

Physicians and the Pharmaceutical Industry

David S. Goldbloom, MD, FRCPC

Interim Editor-in-Chief, CPA Bulletin, Toronto, Ontario



As a self-righteous medical student in 1981, I wrote an editorial for the *McGill Medical Journal* on the role of drug companies in medical education (1). This

obscure and justifiably overlooked essay suggested that, to protect physicians from conflict of interest while acknowledging industry's stated commitment to education, there should be no gifts. Rather, educational material produced or sponsored by industry should be sold to physicians at cost. I argued that paying for material enhances physicians' critical appraisal of it and avoids the costs' being added to the retail price of drugs for patients—at least theoretically. In 2002, the American Medical Students Association took a far more absolutist stance, seeking a complete ban of industry involvement with education (2).

Recent years have seen a proliferation of guidelines on physician interaction with the pharmaceutical industry, promulgated both by medical organizations (3–5) and by industry itself (6,7). More similar than different, their simultaneous emergence reflects both growing professional uncertainty about what is the right thing to do and increasing public awareness of this potential conflict of interest.

The realities that underpin this complex relationship—that physicians often need to prescribe medications to achieve desired therapeutic goals for their patients; that industry often

generates research-based medications to improve treatment; that industry views physicians as the rate-limiting step in the prescription of their medications; and that industry, *primus inter pares*, must profit to survive—establish the potential for both confluence and conflict of interest. At the same time, research-focused and productive university departments of psychiatry have enjoyed high-level collaborations with industry in both basic and clinical science—collaborations that have been investigator-initiated and governed by stringent research ethics requirements.

The industry presence at annual meetings of medical specialty societies has become more prominent, not so much in the exhibit halls as in the sponsorship of satellite symposia that often feature distinguished expert speakers. With regard to such symposia and the awarding of Maintenance of Certification credits, the Canadian Psychiatric Association has an elaborate review process, including not only prior anonymous critical review of all slides and related material but also auditing of the presentations themselves for evidence of bias. However, in exercising this level of vigilance, the CPA is in the minority of specialty societies.

As individuals, each of us needs to reflect on our own interactions with industry, asking whether they are consistent with the Canadian Medical Association guidelines that govern us, how they relate to our own understanding of the meaning of gifts in the context of a relationship, and what our patients and our

students would think of these interactions.

Several recent articles may help us to navigate this relationship; one explores the nature of gifts from a social science perspective (8) and reminds us psychiatrists that the unconscious exists! Another chronicles the extent of the interaction from a journalistic perspective (9). A former resident in psychiatry at McGill provides a critical analysis of the gift relationship between physicians and industry (10).

The irony is that the gifts we can most easily afford to buy for ourselves—pens, notepads, lunches, etc.—are the only ones allowed by both medical and industry guidelines. An ethical palatability gradient has been suggested, based on the retail value of the gift. In “Throw Them Out?”—a recent editorial appearing in *Psychiatric News*—Paul Appelbaum, the immediate past president of the American Psychiatric Association, wrote about the distribution of such low-value gifts: “I don't blame the companies for trying to foist this stuff on us; I blame us for taking it” (11).

The recent evidence from a national survey of Canadian psychiatry residency programs is that our teaching and awareness of this subject are variable and inadequate (12). We need to promote discussion and debate, both among ourselves and with industry, about how to manage the overlapping and conflicting interests of this complex relationship. Ostrich approaches are unlikely to generate clear-eyed solutions.

References

1. Goldbloom D. Drug companies and medical education: a modest proposal. *McGill Medical Journal* 1981;46:24.
2. American Medical Student Association. Policy on pharmaceutical promotions 2002. <http://www.amsa.org/prof/policy.cfm>.
3. Canadian Medical Association. Physicians and the pharmaceutical industry. CMA Policy (Update 2001). http://www.cma.ca/staticContent/HTML/N0/I2/where_we_stand/physicians_and_the_pharmaceutical_industry.pdf.
4. Coyle SL, for the Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians. Physician–industry relations. Part 1: individual physicians. *Ann Intern Med* 2002;136:396–402. <http://www.annals.org/issues/v136n5/pdf/200203050-00014.pdf>.
5. Coyle SL, for the Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians. American Society of Internal Medicine. Physician–industry relations. Part 2: Organizational issues. *Ann Intern Med* 2002;136:403–6. <http://www.annals.org/issues/v136n5/pdf/200203050-00015.pdf>.
6. Canada's research-based pharmaceutical companies (Rx and D). Code of marketing practices. 2003. http://www.Canadapharma.org/Industry_Publications/Code/Code_e.pdf.
7. The Pharmaceutical and Research Manufacturers of America. PhRMA code on interactions with health professionals, 2002. <http://www.phrma.org/publications/policy//2002-04-19.391.pdf>.
8. Dana J, Loewenstein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry. *JAMA* 2003;290:252–5. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/290/2/252>.
9. Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. *BMJ* 2003;326:1189–96. <http://bmj.com/cgi/reprint/326/7400/1189.pdf>; <http://bmj.com/cgi/reprint/326/7400/1193.pdf>.
10. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000;283: 373–80. <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/283/3/373.pdf>.
11. Appelbaum P. Throw them out? *Psychiatric News* July 5, 2002:3. <http://pn.psychiatryonline.org/cgi/content/full/37/13/3>
12. Chakrabarti A, Fleisher WP, Staley D, Calhoun L. Interactions of staff and residents with pharmaceutical industry: a survey of psychiatric training program policies. *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* 2002;35 (Suppl):541–6.

Les médecins et l'industrie pharmaceutique

David S. Goldbloom, MD, FRCPC

Rédacteur en chef intérimaire, *Bulletin de l'APC, Toronto (Ontario)*



En tant qu'étudiant en médecine arrogant en 1981, j'ai écrit un éditorial pour le *McGill Medical Journal* sur le rôle des compagnies pharmaceutiques

dans la formation médicale (1). Cet article obscur et négligé à juste titre suggérait qu'afin de protéger les médecins des conflits d'intérêts tout en tenant compte de l'engagement déclaré de l'industrie dans la formation, il ne pouvait y avoir de cadeaux. Le matériel didactique produit ou commandité par l'industrie devrait plutôt être vendu aux médecins au prix coûtant. Je faisais valoir que payer pour du matériel améliore l'évaluation critique qu'en font les médecins et évite que les coûts soient ajoutés au prix de détail des médicaments pour les

patients — en théorie du moins. En 2002, l'American Medical Students Association a adopté une position beaucoup plus absolutiste, demandant l'abolition totale de la participation de l'industrie à la formation (2).

Ces dernières années, il y a eu une prolifération de lignes directrices sur l'interaction du médecin avec l'industrie pharmaceutique, promulguées tant par les organisations médicales (3–5) que par l'industrie même (6, 7). Plus semblables que différentes, leur apparition simultanée reflète l'incertitude professionnelle croissante à propos du « droit chemin » à suivre, de même que la sensibilisation grandissante du public à cet éventuel conflit d'intérêts.

Les réalités qui soutiennent cette relation complexe — que les médecins doivent souvent prescrire des médicaments afin d'atteindre les

objectifs thérapeutiques désirés pour leurs patients; que l'industrie produit souvent des médicaments d'après la recherche pour améliorer les traitements; que l'industrie perçoit les médecins comme étant l'étape qui ralentit la prescription de ses médicaments; et que l'industrie est, d'abord et avant tout, une entreprise qui doit dégager des bénéfices pour survivre — établissent le potentiel d'une jonction et d'un conflit d'intérêts. Parallèlement, les départements de psychiatrie des universités axés sur la recherche et productifs profitent des collaborations de haut niveau avec l'industrie tant en science fondamentale que clinique — collaborations qui ont été initiées par des chercheurs et qui sont régies par les exigences sévères de l'éthique de la recherche.

La présence de l'industrie aux assemblées annuelles des associations médicales de spécialistes est

devenue plus proéminente, pas tellement dans les halls d'exposition qu'en tant que commanditaire des symposiums satellites qui présentent souvent d'éminents experts comme conférenciers. En ce qui concerne ces symposiums et l'attribution de crédits du Maintien du certificat, l'Association des psychiatres du Canada dispose d'un processus d'examen complet, incluant non seulement un examen critique préalable anonyme de toutes les diapositives et du matériel connexe, mais aussi une vérification de la présence d'un biais quelconque dans les présentations mêmes. Toutefois, l'APC est minoritaire parmi les associations de spécialistes à exercer ce niveau de vigilance.

Sur le plan personnel, chacun de nous doit réfléchir à ses propres interactions avec l'industrie, et se demander si elles sont conformes aux lignes directrices de l'Association médicale canadienne qui nous régissent, comment elles correspondent à notre compréhension du sens des cadeaux dans le contexte d'une relation, et ce que nos patients et nos étudiants penseraient de ces interactions.

Plusieurs articles récents peuvent nous aider à négocier cette relation; l'un étudie la nature des cadeaux du point de vue des sciences sociales (8) et rappelle aux psychiatres que l'inconscient existe! Un autre rend compte de l'étendue de l'interaction d'une perspective journalistique (9). Un ancien résident en psychiatrie de McGill présente une analyse critique de la relation des cadeaux entre médecins et industrie (10).

L'ironie, c'est que les cadeaux que nous pouvons le plus aisément nous permettre — les stylos, calepins,

repas, etc. — sont les seuls qui sont autorisés par les lignes directrices de la profession médicale et de l'industrie. Un gradient de palatabilité éthique a été suggéré, selon la valeur au détail du cadeau. Dans « Throw Them Out? » — un éditorial récent paru dans *Psychiatric News* — le président sortant de l'American Psychiatric Association, Paul Appelbaum, a parlé de la distribution de ces cadeaux de peu de valeur à l'assemblée annuelle de l'APA : « Je ne blâme pas les compagnies de tenter de nous refiler ces choses-là, je nous blâme de les accepter » (11).

Une récente enquête nationale sur les programmes canadiens de résidence en psychiatrie conclut que notre enseignement et notre connaissance de ce sujet sont variables et inadéquats (12). Nous devons encourager la discussion et le débat, tant entre nous qu'avec l'industrie, sur la façon de gérer les intérêts chevauchants et conflictuels de cette relation complexe. Des approches d'autruche ne produisent jamais de solutions lucides.

Bibliographie

1. Goldbloom D. « Drug companies and medical education: a modest proposal. » *McGill Medical Journal* 1981;46:24.
2. American Medical Student Association. « Policy on pharmaceutical promotions 2002. » <http://www.amsa.org/prof/policy.cfm>.
3. Association médicale canadienne. Les médecins et l'industrie pharmaceutique. Politique de l'AMC (mise à jour 2001). http://www.cma.ca/staticContent/HTML/N011/notre_position/les_medecins_et_l_industrie_pharmaceutique.pdf
4. Coyle SL, pour le comité d'éthique et des droits de la personne, American College of Physicians, American Society of Internal Medicine. « Physician–industry relations. Part 1: individual physicians. » *Ann Intern Med* 2002;136:396–402. <http://www.annals.org/issues/v136n5/pdf/200203050-00014.pdf>.
5. Coyle SL, pour le comité d'éthique et des droits de la personne, American College of Physicians, American Society of Internal Medicine, « Physician–industry relations. Part 2: organizational issues. » *Ann Intern Med* 2002;136:403–6. <http://www.annals.org/issues/v136n5/pdf/200203050-00015.pdf>.
6. Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx&D). Code de pratiques de commercialisation 2003. http://www.canadapharma.org/Industry_Publications/Code/Code_e.pdf
7. The Pharmaceutical and Research Manufacturers of America. « PhRMA code on interactions with health professionals 2002. » <http://www.phrma.org/publications/policy//2002-04-19.391.pdf>.
8. Dana J, Loewenstein G. « A social science perspective on gifts to physicians from industry. » *JAMA* 2003;290:252–5. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/290/2/252>.
9. Moynihan R. « Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies », *BMJ* 2003;326:1189–96. <http://bmj.com/cgi/reprint/326/7400/1189.pdf>; <http://bmj.com/cgi/reprint/326/7400/1193.pdf>.
10. Wazana A. « Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift? » *JAMA* 2000;283:373–80. <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/283/3/373.pdf>.
11. Appelbaum P. « Throw them out? » *Psychiatr News* 5 juillet 2002:3. <http://pn.psychiatryonline.org/cgi/content/full/37/13/3>
12. Chakrabarti A, Fleisher WP, Staley D, Calhoun L. Relations du personnel enseignant et des résidents avec l'industrie pharmaceutique : Étude des règles suivies à l'intérieur des programmes de formation en psychiatrie. *Annales du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada* 2002;35(Suppl):541–6.