

Mohamed S. BEN AMMAR*

Ben Ammar MS. Les relations dangereuses. J Med Liban 2011 ; 59 (1) : 27-32.

INTRODUCTION

En 1950, Jules Romains écrivait un texte prémonitoire « *Mais comment et quand prendrez-vous le pouvoir ?* » dans la *Presse médicale* : « *Je ne vous révélerai pas tout, mais nous sommes en marche. Nous avons déjà l'agent : une épidémie ultrarapide, à expansion universelle, bénigne, mais affolante par ses symptômes et d'une résistance insolente à tous les antibiotiques. Ramasser le pouvoir ne sera alors qu'un jeu d'enfants et, au prétexte de santé publique, nous ne le lâcherons plus...* ».

Il ne s'agit ici ni de dénoncer l'industrie pharmaceutique, ni d'admettre ses méthodes, mais d'essayer de décrypter dans la relation nécessaire, vitale, entre les soignants et des puissances financières les sources de tension afin que chacun puisse jouer son rôle, préserver son rang, la dignité de sa profession et les intérêts de ceux qu'il est censé représenter. Les conflits d'intérêts ne sont pas l'apanage des professionnels de la santé, mais parce que soigner est un exercice noble par essence, ils sont encore plus intolérables. L'altruisme ou le progrès scientifique qui fondent la confiance du public en la médecine sont remis en question, c'est de cela qu'il s'agit. Le chercheur, l'enseignant, l'expert, employé ou employeur dans la santé ou simple soignant sont quotidiennement confrontés à des situations de conflits d'intérêts déclarées ou masquées. Rares sont ceux qui en contestent l'existence, en revanche beaucoup continuent de refuser tout mécanisme de régulation. Le propos n'est pas de dénoncer mais de mettre à nu des situations plus que des faits avérés. Le sujet des conflits d'intérêts est sensible, y adjoindre une note passionnelle ou des jugements de valeurs nuirait au débat. Son abord, pour qu'il soit constructif, devrait donc éviter toute connotation morale, toute forme d'accusation dirigée contre des personnes ou contre tel groupe professionnel.

QUELQUES DÉFINITIONS

La plus ancienne définition des conflits d'intérêts se trouve dans l'Évangile selon Saint Matthieu 6:24 « *Dieu et l'argent : nul ne peut servir deux maîtres : ou il haïra*

l'un et aimera l'autre, ou il s'attachera à l'un et méprisera l'autre. Vous ne pouvez pas servir Dieu et l'argent ».

Wikipédia, l'encyclopédie libre, définit le conflit d'intérêt comme « *une situation injuste dans laquelle une personne ayant à accomplir une fonction d'intérêt général, tel un agent public, un avocat, un médecin, un homme politique, un cadre ou un dirigeant d'entreprise se trouve avec des intérêts personnels qui sont en concurrence avec la mission qui lui est confiée, l'intérêt de son administration ou de sa société. De tels intérêts en concurrence peuvent la mettre en difficulté pour accomplir sa tâche avec neutralité ou impartialité.* » Il y aura donc conflits d'intérêts chaque fois que la situation personnelle de quelqu'un pourrait empiéter sur ses responsabilités sociales ou professionnelles, ou encore « *quand le jugement a été clairement influencé, mais aussi quand il pourrait être influencé, ou même pourrait être perçu comme ayant été influencé* », « *Dans les conflits d'intérêts, ce qui compte, c'est la transparence* ». Chaque fois qu'un professionnel se met en situation de risque de compromettre l'intégrité de son jugement médical ou de miner la confiance dans la profession médicale, il y aura conflits d'intérêts [1-3].

La complexité du sujet impose de rappeler quelques principes. Il est écrit dans tous les codes de déontologie médicale que « *le médecin ne doit aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ». Et de nos jours assurer l'indépendance professionnelle du médecin constitue plus que jamais un défi majeur [4-7].

Les professionnels de la santé ont l'obligation de fournir des services de qualité et de respecter l'obligation d'intégrité professionnelle envers les malades, le confrère et le public. La santé a besoin d'argent mais n'est pas une valeur marchande, ceci remettrait en cause non seulement la primauté du bien-être des malades, le respect de leur autonomie mais aussi l'engagement de justice sociale des médecins. Par ailleurs, est-il nécessaire de le rappeler, l'intérêt premier du professionnel de santé doit être de préserver les valeurs énoncées plus haut, les aspects financiers doivent toujours demeurer au second plan. L'argent ne peut en aucun cas constituer une motivation professionnelle. En matière de recherche médicale la valeur première est l'avancement des sciences et non le prestige ou l'avancement académique du chercheur, même si ce n'est pas dégradant d'espérer les atteindre.

Enfin l'asymétrie de la relation entre le médecin et le malade impose une lourde responsabilité au premier. Il est celui qui a le plus de « pouvoir », il est mandaté légalement pour protéger les meilleurs intérêts du second qui est en situation vulnérable. Les professionnels de la santé perdent parfois de vue que l'expertise et la compé-

*Correspondance : Pr M.S. Ben Ammar. Faculté de Médecine de Tunis. Service d'Anesthésie-Réanimation SMUR. Centre hospitalier universitaire Mongi Slim. La Marsa 2046, Tunisie.
e-mail : msbenammar@gmail.com

tence, certes fondements de la pratique de la médecine, ne font pas forcément d'un bon praticien, un professionnel. Or nous constatons que le prestige social de la profession est remis en question, la confiance a été ébranlée. L'expertise ou la compétence des médecins ont fait d'immenses progrès chez les jeunes médecins, le sens de l'altruisme, du dévouement et du devoir beaucoup moins.

Les conflits d'intérêts ne sont pas toujours des escroqueries, ni des tromperies, ni des malversations mais des situations banales, qualifiées le plus souvent de « normales », difficilement reconnues par les praticiens dans ses implications et ses conséquences. Le praticien ou le chercheur ne peut pas toujours percevoir tous les tenants et aboutissants de ces situations qu'il a de tout temps vécues comme normales [7-8]. Plus finement, il faut distinguer les situations qui peuvent être raisonnablement interprétées comme porteuses de conflits réels, des conflits potentiels qui sont des situations où la présence d'intérêts pour l'heure non encore conflictuels mais qui pourraient le devenir à un moment. Inversement, ailleurs certaines situations prennent l'apparence de conflits d'intérêts mais n'en sont pas réellement [2, 9].

LE VIS-À-VIS : D'ÉNORMES PUISSANCES FINANCIÈRES

Mais une autre réalité s'est imposée. Le colloque singulier ne l'est plus, et les tiers payants deviennent au fil du temps des tiers contrôleurs. La société demande des comptes à la profession [6, 10].

Difficile de cerner le profil de cette énorme machine et de ses méthodes (Tableau I). Dans les 100 premières entreprises mondiales en 2000, on retrouvait 14 laboratoires pharmaceutiques. L'industrie pharmaceutique était 6^e en termes de chiffre d'affaires, mais 1^{re} en capitalisation, 2^e en résultat net et 1^{re} en résultat net en pourcentage du chiffre d'affaires (*Business Week*). Elle représentait un marché mondial de 400 milliards d'euros et sa capitalisation boursière est estimée à 2000 milliards avec des bénéfices nets de 50 à 80 milliards d'euros. Le chiffre d'affaires de certaines entreprises pharmaceutiques a aug-

menté de 42% en 3 ans. De toute évidence... et c'est évident, le mécénat de l'industrie pharmaceutique n'existe pas et ne peut pas exister et sa vocation a changé au fil du temps. Elle a accumulé un trésor de guerre immense. On nous répète à satiété que les profits d'aujourd'hui sont les médicaments de demain. Mais on se rend compte que la machine s'emballer comme nous le verrons plus loin. Le rendement des actions de l'industrie a représenté durant la dernière décennie un rendement de 30%. L'industrie a ramassé un pactole considérable qui lui donne des pouvoirs immenses. Par de multiples mécanismes, directs et indirects, elle contrôle de nos jours les moyens matériels de la formation médicale continue, de la recherche et de la circulation de l'information. Et l'acceptation par les médecins, les institutions, les journaux médicaux, les associations et sociétés scientifiques de cadeaux, repas, subventions ou de soutiens de tous genres, de cadeaux individuels, de voyages coûteux de l'industrie a fait plus de mal que de bien à la profession [11-17].

Les chiffres illustrent bien le propos. De 1991 à 2000 les neuf principaux groupes pharmaceutiques ont dépensé 316 milliards de dollars en frais de marketing et administration contre 113 en frais de recherche et développement, soit 2,8 fois plus. Il est bien entendu que les frais de recherche et développement incluent les études de phase IV, l'étude de marché, la rémunération des médecins, les frais de participation à des congrès, les contributions en nature sous forme de dons, de matériels informatique, de rémunérations de collaborateurs, etc. Durant cette période le prix moyen d'une boîte de médicament a doublé et ceci n'est pas dû à la prescription de « nouveaux » médicaments. Une étude de la revue *Prescrire* montre que de 1981 à 1999, sur les 2000 « supposés » nouveaux médicaments mis sur le marché, six seulement étaient réellement innovants et 63 étaient justes intéressants.

Toujours dans *Prescrire*, en France en 2009, parmi les 325 dossiers de médicaments présentés aux autorités, 104 ont fait l'objet d'une cotation pour évaluer le progrès : on y trouve 46 nouvelles spécialités, 31 nouvelles indications de molécules déjà commercialisées, dont une « avec plus

TABLEAU I
LES DIX VÉRITÉS DE MARCIA ANGELL SUR LES COMPAGNIES PHARMACEUTIQUES*

1. L'industrie ne produit plus de molécules innovantes ;
2. Les coûts réels de la recherche sont bien inférieurs aux chiffres avancés ;
3. L'industrie concentre sa recherche sur les médicaments inutiles (les copies) pour maintenir ses bénéfices ;
4. Elle est devenue une simple manufacture et une entreprise de promotion ;
5. Les essais cliniques sont soit biaisés, truqués ou non publiés ;
6. Les études après commercialisation sont des astuces pour élargir les indications et augmenter les ventes ;
7. Elles inventent et promeuvent de soi-disant maladies pour créer de nouveaux besoins ;
8. La nature des liens avec les universités est de plus en plus préoccupante ;
9. Elles s'infiltreront de plus en plus dans l'éducation initiale des médecins et domine scandaleusement la formation médicale continue et la recherche ;
10. Elle domine et exerce des pressions permanentes et croissantes sur la presse médicale.

*M. Angell. [ex-rédacteur en chef du *N Engl J Med*]: *The Thruth About the Drug Companies: How they Deceive Us and What to Do About It*, New York : Random House Press, 2004.

de recul », et 25 compléments de gammes. Sur ces 104 produits, seuls 3 apportent un certain progrès thérapeutique. En revanche, 19 auraient une balance bénéfices-risques défavorable. « *L'autorisation de mise sur le marché (AMM) ne protège pas assez les patients* », écrivent même les auteurs de l'article. Ils dénoncent également l'influence excessive laissée aux firmes, aux dépens des malades : selon eux, les prix des traitements sont trop souvent déconnectés du progrès thérapeutique réel, notamment en cancérologie [15, 18-19].

Les dépenses de promotion des médicaments sont estimées en France à 3 milliards d'euros, soit 12 à 14% du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique. Le prix du médicament finit par être en proportion exactement inverse à son efficacité. Le coût de la visite médicale a été estimé à 25 000 euros par médecin généraliste et par an (Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales [IGAS], enquête CEGEDIM). 20% des médecins généralistes ont reçu jusqu'à 40 visites par mois (Rapport de l'IGAS, Septembre 2007, enquête CEGEDIM 2007).

De plus, « *des copies intéressantes pour les soins, à moindre coût, sont apparues* », note la revue, « *alors que des firmes qui commercialisent de nouveaux médicaments ont des pratiques anticoncurrentielles visant à freiner des firmes de génériques* »... Une dépendance financière malsaine de la santé vis-à-vis des firmes pharmaceutiques, plus soucieuses par la « création de valeurs » *blockbuster* que par la « création de santé » s'est installée [20].

ET DES CIBLES FACILES

En face de cette puissance une nouvelle espèce de praticiens, sous l'influence de l'industrie, est née « *A de nombreux congrès médicaux, il est fréquent de voir les médecins agglutinés, indice certain d'un stand où on distribue des cadeaux. Ils ressemblent à des fourmis autour d'une goutte de miel ... un représentant pharmaceutique distribuait un article de la taille d'un livre cartonné dans une boîte blanche non identifiée. Même si les médecins n'avaient aucune idée de ce qu'elle pouvait contenir, ils tentaient vivement d'en saisir une. A un autre stand, j'ai vu des médecins atteindre un comptoir et se pencher par-dessus pour s'emparer d'un tee-shirt, tandis que le représentant n'arrivait plus à suffire à la demande. Certains médecins ont même bourré effrontément un ou deux sacs du fruit de leur pillage ... chaque médecin devient un panneau publicitaire ambulancier. Certains sacs débordaient de gadgets publicitaires : bloc-notes, ventilateurs affichant un joli chaton d'un côté et une publicité de l'autre, modèle de cellules rouges ou de rein en caoutchouc, carottes et cornichons en plastique, bonbons, échantillons de médicaments, casquettes de base-ball, coussins de souris d'ordinateur, lampe de poche et étiquettes de badges...* » [21].

D'énormes moyens ont instrumentalisés les médecins, sans que nos sociétés savantes et autres organismes représentatifs ne s'en offusquent outre mesure. Pour la Cour des comptes en France, « *La quasi-totalité de l'information reçue par les médecins provient des laboratoires dont l'in-*

térêt est de promouvoir les médicaments les plus chers. C'est un handicap majeur pour toute régulation des dépenses médicaments ». Le coût annuel de la visite médicale représenterait le budget de 1200 facultés de médecine.

Aux USA, il y a un visiteur médical pour 4,7 médecins. Plus de 60 000 visiteurs médicaux assurent la promotion des médicaments. Quels que soient les astuces ou le fard utilisés leurs objectifs sont d'augmenter les ventes de médicaments nouveaux. La désinformation des médecins est organisée. L'industrie fournit les données et préconise les molécules. La profession subit en silence. Les images publicitaires sont d'une indigence accablante, elles sont plus dignes d'une publicité pour lessive dans un supermarché que d'une publicité destinée à des professionnels de la santé. Faut-il le rappeler, la mission première des firmes pharmaceutiques n'est pas la santé publique : c'est de commercialiser des médicaments, et de faire des profits et on ne peut pas le leur reprocher.

Lorsqu'un médecin prescrit un médicament, il aura toujours et bien évidemment la conviction de n'être motivé que par des considérations strictement médicales. Il ne perçoit pas que sa décision n'est pas forcément le fruit d'une réflexion scientifique ou économique (pour deux produits équivalents), mais parfois de l'exécution d'un sentiment d'obligation né à la suite de l'acceptation d'un avantage [22].

Il méconnaît les mécanismes psychologiques inconscients nés des sentiments de réciprocité qu'éprouve chaque être humain à chaque fois qu'il reçoit quelque chose. Plusieurs études ont établi les effets pervers des cadeaux faits aux médecins, notamment sur leurs habitudes de prescription [16].

Il est tout aussi acquis que les cadeaux de l'industrie, même les plus modestes, sont toujours associés à des coûts de prescription plus élevés, à la prescription de nouveaux médicaments présentant un bénéfice plus élevé par rapport aux produits existants, toujours. Ce n'est pas propre aux médecins, l'individu privilégie toujours les solutions qui lui profitent. La prévalence de l'intérêt personnel est un mécanisme psychologique essentiel. Le professionnel non averti aura donc tout intérêt à prescrire les médicaments les plus coûteux.

Secondairement, des mécanismes inconscients se construisent une justification valable des choix même lorsqu'il n'en existe pas une. Des mécanismes de défense comme la négation de toute possibilité d'influence sur le jugement professionnel sont immédiatement mis en avant. La formation scientifique poussée du médecin devrait lui permettre d'apprécier la validité de l'information reçue et donc de prendre de la distance par rapport aux informations émanant de l'industrie pharmaceutique ! Est-ce certain ? Toutes les études faites démontrent l'inverse. De même que le sens de l'éthique, ainsi que les règles de déontologie auxquelles sont soumis les professionnels de la santé les mettraient à l'abri de toute tentative d'influence. Pourtant... on est en droit d'être sceptique face à un jugement professionnel imprégné d'un intérêt financier, et ce même si l'appréciation scientifique est valable [23].

Les risques pour le système de santé ne sont pas qu'économiques ou éthiques. C'est la recherche et les fondements même du savoir médical qui sont aujourd'hui ébranlés. Les essais cliniques ne servent souvent qu'à promouvoir des copies ou de prétendues innovations. L'industrie fournit l'argent pour mener des travaux de recherche, offre les moyens de la notoriété sous forme d'invitations à des conférences, des congrès lointains, de frais de voyage, d'aide à l'exploitation des résultats et surtout à la rédaction et à la publication dans des revues prestigieuses. Elle est la seule à pouvoir financer des essais cliniques sur des milliers de malades dans plusieurs pays durant plusieurs années. Beaucoup de chercheurs ont accepté de participer passivement, mais de façon bien rémunérée, à des essais thérapeutiques gravement manipulés que l'industrie a décidés. Ils ont accepté qu'elle organise le protocole de recherche, finance, contrôle et rédige la publication à sa convenance, en n'hésitant pas à taire les résultats qui les dérangent ; l'histoire nous apprend qu'il est des silences dangereux. Moins du tiers des essais cliniques sont publiés trois ans après la fin des études. C'est une formidable caisse de résonance ; un conférencier qui est sur la liste d'une firme pharmaceutique assurera au minimum sa gloire et sa notoriété. Des clauses de confidentialité sont imposées aux chercheurs. Le calvaire vécu par Nancy Olivieri, qui a voulu divulguer des résultats négatifs, illustre à quel point ces clauses sont contraignantes pour la conscience d'un chercheur consciencieux [15, 24-26].

Plusieurs scandales ont secoué le monde. A la suite de procès intentés par des victimes du Rofécoxib (ex-Vioxx®) contre le fabricant, une équipe a étudié comment il avait occulté la surmortalité due à ce médicament dans les essais qu'il avait financés. La mortalité a été trois fois supérieure sous Rofécoxib au cours de deux essais contre placebo. Mais dans les deux articles publiés relatant ces essais, et dont plusieurs auteurs étaient employés par la firme, les décès ont été signalés de façon isolée, sans analyse adéquate. Les auteurs ont conclu que le Rofécoxib était « bien toléré ». Alors qu'elle disposait de données accablantes, la firme n'a transmis en septembre 2001 à la Food and Drug Administration (FDA) qu'un rapport lénifiant, sans l'analyse des données les plus embarrassantes pour elle. La firme n'a pas non plus informé les comités d'éthique des résultats de mortalité. Certains essais cliniques sont interrompus sans que la communauté scientifique en soit informée. Plusieurs affaires de ce genre ont érodé la confiance.

Aucun secteur de la santé n'a été épargné par le rouleau compresseur de l'industrie, du médecin dans son cabinet, aux chercheurs, à l'enseignant, en passant par les institutions, les publications et même les recommandations des sociétés savantes. La revue *Prescrire*, dans un rapport portant sur plus de 200 guides provenant de divers pays déposés en 2004 au National Guideline Clearinghouse des

Etats-Unis, rapporte que plus du tiers des auteurs de ces guides ont déclaré avoir des liens financiers avec les sociétés pharmaceutiques en cause..., presque la moitié des guides ne disaient rien des conflits d'intérêts. Les médecins qui ont des relations financières avec l'industrie, soit comme chercheurs, conférenciers, consultants, investisseurs, associés, salariés, ou autrement, finissent par mettre consciemment ou inconsciemment en péril leur indépendance et l'objectivité de leur jugement clinique ou les meilleurs intérêts de sujets de recherche ou des patients. Une recommandation dans un guide national entachée par l'argent sous forme d'honoraires de conférences et de consultations, d'actions, d'options, de brevets et de redevances, peut réussir à grossir indûment le chiffre d'affaires et les bénéfices des payeurs.

Les étudiants en médecine, et les jeunes médecins spécialistes en formation constituent des cibles de choix qu'elle ne se prive pas d'approcher [15, 27].

Personne ne croit plus que l'industrie pharmaceutique est au service de la santé. Moins de 1% des nouveaux médicaments mis sur le marché concernent les maladies tropicales car ce sont les maladies des pays riches qui sont les plus rentables. Les antihypertenseurs, les statines, les antiulcéreux, les antalgiques, les anti-inflammatoires, les multiples pilules du bonheur, les interférons, les anticancéreux... sont des marchés rentables, « les vaches à lait » qui bénéficient d'une stratégie coordonnée entre les firmes pharmaceutiques, avec des alliances, des rachats dignes des plus grandes affaires de ce monde. La société a payé mais le service rendu aux citoyens n'est pas proportionnel aux bénéfices, du moins depuis bientôt trois décennies.

La médecine fondée sur des preuves (*Evidence-Based Medicine* [EBM]), les conférences de consensus ou les avis d'experts sont souvent émis par des experts qui ont des liens avec l'industrie. Forcément, puisqu'elle est présente, sans contre-pouvoir réel à toutes les étapes.

L'EBM réclamée, sacralisée, est tout aussi biaisée par les conclusions de ces études commandées, payées et dirigées. La validité même des connaissances médicales véhiculées est aujourd'hui sujette à caution [19, 26, 29-31].

Les experts sont aussi des cibles privilégiés. Dans plusieurs pays les agences du médicament autorisent les médicaments sur la foi de données conçues et produites par ces mêmes firmes et examinées par des experts-chercheurs. En effet, les médecins qui publient sont sollicités en tant qu'experts pour faire partie des commissions qui décident la mise sur le marché des médicaments où ils siègeront avec les représentants de l'industrie. Une telle confusion des rôles ne peut conduire qu'à d'inévitables dérapages.

Se pose bien évidemment la question de l'indépendance des institutions. Il est normal que des laboratoires pharmaceutiques qui ont besoin de faire faire des essais cliniques sur des malades afin de connaître la toxicité et l'efficacité des médicaments qu'ils mettent au point fassent appel à des institutions universitaires, qu'ils rémunèrent pour les travaux coûteux effectués. Mais indéniablement, c'est une

source de conflits d'intérêts [10, 30]. La rémunération des universitaires prend différentes formes, honoraires déclarés ou non, soutien financier pour le service où l'étude a été conduite, achat de matériel informatique, paiement de frais de voyages pour participer à des réunions scientifiques internationales, bourses d'études, prix annuels de la recherche. Non déclarées, cachées, il est aisé de comprendre que ces pratiques prennent une connotation particulière [29].

Les professionnels ne voient plus ou ne veulent plus voir, ni pourquoi, ni comment fonctionne cette machine [26, 28-29].

Plus que le progrès des thérapeutiques ou la découverte de nouvelles molécules, c'est la complicité passive le plus souvent et parfois active de certains qui a permis aux groupes industriels de contrôler la recherche, la formation et ce faisant une grande partie de l'économie de santé d'un pays [18]. Outre la formation médicale continue qui est totalement dépendante de l'industrie, la maîtrise des mécanismes d'information, sites Internet, grands journaux scientifiques, complète le tableau. Les journaux médicaux d'éditeurs puissants sont totalement dépendants de l'industrie. Plusieurs cas de rétention d'articles contraires à tel ou tel produit ou de rejet d'articles ont été rapportés. Dans certains journaux, un tiers des pages sont réservées à la publicité. Mais au fur et à mesure que les scandales éclatent, une prise de conscience se dessine [32].

DES MALADES QUI S'IGNORENT

« *Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent* » disait Knock (Jules Romains). C'est ce que nous sommes aux yeux de l'industrie. Les professionnels et leurs institutions ne sont pas la seule cible. Le grand marché de la prévention est extraordinairement lucratif. Comme le dit Ivan Illich, plus grande est l'offre de « santé », plus les gens répondent qu'ils ont des problèmes, des besoins, des maladies, et demandent à être garantis contre les risques. La communication directe des firmes vers les patients et les citoyens se met en place insidieusement. Pour développer leurs ventes, les firmes pharmaceutiques ont intérêt à s'adresser directement au grand public. D'une information-santé centrée sur des objectifs de santé publique, pour des citoyens responsables, nous assistons à un déplacement d'une information-santé avec l'instillation du message de la santé parfaite, vers des citoyens anxieux. C'est un véritable phénomène de société. « *Obsédé par sa santé physique et mentale, l'individu d'aujourd'hui ne vit que des rapports intermittents avec la médecine qui reste principalement thérapie, donc occasionnelle, limitée au moment du mal à soigner. Il n'en va plus de même dans la logique d'une médecine préventive universelle. Ses capacités de prédiction, par la localisation des gènes défectueux, sont immenses. Une prévention systématique sera recherchée. Fini le rapport intermittent à la médecine. Le rapport sera permanent, total. Totalitaire. Tandis que l'économie de la santé jouera un rôle central dans l'équilibre (ou le déséquilibre) des États.* » [33]. Et qu'observe-

t-on ? L'industrie a développé durant la dernière décennie, de nombreux outils et méthodes : articles dans la presse quotidienne alertant la population sur tel symptôme ou maladie, invitant parfois à l'« autodiagnostic », et annonçant dans le même temps l'arrivée du médicament prometteur ; émissions radio-télévisées autour de leaders d'opinion réitérant les messages ; campagnes dans les établissements scolaires. C'est une stratégie toujours gagnante. Les traitements préventifs s'adressent à tout le monde, les échecs éventuels n'apparaissent qu'après plusieurs années... c'est imparable. Des campagnes de promotion d'une image d'une industrie altruiste au service de la recherche et de la population ont été menées à travers tous les multimédias jusque sur la voie publique, etc. Il s'agit d'efforts des firmes pour déguiser cette publicité en « information sur les maladies et les traitements ». Des organisations-écrans, « *un modèle d'opacité et de conflit d'intérêts* », se sont mises en place pour organiser des évènements en collaboration avec des organisations représentatives des firmes pour informer les patients.

Interdire, divulguer, limiter, peu importe le mécanisme choisi pour répondre aux inéluctables conflits d'intérêts. Les solutions proposées partent toujours du même constat brossé plus haut, des écarts intolérables sont survenus. Quelle que soit la voie adoptée, elles comportent toutes des failles et des insuffisances que les professionnels s'empressent de dénoncer.

CONCLUSIONS

Nous sommes condamnés à avoir des relations avec l'industrie pharmaceutique, vivre ensemble est un mal nécessaire. Il nous faut donc trouver une voie qui satisfasse à toutes les parties. Ces parties sont multiples. Ne sont pas seulement concernés les professionnels de la santé et les industriels, mais les caisses d'assurance maladie, les autorités publiques, les universités, les sociétés savantes, les journaux médicaux et avant tout le commun des mortels.

Chaque partie doit accepter de faire à l'autre les concessions minimales nécessaires à la formulation d'un accord. C'est la définition du compromis de J.F. Malherbe [34]. Il leur faut trouver un compromis fondé sur trois principes non négociables et intimement liés. Le premier est celui de la préservation de l'indépendance professionnelle du soignant, le second est de toujours s'assurer que le contrôle et la diffusion du savoir médical reste du ressort d'experts indépendants et enfin, toujours, tout mettre en œuvre pour équilibrer les forces, celle de la santé, et celle des forces du marché. Pour ce faire, les médecins ou organismes qui acceptent l'assistance des firmes pharmaceutiques pour des programmes éducatifs ou de recherche doivent sortir de la négation et être conscients des situations de conflits d'intérêts ainsi créées. Une régulation externe réglementaire est indispensable mais insuffisante ; seule, elle ne résoudra pas les problèmes. Pour être efficace toute réforme réglementaire doit être accompagnée de mécanismes de régulation internes. Les professionnels doivent développer et mettre en application des politiques

explicités qui préservent un jugement indépendant. Nous devons trouver des solutions qui maintiennent les normes morales, la crédibilité de la profession et assurer le contrôle complet de planification des programmes de formation, tant pour le contenu que pour la dispensation. Un changement de culture permettant non seulement de pénaliser les défaillants mais surtout de valoriser les professionnels qui entretiennent l'intégrité professionnelle.

RÉFÉRENCES

1. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med* 1993 ; 329 : 573-6.
2. Rodwin M : *Medicine, money, and Morals*, New York : Oxford University Press, 1993 : 8-9.
3. Angell M. The doctor as double agent. *Kennedy Inst Ethics J* 1993 ; 3 : 279-86.
4. Coyle SL. Physician-industry relations. Part 1: Individual physicians. *Ann Intern Med* 2002 ; 136 : 396-402.
5. Coyle SL. Physician-industry relations. Part 2 : Organizational issues. *Ann Intern Med* 2002 ; 136 : 403-6.
6. Rosenthal MB. What works in market-oriented health policy ? *N Engl J Med* 2009 ; 360 : 2157-60.
7. Wager E. How to dance with porcupines : rules and guidelines on doctors' relations with drug companies. *BMJ* 2003 ; 326 : 1196-8.
8. Gibson E, Baylis F, Lewis S. Dances with the pharmaceutical industry [editorial]. *JAMC* 2002 ; 166 : 448-50.
9. Malinowski MJ. Institutional conflicts and responsibilities in an age of academic-industry alliances. *Widener Law Symposium Journal* 2001 ; 8 : 31-73.
10. Martin JB, Kasper DL. In whose best interest ? Breaching the academic-industrial wall. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 1646-9.
11. Banks JW, Mainous AG. Attitudes of medical school faculty toward gifts from the pharmaceutical industry. *Acad Med* 1992 ; 67 : 610-12.
12. Blumenthal D, Campbell EG, Causino N, Louis KS. Participation of life-science faculty in research relationships with industry. *N Engl J Med* 1996 ; 335 : 1734-9.
13. Blumenthal D. Academic-industrial relationships in the life sciences. *N Engl J Med* 2003 ; 349 : 2452-9.
14. Boyd A, Bero L.A. Assessing faculty financial relationships with industry : a case study. *JAMA* 2000 ; 284 : 2209-14.
15. Campbell EG, Weissman JS, Vogeli C et al. Financial relationships between institutional review board members and industry. *N Engl J Med* 2006 ; 355 : 2321-9.
16. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry : Is a gift ever just a gift ? *JAMA* 2000 ; 283 : 373-80.
17. Orlowski JP, Wateska L. The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. There's no such thing as a free lunch. *Chest* 1992 ; 102 : 270-3.
18. Friedberg M, Saffran B, Stinson TJ, Nelson W, Bennett CL. Evaluation of conflict of interest in economic analyses of new drugs used in oncology. *JAMA* 1999 ; 282 : 1453-7.
19. Hampson LA, Agrawal M, Joffe S, Gross CP, Verter J, Emanuel EJ. Patients' views on financial conflicts of interest in cancer research trials. *N Engl J Med* 2006 ; 355 : 2330-7.
20. Dhalla I, Laupacis A. Moving from opacity to transparency in pharmaceutical policy. *CMAJ* 2008 ; 178 : 428-31.
21. Kassirer JP : *La main dans le sac*, Montebello (Québec) : Ed. Le Mieux-être, 2007 : 15-16.
22. Jorgensen AW, Hilden J, Gotzsche PC. Cochrane reviews compared with industry supported meta-analyses and other meta-analyses of the same drugs : systematic review. *BMJ* 2006 ; 333 : 782-5.
23. Strohmetz DB, Rind B, Fisher R, Lynn M. Sweetening the till : the use of candy to increase restaurant tipping. *J Applied Soc Psychol* 2002 ; 32 : 300-9.
24. Diack A, Seiter A, Hawkins L, Dweik IS. Assessment of Governance and Corruption in the Pharmaceutical Sector. Lessons Learned from Low and Middle Income Countries. The International Bank for Reconstruction and Development. World Bank publications (www.worldbank.org/hnppublications), January 2010.
25. Grimaldi A. L'indépendance de la presse médicale est-elle menacée ? *Rev Méd Interne* 2000 ; 21 : 743-4.
26. Stossel TP. Regulating academic-industrial research relationships – solving problems or stifling progress ? *N Engl J Med* 2005 ; 353 : 1060-5.
27. Chervenak FA, Mc Cullough LB. An ethical framework for identifying, preventing, and managing conflicts confronting leaders of academic health centers. *Acad Med* 2004 ; 79 : 1056-61.
28. Steinbrook R. Disclosure of industry payments to physicians. *N Engl J Med* 2008 ; 359 : 559-61.
29. Yank V, Rennie D, Bero LA. Financial ties and concordance between results and conclusions in meta-analyses : retrospective cohort study. *BMJ* 2007 ; 335 : 1202-5.
30. Shalala D. Protecting research subjects – What must be done. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 808-10.
31. Weinfurt KP, Hall MA, King NM, Friedman JY, Schulman KA, Sugarman J. Disclosure of financial relationships to participants in clinical research. *N Engl J Med* 2009 ; 361 : 916-21.
32. International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: Writing and editing for biomedical publication. www.icmje.org.
33. Sfez L : *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Paris : Le Seuil, 1995.
34. Malherbe JF : *Compromis, dilemmes et paradoxes*, Montreal : Artel-Fides, 1999 : 121.