la nécessité de réduire au minimum l'influence de l'industrie sur le processus de réglementation une priorité. En effet, parallèlement à cette étude, nous recommandons vivement au gouvernement d'entreprendre un examen des politiques fiscales encadrant les sommes que peut dépenser l'industrie en matière de publicité et d'activités de promotion, de même que le pourcentage que ses membres sont autorisés à réclamer.

Les montants facturés pour les activités relatives à l'approbation des produits devraient être considérés comme des recettes fiscales générales plutôt que de servir à financer directement le travail de la Direction générale des produits de santé et des aliments. Elles devraient en outre servir à améliorer la surveillance post-commercialisation. Enfin, elles devraient s'ajouter aux contributions du gouvernement, plutôt que de les remplacer.

En plus des points soulevés ci-dessus en rapport avec la proposition intitulée « La santé et la sécurité d'abord! », l'Action pour la protection de la santé des femmes propose les recommandations suivantes :

1. Il faut exiger un examen de toutes les drogues et de tous les instruments qui sont commercialisés actuellement dans le but de prévenir la maladie chez les femmes en santé, dans le but de juger de leur innocuité et de leur efficacité (Pour plus d'information sur cette question, consulter le document de l'APSF, « La prévention de la maladie. Les médicaments sont-ils la solution? », par Sharon Batt, à l'adresse http://www.whp-apsf.ca/fr/documents/prevention_mal.html .)
2. À la lumière de l'annonce récente faite par le premier ministre du Canada relativement à son intention d'établir une agence de santé publique et de nommer un responsable en chef de la santé publique, on devrait informer la population canadienne sur le rôle du renouveau législatif en relation avec ce projet.
3. Toute législation concernant les questions de protection de la santé au Canada doit renfermer une protection des dénonciateurs à l'intention des citoyens et des citoyennes qui présentent des éléments d'information jusque-là écartés du débat.
4. Toute législation concernant les questions de protection de la santé au Canada doit prévaloir sur toute autre loi concernant les technologies génétiques et de reproduction ou le domaine de la biotechnologie.
5. Pour offrir des chances égales à tous, il faut allouer des budgets et des ressources pour soutenir la participation des citoyens et des citoyennes. On doit donner à ceux-ci la possibilité de participer dès le début du processus, au moment d'établir les normes.
6. Tout processus d'évaluation de la sûreté d'un produit doit se dérouler de telle sorte que la charge de la preuve incombe sans équivoque au fabricant.
7. L'évaluation visant à confirmer l'innocuité d'un produit doit comprendre une évaluation des risques relatifs à la santé génésique chez les femmes et chez les hommes, y compris l'incidence sur la fonction sexuelle, la fertilité, la grossesse et l'allaitement.
8. La nouvelle législation doit intégrer, en tant que volet obligatoire du système de frais d'utilisation payés par l'industrie, un fonds d'indemnisation des victimes des effets nocifs attribuables aux drogues.
9. L'évaluation de la sûreté doit tenir compte des populations vulnérables (malades chroniques, personnes âgées, immigrants et réfugiés, enfants, personnes vivant sous le seuil de la pauvreté ou peu scolarisées, entre autres).

10. Tous les aspects de la législation canadienne sur la protection de la santé (évaluation de la sûreté, marketing, surveillance post-commercialisation) doivent tenir compte des sexospécificités.
11. Il faut appliquer des mesures correctives pour combler l'insuffisance actuelle de ressources en matière de surveillance post-commercialisation des produits et instruments pharmaceutiques. Ces mesures comprendraient l'octroi de ressources suffisantes pour permettre au grand public et aux professionnels de la santé de rapporter volontairement leurs observations, sensibiliser la population, organiser des campagnes d'éducation et mettre en place une structure de surveillance vigilante et prospective en collaboration avec l'agence de santé publique projetée. Le but visé devrait être l'établissement d'un système exhaustif de surveillance analogue à ceux qui touchent les maladies infectieuses et la sécurité du transport. On dispose de données qui démontrent que les incidents d'origine médicamenteuse sont une cause importante d'hospitalisation; ils se classeraient entre le quatrième et le sixième rang des causes de décès. Il est donc urgent de mettre en place un système de surveillance et de prévention pour accroître la sécurité du public.

Le Canada a le potentiel de devenir un chef de file mondial en matière de sûreté des médicaments, à condition d'y consacrer les ressources et l'expertise nécessaires et de collaborer à ce dossier avec les autres compétences concernées.

Les individus et les organismes qui ont appuyé le Mémoire du APSF

Breast Cancer Action Montreal
DES Action Canada, Montréal
Fédération du Québec pour le planning des naissances, Montréal
Inter Pares, Ottawa
Ontario Women's Health Network, Toronto
PharmaWatch, Vancouver
Prairie Women's Health Centre of Excellence, Winnipeg
Seniors Network BC
Women's Health Clinic, Winnipeg

Alan Cassels, drug policy researcher, University of Victoria
Marianne Cerilli, Winnipeg, environmental educator, former MLA, MB
Suzanne Elston, environmental educator, Courtice Ontario
Laurie Helgason, Advocate for Women with Disabilities and Healthy Living
Brewster Kneen, publisher, The Ram's Horn Newsletter, Sorrento BC
Cathleen Kneen, facilitator, BC Foods Systems Network
Carol Kushner, health policy analyst, Toronto
Kathleen O'Grady, Res. Associate, Simone de Beauvoir Institute, Concordia U.
Janine O'Leary Cobb, founder, A Friend Indeed, Montreal
Noralou P. Roos, PhD, Canada Research Chair in Population Health, U. of Manitoba
Dorothy Goldin Rosenberg, PhD, Cancer Prevention Interest Group, U. of Toronto
Karen Seabrooke, social justice advocate, Ottawa
Dr. Donna Stewart, University Health Network, Toronto
Penny Van Esterik, PhD, Dept. of Anthropology, York University
Bilkis Vissandjee, PhD, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Susan White, M.A., Canadian Women's Health Network
Mary E. Wiktorowicz, PhD, School of Health Policy and Management, York University
Terence H. Young, Chair, Drug Safety Canada

Les endossements internationaux :

Leonore Tiefer, PhD, Campaign for a New View of Women's Sexual Problems,
New York
Dr. Peter Mansfield, Healthy Skepticism, Adelaide, Australia