

La médecine familiale a-t-elle une obligation professionnelle de jouer un rôle prépondérant dans la recherche sur les médicaments financée par l'industrie pharmaceutique?

Anthony D. D'Urzo MD MSc CCFP FCFP

OUI

Selon un récent rapport du Conseil canadien de la santé¹, le nombre d'ordonnances de médicaments courants augmente et les médecins de famille en sont majoritairement les auteurs. De fait, les médicaments représentent la deuxième source de dépenses la plus importante dans le système de santé canadien², une situation qui a suscité beaucoup d'attention dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé et le plan d'action de 2004 sur dix ans pour renforcer les soins de santé². Parce que les médecins de famille alimentent le moteur économique de l'industrie pharmaceutique et les coûts des médicaments en général, il est pertinent de se demander si la médecine familiale a une obligation professionnelle de jouer un rôle substantiel dans le processus de développement des médicaments - en particulier un rôle prépondérant dans la recherche sur les médicaments parrainée par l'industrie qui est pertinente aux soins primaires. Sans un tel mandat, on ne peut s'attendre à ce que la discipline de la médecine familiale contribue directement à l'élaboration de lignes directrices sur la prise en charge fondée sur des données probantes et à des systèmes de surveillance des médicaments dans la «vraie vie» à une période où la prise en charge des problèmes chroniques complexes est de plus en plus confiée au milieu communautaire.

Dans la communauté des chercheurs en services de santé³ et des décideurs⁴, la relation entre les médecins et l'industrie pharmaceutique est devenue un important sujet de préoccupation à un certain nombre d'égards. Il y a un ensemble convaincant de données probantes voulant que les interactions entre les médecins et les représentants des ventes de produits pharmaceutiques puissent influencer les décisions cliniques d'une manière qui pourrait ne pas être dans l'intérêt supérieur des patients; par exemple, l'utilisation de traitements coûteux au lieu des solutions de rechange moins chères ayant une efficacité thérapeutique comparable⁵. De plus, on s'inquiète que le marketing des médicaments courants soit dans une grande mesure basé sur des renseignements trompeurs. En 2002, une commission d'enquête

aux États-Unis signalait qu'entre août 1997 et août 2002, la Food and Drug Administration avait envoyé 88 lettres accusant des compagnies pharmaceutiques de violer les règles sur la publicité⁶. Enfin, des rapports laissent entendre que la partialité systématique dans les études sur les médicaments favorise les produits fabriqués par l'entreprise qui finance la recherche⁷. Ces derniers faits mettent en évidence l'importance de mettre en place des «contre-vérifications» significatives dans les systèmes de santé au sein desquels les organisations pharmaceutiques influencent le développement et la promotion de médicaments à de nombreux niveaux. L'environnement des soins primaires est propice à l'atteinte de tels objectifs si la recherche sur les produits pharmaceutiques et la surveillance pharmacoéconomique sont identifiées comme étant des priorités.

Accepter la responsabilité

Dans l'énoncé des 4 principes de la médecine familiale⁸, on dit que: « Le médecin de famille accepte sa responsabilité d'utiliser judicieusement les ressources limitées du système de soins de santé. Il tient compte à la fois des besoins individuels et de ceux de la collectivité » et que le médecin de famille est une ressource auprès d'une population définie de patients et qu'il a «la capacité d'évaluer les nouvelles données en fonction de leur pertinence quant à la pratique». Le rôle direct limité de la médecine familiale dans la recherche sur les médicaments et l'élaboration de lignes directrices rend la mise en pratique de ses principes plutôt difficile, voire impossible. L'absence d'un rôle de leadership dans la recherche sur les médicaments financée par l'industrie pharmaceutique empêche aussi la médecine familiale de mettre en œuvre les stratégies de supervision essentielles dont on a besoin pour améliorer l'efficacité dans la prescription de médicaments en milieu de soins primaires.

Selon de récentes données⁹, certains programmes de résidence en médecine familiale limitent les interactions de leurs résidents avec les compagnies pharmaceutiques tandis que d'autres excluent tout genre d'association avec cette industrie. Toutefois, on signale qu'environ les deux tiers des médecins reçoivent des échantillons de médicaments de représentants de

This article is also in English on page 870.

suite à la page 876

● OUI suite de la page 874

l'industrie pharmaceutique¹⁰. Ce comportement met en évidence un manque flagrant de connexion entre le faible degré de confiance envers les représentants de l'industrie pharmaceutique en comparaison avec les produits dont ils font la promotion. Parce que les nombreuses études sur les médicaments citées dans les lignes directrices nationales et internationales ne sont pas réalisées dans les milieux de soins primaires et sont financées par l'industrie pharmaceutique, il n'est pas clair comment les tactiques d'exclusion à l'égard de l'industrie pharmaceutique permettent aux médecins de prendre des décisions plus éclairées quand ils prescrivent des médicaments ou font l'essai d'échantillons. Nos tentatives d'apaiser les inquiétudes éthiques et morales entourant les interactions avec l'industrie pharmaceutique ne devraient pas nous empêcher de forger des collaborations qui pourraient être dans l'intérêt supérieur de nos patients. La médecine familiale porte le fardeau de faire un juste équilibre entre son rôle de principal de catalyseur de coûts en médicaments et son rôle limité dans l'établissement des pratiques exemplaires liées à l'utilisation de la pharmacothérapie en soins primaires, y compris la surveillance des effets indésirables

Contrôle de la qualité

L'innovation en matière de qualité dans la médecine familiale devrait promouvoir l'établissement de réseaux de recherche axés sur les pratiques visant à développer les capacités de base dans la réalisation d'études cliniques sur l'efficacité et l'efficacité, en collaboration avec l'industrie pharmaceutique. Une telle relation devrait s'appuyer sur le principe voulant que la recherche comparative sur l'efficacité est essentielle pour l'élaboration de stratégies de prise en charge sûres et rentables au niveau des soins primaires. Je soutiens la notion voulant qu'en tant que médecins de famille, nous avons un devoir déontologique de participer à des études sur l'efficacité clinique de nouveaux médicaments destinés à la consommation dans le milieu communautaire¹¹. Je crois que la médecine familiale devrait aussi jouer un rôle prépondérant dans les essais cliniques de nouveaux médicaments, puisqu'une telle stratégie permettrait de mieux comprendre comment concevoir et réaliser des études sur l'efficacité clinique de manière appropriée dans les milieux communautaires.

Les obstacles qui limitent la participation des médecins à des études randomisées contrôlées sont bien documentés¹², mais peuvent être surmontés. À mesure que la discipline de la pharmacoeconomie continue d'émerger en tant que priorité financière importante, la nécessité d'avoir une supervision des pratiques exemplaires au niveau des soins primaires continuera de prendre de l'ampleur. En l'absence d'un

rôle significatif dans la recherche sur les médicaments parrainée par l'industrie pharmaceutique, la médecine familiale court le risque de devenir le principal complice des écarts grandissants et coûteux dans les soins, qui menacent de submerger les services de santé publics. 🌿

D^r D'Urzo est président de la Primary Care Respiratory Alliance of Canada et professeur agrégé au Département de médecine familiale et communautaire de l'University of Toronto, en Ontario.

Intérêts concurrents

D^r D'Urzo a reçu des honoraires en tant que chercheur, consultant et conférencier de la part de GlaxoSmithKline, Sepracor, Schering-Plough, Altana, Methapharm, AstraZeneca, Nycomed, ONO Pharmaceutical Group, Merck Canada, Forest Laboratories, Boehringer Ingelheim (Canada) Ltd, Pfizer Canada, SkyePharma et KOS Pharmaceuticals.

Correspondance

D^r Anthony D. D'Urzo, Primary Care Lung Clinic, Suite 107, 1670 Dufferin St, Toronto, ON M6H 3M2; téléphone 416 652-9336; télécopieur 416 652-9870; courriel tonydurzo@sympatico.ca

Références

- Conseil canadien de la santé. *Decisions, decisions. Family doctors as gatekeepers to prescription drugs and diagnostic imaging in Canada*. Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2010. Accessible à: http://healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2010/HSU/DecisionsHSU_Sept2010.pdf. Accédé le 21 juin 2011.
- Conseil canadien de la santé. *Rapport de progrès 2011 : Renouvellement des soins de santé au Canada*. Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2011. Accessible à: http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2011/progress/2011Progress_FRA.pdf. Accédé le 21 juin 2011.
- Brennan TA, Rothman DJ, Blank L, Blumenthal D, Chimonas SC, Cohen JJ, et collab. Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers. *JAMA* 2006;295(4):429-33.
- Wilson D. Medical schools quizzed on ghostwriting. *New York Times* du 18 nov. 2009; Sect B.2. Accessible à: www.nytimes.com/2009/11/18/business/18ghost.html. Accédé le 21 juin 2011.
- Wyatt J. Use and sources of medical knowledge. *Lancet* 1991;338(8779):1368-73.
- Buckley J. Pharmaceutical marketing—time for change. *Electron J Bus Ethics Organ Stud* 2004;9(2):4-11. Accessible à: http://ejbo.jyu.fi/pdf/ejbo_vol9_no2_pages_4-11.pdf. Accédé le 21 juin 2011.
- Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ* 2003;326(7400):1167-70.
- Collège des médecins de famille du Canada. *Les quatre principes de la médecine familiale*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2006. Accessible à: http://www.cfpc.ca/Les_quatre_principes/. Accédé le 21 juin 2011.
- Fugh-Berman A, Brown SR, Trippett R, Bell AM, Clark P, Fleg A, et collab. Closing the door on pharma? A national survey of family medicine residencies regarding industry interactions. *Acad Med* 2011;86(5):649-54.
- Campbell EG, Rao SR, Desroches CM, Iezzoni LI, Vogeli C, Bolcic-Jankovic D, et collab. Physician professionalism and changes in physician-industry relationships from 2004 to 2009. *Arch Intern Med* 2010;170(20):1820-6.
- Cave AJ. Tertiary research applied to primary care. *Can Fam Physician* 2002;48:1763.
- Ross S, Grant A, Counsell C, Gillespie W, Russell I, Prescott R. Barriers to participation in randomised controlled trials: a systematic review. *J Clin Epidemiol* 1999;52(12):1143-56.

● **CONCLUSIONS FINALES**

- En tant que source principale des ordonnances de médicaments et des coûts inhérents, les médecins de famille devraient jouer un rôle prépondérant dans les études de recherche parrainées par l'industrie pharmaceutique.
- En l'absence d'un rôle significatif de supervision dans le processus de la recherche sur les médicaments, les médecins de famille pourraient devenir les principaux complices de l'élargissement des écarts dans les soins de santé.
- Des réseaux de recherche centrés sur les pratiques devraient préconiser des mandats de base pour établir des relations productives de collaboration avec l'industrie pharmaceutique qui incluent la participation à des études sur l'efficacité, l'efficacité et l'efficacité comparative des médicaments.

Les parties à ce débat contestent les arguments de leur opposant dans des réfutations accessibles à www.cfp.ca. Participez à la discussion en cliquant sur Rapid Responses.