

## **Position du Conseil du médicament du Québec sur la réforme fédérale de la publicité sur les médicaments d'ordonnance pour permettre la publicité directe auprès des consommateurs**

---

Le Conseil du médicament tient à participer à la consultation publique sur la proposition gouvernementale d'une Loi fédérale sur la protection de la santé qui permettrait la publicité sur les médicaments d'ordonnance directement auprès des consommateurs. Le Conseil est, en effet, inquiet des impacts d'une telle réforme sur la qualité de la pharmacothérapie au Québec, sur la croissance des dépenses des régimes publics et privés d'assurance et sur la santé de la population.

Le Conseil du médicament est un organisme qui relève directement du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec. Le Conseil a pour fonctions d'assister le ministre dans la mise à jour de la liste de médicaments qui sont assurés dans le régime général d'assurance-médicaments et de favoriser l'utilisation optimale des médicaments. À cette fin, le Conseil évalue les nouveaux médicaments, recommande s'il y a lieu leur inscription à la liste, réalise des activités de revues d'utilisation des médicaments, propose le développement et la mise en œuvre de stratégies de formation, d'information et de sensibilisation auprès des professionnels de la santé et de la population.

Dans le cadre de son mandat, le Conseil doit donc veiller à ce que le choix des médicaments inscrits à la liste de même que l'usage qui en est fait soient de nature à maximiser les bénéfices pour la santé de la population tout en minimisant les risques et les coûts associés à leur utilisation. Or, les études actuellement disponibles nous indiquent que la publicité directe aux consommateurs a des effets divers:

- *effets sur la qualité de la pharmacothérapie.* La publicité stimule la demande pour les produits qu'elle cible qui sont, comme le montre l'expérience américaine, des médicaments nouveaux et relativement coûteux. L'intensification de la prescription de ces médicaments se fait au détriment des interventions non pharmacologiques et des produits moins coûteux et tout aussi efficaces. Les médecins prescriraient les médicaments demandés même s'ils reconnaissent que ces produits n'auraient pas été leur premier choix en l'absence d'une telle demande.
- *effets sur le système de soins.* La publicité sur les médicaments d'ordonnance contribue à hausser le nombre de consultations médicales et le recours à des médicaments d'ordonnance pour des problèmes mineurs ou ne nécessitant pas de médication. De plus, la publicité encourage le recours à de nouveaux produits coûteux.

- *effets sur la relation patient - médecin.* En effet, elle stimule la demande de médicaments de la part de la population et la prescription de la part des médecins pour les médicaments en général et les produits publicisés en particulier.
- *effets sur la qualité de l'information sur les médicaments.* Plusieurs études ont montré que la publicité sur les médicaments d'ordonnance contient plusieurs éléments émotifs et subjectifs plutôt que de véhiculer des messages factuels. Entre autres, les messages publicitaires ne traitent pas du rapport entre le coût et l'efficacité d'un médicament et des effets secondaires dans leur ensemble et mentionnent rarement les traitements non pharmacologiques ou même les pourcentages de succès du traitement proposé.

À la suite d'un rapport exposant les effets de la publicité directe aux consommateurs, la ministre de la santé de la Nouvelle-Zélande (seul pays autre que les États-Unis qui autorise cette publicité) a annoncé en janvier 2004 sa volonté de revoir cette politique.

On comprend donc la très grande préoccupation du Conseil du médicament à l'égard de la publicité sur les médicaments d'ordonnance sachant, en outre, que l'objectif véritable est moins de fournir une information objective et vérifiable que d'augmenter les ventes de l'industrie pharmaceutique. Selon certaines statistiques, chaque dollar investi en publicité en rapporterait cinq en ventes de médicaments. Par ailleurs, faire contrepoids à la publicité de l'industrie pharmaceutique et informer adéquatement les consommateurs exigerait des investissements considérables, une dépense inopportune surtout dans le contexte budgétaire actuel. De plus, on peut supposer que les frais accrus de publicité des compagnies pharmaceutiques seront transférés d'une manière ou d'une autre à la population.

Du point de vue de la santé publique, il semble y avoir peu de justifications à l'introduction de la publicité directe aux consommateurs. À notre avis, Santé Canada ne peut aller de l'avant avec un tel projet sans que l'industrie pharmaceutique ou les publicitaires ne fassent la preuve de ses avantages sur la santé de la population et sur le système de santé. À notre avis, ce fardeau revient aux fabricants et aux publicitaires et non aux régimes publics ou privés d'assurance médicaments.

De plus, l'argument selon lequel cette publicité devrait être autorisée au Canada parce qu'elle est permise aux États-Unis et qu'elle traverse les frontières nous apparaît fallacieux parce que c'est postuler que la réglementation canadienne devrait s'aligner sur la réglementation américaine tout simplement en raison du fait que certains citoyens sont déjà exposés à cette publicité. Au contraire, nous croyons qu'il faut préserver la spécificité du régime de santé canadien, soit d'être fondé sur la solidarité. Il y a tout lieu de croire que la publicité directe, si elle augmente les coûts totaux, pourrait mettre en péril la viabilité de notre régime universel.

Ce sujet revêt une importance capitale pour tous les régimes provinciaux d'assurance médicaments. Au Québec, le Conseil fait tous les efforts pour assurer l'usage optimal des médicaments et ainsi contribuer à garantir un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé de la population. L'usage des médicaments comporte toujours un risque, connu ou inconnu. C'est pourquoi les décideurs publics en ce domaine doivent agir en tenant compte des données probantes disponibles, de la nécessité d'une information complète et objective et d'un principe de prudence, aspects qui ne sont pas présents dans le projet de permettre la publicité directe aux consommateurs.

Le 29 mars 2004

## RÉFÉRENCES

Bell, RA., Wilkes MS, Kravitz RL. *The educational value of consumer-targeted prescription drug print advertising*. Journal of Family Practitioner 2000, 49, 1092-8.

Hollon, F., *Direct-to-consumer Marketing of Prescription Drugs Creating Consumer demand*, Journal of the American Medical Association, 27 janvier 1999, 281, 382-384.

Jong, G.T'W., Stricker, B.H. Ch, Sturkenboom, M. CJM. *Marketing in the lay media and prescriptions of terbinafine in primary care : Dutch cohort study*, British Medical Journal, 26 février 2004.

Kennedy, W., Goyer R. Les questions pharmaceutiques, De la connaissance à la pratique. Le Fonds pour l'adaptation des services de santé. Série de rapports de synthèse, Santé Canada, 2002.

Mintzes, B., M. L. Barer, R. L. Kravitz, K. Bassett, J. Lexchin, A. Kazanjian, R. G. Evans R. Pan et S A. Marion, *How does direct-to-consumer advertising affect prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA*, Canadian Medical Association Journal, 2 septembre 2003, 169, 5, 405 – 412.

National Institute for Health Care Management, Prescription drug and Mass Media Advertising, 2000 A research report by The National Institute for Health Care Management, Washington, 2002.

Toop L, Richards D, Dowell T, Tilyard M, Fraser T, Arroll B. Direct to consumer advertising of prescription drugs in New Zealand: for health or for profit? Report to the Minister of Health supporting the case for a ban on DTCA. New Zealand Departments of General Practice (Christchurch, Dunedin, Wellington and Auckland Schools of Medicine); 2003. (en ligne) (<http://www.chmeds.ac.nz/report.pdf>) (24 mars 2004)

Vitry, A., *Is Australia free from direct-to-consumer advertising?*, Australian Prescriber, 2004, 27, 4-6.

## **Membres du Conseil du médicament**

### **PRÉSIDENT :**

- **Robert Goyer**, D.Pharm., pharmacien, professeur émérite à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal.

### **VICE-PRÉSIDENTE :**

- **Louise Roy**, MD, néphrologue au Centre hospitalier universitaire de Montréal et au Centre hospitalier régional du Suroît, et professeure agrégée au département de médecine de l'Université de Montréal.

### **MEMBRES :**

- **Régis Blais**, Ph.D., Professeur titulaire au département d'administration de la santé de l'Université de Montréal;
- **Julie A. Couture**, MD, gériatre à l'Hôtel-Dieu de Lévis;
- **Hubert Doucet**, Ph.D., Directeur des programmes de bioéthique et professeur titulaire à la Facultés de théologie et à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal;
- **Bernard Keating**, Ph.D, professeur agrégé à la Faculté de théologie et de sciences religieuses de l'Université Laval et professeur d'éthique à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval;
- **Roger Ladouceur**, MD, omnipraticien et médecin en soins palliatifs au Centre hospitalier de Verdun;
- **Lise Lamothe**, Ph.D, professeure agrégée au département d'administration de la santé de l'Université de Montréal;
- **Sylvie Perreault**, Ph.D, pharmacienne, professeure adjointe à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal;
- **Lucie Robitaille**, B.Pharm., pharmacienne, Directrice générale du Conseil du médicament;
- **Stéphane Roux**, M.Sc., pharmacien, chef adjoint au département de pharmacie du Centre hospitalier universitaire de Montréal;
- **Jeannine Tellier-Cormier**, infirmière.