

Juin 2010

Questions et réponses de suivi

Webémission de l'ACMTS : L'information sur la santé est-elle dans l'intérêt public ? Webémission du 30 mars 2010

Les questions ci-dessous nous ont été envoyées par courriel après la webémission et les présentateurs ont bien voulu y répondre par l'entremise du site Web de l'ACMTS.

Question adressée à Lloyd Sansom : En Australie, quelle proportion des groupes de consommateurs est financée par l'industrie pharmaceutique et êtes-vous d'avis que ce financement influe sur les positions prises par ces groupes ?

Lloyd Sansom : Je ne sais pas combien de groupes de consommateurs reçoivent l'aide financière de l'industrie pharmaceutique. On peut faire valoir que l'aide financière est inconditionnelle, mais la perception est néanmoins qu'en raison de cette aide, les groupes de consommateurs sont directement ou indirectement redevables aux entreprises qui les financent — par exemple, la perception est que toute critique du comportement d'un donateur serait considérée comme ingrate et susceptible d'être étouffée ou à tout le moins atténuée.

Nous reconnaissons que beaucoup de ces groupes ne pourraient exister sans l'aide financière de l'industrie, mais cette aide pourrait empêcher les groupes de patients d'être considérés comme vraiment indépendants. En Australie, il a été question que le gouvernement se substitue à l'industrie pour financer ces groupes, mais cela ne s'est pas encore fait.

Linda Wilhelm : La majeure partie du financement de la Coalition pour de meilleurs médicaments (CMM) vient de l'industrie pharmaceutique, et je ne m'en excuse pas pour les raisons suivantes :

- Peu nous importe d'où vient l'aide financière, mais nous sommes un groupe de revendication et il y a des règles rigoureuses pour l'obtention du statut d'organisme de bienfaisance et l'importance des activités de revendication. Sans le statut d'organisme de bienfaisance, il est impossible de lever des fonds.
- Si le gouvernement est prêt à nous offrir un financement durable, nous serons heureux de refuser l'aide financière de l'industrie pharmaceutique.
- Même si la CMM reçoit une aide financière de l'industrie pharmaceutique, aucune restriction ne lui est imposée et elle décide de ses priorités, qui sont souvent différentes de celles de l'industrie ; par exemple, elle s'oppose fortement à la publicité qui s'adresse directement aux consommateurs, est en faveur d'une pharmacovigilance plus étroite et une plus grande récupération des coûts pour les évaluations de médicaments.
- Tous nos membres sont des bénévoles qui ne reçoivent aucune rémunération pour les efforts déployés pour faire entendre le point de vue des patients. En fait, il arrive souvent que mes menues dépenses ne soient pas remboursées. Je consacre beaucoup de temps au bénévolat !
- Les sommes que reçoivent les médecins de l'industrie pharmaceutique ne sont pas remises en question (en fait, elles le sont peut-être plus qu'avant, mais cela n'empêche pas que les médecins continuent de les recevoir), ni celles que reçoivent les universités. Est-ce que le public croit qu'en raison de ces sommes, la crédibilité des opinions des médecins et des chercheurs est moindre ?

- Je préfère que les laboratoires pharmaceutiques financent des organismes indépendants comme la CMM au lieu de consacrer l'argent au développement de leurs propres sites Web d'éducation des patients, comme les sites « Plus que des médicaments » de Pfizer ou « Tout sur l'arthrite » d'Amgen. Visiblement, il y a un problème d'échange d'information et les patients ne savent pas à quelle information ils peuvent se fier. Pour ma part, si un site Web a été développé par un laboratoire pharmaceutique, je ne me fie pas à l'information qui s'y trouve.

Je sais qu'on ne m'a pas demandé mon avis et, comme vous pouvez le constater, j'ai des opinions bien arrêtées sur la question. Je suis certaine que l'industrie tentera de forcer les groupes de patients à faire du lobbying pour elle. C'est pourquoi la CMM a contribué à l'élaboration du processus de l'ACMTS sur la rétroaction des patients au Programme commun d'évaluation des médicaments. Nous croyons que le processus devrait comporter deux étapes. Un groupe de patients qui croit qu'il pourrait vouloir fournir de la rétroaction à un moment donné pourrait faire une demande préalable à l'ACMTS pour déclarer tout conflit d'intérêts chaque année, un peu comme pour le processus de Santé Canada, et l'ACMTS pourrait conserver cette demande. Ainsi, on découragerait la formation de pseudo-groupes de patients dont le seul but est de faire du lobbying au nom d'un laboratoire pharmaceutique ou on pourrait au moins éliminer plus facilement ces groupes sans pénaliser les groupes légitimes.

Question adressée à Lloyd Sansom et à Judith Glennie : Comment faites-vous l'équilibre entre l'accès aux médicaments et les ententes confidentielles concernant les prix qui ne peuvent être rendues publiques ?

Lloyd Sansom : Le manque de transparence relatif aux questions d'établissement des prix est une source de préoccupation. Toutefois, la principale question selon moi consiste à savoir si nous pouvons mettre à la disposition du public un médicament dont le rapport coût-efficacité est favorable. En Australie, l'indépendance du PBAC [*Pharmaceutical Benefits Advisory Committee*], l'exigence voulant qu'un médicament doive être considéré par le PBAC comme ayant un rapport coût-efficacité favorable pour être inscrit à la liste du PBS (*Pharmaceutical Benefits Scheme*) et le fait que les raisons de l'inscription sont du domaine public réduisent au minimum les craintes en ce qui a trait aux ententes confidentielles concernant les prix.

Souvent, les gouvernements ne diffusent pas les résultats des demandes de soumission, mais seulement l'identité du ou des soumissionnaires retenus. La décision du PBAC dépend du prix réel que paiera le gouvernement, donc le rapport coût-efficacité est fondé sur le prix réel et non sur le prix qui pourrait être rendu public. Les ententes spécifiques au niveau de la déclaration du prix réel figurent sur les feuilles de relativité (en anglais, cette feuille indique « *special pricing arrangements apply* »). Si un commanditaire dépose une demande d'inscription fondée sur la minimisation des coûts par rapport à un médicament qui fait l'objet d'une telle entente, le PBAC lui communiquera le prix réel de l'autre médicament une fois qu'il aura examiné la question.

Judith Glennie : À l'échelle mondiale, un certain nombre de payeurs publics concluent depuis plusieurs années des ententes concernant le prix des médicaments (tant avec des fabricants de médicaments d'origine qu'avec des fabricants de produits génériques). Les payeurs doivent constamment trouver l'équilibre entre l'accès des patients aux médicaments et les contraintes financières. Les ententes concernant les prix ne sont qu'un des moyens qu'ils utilisent pour trouver cet équilibre.

Question adressée à tous : Pouvez-vous commenter le reportage du 26 mars de Radio-Canada, selon lequel Pfizer avait dissimulé les résultats d'études internes sur l'efficacité de la gabapentine, ce qui lui avait valu une amende de 142 millions de dollars américains ?



Judith Glennie : Je ne peux faire de commentaires à ce sujet. En date du 15 avril, je n'ai pas vu le reportage mentionné et je n'en connais pas les détails.