

# Lignes directrices de l'association des psychiatres du Canada au sujet de ses relations avec l'industrie pharmaceutique

RAPPORT RÉDIGÉ PAR IVAN E. CARTER, m.d.<sup>1</sup>

*Ces lignes directrices ont été révisées et retirées de la liste des documents officiels de l'Association des psychiatres du Canada, le novembre 2007. Il n'est offert qu'à des fins de référence historique. Le document a été élaboré à l'origine par la Commission des normes professionnelles et des questions de pratique de l'Association des psychiatres du Canada et approuvé par le conseil d'administration de l'APC, le 21 mai 1986.*

**D**u fait de leur engagement commun à l'égard du traitement des malades, l'industrie pharmaceutique et les praticiens de la médecine coexistent dans un climat de tension; leurs intérêts et leurs moyens d'existence sont étroitement reliés, ce qui entraîne inévitablement certains malentendus et des conflits d'intérêts que ni les uns ni les autres ne souhaitent.

Dans le présent énoncé de principe, nous nous proposons de mieux définir cette situation et de poser les jalons d'une collaboration encore meilleure entre les psychiatres et l'industrie pharmaceutique, dans le respect des principes de la déontologie et pour le mieux-être des malades, pour lesquels nous travaillons.

## Les éléments du dilemme

### a) *Publicité et examen critique*

Dans une allocution prononcée en 1966 devant la Clinique de promotion du Club de publicité pharmaceutique, Blank citait les propos d'un spécialiste en recherche sur la motivation et faisait ainsi ressortir les problèmes liés à la publicité des produits pharmaceutiques: "... les médecins sont humains ... ils sont soumis au même stress que le profane et subissent les mêmes influences sur leur émotivité (1). Dans son for intérieur, le médecin entretient la conviction qu'il est un être rationnel et logique, particulièrement en ce qui touche le choix des produits pharmaceutiques. Le publicitaire doit tenir compte de cette image de soi rationnelle et, en même temps, faire appel aux facteurs émotifs profonds qui influencent véritablement la vente." Dans le

même sens, Parish déclare: "il convient de se rappeler que les médicaments d'ordonnance sont des biens de consommation directe, ce qui fait que les médecins qui prescrivent des médicaments constituent un véritable marché et subissent les mêmes influences que celles qui touchent le reste des consommateurs" (2).

Pour leur part, Wilson et son équipe ont constaté que les omnipraticiens deviennent plus réceptifs à la publicité à mesure qu'ils avancent en âge (3). D'après cette étude, lorsque les médecins prescrivent des médicaments d'ordonnance, ils se fient à la documentation fournie par l'industrie pharmaceutique et cette attitude va s'accroissant à mesure que s'éloigne l'année du diplôme. Bien malavisé celui qui se fie seulement à ce genre de documentation rappelle Wade (4). D'après cet auteur, certains médecins se laissent trop facilement influencer par la publicité; ils en arrivent même à prescrire le dernier-né des médicaments même s'ils ne possèdent que très peu de renseignements sur son action et sur ses propriétés thérapeutiques. Il convient également de rappeler que le plus grand nombre des médicaments psychotropes ne sont pas prescrits par des psychiatres (5-7).

De son côté, O'Connor fait ressortir la nécessité d'entretenir un esprit critique dans nos relations avec l'industrie pharmaceutique (8). Il hésite à se demander combien de fois le clinicien moyen s'interroge au cours de ses lectures sur des questions cruciales comme: "cette recherche a-t-elle tenu compte de la signification tant statistique que clinique des résultats? De quel genre d'étude s'agit-il au juste (étude clinique randomisée, analyse par cohortes, étude descriptive, etc.)?" O'Connor poursuivait: "Celui qui néglige de faire ce genre d'effort de réflexion renonce à prendre une décision professionnelle d'importance cruciale. Le médecin qui laisse à un autre le soin de décider ce qui convient le mieux, à son patient délaie dans une large mesure sa responsabilité professionnelle."

La meilleure façon de développer son aptitude à l'examen critique et de l'entretenir est évidemment de poursuivre

<sup>1</sup> Directeur du service des soins externes en pédopsychiatrie Hôpital Izaak Walton Killam pour enfants Halifax (Nouvelle-Écosse)  
Pour obtenir des tirés à part, prière de s'adresser au Directeur administratif, Association des psychiatres du Canada, 294, rue Albert, bureau 204, Ottawa (Ontario) K1P 6E6

soi-même des recherches, aussi simples soient-elles. Mais celui qui n'est pas sur ses gardes peut rencontrer certains pièges : le médecin qui reçoit des honoraires pour prescrire un médicament sous une marque commerciale donnée et qui en décrit simplement l'efficacité n'est certes pas engagé dans une recherche rigoureuse, même si ses activités possèdent certaines apparences de respectabilité (9).

#### b) *Parrainage financier*

Dans un article paru en 1980, Woods rappelait que le rapport entre les textes de fond et les pages de publicité du Journal de l'Association médicale canadienne était approximativement de 55 à 45 et que sans le parrainage de ses annonceurs, ce Journal, qui est distribué gratuitement, coûterait 40 \$ par année à chacun de ses 35 000 lecteurs (10). Bien que les chiffres puissent varier d'une revue à l'autre, leur portée est la même. Malgré tout, l'indépendance de la rédaction à l'égard de l'information fournie par les annonceurs est absolument à toute épreuve et doit le demeurer.

Avec les années 80, on a vu surgir une multitude de publications brèves où l'on recense la documentation et où l'on présente des abrégés sur l'actualité psychiatrique ou certains articles sur un même thème, qui proviennent de différents périodiques (11-14). Distribuées gratuitement et subventionnées par certaines sociétés pharmaceutiques, ces publications sont dirigées par des rédacteurs indépendants.

L'importance de la participation financière des annonceurs ressort également dans d'autres domaines comme les programmes de formation médicale continue et aussi lors de l'assemblée annuelle de notre propre Association.

#### c) *Contribution aux soins de santé*

Dans un article publié en 1973 où il se portait à la défense de l'industrie pharmaceutique, le président de l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques, M. Stetler, déclarait que les médicaments font diminuer le coût des soins de santé puis-qu'ils réduisent la nécessité d'avoir recours à des services plus coûteux; il affirmait aussi que les médicaments ont pour effet de réduire le taux de mortalité et de morbidité et qu'ils soulagent les malades de leur inconfort (15). Stetler évoquait également les études de Balter et Levine, deux chercheurs attachés à la section de la recherche psychopharmacologique à l'Institut national pour la santé mentale, qui ont montré qu'entre les années 1964 et 1970, le nombre des ordonnances de produits psychopharmacologiques a augmenté moins rapidement que le nombre total des ordonnances (16). Il rappelait en outre qu'en 1971 les frais de publicité par produit s'établissaient à 0,49 \$ par médecin, chiffre certainement moins dramatique que celui de 3 000 \$ par médecin par année cité par d'autres sources. Stetler soulignait enfin le rôle joué par l'industrie pharmaceutique qui agit comme source d'information au sujet des nouveaux médicaments; il citait à cet égard un article de Coleman et de ses collaborateurs où l'on

affirmait que la documentation fournie par les sociétés pharmaceutiques ou les détaillants constitue dans 74 pour cent des cas la première source d'information des médecins au sujet d'un nouveau médicament (17).

Il convient de mentionner aussi les services rendus aux médecins (et à l'industrie) par l'Association pharmaceutique canadienne qui publie chaque année le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS), ainsi que l'appui financier accordé par cette Association aux Manuels de référence à l'intention des médecins. Par ailleurs, le sujet de l'influence des produits pharmaceutiques sur les coûts grandissants des soins de santé au Canada a fait l'objet d'une étude récente (18).

#### d) *Les difficultés auxquelles doit faire face la recherche pharmaceutique*

Dans un article publié en 1981, Gray fait un examen approfondi des activités de l'industrie pharmaceutique, particulièrement en ce qui concerne la recherche, et il souligne le caractère fortuit des découvertes et les obstacles nombreux qui jalonnent la route des nouveaux produits, du laboratoire jusqu'à la pharmacie de détail. En réalité, un seul nouveau composé sur dix mille réussit ce périple du laboratoire jusqu'à la place du marché (19,20). Ainsi soumise à des pressions multiples, la recherche pharmaceutique fait face à des risques énormes et à des coûts faramineux, ce qui fait que les intéressés sont tentés d'avoir recours à des techniques de vente à outrance. Disons pour illustrer notre propos que les médicaments de plus en plus complexes et les épreuves de sécurité de plus en plus rigoureuses ont entraîné une augmentation du délai entre la découverte et la distribution sur le marché; de quelques mois qu'il était dans les années 1950, ce délai peut maintenant atteindre dix ou douze ans.

Ce phénomène a eu pour effet de raccourcir la vie du brevet d'invention qui, avant 1969, était généralement valide pour une période de dix-sept ans; mais si les activités de recherche et de développement s'étaient sur une période d'environ douze ans, le fabricant n'avait plus que cinq ans pour récupérer ses pertes. En 1969, le projet de loi C-102 proposait des modifications à la Loi sur les brevets qui obligeaient le commissaire, dans certaines conditions, à accorder au demandeur une licence qui lui permettait d'importer au Canada à bas prix des médicaments non brevetés; ces dispositions furent suivies peu après par un texte législatif sur les substitutions. On a connu aussi des "formulaires" provinciaux, comme le régime "Parcost" de l'Ontario qui mettait de l'avant une politique de remboursement applicable seulement aux produits les moins coûteux de chaque catégorie. Comme le constate Gray, ceci a poussé les sociétés engagées dans la recherche à quitter le Canada pour aller s'installer sous un ciel plus clément, sans toutefois cesser de vendre leurs médicaments et de réaliser des profits intéressants. Cette situation nous laisse relativement vulnérables aux pressions du marché, sans que nous puissions bénéficier des compensations de la recherche fondamentale.

e) *Points de contact*

Il faut maintenant se demander quelles sont les répercussions de cette situation dans notre vie professionnelle de tous les jours; que devons-nous faire, si toutefois nous y pouvons quelque chose? Les principaux points de contact entre le psychiatre et l'industrie pharmaceutique se concrétisent à travers la procédure d'ordonnance et la documentation promotionnelle, par les représentants des sociétés pharmaceutiques, dans les revues professionnelles, par le parrainage d'activités professionnelles et par les projets communs de recherche.

### **Quelques aspects des relations entre l'industrie pharmaceutique et la psychiatrie**

a) *La responsabilité du médecin au regard de la déontologie professionnelle*

Nous devons reconnaître qu'en notre qualité de médecin, nous sommes nous-mêmes les gardiens de notre moralité et de notre professionnalisme; nous ne pouvons pas nous défaire de cette responsabilité et la déléguer aux organes de réglementation, ni abandonner à l'industrie la surveillance que nous devons exercer sur elle. Nous devons cultiver notre aptitude à l'examen critique et l'intégrer à notre enseignement à l'université, dans le but de rendre nos étudiants encore plus conscients des méthodes de commercialisation dont ils seront la cible pendant toute leur vie professionnelle. Au besoin, il faut faire appel à des experts dans le domaine des stratégies de commercialisation; ceux-ci pourraient donner des cours dans le cadre des programmes de pharmacologie au premier cycle et pendant les études de spécialisation. D'égale importance sont les principes de déontologie adoptés par l'industrie pharmaceutique elle-même au sujet de la promotion des médicaments et des techniques de commercialisation (21).

b) *La déontologie de l'ordonnance*

- i) Au nombre de ses outils promotionnels, l'industrie pharmaceutique utilise des feuillets d'ordonnance présentés sous forme de blocs-notes distribués gratuitement aux médecins. Ceux-ci doivent vérifier soigneusement ce qui est imprimé sur ces feuillets, Dans une livraison récente du Bulletin de l'Association médicale de l'Ontario, McAdam a signalé le fait que certains médecins avaient reçu ce genre de blocs-notes où l'on pouvait lire "PAS DE SUBSTITUTION" (22). On déconseille vivement aux médecins de se servir de ce genre de papeterie; si le médecin désire prescrire un produit précis, il doit inscrire lui-même les mots "pas de substitution" immédiatement après le nom du produit.
- ii) Les médicaments d'ordonnance devraient être prescrits par leur appellation non brevetée, non pas en utilisant le nom du fabricant; si un produit particulier présente des avantages sur le plan de la bio-disponibilité, il faut préciser ce produit. Foulks

signale l'utilité du Programme d'appréciation de la qualité des médicaments administré par la Direction générale de la protection de la santé du ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada (23). Dans le cadre de ce programme, on évalue la pureté des produits au moyen de contrôles intermittents effectués par analyse chimique; on procède à l'inspection périodique des usines de fabrication, on s'occupe du contrôle de la qualité et, au besoin, de l'analyse de la bio-disponibilité, de façon à s'assurer que tous les produits approuvés répondent à certaines normes de qualité. Ce programme établit une norme minimale que les fabricants dépassent la plupart du temps pour protéger leur réputation d'excellence (24).

- iii) Le choix d'une marque précise de médicaments ne devrait jamais être fondé uniquement sur les échantillons disponibles.

c) *Sources de documentation pharmaceutique*

Le médecin devrait puiser d'abord dans la documentation scientifique en pharmacologie, plutôt que de se fier au matériel promotionnel d'un produit quelconque. Il faut cependant reconnaître la valeur du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (25) mis au point par une équipe de rédacteurs indépendants, qui présente une liste des appellations brevetées des produits pharmaceutiques disponibles. À cet égard, nous recommandons des outils du genre des Manuels de référence à l'intention du médecin (26) où les fabricants de produits pharmaceutiques font connaître leurs produits. Le rédacteur en chef étant un médecin indépendant, les garanties d'objectivité de ces publications devraient en être accrues. On sait qu'une grande partie de la publicité est dirigée vers le médecin dans son cabinet, mais, en principe, le cabinet du médecin devrait être libre de tout matériel publicitaire. Aucune raison économique ne peut réellement justifier l'utilisation par le médecin de feuillets d'ordonnance gratuits, de blocs-notes, de formulaires d'anamnèse, d'agendas, de stylos-billes, de presse-papiers et autres objets du même genre.

Les visites effectuées par les représentants des sociétés pharmaceutiques devraient, lorsqu'elles sont encouragées, se dérouler dans un climat professionnel; le médecin devrait profiter de ces visites pour poser des questions importantes au sujet de la conception du produit, de l'identité des chercheurs et des sources de financement. Il devrait chercher à savoir si l'on a tenu compte de la signification tant statistique que clinique des résultats et chercher à obtenir les données nécessaires pour établir la fiabilité des études citées à l'appui du matériel promotionnel (27). On devrait encourager les sociétés pharmaceutiques à inclure ce genre de renseignements dans leur documentation.

Certains hôpitaux d'enseignement qui reconnaissent l'importance de la contribution de l'industrie pharmaceutique à l'élaboration de produits très utiles au

soin des malades ont établi une politique relative aux visites des représentants des sociétés pharmaceutiques. Dans le but de faciliter les contacts, ces hôpitaux ont mis au point des lignes directrices à l'intention des représentants et du personnel hospitalier (28). Les psychiatres travaillant en cabinet privé devraient également donner des directives à leur personnel sur la façon de répondre aux offres publicitaires. Il arrive souvent que les représentants des sociétés pharmaceutiques acceptent aimablement de fournir aux psychiatres qui en font la demande des tirés à part d'articles scientifiques.

#### d) *Déontologie et publicité*

Nous avons déjà noté que les revues professionnelles vivent en grande partie de leurs revenus de publicité et qu'elles exercent évidemment un contrôle sur les textes publicitaires. Comme la plupart des autres revues médicales, la Revue canadienne de psychiatrie a adopté les normes du Conseil consultatif de publicité pharmaceutique pour ce qui concerne les pages publicitaires publiés par elle. Les pages approuvées portent le logo PAAB/CCPP qui atteste que les pages en question répondent aux normes du Code d'agrément de la publicité du CCPP (29).

- 2.1 Toute publicité pharmaceutique se doit d'être exacte, complète, claire et faite de manière à promouvoir la crédibilité et la confiance. Le texte et les illustrations ne doivent pas induire en erreur.
- 2.4 La publicité pharmaceutique se doit de refléter une attitude de prudence dans l'emploi des médicaments en mettant l'accent sur une thérapie médicamenteuse rationnelle (12.1.3). Elle devrait fournir des renseignements suffisants afin de permettre une évaluation des risques et des avantages.
- 2.5 Toute publicité pouvant porter préjudice à un sexe, une race, une occupation ou un groupe d'âge, ou enfreignant l'éthique d'une profession est inacceptable.
- 2.6 Aucune publicité ne doit affirmer ou sous-entendre, que ce soit à partir de matériel produit par la compagnie ou par des citations de la littérature, qu'un produit en termes absolus, est "sûr", "idéal", "non-toxique", "jouit d'une efficacité garantie", est uniformément "bien toléré", "peut être administré aux enfants", "a une action ou un effet parfaitement prévisible".
- 5.3 Les allégations directes ou implicites qui attribuent au superlatif une propriété ou un effet à un produit pharmaceutique, e.g. "le plus efficace", "le moins toxique", "le mieux toléré"; ou accordent un statut particulier, e.g. "le standard", "le médicament de choix", "l'unique", "le plus prescrit"; ne devraient pas se retrouver en publicité pharmaceutique à moins de pouvoir en établir le bien-fondé.
- 5.4 Les allégations directes ou implicites à l'effet qu'une firme, son personnel ou ses services jouissent d'un statut spécial, ou d'une supériorité relative, ne devraient pas se retrouver en publicité à moins d'en établir le bien-fondé.

Tous les médecins devraient lire en entier le Code d'agrément de la publicité du CCPP et on recommande que toute publicité perçue comme incorrecte, trompeuse, discriminatoire ou de mauvais goût soit signalée au commissaire du Conseil consultatif de publicité pharmaceutique, au rédacteur en chef de la revue intéressée ainsi qu'aux fabricants. La procédure existe, c'est à nous de nous en servir.

#### e) *Parrainage des activités de formation médicale continue*

Il existe également des lignes directrices quant au parrainage des activités professionnelles. Le Comité des affaires professionnelles du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a demandé à tous les comités consultatifs régionaux d'étudier la question de l'appui donné par l'industrie pharmaceutique aux activités de formation médicale continue (30). Dans la même veine, le Conseil d'administration de l'Association médicale canadienne a exprimé son appréciation à l'égard de la contribution de l'industrie pharmaceutique aux activités de formation médicale continue. Dans le but de préserver cette importante source de financement et d'en assurer une bonne gestion, l'Association médicale canadienne et la PMAC (31) ont approuvé les lignes directrices suivantes :

1. Il incombe aux médecins responsables des activités de formation médicale continue, de s'occuper de leur organisation, de veiller à leur contenu et au choix des conférenciers. Ces responsables peuvent être les directeurs de la formation continue attachés aux facultés de médecine, les médecins responsables de la formation continue dans les hôpitaux communautaires et même les représentants des spécialités et des sociétés professionnelles.
2. Il incombe aux médecins responsables de veiller à la répartition des fonds. Il convient de faire état de l'aide financière reçue, mais on ne doit pas nommer les produits de l'annonceur. Il convient d'autre part de reconnaître l'aide financière des sociétés pharmaceutiques.
3. De façon générale, il convient de se servir des appellations non brevetées dans les communications et les discussions.
4. Il arrive souvent que les grands congrès scientifiques attirent les sociétés pharmaceutiques qui y font l'exposition de leurs produits. Lorsque ces expositions coïncident avec une session de formation médicale continue, il convient de mener des négociations séparées en ce qui concerne l'espace d'exposition et les présentoirs, et d'autres négociations sur les activités de formation médicale continue.
5. On reconnaît l'importance des activités sociales organisées lors des sessions de formation médicale continue. Toutefois, ces activités sociales ne doivent pas prendre le pas sur les activités principales.

Comme le soulignent ces lignes directrices, les grands congrès scientifiques attirent souvent les sociétés pharmaceutiques qui y présentent leurs produits, mais la valeur scientifique et professionnelle de ces expositions est limitée. Pour redresser la situation, certains suggèrent que l'APC parraine CHAQUE ANNÉE UN ATELIER CONJOINT EN PSYCHOPHARMACOLOGIE qui aurait lieu lors de l'assemblée annuelle de l'APC et qui supposerait une certaine participation financière de la part de l'industrie pharmaceutique (32,33). On pourrait à cette occasion faire appel aux meilleurs spécialistes du domaine et faire tous les efforts possibles pour réduire au maximum les risques de partialité.

#### f) *Activités de recherche*

La recherche constitue un autre point de contact entre l'industrie pharmaceutique et les médecins : ici encore, il faut prendre soin d'éviter la partialité. Au Canada, la recherche pharmacologique est régie par la *Loi des aliments et drogues*; il existe une division du ministre de la Santé et du Bien-être social responsable particulièrement des médicaments qui agissent sur le système nerveux central, ce qui comprend les agents psychopharmacologiques. En application de cette Loi, tous les nouveaux médicaments doivent être approuvés, comme doivent l'être également les protocoles et les méthodes de recherche clinique. On a élaboré récemment un Code de surveillance pour la recherche clinique (34). Il reste cependant que ces recherches sont effectuées par l'industrie elle-même, ce qui peut par conséquent entraîner des conflits d'intérêts. Comme le faisait remarquer O'Connor : "si l'on instaurait dès le début de la recherche des mécanismes de consultation avec des groupes spécialisés dans les techniques de recherche, les études effectuées par les sociétés pharmaceutiques seraient d'une qualité supérieure. En contre-partie, ces sociétés pourraient financer un plus grand nombre d'études dirigées par des médecins, études qui seraient complètement séparées de leurs propres objectifs. De cette façon, tant les médecins que l'industrie pharmaceutique seraient en mesure de réaliser certains de leurs objectifs" (8). Disons en outre que pour mettre sur pied ce genre de collaboration, les projets de recherche devraient être approuvés par les comités de recherche et de déontologie des hôpitaux et des universités intéressés.

En conclusion, il convient de citer une fois de plus O'Connor : "Ce sont généralement les personnes dont les objectifs sont les plus précis qui semblent avoir le plus de chances de réaliser leur but. La profession médicale doit permettre aux sociétés pharmaceutiques de réaliser des profits légitimes et très nécessaires tout en fixant clairement ses propres objectifs qui sont de préserver la méthode scientifique et de dispenser des soins de qualité" (8).

### **Recommandations**

Considérant que l'industrie pharmaceutique et que la profession médicale doivent agir l'une envers l'autre conformément à leurs principes respectifs de déontologie, L'Association des psychiatres du Canada formule les recommandations suivantes.

#### *Responsabilité déontologique*

1. Les psychiatres doivent reconnaître et accepter la responsabilité qui leur incombe à l'égard de l'industrie pharmaceutique et doivent faire état de cette responsabilité dans leur enseignement.

#### *Déontologie et ordonnance*

2. On incite fortement les médecins à ne pas se servir des feuillets d'ordonnance de type promotionnel ni de ceux qui contiennent les mots "pas de substitution".
3. Pour prescrire les médicaments d'ordonnance, les psychiatres doivent se servir des appellations non brevetées et ne mentionner de marque de commerce précise que lorsque les propriétés de bio-disponibilité du médicament l'exigent.
4. Les échantillons doivent être utilisés avec discernement et le choix des médicaments doit être fait pour des raisons cliniques et non pas en fonction de la disponibilité des échantillons.

#### *Sources de documentation pharmaceutique*

5. On encourage l'utilisation de revues, livres et manuels de référence indépendants qui devraient favoriser une plus grande objectivité de l'information.
6. Les psychiatres doivent s'assurer que leurs entrevues avec les représentants des sociétés pharmaceutiques sont menées d'une façon professionnelle et scientifique.
7. Les hôpitaux devraient élaborer des lignes directrices concernant les visites des représentants des sociétés pharmaceutiques. Les psychiatres de la pratique privée devraient aussi donner des directives en ce sens à leur personnel de soutien.
8. Les psychiatres devraient remettre en question le matériel promotionnel qui ne respecte pas les normes établies par les revues scientifiques.

#### *Déontologie et publicité*

9. Les textes publicitaires qui ne sont pas conformes au Code d'agrément de la publicité du Conseil consultatif de publicité pharmaceutique doivent être signalés au commissaire du Conseil, au rédacteur en chef de la revue intéressée et au fabricant.

#### *Parrainage des activités de formation médicale continue*

10. L'APC souscrit aux lignes directrices établies par l'Association médicale canadienne relativement

au financement des cours et réunions de formation médicale continue par les sociétés pharmaceutiques.

11. On recommande la mise sur pied d'un atelier conjoint en psychopharmacologie qui se tiendrait chaque année lors de l'assemblée annuelle de l'APC. Cet atelier serait parrainé par l'APC avec l'aide financière de l'industrie pharmaceutique.

#### Recherche

12. Il est inacceptable de faire une promotion non contrôlée d'un produit spécifique sous des dehors d'activités de recherche.
13. On encourage les services de recherche des universités à étudier la possibilité de mener des consultations avec l'industrie pharmaceutique en échange du parrainage par l'industrie de recherches psychopharmacologiques indépendantes.
14. Comme dans toute recherche, les études comprenant des agents pharmacologiques doivent être approuvées par les comités de recherche et de déontologie des hôpitaux et des universités.

#### Références

1. Blank RJ. Drug ads and the resident. *Psychiatric News*, 6 février 1981.
2. Parish PA. Drug prescribing — the concern of all. *R Soc Health J*, 1973; 93(4): 213-217.
3. Wilson CWM, Banks JA, Mapes Rea, Korte SMT. Influence of different sources of therapeutic information on prescribing by general practitioners. *Br Med J*, 7 sept 1963; 599-607.
4. Wade OL. Adverse reactions to drugs. London: William Heinemann Medical Books Ltd, 1970.
5. Rosser WW, et al. Improving benzodiazepine prescribing in family practice through review and education. *Can Med Assoc J*, 15 janvier 1981; 124(2): 147-153.
6. Bain DJ, Haines AJ. A year's study of drug prescribing in general practice using computer assisted records. *JR Coll Gen Pract*, 1975; 25: 41-48.
7. Parish PA. The prescribing of psychotropic drugs in general practice. *JR Coll Gen Pract* 1971; 21 (suppl. 4): 1-77.
8. O'Connor JF. Research, critical thinking and the pharmaceutical industry. Éditorial, *Nova Scotia Med Bull*, juin/août 1983: 66-67.
9. Gold J. Communication personnelle, 1983.
10. Woods D. And now, a word for our sponsor. *Can Med Assoc J*, 21 juin 1980; 122: 1343.
11. Clinical review: abstracts from the world of psychiatry. Publ Trimel Communications Inc for Rhône-Poulenc. Éd. Eugene Melnyk.
12. Intelligence reports in psychiatric disorders. Publ Health Scan Inc for Lederle Laboratories. Éd. Robert Cancro.
13. Psychiatry in the 80's. Ideas. Research. Practice. Publ Excerpta Medica for Hoechst. Éd. Max Hamilton.
14. Focus/psychiatric practice. Publ Communications Media for Education, under a Grant-in-Aid from Bristol Laboratories of Canada. Canadian Editorial Advisory Board.
15. Stetler CJ. Patterns of prescribing drug use: the role of promotion. *J Drug Ed Hiver* 1973; 3(4): 389-402.
16. Balter M, Levine J. Character and extent of psychotherapeutic drug usage in the United States. 1970 Communication présentée lors du Cinquième congrès mondial de psychiatrie, à Mexico, le 30 nov. 1971.
17. Coleman JS, Katz E, Menzel H. Medical innovation, a diffusion study. Bobbs-Merrill Company, Inc. 1966.
18. Association canadienne de l'industrie du médicament — The effectiveness of pharmaceuticals and vaccines in containing other health care costs and their contribution to the economy of the nation, 1984.
19. Gray C. The pharmaceutical industry: promoting research in the 80's. *Can Med Assoc J*, 15 mars 1981; 124: 787-792.
20. Gray C. The pharmaceutical industry — will Canada become a major research centre? *Can Med Assoc J*, 1er avril 1981; 124: 910-918.
21. Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques — Principles of Ethical Drug Promotion, Code of Marketing Practice. Réimpression 1983.
22. McAdam W Murray. Ont Med Assoc Presidential Letter, 3 juin 1983.
23. Foulks JG. Letter, *Can Med Assoc J*, 15 août 1982; 127: 273-274.
24. Postelwaite G. Letter, *Can Med Assoc J*, 15 août 1982; 127: 274.
25. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, 1984, 19<sup>e</sup> éd. Publié par l'Association pharmaceutique canadienne, éd. Carmen M.E. Krogh.
26. Manuels de référence à l'intention des médecins. Les médicaments en psychiatrie, nov. 1984. Publ STA Communications Inc. Éd. AW Montgomery et MD Lapierre.
27. Sackett DL. How to read clinical journals: V: to distinguish useful from useless or even harmful therapy. *Can Med Assoc J*, 1<sup>er</sup> mai 1981; 124(9): 1156-1162.
28. el-Guebaly N. Communication personnelle.
29. Code d'agrément de la publicité du CCPP. Publié par le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique (CCPP), 345 Kingston Road, Pickering, Ontario K1V 1A1.
30. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Atlantic Provinces Regional Advisory Committee Newsletter, juillet 1981.
31. Can Med Assoc General Council Report, octobre 1983, Guidelines for Acceptance of Pharmaceutical Company financing of Continuing Medical Education courses and meetings.
32. O'Brien J. Communication personnelle.
33. DeCoutere I. Communication personnelle.
34. DaSilva T. Communication personnelle. (*N. du T.* Le nom anglais de ce document est «Code of Good Monitoring Practice for Clinical Investigations» et il a été rédigé par l'Association canadienne de l'industrie du médicament. Il n'est disponible qu'en anglais.)