



JAUNE = il est temps de verser
ROUGE = c'est le dernier !



Editorial

Esprit critique, transparence,



Edito 17

Nouvelles du front... de la
publiligance 18

Marché des médicaments
psychotropes : historique
d'une dérive 23

Merci Jeannine 23

XXe journée annuelle de
l'Ordre national des Phar-
maciens 28

Diabète : cibler un taux
d'HbA1c ou une prise en
charge individualisée de
tous les facteurs de ris-
que ? 30

Rencontres Prescrire 2008
..... 31

Ces termes, bases de notre démarche, s'appliquent au GRAS, dont vous avez en mains LLG n° 58.

Thèmes abordés également lors de notre AG de mai 2008 par le Professeur Marc Bogaert qui nous a parlé des « Enjeux de l'indépendance de l'information médicale et de la formation continue » et par le Dr François Sumkay qui a abordé le thème de la « Transparence et conflits d'intérêts en commissions du médicament ».

La Revue Prescrire - et ce n'est sans doute pas les moindres de nos points communs - est également très attachée à ces objectifs et les membres de l'Association Mieux Prescrire ont eu l'occasion de se rencontrer dans cet esprit à Rennes (voir p. 31).

Les médecins interrogés sur l'influence de l'information qu'ils reçoivent de l'industrie pharmaceutique, ont souvent tendance à minimiser l'impact qu'elle a sur leur comportement de prescription.

Et pourtant, des études prouvent que cette influence est réelle et modifie les habitudes de prescription des médecins. L'industrie pharmaceutique attribuerait-elle de tels budgets pour payer les visiteurs médicaux si leur travail n'était pas efficient, c'est-à-dire s'il n'induisait pas chez les prescripteurs des modifications de comportements ?

Ne soyons pas naïfs !

Comme le suggérait un des orateurs lors de l'AG, ne devrait-on pas distinguer la publicité, de l'information médicale ? L'industrie pharmaceutique regroupe des sociétés commerciales qui veulent engranger des bénéfices et doivent donc faire de la publicité pour faire connaître leurs produits, c'est normal.

Les médecins et pharmaciens souhaitent, quant à eux, recevoir l'information la plus objective possible sur tous les aspects pharmacologiques des molécules mises sur le marché.

Il est également normal que nous soyons mis au courant des conflits d'intérêts des experts et que nous ayons connaissance des études non publiées parce que les résultats ne vont pas dans le sens de l'hypothèse faite par les chercheurs en la commençant.

Mieux nous sommes informés, nous médecins et pharmaciens, mieux nous sommes à même d'informer correctement les patients qui sont, eux aussi, de plus en plus ciblés par l'industrie pharmaceutique.

Seule une information indépendante peut nous fournir ce que nous attendons !

Dans la mesure de ses moyens, le GRAS veut poursuivre ces objectifs et nous vous proposons comme lectures de vacances : « Le blanchiment des conflits

<p>d'intérêt; une réflexion sur la prise en charge de nos patients diabétiques; le Januvia® arrive dans nos boîtes aux lettres!</p> <p>Le contrôle de l'information fournie aux patients; la poursuite de l'inhibition de l'esprit critique .</p> <p>La prévention des erreurs médicamenteuses; une interpellation de la ministre Onckelinx à la Chambre par Daniel Bacquelaire à propos de l'imposition faite</p>	<p>au médecin prescripteur d'accepter la visite médicale de l'industrie pharmaceutique pour rembourser un médicament; l'élargissement indu des indications d'utilisation du Cervarix® », et en prime, un grand merci à une collaboratrice !</p> <p>Bonne lecture et bonnes vacances !</p> <p style="text-align: right;"><i>Michel Jehaes</i></p>
---	--

NOUVELLES DU FRONT... DE LA PUBLIVIGILANCE

<p>ACTION n° 97 : INFORMATION DES PATIENTS : quand les firmes tentent de s'en emparer... (11.2006) : <i>déclaration commune d'organisations européennes transmise par le GRAS au ministre fédéral de la santé (SUITE : les dangers des « programmes d'aide à l'observance »).</i></p> <p>ACTION n° 99 : PREVENONS LES ERREURS dans l'utilisation des médicaments (7.01.07) : <i>Pour une formation continue fondée sur une pédagogie par l'erreur et un recueil épidémiologique permettant d'appréhender le nombre d'accidents et leurs caractéristiques, afin d'en réduire le risque de récurrence (SUITE).</i></p> <p>Le Guichet Erreurs Médicamenteuses de l'Afssaps : bilan de 30 mois de phase pilote Communiqué de presse de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) 20 mai 2008.</p> <p>L'Afssaps a mis en place un Guichet Erreurs Médicamenteuses afin de recueillir les signalements d'erreur ou de risque d'erreur liés à la présentation ou à la dénomination des médicaments et de coordonner la gestion des signalements susceptibles de présenter un risque pour la santé publique. L'Afssaps présente aujourd'hui le bilan des 30 premiers mois de fonctionnement.</p> <p>un risque pour la santé publique. L'Afssaps présente aujourd'hui le bilan des 30 premiers mois de fonctionnement.</p> <p>En 2002, l'Afssaps a mis en place un</p>	<p>groupe de réflexion sur l'erreur médicamenteuse afin de partager les expériences et points de vue des pharmaciens hospitaliers, des Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) et de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS).</p> <p>Cette concertation avait pour objectif d'élaborer une procédure de prise en charge des erreurs médicamenteuses liée à la présentation des médicaments.</p> <p>Dans ce contexte, l'Agence a défini un circuit de l'erreur médicamenteuse inhérente à la présentation ou à la dénomination du médicament et a créé en juin 2005, le Guichet Erreurs Médicamenteuses au sein du Département de la surveillance du risque, du bon usage et de l'information sur les médicaments.</p> <p>Le champ d'intervention de ce guichet porte sur les défauts de dénomination (confusion entre noms commerciaux de médicaments...), de présentation d'étiquetage, d'information (conditionnement primaire ou extérieur, notice, mise à disposition du RCP...), de conception du conditionnement (conditionnement inadapté, confusion entre formes), etc.</p> <p>De sa mise en place au 31 décembre 2007, le Guichet a enregistré 634 signalements d'erreur ou de risque d'erreur médicamenteuse, la majorité concernant des confusions entre des spécialités conditionnées sous forme d'ampoules de solution injectable, des défauts d'information ou de conditionnement, et des similitu-</p>	<p>des de noms.</p> <p>Dans leur majorité, ces signalements ont été traités dans le cadre d'une réflexion globale (harmonisation des étiquetages, conditionnement unitaire, charte graphique), ou ont nécessité une action spécifique (modification de l'AMM, retrait de lot ou communication).</p> <p>Les autres signalements relevaient plus spécifiquement d'un traitement local au niveau de l'établissement de santé, ou d'une structure nationale extérieure.</p> <p>A sa mise en place, le Guichet recevait des signalements exclusivement dans le cadre d'une phase pilote impliquant 12 équipes de binômes Centre régional de pharmacovigilance/ Pharmacie hospitalière.</p> <p>Il a ensuite été rapidement identifié comme un lieu unique d'enregistrement et de centralisation des signalements d'erreurs médicamenteuses inhérentes aux médicaments par d'autres professionnels de santé tels que des infirmiers, des pharmaciens d'officine, mais aussi par des laboratoires pharmaceutiques.</p> <p>Après 30 mois d'activité, le bilan des signalements et des mesures correctrices souligne l'implication et la sensibilisation des professionnels de santé dans la prévention des erreurs médicamenteuses, et bien au-delà de l'iatrogénie médicamenteuse, ainsi que l'importance de signaler les erreurs afin de les prévenir.</p> <p>Une rubrique dédiée aux Erreurs Médicamenteuses va prochainement</p>
--	---	---

<p>être mise à disposition sur le site Internet de l'Afssaps afin de permettre, notamment, aux professionnels de santé de signaler les erreurs ou les risques d'erreur dont ils ont connaissance et d'être informés des mesures correctrices mises en place par l'Agence.</p> <p>Et en Belgique, où en est-on ??? Nous n'avons pas eu écho de ce genre de démarche hormis au Centre Antipoisons qui a réalisé une intéressante synthèse sur les erreurs médicamenteuses à partir de son expérience des 10 dernières années. Utile pour animer un GLEM p.ex. http://www.poissoncentre.be/fr/doctors/medicationerrors.php?#2</p> <p>ACTION n° 100 (1.04.2007) : Attention aux nouveaux I.E.C. (Inhibiteurs de l'Esprit Critique) : effets péjoratifs a long terme.</p> <p>SUITE : L'INFLUENCE INVISIBLE :</p> <p>ou comment l'influence commerciale des firmes pharmaceutiques s'exerce dans les formations des médecins, à l'insu de la plupart d'entre eux, avec la complicité de certains. Dans ce dossier : - trois articles traduits de publications anglo-saxonnes qui mettent en évidence ces influences et la façon dont certains les combattent.</p> <p>Trois exemples français de formations sous influences commerciales, particulièrement significatifs de la gravité de la situation de la formation médicale en France et de l'urgence d'y faire face.</p> <p>Commencez par l'éditorial à la une du site : "l'influence invisible", http://www.formindep.org ou http://formindep.org ou dep.org/spip.php?article160</p> <p>ACTION 109 : JANUVIA : ECHANTILLON OBLIGATOIRE. La ministre de la Santé impose au médecin prescripteur la visite médicale pour rembourser le médicament (1.04.08) : <i>hélas, ce n'est pas un poi-</i></p>	<p><i>poisson d'avril...</i></p> <p>Pour pouvoir introduire une demande de remboursement auprès du médecin conseil, le médecin prescripteur doit apposer la vignette figurant sur la boîte d'essai obtenue gracieusement auprès de la firme ou de son délégué. Ce système, imaginé par le cabinet, permet de réduire le coût du traitement, MSD refusant de réduire le prix de la petite boîte. Ce système limité jusqu'à présent au remboursement de certains collyres antiglaucomeux et de quelques médicaments très spécialisés (Rebif®, Elaprase®, Lysoderm®), court-circuite le pharmacien et pose des questions de responsabilité. La ministre Onckelinx a été interpellée à la Chambre par Daniel Bacquelaine (MR) sur ce sujet.</p> <p>[14] Question de M. Daniel Bacquelaine à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les conditions de remboursement du médicament Januvia » (n°2580)</p> <p>[14] Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voorwaarden voor de terugbetaling van het geneesmiddel Januvia" (nr. 2580)</p> <p>[14.01] Daniel Bacquelaine (MR): Madame la ministre, je dois vous faire part d'un certain étonnement devant une nouvelle pratique en matière de remboursement de médicaments. Je parle du médicament Januvia, disponible depuis janvier seulement et indiqué chez des patients atteints d'un diabète de type 2 pour améliorer le contrôle de la glycémie en association avec un autre antidiabétique, la metformine, lorsque régime alimentaire, exercice physique et autres médicaments antidiabétiques oraux ne permettent pas d'obtenir un contrôle adéquat de la glycémie.</p> <p>En fait, cette spécialité fait l'objet d'un remboursement en catégorie A</p>	<p>au fameux chapitre IV si elle est utilisée en association avec la metformine chez les bénéficiaires âgés d'au moins 18 ans. L'autorisation ne peut être accordée qu'après une thérapie d'essai d'un mois pour tester la tolérance du bénéficiaire à ce médicament. A cet effet, un conditionnement unitaire non remboursable de 28 comprimés est délivré par la firme à la demande du médecin traitant comme échantillon d'essai gratuit pour chacun des bénéficiaires concernés. Cela me paraît être une première: l'instauration d'un test de tolérance avant l'autorisation du médicament entraîne qu'on se pose des questions sur la tolérance du médicament.</p> <p>Est-elle à ce point sujette à caution? Dans l'affirmative, qu'est-ce qui justifie la mise sur le marché de cette spécialité, d'autant que dans le dossier de demande de remboursement, on peut lire en toutes lettres que l'intérêt de la spécialité dans la pratique médicale reste à déterminer? A ce jour, d'autres spécialités font-elles l'objet de pareilles procédures avant l'autorisation de remboursement? Si oui, lesquelles?</p> <p>N'estimez-vous pas que ces modalités de remboursement posent des questions quant à la compatibilité avec l'éthique médicale? Pourquoi a-t-on imaginé un système dans lequel le médecin doit se mettre en relation directe avec la firme plutôt que de passer par le pharmacien? Cela me paraît discutable.</p> <p>[14.02] Laurette Onckelinx, ministre : Cher collègue, nous allons d'abord aborder l'explication et ensuite une évaluation. Les modalités du remboursement du Januvia ont soulevé des questions. Dès lors, j'essaie de rencontrer tout le monde. Des associations de médecins m'ont interpellée à ce sujet. Au sujet de ce médicament, la commission de remboursement des médicaments n'a pas pu dégager de majorité des deux tiers sur la demande d'admission au remboursement, essentiellement en</p>
--	--	--

<p>raison des prix proposés par la firme.</p> <p>Mon prédécesseur a négocié avec la firme pour permettre l'accès au remboursement.</p> <p>Il s'agit de la sitagliptine qui doit être associée à un autre médicament antidiabétique, la metformine, lorsque celui-ci donné seul aux doses maximales usuelles donne des résultats insuffisants dans le contrôle du diabète.</p> <p>Le Januvia n'est donc remboursé qu'en deuxième ligne.</p> <p>Il s'agit du premier représentant d'une nouvelle classe avec un mécanisme d'action nouveau par augmentation du taux sérique de certaines substances, les incrétines, qui participent à la régulation naturelle des taux de sucre dans le sang en inhibant leur destruction dans l'organisme.</p> <p>Les différentes études cliniques ont démontré l'efficacité de cette nouvelle spécialité, mais on rencontre fréquemment certains effets indésirables, comme des nausées et vomissements, et, moins fréquemment, on signale des douleurs abdominales et des diarrhées. L'existence de ces effets secondaires pourrait amener le patient à arrêter son traitement ce qui, en cas d'une prescription remboursée par l'INAMI, représenterait une perte financière, surtout si le traitement est initié avec une grande boîte.</p> <p>La firme responsable de la mise sur le marché s'est dite dans l'impossibilité de réduire suffisamment son prix sur le petit conditionnement, mais propose un prix acceptable par comprimé pour le grand conditionnement, prix qui offre par ailleurs une économie par rapport à l'utilisation de certains autres antidiabétiques oraux fréquemment utilisés.</p> <p>En offrant la petite boîte gratuitement aux patients, on permet aux cliniciens d'évaluer, sans coût pour l'INAMI, non seulement l'efficacité de cette nouvelle spécialité, mais sur-</p>	<p>tout de déterminer si la tolérance est bonne, donc d'éviter des gaspillages par arrêt du traitement.</p> <p>Les effets gastro-intestinaux mis à part, les études ont montré un profil de tolérance tout à fait acceptable, lié à une efficacité clinique intéressante pour les patients insuffisamment contrôlés par le médicament de première ligne, à savoir la metformine. Un médecin généraliste voit relativement peu de nouveaux patients diabétiques chaque année et fait d'ailleurs souvent appel à un spécialiste lorsque son patient est mal équilibré sous traitement standard.</p> <p>Par ailleurs, la firme qui commercialise le Januvia visite régulièrement les médecins pour l'ensemble des spécialités qu'elle commercialise et la remise d'échantillons de Januvia n'entraînera donc pas de visite supplémentaire de la part des délégués médicaux de la firme.</p> <p>La firme s'est aussi engagée à fournir au départ plusieurs boîtes d'échantillons à chaque médecin qui le souhaite afin de limiter le nombre de ses visites.</p> <p>De plus, je crois savoir que la firme met à disposition des médecins un site internet ainsi qu'un numéro vert, via lesquels les médecins peuvent se faire livrer les échantillons sans avoir, s'ils le souhaitent, à recevoir le délégué. Cette mesure n'entraînera donc pas un accroissement du nombre de visites des délégués médicaux de la firme.</p> <p>Je noterai enfin que cette obligation d'apposer la vignette autocollante du petit conditionnement gratuit ne doit avoir lieu qu'une seule fois par patient et ne constitue donc pas une barrière à l'utilisation adéquate de cette nouvelle spécialité.</p> <p>Y a-t-il des problèmes au niveau éthique ?</p> <p>À première analyse, je ne le pense pas, puisque le médecin reste totale-</p>	<p>ment libre de choisir ou non cette spécialité. Il est le mieux placé pour mesurer aussi bien la tolérance que l'efficacité.</p> <p>La firme ne reçoit aucune indication sur ce que le médecin a accompli, la vignette permettant simplement au médecin-conseil de la mutuelle de vérifier que le patient a bien reçu la boîte gratuite et que le praticien a pu évaluer l'efficacité et la tolérance.</p> <p>Il existe de nombreuses spécialités pour lesquelles le remboursement d'un traitement chronique est assorti de la remise et de l'essai préalable d'un conditionnement gratuit: le Xalatan®, le Travatan® , le Duotrav® , le Xalacom® , le Lumigan® , le Rébif® , l'Élaprase® ou encore le Lysodrem® . Vous devez connaître mieux que moi les indications de ces médicaments.</p> <p>Bientôt, le Procoralan, qui traite l'angine de poitrine, dont la première prescription sera réservée à des médecins spécialistes en seconde ligne après échec ou intolérance à des traitements conventionnels, bénéficiera aussi de cette modalité.</p> <p>Chaque fois, cette possibilité d'un traitement d'essai gratuit permet d'optimiser la prescription de ces spécialités tant d'un point de vue clinique qu'économique.</p> <p>Comme vous, j'avais été interpellée par ce phénomène. Tout bien considéré, j'ai fini par conclure que la remise d'une boîte gratuite ne pose pas de véritable problème, puisque nous parlons ici de médicaments très spécialisés. Le libre-arbitre du médecin peut difficilement être altéré par la être altéré par la gratuité de la première boîte.</p> <p>En revanche, je conçois parfaitement des critiques sur le mode de délivrance des médicaments aux médecins. Une réflexion sur la mise en place d'un système plus structurel, et qui permettrait surtout d'éviter le recours aux délégués médicaux pour la livraison de ces médicaments, me</p>
--	---	---

<p>paraît nécessaire. À ce titre, je me propose de susciter cette réflexion auprès des différents acteurs concernés.</p> <p>[14.03] Daniel Bacquelaine (MR) : Madame la ministre, je vous remercie. Pour ma part, je considère que cette pratique recèle un danger sur le plan de la responsabilité du médecin. Normalement, l'intermédiaire entre le médecin et le patient, quand il est question de médicaments -et nous ne parlons pas de médecine vétérinaire -, c'est le pharmacien. Par conséquent, il manque un échelon indispensable dans la chaîne de responsabilité.</p> <p>La délivrance du médicament par le pharmacien est assortie de plusieurs garanties et d'une responsabilité dans son chef.</p> <p>Quelle est la responsabilité du délégué médical qui fournit la boîte gratuite au médecin ? Il m'apparaît qu'elle n'est prévue nulle part et dans aucun texte. Je pense donc qu'il y a quand même là un problème qui doit être résolu. Vous citez d'autres médicaments mais il s'agit d'indications beaucoup plus rares que le diabète.</p> <p>[14.04] Laurette_Onkelinx, ministre : (...) maladies orphelines.</p> <p>[14.05] Daniel Bacquelaine (MR) : Même dans ces médicaments-là, je pense qu'on pourrait prévoir le passage obligatoire par le pharmacien et que le rapport avec la firme se fasse via le pharmacien et non pas via le médecin.</p> <p>[14.06] Laurette Onkelinx, ministre : Et selon vous, c'est le pharmacien qui donne...</p> <p>[14.07] Daniel Bacquelaine (MR) : Oui, je pense que cela respecte toute la chaîne de responsabilité alors qu'ici, il y a une zone de flou. Si jamais il y a un véritable...</p> <p>[14.08] Laurette Onkelinx, ministre : (...)</p>	<p>[14.09] Daniel Bacquelaine (MR) : Je m'interroge également sur la firme qui refuse de soumettre son petit conditionnement au remboursement et qui préfère que seul son grand conditionnement fasse l'objet d'un remboursement...</p> <p>[14.10] Laurette Onkelinx, ministre : (...)</p> <p>[14.11] Daniel Bacquelaine (MR) : Il y a beaucoup de travail à faire en matière de commission de remboursement. Cela a été soulevé plusieurs fois avec le ministre Demotte et le fonctionnement n'est toujours pas optimal. Ici, pourquoi le petit conditionnement ne fait-il pas l'objet d'une demande de remboursement ? Sans doute la firme considère-t-elle que cela lui coûterait trop cher par rapport au grand conditionnement. Je ne dis pas qu'il n'y a pas de raisons objectives économiques mais cela pose malgré tout un certain nombre de problèmes puisque l'on invente alors une autre procédure qui court-circuite le mécanisme normal de mise sur le marché et de remboursement. Il y a donc matière à réflexion.</p> <p>[14.12] Laurette Onkelinx, ministre : (...) ce sont des médicaments dont dépend la survie.</p> <p>[14.13] Daniel Bacquelaine (MR) : Je pense qu'il est important de rétablir un mécanisme normal où chacun a sa responsabilité et que cette responsabilité soit claire.</p> <p>La présidente : Merci, monsieur Bacquelaine.</p> <p>Il y a décidément encore beaucoup de travail à réaliser.</p> <p><i>L'incident est clos. Het incident is gesloten.</i></p> <p>ACTION 110 : CERVARIX® (GSK – 4.2008) : élargissement indu des indications <i>Campagne d'information" de GSK tendant à élargir le groupe-cible, en</i></p>	<p><i>incitant de manière subtile toutes les femmes, quel que soit leur âge, à demander la vaccination ("vous ou votre fille pouvez vous faire vacciner", dit l'annonce)</i></p> <p>On a vu récemment, à l'initiative de la société GSK, une campagne pour la vaccination contre les virus HPV (papillomavirus humain) qui favorisent le cancer du col de l'utérus. GSK produit le vaccin Cervarix®. Un autre vaccin est le Gardasil®, mis au point par Merck. Cette vaccination se révèlera peut-être utile, mais nombre d'inconnues subsistent. La vaccination est recommandable prioritairement pour les très jeunes filles, de préférence avant tout rapport sexuel. L'utilité d'une vaccination des femmes adultes est beaucoup plus douteuse. D'après le Conseil Supérieur de la santé (1), des données concernant l'efficacité prophylactique de ces vaccins chez les femmes de plus de 25 ans (Cervarix®) ou de plus de 26 ans (Gardasil®) ne sont actuellement pas disponibles. Or, la prétendue campagne d'information sur la vaccination (qui ne citait aucun nom de marque) tendait à élargir les indications à l'ensemble des femmes, quel que soit leur âge, et à les inciter toutes à réclamer la vaccination au médecin ("Vous ou votre fille pouvez vous faire vacciner", affirme une annonce) (2). Ce n'est pas un hasard si cette campagne a été développée par GSK. Le concurrent Gardasil® est remboursé pour les filles de 12 à 15 ans depuis plusieurs mois alors que le Cervarix® ne l'est que depuis le 1er le 1^{er} mai 2008. Pour les filles jeunes, le Cervarix® a donc un retard et un marché à rattraper par rapport au Gardasil®, actif sur plus de virus. En revanche, si l'on parvient à convaincre les femmes adultes de se faire également vacciner, le Gardasil® et le Cervarix® se retrouvent là à égalité. Précisons que GSK a parallèlement distribué 20.000 échantillons de Cervarix® aux médecins,</p>
---	---	--

pour qu'ils puissent offrir gratuitement une des trois injections nécessaires à leurs patientes.

Cette campagne, visant finalement à augmenter les ventes d'un vaccin particulier – produit en Belgique – est passée comme une lettre à la poste, sans que les autorités de contrôle n'y trouvent rien à redire. Quant à savoir si la santé publique y aura trouvé son compte...

(1) PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8367 (révision du 8204) Vaccination contre les infections causées par le papillomavirus humain.

02 mai 2007 (révision du 5 décembre 2007)

(2) Vaccination HPV : info ou pub ? Test Santé n° 85 de juin-juillet 2008, p.8.

ACTION N° 111 : SWEET-BEE® (5/2008): partenariat dangereux entre mutuelle (Socialiste) et industrie (pharmaceutique et agroalimentaire).

En mai 2008, les médecins généralistes belges ont reçu par la poste une boîte Sweetbee® contenant des 'Formulaires de remboursement » pour le Januvia® de MSD : il s'agit de formulaires de demande de remboursement de cette spécialité récemment mise sur le marché. Ce médicament est un antidiabétique oral beaucoup plus onéreux que les autres et d'efficacité moindre. Pour obtenir le remboursement de ce traitement, le patient doit avoir effectué un premier essai de traitement avec un échantillon gratuit du médicament remis à son médecin traitant s'il en fait la demande expresse auprès de la firme. La boîte Sweetbee reçue contient également des bons « carte d'échange » à remettre aux patients ; ceux-ci peuvent compléter cette carte et la remettre à un des collaborateurs de la CSD nommés sur un site web renseigné.

Parmi les logos de ces collaborateurs (firmes pharmaceutiques et autres firmes commerciales) se trouve le logo de la Mutualité Socialiste. Les patients, affiliés aux Mutualités Socialistes ou non, peuvent donc recevoir dans les locaux des Mutualités Socialistes, une boîte d'information gratuite sur le diabète (contenant un livre médical, un atlas alimentaire,

des offres publicitaires et échantillons de produits pour diabétiques) ainsi qu'une affiche promotionnant cette campagne. Il n'est pas éthiquement acceptable qu'une mutuelle s'associe à une campagne d'information promotionnant ainsi auprès des patients diabétiques des produits de l'industrie alimentaire et médico-pharmaceutique.

ACTION n° 112: DANGER DE CERTAINS ASPECTS DES PLANS DE GESTION DES RISQUES DE L'EMEA (5.2008) :

les plans de gestion des risques imposés aux firmes pharmaceutiques par l'EMEA (Agence Européenne du Médicament) ces dernières années pour accélérer l'arrivée sur le marché des nouveaux médicaments peuvent comporter aussi du matériel éducatif pour les patients.

Plutôt que de leur donner encore plus de latitude dans leur communication avec les patients et les consommateurs en général, mieux vaut veiller à ce que les firmes divulguent toutes les données pertinentes sur leurs médicaments.

Dans le cadre de la législation pharmaceutique révisée, toutes les nouvelles demandes d'autorisation de mise sur le marché et de modification majeure des autorisations existantes doivent être accompagnées d'un plan de gestion des risques (règlement (CE) n° 726/2004 entré en vigueur le 20 novembre 2005).

Ces plans définissent tous les risques connus ou potentiels associés au médicament concerné. Ces plans permettent l'application proactive de mesures de minimisation des risques et d'autres activités de pharmacovigilance.

Des exemples récents, tirés de la revue Test Santé n° 85 de juin-juillet 2008 p. 12-13, nous rappellent l'actualité de ce problème du contrôle de l'information des patients.

Au niveau européen, la Commission continue son forcing pour faire passer une directive permettant la communication directe des firmes pharmaceutiques avec le public. (cfr www.prescrire.org à Europe et médi-

caments).

MACUGEN : Le Macugen® est un médicament sur prescription pour la dégénérescence maculaire (maladie de la rétine).

« Début 2008, nous (Test Santé) découvrons un site www.macugen.be accessible au grand public.

Sur ce site, figurent la notice, mais aussi des brochures d'aspect publicitaire avec notamment le slogan "Protégez votre vue avec Macugen®".

Nous notifions cette publicité interdite à l'Agence des Médicaments.

Qui nous apprend que ces documents... ont été approuvés par l'Agence !

Explications: le Macugen® fait l'objet d'un "programme de gestion des risques".

Depuis peu, les autorités peuvent demander aux firmes un tel plan pour identifier, prévenir ou minimiser les risques liés à un médicament. Selon les cas, ces plans peuvent aussi comporter du matériel éducatif pour les patients.

Suite à notre plainte, l'agence a contacté la firme Pfizer.

Début avril, le site n'était plus accessible au public.

Ce qui n'est que normal, puisqu'il s'agit d'un médicament sur prescription.

S'il est déjà critiquable que l'on permette aux firmes de s'adresser directement aux patients, il est tout à fait inacceptable que cette "information" soit diffusée au public dans son ensemble.

De toute évidence, les firmes essaient de voir jusqu'où elles peuvent aller.

De surcroît, il nous semble que la forme et le contenu du site ne correspondent guère aux objectifs officiels, à savoir aider à prévenir et à identifier tout effet indésirable grave d'un médicament et à décider quand consulter d'urgence le médecin.

En définitive, le résultat est simplement une visibilité renforcée d'un médicament sur prescription par le biais de l'internet, sans intérêt réel pour les patients.» (M. Vanbellinghen et M. Van Hecke dans Test Santé 85).

<p>Le nom d'un site internet est un vecteur de promotion qui devrait répondre aux règles de la publicité pharmaceutique</p> <p>INFORMER... VRAIMENT ? Différents « programmes d'aide à l'observance » sont développés actuellement par les firmes pharmaceutiques dans les domaines de l'arrêt du tabac, de la prévention de l'ostéoporose post ménopausique, du traitement du diabète de type 2. Leurs informations ne sont ni complètes (oubli des effets secondaires p.ex.), ni actualisées, ni objectives. On peut s'étonner de voir des acteurs comme les mutuelles participer à ces campagnes ! Ainsi en mai 2008, les médecins généralistes belges ont reçu par la poste une boîte Sweetbee® (p 22). En août 2006, c'était la mutualité Partena qui promotionnait l'usage d'une margarine particulière enrichie aux phytostérols par le biais d'un remboursement alors que les</p>	<p>preuves cliniques de l'intérêt de l'utilisation de ce type de produit en prévention cardiovasculaire sont manquantes. (Action du GRASn°95) Les « plans de gestion des risques » développés pour le Macugen® et d'autres médicaments sur prescription suscitent bien des questions. On voit mal comment les firmes, avec leurs conflits d'intérêts, vont pouvoir aider de manière crédible et optimale les patients à réagir devant des effets indésirables. L'expérience des ces dernières années montre que les firmes auraient plutôt tendance à minimiser, voire à dissimuler les effets indésirables de leurs médicaments. Un exemple parmi d'autres : le Zyprexa®, utilisé notamment dans la schizophrénie et les trouble bipolaires. Des documents internes à la firme Lilly accréditent l'idée que la firme aurait dissimulé des données concernant la fréquence et la gravité des risques d'obésité et d'hyperglycémie</p>	<p>liés à l'utilisation du médicament. La FDA (agence du médicament américaine) enquête sur la suspicion de manipulation des données par la firme. Par ailleurs, l'association britannique Consumers international, qui regroupe 220 ONG dans 115 pays, s'est alarmée, vendredi 8 février, de la récente proposition de la Commission européenne d'autoriser la publicité directe des médicaments vendus sur ordonnance auprès des consommateurs européens. Les laboratoires pourraient bientôt faire, sur le schéma existant aux Etats-Unis, la promotion de leurs produits à la télévision et à la radio. De petits films démontrant le danger d'une telle autorisation peuvent être vus sur http://www.marketingoverdose Voir aussi « Un projet européen de publicité contesté » Article paru dans l'édition du 12.02.08 du Monde http://www.lemonde.fr/web_recherche_breve/1,13-0,37-1023993,0.html</p>
--	---	---

Merci Jeannine !

<p>Lors de la dernière AG, Jeannine Gailly nous a fait part de sa décision de quitter le CA et également la fonction de relecteur. Elle reste bien sûr membre du Gras ! Merci à toi, Jeannine, pour tes nombreuses contributions à La Lettre du</p>	<p>GRAS au fil de toutes ces années. Merci pour ton esprit critique et constructif. Tu nous laisses un peu orphelins... mais pas trop quand même car François, ton mari, est encore avec nous !</p>	<p>Nous te souhaitons « bon vent » au KCE et sur toutes les routes, pistes et sentiers où tu chemines et chemineras dans le futur. Pour le CA et les relecteurs. Michel Jehaes, juin 2008.</p>
---	---	---

Marché des médicaments psychotropes : historique d'une dérive

<p>Historique : Après la seconde guerre mondiale, dans un contexte de désinstitutionnalisation des malades mentaux (1) sont apparus de nouveaux médicaments psychotropes qui ont suscités de grands espoirs pour l'amélioration des soins en pathologie mentale. La psychopharmacologie ouvrait une troisième voie entre les thérapies de choc et la psychanalyse (2). Avec la psychiatrie biologique, la psychiatrie espérait retrouver le</p>	<p>champ clair et limpide de la médecine : une maladie = un traitement = la guérison. Mais ce faisant, elle rejetait dramatiquement dans l'ombre la réalité de la pratique de la clinique médicale, psychothérapeutique ou psychiatrique, qui est celle de la chronicité, du traitement pluridisciplinaire, de l'engagement humain au long cours auprès du patient, avec ou sans l'aide de psychotropes. La psychiatrie s'est orientée dans</p>	<p>les décennies suivantes vers un modèle explicatif des pathologies mentales impliquant une anomalie de la chimie du cerveau, un déséquilibre des neurotransmetteurs, « bioblabla » (2) équivalent en réalité à des arguments promotionnels ou à des effets de mode dans les milieux scientifiques au service d'une dérive commerciale. Quand nous utilisons le terme « dérive », de quoi s'agit-il ? Quelle en est l'ampleur ?</p>
--	---	--

<p>Prenons le cas des antidépresseurs. Dans deux rapports récents, nous observons en Belgique comme en France le même profil de surconsommation (3, 4) : le volume de consommation a quasiment doublé en moins de 10 ans ; les femmes consomment davantage que les hommes ; les personnes âgées sont les plus concernées mais toutes les tranches d'âge sont affectées par cette extension (jeunes enfants y compris).</p> <p>85% des prescriptions proviennent des médecins généralistes et font souvent suite à un bref entretien. Deux faits inquiétants méritent d'être soulignés. Premièrement, les médicaments psychotropes manquent leur cible. En effet, la plupart de ceux qui bénéficient de traitements remboursés seraient finalement atteints de troubles existentiels passagers ou à résolution spontanée alors que les mélancoliques nécessitant des traitements psychiatriques seraient eux laissés sans soins (2).</p> <p>Deuxièmement, d'après le Rapport annuel de l'OICS (Organe International de Contrôle des Stupéfiants) publié le 1^{er} mars 2007, l'abus et le trafic de médicaments psychotropes délivrés sur ordonnance mais consommés en dehors de tout contrôle médical seraient en train de dépasser ceux des drogues illicites (6).</p> <p>Les causes de cette situation sont multiples.</p> <p>Il y a bien sûr, comme dans les autres disciplines médicales, la force commerciale des firmes pharmaceutiques dans le contexte concurrentiel d'une économie néolibérale. Les flux financiers en jeu et le pouvoir que ceux-ci leur confèrent sont devenus colossaux. Nous sommes nombreux, à déplorer la surreprésentation de ces firmes dans tous les lieux stratégiques (universités, hôpitaux, agences de régulation, commissions de remboursement, ...), engendrant des conflits d'intérêts généralisés, ainsi que leur maîtrise complète de tous les rouages de l'in-</p>	<p>formation médicale (information et formation des médecins, soutien d'associations de patients, « informations » sur les maladies dans les médias, ...).</p> <p>Les firmes pharmaceutiques suivent une logique marchande et propose une réponse simpliste à une demande qui existe bel et bien. Elles vont à la rencontre des patients en attente de remède et des médecins en attente de solutions pour identifier à la fois des problèmes qui n'ont pas encore trouvé de réponse pharmaceutique et les caractéristiques idéales du produit qui aura le plus de chance de devenir un gros succès commercial. Ces techniques commerciales sont appelées « disease mongering » dans le monde anglo-saxon (5).</p> <p>Les difficultés théoriques de s'accorder sur des diagnostics psychiatriques et leur degré de pertinence (10) ainsi que celles de l'aspect infinement fuyant et mouvant dans le temps des classifications nosologiques (11) ont ouvert la porte au découpage des pathologies en myriades de troubles, désordres et symptômes. Une boîte de pandore pour les médicaments en recherche d'une pathologie à traiter. Les classifications et les outils diagnostiques sont devenus en eux-mêmes des outils commerciaux pour le marché local et l'exportation.</p> <p>Pour comprendre ces incohérences et en suivant un autre parcours explicatif, nous allons essayer de comprendre comment a pu historiquement s'organiser le dérapage actuel dans les pays occidentaux en ce qui concerne la prescription des psychotropes.</p> <p>Nous allons nous pencher sur deux apparitions majeures dans la régulation du médicament au XX^e siècle : l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et l'essai clinique randomisé en double aveugle (RCT, randomized controlled trial).</p> <p>Autorisation de la mise sur le marché (AMM).</p>	<p>Peu après l'arrivée des médicaments psychotropes dans les années 60, on a assisté à la mise en place de l'AMM, un mécanisme de contrôle d'abord motivé par l'urgence de protéger le consommateur des produits pharmaceutiques à l'utilité ou à la sécurité douteuse (suite notamment au scandale Thalidomide® et du Stalino®).</p> <p>Le brevet, la reconnaissance de la propriété intellectuelle sera réinstauré c'est également à ce moment-là, coïncidence historique, que se formait un marché commun européen, du médicament notamment. En matière de produits pharmaceutiques, les questions de santé publique et économiques sont donc d'emblée indissociables.</p> <p>Les dispositifs de régulation vont se construire en même temps des deux côtés de l'Atlantique et se développent chez nous tant au niveau national qu'euro-péen pour aboutir en 1995 à la création de l'Agence Européenne du Médicament (EMA correspondant de la célèbre FDA : Food and Drug Administration aux U.S.A.).</p> <p>La mise en place de l'AMM va nécessiter l'élaboration de critères d'évaluation reproductibles d'un pays à l'autre et une standardisation des pratiques.</p> <p>Il s'agit de garantir à la fois le bénéfice, l'efficacité, la sécurité et la qualité d'une thérapeutique.</p> <p>Le terme thérapeutique est ici essentiel parce qu'il n'est pas question de demander la mise sur le marché d'une substance assurant du mieux-être ou du bien-être et qui s'apparenterait donc à une drogue, à un produit qui permet d'améliorer des performances normales.</p> <p>Pour obtenir l'ouverture d'un marché, et d'autant plus si l'on vise l'obtention d'un remboursement par les assurances et les mutuelles, il faut prouver que l'on vend un médicament et que l'on soigne ou que l'on prévient une maladie. On voit déjà comment à elle seule, cette mesure qui vise à protéger le consom-</p>
--	--	--

<p>mateur va reconfigurer complètement le discours de la médecine et de la psychiatrie.</p> <p>Les études cliniques randomisées. L'introduction d'un dossier d'AMM exige de la part des industriels la production d'études fiables, selon le modèle des RCT (Randomised controlled trials) créés aux USA et au Royaume-Uni. Il s'agit de tester sur une cohorte divisée en deux groupes comprenant de nombreux patients atteints de la pathologie, sur les uns la substance active et sur les autres un placebo ou un médicament de référence plus ancien. L'instauration progressive des RCT comme prétendus « instruments de connaissance », appliquant la méthode expérimentale à la pratique clinique, va accélérer le recours, à partir des années 80 notamment des psychiatres, dans le monde entier, à un outil diagnostic universel commun (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) qui va profondément modifier et appauvrir l'élaboration de la clinique psychiatrique. Malgré leur faiblesse méthodologique, les RCT ont aujourd'hui un impact considérable sur le développement de la connaissance médicale, la formation des élites scientifiques, l'élaboration des recommandations de prescription. Elles sont par ailleurs devenues un des principaux vecteurs d'échanges d'informations entre les firmes et les cliniciens. L'ancienne méthode de construction du savoir clinique, c'est-à-dire l'étude de cas cliniques est tombée en désuétude. Les cliniciens travaillant dans le cadre de ces études passent en général plus de temps à rédiger des protocoles de recherche qu'à proposer une réflexion clinique sur leurs patients. Le style d'interviews utilisés dans ces études, c'est-à-dire le remplissage d'échelles de scores ayant une allure « scientifique », a tendance à s'étendre à la pratique psychiatrique</p>	<p>Les entretiens directifs deviennent la règle en appauvrissant la relation au patient et sont responsables d'une perte d'informations cruciales sur l'environnement et l'histoire du patient. Nous n'observons plus ces dernières années d'innovations, de progrès thérapeutiques dans le domaine des psychotropes. Soumises à la nécessité de maintenir un flux financier, les firmes conçoivent actuellement les RCT comme support à la promotion d'un produit récemment breveté pour une nouvelle indication ou pour un autre segment du marché ou hésitent à prendre le risque d'une étude supplémentaire qui accentuerait la mise en évidence d'effets indésirables (nouveaux neuroleptiques et troubles métaboliques; antidépresseurs SSRI et suicide). Ces effets négatifs ne deviendront apparents qu'avec les résultats des études post-AMM ou par les premiers signaux apparaissant via la pharmacovigilance. Ainsi, nous voyons actuellement proliférer les indications reconnues et les indications « off-label » pour des nouveaux antipsychotiques dont on sait qu'ils ne présentent pas d'avantages thérapeutiques réels par rapport aux anciens mais qu'ils ont un profil d'effets indésirables comportant davantage de risques.</p> <p>Les sociétés de recherches privées. Les RCT sont des études très coûteuses et sont dès lors réalisées par les firmes pharmaceutiques elles-mêmes dans le but d'obtenir l'AMM... Celles-ci sous-traitent pour près de 2/3 des études la réalisation de ces recherches à des sociétés privées (Contract Research Organizations, CROs) plutôt qu'à des centres académiques. Ensemble, elles en fixent seules les règles méthodologiques avant de s'assurer la participation de psychiatres cliniciens qui ont beaucoup à y gagner financièrement et en termes de notoriété. Cette nouvelle pratique de la recher-</p>	<p>che a complètement remodelé les règles de confidentialité, de publication et de propriété intellectuelle en matière de recherche scientifique et permet de s'interroger sur le contrôle du recrutement des patients (faux patients, diagnostics erronés, ...)</p> <p>Les CROs ont déplacé, probablement pour limiter les coûts, la réalisation des études cliniques dans d'autres régions du monde (Europe de l'Est, Asie, Afrique). (voir LLG 59, septembre 2008) Quelle est la validité des échelles de score et des critères diagnostiques établies dans nos pays quand elles sont transposées dans d'autres cultures ? Et quelles sera la pertinence des règles de bonnes pratiques (« guidelines») européennes qui sont basées sur des études cliniques randomisées, réalisées de façon délocalisée sur des troubles mentaux importés de toutes pièces. Transparences des données des études cliniques. Vu les enjeux économiques majeurs et la concurrence acharnée, les firmes gardent la maîtrise du contenu de ces études et le traitement des données statistiques. La firme produit, sans négociation avec les cliniciens, le rapport final sur l'efficacité, la sécurité, les effets secondaires et les recommandations de dosage. La grande majorité des études de phase IV (8) ne sont pas soumises aux agences de régulation (FDA, EMEA). Ne seront publiées que celles de ces études qui montrent un bénéfice du médicament produit par la firme. Vu les enjeux financiers, il est démontré que les données brutes de ces études ont parfois été rapportées de façon tronquée (8, 9). De même l'interprétation de la signification statistique semble être présentée de manière à maximiser les bénéfices et à minimiser les risques. Les résultats de ces études restent la propriété des firmes et les</p>
---	---	--

détails des données brutes des études, publiées ou non, ne sont pas accessibles à l'analyse des scientifiques indépendants (8).

Que dire d'une recherche scientifique qui refuse de soumettre ses protocoles et ses résultats à la critique d'autres chercheurs ?

Par exemple, la firme pharmaceutique produisant la sertraline n'a finalement obtenu des résultats positifs dans le syndrome de stress post-traumatique que dans une étude sur les quatre réalisées et uniquement sur une cohorte comprenant 76% des femmes.

Les résultats des études qui montrent un bénéfice sont repris dans des articles scientifiques rédigés par des agences spécialisée (ghostwriting) et sont ensuite attribués et signés par des personnalités académiques, «experts scientifiques» ou «leaders d'opinion», avant d'être publiés dans des revues scientifiques de référence.

Les refus de collaboration ou les conséquences scientifiques de négociations déséquilibrées entre industriels et chercheurs qui souhaitent rester indépendants, ne font que très rarement la une des revues médicales.

Page 12 of 25
Prepared by Current Medical Directions, Inc.

Author—Title	Vendor	Status
Author TBD—(640) Sertraline vs. placebo in PTSD	Paladin	Poster presented at ECNP, 1997. Paper is completed, but revisions are needed.
Author TBD—(671) Title TBD	Paladin	Poster presented at ECNP, 1998. First draft completed, but additional analyses needed. Both 640 and 671 studies to be submitted soon. One will go to <i>New England Journal of Medicine</i> and the other to <i>JAMA</i> .

Cas particulier des antidépresseurs

La situation actuelle de la pathologie mentale est paradoxale. Il peut être utile de revenir plus en détails au cas des antidépresseurs.

La dépression, terme qui désigne une douleur morale qui peut frapper nombreux d'entre nous, est largement décrite et médiatisée.

Des campagnes successives nous incitent à y prêter plus d'attention et

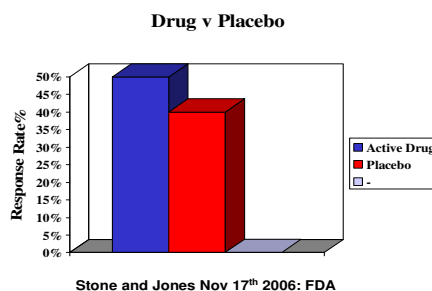
à être plus interventionnistes dans toute forme de traitement. Et étrangement, dans cette circonstance comme dans d'autres qui touchent à la pathologie mentale, il semble que la qualité de nos traitements soit en net recul (8).

Plusieurs méta-analyses de grande ampleur concluent que sur tous les patients inclus dans des études cliniques sur l'efficacité des antidépresseurs, seuls 50% des patients connaissent une amélioration clinique mesurable sur l'échelle d'Hamilton. Ce qui est un résultat assez médiocre comparativement aux 40% d'amélioration sous placebo.

La différence même minime entre les effets de la substance active et le placebo, mais « statistiquement significative », est considérée comme suffisante pour attester que le médicament « fonctionne ».

Les agences de régulation approuvent ces drogues et les firmes en font la promotion comme s'il s'agissait de vrais traitements d'une maladie.

Ensuite, les cliniciens les prescrivent abondamment. Si cette constatation théorique sur l'effet placebo était utilisée dans la pratique clinique, il devrait y avoir un plus grand usage de placebo ou à tout le moins, une attente prudente avant de prescrire des médicaments.



En cas de réponse positive, le clinicien devrait informer le patient du fait que l'amélioration pourrait être induite par d'autres facteurs.

Ou encore, il devrait être possible d'optimiser ces autres facteurs pour arriver pratiquement au même résultat que les substances qui « fonctionnent » et donc éviter

les effets indésirables et les risques non négligeables qu'occasionnent les substances actives.

En y regardant de plus près sur des études englobant un très grand nombre de patients, même une petite différence d'un ou deux points sur une échelle peut donner une différence « statistiquement significative ».

Ce qui veut dire, qu'une substance qui est soit un peu sédatrice, soit un peu calmante donne des résultats positifs pour « soigner la dépression » si l'échelle de scores utilisée pour mesurer l'efficacité inclut des items tels que la qualité du sommeil ou l'anxiété.

De cette façon, il serait possible de prouver que la nicotine, les benzodiazépines, les antihistaminiques, le méthylphénidate, les antipsychotiques et la plupart des anticonvulsifs sont des « antidépresseurs ».

La plupart de ces produits ont d'ailleurs déjà montré leur efficacité dans des RCT.

Les patients qui reçoivent un « antidépresseur » ont 50% de chance de ne pas ressentir d'effet bénéfique et 50% de chance de ressentir un effet peut-être un peu plus bénéfique ou peut-être simplement comparable qu'avec de la nicotine ou un antihistaminique par exemple. Il ne s'agit donc certainement pas d'un traitement spécifique « magic bullet ».

Pourtant, le patient sera convaincu par différentes sources d'information sur les antidépresseurs de recevoir un médicament à l'effet équivalent sur son mal-être que l'effet d'un antibiotique sur une pneumonie ou de l'insuline pour le diabète.

Plus inquiétant encore, les patients qui se sentaient bien sous benzodiazépines ou d'anciens psychotropes ont été fortement incités à se sevrer pour prendre un ISRS qui ne leur fait aucun effet bénéfique.

La différence majeure entre ces différentes drogues plus anciennes et les médicaments qui sont qualifiés

<p>d'« antidépresseurs » est que ces derniers ont reçu une AMM et ont bénéficié d'une promotion agressive et efficace pour le traitement de la dépression.</p> <p>De leur côté, la nicotine ou les anti-histaminiques (trop connus pour d'autres usages) n'auraient pas été commercialisés de façon crédible pour cette indication tandis que les antipsychotiques et les anticonvulsivants sont orientés vers d'autres cibles commerciales (troubles de l'humeur,...).</p> <p>En cours de route, d'autres médicaments tout aussi utiles dans le traitement de symptômes dépressifs ont vu leur utilisation marginalisée (par exemple les antidépresseurs tricycliques ou les benzodiazépines).</p> <p>Contrairement aux études réalisées dans les autres champs de la médecine, les études randomisées concernant les nouveaux psychotropes n'apportent pas de preuves que ces médicaments sauvent des vies ou permettent de remettre des gens au travail.</p> <p>Tout au plus, ces études montrent que ces substances ont un effet, « fonctionnent » chez certaines personnes.</p> <p>Mais avoir un effet sur une échelle de score ne veut pas dire qu'il s'agit d'un traitement efficace.</p> <p>Cette efficacité spécifique reste à prouver (par exemple, un effet sédatif avéré n'est pas une preuve d'efficacité sur les symptômes dépressifs).</p> <p>La psychiatrie basée sur les preuves et les règles de bonnes pratiques (guidelines)</p> <p>Une fois établies « les preuves » de l'efficacité des psychotropes via les RCT, l'étape suivante est de s'assurer que les cliniciens adhèrent aux règles de bonnes pratiques en matière de prescription (guidelines) synthétisées par un groupe d'experts.</p> <p>Les gestionnaires de soins attendent ensuite des cliniciens qu'ils suivent ses « guidelines ».</p> <p>Toute déviation par rapport à celles-</p>	<p>ci de la part d'un clinicien implique de pouvoir être justifiée, ce qui transforme peu à peu et sans légitimité, ces lignes de conduite en règles contraignantes.</p> <p>Le clinicien est fortement incité à traiter ses patients non pas d'après sa longue expérience clinique mais d'après des études statistiques dont la méthodologie semble souvent douteuse.</p> <p>Nous ne disposons actuellement d'aucune alternative aux RCT construites par les firmes pour rédiger ces « guidelines ».</p> <p>C'est aux pouvoirs publics et donc aux décideurs politiques de décider de mettre les moyens pour le financement d'études indépendantes.</p> <p>Détérioration</p> <p>Cette détérioration (10,11,12) qui transparait au travers de tout ce qui a déjà été dit ici ressort dans plusieurs études menées par Healy et Al. sur la population d'un hôpital psychiatrique du Nord du Pays de Galle.</p> <p>En 50 ans, les mesures d'internement forcé en psychiatrie ont été multipliées par 5; les admissions pour pathologies mentales sévères, par 7; le taux de suicide chez les patients schizophrènes par 20 et la mortalité générale pour les malades atteints de pathologies psychiatriques sévères a fortement augmenté.</p> <p>Conclusion</p> <p>Nous voyons donc qu'actuellement le savoir psychiatrique, celui qui est partagé par les médecins comme celui qui est diffusé dans le grand public, est orienté par la nécessité pour les firmes d'obtenir ces AMM et par des contraintes de marketing : état du marché, concurrence, évolution des besoins, habitudes de prescription, ...</p> <p>La question de l'objectivité de la recherche bio-médicale nécessite un débat beaucoup plus vaste sur les rapports de pouvoir qui structure ce secteur, sur les mécanismes de sé-</p>	<p>lection des projets, sur le statut de la recherche post-AMM et finalement sur le rôle de la puissance publique dans le processus d'innovation en matière de médicament (1).</p> <p>Le combat pour la transparence reste primordial.</p> <p>Les données brutes des RCT devraient être soumises de façon automatique et avec les moyens requis à l'interprétation critique par d'autres chercheurs, tant pour ce qui concerne les données des études montrant un bénéfice que pour celles qui ne donnent pas de résultats favorables.</p> <p>De façon tout à fait évidente, les RCT telles que réalisées actuellement par les firmes ne sont pas construites pour orienter la pratique clinique. Si c'était le cas, elle devrait s'intéresser plus largement à tout le processus de soins dans lequel le médicament n'est qu'un élément marginal.</p> <p>De façon plus générale, c'est toute une logique de type marchande qui met à son service les soignants, en réduisant la pratique des soins à l'échange d'un produit de consommation, clairement délimité, et en élagant de ce fait tout ce qui n'entre pas dans ce cadre et principalement le rapport humain et l'engagement dans la durée auprès des patients (12).</p> <p>Notre objectivité nous oblige à prendre en compte la subjectivité des patients comme une donnée irréductible qui ne relève en rien d'une vision passéiste de la psychiatrie.</p> <p style="text-align: right;">Dr Monique Debauche.</p> <p>(1) HEALY D., <i>The Creation of Psychopharmacology</i>, Cambridge, Massachussets, London, England, Harvard University Press. 2002, 469 p.</p> <p>(2) SHORTER E., HEALY D., <i>Shock Therapy, A History of Electroconvulsive treatment in Mental Illness</i>. New Brunswick, New Jersey and London, Rutgers University Press. 2007, 381 p.</p> <p>(3) VANDEREYCKEN W., VAN DETH R., <i>Psychiaters te koop</i>, Antwerpen, Garant, Cyclus, 2006, 272 p.; ANGELL M., <i>The Truth About The D</i></p>
--	--	---

<p><i>Drug Companies – How they Deceive Us and What About To Do About It</i>, New York, Ed. Random House Trade Paperbacks, 2005, 319.</p> <p>(4) KIRK S., KUTCHINS H., <i>Aimez-vous le DSM : le triomphe de la psychiatrie américaine</i>, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, Coll. Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1998, 424 p.</p> <p>(5) BRIOT M., Députée, <i>Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes - Synthèse générale</i>, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2006, http://psy-desir.com/leg/spip.php?article1451</p> <p>(6) HACKING I., <i>L'âme réécrite – Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire</i>, Paris, Les Empêcheurs de Penser en Rond,</p>	<p>2006, 451 p.</p> <p>(7) « Progrès thérapeutique : la faillite des agences » et « Les agences du médicament n'exigent pas assez d'évaluations comparatives », <i>Prescrire</i>, décembre 2002, n° 234, p. 847 et p. 850 et 851.</p> <p>(8) HEALY D. « Trussed in evidence: guidelines, tramlines and fault lines ». Texte de la présentation <i>Pills, Politics and Practice Demanding People-Centred Medicines Policy in the 21st Century October 26-27 2006, Amsterdam</i>. HAI Europe Jubilee Conference.</p> <p>(9) MIGNOT G. « effets indésirables des antidépresseurs ». texte de la présentation à la réunion de consensus sur <i>l'usage efficient des antidépresseurs</i></p>	<p>dans le traitement d'indications autres que les troubles dépressifs. INAMI. Bruxelles, 31 mai 2007.</p> <p>(10) HEALY D, HARRIS M, CATELL D et AL (2005). Service utilisation in 1896 and 1996 : morbidity and mortality data from North wales. <i>Hist Psychiatrica</i> 16,27-41.</p> <p>(11) HEALY D, HARRIS M, TRANTER R et AL (2006). Lifetime suicide rates in treated schizophrenia : 1875-1924 and 1994-1998 cohorts compared. <i>British J Psychiatry</i> 188, 223-228.</p> <p>(12) « Progrès thérapeutique : la faillite des agences » et « les agences du médicament n'exigent pas assez d'évaluations comparatives », <i>Prescrire</i>, décembre 2002, n° 234, p. 847 et p. 850 et 851.</p>
---	--	---

XXe journée annuelle de l'Ordre national des Pharmaciens

Discours de Roselyne Bachelot-Narquin - Discours de Jean Parrot

Discours de Roselyne Bachelot-Narquin

XXème journée annuelle de l'Ordre national des Pharmaciens publié le 8 novembre 2007

http://www.ordre.pharmacien.fr/Actualites/frame_news.asp?actu_id=819

<p>EXTRAITS :</p> <p>« Le seul énoncé des différentes sections de l'ordre illustre bien la diversité d'un métier dont les bonnes pratiques déterminent, pour une grande part, la qualité de notre système de soins.</p> <p>Cette pluralité des fonctions exercées n'implique pas, pour autant, l'éclatement de vos missions ni même la séparation de vos intérêts. Pour en avoir moi-même pratiqué l'exercice, je sais bien que, dans l'univers pharmaceutique, tout se tient, d'un bout à l'autre de la chaîne, depuis la recherche jusqu'à l'officine.</p> <p>Le maintien de la détention du capital des officines et des laboratoires de biologie médicale par ceux qui les exploitent et en assument la responsabilité pharmaceutique. Je l'affirme ici sans ambage : je défendrai aussi le principe du monopole pharmaceutique.</p> <p>L'ouverture du capital à des holding financières, vers laquelle la Commission souhaite amener notre pays,</p>	<p>pourrait produire un déplacement des priorités de la PME/officine vers des objectifs quantifiés de rentabilité, voire remettre en cause l'existence même d'un service pharmaceutique de qualité et de proximité.</p> <p>A ce propos, il convient de rappeler que le maintien d'une chaîne du médicament sous strict contrôle pharmaceutique constitue un rempart efficace contre la pénétration de médicaments contrefaits dans notre pays.</p> <p>Je tiens ainsi à saluer la récente initiative prise par l'Ordre pour constituer un groupe de travail commun avec l'AFSSAPS et la Direction générale de la santé sur la vente de médicaments par internet.</p> <p>Des pharmaciens contribuent avec efficacité à l'accomplissement de leur mission de santé publique. Elles les confirment dans leur rôle d'éducateur de santé, proche du patient, indispensable soutien de nos politiques de prévention et de dépistage.</p> <p>Le DP et le DMP sont intimement</p>	<p>liés, puisque le premier a vocation à alimenter la partie médicament du second.</p> <p>Afin de ne pas freiner son rythme de progression, j'ai soutenu à l'Assemblée Nationale l'amendement au PLFSS inspiré par l'Ordre, visant à déconnecter les deux dossiers dans l'attente de la mise en œuvre effective du DMP. Avec l'ouverture de plus de 1000 dossiers par jour, le DP semble recueillir l'adhésion des patients qui, je l'espère, en seront les plus grands bénéficiaires.</p> <p>Ce nouvel outil rendra non seulement lisible la traçabilité des dispensations, mais il permettra aussi de favoriser la détection d'éventuelles interactions entre les médicaments, qu'ils aient été prescrits ou non, et d'éviter les erreurs médicamenteuses.</p> <p>Le monopole pharmaceutique constitue un maillon indispensable de la politique intégrée du médicament que je souhaite mettre en œuvre. Le médicament doit rester identifié comme étant un produit spécifique, dont le potentiel de soulagement ou</p>
---	--	--

<p>de guérison est toujours, quel qu'il soit, assorti de risques.</p> <p>L'accompagnement et les conseils d'un professionnel de santé spécialisé, indépendant et dont la responsabilité personnelle est pleinement engagée est clairement de nature à protéger la santé des patients.</p> <p>Seul un pharmacien est vraiment à même de le bon médicament au bon patient, lorsqu'un traitement est nécessaire, de dispenser une éducation thérapeutique adaptée et d'orienter le cas échéant vers une consultation médicale.</p> <p>Cet impératif justifie que les patients/consommateurs ne puissent trouver des médicaments au milieu d'une suite de rayons de bonbons ou de lessive, mais uniquement dans un commerce dédié et professionnalisé.</p> <p>Si je souhaite autoriser la mise à disposition de médicaments de prescription facultative devant le comptoir, c'est précisément pour valoriser le conseil pharmaceutique associé et éviter la mise en vente des médicaments dans les supermarchés.</p> <p>Le rôle du pharmacien apparaît, en effet, encore plus fondamental et indissociable du bon usage du produit, lorsque celui-ci est utilisé sans consultation préalable d'un médecin. Cette fonction sera d'autant mieux reconnue qu'il sera le seul à même de déconseiller au patient une prise médicamenteuse lorsqu'elle ne sera pas adaptée.</p> <p>Ceci me conduit à vous présenter le troisième élément de ce plan d'actions : il s'agit de donner un statut réglementaire de type centrale d'achat ou coopérative aux groupements de pharmaciens pour l'achat groupé des médicaments non remboursables et de parapharmacie.</p> <p>Ce statut comportera une contrepartie d'engagements de service public tels que formation, actions d'information ou de prévention, éducation thérapeutique, observance, traçabilité et lutte contre la contrefaçon, et surtout maîtrise des prix publics des médicaments non remboursables.</p> <p>Il permettra donc à tous les pharma-</p>	<p>ciens adhérant à ces groupements de bénéficier des remises leur permettant d'offrir les meilleurs prix à leurs clients.</p> <p>Une disposition visant à prévenir l'achat, par certaines officines, de certains médicaments en quantités considérables, sans rapport avec leur activité normale.</p> <p>Il s'agit là de mettre fin à des trafics constatés par vos services, par l'assurance maladie ou encore par le ministère de l'intérieur.</p> <p>Les fournisseurs de médicaments devraient être tenus de refuser ce type de commandes et d'en aviser les autorités compétentes.</p> <p>Nous regrettons que l'amendement préparé par notre Ordre n'ait pas été soutenu par le Gouvernement à l'Assemblée nationale, au motif que nous pourrions déjà agir sans modifier les textes en vigueur.</p> <p>Certes, nous pouvons agir et nous l'avons déjà fait, conjointement avec vos services, d'ailleurs, mais à une condition : savoir.</p> <p>Savoir qu'il y a, ici ou là, une tentative de trafic.</p> <p>L'amendement nous en donnerait le moyen en amont, avant que la faute ne soit commise. Cette mesure renforcerait la fiabilité de la chaîne pharmaceutique.</p> <p>L'interdiction de la multipropriété.</p> <p>L'Ordre et les syndicats ont travaillé avec vos services pour répondre aux critiques de la Commission contre ces règles.</p> <p>Nous avons de bons arguments, liés à la nécessaire indépendance du pharmacien et du biologiste, à la nécessité pour lui de maîtriser son outil de travail pour une meilleure qualité de service au patient.</p> <p>Enfin, pour l'officine, au souci d'une bonne répartition de l'offre de soins sur tout le territoire.</p> <p>La Commission européenne n'est pas contre les programmes dits « d'accompagnement des patients ».</p> <p>Les professionnels de santé sont depuis bien longtemps conscients des enjeux, tant financiers que de santé publique, de l'observance des traitements.</p>	<p>L'Ordre travaille d'ailleurs depuis des années pour enrichir le suivi thérapeutique des patients. Le Dossier pharmaceutique représentera à ce titre un outil essentiel.</p> <p>L'industrie pharmaceutique est, certes, également soucieuse du bon usage des médicaments qu'elle produit.</p> <p>Vous vous souvenez des débats de l'hiver dernier au sujet de ces programmes d'accompagnement conduits par certains fabricants, sous couvert de ce que demanderaient l'Agence européenne du médicament et la Commission, ce qui s'est avéré n'être pas exact.</p> <p>Nous l'avons vérifié auprès de ces deux instances.</p> <p>Les programmes en question prévoyaient le suivi des patients par le biais de relances téléphoniques.</p> <p>Heureusement, ces demandes n'ont finalement pas été retenues par les députés.</p> <p>Votre prédécesseur a demandé au sénateur About, Président de la commission des affaires sociales de la Haute Assemblée, de préparer une proposition de loi pour l'automne 2007. En parallèle, il a commandé à l'IGAS une étude sur le sujet.</p> <p>L'automne 2007, nous y sommes. L'IGAS a remis son rapport mais celui-ci n'a pas été publié pour le moment.</p> <p>Quant à la proposition de loi, le Président About ne l'a pas encore déposée.</p> <p>Tous les acteurs concernés lui ont bien entendu fait valoir leurs points de vue.</p> <p>Je l'ai pour ma part rencontré récemment pour lui faire connaître notre position.</p> <p>L'essentiel pour l'Ordre, c'est que les professionnels de santé, en particulier les pharmaciens, et les associations de patients, concernées au plus haut degré, soient pleinement associés à la mise en œuvre des programmes d'accompagnement de patients.</p>
---	---	--

<p>Nous rejoignons tout à fait à cet égard le point de vue des associations : il ne doit en aucun cas y avoir de contact, ni direct ni par prestataire interposé, entre les patients et les exploitants d'AMM qui pourraient financer ces programmes.</p> <p>Les patients doivent bénéficier d'une information indépendante sur les différentes options thérapeutiques existantes, sur les contraintes et les bénéfices escomptés du traitement et de l'accompagnement, prenant en compte non pas un seul médicament, mais toute la thérapeutique qu'ils reçoivent.</p> <p>L'Ordre est enfin favorable, comme les associations de patients, à l'adoption d'un cadre législatif global en matière d'éducation thérapeutique.</p>	<p>Cet encadrement juridique permettrait de clarifier et de reconnaître les rôles et les actes de chacun des intervenants, notamment des pharmaciens.</p> <p>Nous poursuivrons le dialogue entrepris avec les autres acteurs intéressés, notamment avec les industriels. Grâce à ce dialogue, les propositions du LEEM ont, nous semble-t-il, déjà évolué dans le bon sens. En effet, le rôle de l'exploitant d'AMM se limiterait désormais à celui de promoteur du programme.</p> <p>Par ailleurs, le LEEM semble davantage prendre en compte le rôle des professionnels de santé choisis par les patients.</p> <p>Certains points restent encore à éclaircir, en particulier concernant</p>	<p>les modalités de contrôle des pratiques et des déviations potentielles et le rôle concret que les pharmaciens seraient amenés à jouer dans ces programmes.</p> <p>Nous refusons que les pharmaciens ne soient que de simples « dialogants » des patients, comme le propose le LEEM.</p> <p>Nous voulons qu'ils soient les opérateurs du programme, quand il s'agit des médicaments ».</p> <p>Débats menés à Bruxelles sur l'information aux patients.</p> <p>Débats cycliques, organisés par les services de la Commission chargés du commerce et non pas de la santé, avec encore une fois des pressions économiques.</p>
---	---	---

Diabète : cibler un taux d'HbA1c ou une prise en charge individualisée de tous les facteurs de risque ?

<p>En février 2008, le National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) étatsunien annonçait l'arrêt partiel d'une des études qu'il avait mise sur pied, l'étude ACCORD.</p> <p>Cette étude incluait 10.251 patients présentant un diabète de type 2 et soit une pathologie cardiaque, soit deux facteurs de risque cardiovasculaire supplémentaires (par rapport au diabète).</p> <p>Deux stratégies thérapeutiques y étaient comparées, l'une intensive et visant un taux d' <6,0% et l'autre, de référence, ciblant une HbA_{1c} située entre 7,0 et 7,9%. Constatant, en cours d'étude, que le traitement ciblant une HbA_{1c} inférieure à 6% était associé à une mortalité plus importante, le sponsor a arrêté ce bras d'étude.</p> <p>Les premières analyses montrent que ce risque de décès accru (14/1.000 patients/an au lieu de 11/1.000/an) ne serait lié ni à des épisodes d'hypoglycémie ni à un médicament particulier (rosiglitazone par exemple), ni à une association médicamenteuse particu-</p>	<p>particulière.</p> <p>Quelques jours plus tard, les auteurs d'une autre étude en cours, l'étude ADVANCE incluant 11.140 patients diabétiques non américains (étude australienne) eux aussi à risque cardiaque élevé, traités par une forme à libération modifiée de gliclazide le plus souvent en association avec d'autres antidiabétiques, pour atteindre une HbA_{1c} ≤ 6,5%.</p> <p>Ces auteurs affirment ne pas avoir observé de surmortalité dans ce groupe avec traitement intensif.</p> <p>Une troisième étude est en cours, le VA Diabetes Trial, pour évaluer la relation entre un contrôle glycémique intensif et la survenue d'événements cardiovasculaires. Les premiers résultats de cette étude devraient être connus en cette fin d'année.</p> <p>L'observation à plus long terme (13,3 ans) de 160 patients de l'étude Steno-2 montre par contre un bénéfice d'un traitement intensif visant une HbA_{1c} cible <6,5% mais aussi des valeurs cibles pour le cholestérol, pour les triglycérides et pour les</p>	<p>les chiffres de pression artérielle. Une réduction de la mortalité est observée versus traitement conventionnel (Hazard Ratio 0,54 ; IC à 95% de 0,32 à 0,89 ; p=0,02) ainsi que de la survenue d'événements cardiovasculaires (HR 0,42 ; IC à 95% de 0,25 à 0,67 ; p<0,001).</p> <p>Est-ce la prise en charge d'autres critères cibles que la seule HbA_{1c} ou une valeur d'HbA_{1c} moins basse (<6,5% et non <6%) ou les deux éléments qui font la différence observée ?</p> <p>Ou encore d'autres caractéristiques des patients ?</p> <p>Seule une analyse sur données individuelles des patients de toutes ces études précitées permettrait d'y voir plus clair.</p> <p>Nous étions déjà perplexes après la publication, fin de l'année dernière, d'une étude de cohorte prospective, effectuée dans une province canadienne, comparant les résultats obtenus chez des patients diabétiques âgés en moyenne de 61 ans, selon que la prise en charge est limitée à la première ligne de soins (médecins</p>
---	---	--

<p>généralistes uniquement) ou selon que cette prise en charge est commune entre première ligne de soins et référence spécialisée (endocrinologue ou interniste général).</p> <p>Si le deuxième type de prise en charge augmente significativement l'administration des traitements actuellement recommandés, elle est également associée à une mortalité accrue (13,1% versus 11,7% ; HR ajusté 1,17 (IC à 95% de 1,08 à 1,27)).</p> <p>Il faut être plus réservé face à des résultats d'une étude d'observation, plus sensible à de nombreux biais. Les auteurs ont cependant réalisé des analyses rigoureuses tenant compte des covariables évaluant avec le temps, et des variables démographiques, de la sévérité de la pathologie et des comorbidités. En tenant compte par exemple des comorbidités et des lésions des organes cibles, la différence de décès</p>	<p>reste significative (HR 1,16 ; IC à 95% 1,01 à 1,34).</p> <p>L'examen de ce dernier intervalle de confiance amène les auteurs à la prudente conclusion de l'absence d'amélioration de la survie lors de soins ambulatoires spécialisés pour le diabète.</p> <p>L'ensemble de ces observations doit nous inviter à une réflexion encore plus pointue sur les objectifs à poursuivre avec nos patients diabétiques. Si un taux d'HbA_{1C} peut être un bon témoin de l'équilibre glycémique et d'une prévention ou d'un arrêt de la progression des complications microvasculaires qui nuisent à la qualité de vie des patients (rétinopathie, neuropathie périphérique, néphropathie), poursuivre prioritairement un taux d'HbA_{1C} très bas ne semble pas apporter de bénéfice, pourrait même être péjoratif. Espérons que l'analyse fouillée des résultats des études en cours, confrontés à ceux des précédentes</p>	<p>études ou de l'étude ACCORD nous apportera des éléments plus précis à partager avec nos patients diabétique</p> <p style="text-align: right;">Pierre Chevalier.</p> <p>Références</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. February 6, 2008 ACCORD News Conference press kit, http://www.nhlbi.nih.gov/health/heart/other/accord/ 2. The ADVANCE study has not shown an increase in mortality with intensive glucose reduction vs standard treatment, the data safety and monitoring board has ... Medscape Family Medicine - News, Heartwire, February 2008. 3. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;358(6):580-91. 4. McAlister FA, Majumdar SR, Eurich DT, Johnson JA. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24,232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. Qual Saf Health Care 2007;16:6-11.
--	--	---

Rencontres Prescrire 2008

<p>Les Rencontres Prescrire se sont déroulées à Rennes du 30 mai au 1^{er} juin 2008 sur le thème de la Pluridisciplinarité.</p> <p>Comme à Toulouse en 2008, le temps s'est partagé entre séances plénières, ateliers multiples où expériences et échanges se succédaient, visite guidée des posters exposés et échanges informels.</p> <p>Cette année, les Rencontres ont commencé le vendredi et ont ainsi permis à des étudiants en médecine de la faculté de Rennes d'être présents. Des étudiants belges de 3^{ème} doctorat qui ont fait un excellent travail sur les liens des médecins avec l'industrie pharmaceutique étaient égale-</p>	<p>ment présents et ont apporté le substrat de leur travail pour animer un atelier conjointement avec des étudiantes de Grenoble qui ont fondé « Le cri d'éthique » en réaction à l'approche trop théorique de leurs études de médecine.</p> <p>Un souffle vivifiant apporté par la jeunesse !</p> <p>Les participants étaient originaires de France, Suisse, Grande-Bretagne, Algérie, Canada, Lituanie, Belgique ... et j'en oublie sans doute.</p> <p>Ce fut bien sûr un bouillon de culture et chacun quitte Rennes avec des idées dans sa besace.</p> <p>Comme dit un ami québécois, il faut</p>	<p>revenir d'un colloque avec « Un ami, une idée, un projet ». Je crois que c'est le cas pour pas mal de participants.</p> <p>Cerise sur le gâteau, ce qui mûrissait depuis 2006 va se concrétiser en 2010 : les prochaines Rencontres Prescrire auront lieu en Belgique et seront organisées conjointement par Prescrire, le GRAS, le CAMG-UCL, la SSPF (Société Scientifique des Pharmaciens Francophones), la Fédération des Maisons Médicales francophones et peut-être encore d'autres partenaires.</p> <p style="text-align: right;">Michel Jehaes, juin 2008.</p>
--	---	--

Comité de lecture: avant publication, tout article est « peer-reviewed ».

Le comité de lecture permanent est constitué par : François Baivier, Marc Bouniton, Pierre Chevalier, André Crismer, Monique Debauche, Patricia Eeckeleers, Jeannine Gailly, Axel Hofmann, et Michel Jehaes. Des lecteurs « extérieurs » sont sollicités à la demande suivant les articles.