

Université Paris 8
École doctorale Sciences sociales
Laboratoire EXPERICE
Thèse de sciences de l'éducation

Quelle formation à l'indépendance est-elle possible pour les étudiants en médecine,
par rapport à l'influence de l'industrie pharmaceutique ?

Présentée et soutenue publiquement par Paul Scheffer le 24 mai 2017,
sous la direction de Jean-Louis Le Grand.

Jury :

Florent Champy, Directeur de recherche au CNRS en sociologie. Rapporteur.

Jean-Luc Dubois-Randé, Professeur de médecine. Doyen de la faculté de médecine de l'Université
Paris Est Créteil Val de Marne. Président de la conférence des doyens de
faculté de médecine.

Jean Jouquan, Professeur de médecine interne. Rédacteur en chef de la revue internationale
francophone *Pédagogie Médicale*.

Olivier Las Vergnas, Professeur de sciences de l'éducation de l'Université Lille 1. Rapporteur.
Président du jury.

Jean-Louis Le Grand, Professeur de sciences de l'éducation de l'Université Paris8. Directeur de
thèse.

Frédérique Lerbet-Sérén, Professeur de sciences de l'éducation de L'Université Pau pays de
l'Adour.

Remerciements

Je remercie Jean-Louis Le Grand pour m'avoir accompagné pendant cette thèse et auparavant.

Je remercie les membres du jury d'avoir accepté d'en faire partie.

Je remercie toute l'équipe d'Experice, en particulier celles et ceux qui m'ont soutenu pour l'obtention du contrat doctoral et Luigi Flora pour nos échanges réguliers.

Je remercie les étudiants, enseignants, médecins qui se sont rendus disponibles pour les entretiens.

Je remercie, les chercheurs, les politiques et les journalistes pour les travaux sur lesquels cette recherche s'est appuyée.

Je remercie les associations qui portent les valeurs de l'indépendance dans le domaine de la santé, et qui ont beaucoup contribué aux résultats de ces pages.

Je remercie Dominique Richez, Matthieu Yver, Philippe Schilliger, Nils Kessel, Dominique Dupagne et Philippe Foucras pour leur relecture minutieuse, ainsi que Jérémie Serme et Walter Zelinski pour les aides techniques.

Je remercie madame Morvan et madame Krier de Paris 8 pour les nombreux services rendus qui m'ont permis de réaliser cette thèse dans de bonnes conditions.

Je remercie enfin ma famille et mes amis qui ont été à mes côtés tout au long de cette longue aventure.

Résumé

L'influence systémique de l'industrie pharmaceutique en médecine est étudiée depuis des décennies. La recherche et la clinique sont fortement touchées, avec des enjeux sanitaires, économiques et éthiques majeurs. La faiblesse des études médicales, en termes de formation à l'indépendance, est régulièrement identifiée comme l'un des secteurs prioritaires où des changements conséquents sont à apporter. Ceci serait d'autant plus nécessaire que les étudiants sont eux-mêmes soumis à l'influence des firmes tout en se croyant immunisés face à cette dernière. Cette thèse cherche à comprendre ce qui peut freiner et surtout favoriser la formation à l'indépendance et l'indépendance de la formation elle-même des étudiants en médecine. Cette recherche a ainsi donné une place particulière aux initiatives sources de transformations à la fois personnelle et institutionnelle en faveur de l'indépendance chez les acteurs (doyens, enseignants, étudiants, associations) de la formation initiale des médecins. Ce travail s'articule autour de quatre niveaux : les politiques globales conditionnant l'enseignement supérieur, les positions des différents acteurs de la formation, les enjeux curriculaires, et les dispositifs pédagogiques. Les étudiants en médecine se forment dans différents lieux au cours de leurs études, il est ici principalement question des facultés, même si l'hôpital et les stages chez des médecins généralistes sont aussi abordés. Enfin, tout en se focalisant sur la France, ce travail met à contribution les expériences réalisées à l'international en lien avec notre question.

Mots clés : Apprentissage transformateur ; formation médicale ; indépendance ; industrie pharmaceutique ; professionnalisme ; éthique ; conflits d'intérêts ; associations

Abstract

The systemic influence of the pharmaceutical industry in medicine has been studied for decades. The medical research and the clinical field are profoundly impacted, with major health, economical and ethical consequences at stake. The medical studies' weakness concerning the training for independence is regularly identified as one of the priority sectors requiring important changes. It would be all the more necessary as students are themselves targeted by the influences of the firms, and believe that they are not affected by it. This thesis aims at understanding what opposes and overall contributes to the introduction of a formation of independence, and to the independence of the medical students' formation especially in medical schools, even if the cases of teaching hospitals and vocational training courses are also mentioned. It gives then a particular place to the initiatives source of personal and institutional transformations in favor of independence by the actors (deans, teachers, students, associations) of the medical formation. This research turns on four levels : the global politics influencing higher education, the positions of the different actors, the curricular stakes, and the teaching practises. If this thesis focuses on France, it takes into account the experiences linked to our question realized in other countries.

Key Words : Transformative learning ; Medical formation ; Independence ; Pharmaceutical industry ; Professionalism ; Ethics ; Conflicts of interests ; Non profits associations

Table des matières

Introduction	p.1
Définition de l'indépendance en médecine.....	p.2
Cadre théorique : une recherche <i>pour</i> l'éducation, au croisement du développement des formations en santé et du <i>Transformative Learning</i>	p.6
Méthodologie.....	p.13

Partie I : **Influence de l'industrie pharmaceutique dans la recherche médicale et faiblesse de la** **régulation des pouvoirs publics**

1 La production des données médicales	p.19
1.1 Une recherche biomédicale dominée par les firmes pharmaceutiques	p.19
1.2 L'établissement des protocoles de recherche, aussi appelé design d'étude.....	p.21
1.3 L'accès aux données.....	p.23
1.4 L'innovation dans la recherche biomédicale.....	p.24
1.4.1 Le cas des « me-too »	p.25
1.4.2 La supériorité des nouveaux médicaments sur les anciens mise en doute	p.27
1.4.3 Recherche biomédicale publique et recherche issue des laboratoires pharmaceutiques.....	p.29
1.4.4 Les journaux médicaux de référence dans la tourmente.....	p.31
2 Régulation du secteur du médicament par les pouvoirs publics aux États-Unis et en France.	p.32
2.1 L'autorisation de mise sur le marché (AMM).....	p.32
2.1.1 L'homologation des médicaments à la FDA.....	p.32

2.1.1.1. Les conflits d'intérêts au sein du processus d'évaluation.....p.35

2.1.2 Le processus d'AMM en Francep.37

2.1.2.1 La gestion des conflits d'intérêtsp.39

2.1.2.2 Expertise et corruptionp.45

2.1.3 Recommandations de bonnes pratiques et conférence de consensus.....p.45

3 Les sanctions existent-elles et sont-elles dissuasives ?p.47

Partie II

Formation à l'indépendance des étudiants en médecine, et indépendance de la formation

- 1 Légitimité et enjeux d'un besoin de formationp.51
- 2 État des lieux en matière de formation à l'indépendance.....p.53
- 3 Axe politiquep.59
 - 3.1 Le néolibéralisme comme cadre globalp.59
 - 3.2 Contre-poids en faveur de la formation à l'indépendance..... p.62
- 4 Axe des actantsp.65
 - 4.1 Les doyensp.66
 - 4.1.1 Une influence des firmes ciblant directement les doyens.....p.66
 - 4.1.2 Des positionnements différents selon les doyens.....p.70
 - 4.1.3 Comprendre le statu quo.....p.76
 - 4.1.3.1 Une perception positive de l'industrie pharmaceutique : recherche, innovation et foi dans le médicament.....p.81
 - 4.1.4 Conflits d'intérêts personnels et hostilité face à l'indépendance.....p.90
 - 4.1.5 Une transformation possible des perceptions en cours..... p.90
 - 4.2 Les enseignantsp.94

4.2.1 Publications et hiérarchie médicale.....	p.95
4.2.2 Analyse d'un déni qui perdure.....	p.98
4.2.2.1 La culture de l'entitlement.....	p.100
4.2.2.2 La responsabilité particulière des PUPH.....	p.103
4.2.2.3 Les conflits d'intérêts chez les enseignants.....	p.105
4.2.3 A l'hôpital.....	p.106
4.2.4 Comment favoriser une évolution des idées ?.....	p.111
4.2.4.1 L'affaire du Mediator® a-t-elle été source de changements.....	p.118
4.2.4.2 Stratégie de management ou stratégie de désinvestissement ?.....	p.123
4.2.3 Initiatives enseignantes.....	p.126
4.2.3.1 Freins rencontrés et solutions mises en œuvre.....	p.129
4.2.3.2 Limites de l'action des enseignants en SHS et en médecine générale.....	p.131
4.2.4 Les maîtres de stage.....	p.132
4.2.4.1 Des maîtres de stage exemplaires en matière d'indépendance....	p.133
4.2.4.2 Des maîtres de stages en contre-modèles.....	p.135
4.2.4.3 Des expériences intermédiaires.....	p.136
4.3 Les étudiants	p.137
4.3.1 Des étudiants sous influence.....	p.137
4.3.2 Initiatives étudiantes.....	p.141
4.3.2.1 Le virage de l'ANEMF.....	p.142
4.3.2.2 Le réseau MEDSI.....	p.147
4.3.2.3 La Troupe du RIRE.....	p.151
4.3.2.4 Les syndicats d'internes	p.154
4.3.2.5 Des thèses abordant la question de l'indépendance.....	p.156

4.3.2.5.1 La thèse de Louis-Adrien Delarue.....	p.160
4.3.2.6 Des actions individuelles.....	p.166
4.3.3 Un autre rapport au savoir et au concours.....	p.167
4.3.3.1 L'ECN perd de son emprise.....	p.167
4.3.3.2 Une autre vision du médicament.....	p.170
4.3.4 L'importance du collectif.....	p.172
4.3.4.1 Des compétences réflexives encouragées.....	p.175
4.3.4.2 L'humilité comme compétence.....	p.177
4.3.5 Les étudiants à l'hôpital.....	p.181
4.4 L'action de différents organismes en matière d'indépendance et le rôle du doctorant	p.182
4.4.1 La revue <i>Prescrire</i>	p.185
4.4.2 Le Formindep.....	p.191
4.4.3 L'État.....	p.193
4.4.4 Rôle du doctorant.....	p.195
4.4.4.1 La rencontre de l'ANEMF : dépasser les préjugés.....	p.195
4.4.4.2 Engagement au sein du Formindep.....	p.198
4.4.4.3 La journée nationale sur l'indépendance dans la formation initiale	p.198
5 Axe curriculaire.....	p.200
5.1 Les freins intrinsèques au curriculum actuel.....	p.201
5.1.1 Évaluation : le poids des concours.....	p.205
5.1.2 L'absentéisme massif et le bachotage.....	p.206
5.2 Quelles propositions pour modifier le curriculum ?.....	p.210
5.2.1 L'approche par compétences et le Pharm-Free Curriculum de l'AMSA.....	p.213
5.3 Éthique et indépendance.....	p.221

5.3.1 L'espace Éthique de l'AP-HP et les firmes pharmaceutiques.....	p.224
6 Axe pédagogique.....	p.227
6.1 Vers un changement de paradigme.....	p.227
6.2 Posture spécifique et dispositifs pédagogiques	p.230
6.3 Ressources à disposition des enseignants.....	p.235
6.4 Interventions de patients.....	p.237
6.5 Quels choix possibles de FMC vis-à-vis de l'indépendance ?	p.239
6.5.1 Une information médicale en partie soumise aux leaders d'opinion.....	p.239
6.5.2 Une presse médicale française majoritairement financée par l'industrie.....	p.242
6.5.3 Visiteurs médicaux, autres techniques d'influence, et déni des médecins.....	p.243
6.5.4 Comment les médecins soucieux d'indépendance continuent-ils à se former ?	p.246
6.5.5 Quelles stratégies sont utilisées par les médecins généralistes pour favoriser une installation en libéral en lien avec leur souhait d'indépendance ?	p.252
Conclusion	p.254
Bibliographie.....	p.259
Glossaire.....	p.278
Annexes	I-XIX

Déclaration de liens d'intérêt

L'auteur de cette recherche déclare n'avoir aucun lien d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique ou avec l'industrie des produits de santé. Il est administrateur du Formindep, membre du collectif de La Troupe du RIRE, et relecteur occasionnel pour la revue *Prescrire* dont il sera question dans ces pages. Il a reçu un financement de l'université Paris 8 pour la réalisation de cette thèse par le biais d'un contrat doctoral.

Introduction

L'affaire du Mediator® a profondément bouleversé le système de santé français en mettant en lumière de graves dysfonctionnements. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) consacré à son sujet, affirme notamment que l'Agence du médicament, l'Afssaps, a été « roulée dans la farine », et que les principaux acteurs du domaine du médicament ont été « anesthésiés » par la firme pharmaceutique Servier. Les pratiques de lobbying et les nombreux contacts de ce laboratoire au plus haut niveau de l'État ont été eux aussi mis en évidence, et plusieurs éléments du système de santé ont été à la suite de cette affaire remis en question, comme la raison d'être des visiteurs médicaux^{1,2}. Cet exemple rappelle la promesse de François Mitterrand, lors de la campagne présidentielle, visant à dissoudre cette profession. Cette annonce ne fut jamais appliquée, montrant l'inertie que l'on peut constater dans ce secteur. Le scandale du Mediator® n'est pas, lui non plus, le premier du genre, il fait suite à une longue série dont celui du thalidomide, du rofecoxib (Vioxx®), et plus récemment des médicaments anti-alzheimer, des pillules de troisième et quatrième générations et de la dépakine®. Certains observateurs soulignent l'aspect récurrent de ces affaires, avec souvent les mêmes circonstances :

La vente d'un médicament dont les effets potentiellement dangereux étaient connus depuis de nombreuses années ; une administration de contrôle liée à la firme de production ; des médecins qui ont massivement prescrit une molécule, parfois de confort, sans prendre connaissance des rapports scientifiques sur le sujet.³

Cependant, l'affaire du Mediator®, par son caractère franco-français, a permis de relancer le débat sur le territoire national quant à l'impact de l'influence de l'industrie

1 Bensadon Anne-Carole, Marie Etienne, Morelle Aquilino, *Enquête sur le Mediator®*, rapport définitif de l'IGAS n°RM 2011-0001P, janvier 2011

2 Bensadon Anne-Carole, Marie Etienne, Morelle Aquilino, *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, Igas, juin 2011

3 Lomba Cédric, Michel Hélène, « Le médicament : produit éthique, marchandise rentable », *Savoir/agir* n°16, juin 2011, p.9

pharmaceutique dans le domaine de la santé, et notamment par rapport à la formation à l'indépendance des médecins, formulée comme l'une des réponses principales à apporter selon les professeurs Even et Debré, auteurs de l'un des rapports officiels sur l'affaire du Mediator®. Pour eux, le système de formation initiale et continue des médecins est l'un des quatre principaux piliers, avec l'industrie pharmaceutique, les organismes de contrôle et les médecins eux-mêmes, qui sont à l'origine des défaillances et des dérives dont résulte le scandale sanitaire du Mediator®⁴.

Plus particulièrement, les études médicales jouent un rôle évident dans le façonnage des futures générations de médecins en matière d'indépendance ou au contraire de dépendances plus ou moins étroites avec l'industrie. Le sociologue Robert Merton dès 1957 décrivait comment ces années d'études étaient déterminantes sur de nombreux aspects :

Les études de médecine vont en effet constituer un moment décisif de la socialisation professionnelle. C'est au cours de cette période d'apprentissage que la profession, ou plus exactement, que la profession à travers son corps de médecins-enseignants, va initier les novices à l'identité professionnelle des médecins (...) et c'est par cette initiation que la profession va pouvoir exercer un contrôle sur ce que vont devenir ces futurs médecins. C'est l'ensemble des valeurs, des idées, des normes, des comportements qui composent la culture professionnelle qui constitue l'enjeu de cette initiation.⁵

Définition de l'indépendance en médecine

Cette initiation à l'identité de la profession et à ses valeurs concerne également la question de l'indépendance vis-à-vis de l'acteur clé qu'est l'industrie pharmaceutique. L'indépendance est aujourd'hui définie pour les médecins par plusieurs articles du Code de déontologie : l'article 5 pose le fait que « le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ». Il est précisé par l'article 95 :

4 Even Philippe, Debré Bernard, *Les leçons du Mediator – L'intégralité du rapport sur les médicaments*, Le Cherche Midi, Paris, 2011, p.43

5 Merton R., Reader G & Kendall P., *The Student Physician. Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Cambridge : Harvard University Press, 1957, cité par David Saint-Marc, *La formation des médecins*, L'Harmattan, Paris, 2011, p.38

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.⁶

Comme le rappelle le professeur de droit Rémi Pellet, la première loi organisant le système des conventions médicales nationales a consacré le principe qui a été codifié à l'article L. 162-2 du Code de la Sécurité sociale :

Dans l'intérêt social et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n°71-525 du 3 juillet 1971.⁷

L'indépendance est donc reconnue en principe par les communautés médicale et sociale. Comme le souligne Rémi Pellet, on notera qu'« ainsi, tout médecin, libéral ou salarié, a le droit au respect de son indépendance professionnelle mais c'est aussi une obligation qui pèse sur lui : il n'est pas libre d'aliéner cette liberté qui est aussi un droit de chaque patient à recevoir des soins déterminés en fonction d'abord de son état de santé »⁸. L'indépendance apparaît ainsi comme un droit mais aussi un devoir qui devrait s'imposer au médecin. Cependant il n'est pas explicité envers

6 Pellet Rémi, « L'indépendance des médecins : les paradoxes du droit », dans Jean de Kervasdoué (sous dir.), *La crise des professions de santé*, Dunod, Paris, 1996, p.192

7 Idem

8 Idem

qui précisément cette indépendance peut être exercée, et en quoi elle peut consister concrètement. Énoncée comme telle, elle pourrait même être interprétée comme un outil supplémentaire pour renforcer l'autonomie de la profession médicale dans son rapport historiquement conflictuel avec l'État, comme la victoire de l'adoption de la charte de 1927 où les médecins ont pu faire reconnaître bon nombre des prérogatives dont ils jouissent encore aujourd'hui en est un exemple⁹. Il convient donc de préciser ce qu'on peut entendre par indépendance médicale, comme le fait Rémi Pellet :

Les médecins libéraux font habituellement valoir que leur indépendance statutaire protège les patients dans la mesure où elle est la garantie de leur véritable liberté de jugement dans l'exercice de leur art : nul ne peut orienter leur pratique. On pourrait considérer que ces propos sont souvent démentis *de facto* dans la mesure où les décisions de ces praticiens sont souvent influencées, d'une part, par les informations « orientées » données par les visiteurs médicaux des entreprises pharmaceutiques, d'autre part, par les patients eux-mêmes qui ont de plus en plus tendance à vouloir prescrire eux-mêmes les médicaments voir les opérations, dont ils jugent avoir besoin...¹⁰

L'indépendance peut ainsi s'exercer à l'encontre d'une large panoplie d'acteurs avec lesquels les médecins sont en prise : pouvoirs publics, caisse d'assurance maladie, patients, médias, industrie pharmaceutique... C'est sur cette dernière que se concentre notre recherche, l'industrie pharmaceutique étant considérée par l'Institute of Medicine (l'équivalent de l'Académie de Médecine française) et beaucoup d'autres observateurs, comme l'acteur le plus problématique en matière de conflits d'intérêts et d'indépendance des professionnels de santé, médecins en tête, dans les systèmes de santé contemporains¹¹. L'urgence à prendre sérieusement en compte l'indépendance des médecins vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et à y remédier se fait remarquer dans un nombre élevé de publications médicales de haut niveau et de documents

9 Rodwin Marc A., *Conflicts of Interest and the Future of Medicine*, Oxford University Press, New-York, 2011, p.27 et p.52

10 Pellet Rémi, « L'indépendance des médecins : les paradoxes du droit », dans Jean de Kervasdoué (sous dir.), *La crise des professions de santé*, Dunod, Paris, 1996, p.190

11 Lo B, Field MJ, *Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice*, Institute of Medicine, National Academies Press, 2009

officiels. On en retrouve un exemple dans un commentaire paru dans le *Lancet* d'un rapport parlementaire britannique de 2006 :

L'influence de l'industrie pharmaceutique est énorme et hors de tout contrôle. (...) Ses tentacules s'infiltrant à tous les niveaux, atteignant les patients, les ministères de la Santé, les organes de régulation, les gestionnaires, les chercheurs, et les organisations humanitaires médicales, puis les universitaires, les médias, les aidants, les écoliers, et les responsables politiques. (...) Les grandes multinationales planifient, sponsorisent, orchestrent et contrôlent les publications de tous les essais de médicaments clés ; elles assurent la production, la mise sur le marché, et la promotion des médicaments que nous consommons.¹²

Une fois le principe de l'indépendance médicale posé¹³, vu comme un droit mais surtout un devoir qui incombe à la profession médicale, la question est de savoir comment il est possible d'envisager son enseignement. Existe-t-il des sources fiables, reconnues et faisant consensus au sein de la communauté médicale pour en établir les fondements ? Si oui, ces dernières sont-elles actuellement mises à contribution dans les formations initiales et continues des médecins ? Si ce n'est pas le cas, peut-on en connaître les raisons de ce qui bloque leur introduction ? Existe-t-il également des lieux, à l'intérieur ou à l'extérieur des institutions de formation médicale classiques, où cette formation à l'indépendance est déjà expérimentée ? Dans quelle mesure enfin ces formations plus ou moins informelles peuvent-elles servir de balises pour envisager ce que pourrait être une formation à l'indépendance ? Telles sont les principales questions autour desquelles notre travail va se concentrer. Une précision s'impose toutefois, la formation médicale a cela de particulier qu'elle se réalise à la faculté, mais aussi lors de nombreux stages à l'hôpital et dans les cabinets de médecins. Cette recherche s'est focalisée sur la faculté, mais elle a essayé de prendre en compte les autres espaces de formation quand les données recueillies les ont abordés.

12 Collier J. (2006), « Big Pharma and the UK Government », *The Lancet*, vol 367, 14 January, p.97.

13 Si le terme d'indépendance est couramment utilisé, certains acteurs préfèrent parler de la faculté de « choisir ses dépendances ». Selon ces derniers, cela permettrait d'insinuer que l'indépendance n'est jamais acquise, et qu'elle requiert en médecine un travail en commun, en s'appuyant sur d'autres acteurs. Même si nous reconnaissons la pertinence de cette formule, nous emploierons le mot « indépendance » dans notre travail par commodité d'écriture, et aussi parce qu'il fait l'objet de définitions légales claires.

Cadre théorique : une recherche *pour* l'éducation, au croisement du développement des formations en santé et du *Transformative Learning*.

On peut distinguer des recherches *sur* et *pour* l'éducation. Dans le premier cas, il s'agit de travaux qui génèrent des savoirs dans le domaine de l'éducation, prioritairement à destination de la communauté de chercheurs de la discipline. Dans le second cas, la recherche a autant, voire davantage, le souci que les données qu'elle présente puisse répondre à des problèmes rencontrés par les enseignants sur le terrain et apporter des connaissances que ces derniers puissent utiliser concrètement. Ces travaux s'adressent dans ce cas aux universitaires, mais aussi aux professionnels concernés. On peut alors parler de recherche *pour* l'éducation¹⁴. Van der Maren est l'un des partisans de ce courant dans lequel cette thèse s'inscrit également. Selon lui, la recherche *pour* l'éducation se caractérise par l'élaboration d'un savoir stratégique, articulant les savoirs d'actions issus de la pratique des enseignants et les savoirs scientifiques. De plus, le chercheur est invité dans ce type de travaux à présenter des possibilités en matière d'éducation par rapport à une situation donnée, ainsi qu'à susciter la réflexion vis-à-vis des pratiques des enseignants et à leurs initiatives¹⁵. Dans la lignée d'Habermas, une des principales finalités de cette approche est l'émancipation des acteurs, qui pourrait être définie de la sorte :

L'émancipation est bien plutôt dans ce mouvement difficile par lequel le sujet s'approprie des objets culturels qui lui permettent de penser le monde autrement que comme un ensemble de situations insaisissables ; elle est aussi dans tout ce que cette appropriation autorise, dans le fait qu'elle rende le sujet auteur de sa propre intelligence, capable de l'exercer en dehors des dispositifs et de la présence de son éducateur, capable de s'arracher à la dépendance de ses maîtres et aux facilités de la reproduction mimétique¹⁶.

14 Garnier Philippe, *Enseigner à des élèves avec autisme dans un paradigme inclusif : quels dilemmes, quels savoir-se-transformer ?*, Thèse de sciences de l'éducation, Université Paris 8, 2013

15 Van der Maren, J-M. *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal : Les presses de l'université de Montréal, Montréal, 1995

16 Meirieu Philippe, *Le Choix d'éduquer*, éd. ESF, coll. Pédagogies, 1991, p. 131

Ce souci d'émancipation s'articule bien avec les principaux axes théoriques de notre recherche, à savoir la manière de concevoir le développement des formations dans le domaine de la santé selon Parent et Jouquan¹⁷, et le *Transformative Learning* dont il va maintenant être question.

Parent et Jouquan proposent plusieurs axes par lesquels le développement d'une formation en santé peut se réaliser. Ils paraissent pertinents pour à la fois analyser la *situation d'éducation* liée à la formation à l'indépendance des futurs médecins, comprendre le paradoxe de ce besoin de formation non satisfait, et exposer les possibilités favorisant la préparation des futurs médecins pour notre objet. La *situation d'éducation*, j'entends la prise en compte du contexte qui conditionne toute pratique éducative localisée, à la suite du professeur en sciences de l'éducation

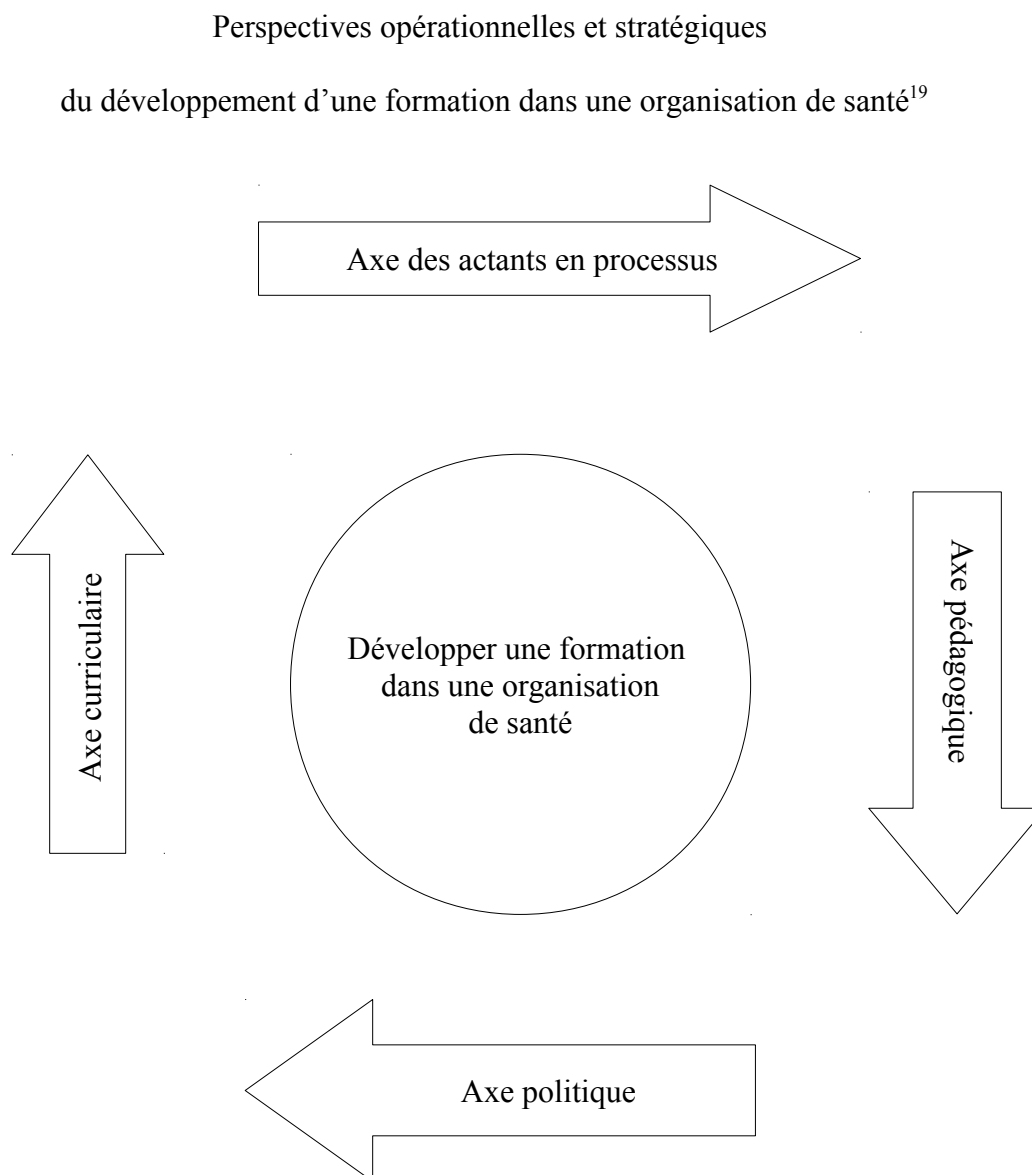
Gaston Mialaret :

Tous les faits d'éducation s'inscrivent dans un contexte que nous appellerons une situation d'éducation ; la connaissance des caractéristiques principales de celle-ci est indispensable à l'interprétation et à la compréhension des faits éducatifs.¹⁸

17 Parent Florence, Jouquan Jean (sous dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck, Bruxelles, 2013

18 Gaston Mialaret, cité par Jacques Ardoino, *Education et Politique*, Anthropos, 1999, p.1

Parent et Jouquan présentent leur conception à travers le schéma suivant :



L'axe politique permet de cerner le contexte politique et économique dans lequel s'inscrit la formation des médecins, avec les présupposés et les contraintes qui lui sont propres. Il permet également de mettre en perspective les différentes finalités qui peuvent s'entrecroiser et être en tension à ce niveau, sur les plans managériaux et pédagogiques notamment.

¹⁹ Adapté de Parent Florence, Jouquan Jean (sous dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck, Bruxelles, 2013

L'axe des actants (c'est-à-dire des acteurs en contexte et en cours de contexte) est ainsi présenté par Parent et Jouquan :

Tant le choix des contenus que celui des méthodes et des finalités ne peuvent s'envisager qu'avec les actants de la situation, pour assurer à la fois la qualité et la durabilité de l'action. Il s'agit de créer des dispositifs et de favoriser des modalités de travail assurant une perspective d'intégration²⁰.

L'axe curriculaire correspond à l'architecture des études, il renvoie aux besoins de formations, à l'élaboration des programmes d'étude et aux choix des contenus et des méthodes d'enseignement.

Enfin, l'axe pédagogique traduit la réalisation dans les lieux de formation des dispositifs d'apprentissage adéquats pour la construction des compétences professionnelles définies dans l'axe curriculaire.

Cette recherche s'appuie également aussi sur le *Transformative Learning*, une théorie proposée par Jack Mezirow à la fin des années soixante-dix. Celui-ci a dirigé pendant plusieurs années le Département « Education des Adultes » du Teachers College, une unité rattachée à l'Université de Columbia, à New York. Cette théorie est notamment basée sur ses propres recherches empiriques menées dans le champ de l'éducation des adultes. Elle s'inscrit dans la lignée des pédagogies critiques initiées par Paulo Freire, pour qui il ne peut y avoir de neutralité en matière d'éducation, étant donné que celle-ci fait partie des valeurs de la société qui la conditionne. Dans cette optique, l'éducation est donc éminemment politique et doit reconnaître ce caractère en posant comme finalité l'émancipation des individus qui passent par elle à travers l'encouragement, entre autres, de la pensée critique²¹. Ceci implique de donner à tout un chacun des outils de

20 Parent F., Jouquan J., *opus cité*, p.20

21 Pour une précision de cette notion, voir Le Grand Jean-Louis, « Culture de la critique et éducation en France, un héritage à interroger », in Le Grand Jean-Louis (dir.) *De la critique. Pratiques de formation – Analyses* n°43, Université Paris8, 2002.

compréhension de l'environnement social dans lequel les individus évoluent et auquel ils pourront participer. Paulo Freire, qui a été notamment secrétaire de l'éducation de la ville de Sao Paolo au Brésil, s'est ainsi érigé contre la conception bancaire de l'éducation dont la finalité serait de donner des capitaux à des individus pour que ceux-ci puissent se vendre sur le marché du travail. Pour lui l'une des fonctions de l'éducation est de favoriser ce qu'il appelait la « conscientisation » qui permet aux adultes « de prendre une conscience de plus en plus vive non seulement de la réalité socio-culturelle qui façonne leurs vies mais aussi de leur capacité à transformer cette réalité en agissant sur elle »²². Jack Mezirow reprend à son compte ce souci d'émancipation en le croisant avec d'autres travaux, essentiellement d'origine constructiviste comme ceux de Chomsky, Piaget et Kohlberg, mais aussi ceux d'Habermas autour de l'agir communicationnel et de John Dewey. Il propose une conception des rapports des individus au monde conditionnés selon des *perspectives de sens* et des *schèmes de sens*. Les *perspectives de sens* sont des habitudes d'anticipation, en lien avec les cadres globaux d'interprétation de chacun, « engendrées par les idéologies, les formes d'apprentissages, les illusions névrotiques » et « constituent des codes qui régissent nos activités de perception, de compréhension et de mémorisation »²³. Elles peuvent être rapprochées du concept de paradigme que l'on retrouve chez l'épistémologue Thomas Kuhn, en tant que socle d'une certaine vision du monde à caractère enfoui. Mezirow écrit à ce sujet : « Je pense au paradigme comme à une perspective de sens à base théorique mise en relation et collectivement entretenu »²⁴. Les *schèmes de sens* sont eux des « connaissances spécifiques, croyances, jugements de valeurs, affects impliqués dans la production d'une interprétation »²⁵. Un ensemble de *schèmes de sens* peut ainsi constituer une *perspective de sens*. Pour Mezirow « ces schèmes et perspectives de sens forment nos « structures-frontières » au-delà desquelles les données nouvelles ne sont ni perçues, ni comprises »²⁶. La remise en question par le biais de la réflexion critique des présomptions qui

22 Freire P., *Pedagogy of the oppressed*, New York, Herder and Herder, 1970, p.27.

23 Mezirow Jack, *Penser son expérience*, Chroniques sociales, Lyon, 2001, p.24

24 Idem p.66

25 Idem, p.25

26 Idem, p.24

découlent des *perspectives* et des *schèmes de sens*, naguère acceptées sans examen, constitue pour Mezirow la condition primordiale de l'apprentissage chez l'adulte qui peut opérer une transformation de ses *perspectives* et *schèmes de sens*. Il s'agit ainsi d'identifier ce que nos croyances ont comme fondements. De cette manière nos attentes sur le monde, qui sont en lien avec notre culture et notre éducation, peuvent être modifiées par le *Transformative Learning*. Cependant pour l'auteur américain, la transformation de perspectives de sens est assez rare, ces dernières s'enracinant dans l'enfance et dans la socialisation vécue à l'école et dans les lieux de formation. Ceci fait écho aux travaux de Nisbett et Ross :

une fois adoptées, théories et croyances tendent à perdurer, nonobstant une accumulation d'informations qui devraient les invalider ou même les inverser. Quand il "teste" des théories, le profane semble retenir en priorité les indices confirmatifs... Inéluctablement confrontés aux indices infirmatifs, les gens se comportent comme s'ils croyaient que "l'exception confirme la règle"²⁷.

Cette transformation des *perspectives de sens* peut se produire malgré tout. Quand c'est le cas, cette modification profonde est souvent le résultat d'un dilemme : ce qui nous apparaît alors dans l'expérience n'est pas conforme à l'ensemble de présuppositions de départ. C'est un moment particulièrement fort pour la personne concernée dont la vision du monde se trouve bouleversée.

Pour Mezirow, le *Transformative Learning* peut aider à faire prendre conscience de nos *perspectives* et *schèmes de sens* à travers lesquels nous filtrons notre réalité. Ceci peut se traduire par l'interrogation du contenu des formations existantes. Ces dernières se basent généralement essentiellement sur ce que Mezirow nomme l'*apprentissage instrumental*, « par lequel nous apprenons à agir sur l'environnement pour le maîtriser ». Selon Mezirow il serait important d'y intégrer des connaissances liées à la fois à l'*apprentissage communicationnel* « par lequel nous

²⁷ Nisbett R., Ross L., *Human inference strategies and short-comings of social judgment*, Englewood Cliffs, N.-J., Prentice-Hall, 1980, p.10.

apprenons à comprendre le sens contenu dans la communication avec l'autre », ce qui implique les valeurs, les sentiments, le point de vue moral, ainsi qu'à l'*apprentissage émancipateur* ou *réflexif* « par lequel nous apprenons à comprendre nos propres perspectives avant de nous comprendre nous-mêmes »²⁸.

Le *Transformative Learning* me paraît fécond pour envisager le cas de la formation à l'indépendance des médecins appréhendée comme une émancipation vis-à-vis de l'influence de l'industrie pharmaceutique, toujours à conquérir et à poursuivre : l'apprentissage instrumental y a toujours été dominant jusqu'à ce jour, même si, les Sciences Humaines et Sociales (SHS) ont pris une place de plus en plus importante dans les cursus de formation depuis leur introduction en 1992, favorisant notamment l'essor d'apprentissages de type communicationnels. La question de la formation à l'indépendance permettra d'étudier dans quelle mesure l'apprentissage émancipateur est lui aussi présent ou non par rapport à l'influence qu'exerce l'industrie pharmaceutique sur les médecins dès leur formation initiale.

Ces cadres théoriques issus des sciences de l'éducation sont en résonance avec différents courants sociologiques. En effet, les quatre axes proposés par Parent et Jouquan vont du global au local, et le *Transformative Learning* aborde les impensés que les individus portent en eux, issus de leurs différentes socialisations, ainsi que des dynamiques favorisant l'émancipation des personnes. Notre travail compte ainsi rendre compte du poids des structures dans le comportement des individus, en écho avec les principes du structuralisme, tout en mettant également l'accent sur les différentes stratégies des individus face aux situations auxquelles ils sont confrontés, restituant la dimension de liberté et de créativité propres aux acteurs, ce que l'on retrouve dans l'interactionnisme. En opérant cette hybridation entre démarches porteuses de conceptions anthropologiques différentes, oscillant entre l'homme-objet et l'homme-sujet, cette thèse s'inscrit dans la proposition de Jean-Pierre Pourtois, Henriette Desmet et Willy Lahaye. En effet, ces

28 Mezirow Jack, opus cité, p.17

derniers plaident pour :

... "des voies de pluralisation" (...) des formes de connaissance. Nous ne pouvons adhérer à l'idée de rester dans les grandes oppositions idéales-typiques (...) ; toutes ces oppositions sont réductionnistes ; elles ne peuvent recomposer la réalité dans son ensemble. C'est pourquoi, il faut chercher des voies plus complexes passant d'une méthode à l'autre, d'une approche à l'autre, d'une perspective à l'autre pour constituer un tout cohérent, pertinent mais toujours ouvert au questionnement²⁹

Méthodologie

Afin de savoir ce que la formation à l'indépendance des médecins vis-à-vis de l'influence de l'industrie pharmaceutique peut signifier, il nous a paru indispensable de prendre connaissance de la réalité de cette influence dans un premier temps. Celle-ci étant très étendue, cette thèse s'est focalisée sur le domaine de la recherche à la base de la science médicale et des apprentissages enseignés, ainsi que sur quelques paramètres de régulation de la part des pouvoirs publics, certains pouvant jouer un grand rôle dans les décisions des médecins. C'est le cas par exemple des recommandations de bonnes pratiques officielles, qui sont de plus en plus considérées comme des sources faisant autorité. J'ai eu recours pour cela à des ouvrages spécialisés ainsi que des rapports officiels. J'ai aussi consulté les revues de référence de pédagogie médicale comme *Teaching and Learning in Medicine* et *Pédagogie médicale*, pour voir si des articles scientifiques concernant l'influence de l'industrie pharmaceutique dans le domaine médical et dans la formation initiale en particulier avaient été publiés dans leurs colonnes.

Différents terrains ont été choisis pour le recueil des données empiriques concernant la formation initiale. J'ai organisé différents colloques, publiés ou filmés, où les enseignants et les étudiants en médecine ont pu apporter leurs témoignages³⁰. J'ai aussi participé aux travaux de

29 Jean-Pierre Pourtois, Henriette Desmet et Willy Lahaye, « Postures et démarches épistémiques en recherche », Pierre Paillé (sous dir.) *La méthodologie qualitative*, Armand Colin, Paris, 2010, p.169-170

30 Colloque de l'ADNC, "Formation, esprit critique, et place du politique" - 16 et 17 mars 2012 - Université Paris 8.
<http://www.adnc.asso.fr/JNC-2012-Formation-esprit-critique>
Journée nationale de l'indépendance dans les études médicales, Locaux de la revue Prescrire, Paris, 30 avril 2016.
<https://www.youtube.com/watch?v=1vHM5o63nQg&index=90&list=PL5vzBp9poqMUI75wGcKZ02viXgE4OlgDv>

l'association de soignants et de citoyens du Formindep, qui milite depuis 2004 pour une formation et une information des soignants plus indépendantes. Enfin, j'ai assisté à différents événements organisés par des acteurs de la formation médicale. Ceci a concerné deux organisations étudiantes, avec l'Association Nationale d'Étudiants en Médecine de France (ANEMF) et le réseau d'associations étudiantes MEDSI, où la thématique de l'indépendance est fortement présente, ainsi que des colloques et des conférences organisés par des enseignants en médecine.

En reprenant la typologie de Daniel Cefaï³¹, j'ai été davantage « participant observateur » qu'« observateur participant » sur ces terrains, dans la mesure où je suis plus ou moins intervenu dans les discussions et actions de ces différentes structures. Ceci reflète une démarche plus monadiste que dualiste, selon les termes de Pourtois et ses collègues, où le chercheur considère qu'il contribue à l'émergence de ce qu'il produit³². Une attention particulière a donc été donnée au fait de tenir compte de cet engagement dans l'écriture de cette thèse, afin de profiter au mieux des apports que cet engagement a pu donner à notre recherche, sans que cette implication fasse oublier le souci d'objectivité et de prise de recul du chercheur, en prenant exemple sur les travaux réunis dans l'ouvrage *Des sociologues sans qualité – Engagement et recherche*³³.

Pour le recueil des données empiriques, des entretiens de type compréhensif avec des enseignants en médecine, des médecins du Formindep, des étudiants de l'ANEMF et de MEDSI ont aussi été réalisés³⁴. Pour ce qui concerne les doyens des facultés de médecine, j'ai eu recours à des conférences publiques filmées où nous avons pu recueillir certaines de leurs positions et conceptions. Les entretiens étaient compréhensifs car je ne me suis pas interdit d'intervenir lors des

31 Cefaï Daniel, « Une perspective pragmatiste sur l'enquête de terrain », Pierre Paillé (sous dir.) *La méthodologie qualitative*, Armand Colin, Paris, 2010, p.44

32 Jean-Pierre Pourtois, Henriette Desmet et Willy Lahaye, « Postures et démarches épistémiques en recherche », Pierre Paillé (sous dir.) *La méthodologie qualitative*, Armand Colin, Paris, 2010, p.183

33 Naudier Delphine, Simonet Maud (sous dir.), *Des sociologues sans qualités? : Pratiques de recherche et engagements*, La Découverte, Paris, 2011

34 Voir la grille d'entretiens en fin d'ouvrage.

échanges, rejoignant par là un parti pris qui avait été aussi celui de Pierre Bourdieu³⁵, afin de favoriser ce que Jean-Claude Kaufmann appelle « une dynamique de discussion » :

Le but de l'entretien compréhensif est de briser cette hiérarchie, le ton à trouver est beaucoup plus proche de celui de la conversation entre deux individus égaux que du questionnement administré de haut. Parfois, ce style conversationnel prend réellement corps, le cadre de l'entretien est comme oublié : on bavarde autour du sujet. De tels moments indiquent que l'on a réussi à provoquer l'engagement et jouent un rôle positif de respiration, pour l'enquêteur comme pour l'enquêté³⁶.

A noter que les entretiens compréhensifs se distinguent d'une simple conversation sur bien des points :

Pour atteindre les informations essentielles, l'enquêteur doit en effet s'approcher du style de la conversation sans se laisser aller à une vraie conversation : l'entretien est un travail, réclamant un effort de tous les instants. L'idéal est de rompre la hiérarchie sans tomber dans une équivalence des positions : chacun des deux partenaires garde un rôle différent.³⁷

Ces entretiens comportent également le plus souvent une dimension non-directive inspirée des histoires de vie³⁸, afin d'une part de recueillir la trajectoire de ces professionnels ou futurs professionnels de santé par rapport à la notion d'indépendance et d'autre part afin d'installer un climat d'entretien où les répondants peuvent davantage s'approprier cet espace d'entretien, au lieu d'avoir l'impression qu'il s'agit seulement de répondre aux préoccupations de l'enquêteur. Ceci permet à notre sens de favoriser une atmosphère où les enquêtés se sentent plus libres d'évoquer les situations qui peuvent faire sens pour eux. J'ai donc, ici aussi, opté pour une hybridation des

35 Bourdieu Pierre, « Comprendre » Bourdieu Pierre (sous dir.), *La misère du monde*, Editions du Seuil, Paris, 1993, p.917

36 Kaufmann Jean-Claude, *L'entretien compréhensif*, Armand Colin, Paris, 2ème édition, 2007, p.48

37 Idem

38 Pineau Gaston, Le Grand Jean-Louis, *Les histoires de vie*, PUF, Paris, 2013

méthodes suggérée par Jean-Pierre Pourtois, Henriette Desmet et Willy Lahaye, déjà cités. Les entretiens ont duré souvent plusieurs heures pour la plupart, et s'ils n'ont pas été retranscrits notamment à la vue de leur longueur, ils ont fait chacun l'objet d'une écoute multiple, et sont mis à disposition du jury sur le DVD mis en annexe³⁹. Je me suis aussi servi de quelques fragments issus de discussions informelles non enregistrées. Dans ce cas, j'ai notifié ces témoignages en tant que communications personnelles.

L'échantillonnage par critère⁴⁰ a été sélectionné pour la réalisation des entretiens. Le critère retenu a été de choisir des acteurs influents, occupant ou ayant occupé des responsabilités importantes au sein de ces groupes. La méthodologie employée concernant les hypothèses était une combinaison d'hypothèses établies *a priori*, à partir de nos lectures et des connaissances accumulées et *a posteriori*⁴¹ en fonction de ce que les entretiens laissaient émerger comme réflexions nouvelles. L'interprétation des données était à la fois d'ordre *émique*, où l'interprétation subjective de l'acteur a été sollicitée et *étique*, lorsqu'il m'a paru pertinent de procéder à une explication des données recueillies, pour reprendre les distinctions proposées par Pourtois, Desmet et Lahaye⁴². J'ai cherché à être vigilant quant à la validation des énoncés lors de la réalisation des entretiens au moins concernant la *validité empirique* qui confronte les énoncés à la réalité des faits, le *critère d'interprétation* qui vérifie le degré de compréhension des énoncés par l'enquêteur, et le *critère de confrontation* qui éclaire ce qui semble contradictoire⁴³. J'ai essayé également de m'inspirer des conseils de Jean Peneff pour qui la validité méthodologique s'ancre aussi dans « la rigueur épistémologique (non pas la neutralité irréalisable, mais le détachement ; non pas l'objectivité, mais la distance, le sang-froid), [et] une tentative de contrôle des informations par les discussions avec des pairs »⁴⁴. Ce passage m'a aussi semblé important à garder en mémoire :

39 Voir le tableau récapitulatif des entretiens et le Cd-rom en Annexe 1

40 Kuzel AJ. « Sampling in Qualitative Inquiry » Crabtree BJ, Miller WL (sous dir.) *Doing Qualitative Research*, Thousand Oaks, Sage, 1999

41 Jean-Pierre Pourtois, Henriette Desmet et Willy Lahaye, « Postures et démarches épistémiques en recherche », Pierre Paillé (sous dir.) *La méthodologie qualitative*, Armand Colin, Paris, 2010, p.188

42 idem p.189

43 idem, p.197

44 Peneff Jean, *Le goût de l'observation*, La Découverte, Paris, 2009, p.100-101

Loin de l'univers rationnel conçu par le sociologue, l'observation menée dans un monde étranger à nos conditions de vie (c'est presque toujours le cas) nous met en porte-à-faux par rapport à nous-mêmes, révélant notre ignorance, nos naïvetés, nos maladresses. Pour rester bon observateur, humble et patient, il est indispensable de « dégonfler son ego tous les soirs ». Cette image fait écho à l'idée de Hugues de défi permanent lancé à soi-même, d'acceptation des échecs, de remise en cause permanente de soi. La confrontation avec des individus qui en « savent » plus que nous, sans parler de la conscience de nos errements tactiques sur le terrain, de nos gaucheries dans les rapports interindividuels dues aux différences de milieux, à notre manque de maîtrise de codes de conduite ou de normes appropriés à la situation selon les acteurs, tout ceci démystifie nos prétentions à l'universalisation de notre savoir, une salutaire révision du contentement de soi⁴⁵.

Notre recherche se développera ainsi en deux parties, la première faisant l'état des lieux de l'influence de l'industrie pharmaceutique dans le champ de la santé et des propositions de réformes établies. La seconde traitera de la place accordée actuellement à l'indépendance dans la formation médicale initiale et des possibilités envisageables dans ce domaine.

45 Idem, p.157

Partie I

Influence de l'industrie pharmaceutique dans la recherche médicale **et faiblesse de la régulation des pouvoirs publics**

1 La production des données médicales

Le médecin et historien Jeremy Greene conclut l'un de ses ouvrages par la mise en garde suivante :

Le plus grand risque dans la pratique de la médecine fondée sur les preuves consiste à traiter le corpus de connaissance médicale comme un réservoir nuancé de faits émergeant de scientifiques consciencieux et circulant seulement à travers les circuits étanches des journaux revus par les pairs et la discussion éclairée. Le savoir médical n'émerge ni spontanément ni ne se diffuse de manière passive. Il y a plutôt des trous profonds et peu considérés dans la tuyauterie du savoir médical, qui en captent continuellement l'activité, comme c'est le cas des entreprises pharmaceutiques, qui agissent comme des moteurs pour le développement et la promotion des formes de savoir qui leur sont utiles⁴⁶.

Quelles sont donc ces « trous profonds peu considérés » dans la tuyauterie du savoir médical, et quel rôle y joue l'industrie pharmaceutique mentionnée par cet auteur ? Cette partie cherche à répondre à ces questions en se penchant sur l'influence de l'industrie pharmaceutique dans la production des données médicales principalement issues aujourd'hui des essais cliniques, de leur diffusion dans les journaux médicaux, et de leur régulation.

1.1 Une recherche biomédicale dominée par les firmes pharmaceutiques

L'agence du médicament états-unienne, la *Food and Drug Association* (FDA), demande de nos jours à l'industrie pharmaceutique de donner des preuves de l'efficacité de ses produits à travers la réalisation d'essais cliniques. Les caractéristiques de ces derniers répondent à certains critères de durée, de nombre d'individus recrutés, conduits souvent dans plusieurs sites à la fois

46 Greene Jeremy, *Prescribing by Numbers*, The Johns Hopkins University Press, 2008, p.232-233 (traduction personnelle)

pour renforcer leur validité. Ces essais ont donc un coût important et sont majoritairement pris en charge par l'industrie pharmaceutique qui finance 70% d'entre eux aux États-Unis, pays qui concentre ce type de recherche en captant 3,3 milliards de dollars sur les 6 qu'en dépense l'industrie pharmaceutique à l'échelle mondiale⁴⁷.

D'après le docteur et ex-rédactrice en chef du *New England Journal of Medicine*, Marcia Angell, l'industrie avait besoin des médecins universitaires pour procéder aux essais cliniques lorsque ces derniers sont devenus la norme. L'industrie n'avait pas alors l'expertise nécessaire pour établir les protocoles de recherche adéquats, mais cette dépendance s'est affaiblie dans la mesure où les entreprises emploient maintenant directement des médecins chercheurs à forte réputation⁴⁸. De plus, les industriels ont réussi à contourner les centres universitaires médicaux en sous-traitant la réalisation des essais cliniques à des *contract research organizations* (CRO) Les CRO peuvent eux-mêmes sous-traiter la mise en place de réseaux de médecins destinés à enrôler les patients nécessaires pour les essais cliniques à des *site-management organizations* (SMO), qui sont comme les CRO des structures à but lucratif. Ainsi, alors que 80% de l'argent des industriels pour les essais cliniques était destiné aux centres médicaux universitaires en 1991, il ne s'agissait plus que de 40% en 1998, et de 26% en 2004⁴⁹, les CRO et SMO réalisant les essais plus rapidement et pour moins cher⁵⁰.

Cette manière de conduire des essais cliniques a fait dire aux éditeurs des journaux médicaux les plus prestigieux que « l'utilisation d'essais cliniques premièrement pour le marketing, à notre sens, est une perversion de la recherche clinique, et un mésusage d'un puissant outil (...). De nombreux essais cliniques sont réalisés pour faciliter l'approbation réglementaire d'un matériel médical ou d'un médicament plutôt que pour tester une nouvelle hypothèse scientifique

47 Bodenheimer Thomas, « Uneasy Alliance – Clinical Investigators and the Pharmaceutical Industry », *New England Journal of Medicine* vol.342 n°20, mai 2000, p.1539

48 Idem

49 Steinbrook R. (2005), « Gag Clauses in Clinical-Trial Agreements », *New England Journal of Medicine*, 352:2160-62

50 Bodenheimer T., *opus cité*, p.1540

spécifique »⁵¹.

Le financement majoritaire de la recherche médicale a donc aussi pour conséquence d'orienter la recherche vers les résultats et les produits qui l'intéressent. Le fait d'incorporer la recherche dès son commencement dans la feuille de route du marketing porte le nom de « plan de publication »⁵².

Les premiers réformateurs thérapeutiques américains, très méfiants à l'égard des firmes pharmaceutiques, souhaitaient que les essais cliniques soient conduits par des « groupes coopératifs » indépendants des laboratoires, mais ils ne seront pas suivis dans cette voie⁵³. Philippe Pignarre, qui a travaillé pendant 17 ans comme directeur de la communication chez Synthélabo (racheté en 2000 par Sanofi), insiste pourtant sur le rôle-clé joué par la conduite des essais cliniques : les analystes financiers, en tant que conseillers des actionnaires, les suivent de près. Ainsi, pour Pignarre :

Les essais [cliniques] ne sont pas seulement une épreuve parmi d'autres dans la mise au point des médicaments, mais le nœud de toute l'affaire, là où les questions scientifiques, médicales et financières se nouent ensemble pour décider ce qui méritera le nom de progrès et pourra leur faire gagner beaucoup d'argent⁵⁴.

1.2 L'établissement des protocoles de recherche, aussi appelé design d'étude.

Plusieurs biais récurrents dans le design des études ont été mis en évidence. Voici une liste des principaux établis par le médecin et philosophe Howard Brody à partir des articles des docteurs Lisa Bero, Drummond Rennie, et Daniel Safer⁵⁵ :

51 Idem

52 Fugh-Berman AJ "The haunting of medical journals : how ghostwriting sold "HRT"" PloS Medicine 2010 ; 7 (9) : e1000335

53 Pignarre Philippe, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, La Découverte, Paris, 2004, p.51-52

54 Idem p.66

55 Bero L.A., Rennie D., « Influence on the Quality of Published Drug studies » *Int J Technol Assess Health Care* 1996 ; 12:209-37, Safer D.J., « Design and Reporting Modifications in Industry-Sponsored Comparative Psychopharmacology Trials », *J Nerv Ment Dis* 2002 ; 190:583-92, cités par Brody Howard, *opus cité*, p.125-128

- Établissement des résultats sur des critères, avantageux pour les firmes, mais non pertinents scientifiquement.
- Prétendre que les essais sont randomisés alors qu'ils ne le sont pas en réalité.
- Appliquer des dosages inappropriés.
- Effectuer des comparaisons non adéquates.
- Emploi du double aveugle non conforme.
- Invention d'échelles de mesure spécifiques.
- « Data dredging » : le but de l'étude est déduit en fonction des résultats trouvés violant un des principes méthodologiques de base des essais.
- Ne pas demander ni mentionner les détails qui fâchent.
- Violations du protocole et recueil des données peu fiables.
- Mentir avec les statistiques.
- Choix de l'échantillon des patients pour favoriser les bons résultats.

Cette liste est détaillée dans l'annexe 2, et n'est pas limitative. Il serait possible d'ajouter à la suite du psychiatre et chercheur Ben Goldacre l'ignorance du nombre de patients qui abandonnent l'étude, ou l'analyse de sous-groupes constitués sur mesure⁵⁶, ainsi que la présentation des échecs comme des échecs de l'essai, non du médicament⁵⁷.

A cela il est possible de mentionner également ce que l'on nomme le « funding effect », « l'effet financement » selon lequel les études financées par l'industrie pharmaceutique sont en moyenne quatre fois plus susceptibles de rapporter des résultats positifs au sponsor de la recherche

56 Marshall Andrew, « Les médecins otages des labos », *Books*, n°46, septembre 2013, p.46. Traduction de l'article original publié par le même auteur dans *Nature Biotechnology* paru en mai 2013

57 Even Philippe, Debré Bernard, *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*, Le Cherche-midi, Paris, 2012, p.94

en question par rapport à des études dont le financement est jugé indépendant^{58,59}.

Le psychiatre et chercheur Ben Goldacre attire aussi l'attention sur le fait que les firmes pharmaceutiques entreprennent de plus en plus d'essais dans des pays pauvres, sources de problèmes scientifiques et éthiques non-négligeables⁶⁰. Les entreprises du médicament se targuent de respecter les règles édictées par l'*International Conference of Harmonization* (ICH), mais le sociologue John Abraham rappelle que ce sont elles qui ont impulsé et fortement influencé l'ICH⁶¹. De plus, ces règles d'après Goldacre mettent plus l'accent sur les questions de procédure que sur les questions éthiques comme c'est davantage le cas du *Code international d'éthique médicale*⁶².

1.3 L'accès aux données

C'est l'entreprise ou le CRO associé qui conserve les données brutes des études. Les investigateurs cliniciens opérant les essais peuvent ne recevoir de la sorte qu'une portion des données. Pour le Dr LeJemtel ce contrôle « permet aux firmes d'orienter les données de la manière qui les arrange »⁶³. Plusieurs organismes et médecins, comme Ben Goldacre notamment⁶⁴, demandent que cette rétention des données ne soit plus accordée aux firmes et qu'ils puissent ainsi avoir accès aux données brutes. Cet accès a récemment pu être obtenu pour un essai. Ce moment, qualifié d'historique, a conduit les chercheurs ayant analysé ces données à conclure de la sorte :

Espérons que cet effort soit le premier pas dans la prochaine aire de coopération entre l'industrie, l'université les cliniciens, et le public – une

58 Bekelman J.E. (2003), Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research : a systematic review, *Journal of the American Medical Association*, 289(4):454-465.

59 Lexchin Joel, Bero Lisa A, Djulbegovic Benjamin, Clark Otavio (2003) « Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review », *British Medical Journal*, 326 : 1167

60 Marshall A., opus cité, p.47

61 Abraham John, « The pharmaceutical industry as a political player », *The Lancet* n°360, Novembre 2002, p.1500

62 Idem

63 Idem

64 Goldacre Ben, *Bad Pharma - How drug companies mislead doctors and harm patients*, HarperCollins, Londres, 2012

aire qui encourage le partage des données, l'open science, et si possible qui rende impossible d'oblitérer des données relevant du bénéfice-risque de médicaments autorisés à être sur le marché.⁶⁵

Le docteur Goldacre milite dans ce sens, mais il rencontre des résistances :

On lui [Goldacre] rétorque habituellement que [les données] sont protégées par le secret industriel, contiennent des informations confidentielles sur les patients ou sont des éléments bruts impropres à la publication. Mais l'anonymat des données médicales est de règle dans les essais cliniques. Et que valent les arguments sur le secret industriel, lorsqu'un médicament a été approuvé, que son lancement se prépare, et que les médecins auraient besoin d'accéder aux informations qui le concernent ?⁶⁶

1.4 L'innovation dans la recherche biomédicale

Comme on le verra par la suite, l'idée d'innovation thérapeutique joue un grand rôle pour convaincre les médecins que les firmes pharmaceutiques restent indispensables pour le progrès en médecine, ces dernières étant vues comme le principal moteur du domaine. Cette conception, communément admise et souvent non discutée, est pourtant fortement remise en cause. Selon la thèse de sciences politiques du canadien Marc-André Gagnon, la maximisation des profits de l'industrie pharmaceutique s'est faite au détriment des innovations thérapeutiques, en se concentrant sur la maîtrise du savoir médical, plus que sur la production de nouveaux médicaments réellement nouveaux et efficaces⁶⁷. Il s'agit tout d'abord de préciser ce qu'on entend par innovation. Selon Angell, qui se base sur la classification de la FDA, on peut parler d'innovation dans le domaine du médicament lorsqu'on a affaire à une « nouvelle entité moléculaire chimique » (NME), ce qui correspond à l'originalité du composé chimique, marquant un progrès dans le traitement, le diagnostic ou la prévention d'une maladie, l'originalité n'étant en soi pas une garantie de l'efficacité

65 Kmietowicz Zosia, « First reviews are published that are based on the "totality of the evidence" », *British Medical Journal*, 17 juin 2013

66 Marshall A., *opus cité*, p.47

67 Gagnon, Marc-André, *The Nature of Capital in the Knowledge-based Economy : The Case of the Global Pharmaceutical Industry*, York University, Toronto, 2009, p.IV

de la molécule. Pour l'industrie par contre, toute NME sera communément dite innovante sans tenir compte si elle apporte ou non un avantage sur les traitements existants⁶⁸.

Si l'on se base sur le classement opéré par la FDA entre 1998 et 2002 où nous disposons de résultats complets :

415 nouveaux médicaments ont été homologués par la FDA, soit une moyenne de 83 par an. De ce nombre, 133 (32%) étaient des NME, alors que toutes les autres étaient de simples variations des molécules anciennes. Et de ces 133, seulement 58 avaient été classées P, pour *analyse prioritaire*, soit à peine 12 par an, ou 14% du total. Non seulement ce nombre n'est pas élevé, mais il n'a cessé de se réduire au cours de ces cinq années, de telle sorte qu'en 2001 et 2002, seulement sept molécules (P, et NME) par an, au lieu de neuf en 2000, de 19 en 1999 et de 16 en 1998 ont été considérées comme réellement innovantes⁶⁹.

Les professeurs Even et Debré font un constat similaire sur la période 1950-2011⁷⁰, ainsi que la revue médicale indépendante française *Prescrire* sur la période 1981-2010⁷¹. D'après les chiffres de la Commission Transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS), le nombre de molécules apportant un progrès majeur ou important entre 2006 et 2011 s'est progressivement effondré, passant de 22 à 1, tout en concernant par ailleurs plutôt des pathologies assez rares⁷².

1.4.1 Le cas des « me-too »

Ainsi ce que l'industrie pharmaceutique appelle « innovation » s'apparente majoritairement à de simples variations de molécules déjà existantes couramment appelées « me too » (« moi aussi » je sais faire, ou je veux ma part de marché), représentant 77% des nouveaux médicaments mis sur le marché aux États-Unis entre 1998 et 2002, et présentées comme des molécules de 2e, 3e ou 4e génération. Selon Angell : « Certains « me-too » étaient chimiquement

68 Angell M., *opus cité*, p.84

69 Idem

70 Even P., Debré B., *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*, Le Cherche-midi, Paris, 2012, p.166

71 Idem, p.168

72 Idem, p.82

différents des originaux, la majorité non, mais aucun n'était innovant » ⁷³. Elle ajoute :

Cette mystification n'est possible que grâce à une faille dans la loi : les compagnies pharmaceutiques n'ont à démontrer que l'efficacité des *nouveaux* médicaments. Elles n'ont pas à prouver, ni même à tenter de démontrer, qu'ils sont *plus efficaces*, ni même *aussi efficaces* que les médicaments déjà commercialisés. Elles n'ont qu'à montrer qu'ils sont meilleurs que rien. Et c'est exactement ce à quoi elles se bornent, en comparant, en essais cliniques, leurs nouvelles molécules à de simples pilules d'amidon (placebo). L'obstacle qu'elles ont à franchir est donc extrêmement bas et tous leurs médicaments peuvent être homologués, alors même qu'ils sont inférieurs aux molécules déjà sur le marché pour traiter les mêmes pathologies⁷⁴.

Ceci a également été une des revendications du rapport de l'IGAS suite à l'affaire du Mediator®. On y trouve la demande que des essais comparant la valeur ajoutée des nouvelles thérapeutiques soient conduits et favorisés. Ceci aurait également pour avantage d'avoir moins de médicaments sur le marché, avec des risques réduits pour le médecin de faire le choix de médicaments inappropriés⁷⁵.

L'argument principal des « me-too » avancé par l'industrie concerne leur efficacité. Une plus grande variété de médicaments, même avec des variations infimes, permettrait d'améliorer l'efficacité des traitements car les patients répondent différemment pour une même molécule. Pour Angell cependant ne partage pas cet avis et rappelle sur ce point les propos du docteur Robert Temple, directeur associé de la politique médicale de la FDA :

Généralement, je considère que les « me-too » sont tous les mêmes, à moins que quelqu'un ne me démontre des différences. Je pense qu'on ne perdrait rien à utiliser toujours les médicaments les moins chers⁷⁶.

Les « me-too » sont aussi utilisés pour rallonger les brevets arrivant à expiration d'une

⁷³ Angell M., *opus cité*, p.102

⁷⁴ Idem

⁷⁵ Bensadon Anne-Carole, Marie Etienne, Morelle Aquilino, *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, Igas, juin 2011, p.16 et 77

⁷⁶ Angell M., *opus cité*, p.114-115

molécule ainsi menacée par les formes génériques. Il suffit souvent de présenter aux autorités d'homologation une variation infime d'une molécule originale, ou une association de différentes molécules, pour qu'un nouveau brevet soit accordé selon le procédé d' « evergreening » que l'on pourrait traduire par « rajeunissement sans fin ». C'est ainsi que les firmes pharmaceutiques semblent découvrir une forme plus purifiée de leur molécule juste au moment de l'expiration du brevet de la molécule en question, comme ce fut le cas du Nexium® du laboratoire AstraZeneca, venant remplacer opportunément pour ce dernier le Prisolec® dont le brevet était en bout de course⁷⁷. La phrase d'Etienne Caniard, ancien membre de la HAS et ancien président de la Mutualité française : « la rente l'emporte sur l'innovation »⁷⁸ se comprend mieux après cette mise en contexte.

1.4.2 La supériorité des nouveaux médicaments sur les anciens mise en doute

L'essai ALLHAT, réalisé essentiellement sur fonds publics à travers l'un des instituts des *National Institutes of Health* (NIH), a été l'un des essais qui a le plus remis en cause l'idée, répandue, que les médicaments les plus modernes sont les plus efficaces. Il concerne quatre médicaments utilisés dans l'hypertension qui ont été comparés, dont trois récents et un plus ancien, un diurétique générique commercialisé depuis plus de cinquante ans. Les résultats publiés dans le *Journal of the American Medical Association* (JAMA) en 2002 ont montré que le diurétique était aussi efficace pour abaisser la pression artérielle et meilleur pour prévenir les complications de l'hypertension qui peuvent être graves (maladies cardiaques et accidents vasculaires cérébraux notamment). Ceci fit dire au directeur du *National Heart, Lung and Blood Institute* (NHLBI), principal financeur de l'essai : « ALLHAT démontre que les diurétiques sont le meilleur choix thérapeutique dans l'hypertension artérielle, à la fois médicalement et économiquement »⁷⁹.

⁷⁷ Idem

⁷⁸ Even P., Debré B., *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*, Le Cherche-midi, Paris, 2012, p.84

⁷⁹ Angell M., opus cité, p.121

Même si une méta-analyse et quatre autres essais sont venus confirmer ces faits par la suite⁸⁰, Angell indique que les prescriptions dans ce domaine ont davantage été corrélés aux efforts marketing qu'à l'état de la science : les nouvelles molécules ont malgré tout capté une part de plus en plus grande des traitements, faisant chuter la prescription des diurétiques chez les hypertendus de 56% à 27% des ordonnances en dix ans à partir de 1982. Ceci s'explique aisément, alors que les nouvelles molécules profitent d'une intense promotion de la part des laboratoires pharmaceutiques, aucune publicité n'est faite pour les anciennes, les fabricants de génériques n'investissant pas dans la recherche ni le marketing⁸¹.

L'hypertension ne semble pas la seule pathologie concernée. Pour les professeurs Even et Debré l'infériorité des nouvelles molécules par rapport aux anciennes est « non pas fréquente, mais très fréquente » :

... ces dernières années, avec les nouveaux antidiabétiques oraux, très inférieurs en efficacité et beaucoup plus dangereux que la Metformine et les sulfamides hypoglycémiantes utilisés depuis trente ans (...), ou encore les antiasthmatiques (...) tous très inférieurs aux β 2-stimulants et corticoïdes inhalés (...), ou les panti-ostéoporoses (Protelos, très inférieur aux bisphosphonates, depuis longtemps sur le marché) ou les pilules anticonceptionnelles, dites de 3e et 4e générations, qui comportent des risques beaucoup plus grands que celles de 2e génération pour une efficacité identique, ou encore les coxibs, non pas supérieurs, mais inférieurs, aux AINS antérieurs, etc.⁸².

80 Voir la note de traducteur de Philippe Even dans le livre de Marcia Angell, *opus cité*, p.294

81 Idem

82 Even P., Debré B., *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*, Le Cherche-midi, Paris, 2012, p.58

1.4.3 Recherche biomédicale publique et recherche issue des laboratoires pharmaceutiques

Différentes sources relativisent drastiquement le rôle joué par la recherche biomédicale menée par les firmes pharmaceutiques qui estiment pourtant souvent contribuer majoritairement aux découvertes du secteur du médicament.

Ainsi (...) en 1998, seulement 15% des articles scientifiques cités dans les demandes de brevets à visée thérapeutique venaient des efforts de la recherche des grandes firmes, tandis que 54% venaient des centres universitaires, 13% des laboratoires du gouvernement [états-unien], et le reste d'institution publiques ou privées, sans but lucratif. Encore s'agit-il des demandes concernant toutes les nouvelles molécules d'application potentielle, mais si l'on fait le même analyse sur celles qui ont représenté des avancées importantes, le rôle de l'industrie serait, sans l'ombre d'un doute, beaucoup plus modeste encore⁸³.

Un document interne des *National Institutes of Health* (NIH) trouve également une participation de l'industrie pharmaceutique à hauteur de 15% pour les articles publiés qui ont conduit à la découverte et au développement des cinq médicaments les plus vendus en 1995, contre 55% pour les laboratoires financés par les NIH et 30% venant d'institutions universitaires étrangères. De même, le *National Bureau of Economic Research* dans un rapport de 1997 établit que 15 des 21 médicaments les plus efficaces commercialisés entre 1965 et 1992 proviennent de la recherche publique⁸⁴. Howard Brody renchérit :

Une étude conduite en 1991 citée par l'*Office of Technology Assesment* du Congrès états-unien montre qu'un quart des médicaments développés par les firmes pharmaceutiques n'auraient pas pu être développés du tout ou après un délai substantiel sans le

83 Angell M., opus cité, p.93

84 Idem

financement public des travaux préliminaires. D'autres études vers les années 2000 concluent qu'un tiers des médicaments contre le cancer actuels ont été développés presque entièrement par la recherche financée sur fond public, même si les profits des ventes sont allés exclusivement à l'industrie pharmaceutique⁸⁵.

Ainsi l'essentiel de la recherche concernant les médicaments innovants se ferait dans le secteur public. Les universités déposent des brevets sur les recherches prometteuses, et les firmes pharmaceutiques sont ensuite heureuses de leur acheter une licence qui leur donne le droit exclusif de produire les médicaments concernés. D'après Brody :

Les sommes qui semblent importantes pour les administrateurs des universités sont négligeables comparées à ce que cela aurait coûté à l'industrie pour entreprendre toute la recherche de base par elle-même⁸⁶.

Dans le cas du Taxol® utilisé contre le cancer par exemple, l'entreprise pharmaceutique Bristol-Myers Squibb a ainsi payé 35 millions de dollars depuis 2003 aux NIH qui avaient réalisé les recherches préliminaires, alors qu'elle a engrangé 9 milliards de dollars des ventes du médicament⁸⁷.

Tout cela fait dire à l'ancienne rédactrice en chef du *New England Journal of Medicine* Marcia Angell que :

le problème est que l'industrie ne se satisfait pas d'être cette sorte de partenaire. Elle prétend avoir assuré elle-même l'essentiel de l'innovation, du développement et de la fabrication. L'industrie s'accorde tout le mérite. Et sur cette base, elle soutient qu'elle a tous les droits d'engranger des profits gargantuesques et mérite les autres faveurs dont elle bénéficie, telles que des monopoles de marketing de longue durée, la complète liberté des prix et d'énormes exemptions de taxes⁸⁸.

85 Brody H., *opus cité*, p.93

86 Idem

87 Angell M. *opus cité*, p.94

88 Angell M., *opus cité*, p.99

1.4.4 Les journaux médicaux de référence dans la tourmente.

Les journaux de référence dont les quatre majeurs sont le *Lancet*, le *New England Journal of Medicine* (NEJM), Le *Journal of the American Medical Association* (JAMA) et le *British Medical Journal* (BMJ) pourraient jouer un rôle de contre-pouvoir face à l'influence de l'industrie pharmaceutique dans les essais cliniques, par le biais de leur sélection et de leurs relectures critiques. Cependant, ces journaux sont eux aussi concernés par la problématique des conflits d'intérêts. Richard Smith, qui a été rédacteur en chef du *British Medical Journal* y a notamment consacré tout un ouvrage⁸⁹. On y apprend que l'industrie paye les copies, appelées « reprints », des articles publiés dans ces journaux qui peuvent avoir un intérêt pour elle. L'aura de sérieux et de scientificité que ces revues confèrent est un atout dont savent se servir les visiteurs médicaux face aux médecins notamment. Les revenus issus de ces copies constituent une part non négligeable des recettes des journaux. Ces achats représentent ainsi 41% du budget du *Lancet*, (mais seulement 3% du *British Medical Journal* qui s'avère moins dépendant), ce chiffre est sans doute encore plus important pour le *New England Journal of Medicine*, qui est le journal le plus coté en termes de facteur d'impact, et donc le plus ciblé et le préféré des industriels, mais il n'a pas été communiqué à ce jour aux investigateurs⁹⁰. Ceci entraîne un risque de publier des articles susceptibles d'avoir la faveur de l'industrie, en vue de générer des profits via les reprints, même si leur qualité peut être douteuse.

89 Smith Richard, *The trouble with medical journals*, RSM Books, 2006

90 Göttsche Peter, *Deadly Medicines and Organised Crime*, Radcliffe Publishers, Londres, 2013, p.64-69.

2 Régulation du secteur du médicament par les pouvoirs publics aux États-Unis et en France.

2.1 L'autorisation de mise sur le marché (AMM)

2.1.1 L'homologation des médicaments à la FDA

Une fois que les industriels ont réalisé les essais cliniques décrits précédemment, ils peuvent se présenter devant les agences du médicament de différents pays pour que leurs produits puissent être commercialisés en obtenant une « Autorisation de mise sur le marché » dite AMM. Ici se joue en partie l'avenir des molécules promues par les industriels pour qui l'obtention de ce passe-droit est une étape cruciale.

Le scandale du thalidomide dans les années 60, a marqué un tournant. D'après un éditorial du *Lancet* :

Les efforts des compagnies pharmaceutiques pour supprimer, tordre et obscurcir les résultats qui ne correspondaient pas à leurs buts commerciaux ont été révélés pour la première fois dans leur entière et mortelle mesure.⁹¹

Grünenthal, la firme qui commercialisait le thalidomide, nia avoir connaissance d'effets indésirables. Le département de vente adopta alors le slogan « Nous devons obtenir le succès, quel qu'en soit le coût »⁹². Grünenthal continua ainsi à vendre du thalidomide dans différents pays comme au Brésil ou au Canada⁹³ pendant plusieurs mois après la publication de données faisant état de cas de phocomélie chez les nourrissons, qui naissaient ainsi sans bras, des mères ayant pris du thalidomide. Les enfants atteints de phocomélie furent entre 8000 à 10000, principalement en

91 Editorial, « The tightening grip of big pharma », *The Lancet*, vol.357, n°9263, avril 2001, p.1141

92 Brody H., *opus cité*, p.255

93 Borch-Jacobsen Mikkel (sous dir.), *Big Pharma*, Les Arènes, Paris, 2013, p.19

Allemagne et en Angleterre, et la moitié d'entre eux moururent dans l'année suivant leur naissance. Ce n'est qu'en 2012 que le directeur exécutif de Grünenthal présenta des excuses⁹⁴.

A la suite de ce scandale, la FDA, suivie progressivement par les autres agences, a commencé à demander aux industriels non seulement de prouver l'innocuité de leurs médicaments, comme c'était le cas, mais aussi leur efficacité à travers la mise en place des essais cliniques⁹⁵. La firme qui désire obtenir une AMM de la FDA doit lui fournir la totalité des résultats cliniques qu'elle a commandité. La FDA accorde son homologation si deux essais cliniques apportent la preuve que la molécule en question est supérieure à un placebo même si ce n'est pas le cas dans d'autres essais⁹⁶. Il arrive aussi que les commissions en charge de l'évaluation des nouveaux médicaments ne soient pas convaincues par les dossiers présentés, mais dans ce cas c'est toujours aux firmes que d'autres études seront demandées⁹⁷.

L'évaluation de l'agence dépend donc des données plus ou moins fiables que lui fournissent les laboratoires. Elle dépend aussi du climat politique du moment et des personnes placées aux postes les plus importants de la FDA.

Dès le départ de son directeur Goddard en 1968, connu pour ses démarches volontaristes pour encadrer les firmes, la tendance vers plus de clémence en faveur des industriels a repris le dessus dans les années 70 et 80, selon le sociologue John Abraham⁹⁸. Ceci se perpétua ensuite dans les années 90 avec un accord tacite des deux parties politiques pour que l'approbation des nouveaux médicaments se fassent plus rapidement à travers une coopération de la FDA plus rapprochée avec les firmes pharmaceutiques, ceci afin de favoriser officiellement l'innovation, ce qui devenait l'une des nouvelles missions de la FDA. Ceci allait doublement dans le sens des firmes qui profitèrent ainsi d'un examen moins minutieux de la part des autorités et d'une mise sur le

94 Borch-Jacobsen M., *opus cité*, p.20

95 Hauray Boris "L'évaluation des médicaments, un enjeu politique – Entretien avec Hélène Michel", *Savoir/agir* n°16, juin 2011, p.32

96 Angell M., *opus cité*, p.133

97 Pignarre P., *opus cité*, p.60

98 Abraham John, « The pharmaceutical industry as a political player », *The Lancet* n°360, Novembre 2002, p.1498

marché éventuelle plus rapide de leurs produits. La période actuelle s'inscrit dans ce prolongement, notamment avec le *Modernisation Act* voté en 1997, ou cette déclaration du président Bill Clinton en 1995 qui enjoignait la FDA de traiter les industriels comme « des partenaires et non des adversaires »⁹⁹.

Ainsi il est arrivé à différentes reprises que des membres de la FDA employés pour l'évaluation des médicaments, et ce parfois de longue date, soient écartés de leur fonction, subissent des pressions de la part de leurs supérieurs suite à des rapports défavorables qu'ils avaient pu émettre sur des médicaments. L'un des groupes de chercheurs le plus connu dans ce domaine se faisait appeler les « Termites » et perpétuait en quelque sorte l'héritage de Frances Kesley, docteure et pharmacologue qui avait réussi malgré des pressions subies à faire bloquer le dossier du thalidomide au sein de la FDA. Elle fut récompensée pour cela par le président Kennedy qui lui remit la médaille du Service Civil Fédéral le 7 août 1962, et devint un véritable symbole au sein de la FDA et de l'opinion états-unienne¹⁰⁰. Parmi les « termites », on peut évoquer le cas de John L. Gueriguian qui rédigea un rapport faisant état de risques hépatiques causés par le Rezulin®. Il fut démis de ses fonctions et son rapport écarté du dossier final. Un scénario ayant de nombreuses similarités se déroula pour différents médicaments, notamment ceux dérivés de l'amphétamine visant à servir de coupe-faim, que cela soit Pondimin® ou Redux® (respectivement 18 millions et 2 millions de consommateurs aux États-Unis en 1996), auxquels le Mediator® est apparenté. Les chercheurs ayant établi des études non-favorables à ces médicaments subirent différentes pressions provenant cette fois directement des industriels. Ainsi Lucien Abenhaim reçut des petits cercueils à son domicile, et Stuart Rich reçut un coup de téléphone d'un employé de Wyeth, un des laboratoires concernés par le médicament qui lui dit : « qu'il n'était pas content que j'aie [Stuart Rich] décrit le médicament comme comportant de graves risques pour la santé, et il me conseilla de faire très attention à l'avenir à ce que je dirais car "de mauvaises choses" pourraient arriver ». Rich ne prit

⁹⁹ Borch-Jacobsen M., *opus cité*, p.42

¹⁰⁰ Carpenter Daniel, *Reputation and Power – Organizational Image and Pharmaceutical Regulation at the FDA*, Princeton University Press, Princeton, 2010, p.245-247

plus la parole suite à cela¹⁰¹.

Ce climat délétère à la FDA ne semble pas concerner une faible minorité de réfractaires comme les « Termites » décrits plus haut. Un audit interne à la FDA suite à l'affaire du Rezulin® montra qu'un tiers des membres du Centre pour la revue et l'évaluation des médicaments parmi ceux qui répondirent à l'enquête ne se sentaient pas à l'aise quand il s'agissait d'exprimer leurs opinions scientifiques. D'après un éditorial du *New England Journal of Medicine* de Susan Okie en 2005, les choses ne sont pas allées en s'améliorant au sein de la FDA après l'affaire du Vioxx® en 2004 comme le rapporte le professeur Philippe Even :

L'agence n'a plus de leadership indépendant depuis huit ans. Son seul Commissaire titulaire, Mark McClellan, est resté 15 mois, précédé et suivi de Commissaires par intérim tels que Michael Friedman, Daniel Troy (qui avait assisté les compagnies pharmaceutiques et l'industrie du tabac dans les procès contre les régulations de la FDA!) et Lester Crawford, seulement titularisé récemment. De même la Commissaire adjointe, le directeur du CDER (*Center for Drug Evaluation and Review*) et le directeur de l'*Office of Drug Safety* du CDER¹⁰².

L'article fait lui aussi état du climat délétère au sein de l'agence en termes de pression et de censure des avertissements que subissent les employés, au point qu'une certaine « culture de la peur » s'établit au sein de l'agence selon le docteur Alastair Wood.

2.1.1.1 Les conflits d'intérêts au sein du processus d'évaluation

Si l'on reprend les cas abordés précédemment, des cas de conflits d'intérêts sont à signaler. En effet dans l'exemple du Rezulin®, celui-ci fut laissé sur le marché contre l'expertise du Dr « Terme » David J. Graham par un comité consultatif par 11 voix contre une. Il s'avère que 3

¹⁰¹Brody H., *opus cité*, p.43-53

¹⁰²Okie Susan (2005), « What Ails the FDA? », *New England Journal of Medicine*, 352:1063, cité par Philippe Even dans Angell p.307

d'entre elles appartenait à des consultants pour Warner-Lambert, le laboratoire fabricant le Rezulin®, et que 9 des 10 experts venus témoigner auprès du comité l'étaient également¹⁰³.

De même, dans le cas du Redux®, le comité consultatif suivit dans un premier temps le rapport négatif du « Termite » Leo Lutwak par 5 voix contre 3. Cependant, une erreur de procédure fut invoquée par la hiérarchie de la FDA et le comité vota cette fois favorablement pour le maintien du médicament avec 6 voix contre 5. Lutwak se demanda alors publiquement si ce résultat avait à voir avec Michael Weintraub, l'un des principaux promoteurs des médicaments de type Redux®, qui avait fini par intégrer la hiérarchie de l'agence¹⁰⁴. Le sociologue John Abraham mentionne le fait que jusqu'à 90% des membres de certains comités de la FDA peuvent être en situation de conflits d'intérêts. Habituellement, les membres présentant un conflit d'intérêt avec un médicament débattu doivent quitter la pièce, cependant Abraham souligne que cela ne prend pas en compte le climat général qu'engendre les conflits d'intérêts noués par les experts avec les firmes. Selon lui :

Il se peut que les experts qui gagnent une réputation pour s'être montrés critiques envers certains produits industriels, irrespectueux par rapport au médicament en jeu, trouvent, ou au moins perçoivent, que leurs intérêts liés à l'industrie du médicament sont menacés. Comme le formulait un ancien membre du *Committee on Safety of Medicines* (CSM) [de l'agence du médicament britannique], "l'expert perdrait son statut de consultant, son département [de recherche] perdrait les larges financements des industriels, et le reste de l'industrie pharmaceutique le mettrait sur liste noire".¹⁰⁵

Suite à l'affaire du thalidomide qui avait durement touché la Grande-Bretagne, le comité dirigé par Lord Cohen avait recommandé que ce même CSM, qui conseille l'agence du médicament britannique sur l'approbation des nouveaux médicaments, soit « totalement indépendant de l'industrie ». Le regroupement des industriels du médicament anglais, l'ABPI, refusa l'invitation du

103Brody H., *opus cité, opus cité*, p.46

104Brody H., *opus cité, opus cité*, p.52

105Abraham J. *opus cité*, p.1500

Département de la Santé à respecter cette consigne, et celle-ci ne fut jamais appliquée¹⁰⁶.

2.1.2 Le processus d'AMM en France

Cette thèse se focalise sur l'espace français, cependant il m'a paru pertinent de décrire le cas de la FDA car l'agence états-unienne reste la référence en matière de régulation des médicaments, même si sa réputation s'est affaiblie depuis les années 70 comme les éléments décrits plus haut peuvent en témoigner. Il n'en reste pas moins que pour certains observateurs comme le politiste Daniel Carpenter l'agence européenne a désiré imiter le modèle de la FDA, tout en ayant des moyens plus faibles¹⁰⁷. L'un des rapports de l'IGAS post-Mediator® a en tout cas indiqué que l'efficacité d'une molécule pour l'obtention d'une AMM en France et pour l'EMA, l'agence européenne, s'octroyait bien souvent en comparaison avec un placebo, comme cela se fait aux États-Unis :

En effet, dans l'état actuel du droit positif comme de la « jurisprudence » des agences (EMA et AFSSAPS), l'examen d'un médicament aux fins d'AMM s'est fondée principalement, jusqu'à une période récente, nous l'avons vu, sur la comparaison avec un placebo. Encore aujourd'hui, c'est cette méthode qui est appliquée dans environ 40% des cas, et bien davantage en réalité (...)¹⁰⁸.

De plus, selon certains observateurs comme les professeurs Even et Debré, ce sont les États-Unis qui donnent le tempo en matière de découverte, de développement des médicaments, d'autorisation de commercialisation et de fixation des prix :

L'Europe suit à peu près toujours et la France avec (...). Tous les médicaments autorisés par la FDA américaine le sont inéluctablement en

¹⁰⁶ idem

¹⁰⁷ Carpenter Daniel, *opus cité*, p.708-712

¹⁰⁸ Bensadon Anne-Carole, Marie Etienne, Morelle Aquilino, *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, Igas, juin 2011, p.76

Europe, de deux à douze mois après¹⁰⁹.

En France l'AMM se met en place en 1967 et se trouve réformée en 1978 afin de pouvoir constituer une meilleure capacité de contre-expertise sur les dossiers présentés par les firmes¹¹⁰. Durant les années 90, suite à la création de l'agence européenne du médicament en 1995 et des retombées de l'affaire du sang contaminé, l'Agence du médicament française est remplacée par l'*Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé* (AFSSAPS) dont le but est de : « réformer un système d'autorisation de mise sur le marché jugé peu efficace et un système de prix administrés limitant les profits des firmes et décourageant la recherche thérapeutique »¹¹¹. L'AFSSAPS sera elle-même remplacée par l'*Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé* (ANSM) suite aux défaillances sérieuses de l'agence révélées par l'affaire du Mediator®.

Des rapports officiels du Sénat et de l'Assemblée Nationale avaient cependant pointé du doigt des carences avant même l'éclatement de cette affaire. Ainsi le rapport des sénatrices Hermange et Payet établissait déjà en 2006 le constat suivant :

autre les difficultés liées au dispositif institutionnel lui-même, le système de mise sur le marché et de suivi des médicaments souffre de sa **trop grande dépendance à l'égard de l'industrie pharmaceutique** (souligné par les auteures). Cette dernière s'est, en effet, imposée comme le premier vecteur d'information des professionnels de santé, mais aussi au sein même des agences par les liens étroits qu'elle entretient avec les experts¹¹².

Cinq ans plus tard, l'IGAS faisait un constat similaire :

109 Even P., Debré B., *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*, Le Cherche-midi, Paris, 2012, p.224

110 Hauray Boris, *L'Europe du médicament : Politique – expertise – intérêts privés*, Les Presses de Sciences Po, Paris, 2006, p.32

111 Muller Séverin, “L'industrie pharmaceutique et l'Etat – Comment garantir la santé sans nuire au commerce?”, *Savoir/agir* n°16, juin 2011, p.40

112 Hermange Marie-Thérèse, Payet Anne-Marie, *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments*, n°382, Sénat, Annexe au procès-verbal de la séance du 8 juin 2006, p.39

L'AFSSAPS, chargée par la loi de l'évaluation et de la sécurité sanitaires, applique les indulgentes règles européennes d'autorisation de mise sur le marché et a progressivement relâché sa vigilance, faisant donc la part trop belle à l'offre industrielle, participant d'une politique d'encombrement thérapeutique, devenant au fil du temps une « agence enregistreuse » sur le modèle de l'agence européenne, l'EMA¹¹³.

Le rapport du Sénat signale un audit réalisé par les inspections générales qui soulignait certaines faiblesses quant au recrutement des experts, ceux-ci étaient choisis sur une liste établie par le directeur général de l'agence sans que soient explicités les critères sur lesquels cette liste était basée, et sans avoir recours donc à un appel à candidatures en amont de la sélection. L'agence a suivi ces recommandations à partir de 2006 tout en limitant elle-même son objectif à un remplacement de 30% des effectifs de l'agence recrutés selon ces nouvelles procédures¹¹⁴.

2.1.2.1 La gestion des conflits d'intérêts

Jusqu'à récemment, les collaborations des experts de l'agence avec les laboratoires pharmaceutiques n'étaient pas considérées comme incompatibles, elles constituaient même un gage de compétence. Les risques de conflits d'intérêts étaient censés être prévenus grâce à une transparence basée sur la déclaration obligatoire depuis 1998 des liens d'intérêts des experts qui étaient responsables de leur mise à jour. Si un expert était en situation de conflit d'intérêts majeur avec un des sujets traités dans la commission où il siégeait, il devait sortir de la pièce de lui-même ou sur la demande du président de commission. Les relevés effectués à ce sujet par la journaliste d'investigation Stéphane Horel montrent que cela est arrivé à de rares occasions, deux fois sur 21 séances tenues par la commission d'AMM en 2008¹¹⁵. Cependant le rapport fait état de nombreuses

113 Bensadon Anne-Carole, Marie Etienne, Morelle Aquilino, *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, Igas, juin 2011, p.14

114 Bensadon Anne-Carole, Marie Etienne, Morelle Aquilino, *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, Igas, juin 2011, p.63

115 Horel Stéphane, *Les médicamenteurs*, Editions du moment, Paris, 2010 p.147

carences en la matière « l'agence ne [disposant] pas de système global de gestion des experts externes »¹¹⁶. De plus, outre le fait que certains experts n'étaient pas enregistrés du tout, les déclarations non saisies des experts travaillant dans le cadre de l'instruction des dossiers AMM sur un échantillon donné oscillaient entre 18% et 53% selon les groupes de travail sélectionnés¹¹⁷. Même si l'agence a partiellement tenu compte de ces critiques depuis et pris des dispositions pour que ces déclarations de liens d'intérêts soient mieux renseignées, seulement la moitié des déclarations étaient mises à jour en 2008. À noter aussi que certains auteurs ne sont tout simplement pas enregistrés : sur les 2000 experts sur lesquels s'appuie l'agence, seulement 1379 étaient consultables à cette même date¹¹⁸. La Cour des Comptes a étudié le Groupe de travail sur les conditions de prescriptions et de délivrance : seuls 16 de ses 24 membres figuraient dans le catalogue de l'agence en 2005 et seulement 14 avaient rempli une déclaration d'intérêts alors que ce groupe de travail « joue un rôle crucial pour la taille du marché du futur médicament puisqu'il peut retreindre ou non les conditions de prescription et de délivrance des médicaments »¹¹⁹. Ces groupes de travail ont leur importance, selon la Cour des Comptes :

Ces 51 groupes de travail effectuent l'essentiel du travail d'analyse des évaluations réalisées par les experts internes et externes, les commissions n'examinant au fond que les rares dossiers qui ne font pas l'objet d'un consensus. (...) Or, le site Internet de l'Afssaps ne mentionne ni l'existence ni la composition de ces groupes d'experts. L'obligation de transmettre une déclaration d'intérêts est insuffisamment respectée dans ces groupes¹²⁰.

D'après Stéphane Horel, leur composition est consultable en ligne, mais leur mise à jour s'avère défailante. En ce qui concerne la commission d'AMM, un seul de ses trente membres

116 Hermange M-T., Payet A-M., *opus cité*, p.66

117 Hermange M-T., Payet A-M., *opus cité*, p.67

118 Horel S., *opus cité*, p.139-140

119 Lemorton Catherine, citée par Horel S., *opus cité*, p.140

120 Lemorton C. citée par Horel S., *opus cité*, p.144

permanents ne déclare aucun lien d'intérêt en 2008, les autres en ont une dizaine en moyenne¹²¹. Pour ce qui est de l'agence en général, sur la base des déclarations des 1379 experts recensés sur les 2000 qu'emploie l'agence, seulement un quart des experts ne déclarait aucun lien d'intérêt¹²².

Cette gestion des conflits d'intérêts par le biais des déclarations de liens d'intérêts présente aussi d'autres limites. Parmi celles-ci, on peut mentionner le fait qu'elles constituent « une première étape critique mais limitée » dans la mesure où elles ne « résolvent et n'éliminent pas les conflits d'intérêts » pour reprendre les expressions d'un volumineux rapport qu'a consacré récemment l'IOM, l'équivalent de l'Académie de médecine en France, à la question des conflits d'intérêts¹²³. À ce sujet certains observateurs vont même plus loin et redoutent que la déclaration d'intérêt puisse avoir pour effet pervers de donner bonne conscience aux experts une fois que ceux-ci l'ont remplie. Cette déclaration au lieu d'avoir un effet dissuasif pourrait ainsi contribuer à banaliser les conflits d'intérêts au sein des comités d'experts, ces derniers se sentant libres de dire ce qu'ils veulent une fois leurs liens déclarés. Cette opinion est notamment partagée par l'ancien rédacteur en chef du *New England Journal of Medicine* Jérôme P. Kassirer¹²⁴ et du professeur de droit Marc Rodwin qui consacra un article sur ce point dans ce journal médical en 1989 déjà¹²⁵.

Comme mentionné plus haut, la collaboration des experts recrutés par l'agence avec les firmes pharmaceutiques a longtemps été à la fois considérée comme compatible et souhaitable, car synonyme de compétence des experts. Ce message, synthétisé par la formule « l'indépendance totale d'un expert est le gage de son incompétence » que Bernard Lemoine, le vice-président du Leem (Les Entreprises du Médicaments, le syndicat de l'industrie pharmaceutique en France) communiqua à la mission d'information du Sénat, était largement partagé jusqu'à l'affaire du Mediator®. Il a été repris entre autres par le ministre de la Santé Xavier Bertrand et le directeur

121 Horel S., *opus cité*, p.144

122 Horel S., *opus cité*, p.141

123 Steinbrook Robert, « Controlling Conflict of Interest – Proposals from the Institute of Medicine », *New England Journal of Medicine*, vol.360 n°21, mai 2009, p.2162

124 Rodwin Marc A., *Conflicts of Interest and the Future of Medicine : The United States, France and Japan*, Oxford University Press, Oxford, 2011, p.X

125 Rodwin Marc A., « Conflicts of Interest : The limitation of disclosure », *New England Journal of Medicine*, 321, n°20, 1405-09, 1989

général de l'Afssaps de l'époque dont voici les déclarations respectives :

Tout expert compétent ne peut pas préserver cette compétence sans recherche. Or, dans le domaine du médicament, recherche et innovation se font rarement sans la collaboration de l'industrie pharmaceutique.¹²⁶

Si la crédibilité de notre expertise repose d'abord sur la compétence des personnes qui y participent et la bonne organisation des phases individuelles et collégiales de l'évaluation, elle s'appuie aussi sur l'image d'impartialité et d'indépendance de l'ensemble du processus.¹²⁷

Selon ce point de vue, l'expertise est ainsi d'abord une affaire de compétence et ensuite seulement d'indépendance.

Cette équation a été remise en cause par l'affaire du Mediator® qui a redonné de l'importance à la question de l'indépendance. L'un des rapports de l'IGAS commandité à sa suite demande ainsi la création d'un noyau d'experts internes à l'agence qui devraient « [cesser] tous liens d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique dès qu'ils prennent leur fonction »¹²⁸. Un article paru dans *Le Monde* renseigne sur le fait que la majorité des postes de l'agence, lorsque celle-ci a été rebaptisée ANSM, ont fait l'objet de réaffectations de manière interne (800 postes sur 1000), et qu'il était demandé que les membres des commissions et les présidents de groupe de travail n'aient aucun lien d'intérêt¹²⁹. Le Sénat a en tout cas rejeté en nouvelle lecture le projet de loi Bertrand le 13 décembre 2011 car il estimait que l'Assemblée Nationale avait refusé les « principaux renforcements qu'avait apporté le Sénat, concernant le contrôle des liens d'intérêts, la prévention des conflits d'intérêts et le renforcement des droits des victimes »¹³⁰.

Outre la demande, déjà formulée au sein du rapport du Sénat en 2006, que les entreprises pharmaceutiques ne siègent plus au sein de la commission d'AMM par l'entremise du

126 Horel S., *opus cité*, p.151

127 Hermange M-T., Payet A-M., *opus cité*, p.64

128 Bensadon Anne-Carole, Marie Etienne, Morelle Aquilino, *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, Igas, juin 2011, p.11

129 Benkimoun Paul, « L'Agence française du médicament cherche experts indépendants », *Le Monde*, 31 août 2013

130 Cazeau Bernard, *Projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé*, Commission des affaires sociales, Rapport n° 162 (2011-2012), Sénat, 7 décembre 2011

Leem, le rapport de juin 2011 de l'IGAS a suggéré lui aussi « une refonte d'ampleur de l'actuelle procédure d'AMM, dont le nom même doit être changé. Il s'agit d'évaluer désormais les médicaments candidats à la commercialisation de façon plus stricte en introduisant le critère de la valeur thérapeutique ajoutée»¹³¹. Pour les auteurs de ce rapport, le terme d'« autorisation de mise sur le marché » présente un double défaut : « autorisation » a une acception positive qui ne correspond pas au type de décision, et « mise sur le marché » traduit « l'emprise des considérations industrielles et commerciales dans le processus de décision, une emprise dont il convient désormais de se défaire ». Les expressions d'« évaluation thérapeutique » ou « appréciation de la valeur ajoutée du médicament » sont ainsi proposées. Cette valeur ajoutée serait mise en valeur en admettant uniquement les nouvelles molécules « égalant ou apportant un progrès thérapeutique par rapport à un médicament de référence retenu pour la pathologie considérée »¹³². Le rapport prend ici le contre-pied de l'idée encore dominante selon laquelle la multiplicité des traitements, y compris les « me too » serait source de progrès thérapeutique. Pour ses auteurs au contraire, cela conduit à un « encombrement thérapeutique préjudiciable à la santé publique »¹³³. Dans ce sens ces derniers suggèrent que l'ensemble de la pharmacopée française soit réévaluée afin de ne garder que les médicaments essentiels selon la démarche suivie par l'Australie, la Nouvelle-Zélande, la Suède et la Norvège¹³⁴.

D'autres mesures sont préconisées, notamment la constitution jugée « incontournable » d'une expertise interne de l'agence française qui fait figure d'exception parmi les organismes régulateurs en ayant « massivement » recours à l'expertise externe. Le rapport en rappelle les « très sérieux défauts » :

La porosité existant entre experts externes et firmes pose la question de l'indépendance de ces experts, a fortiori compte tenu de l'incapacité des autorités publiques à faire appliquer correctement les règles prévenant les conflits d'intérêts ; la faiblesse du pilotage du

131 Bensadon et al., *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, Igas, juin 2011, p.20

132 Idem, p.16

133 Idem, p.15

134 Idem, p.17

système d'experts externes est avérée s'agissant de plusieurs milliers d'experts regroupés en plusieurs dizaines de groupes de travail, comités et commissions ; la permanence des liens maître-élève, leader d'opinion/juniors altérant la confrontation d'expertise externe et interne ; la lenteur du processus d'expertise et de décision en général ; la faiblesse finale de l'apport de l'expertise à l'issue d'un processus extrêmement lourd ; l'irresponsabilité du système, nul ne sachant qui formule l'avis à soumettre au directeur général, et chacun recherchant la preuve absolue et le consensus scientifique, par un renvoi régulier à de nouvelles études¹³⁵.

Cette organisation était défendue par l'agence en 2006 lors du rapport du Sénat, celui-ci fit néanmoins lui aussi la demande d'une expertise interne renforcée, afin de « garantir sa capacité d'investigation autonome »¹³⁶. Le rapport de l'Igas en précisa les contours :

Ce noyau d'experts prend l'avis d'une Commission consultative externe en pharmacovigilance (CCEP) et consulte également pour forger ses expertises, les personnes qui lui paraissent pertinentes, compte tenu du sujet abordé, y compris les lanceurs d'alerte. Les représentants de l'industrie pharmaceutique doivent pouvoir être auditionnés, mais selon un calendrier fixé par l'AFSSAPS¹³⁷.

Ce corps d'experts internes ne fut cependant pas retenu par l'Assemblée Nationale, à majorité UMP à l'époque, malgré le soutien du Sénat. Ceci fut l'un des motifs pour ce dernier de rejeter en nouvelle lecture le projet de loi Bertrand¹³⁸. La nouvelle agence du médicament ANSM s'est ainsi construite sur le modèle de la précédente sur ce point.

2.1.2.2 Expertise et corruption

Il existe aussi des soupçons de corruption entourant plusieurs membres de la commission d'Autorisation de Mise sur le Marché de l'Agence Nationale de Sécurité du

¹³⁵ Idem

¹³⁶ Hermange M-T., Payet A-M., *opus cité*, p.103

¹³⁷ Bensadon et al., *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, Igas, juin 2011, p.11

¹³⁸ Cazeau B., *opus cité*.

Médicament (ANSM), ayant conseillé de manière non officielle et parfois contre rémunération illégale les firmes qu'ils dont ils contrôlent les dossiers pour leurs nouvelles molécules¹³⁹. John Virapen, ancien PDG pour la Suède de la firme pharmaceutique mondiale Elli Lily, a décrit dans le détail comment il avait lui-même corrompu le psychiatre qui devait étudier le dossier de mise sur le marché du Prozac®, et comment cette pratique, qui s'est concrétisée par la remise d'une enveloppe avec de l'argent, s'avère répandue¹⁴⁰. Cette confession de la part d'un haut cadre de l'industrie pharmaceutique représente un rare témoignage. Étant père lui-même, Virapen écrit avoir rédigé son livre pour dénoncer l'usage injustifié d'antidépresseurs mené par l'industrie pharmaceutique dont les enfants sont de plus en plus la cible, et pour tenter aussi de se racheter pour les morts qu'il a sur la conscience, liés à son activité pour le compte de la firme. Loin de toute théorie du complot, des recherches académiques internationales existent dans ce domaine¹⁴¹.

2.1.3 Recommandations de bonnes pratiques et conférence de consensus

Les recommandations de la HAS sont elles aussi la cible d'une forte influence, certaines ont d'ailleurs été récemment abrogées car les propres règles déontologiques de l'Agence en matière de conflits d'intérêts n'avaient pas été respectés dans leurs groupes de travail¹⁴². L'article « Why we can't trust guidelines anymore ? » publié dans *le British Medical Journal*¹⁴³ suggère lui aussi de porter un regard critique sur les recommandations de bonnes pratiques qui découlent de l'Evidence Based Medicine (EBM), qui correspond à la médecine dite « fondée sur les preuves » par l'usage des essais cliniques notamment, et sur lesquelles se basent actuellement la plupart des professionnels. Comme le précise le rapport de l'IOM :

139 Hajdenberg, Michaël, Pascariello Pascale, « Les gendarmes du médicament faisaient », *Mediapart*, 24 mars 2015

140 Virapen John, *Médicaments effets secondaires : la mort*, Le Cherche midi, 2014

141 Rodwin Marc. A., « Institutional Corruption and the Pharmaceutical Policy », *Journal of Law, Medicine and Ethics*, Vol. 41, p.544, 2013

142 Foucras Philippe, « Communiqué : La HAS retire également la recommandation sur la maladie d'Alzheimer », *Formindep*, 22 mai 2011

143 Lenzer Jeanne, « Why we can't trust clinical guideline », *British Medical Journal*, n°346, 14 juin 2013

Une revue des recommandations de bonnes pratiques cliniques précisant les relations financières des participants suggère que les conflits d'intérêts sont communs¹⁴⁴.

Les conférences de consensus rassemblent un panel d'experts. Elles ont officiellement pour but d'établir un avis partagé de manière internationale sur une question donnée. Cependant, le fait qu'elles puissent à ce titre faire preuve d'autorité est assez logiquement source de convoitise pour toutes sortes d'intérêts, dont ceux de l'industrie pharmaceutique. Le chercheur de l'Inserm Bruno Etain et ses collègues rapportent en tout cas que les conflits d'intérêts sont souvent fortement présents parmi les experts les plus renommés d'un secteur, conférences de consensus comprises¹⁴⁵ :

Une étude récente a également montré que la fréquence des [conflits d'intérêts] parmi les experts d'un domaine considéré est souvent élevée, y compris parmi les experts participant à des conférences de consensus^{146,147} (...) ou membres de comités consultatifs¹⁴⁸.

3 Les sanctions existent-elles et sont-elles dissuasives ?¹⁴⁹

Les sanctions existent, surtout aux États-Unis où les « class actions » sont possibles, des procédures où les plaignants peuvent se regrouper et porter plainte ensemble. Un très rapide florilège montre que les condamnations sont fréquentes, pour des montants élevés et des

144 Lo B, Field MJ, *Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice*, Institute of Medicine, National Academies Press, 2009, p.25

145 Etain B. et al, Conflits d'intérêts et déclaration publique d'intérêts dans l'enseignement médical, Diplôme Inter-Universitaire de Pédagogie Médicale, Universités Paris Descartes, Pierre et Marie Curie, Paris Sud et Paris Est Creteil, 2012, p.9

146 Neuman et al. Prevalence of Financial Conflicts of Interest Among Panel Members Producing Clinical Practice Guidelines in Canada and United States: Cross Sectional Study. *BMJ*, 343 ; d5621. 2011

147 Norris, et al. Conflict of Interest Policies for Organizations Producing a Large Number of Clinical Practice Guidelines. *PloS One*7: e37413. 2012

148 Lurie et al., Financial Conflict of Interest Disclosure and Voting Patterns at Food and Drug Administration Drug Advisory Committee Meetings. *JAMA*295: 1921–1928. 2006

149 Paragraphe extrait de l'article Scheffer Paul, « L'influence de l'industrie pharmaceutique dans le champ de la santé et ses enjeux », dans Scheffer Paul (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p. 21-34

accusations graves¹⁵⁰ :

- Mai 2004 : Warner Lambert est condamnée à 430 millions de dollars d'amende pour le marketing « criminel » de l'antiépileptique Neurontin® (gabapentine)
- Août 2004 : GSK paye à l'amiable 2,5 millions de dollars à l'Etat de New-York pour avoir marketé son anti-dépresseur Deroxat® pour les enfants et les adolescents tout en dissimulant les risques de suicide qu'il présentait pour cette population
- Décembre 2005 : Eli Lilly paye 36 millions pour le marketing hors AMM de son médicament contre l'ostéoporose
- Passons directement à 2009 : Eli Lilly condamnée à 1,415 milliard pour le marketing hors AMM de son antipsychotique atypique Zyprexa® et pour avoir occulté les risques de diabète et d'obésité associés.
- Mai 2012 GSK poursuivie au niveau fédéral pour le marketing frauduleux de ses antidépresseurs Deroxat® et Wellbutrin®, ainsi que pour avoir dissimulé les risques présentés par son antidiabétique Avandia® : 3 milliards de dollars, ce qui constitue le montant record à ce jour.

Ces amendes paraissent vertigineuses, mais elles ne s'avèrent pas dissuasives : elles sont minimes comparées aux profits engendrés, et les firmes provisionnent et anticipent ces procès simplement comme des dépenses éventuelles faisant partie du business¹⁵¹. Pour le procureur général qui avait poursuivi GSK pour le compte de l'Etat de New-York en 2004 Eliot Spizer :

Ce que nous constatons, c'est que l'argent ne dissuade pas les grandes entreprises [pharmaceutiques] de commettre des délits. À mon avis, la seule chose efficace serait de forcer les P-DG et les cadres à démissionner et de

150 Borch-Jacobsen M, *opus cité*, p.170-173.

151 Göttsche Peter, *Deadly Medicines and Organised Crime*, Radcliffe Publishers, Londres, 2013.

les poursuivre individuellement.¹⁵²

Ce développement sur les fragilités constatées au sein de la recherche et de la science médicale, ainsi que de la régulation du secteur du médicament et des produits de santé par les pouvoirs publics montre dans quelle mesure l'industrie pharmaceutique joue un rôle considérable pour orienter le savoir et les décisions selon ses intérêts commerciaux. La présentation de ce contexte permet de mieux appréhender les enjeux liés à la formation à l'indépendance, en laissant apparaître dans quelle mesure des conceptions fondamentales, communément admises et transmises au sein des facultés peuvent être fragiles, comme c'est le cas d'une science médicale s'appuyant forcément sur des données solides et fiables, établies dans le cadre de la « médecine fondée sur les preuves », et de l'efficacité de la régulation de l'État et des agences concernant le secteur du médicament. La gravité de la situation est soulignée par nombre d'éminences médicales qui affirment qu'il s'agit d'une influence systémique et permanente, et non pas de « dysfonctionnements »^{153,154} à la marge du système de santé. C'est ce que soutient notamment Peter C. Gøtzsche, directeur de la Fondation Cochrane danoise. Sans méconnaître les millions de vies sauvées par les médicaments modernes, son ouvrage *Deadly Medicines and Organised Crime* montre que l'industrie pharmaceutique est à l'origine de centaines de milliers de morts de par le monde chaque année, et peut ainsi représenter la troisième cause de décès après le cancer et les maladies cardiovasculaires¹⁵⁵. Gøtzsche arrive à la conclusion qu'avec toute la science accumulée sur les stratégies d'influence de l'industrie pharmaceutique pour augmenter ses profits, la comparaison de cette dernière avec le crime organisé et la mafia s'impose. Les faits sont confirmés par les préfaces de Richard Smith, ancien rédacteur en chef du *British Medical Journal* et

152 Borch-Jacobsen Mikkel (sous dir.), *Big Pharma*, Les Arènes, Paris, 2013, p.173.

153 Sur la remise en cause de l'EBM dans son ensemble, voir notamment l'article de Spence Des, « Evidence based medicine is broken », *British Medical Journal*, 2014 ; 348:g22

154 François Brune a consacré un article sur l'usage de ce terme pour minimiser l'importance de différents problèmes : Brune François, « Longue vie au dysfonctionnement ! », *Le Monde diplomatique*, juin 2003, p.32

155 Gøtzsche Peter C., *opus cité*.

Drummond Rennie en charge du *Journal of the American Medical Association*, deux journaux publiant la fine fleur de la recherche médicale mondiale. Ce soutien de poids constitue sans doute une première, à la hauteur des enjeux et dénonciations du livre.¹⁵⁶

Si la recherche fondamentale est sous influence commerciale à un tel degré et que les pouvoirs publics s'avèrent inefficaces à réguler le secteur du médicament et des produits de santé, il apparaît d'autant plus décisif que les étudiants en médecine soient préparés pendant leurs études à défendre leurs patients. Ceci demanderait que les futurs médecins soient capables d'identifier les fortes influences présentes dans leur domaine d'exercice.

¹⁵⁶ Rennie D., Préface au livre de Gøtzsche Peter, *Deadly Medicines and Organised Crime*, Radcliffe Publishers, Londres, 2013, p.X

Partie II

Formation à l'indépendance des étudiants en médecine, et indépendance de la formation

1 Légitimité et enjeux d'un besoin de formation

Les enjeux liés à l'influence des firmes en termes sanitaire et économique peuvent être détaillés. Il est question d'après l'OMS de 40 000 décès en France chaque année liés à des erreurs médicales ayant notamment maille à partir avec l'influence de l'industrie pharmaceutique¹⁵⁷. La moitié de ces décès serait évitable, soit environ six fois le nombre de morts lié aux accidents de la route, pour donner un ordre de grandeur¹⁵⁸. En termes économiques, la députée Michèle Rivasi estime que 10 milliards d'euros par an pourraient être épargnés avec un meilleur usage des médicaments, sur un marché qui s'élève à 26,8 milliards d'euros. Ceci découle de ses enquêtes dans le cadre de l'opération « Mains propres » dont elle est à l'initiative et qui vise à limiter les conflits d'intérêts et la corruption au sein du système de santé¹⁵⁹. Selon l'économiste Jean de Kervasdoué, c'est même 17 milliards d'euros qui pourrait être économisés par an, selon une audition du Sénat réalisée en 2012.¹⁶⁰

Dans ce contexte, divers organismes et rapports officiels internationaux ont ainsi émis des recommandations pour que la formation initiale des médecins intègre la question de l'indépendance face à l'industrie pharmaceutique. Aux États-Unis, L'Institute of Medicine (IOM) a rédigé un volumineux rapport en 2009 sur les conflits d'intérêts dans le domaine de la recherche, de la clinique et de l'éducation. L'une de ses recommandations pour ce dernier domaine, la 5.2, préconise ceci :

Les facultés de médecine et les hôpitaux universitaires devraient enseigner aux membres des facultés et aux étudiants en médecine, externes et internes, comment éviter ou gérer les conflits d'intérêts et les relations avec les représentants de l'industrie pharmaceutique et de matériel médical. Les organisations d'accréditation devraient développer des standards requérant

157 APM International, « Mortalité liée aux erreurs médicales : le Lien dénonce "l'omerta" française », *APM International*, 20 janvier 2015

158 <http://www.20minutes.fr/societe/1847775-20160518-securite-routiere-nombre-morts-routes-hausse-2015>

159 Santi Pascale, « Michèle Rivasi appelle à une opération mains propres dans la santé », *Le Monde*, 6 janvier 2015

160 De Kervasdoué Jean, interrogé par le Sénat, « Comptes rendus de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale », 15 février 2012 <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20120213/mecss.html>

une formation officielle dans ces domaines.¹⁶¹

Ceci fait écho à celle proposée en 2008 par l'Association Américaine des Collèges Médicaux (AAMC) qui représente 145 facultés de médecine états-uniennes, 17 facultés de médecine canadiennes et plus de 400 hôpitaux universitaires¹⁶².

Les facultés de médecine et les hôpitaux universitaires devraient concevoir des standards de curriculum ainsi que des ressources pédagogiques pour toutes les phases de la formation médicale - de la formation initiale comprenant l'internat, à la formation continue – procurant des outils pour former les étudiants et les membres des facultés sur les procédés et les disciplines impliquées dans la découverte, le développement, les tests cliniques, la sécurité, la valeur thérapeutique et la régulation des médicaments.¹⁶³

En France, la formation initiale a également été identifiée comme un domaine où des réformes seraient nécessaires. Les rapports officiels allant dans ce sens se succèdent : en 2006 le Sénat publie deux propositions :

Lutter contre les ingérences des firmes dans la formation des futurs médecins, en interdisant notamment les actions de type sponsoring ou lobbying (attribution de bourses, remise de prix ou de cadeaux, visites médicales).

Introduire la culture de l'indépendance et de la transparence dans l'enseignement et la pratique médicale, chaque enseignant de faculté devant déclarer ses conflits d'intérêts : conflits d'intérêts généraux dans une déclaration annuelle actualisée et conflits d'intérêts spécifiques au cours enseigné.¹⁶⁴

Il est suivi par un rapport parlementaire en 2009 :

161 Lo B, Field MJ, *opus cité*.

162 <https://www.aamc.org/about/>

163 American Association of Medical Colleges. *IndustryFunding of Medical Education: Report of an AAMC Task Force*. 2008. www.aamc.org/research/coi

164 Hermange M-T., Payet A-M., *opus cité*, p.104

De même, il nous faudrait réfléchir plus sérieusement aux liens entre les étudiants et les entreprises pharmaceutiques. Il n'est pas normal qu'ils soient encore si étroits et nous pourrions envisager de modifier la loi pour mieux les encadrer et les limiter. Pourquoi ? On le sait, plus tôt les liens sont établis, plus les étudiants seront soumis à l'influence prégnante des industries pharmaceutiques¹⁶⁵.

En 2015, c'est un rapport du Conseil Européen qui demande des actions dans ce sens pour les pays membres de l'Union Européenne :

Par ailleurs, il faudrait absolument vaincre la réticence des professionnels de santé à accepter qu'ils sont bel et bien perméables à la promotion, ce dès le début de leur formation. Une formation spécifique tendant à faire réfléchir à l'influence de la promotion pharmaceutique et à mieux y répondre devrait donc être intégrée dans le curriculum universitaire des professionnels de santé et rendue obligatoire. Par ailleurs, dans la mesure du possible, leur formation continue devrait être financée par les fonds publics¹⁶⁶.

Il apparaît ainsi que la formation à l'indépendance peut être considérée comme un besoin de formation identifié, au moins par certaines instances. Qu'en est-il cependant des premières concernées, à savoir les facultés de médecine ?

2 État des lieux en matière de formation à l'indépendance

Des recherches portant sur la formation à l'indépendance ont été réalisées au Canada, en Australie, en Norvège, en Finlande, en France et aux États-Unis. C'est dans ce dernier pays que les initiatives ont été poussées le plus loin. Depuis 2007, l'Association des Étudiants en Médecine Américains (AMSA), qui regroupe 67 000 étudiants, réalise un classement des facultés états-uniennes par rapport à leur politique officielle vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Ce

165 Catherine Lemorton, Arnaud Robinet, *Rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé*, Assemblée nationale, 17 juillet 2013, p.96

166 Maury Pasquier Liliane, *La santé publique et les intérêts de l'industrie pharmaceutique : comment garantir la primauté des intérêts de santé publique?*, Rapport du Conseil Européen, 14 septembre 2015, p.9

classement est basé sur 14 critères qui déterminent un score en fonction du degré d'implication des démarches (exemplaires, modérées, ou absentes) entreprises pour chacun d'entre eux. Une démarche exemplaire peut aller jusqu'à prôner l'interdiction pour le critère en question, chacun d'entre eux concernant l'ensemble de la communauté de la faculté : étudiants, enseignants, responsables de la faculté. Voici la liste des critères en question¹⁶⁷.

- Les cadeaux
- Les repas
- Orateurs financés par les firmes
- Financement par les firmes de formations médicales continues accréditées
- Participation à des événements promotionnels financés par les firmes
- Bourses d'étude et prix honorifiques
- Contrats de consultant ou de conseil avec les firmes
- Participation à des articles honorifiques ou écrits en ghostwriting
- Contacts avec des visiteurs médicaux
- Contacts avec des visiteurs pour du matériel médical
- Déclaration publique d'intérêts
- Curriculum de formation adéquat intégrant la problématique des conflits d'intérêts
- Depuis 2014, extension de la politique officielle aux autres lieux de formation comprenant les hôpitaux universitaires (*teaching hospitals*).
- Vérification de l'application effective des règles retenues pour les précédents critères, avec sanction prévue si besoin.

¹⁶⁷ Pour une bibliographie concernant chacun de ces critères, on peut se reporter au manuel d'enseignement réalisé sous l'égide de l'OMS « Comprendre à la promotion pharmaceutique et y répondre », réalisé en 2009. Il a été traduit en 2013 par la Haute Autorité de Santé qui le met à disposition sur son site : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf

La grande majorité des facultés ont obtenu un F lors du premier classement, soit la note la plus basse. Le classement a cependant été reconduit chaque année, et en 2014, deux tiers des 161 facultés états-uniennes ont été notées A ou B, ce qui correspond respectivement à une formation exemplaire ou modérée dans le domaine de l'étude¹⁶⁸. Il est aussi intéressant de noter que les médecins sortant des facultés états-uniennes sont beaucoup moins exposés à la visite médicale, et moins habitués à la recevoir. En effet, comme un cabinet de conseils pour l'industrie pharmaceutique le note, moins de 40 % des diplômés de la plupart des facultés de médecine ont eu des contacts avec les visiteurs médicaux, et même 30 % pour d'Harvard qui est la plus restrictive en la matière. Ceci représente un changement majeur pour ce canal d'influence de l'industrie pharmaceutique, comme l'exprime le rapport de ce cabinet :

Précédemment, une génération de docteurs a grandi avec l'habitude d'avoir à faire avec des représentants médicaux, depuis le début de leur formation jusqu'à l'internat. Aujourd'hui, au contraire, il y a une grande partie des médecins qui n'ont jamais rencontré un visiteur médical, et qui sont susceptibles de ne jamais le faire. Ceci représente un véritable séisme dans l'industrie, comme le montre clairement nos données¹⁶⁹.

Le classement se base sur des politiques officielles, il est donc possible de consulter les positions de ces universités sur leur site internet comme c'est le cas de l'université de Stanford. Si l'on prend l'exemple de cet établissement, son site donne accès à plusieurs onglets qui comprennent un article général sur les conflits d'intérêts, les politiques officielles concernant ces derniers, les procédures de déclaration des liens d'intérêts, les conflits d'intérêts et les enseignements, et enfin les partenariats de l'université¹⁷⁰. La revue *Prescrire* avait dès 2007

168 <http://amsascorecard.org/methodology/>

169 Zs, *For Pharma Reps, A Challenging Market for Physician Access Gets Even Tougher*, Access Monitor, 2015 Executive Summer, p.5-6. <http://www.zsassociates.com/-/media/files/publications/public/ph-mar-wp-access-monitor-exec-summ-f-web.pdf?la=en>

170 <https://doresearch.stanford.edu/research-scholarship/conflicts-interest>

mentionné le cas de cette université qui interdisait déjà les cadeaux des firmes¹⁷¹.

Depuis 2014, l'AMSA applique aussi son système de classement aux hôpitaux universitaires. Ceci est d'autant plus important que les travaux de sociologie de la formation médicale montrent que la formation déterminant le plus les savoirs et les pratiques des médecins est celle acquise au sein des stages hospitaliers par rapport aux cours dispensés à la faculté¹⁷². 204 hôpitaux ont été cotés, et 400 devraient l'être à terme. Ce classement comporte 14 critères, dont 11 en commun avec les facultés. Les trois critères spécifiques aux hôpitaux sont les voyages pour se former ou assister à des conférences payées par les firmes, l'utilisation d'échantillons gratuits, et les liens entre le personnel hospitalier enseignant et les achats de dispositifs médicaux et de matériel médical¹⁷³. Sur les 204 hôpitaux répertoriés en 2014, 17% ont été jugés exemplaires en obtenant la note A, et 54% ont obtenu un B.

Il semble déterminant de prêter attention aux conditions mises en place par les facultés pour s'assurer de la mise en application des mesures prises dans la politique officielle de l'établissement, ainsi que des sanctions prévues en cas d'inertie. En effet, une étude publiée en 2014 dans le journal *PLoS One* s'est donnée pour but d'évaluer l'effet réel de l'instauration de ces politiques sur les conflits d'intérêts aux États-Unis, où elles sont le plus développées. Il s'avère que 26 % des facultés ne se sont pas dotées de mesures spécifiques pour vérifier le suivi des décisions retenues en 2010. Dans ces cas-là, les étudiants continuent la plupart du temps à rester en interaction avec l'industrie pharmaceutique et à recevoir ses cadeaux notamment¹⁷⁴.

Cette démarche a encouragé d'autres pays à réaliser un classement similaire, quoique limité aux facultés et non reproduit tous les ans. Deux médecins ont publié un classement pour

171 Prescrire, « Cadeaux des firmes : interdits à l'université de Stanford », *Prescrire* 2007, 27 (281) : 221

172 Saint-Marc David, *La formation des médecins – Sociologie des études médicales*, L'Harmattan, Paris 2011

173 <http://amsascorecard.org>

174 Yeh JS, Austad KE, Franklin JM, Chimonas S, Campbell EG, et al. (2014) Association of Medical Students' Reports of Interactions with the Pharmaceutical and Medical Device Industries and Medical School Policies and Characteristics: A Cross-Sectional Study. *PLoS Med* 11(10): e1001743. doi:10.1371/journal.pmed.1001743

l'Australie dans le *Medical Journal of Australia* en 2011. Une faculté a obtenu un C, dix un D, et les autres un F pour celles qui avaient une politique établie car 5 d'entre elles étaient en train d'élaborer la leur lors de l'étude. Les auteurs concluent logiquement à un besoin d'améliorer la situation au sein des facultés du pays¹⁷⁵. Malgré les résultats plutôt faibles mis en évidence, on notera que certaines facultés avaient malgré tout pris des initiatives dans le domaine étudié. Ceci est encore plus manifeste avec le classement réalisé au Canada en 2013 par une équipe de chercheurs, et publié dans le journal en open access *PLoS One*. Il a montré que les formations en matière d'indépendance au sein des 17 facultés médicales étaient encore assez laxistes, et particulièrement peu regardantes en ce qui concerne les repas, les cadeaux, le ghostwriting et les déclarations publiques d'intérêts. Sur un score maximum de 24 points, les Canadiens ayant opté pour un score chiffré, 5 facultés ont cependant obtenu plus que la moyenne, la Western University se distinguant avec 19 points¹⁷⁶.

L'association française du Formindep, reconnue d'intérêt général, qui milite depuis 2004 pour une formation et une information des professionnels de santé indépendante a décidé de réaliser le classement des facultés françaises. Un groupe de 8 personnes, codirigé par le médecin Jean-Sébastien Borde alors président du Formindep et moi-même, a mené cette étude de janvier 2015 à juin 2016. Seuls trois doyens sur les 37 facultés de médecine françaises nous ont répondu, et d'après nos recherches internet, aucune faculté n'a encore élaboré une politique publique dans ce domaine. La configuration française ressemble en cela à la situation des États-Unis en 2007 révélée lors du premier classement¹⁷⁷. Le Formindep entend prendre exemple sur les étudiants de l'AMSA en reproduisant le classement tous les ans, dans l'espoir qu'il suscitera des initiatives au sein des facultés comme cela a été le cas aux États-Unis au bout de quelques années. En Europe, la Norvège semble avoir pris des mesures importantes dans le domaine :

175 Mason PR, Tattersall MHN (2011) Conflicts of interest: a review of institutional policy in Australian medical schools. *MJA* 194: 121–125

176 Shnier A, Lexchin J, Mintzes B, Jutel A, Holloway K (2013) Too Few, Too Weak: Conflict of Interest Policies at Canadian Medical Schools. *PLoS ONE* 8(7):e68633.

177

En 2005, les facultés de médecine en Norvège ont collectivement accepté le fait que toutes les activités reliées à l'industrie pharmaceutique devaient prendre fin et que les initiatives éducatives devaient exclure toute participation de l'industrie pharmaceutique. De plus, les facultés de médecine norvégiennes sont liées aux recommandations de bonnes pratiques de l'Association Médicale Norvégienne, qui stipule que : « Toute information ne peut être donnée aux étudiants sans que l'institution facultaire l'ait approuvée » et que « les activités non-professionnelles ne devaient pas être directement ou indirectement sponsorisées par l'industrie pharmaceutique »¹⁷⁸.

En France, le médecin et chercheur de l'Inserm Bruno Etain et ses collègues ont conduit une étude s'intéressant aux représentations des étudiants français vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique¹⁷⁹. Ils citent en exemple la démarche existante aux États-Unis en conclusion. Malgré cela, il n'existe pas de dynamique réelle à ce jour en Europe en matière de formation à l'indépendance.

On remarquera aussi que si l'un des critères retenus par le classement de l'AMSA évalue bien la présence d'une formation adéquate dispensée aux étudiants vis-à-vis des conflits d'intérêts en médecine, la plupart des critères listés portent sur des situations d'influence rencontrées au sein même des lieux de formation initiale (facultés et hôpitaux universitaires). L'indépendance de la formation initiale apparaît donc aussi importante à prendre en compte, en parallèle de la formation à l'indépendance pour l'exercice futur du métier, comme y invitent les deux médecins auteurs du classement australien :

Il est tout aussi important de procurer aux étudiants une formation détaillée et équilibrée concernant ces relations avec l'industrie que de les protéger (ainsi que leurs futurs patients) des séquelles d'une influence de l'industrie injustifiée¹⁸⁰.

178 Lea D. et al. (2010), Norwegian medical students' attitudes towards the pharmaceutical industry, Eur J Clin Pharmacol, 66:727–733

179 Etain B, Guittet L, Weiss N, Gajdos V, Katsahian S (2014) Attitudes of Medical Students towards Conflict of Interest: A National Survey in France. PloS ONE 9(3): e92858.

180 Mason PR, Tattersall MHN, *opus cité*.

Les passages cités plus haut des rapports français y font eux aussi explicitement référence. Comme on vient de le voir, la formation initiale française n'a pas encore entrepris de démarche conséquente pour intégrer la formation à l'indépendance au sein de ses curricula, contrairement à d'autres pays plus en avance sur le sujet comme les États-Unis. Pour comprendre ce paradoxe, il s'agit maintenant d'étudier le cas français en suivant les axes proposés par Parent et Jouquan.

3 Axe politique

3.1 Le néolibéralisme comme cadre global

Différents auteurs font apparaître comment le néolibéralisme, entendu comme la doctrine globale dominante dans la transformation des sociétés à l'échelle internationale, influence le monde de la recherche et de la formation médicale. Selon la définition qu'en donne Holloway :

Le néolibéralisme est un programme d'accumulation qui donne le pouvoir aux propriétaires des entreprises multinationales par le biais de politiques économiques associées à l'innovation, la libéralisation du commerce, la réduction des fonds gouvernementaux pour les services publics ainsi que la restriction des protections concernant le travail, la santé et l'environnement¹⁸¹.

Selon Holloway, le néolibéralisme transforme actuellement la médecine et l'université dans le sens d'une privatisation et d'une intégration des valeurs des multinationales dans le savoir transmis, en accord avec les principes de l'économie de la connaissance. Cette dernière place les multinationales comme des acteurs clé aux côtés de l'État. Le rôle des universités est de plus en plus vu comme celui de favoriser l'innovation industrielle. La recherche est également impactée :

181 Holloway Kelly, « Uneasy subjects: Medical students' conflicts over the pharmaceutical industry », *Social Science & Medicine* 114 (2014) 113e120

Les politiques nationales concernant la science encouragent les investissements privés dans la science et les partenariats universités/industries en renforçant les droits de propriété intellectuelle et en réduisant les financements publics. A travers ces mécanismes, les chercheurs sont encouragés à orienter leurs innovations vers des produits commercialisables, ce qui correspond au terme de commercialisation de la recherche¹⁸².

Cette tendance de fond se retrouve également dans la manière d'appréhender les systèmes d'éducation supérieurs à partir des années 1990. En reprenant l'analyse de Demeulemeester, on note un profond changement au sein des élites dirigeantes européennes à ce sujet. Jusqu'alors, le modèle visait à amener une partie de plus en plus importante de la population vers un niveau d'éducation et de formation plus élevé, afin de rattraper le retard technologique d'après-guerre vis-à-vis des États-Unis. Qualifié « d'ancien », ce modèle va être supplanté par la stratégie de Lisbonne en 2000, se donnant pour but de créer « l'économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique du monde ». La feuille de route sera décrite dans la déclaration de Bologne de 1999 pour l'enseignement supérieur et de Copenhague en 2002 pour la formation professionnelle. Les systèmes d'éducation supérieurs, dits « modernes » doivent gagner en réactivité dans un monde accéléré par l'essor des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC). Ils doivent pouvoir répondre aux besoins des marchés et des firmes engagées dans ce qui est présenté comme une guerre économique, de tous les instants. Ceci traduit les changements structurels de l'époque : outre les NTIC, on note l'émergence de nouveaux concurrents en Asie notamment, l'ouverture des frontières et accentuation de la concurrence à travers la mondialisation, l'installation du chômage de masse... La Commission Européenne, les industriels européens réunis au sein de la Table Ronde Européenne (European Round Table) et des économistes mettent l'accent sur le progrès technique et l'innovation, cette dernière devenant

182 Holloway K, *opus cité*.

centrale. C'est aux universités qu'est confiée la responsabilité de la générer. Cette valorisation se traduit par un certain nombre d'aménagements conséquents : les universités sont mises en concurrence et évaluées, ce qui peut déterminer leur degré de financement public. Elles doivent également être visibles en faisant le nécessaire pour être bien placées dans les classements internationaux, et par conséquent attractives afin de faire venir à elles les cerveaux les plus brillants du monde.

Ce développement permet de mettre en lumière plusieurs caractéristiques des systèmes d'enseignement supérieurs déterminant dans une certaine mesure les facultés de médecine. D'une part, comme l'écrit Demeulemeester :

Les enjeux et les risques d'une réduction de l'enseignement supérieur à la seule dimension économique et d'une formulation de ses finalités au seul regard de l'employabilité [et de la productivité] doivent nécessairement faire l'objet d'un examen critique¹⁸³.

Cet horizon est en effet divergent, voire opposé à celui d'émancipation qui fait partie des finalités mises en avant en introduction de cette thèse. D'autre part, s'inscrivant dans la logique néo-libérale, la refonte des systèmes éducatifs se fait significativement au service des industriels, avec pour objectifs de gagner en productivité et soi-disant en employabilité. Ce projet s'est d'ailleurs construit et réalisé en collaboration étroite entre les pouvoirs publics de la Commission européenne et les industriels européens réunis au sein de l'ERT. On peut ainsi estimer que ce climat politique très soucieux de l'intérêt des industriels ne sera certainement pas favorable à l'essor de formations visant à développer une plus grande indépendance des étudiants vis-à-vis de l'une de leurs branches les plus puissantes, à savoir l'industrie pharmaceutique.

Cependant, il existe au moins une initiative d'envergure internationale qui participe à

183 Demeulemeester Jean-Luc, « Une perspective économique et politique des systèmes d'éducation et de formation » in Parent Florence, Jouquan Jean (sous dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck, Bruxelles, 2013, p.42

faire évoluer les lieux d'enseignement de médecine dans ce sens. Il s'agit de la dynamique existante autour de la responsabilité sociale des facultés de médecine. Cette dernière a débuté au sein de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1995 et a acquis aujourd'hui une reconnaissance internationale. Dans le *Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools* rédigé en 2011, des améliorations indispensables sont recommandées. L'une d'entre elles entend « répondre aux défis sociétaux d'aujourd'hui et de demain » en identifiant trois menaces prioritaires pesant sur les systèmes de santé, à savoir l'hospitalo-centrisme, la fragmentation des soins, et la marchandisation. Ce dernier point peut rejoindre les préoccupations liées à la recherche d'une formation soucieuse d'encourager l'indépendance des futurs médecins¹⁸⁴. Malgré cela, l'article que Pestiaux et ses collègues consacrent à cette initiative ne permet pas de savoir dans quelle mesure ces recommandations sont considérées et appliquées par les facultés de médecine dans le monde.

3.2 Contre-poids en faveur de la formation à l'indépendance

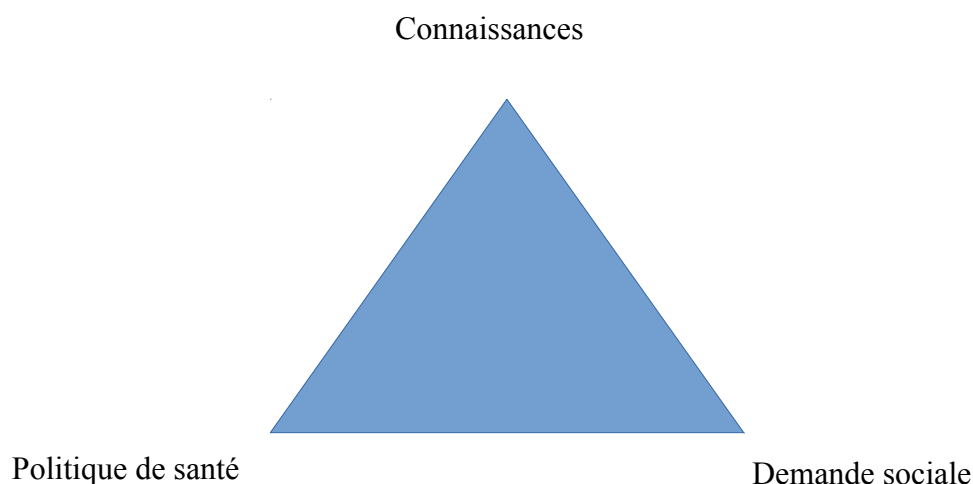
On peut néanmoins penser que différents paramètres clés du contexte politique dans lequel s'inscrivent les facultés de médecine sont aujourd'hui réunis pour faciliter la mise en place d'une formation à l'indépendance. En effet, si l'on prend le triangle de Luyendijk-Elshout définissant les trois types de force et de logique qui contribuent à faire évoluer les facultés de médecine de l'extérieur, on peut dire que deux des pôles sont favorables à un développement d'une formation à l'indépendance : celui des connaissances qui influe sur le contenu des études et sur la structure du corps enseignant et qui s'appuie en matière d'indépendance sur une abondante littérature¹⁸⁵, et celui de la demande sociale pour laquelle l'intégrité des médecins fait partie des

184 Pestiaux Dominique, Boelen Charles, Nawar Tewfik, Ladner Joël, « Responsabilité sociale des facultés de médecine », in Parent Florence, Jouquan Jean (sous dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck, Bruxelles, 2013, p.91

185 Pour une bibliographie synthétique on peut se reporter au manuel d'enseignement réalisé sous l'égide de l'OMS « Comprendre à la promotion pharmaceutique et y répondre », réalisé en 2009. Il a été traduit en 2013 par la Haute Autorité de Santé qui le met à disposition sur son site.

qualités premières d'un bon médecin¹⁸⁶. Cette intégrité est d'autant plus valorisée que les situations de crise se succèdent dans le domaine de la santé, comme en témoigne l'affaire Mediator®. Ceci conduit la médecine à devenir l'objet d'accusations, alors que la santé est devenue aujourd'hui une valeur centrale dans les sociétés industrialisées avancées, de plus en plus associée au bonheur, comme l'ont montré les sociologues Philippe Adam et Claudine Herzlich¹⁸⁷. Le pôle politique est lui aussi traversé de tensions : on vient de voir que des logiques concurrentes, économiques et pédagogiques notamment, opèrent en même temps et façonnent différemment les lieux d'enseignement supérieurs pour répondre à leurs objectifs respectifs. Cependant, quelques signaux récents poussent en direction d'une plus grande indépendance. Dans le prolongement des rapports français cités plus haut, les enseignants ont l'obligation de déclarer leurs liens d'intérêts lors de leurs enseignements depuis mars 2016, dans le cadre de la loi Santé.

Les forces s'exerçant sur les facultés de médecine



L'intérêt potentiel de la législation dans le cadre de ce pôle politique peut se mesurer à travers l'exemple de la Finlande qui a mis en place une nouvelle loi en 2004 qui concernait la

186 Richard Isabelle, Saint-André Jean-Paul, Flexner Abraham, *Comment nos médecins sont-ils formés ?*, Les Belles Lettres, 2012

187 Adam Philippe, Herzlich Claudine, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Armand Colin, paris, 2007

relation entre l'industrie pharmaceutique et les membres des facultés de médecine. Une étude montre que cette loi a conduit à de profonds changements, avec notamment une chute du nombre de contacts des étudiants avec des représentants des laboratoires pour des événements présentés comme éducatifs. De plus ces présentations sponsorisées n'étaient plus autant considérées comme des sources d'information fiables¹⁸⁸.

Un autre paramètre global influence aussi les pratiques médicales et leur transmission au sein des enseignements. Un système d'incitations économiques pousse les médecins à faire plus d'interventions thérapeutiques qu'à en faire moins, à l'opposé du principe premier de la médecine qui invite d'abord à ne pas nuire. Comme le dit le cardiologue Steven Nissen, président de la Cleveland Clinic, aux États-Unis :

Nous avons créé un système qui souvent pousse les médecins, les hôpitaux et le système de santé dans son ensemble à faire plus. Orientés par ces incitations économiques perverses, nous soumettons les patients à de nombreux examens ou traitements inutiles¹⁸⁹.

En suivant les propos de Christian Saout, ancien secrétaire général du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss), on peut avoir une idée plus précise de cette surmédicalisation : « En France, 30 % de soins inutiles, voire dangereux, sont prodigués, au premier rang desquels les prescriptions de psychotropes, d'antibiotiques et de statines. »¹⁹⁰ Ceci n'encourage pas de toute évidence à exercer la médecine de façon consciencieuse et *prudentielle*, au sens qu'en donnent les travaux du sociologue Florent Champy. La prudence, dont parle déjà Aristote, permet ici de « traiter de problèmes pour lesquels l'application de la science est mise en défaut »¹⁹¹, et invite à la réflexivité afin de servir au mieux les patients dont s'occupent les professionnels de santé.

188 Vuorenkoski L. et al. (2008), Effect of legislative changes in drug promotion on medical students: questionnaire survey, *Medical Education*, 42: 1172–1177

189 Nissen Steven, dans le documentaire *Escape Fire – The fight to rescue American Healthcare* écrit et réalisé par Susan Frömke en 2012

190 Rey Fanny, « Nous sommes déprescripteurs ! », *Le Pharmacien de France*, n°1227, février 2015, p.24-28

191 Champy Florent, *La sociologie des professions*, PUF, Paris, 2012, p.191

4 Axe des actants

Si ces différentes forces extérieures ont un impact global et à long terme « probablement déterminant » selon Isabelle Richard et Jean-Paul Saint-André, ces derniers précisent que chaque faculté dispose d'espaces de liberté qui peuvent mener à des politiques facultaires innovantes impliquant les enseignants et les étudiants¹⁹². Il s'agit ainsi maintenant de se pencher sur les positions et les interactions des principaux acteurs de la formation médicale, à savoir les doyens, les enseignants, les étudiants. À ces derniers, j'ai ajouté les associations et organismes ayant acquis une certaine expertise en matière d'indépendance et qui interagissent également avec le milieu de la formation initiale. Il sera ainsi question du Formindep, de la revue *Prescrire*, de l'État. Enfin, le que j'ai pu jouer en tant que doctorant impliqué dans sa recherche sera étudié.

Cette connaissance personnelle des différents acteurs est cruciale afin de pouvoir lever certains des préjugés qui vont constituer autant de blocages entre différentes structures, identifiées par la doyenne et ex-doyen Isabelle Richard et Jean-Paul Saint-André comme l'un des principaux freins à l'évolution des pratiques en matière de formation¹⁹³.

En parlant de blocage, il me semble important d'apporter une précision en introduction à cette partie. Il n'est pas rare que des analyses critiques soient rejetées par les acteurs concernés. Elles peuvent en effet être vécues comme des jugements, des agressions ou des remises en cause personnelles. Il est compréhensible qu'il peut être douloureux de remettre en question, même partiellement, des pratiques adoptées depuis longtemps, ou qu'il peut être irritant de voir pointer dans ce travail beaucoup de manque en lien avec la spécificité de notre sujet, sans mentionner par ailleurs tout ce que font les différents acteurs de la formation initiale qui ne rentre pas dans le cadre de notre étude. Je souhaiterais du coup désamorcer autant que possible une telle réception de ce travail, qui s'est efforcé d'être constructif, pour les étudiants et les équipes enseignantes. Des

192 Richard Isabelle, Saint-André Jean-Paul, *opus cité*.

193 Richard I., Saint-André J-P., *opus cité*.

analyses critiques peuvent être avancés mais la finalité est bien de faire ressortir les logiques d'ensemble, et non de critiquer des individus en particulier. Dans ce sens, les noms des personnes qui pourraient se sentir visées par ce travail ont été anonymisés, comme c'est la règle du reste dans les travaux de recherche. Cette démarche a ainsi essayé de s'inscrire dans cette intention délicate énoncée par Pierre Bourdieu :

Si le sociologue a un rôle, ce serait plutôt de donner des armes que de donner des leçons. (...) Il faut se situer constamment entre deux rôles : d'une part celui de rabat-joie et, d'autre part, celui de complice de l'utopie.¹⁹⁴

Comme indiqué plus haut, cette thèse est une recherche *pour* l'éducation, j'espère ainsi que ses analyses pourront apporter des outils source de progrès pour les équipes enseignantes, en identifiant des angles morts et en suggérant des possibilités d'action, dans l'intérêt des étudiants et des patients.

4.1 Les doyens

4.1.1 Une influence des firmes ciblant directement les doyens

Les jeunes médecins sont considérés par les laboratoires pharmaceutiques comme plus critiques que leurs aînés vis-à-vis de leurs activités¹⁹⁵. A ce titre, l'une de ces influences consiste à investir davantage le champ de la formation initiale, en s'adressant notamment aux doyens. La fonction de ces derniers ne se cantonne pas à un titre honorifique comme cela peut être le cas dans d'autres domaines. Comme le rappelle le sociologue Quentin Ravelli, ce sont des Professeurs des

194 Bourdieu Pierre, *Questions de sociologie*, les Éditions de Minuit, Paris, 2002, p.95

195 Ravelli Quentin, *La stratégie de la bactérie, biographie sociale d'une marchandise médicale*, Thèse de Sociologie, Centre de recherches Sociologiques et Politiques de Paris, 2012

Universités et Praticiens Hospitalier (PUPH), faisant partie à ce titre du sommet de la hiérarchie médicale, en lien avec les fonctions de soin, de recherche et de formation. Ils s'occupent des recrutements des enseignants, sont responsables des pédagogies utilisées au sein des cours, ainsi que de l'organisation des examens et des concours. De plus, ils président la commission donnant son agrément aux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ainsi qu'aux hôpitaux généraux quant à leurs aptitudes à former les médecins généralistes et spécialistes, et signent la convention passée à ce titre entre les facultés et les CHU. Précisons néanmoins que les doyens ne dirigent pas les facultés seuls, un Conseil de Gestion composé entre autres d'enseignants élabore avec eux le projet pédagogique et sa planification pluri-annuelle¹⁹⁶.

Sanofi a organisé dans cette optique pendant vingt ans environ les Épreuves Blanches aux concours de fin de 6e année, rebaptisées Épreuves Classantes Nationales (ECN) en 2004. Ces ECN sont un des événements majeurs de la formation médicale. Plus la place obtenue par les étudiants est bonne dans le classement, plus ils auront la possibilité de choisir la spécialité qu'ils désirent, mais aussi leurs stages, et les domaines de recherche qui les attirent le plus. Pour Quentin Ravelli :

Depuis dix-huit ans, ce concours blanc permet à l'entreprise de peser, sinon dans le contenu même des épreuves, du moins sur leur organisation. Il donne accès aux listes de candidats et à leurs niveaux respectifs, aux résultats de chaque faculté de médecine, aux statistiques d'évolution des classements année par année¹⁹⁷.

L'une des préoccupations des doyens est d'obtenir un bon classement de leur université aux ECN par rapport aux autres facultés. À ce titre ils sont demandeurs d'outils susceptibles de pouvoir faire progresser leur établissement dans le classement, et « la participation aux épreuves blanches en constitue un volet essentiel » selon Ravelli qui poursuit :

196 Ravelli Quentin, *La stratégie de la bactérie, biographie sociale d'une marchandise médicale*, Thèse de Sociologie, Centre de recherches Sociologiques et Politiques de Paris, 2012 p.206

197 Ravelli Quentin, *opus cité*, p. 205

[Le concours blanc] permet de repérer les futurs médecins influents avant même qu'ils ne deviennent des meneurs d'opinion écoutés dans les congrès. Il garantit à l'entreprise un certain prestige – quelque mitigée, troublée, voire assombrie que soit l'image de l'industriel parmi les milieux universitaires¹⁹⁸.

Quentin Ravelli lors de son passage au sein de Sanofi fut chargé de rédiger un argumentaire « statistiquement étayé » à l'intention des doyens afin de les convaincre de l'utilité d'une participation large et systémique aux épreuves blanches. Ceci faisait partie des Nouvelles Approches Promotionnelles (NAP) du laboratoire visant à faire fructifier les informations récoltées lors de cette opération en « un ensemble d'outils concrets pour analyser et désamorcer les réticences des milieux universitaires en y tissant des liens nouveaux », tout en « sensibilisant les futurs prescripteurs à la légitimité des démarches du laboratoire »¹⁹⁹. Ces liens étaient présentés comme des partenariats, mais selon les propos d'un des responsables des NAP au sein du laboratoire recueillis par le sociologue, la finalité reste bien mercantile :

Alors ça peut avoir un aspect choquant parce que nous on fait des partenariats, donc vous allez dire, la vente, c'est quand même un peu loin, et en fait ça a une logique parce que la finalité de faire des partenariats, c'est quand même de faire du business. Et ça, on l'oublie jamais, ici, c'est que derrière, il s'agit quand même de vendre des boîtes²⁰⁰.

Quentin Ravelli décrit comment l'argumentaire en question arrivait par le maniement des chiffres à donner l'impression que la participation au concours blanc améliorait les résultats des étudiants, malgré le nombre important de facteurs impliqués dans la réussite aux ECN, comme la qualité des enseignements, ou les propres dispositifs de préparation des facultés, qui eux n'étaient pas mentionnés. Malgré des données lacunaires, l'argumentaire a été confectionné en essayant de

198Idem

199 Ravelli Q., *opus cité*, p.206 et 219

200 Ravellip. Q., *opus cité*, 209

faire apparaître dans sa formulation les corrélations établies pour des causalités²⁰¹. Le sociologue précise que c'est bien de l'usage des nombres qu'était attendu l'effet de persuasion escompté, que de la solidité du raisonnement, dans la lignée des travaux d'Alain Desrosières montrant la puissance des nombres dans les manières de gouverner²⁰². Remis entre les mains des Responsables Établissements Hospitaliers (REH) du laboratoire qui sont en contact direct avec la plupart des doyens, cet argumentaire devait leur servir à « créer ces liens », à la manière des visiteurs médicaux avec les médecins, jouant sur l'idée de rendre service aux doyens en leur permettant de mieux comprendre où ils se situaient par rapport aux autres facultés. Il était ensuite adapté à chaque faculté « pour être au plus près des besoins des doyens », et comparait souvent deux universités entre elles pour mettre en avant l'intérêt des épreuves blanches.

L'efficacité de la démarche était renforcée par le fait qu'elle était organisée conjointement avec un journal médical, *La Revue du Praticien*, choisi par le fait, selon le sociologue, que son Directeur Général se trouve avoir des liens privilégiés avec certains employés du laboratoire. Le journal est utilisé comme prestataire de service par le laboratoire. Ce sont les médecins de la *Revue du Praticien* qui rédigent les examens et les corrigent. *La Revue du Praticien* apporte ainsi une caution scientifique à l'événement utile au laboratoire pour assurer sa crédibilité contre une rémunération de 235 000 euros. Quentin Ravelli, tout en soulignant « le climat de tension et de défiance » entre le laboratoire et le journal, qui comme de nombreuses revues n'arrive pas à vivre de ses seuls abonnés, questionne le bien fondé de cette coopération lucrative de la part des médecins du journal en participant à cette opération ambiguë dans le cadre de la formation de leurs futurs collègues²⁰³.

Depuis 2014, Sanofi s'est retiré de organisation des ECN blanches, suite au scandale du Mediator® impliquant Servier qui s'occupait lui aussi d'ECN blanches en partenariat avec l'Institut

201 Ravelli Q., *opus cité*, Annexes I-V

202 Desrosières Alain (2008), *Gouverner par les nombres*, Presses de l'Ecole des Mines de Paris, Paris, cité par Ravelli Q., *opus cité*, p.213

203 Ravelli Q., *opus cité*, p.211 et 218.

– La Conférence Hippocrate²⁰⁴. Ce dispositif cherchait selon Ravelli à gagner les doyens « réfractaires » au camp des doyens coopératifs. Aujourd'hui abandonné, il est légitime de se demander quels nouveaux stratagèmes sont en train d'être pensés ou déjà utilisés pour remplir les mêmes fonctions. En tout cas, les NAP, qui comprennent d'autres projets que les Épreuves blanches, bénéficient d'un budget croissant au sein du laboratoire, passant de 2,6 millions d'euros en 2005 à 3,4 en 2008²⁰⁵.

4.1.2 Des positionnements différents selon les doyens

Comme on vient de le mentionner, il existe différentes attitudes parmi les doyens, en France comme ailleurs. A Harvard par exemple, l'un d'entre eux le docteur Joseph B. Martin était un fervent défenseur de l'industrie pharmaceutique, il faisait partie du conseil d'administration d'une firme, Baxter International, pendant la moitié de son mandat de doyen qui dura dix ans. Ceci lui rapporta 197 000 dollars par an en plus de son salaire de doyen. Au contraire le docteur David Korn, ancien doyen de la faculté de médecine de Stanford, a aidé l'Association des Collèges de Médecine Américains à rédiger un modèle de politique pour les facultés de médecine vis-à-vis de l'influence de l'industrie pharmaceutique. Occupant une position intermédiaire, le successeur du docteur Martin en tant que doyen d'Harvard, le docteur Flier, a reçu avant d'entrer en poste une bourse de recherche d'un montant de 500 000 dollars de la part de Bristol-Myers Squibb, un important laboratoire pharmaceutique, il était aussi consultant pour trois firmes de biotechnologie. Cependant il déclare avoir mis fin à ces contrats et ne pas en avoir accepté de nouveaux²⁰⁶.

Au Canada, le président de l'Association des Facultés de Médecine Canadiennes (AFMC) a publié un article dans le *Canadian Medical Association Journal* (CMAJ) défendant l'idée selon laquelle les facultés canadiennes n'étaient pas dans le déni face à la problématique de

204 Stamane Sophie, « La formation aux médicaments est bâclée », *Que Choisir* n°525, Mai 2014, p.50-53

205 Ravelli Q., *opus cité*, p.206 et 209

206 Wilson D., « Harvard Medical School in Ethics Quandary », *New York Times*, 2 mars 2009.

l'influence des industriels du médicament et de matériel médical. Il rappelle que le Bureau des directeurs de l'AFMC, comprenant les 17 doyens des facultés de médecine ainsi que 4 membres publics, a voté la reconnaissance des principes du rapport de l'AAMC dont l'une des recommandations a été mentionnée plus haut et que les facultés ont ensuite fait preuve de dynamisme en révisant leurs politiques intérieures en conséquence²⁰⁷.

En France, les doyens n'ont pas encore réellement pris position sur le sujet. La Conférence des Doyens réunissant les 37 doyens français organise tous les deux ans depuis 2011 les États Généraux de la Formation Médicale. Cet événement rassemble les hospitalo-universitaires, les enseignants, les chercheurs, les étudiants et les usagers. L'affaire du Mediator® avait éclaté un an avant la première édition des États Généraux. Malgré le fait que les carences formation initiale en matière d'indépendance aient été à cette occasion identifiées comme l'une des quatre raisons majeures ayant conduit à cette faillite du système de santé²⁰⁸, on ne trouve pas d'atelier ou de table ronde organisés sur le sujet dans le livre des résumés des trois premières éditions²⁰⁹. On pourrait d'autant plus s'attendre que la problématique des influences pharmaceutiques et de la formation à l'indépendance correspondante soient présentes et discutées de manière approfondie que les États Généraux se donnent pour objectifs principaux d'une part d'« informer des évolutions et proposer des solutions pour améliorer nos engagements universitaires de formation et de recherche » et d'autre part de « débattre des grands problèmes rencontrés afin de répondre aux enjeux hospitalo-universitaires du futur. »²¹⁰

À noter toutefois qu'un atelier de la deuxième édition portait sur les partenariats avec l'industrie pharmaceutique dans le domaine de la recherche. Son contenu est cependant resté introuvable, il est ainsi impossible de savoir si les nombreuses critiques existantes à leurs sujet y

207 Busing N., (2011), Canadian faculties of medicine not in denial, *CMAJ*, March 8., 183(4)

208 Voir notamment Even Philippe, Debré Bernard, *Les leçons du Mediator, l'intégralité du rapport sur les médicaments*, Le Cherche-midi, Paris, 2011

209 Conférence des Doyens des Facultés de Médecine, États Généraux de la Formation Médicale, *Livre des résumés*, 8 et 9 décembre 2011.

210 Plaquette de présentation des 2èmes États Généraux, 5 et 6 décembre 2013

ont été évoquées et débattues. Il faut par contre reconnaître un réel effort de transparence pour rendre ces ateliers accessibles dans la mesure où la plupart ont été filmés et sont consultables sur Internet. En parcourant les vidéos disponibles, j'ai pu retrouver une seule fois l'évocation de la thématique de l'indépendance à travers la prise de parole d'un médecin dans le débat faisant suite à une intervention sur les médicaments. Ce dernier y déplore l'absence d'indépendance dans la formation en général et l'atelier auquel il vient d'assister en relevant que les intervenants n'ont pas déclaré leurs liens d'intérêts en début de présentation, ni évoqué les médicaments en Dénomination Commune Internationale (DCI). Ces remarques conduisent à un certain remous dans l'assistance et à des réactions vives chez les intervenants qui se défendent comme s'il s'agissait d'accusations, malgré les tentatives du médecin pour dépersonnaliser le propos. Lors de la même discussion, un interne a également voulu connaître l'avis des intervenants de la tribune vis-à-vis de la revue indépendante *Prescrire*. Les réactions ont été diverses mais personne n'a traité cette revue d'extrémistes comme c'est encore souvent le cas à travers l'expression d'« ayatollahs » qui revient le plus souvent. L'un des intervenants a même été élogieux à son égard, déclarant qu'il incitait tous ses étudiants et ses collègues à la consulter²¹¹. En ce qui concerne la dernière édition des États Généraux de la Formation et de la Recherche Médicale qui s'est tenue en 2015, voici comment elle était présentée :

Les États Généraux mettront l'accent sur les sujets abordés par la Grande Conférence de Santé initiée par le Premier Ministre. Les thèmes traités concerneront le mode de recrutement des étudiants en médecine, l'évaluation de la diversité des exercices professionnels nécessaires. Les intervenants se pencheront également sur la question de l'organisation des parcours de formation pour répondre aux nouveaux enjeux de santé, la prise en compte de besoins variables selon les différents territoires. Pour une approche globale, des orientations sur la recherche médicale en continuum avec la santé publique seront aussi explorées²¹².

211 Bardou, Le Jeune, Joliet, Vital-Durand, Patiente, Durocher, « Le médicament, les vecteurs de sa connaissance de la formation initiale à la formation continue : Discussion », États Généraux de La formation médicale, Université Paris 13 Bobigny, 8 et 9 décembre 2011

212 <http://www.univ-paris13.fr/details/916-3emes-etats-generaux-de-la-formation-et-de-la-recherche-medicales.html>

Là encore, l'indépendance pourrait assez logiquement faire partie des « nouveaux enjeux de santé » avancés, même si ces enjeux sont plutôt anciens mais toujours d'actualité et restant à intégrer. Mais cette question reste absente et ne fait manifestement pas partie à ce jour de l'agenda des doyens français. En tout cas, aucune faculté française n'a pour le moment élaboré de politique officielle comme cela s'est fait aux États-Unis, au Canada ou en Australie. Le médecin et chercheur de l'Inserm Bruno Etain, principal auteur d'une étude concernant les attitudes des étudiants français vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, n'a constaté aucune suite donnée par les doyens à son travail, qui suggérait pourtant plusieurs pistes concernant la formation, notamment celle de s'inspirer de l'exemple états-unien de l'AMSA²¹³. Lors d'un diplôme inter-universitaire que Bruno Etain et d'autres ont réalisé sur la question des conflits d'intérêts dans la formation initiale, seuls trois doyens sur 37 ont répondu à leur questionnaire, ce qui ne leur a pas permis d'interpréter la position de ces acteurs majeurs de la formation initiale, contrairement aux enseignants et aux étudiants enquêtés eux aussi. De même, trois doyens sur 37 également ont répondu à l'étude du Formindep sur le classement des politiques officielles des facultés vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Le sujet est d'ailleurs qualifié de « délicat » par l'un de ces deux doyens.

Malgré ce constat, un doyen semble avoir fait preuve de mesures concrètes dans sa faculté :

La politique de gestion financière de notre Faculté est claire : nous n'avons aucun conflit d'intérêt à déclarer. La Faculté n'accepte aucune subvention qui ne soit pas issue d'un financement public. Rien n'est financé par l'industrie. Par rapport à votre questionnaire, nous nous opposons même à tout versement de taxe d'apprentissage venant de l'industrie (ce qui est pourtant légal). Nous nous sommes opposés à la réalisation d'examens blancs de préparation aux ECN dans nos locaux, organisés par des instituts privés, créant la colère des étudiants se sentant lésés par rapport à l'entraînement des étudiants des autres Facultés. Je me suis opposé aux étudiants en médecine qui lors d'une réunion nationale, avaient permis l'installation dans notre Faculté d'un stand d'une compagnie d'assurance médicale privée²¹⁴.

213 Communication personnelle par mail.

214 Doyen de Lyon Est, informations recueillies par le Formindep par mail.

Ceci montre qu'il est possible si la volonté d'agir est présente, de prendre des mesures concrètes en matière d'indépendance. Cependant ces initiatives personnelles ne se sont pas traduites pour le moment en politique facultaire officielle, et il nous était difficile au sein du groupe de travail du Fomindep de vérifier ses déclarations en l'état.

Contrairement à ces initiatives, le troisième doyen à avoir répondu au questionnaire a nié notre légitimité à mener cette étude. Pour lui, seuls des organismes officiels tels que l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) l'IGAENR (Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale) étaient habilités à le faire. Ceci est cependant contraire aux recommandations du rapport de l'IOM consacré aux conflits d'intérêts dans la recherche, la formation et le soin en médecine. En effet, pour son comité de rédaction :

Différents organismes, publics et privés, peuvent promouvoir l'adoption et la mise en place de politiques concernant les conflits d'intérêts [au sein des facultés de médecine], et contribuer à créer une culture de responsabilité qui soutienne les normes professionnelles et favorisent la confiance du public dans les jugements des médecins²¹⁵.

Le comité précise un peu plus loin que ces d'organismes comprennent notamment des associations comme l'AMSA, l'Association des Étudiants en Médecine Américains et des groupes de défense de patients. Le Formindep est une association dont l'objet est de promouvoir une formation et une information indépendantes des intérêts privés, dans le seul intérêt des patients. A ce titre elle correspond à un groupe de défense des patients à la manière du rapport de l'IOM. Cette jeune association datant de 2004 a déjà été plusieurs fois auditionnée par des parlementaires et des sénateurs lors d'enquêtes autour du médicament et des influences industrielles²¹⁶, elle a obtenu gain

215 Lo B, Field MJ, *opus cité*, p.29

216 <http://videos.senat.fr/video/videos/2011/video9042.html>

de cause devant le Conseil d'État pour des décrets d'application de lois manquants²¹⁷ et pour le retrait de recommandations douteuses de la Haute Autorité de Santé. Cette agence a d'ailleurs fini par reconnaître la vertu des critiques du Formindep par le biais de son président de l'époque²¹⁸. Pour ces actions et d'autres, elle est reconnue d'intérêt général, comme déjà mentionné.

Malgré cela, il n'est pas rare d'entendre des médecins parler du Formindep, comme de la revue *Prescrire*, en des termes méprisants sans autre forme de procès. De ce fait, le groupe de travail dont je fais partie en tant que codirecteur de l'étude a particulièrement fait attention à cet aspect de légitimité. Nous avons ainsi accompagné les questionnaires adressés aux doyens des soutiens officiels de l'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France et de la professeure Barbara Mintzes, coauteure de l'étude concernant les politiques des facultés de médecine canadiennes et coordinatrice du manuel d'enseignement *Comprendre et répondre à la promotion pharmaceutique* réalisé sous l'égide de l'OMS en 2009 et traduit en français par la Haute Autorité de Santé en 2013. Avec ces éléments, et considérant les positions émises par le comité de l'IOM, il me paraît raisonnable de soutenir au contraire la légitimité de cette étude.

Par ailleurs, le comité de rédaction de l'IOM mentionne le fait que, d'une part, les facultés de médecine font partie des institutions portant la responsabilité principale vis-à-vis de l'intégration de la problématique des conflits d'intérêts dans leurs politiques d'établissement et leur application, et d'autre part qu'elles sont susceptibles de ne pas agir volontairement dans ce sens et d'échouer à répondre à leur responsabilité. Il établit ainsi le constat que les facultés de médecine, comme d'autres institutions médicales peuvent davantage faire preuve d'opposition que d'initiative dans ce domaine. Dans cette configuration, leur rapport précise que cela augmenterait la probabilité pour que les pressions de régulation extérieure aux facultés se renforcent et abordent même la possibilité d'interventions étatiques²¹⁹. Il est ainsi possible que le déni de légitimité opposé à l'étude du Formindep s'inscrive dans une logique de refus de coopération dans le domaine.

217 <http://www.formindep.org/Article-26-Assez-dure.html>

218 <http://www.formindep.org/LA-HAS-le-Formindep-et-ses-verges.html>

219 Lo B, Field MJ, *opus cité*, p.29-30

4.1.3 Comprendre le statu quo

Pour tenter de comprendre les motivations à s'opposer à ces changements institutionnels, la réponse du premier doyen peut donner un élément de réponse. Celui-ci a mentionné que les facultés recevaient des financements de la part de l'industrie pharmaceutique sous la forme de taxe d'apprentissage. Nous n'avons pas réussi à savoir à combien s'élevait ce montant et quelle part il pouvait représenter dans le budget des facultés, mais la recherche de fonds fait manifestement partie des préoccupations des doyens, à des degrés différents. En effet, comme le précise l'un d'entre eux, la loi LRU notamment a eu pour conséquence de rendre les universités responsables de leurs charges patrimoniales. Certaines facultés ont hérité d'un parc immobilier refait pratiquement à neuf, comme c'est le cas de l'université de Jussieu qui a été désamiantée récemment, mais d'autres ont beaucoup plus de dépenses d'entretien à prévoir dans leur budget, comme cela semble être le cas de Paris 5 d'après son doyen. Voici comment ce dernier présente la situation :

Il faut aller chercher de l'argent. Je n'ai aucune pudeur vis-à-vis du fait, et j'avais cette discussion avec le président de l'université et nous nous disions exactement la même chose, que nous mettions la cravate quand il s'agit de faire le VRP, c'est-à-dire d'aller chercher pour notre institution de l'argent, auprès bien sûr des institutionnels, mais aussi auprès des industriels sous forme de mécénats d'entreprise, de partenariats, de chaire d'excellence ou pas d'excellence (...) ; Il nous faut des fonds, et comme il suffit d'ouvrir le journal pour savoir que ce n'est pas l'État dans les quelques années qui viennent qui va nous en donner autant que ce dont nous avons besoin, c'est ailleurs qu'il faut aller le chercher. L'Europe est un très joli terrain de jeu, très compétitif, tous les moyens sont bons²²⁰.

Un article paru à l'occasion de la publication du classement des facultés françaises dans *Le Courrier du Parlement* évoque le cas de la fondation de l'université de Strasbourg qui a reçu un don de la firme Sanofi pour restaurer les statues de sa façade. On y apprend aussi que Sanofi fait partie du « Cercle argent » des grands donateurs de l'université, avec des dons compris entre

220 Rencontres d'Hippocrate, « Quelle politique universitaire pour la faculté de médecine Paris Descartes ? », Paris 5, 18 septembre 2014. <https://mediasd.parisdescartes.fr/#/collection?id=fDFAtdHaAPmJ>

100 000 et 249 999€ depuis 2009²²¹. La loi LRU, dite aussi loi Pécresse, a aussi eu pour conséquence de permettre au secteur privé de financer les universités. Ainsi, le laboratoire de médicament homéopathique Boiron a financé à 50 % la construction d'un amphithéâtre qui porte son nom, écrit en grand à son entrée, à la faculté de Lyon Sud. Est-ce suite à cela que Christian Boiron, le PDG de Boiron, donne un cours aux premières années de médecine et siège à son conseil d'administration ? On y retrouve aussi Alain Meyrieux, PDG des laboratoires du même nom, ce qui n'est sans doute pas étranger au fait que la faculté de Lyon Sud s'appelle Charles Meyrieux. De même, le collège santé qui regroupe les filières médecine, pharmacie et d'autres au sein de l'université de Bordeaux a le LEEM, le syndicat de l'industrie pharmaceutique en France, comme partenaire.²²²

Ce besoin de financement sert aussi selon le doyen de Paris 5 à attirer des chercheurs renommés dans la compétition qui oppose les universités des différents pays en leur fournissant des conditions de travail les plus attrayantes possibles, ainsi que pour financer par exemple, à moindre échelle semble-t-il, de nouveaux projets pédagogiques comprenant des plate-formes numériques. Dans le contexte de désengagement de l'État dans les finances publiques et de promotion des partenariats public-privé, il paraît compréhensible que certaines institutions recherchent de nouvelles sources de financement ou à élargir celles dont elles disposent. Ceci s'effectue cependant au détriment d'une recherche d'indépendance sans que cela semble faire l'objet de débat, en contradiction avec les conclusions du rapport de l'IOM pour qui :

En général, les relations financières avec l'industrie pharmaceutique ne profitent pas aux missions éducatives des institutions médicales par rapport aux risques engendrés²²³.

221 Sitbon D. « Laboratoires et facultés de médecine : une amitié toxique ? », *Le Courrier du Parlement*, 2 février 2017.

<http://www.lecourrierduparlement.fr/laboratoires-et-facultes-de-medecine-une-amitie-toxique/>

222 <https://sante.u-bordeaux.fr/>

223 Lo B, Field MJ, *opus cité*, p.123

Une étude de 2014 arrive à des conclusions similaires concernant les facultés états-uniennes. Plus ces dernières reçoivent des fonds publics, plus elles sont à même de mettre en place des politiques de restriction de l'influence de l'industrie pharmaceutique quand les étudiants ou les médias font pression sur le sujet. Au contraire, le manque de fonds public peut décourager des initiatives dans ce domaine en favorisant l'utilisation des fonds privés provenant des firmes²²⁴. A noter également que les partenariats public-privé ont été encouragés entre l'industrie et les universités sans que cela semble accélérer pour autant le processus de découverte et d'application clinique aux États-Unis²²⁵. Certains auteurs expriment par contre leurs préoccupations par rapport à la privatisation des universités à laquelle peuvent contribuer ces partenariats public-privé. L'orientation de la recherche au sein des universités ainsi que les résultats scientifiques traités comme propriété de l'entreprise en sont notamment les conséquences²²⁶.

Il semblerait néanmoins que certaines facultés de médecine pourraient se passer des financements industriels. En effet, parmi les mesures décidées par le professeur Jérôme Etienne, doyen de Lyon Est jusqu'en 2016, figure le refus de la taxe d'apprentissage et de tout financement venant de firmes pharmaceutiques²²⁷. Le professeur Jérôme Etienne a été interviewé par le Figaro à ce sujet pour savoir comment Lyon Est était parvenu à ce résultat : « Cela dépend de leur taille et de leur force à proposer des projets. Nous sommes une grosse université, très dynamique, donc nous y arrivons »²²⁸. Il semblerait ainsi que cela soit avant tout une question de volonté politique.

De plus, les financements ne devraient pas nécessairement servir de caution pour refuser d'introduire des enseignements relatifs aux conflits d'intérêts en médecine. En effet, les facultés états-uniennes reçoivent des financements importants des industriels du médicament. Une

224 Yeh JS, Austad KE, Franklin JM, Chimonas S, Campbell EG, et al. (2014), *opus cité*.

225 Moses III H., Martin Joseph B., « Biomedical Research and Health Advances », *New England Journal of Medicine*, vol.364 n°6, février 2011, p.567-571

226 Brown James Robert, « Privatizing the University – The New Tragedy of the Commons », *Science* vol.290 n°5497, décembre 2000, p.1701

227 <http://facs.formindep.org/fiche.html?fac=FacultedeMedecineLyonEstUniversiteClaudeBernardLyon1>

228 Thibert C., « Universités et firmes : “le chemin vers l'indépendance est encore long” », *Le Figaro*, 10/01/2017. <http://sante.lefigaro.fr/article/universites-et-industrie-pharmaceutique-le-chemin-vers-l-independance-est-encore-long->

estimation sans doute en dessous de la réalité évoque plus de 20 millions de dollars annuels pour Harvard²²⁹. Malgré cela, ces financements n'ont pas empêché Harvard de développer une politique en matière d'indépendance classée A en 2015 par la scorecard de l'AMSA²³⁰. Il faut néanmoins également relativiser cette contribution venant des firmes dans la mesure où elle correspond à moins d'un millième du budget d'Harvard qui s'élève à 50 milliards de dollars selon le doyen de Paris 5. Ce dernier affirme ne pas disposer du millième de cette somme pour son université. Dans ce contexte de financement public restreint, cet apport d'argent des firmes pharmaceutiques en France pourrait être un frein plus important.

Outre ce choix de coopérer davantage avec l'industrie pharmaceutique plutôt que de l'aborder de manière critique, les doyens ont été décrits par certains des médecins enseignants interviewés dans le cadre de cette recherche comme des personnes ne souhaitant « pas faire de vagues ». Alors que les enjeux politiques liés à la problématique de l'indépendance, rentrent forcément en conflit avec les intérêts économiques de l'industrie pharmaceutique, et d'un certain nombre de médecins et de dirigeants politiques proches des milieux d'affaires et des industriels du médicament en particulier. Je fais l'hypothèse que ceci pourrait inciter les doyens répondant à ce profil à négliger cette question. Ceci fait écho à l'un des blocages principaux identifiés dans la modification des études médicales. Qualifié avec humour « d'ossification du curriculum » dans un article intitulé « Les maladies du curriculum », il correspond au « cri du Doyen » caractérisé par le discours suivant : « Une chose pareille ne s'est JAMAIS faite dans notre faculté ; mes collègues n'accepteront jamais cela, vous les connaissez ; votre proposition est peut-être bonne pour les Américains, mais... ». L'auteur de l'article énonce aussi la réciproque : « Nous avons TOUJOURS enseigné de telle manière et les résultats ne sont pas si mauvais que cela... » (Les mots en

229 Wilson D., *opus cité*.

230 Ces contributions financières ne sont cependant pas anodines : Outre l'argent que reçoivent certains enseignants, une partie de la recherche est financée par les industriels, et des scientifiques de Pfizer, l'un des plus grands laboratoires pharmaceutiques mondiaux, donnent des cours aux étudiants dans un programme de deux ans financé par la firme. Cf l'article de Wilson D. *opus cité*.

majuscules apparaissent ainsi dans le texte.²³¹⁾

On aurait tort cependant de penser que les doyens ne prennent pas d'initiative et ne sont pas prêts à prendre des risques pour obtenir des réformes auxquelles ils donnent de l'importance. Ceci peut également concerner des actions allant dans le sens de l'indépendance. En effet un certain nombre de doyens se sont mobilisés pour introduire la Lecture Critique d'Articles (LCA) dans les cursus d'enseignement ainsi présentée par l'un d'entre eux :

La LCA c'est l'éducation à ne pas se laisser endoctriner par n'importe quel visiteur médical qui peut vous raconter que ce médicament est merveilleux. Il faut lire le papier original et il faut être capable de le critiquer²³².

Le doyen explique qu'il aura fallu six années pour que cette réforme soit finalement acceptée contre l'avis des syndicats étudiants par souci d'égalité notamment car ces derniers ne souhaitaient pas que les étudiants arrivent à l'examen de sixième année avec un enseignement inégalitaire, ce qui était justifié selon le doyen car certaines facultés ne pouvaient fournir ces enseignements. Deux doyens en étaient venus à l'époque à prendre la défense de cette réforme dans la presse en écrivant une colonne dans *Le Monde*²³³. Ceci laisse penser que certains doyens pourraient s'ils le souhaitent s'emparer de la même manière du sujet de la formation à l'indépendance pour protéger leurs étudiants de l'influence des firmes pharmaceutiques et les préparer à exercer au mieux dans l'intérêt du malade. À l'occasion du succès médiatique d'un livret intitulé « Pourquoi garder son indépendance face aux labos pharmaceutiques ? » réalisé par un collectif d'étudiants de Paris 5 et Paris 7, le doyen de Paris 5 est interviewé par une journaliste du Figaro et semble favorable à un enseignement allant dans le sens du document des étudiants. Selon lui :

231 Abrahamson S., Guilbert J.-J., « Les maladies du curriculum », *Pédagogie médicale*, Mai 2002 – Volume 3 – Numéro 2 p.123-124

232 Rencontres d'Hippocrate, « La formation des médecins, : quelle voie d'avenir ? », Université Paris 5, 4 mars 2014. http://www.medecine.parisdescartes.fr/?page_id=6672

233 Funck-Brentano Christian, Rosenheim Michel, Uzan Serge, « la pensée critique en médecine, une nécessité », *Le Monde*, 10 mars 2007

Il y a un mésusage des médicaments dans tous les pays, en particulier en France, ce qui prouve que les actions pédagogiques doivent être renforcées pour que les étudiants, qui sont les futurs prescripteurs, sachent mieux utiliser ces médicaments ²³⁴.

Il est cependant difficile de savoir si cette phrase reflète une réelle intention ou si elle constitue une réponse de circonstance. En effet, la formation à l'indépendance ne figure pas dans les priorités pédagogiques de son mandat, parmi lesquelles on retrouve de nombreux sujets comme le développement de l'interprofessionnalité, les filières double-cursus, la recherche en pédagogie telles qu'il les présente lors d'une conférence publique. Qui plus est, cela est sans mentionner tout le domaine de la recherche dont s'occupent aussi les doyens et pour lequel celui de Paris 5 vise à développer la visibilité de sa faculté, ainsi que sa place dans les classements internationaux, et son excellence, ce qui implique, comme on l'a vu la recherche active de financements.

Mais si cela était le cas un jour, les doyens français n'auraient sans doute pas à rencontrer l'opposition des syndicats étudiants comme cela a été le cas pour la LCA, car, comme on le verra dans la partie les concernant, ces derniers revendiquent de plus en plus de tels changements.

4.1.3.1 Une perception positive de l'industrie pharmaceutique : recherche, innovation et foi dans le médicament

La manière de considérer l'importance donnée à l'influence de l'industrie pharmaceutique et à ses enjeux est un autre paramètre à prendre en compte. Lors d'une rencontre publique organisée à la faculté de médecine de Paris 5 et intitulée « Une philosophie après le

234 Thibert C., « Des étudiants en médecine alertent sur l'influence des laboratoires », *Le Figaro*, 9 octobre 2015.
<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/10/09/24199-etudiants-medecine-alertent-sur-linfluence-laboratoires>

Mediator® »²³⁵, le doyen de la faculté introduit le propos en parlant de l'histoire du Mediator® comme d'une caricature. Cela rejoint l'idée que les crises comme celles du Mediator® sont considérées comme des dysfonctionnements regrettables mais accidentels. Dans cette optique, cela ne conduit pas à remettre en cause le système de santé dans son ensemble. On retrouve cette opinion dans les propos d'une professeure enseignante, en lice aux dernières élections du doyen de Paris 5, lors de la même conférence. Intervenante au titre d'experte siégeant à la commission de transparence de l'Afssaps, avant qu'elle ne devienne l'ANSM, elle exprime le regret que « pour quelques brebis galeuses on remette le système à plat qui ne marchait pas si mal »²³⁶.

Un amalgame revient également souvent dans ce type de débat, conduisant à minimiser les critiques adressées aux institutions du système de santé. La même intervenante évoque le fait que les experts avec qui elle a travaillé sont dans l'ensemble « de bonne foi » et « sincères dans leur travail »²³⁷. Ceci est mis en opposition avec « les brebis galeuses » mentionnées précédemment. Seuls ces experts corrompus, qui font partie des exceptions, sont de cette manière considérés comme posant problème. Ce raisonnement assimile la bonne foi à une imperméabilité face aux influences industrielles, suffisant à garantir la compétence et la qualité des jugements rendus.

Le rôle attribué à l'industrie pharmaceutique dans l'innovation de la recherche revient lui aussi assez souvent. Interpellé par un étudiant sur l'influence de l'industrie pharmaceutique, le doyen de Paris 5 souligne son rôle « très important car ils sont le moteur de l'innovation (...). En cancérologie quand même et dans beaucoup de domaines il y a des molécules innovantes »²³⁸. Comme on l'a vu au début de notre thèse, cette opinion communément admise, fait pourtant largement débat, contredite notamment par certains grands noms de la médecine comme Marcia

235 Rencontres d'Hippocrate, « Une philosophie après le Mediator® », Paris 5, 11 juin 2012
<https://mediasd.parisdescartes.fr/#/collection?id=sjo2xkf--VSHL>

236 Idem

237 Idem

238 Rencontres d'Hippocrate, « La formation des médecins, : quelle voie d'avenir ? », Université Paris 5, 4 mars 2014. http://www.medecine.parisdescartes.fr/?page_id=6672

Angell à l'international ou le rapport de l'IGAS sur le Mediator® en France. Ce dernier note à ce propos :

Cette attitude excessivement conciliante [à l'égard du médicament] (...) renvoie aussi, chez certains, à une surévaluation de l'innovation, celle-ci étant alors considérée, là encore, comme un bien en soi alors que ce qui compte est le surcroît d'efficacité²³⁹.

Ce même rapport ajoute à la suite qu'au delà de l'innovation, il existe une vision positive du médicament injustifiée au sein de hauts responsables dans le domaine médical. Le propos concerne ici les responsables de l'AMM au sein de l'agence responsable du médicament. Elle est sans doute applicable à un certain nombre de médecins en charge des universités :

Cette forme de laxisme repose sur une vision qui privilégie le médicament « en soi » ; elle n'est imposée par aucun texte réglementaire, ni français ni communautaire ; elle ne traduit que le poids de la routine, l'emprise d'une culture et la force d'un préjugé favorables par principe au médicament et, par conséquent, à l'industrie pharmaceutique²⁴⁰.

Le doyen en question ne peut ignorer ces faits complètement car il est aussi à la tribune lors d'une autre rencontre où le professeur Even est invité à parler et où il montre en quoi l'industrie pharmaceutique a réduit considérablement son budget recherche, et ne trouve quasiment plus de nouvelles molécules²⁴¹.

Malgré cela, plusieurs conférenciers maintiendront leur « foi » ou leur « croyance » comme ils le disent, en l'innovation et dans le médicament. Ceci peut être mis en lien avec l'envie de donner plus de crédit à ce qui est positif et confortable, qu'à ce qui est négatif et source de doute,

239 Bensadon Anne-Carole, Marie Etienne, Morelle Aquilino, *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, Igas, juin 2011, p.77

240 Idem

241 Rencontres d'Hippocrate, « Une philosophie après le Mediator® », Paris 5, 11 juin 2012
<https://mediasd.parisdescartes.fr/#/collection?id=sjo2xkf--VSHL>

à la manière des propos de Dominique Maraninchi, qui prenait alors ses fonctions comme directeur de l'ANSM. Aussi présent à cette rencontre, il y invite les médecins à se remettre en cause en prenant l'exemple de sa propre pratique : « J'ai beaucoup prescrit, en y croyant, en essayant d'y trouver des bénéfices et en occultant les effets indésirables ». Il précise dans la foulée la pensée qui lui traversait l'esprit, servant de justificatif : « Bon on fait ça pour le bien, on ne va pas trop s'emmerder »²⁴². Dans la même lignée, le rapport de l'IOM souligne que les oppositions aux mesures restrictives des conflits d'intérêts proviennent souvent d'une manière de donner plus d'importance à ce qui pourrait être une perte pour les acteurs concernés (certains professeurs pourraient décider de quitter la faculté par exemple), qu'à ce qui pourrait être gagné. Ceci serait dû au fait que ce qui pourrait être perdu serait immédiat, alors que ce qui serait gagné apparaît comme plus lointain et moins tangible. Selon le rapport de l'IOM toujours, les recherches à ce sujet montrent que les individus donnent une importance exagérée aux coûts et bénéfices qui sont immédiats²⁴³.

Cette foi dans le médicament est aussi couramment associée avec la peur que leur critique n'encourage le recours à davantage de médecines naturelles comme l'homéopathie ou la médecine chinoise, ainsi que l'exprime l'un des intervenants à la tribune lors de cette même rencontre. Il est très souvent fait mention, à l'occasion de débats de ce type de l'importance que le public « garde sa confiance » dans le médicament. Ce souci de confiance semble conduire à deux réactions paradoxalement opposées. Chez certains, cela nourrit la crainte que la médiatisation des défaillances du système de santé effraie le public, avec la tentation de minimiser la portée des problèmes rencontrés, voire d'en cacher les symptômes aux yeux du public. Chez d'autres, la réaction est de promouvoir au contraire des changements conséquents en faveur de l'indépendance pour apporter des réponses concrètes et crédibles, comme c'est le cas de la position défendue l'Association des Étudiants de Médecine Américains (AMSA), ou du rapport de l'IOM qui écrit :

²⁴² Idem

²⁴³ Lo B, Field MJ, *opus cité*, p.26-27

Un autre bénéfice découlant de la prise en compte des conflits d'intérêts qui est encore plus difficile à définir et à documenter, mais d'une haute importance, serait le maintien de la confiance du public dans les professionnels médicaux et leurs institutions. En effet, ce maintien de la confiance est un objectif majeur des politiques de conflits d'intérêts à travers une large étendue de professions, incluant la médecine²⁴⁴.

La pneumologue Irène Frachon, qui a fait éclater l'affaire du Mediator, s'est aussi exprimée dernièrement sur le sujet. Pour elle, la première conception de la confiance envers le médicament exposé ci-dessus ne lui semble plus défendable :

Il faut modifier encore une sorte de paternalisme médical du fait que la relation médecin-patient passe d'abord par l'ordonnance et le remède qui guérit avec la crainte d'introduire que ce qu'on pense être une suspicion, une défiance, va rompre le pacte thérapeutique, c'est complètement à l'inverse qu'il faut raisonner maintenant. Il faut considérer maintenant qu'on a une véritable alliance avec le patient à qui on donne toutes les informations, les bénéfices attendus, espérés, mais aussi les effets secondaires et de manière beaucoup plus sereine et beaucoup plus libre.²⁴⁵

Le Canada fait partie des pays où cette conception de la relation médecin-patient, autour de ce qu'on appelle « la décision partagée », existe déjà depuis un certain temps dans les pratiques. Elle est de plus en plus discutée, comme cela s'est fait lors des huitièmes Rencontres de la Cancérologie Française en 2015 à Paris, avec l'intervention du professeur Michel Labrecque de l'université de Laval. Une chaire est dédiée à la « décision partagée » dans cette université, sous la responsabilité du professeur Légaré. Michel Labrecque fait partie de ses enseignants.²⁴⁶ Devant le constat de la faible diffusion de ces pratiques en France, le groupe FREeDOM (French group for Shared Decision Making) s'est créé en 2014 pour essayer de développer ces idées.²⁴⁷

On peut commencer à voir apparaître les contours d'un cadre de pensée, un schème de

244 Lo B, Field MJ, *opus cité*, p.27

245 Frachon Irène, interviewée lors de l'émission Complément d'enquête diffusée sur France 2 le 26 février 2016.

246 <http://www.decision.chaire.fmed.ulaval.ca/en/research-team/labrecque-michel/>

247 <http://www.cancercontribution.fr/decision-partagee-freedom/>

sens pour reprendre les termes de Mezirow, selon lequel l'influence de l'industrie pharmaceutique est un problème, pas forcément nié et même reconnu par certains, mais considéré comme secondaire, voire exagéré. Ce cadre se traduit ainsi par la tendance à appréhender les crises comme des dysfonctionnements, non comme des révélateurs de problèmes systémiques moins visibles le reste du temps ; par une conception de l'industrie pharmaceutique comme un acteur respectable grâce à un rôle jugé central dans la recherche et l'innovation notamment, domaines suffisamment prestigieux pour neutraliser, complètement ou au moins en partie, ses actions délétères²⁴⁸.

Ceci permet de mieux comprendre la réaction de ce même doyen suite à l'interpellation d'un étudiant lui faisant remarquer que les cours de LCA préparent en effet à savoir lire un article scientifique, mais pas à faire face sur le terrain aux visiteurs médicaux ni à l'influence de l'industrie pharmaceutique plus globalement. Le doyen admet qu'il faut que les étudiants soient prémunis face à cette influence, pour autant il ne semble pas prendre très au sérieux un enseignement éventuel sur le sujet : « Alors est-ce qu'il faut vous faire un enseignement pour vous dire qu'on peut vous raconter des blagues et je ne sais pas ? » Ma manière de comprendre cette réponse, c'est que pour ce doyen, ce fait est assez évident et ne nécessiterait pas de grands développements. Peu de compétences et d'utilité pratique en clinique seraient associées à tel cours pour lui semble-t-il. A contrario, la LCA encourage la lecture de l'anglais, l'appropriation d'outils méthodologiques de recherche, l'esprit critique, et peut dans ce sens apparaître aux yeux d'enseignants et de doyens beaucoup plus riche pédagogiquement et pertinente pour la formation des étudiants. Cette interprétation permet en tout cas de mieux comprendre la réaction de deux enseignants à la tribune qui font remarquer qu'il existe un cours sur le sujet où ces questions sont traitées « en long en large et en travers »²⁴⁹, comme si un seul cours pouvait en mesure de couvrir l'ensemble des problématiques et des compétences liées aux interactions avec l'industrie. Ceci va à l'encontre en

248 Rencontres d'Hippocrate, « Une philosophie après le Mediator® », Paris 5, 11 juin 2012

<https://mediasd.parisdescartes.fr/#/collection?id=sjo2xkf--VSHL>

249 Rencontres d'Hippocrate, « La formation des médecins, : quelle voie d'avenir ? », Université Paris 5, 4 mars

2014. http://www.medecine.parisdescartes.fr/?page_id=6672

tout cas des rapports sur le sujet déplorant justement l'absence d'enseignements ou la présence d'un seul cours dans la majorité des cursus de médecine internationaux face aux enjeux à traiter. Ce point sera développé dans la partie concernant l'axe curriculaire, avec la proposition du Just Medicine Curriculum de l'AMSA entre autres.

Ces réactions semblent manifester la méconnaissance des recherches effectuées autour des conflits d'intérêts qui se sont multipliées ces dernières années, notamment en lien avec la formation initiale. Comme le rappelle entre autre le rapport de l'IOM :

L'Association des facultés de médecine nord-américaine (AAMC) a fait l'observation suivante dans son rapport de 2008 que les conflits d'intérêts créés par une multiplicité d'interactions communes avec l'industrie peuvent "en médecine de manière générale et pour la médecine enseignée à la faculté en particulier (...) avoir un effet corrosif sur trois principes fondamentaux du professionnalisme médical : l'autonomie, l'objectivité et l'altruisme" ²⁵⁰.

Cette méconnaissance peut concerner également les enjeux liés à l'influence de l'industrie pharmaceutique dans le domaine de la recherche. En effet, lors de cette même interpellation du doyen par un étudiant au sujet des limites de la LCA, le responsable de Paris 5 précise qu'il est important de lire les articles originaux par rapport à des revues de seconde main potentiellement influencées comme le *Courrier médical* que consultaient les médecins généralistes de son temps. Il reconnaît toutefois que les articles originaux eux-mêmes peuvent être biaisés en mentionnant le fait que les résumés de ces articles, qui sont la partie la plus consultée des médecins, peuvent ne pas refléter le contenu de l'article. On peut toutefois se questionner si cette opinion traduit l'idée selon laquelle les articles originaux publiés dans les revues médicales de référence restent à ses yeux de la science fiable, malgré les biais de formulation qui peuvent en altérer les résultats, et qu'il existe aussi des études frauduleuses financées par l'industrie pharmaceutique dont les instigateurs manipulent les données à leur compte, mais qui font parti de

250 Lo B, Field MJ, *opus cité*, p.123

la « junk science » n'appartenant pas aux articles originaux publiés dans ces revues prestigieuses. Ces présomptions ont été il y a peu réfutées, en montrant que les études financées par l'industrie étaient au niveau de leur qualité méthodologique aussi bonnes et souvent meilleures que celles qui ne l'étaient pas, remettant en question l'habileté des éditeurs des meilleurs journaux médicaux à repérer les biais malgré leur expérience et leurs compétences scientifiques étendues dans le domaine. Richard Smith, ancien rédacteur en chef du *British Medical Journal*, a admis ainsi qu'il eut besoin :

... de près d'un quart de siècle d'édition... pour réaliser ce qui se passait... Les firmes semblent obtenir les résultats qu'elles désirent non en falsifiant les résultats, ce qui serait bien trop brutal et risquerait d'être détecté par les relecteurs des revues, mais plutôt en posant les « bonnes questions » – et il y a de nombreuses manières de le faire... de nombreuses manières d'augmenter considérablement les chances de produire les bons résultats, et il y a beaucoup de nouvelles recrues employées qui inventeront de nouveaux moyens de contourner les comités de relecture²⁵¹.

En effet, comme le précise l'épidémiologiste David Michaels dans son ouvrage *Doubt is their product* d'où est tirée cette citation, les firmes pharmaceutiques ont des ressources financières pratiquement illimitées et plus d'expérience dans la conduite des essais cliniques que n'importe qui à l'heure actuelle²⁵². Michaels décrit aussi comment ces faits peuvent être perçus par ceux qui ne s'intéressent pas de près à ces sujets :

D'après mon expérience, ceux qui commencent à s'informer sur les thèmes que ce livre aborde sont toujours stupéfaits d'apprendre que les firmes pharmaceutiques peuvent s'en tirer avec ces astuces, ébahis qu'ils puissent soumettre leurs essais cliniques aussi incomplets que malhonnêtes à des journaux médicaux, et renversés qu'ils ne contreviennent à aucune loi en procédant de la sorte²⁵³.

251 Smith Richard, cité par Michaels David, *Doubt is their product*, Oxford University Press, New-York, 2008, p.144

252 Michaels David, *Doubt is their product*, Oxford University Press, New-York, 2008, p.144

253 Michaels David, *opus cité*, p.150

Dans cette optique il est possible que les plus hauts responsables des facultés médicales méconnaissent l'étendue des influences de l'industrie pharmaceutique et l'ampleur de ses enjeux. L'Evidence Based Medicine (Médecine basée sur les preuves), socle de la médecine scientifique moderne, ainsi que les recommandations de bonnes pratiques qui en découlent, sont elles-mêmes remises en question dans leurs fondements, comme on l'a vu précédemment. Ray Mohinan, du *British Medical Journal*, parle « d'influence invisible »²⁵⁴ pour qualifier la subtilité des stratégies employées par les firmes pharmaceutiques qui parviennent à capturer en grande partie la recherche fondamentale, à redéfinir des seuils de traitement, et même à inventer de nouvelles maladies comme les articles sur le « Disease Mongering » le décrivent²⁵⁵. Cette vision d'ensemble semble manquer ou être négligée par les autorités des facultés médicales, ou au moins par certains de ses membres, ceci n'étant pas antinomique avec le fait qu'une préoccupation majeure puisse être que « les étudiants posent des questions et se posent des questions » comme le formule l'un des doyens de Paris 5²⁵⁶. Ceci illustre à sa manière la remarque du sociologue Bernard Lahire, qui rappelle que l'on peut croire savoir justement parce que l'on est au cœur du processus en question, alors que cette position privilégiée peut faire perdre des éléments cruciaux de compréhension des situations dans lesquelles on peut être impliqué quotidiennement :

Comment est-il possible d'ignorer ce que l'on fait et ce que l'on sait ?
Comment peut-on méconnaître les savoirs que l'on maîtrise pourtant très bien en pratique, en acte ? Comment peut-on être « inculte » par rapport à sa propre culture incorporée ? À travers les réponses données à de telles questions, c'est toute une théorie de l'action, de la réflexivité, de la connaissance et de la pratique qui se joue²⁵⁷.

254 Monihan Ray, « L'influence invisible », *BMJ*, volume 336, 23 février 08, pages 416-417

http://www.formindep.org/IMG/pdf/L_influence_invisible.pdf

255 Le journal scientifique *PLoS* a consacré une collection d'articles sur le sujet : <http://collections.plos.org/disease-mongering>

256 Rencontres d'Hippocrate, « La formation des médecins, : quelle voie d'avenir ? », Université Paris 5, 4 mars 2014. http://www.medecine.parisdescartes.fr/?page_id=6672

257 Bernard Lahire, *L'esprit sociologique*, La Découverte, Paris, 2007, p.141

Ceci est également illustré par un ancien Directeur Général de la Santé (DGS), président du PRES Sorbonne Paris Cité à l'époque de son intervention. Son témoignage corroborera cette perspective lors de la même rencontre en affirmant qu'il « ne comprenait rien au médicament » depuis son poste de DGS, notamment par le fait qu'une « vision globale et stratégique n'était pas possible »²⁵⁸.

4.1.4 Conflits d'intérêts personnels et hostilité face à l'indépendance

Un deuxième élément de compréhension peut être amené en considérant les liens d'intérêts personnels et non plus institutionnels. Tous les doyens français ne font pas le même choix que le docteur Flier à Harvard qui a mis fin à ses contrats avec l'industrie pharmaceutique au moment de sa prise de fonction. Un certain nombre suivent plutôt l'exemple du Docteur Martin évoqué plus haut.

Un troisième aspect, qui peut-être lié au second, se retrouve dans le fait qu'il peut exister une réelle hostilité à l'égard de la question de l'indépendance, au du moins de certains de ses principaux promoteurs. En effet, un enseignant d'une faculté parisienne m'a confié que le doyen de son établissement n'était pas du tout favorable à l'idée que les Rencontres de la revue *Prescrire*, qui rassemblent tous les deux ans les professionnels de santé, les patients et le public qui le souhaite autour d'une thématique particulière, puissent avoir lieu dans ses locaux.

4.1.5 Une transformation possible des perceptions en cours

Un doyen au moins en la personne du professeur Philippe Even a fait la démarche de s'informer dans le détail sur ce sujet. Il est invité à s'exprimer lors de l'une des rencontres publiques

258 Rencontres d'Hippocrate, « Une philosophie après le Mediator® », Paris 5, 11 juin 2012
<https://mediasd.parisdescartes.fr/#/collection?id=sjo2xkf--VSHL>

filmées à Paris 5 où suite à l'affaire du Mediator®. Il partage son étonnement face à ses découvertes, faisant écho à la remarque de David Michael cité plus haut : « J'ai appris à connaître l'industrie pharmaceutique il y a dix ans et je suis allé de surprise en surprise. » Ce qui l'a conduit à des conclusions devant mener pour lui à des changements radicaux qui ne rencontrent que peu d'écho : « C'est tout le problème du médicament qui me semble avoir été négligé en France, et je dis négligé avec gentillesse »²⁵⁹. Lors de cette même rencontre publique à Paris 5 concernant l'affaire du Mediator®, un chef de service de Pharmacologie et toxicologie, président de l'Académie de Pharmacie lors du scandale exprime lui aussi le « bouleversement » qu'il a éprouvé suite à la lecture du rapport sur le Mediator® de l'IGAS, et de ses annexes qui comportent plus de deux mille pages. Il précise qu'il était déjà critique vis-à-vis de l'industrie avant cette lecture et qu'il ne s'en cachait pas, et pourtant cette lecture a provoqué chez lui une « rupture de confiance » d'ordre systémique. La lecture de ce rapport l'a placé devant de nombreux points cruciaux. Le cynisme de l'industrie pharmaceutique qui a « balayé toutes les preuves qu'on lui a présentées » tout d'abord, les experts des agences « isolés, broyés, balayés par un simple courrier » de Servier qui a ainsi fait obstruction à leurs demandes de précision ensuite. L'incapacité des agences sanitaires, par manque de moyen ou aveuglement, de juguler les scandales qui se répètent l'a aussi frappé, ainsi que le fait que les autorités de santé fassent ainsi preuve de « collusion et d'obscurcissement intellectuel » suite à leur absence de réaction pendant des décennies sur ce dossier. Le Conseil de l'Ordre des médecins est lui aussi mis en cause pour ne pas avoir sanctionné certains protagonistes ayant enfreint les règles de probité et de dignité en obscurcissant des faits. Les médicaments dans leur ensemble enfin sont eux aussi concernés, même si l'orateur termine son intervention en réaffirmant lui aussi qu'il « croit dans le médicament » et dans son espoir d'un « bon usage et d'une prescription raisonnée et raisonnable ».

Il est intéressant aussi de rapporter ce passage où cet intervenant traduit à la fois sa

259 Rencontres d'Hippocrate, « Une philosophie après le Mediator® », Paris 5, 11 juin 2012
<https://mediasd.parisdescartes.fr/#/collection?id=sjo2xkf--VSHL>

surprise vis-à-vis de l'ampleur de la mauvaise foi de l'industrie pharmaceutique et la tendance à lui avoir gardé jusqu'alors un certain sens de respect et d'honnêteté, comme s'il n'était pas possible qu'elle soit aussi cynique, et quand bien même les stratégies de cette dernière lui étaient en partie connues avant la lecture du rapport :

On ne comprend pas que l'industriel ne coopère pas avec les autorités de santé, les experts, pour comprendre ce qui s'est passé et coopérer avec les pouvoirs publics pour faire la lumière²⁶⁰.

Ce témoignage montre l'importance qu'il peut y avoir pour des médecins ayant des responsabilités élevées dans la formation initiale, même s'ils peuvent être chevronnés, à prendre le temps de s'informer plus en profondeur sur les ramifications de l'influence pharmaceutique aujourd'hui et ses conséquences pour le fonctionnement du système de santé. Ceci semble pouvoir provoquer le passage d'une conception de dérives marginales à celui d'une désillusion plus systémique susceptible de devenir une priorité. Si l'ensemble des garde-fous des systèmes de santé occidentaux s'avère défaillant de telle sorte qu'il n'apparaît plus possible de se reposer sur eux, il semble d'autant plus nécessaire que les médecins en soient informés et qu'ils soient formés en amont afin qu'ils puissent le plus possible protéger leurs futurs patients. Ainsi, malgré les positions plus critiques de certains de leurs confrères ou ex-confrères à la tête des facultés de médecine, l'ensemble des doyens ne semble pas prendre au sérieux ces considérations et les alertes sérieuses émises par ces observateurs.

Il est toutefois probable que les choses soient en train d'évoluer au sein de la conférence des doyens. En effet, un nouveau président a été élu à sa tête en 2016. Ce dernier a été sollicité pour participer à la première journée nationale sur l'indépendance dans les études médicales, dont il sera question ultérieurement. Il était retenu ailleurs ce jour-là mais il a bien voulu partager son opinion

260 Idem

sur le sujet en envoyant ce message par mail :

L'actualité nous rappelle que le temps des collusions entre le monde médical et l'industrie pharmaceutique n'est plus soutenable. Nul n'a sa liberté dès l'instant où il est juge et partie. L'expertise devient-elle difficile ? On est un très bon expert lorsqu'on est le professionnel de tel ou tel discipline ou champ scientifique. Nul ne le conteste, mais il faut alors que la communauté soit informée de la façon la plus transparente des conflits d'intérêts. Cela soulève aussi et c'est le champ de la conférence des doyens la préparation à de nouveaux métiers et donc de solides formations "expertise-régulation" devenus indispensables, tout particulièrement dans les grandes agences publiques comme l'ANSM. Il faut aussi que les structures comme les établissements de santé ou l'université facilitent les possibilités techniques financières pour envoyer les plus jeunes de nos chercheurs aux congrès ou à l'étranger pour sortir du financement facile par l'industrie. Les règles sont en train de changer, l'ignorer est s'exposer à des réveils judiciaires difficiles. La Conférence des doyens a maintenant homogénéisé les formulaires de cumul d'intérêts et sera très vigilante pour qu'ils soient remplis et signés. Merci de votre vigilance pour porter ces messages²⁶¹.

Surtout, suite à la publication du premier classement des facultés de médecine françaises le 9 janvier 2017 qui a suscité un fort écho médiatique (avec notamment un interview d'un doyen affirmant que « le chemin vers l'indépendance est encore long »²⁶²) la conférence des doyens a publié un communiqué de presse quelques jours plus tard où elle reconnaît qu'« effectivement, les étudiants ne sont pas préparés spécifiquement aux liens d'intérêts. » Elle se dit prêt à travailler « sans réserve » sur le sujet, en précisant ce qu'elle envisage de faire :

(...) nous considérons qu'il faut prendre exemple sur des facultés européennes et/ou américaines où la transparence est affichée plus clairement sur le portail des UFR. Nous allons donc nous mobiliser sans réserve, car cela suit notre éthique, pour qu'il en soit ainsi avec la publication des liens d'intérêts des enseignants, des cours dédiés plus homogènes sur les liens d'intérêts dans nos facultés et de manière générale, la transparence des financements venant de l'industrie pharmaceutique et participant au budget de nos établissements. Enfin, nous exigerons en lien avec les autres établissements accueillant nos

261 Professeur Jean-Luc Dubois-Randé, e-mail adressé envoyé aux organisateurs pour la journée nationale sur l'indépendance dans les études médicales.

262 Thibert C., « Universités et firmes : "le chemin vers l'indépendance est encore long" », *Le Figaro*, 10/01/2017. <http://sante.lefigaro.fr/article/universites-et-industrie-pharmaceutique-le-chemin-vers-l-independance-est-encore-long->

étudiants que les mêmes actions soient orchestrées afin de garantir l'indépendance des formations de toute interférence commerciale. Ces mesures de transparence concerneront tous les cycles de formation.²⁶³

C'est la première fois à ma connaissance que la conférence des doyens s'exprime de la sorte sur le sujet. Le second classement que fera le Formindep au cours de l'année 2017 pourra mesurer si ces intentions auront été suivies d'effet.

4.2 Les enseignants

Les enseignants ne constituent pas un groupe homogène. Ils ont des statuts et des cultures différents, notamment en matière d'indépendance. Il existe notamment les Professeurs des Universités et Professeur des Hôpitaux (PUPH), qui correspondent au grade le plus prestigieux dans la hiérarchie académique, il y a également les Professeurs des Universités (PU), les Professeurs et Maîtres de conférences enseignant en médecine mais sans être médecins pour autant, comme c'est de plus en plus le cas en Sciences Humaines et Sociales (SHS). De nombreux doctorants, attachés temporaires d'enseignement et de recherche (ATER) sont également chargés de cours dans des conditions plus ou moins précaires. Malgré cette diversité, les PUPH représentent la majorité des enseignants en médecine.

Ce poids des enseignants hospitalo-universitaires en termes de volume horaire et de prestige a des conséquences par rapport à la formation à l'indépendance. Les spécialistes hospitaliers sont globalement plus ciblés par l'influence de l'industrie pharmaceutique, et participent eux-mêmes davantage à cette influence que les généralistes. En effet, les ordonnances qui sont écrites par des spécialistes à l'hôpital sont souvent reprises telles quelles par les médecins généralistes comme le précise ce passage d'un rapport de l'IGAS :

263 Voir l'annexe 3 pour l'intégralité du Communiqué de presse.

Selon IMS, jusqu'à la moitié de la prescription des généralistes peut être prédéterminée par la prescription hospitalière. La promotion de l'industrie pharmaceutique trouve donc dans l'hôpital un outil de démultiplication de son action. Elle y est présente avec une visite médicale « haut de gamme » en direction des médecins et des pharmaciens hospitaliers²⁶⁴.

Ce sont également les spécialistes hospitaliers qui vont le plus souvent être choisis comme orateurs dans des congrès et symposiums et faire autorité auprès de leur confrère, par leur prestige de spécialistes et par le fait que ce sont eux qui conduisent ou participent à la recherche médicale et aux publications associées. Ils représentent donc des cibles privilégiées pour les laboratoires pharmaceutiques.

4.2.1 Publications et hiérarchie médicale

Le domaine de la recherche apparaît ici aussi comme un paramètre clé d'autorité, de distinction et de prestige, comme fondement du savoir médical et de son progrès attendu. En tant que secteur stratégique, il est comme on l'a vu, massivement investi par l'industrie pharmaceutique. Ceci a favorisé des collaborations de plus en plus étroites entre le secteur industriel et le corps médical des spécialistes, et a contribué ainsi à créer des intérêts communs susceptibles d'engendrer des conflits d'intérêts.

En effet, la carrière des spécialistes, tout comme leur recrutement en tant qu'enseignant, dépend notamment de la qualité et du nombre de leurs publications scientifiques. Dans le monde de la recherche, l'adage « Publish or perish » (« Publier ou périr »), reflète bien la logique inflationniste du domaine, commune à de nombreux secteurs de production de l'époque néolibérale contemporaine. Ceci est tout à fait en phase avec le cadre de l'Économie de la connaissance évoquée précédemment. On notera au passage que cette logique conduit à un gaspillage sans précédent des ressources de la recherche médicale. Selon John Ioannidis de l'université de

²⁶⁴ Bras Philippe, Ricordeau Pierre, Rousille Bernadette, Saintoyant Valérie, *L'information des médecins généralistes sur le médicament*, rapport officiel de l'IGAS n° RM 2007, septembre 2007, p.23

Stanford : « Actuellement, les résultats de nombreuses recherches publiées sont faux ou exagérés, et on estime que 85 % des ressources consacrées à la recherche sont gâchées »²⁶⁵. Ce système peut inciter les médecins à avoir recours aux services de ghostwriting financés par les firmes, qui consistent à faire rédiger des articles scientifiques par une agence spécialisée et à proposer à des médecins, le plus souvent spécialistes, de les signer. Un auteur principal d'articles originaux sur six n'a peut-être pas eu accès aux données, n'a pas participé au protocole scientifique et apporte une caution scientifique qui ne vaut rien, alors que ces articles sont susceptibles in fine de déboucher sur une modification des recommandations internationales, et donc sur la prise en charge des patients. Cette proportion monte à 39 % pour les revues de la littérature de la base Cochrane. Il ne s'agit donc pas d'un phénomène mineur. On peut rappeler que le Vioxx® a fait environ 40 000 morts aux États-Unis, les procès ont pu montrer que près de 96 articles présentant les caractéristiques d'une écriture en sous-main ont été publiés sur le Vioxx® (24 travaux originaux et 72 revues de la littérature). Seuls 92 % de ces articles originaux comportaient la mention d'un financement de la part de Merck. Ce chiffre tombe à 50 % pour les revues de la littérature²⁶⁶. Le nombre de publications réalisés par les médecins jouent aussi un rôle dans leur recrutement en tant qu'enseignants. En effet, selon le médecin Hervé Maisonneuve, un système de points nommé SIGAPS a été élaboré, deux cents points sont nécessaires afin de devenir Maître de Conférence Universitaire (MCU) et quatre cents pour être Professeur des Universités. Ces points sont attribués en fonction de l'*impact factor* des revues où sont publiés les articles des chercheurs²⁶⁷.

Ceci a au moins un double intérêt pour les firmes, celui d'une part de se rendre utiles au médecin, ce qui participe d'une stratégie globale qui a le double avantage de favoriser les coopérations et de décourager les velléités critiques, et d'autre part d'obtenir des articles favorables

265 Ioannidis JPA, How to Make More Published Research True. PLoS Med 11(10): e1001747, 2014

266 Vailloud Jean-Marie, « Le "ghostwriting" ou l'écriture en sous-main des articles médicaux », Formindep, 15 juillet 2008. <http://www.formindep.org/Le-ghostwriting-ou-l-ecriture-en.html>

267 Maisonneuve Hervé, « Demander des SIGAPS à 200/400 pour nommer notre élite sur une littérature fausse : notre aveuglement organisationnel est étonnant », Blog d'Hervé Maisonneuve, 29 octobre 2015. <http://www.h2mw.eu/redactionmedicale/2015/10/les-conseillers-des-ministres-devraient-regarder-la-vraie-vie-avant-de-proposer-des-sigaps-%C3%A0-200-ou-.html#more>

à leurs produits qui seront ensuite publiés dans des journaux médicaux de renom autant que possible pour profiter de leur caution scientifique et de leur prestige. Ces articles serviront ensuite aux visiteurs médicaux pour convaincre les médecins sur le terrain. Pour les médecins qui acceptent, c'est évidemment un gain de temps considérable et un avantage certain pour leur carrière, notamment dans l'obtention de postes, et dans la distinction au sein de leur domaine de spécialité où ils sont forcément en concurrence avec d'autres. Cette pratique est très répandue vu qu'elle était estimée correspondre à la moitié des publications au début des années 2000²⁶⁸.

Comme le montre le médecin et philosophe spécialisé en éthique médicale Howard Brody, les incitations du système de recherche, utilisées par l'industrie pharmaceutique, encouragent actuellement les comportements les moins éthiques, et contribuent à former une élite médicale profitant de tous les avantages fournis par l'industrie, sachant qu'en plus de publier plus d'articles, les auteurs ayant recours au ghostwriting voient leurs articles plus souvent cités par d'autres et ont ainsi plus d'influence²⁶⁹. Ceci entraîne un effet boule de neige dans la mesure où ces auteurs auront ainsi une visibilité de plus en plus grande, en ayant l'opportunité d'intervenir dans des congrès nationaux et internationaux, en obtenant des postes importants dans les sociétés savantes de leur spécialité, et en contribuant même pour certains à écrire les recommandations de bonnes pratiques sur lesquelles les étudiants et les médecins sont invités à baser leur exercice médicale²⁷⁰. C'est ainsi que des leaders d'opinion se forment, capables d'influencer à leur suite toute une partie de la profession médicale²⁷¹. L'un d'entre eux, François Lhoste, a été démis de ses fonctions au sein du comité interministériel qui fixait les prix des médicaments par la ministre Marisol Touraine, et mis en examen pour prise illégale d'intérêts après les révélations par *Mediapart* de ces liens avec Servier entre 1990 et 2004. Il était professeur de Pharmacologie à

268 Brody H., *opus cité*, p.132

269 Brody H., *opus cité*, p.133

270 Even Philippe, Introduction au livre de Virapen John, *Médicaments effets secondaires : la mort*, Le Cherche midi, 2014

271 Brody H., *opus cité*, p.133

l'Université Paris 5 pendant cette période²⁷².

Ce développement permet de mettre en évidence en quoi le critère de l'indépendance peut remettre en question assez fondamentalement les valeurs du champ médical et ce qui est communément reconnu comme l'excellence dans le domaine de la recherche et des carrières universitaires. Ces démarches consacrent une élite médicale qui peut coopérer ainsi de manière plutôt active avec l'industrie pharmaceutique. Cependant l'influence des firmes cherche à s'exercer sur l'ensemble des médecins à travers un mix marketing croisant différentes stratégies, et l'on peut ainsi estimer que l'ensemble des enseignants, PUPH en premier lieu donc, sont concernés et affectés. Aux États-Unis, l'argent reçu par les professeurs d'Harvard en tant que consultants ou conférenciers, s'élevait à 10 000 voire 100 000 dollars par an. Sur les 8 900 enseignants de la prestigieuse université, 1 600 ont déclaré au doyen avoir eux-mêmes, ou l'un des membres de leur famille, un intérêt financier en lien avec leur enseignement.²⁷³

4.2.2 Analyse d'un déni qui perdure

La littérature internationale montre pourtant que cette influence n'est pas reconnue par les médecins enseignants. La seule étude concernant les enseignants français montre qu'il en va de même pour ces derniers. La majorité d'entre eux s'estiment « peu ou pas concernés » par les conflits d'intérêts tout en estimant que la plupart de leurs collègues sont eux influencés²⁷⁴. D'autres études de psychologie sociale ont permis de mieux comprendre ces réactions, notamment en faisant référence aux travaux sur la dissonance cognitive. Recevoir un cadeau d'une firme peut avoir des avantages, cependant il contrevient au souci de l'intégrité scientifique ou au moins à la norme

272 De Pracontal Michel, « Marisol Touraine exclut François Lhoste du comité des prix du médicament », Mediapart, 8 avril 2015

273 Wilson D., « Harvard Medical School in Ethics Quandary », *New York Times*, 2 mars 2009

274 Etain B. et al, Conflits d'intérêts et déclaration publique d'intérêts dans l'enseignement médical, Diplôme Inter-Universitaire de Pédagogie Médicale, Universités Paris Descartes, Pierre et Marie Curie, Paris Sud et Paris Est Creteil, 2012, p.35

correspondante. Les individus se retrouvant dans ce genre de situation réagissent le plus souvent de trois manières différentes ou associées : changer l'une des croyances, opinion ou manière de faire source de dissonance, minimiser l'importance de l'un des éléments dissonants, ou ajouter un ou des éléments consonants qui viennent résoudre la dissonance ou l'atténuer, à travers des éléments de rationalisation par exemple.

Sah et ses collègues ont répertorié différents dénis et rationalisations chez les médecins face à ce type de situations faisant intervenir l'influence de la réciprocité suite à la réception d'un cadeau par exemple, la cohérence vis-à-vis de ces actions passées, le conformisme par rapport aux normes de ses confrères, la fréquence et l'intimité des contacts avec l'industrie pharmaceutique, le respect de l'autorité notamment par rapport aux leaders d'opinion²⁷⁵.

Certains de ces facteurs concernent davantage les PUPH par rapport aux enseignants médecins généralistes qui exercent en cabinet et qui ne sont pas aussi soumis à l'environnement particulièrement hiérarchique de l'hôpital. En effet les PUPH passent une bonne partie de leur temps en milieu hospitalier où ils ont été des années durant, ou sont toujours, sous l'autorité d'un chef de service. De telles conditions de groupe peuvent renforcer des habitudes de conformisme et de respect de l'autorité, voire de soumission, selon certains principes étudiés par Irving Janis notamment. Ce dernier a montré que le conformisme pouvait être engendré par un ensemble de procédés, appelé « penser-groupe » visant la cohérence du groupe et le « rassemblement autour du chef » : l'auto-censure, l'illusion d'unanimité, la pression sur les dissidents, la protection du leader par les membres du groupe contre les idées le remettant en cause. Pour Janis :

Plus l'esprit de concorde et l'esprit de corps règnent parmi les membres d'un groupe dominant, plus il y a danger que le mode de pensée critique, indépendant, soit remplacé par le « penser-groupe » qui débouchera vraisemblablement sur des actes irrationnels et avilissants dirigés contre les groupes dissidents²⁷⁶.

275 Sah S., et al. Physicians under the Influence: Social Psychology and Industry Marketing Strategies, in Journal of Law, Medicine and Ethics, Volume 14, No. 3, August 2013

276 Mezirow J., *opus cité*, p.206

Une interne en médecine générale évoque à ce propos comment elle peut être interpellée par les contraintes qui pèsent sur ses collègues de spécialité :

Je suis assez catastrophée (...) par la vie de mes collègues de spécialité parce qu'ils sont justement dans ce système à fond et ils ont besoin de lécher les bottes de leur chef de service pour après avoir un poste d'assistant, pour après pouvoir exercer en fait (...), ça les contraint à faire des choses qui sont complètement fou comme de ne pas prendre de repos de sécurité, de bosser plus de trente-six heures d'affilée à l'hôpital. Pour moi c'est dangereux pour eux et pour les patients. Ils n'arrivent pas à faire corps, pas à faire groupe ensemble pour s'opposer à ça.²⁷⁷

4.2.2.1 La culture de l'entitlement

Celle-ci décrit la manière de penser selon laquelle le fait d'être médecin donne droit à certains privilèges, comme de recevoir des cadeaux par exemple. Ceci peut justement être induit par la réception répétée de ces derniers tout au long des études et de la carrière, créant une valorisation personnelle et une habitude, voire une attente. Cette culture est renforcée par les conditions de travail difficiles, surtout à l'hôpital, vécues par les professionnels de santé, les cadeaux et attentions fournies par les visiteurs médicaux et l'industrie pouvant être reçus comme compensation et réconfort. Comme le décrit le médecin et spécialiste en éthique Howard Brody :

Le résultat final de ce lent processus d'acculturation est un praticien qui recherche avec envie les contacts avec les visiteurs médicaux, accepte avec plaisir leurs cadeaux, et ne ressent jamais d'inconfort éthique avec cette situation, en se sentant dans son bon droit quoi qu'il reçoive²⁷⁸.

Le témoignage d'une externe illustre bien cette accoutumance décrite même par Howard

²⁷⁷ Entretien page 14, à 1h45

²⁷⁸ Brody H., *opus cité*, p.193

Brody et d'autres comme une addiction :

Une amie me racontait qu'au cours de son premier stage d'externe, elle avait été très surprise de voir un labo “s’occuper de déjeuners de service tous les mercredis, avec des traiteurs très chouettes à chaque fois”. Elle est un peu gênée, et exprime son malaise à ses collègues. Un de ses collègues répond : “Non mais tu rigoles, on devrait aller les voir pour leur demander s'ils veulent bien nous organiser notre pot de départ”²⁷⁹.

Dans ce contexte, on peut mieux comprendre pourquoi les conflits d'intérêts peuvent être perçus par nombre de médecins comme anodins, exagérés, et les personnes et organismes les pointant du doigt comme des empêcheurs de tourner en rond assez souvent méprisés. Le rapport de l'IOM déjà cité relève lui aussi ce type de réaction soulignant que bon nombre de médecins se sentent offensés quand on évoque leurs possibles conflits d'intérêts²⁸⁰, comme si cela était fait pour les stigmatiser personnellement. Le fait de se sentir personnellement remis en cause ne permet pas de se considérer comme faisant partie d'un système d'influence qui n'épargne aucun professionnel, et auquel chacun peut essayer de faire face de son mieux. Il apparaît difficile pour de nombreux médecins de reconnaître et d'admettre qu'il est pratiquement impossible d'éviter l'ensemble des stratégies d'influence mis en œuvre, ne serait-ce que parce que bon nombre d'entre elles opèrent à des niveaux difficiles à déceler, notamment au cœur de la recherche médicale comme on l'a vu. Ainsi, il est très fréquent que la question des conflits d'intérêts soit évacuée et minimisée avec des phrases comme : « il ne faut pas confondre liens d'intérêts et conflits d'intérêts », laissant entendre que les conflits d'intérêts ne peuvent être que des liens ne posant pas de problème, ceci allant à l'encontre de la littérature sur le sujet qui encourage les professionnels de santé à être au contraire plus vigilant sur la question. Une interne rapporte cette réponse qu'un médecin lui a faite à ce sujet : « Il ne faut pas être manichéen, et sans laboratoire, qu'est-ce qu'on ferait ? C'est les labos qui

279 Collectif de la Troupe du Rire, « Comment vous expliquer ? », *Prescrire*, Janvier 2016/Tome 36 N° 387, p.72-74

280 Lo B, Field MJ, *opus cité*, p.49

fabriquent les médicaments qu'on prescrit »²⁸¹. Le *British Medical Journal*, avec beaucoup d'humour, a fait de ces réponses qui reviennent tout le temps un jeu du bingo²⁸².

Bingo des conflits des intérêts

Comment osez-vous ?	Nous sommes responsables de ce que nous faisons	Mes patients/les données de la science viennent toujours en premier	Voulez-vous empêcher le Progrès ?	La science parle d'elle-même
Ne jetez-pas le bébé avec l'eau du bain	Manager les risques est suffisant	Les sponsors n'ont pas d'influence	La déclaration des liens d'intérêt est suffisante	Il ne s'agit que d'une relation de consulting
Innovation	Il est plus facile de travailler avec l'industrie que contre	Espace libre	Nous sommes totalement transparents	L'argent ne m'influence pas
L'intégrité scientifique est tout pour moi	C'est plus complexe que cela	Il n'y a pas de preuve de cause à effet	Vous jugez la science	Les scientifiques contrôlent le travail
C'est un on issu de l'éducation	Il ne s'agit pas de corruption	Il ne s'agit que d'un oubli	être sponsorisé est nécessaire si l'on veut faire partie de l'élite des experts	Faire de la recherche coûte cher

Les travaux concernant spécifiquement la France vont dans le même sens :

Si tous les CI ne peuvent être évités, ils ne doivent pas pour autant être banalisés ; Bien qu'un CI corresponde à une situation où l'on « peut être influencé », en somme un « facteur de risque », il semble que ce risque se réalise assez fréquemment²⁸³.

281 Guibert Jessica, L'art de corrompre les futurs médecins. Exemples vécus. Université Grenoble 1 Joseph Fourier, 16 octobre 2003. <https://www.youtube.com/watch?v=IPq9Cz0Mat4>

282 http://blogs.bmj.com/bmj/files/2015/08/coi_bingo1.jp

283 Etain B. et al, Conflits d'intérêts et déclaration publique d'intérêts dans l'enseignement médical, Diplôme Inter-Universitaire de Pédagogie Médicale, Universités Paris Descartes, Pierre et Marie Curie, Paris Sud et Paris Est

Le rapport de l'IOM après un examen approfondi des enjeux liés aux conflits d'intérêts est encore plus clair sur ce qui paraît acceptable en la matière :

Dans le domaine des études médicales, il est particulièrement troublant qu'un membre de l'université soit un conférencier promotionnel pour une firme pharmaceutique, de dispositifs médicaux ou de biotechnologies, ou accepte d'être listé comme auteur d'une publication écrite en ghostwriting²⁸⁴.

Le rapport explicite cette position en faisant mention du fait que les enseignants servent d'exemples influençant fortement leurs étudiants en tant qu'ils s'identifient souvent à certains d'entre eux comme modèles :

La raison pour cela est qu'il est attendu des membres des universités de présenter une information non biaisée reflétant la littérature scientifique de manière objective, et d'aider les étudiants en médecine, les internes et leurs collègues à développer des habitudes tout au long de leur vie en vue d'exercer un jugement indépendant et une capacité d'évaluer la littérature scientifique de manière critique. Il est aussi attendu qu'ils servent de modèles en termes de professionnalisme. Il se peut que ces attentes soient menacées par des relations financières entre les membres de la faculté et l'industrie, et par le fait de ne pas rendre ces relations transparentes en les déclarant²⁸⁵.

4.2.2.2 La responsabilité particulière des PUPH

En suivant cette ligne, les PUPH étant les médecins enseignants d'une part les plus exposés à l'influence de l'industrie pharmaceutique, vu leur position prestigieuse et stratégique dans

Creteil, 2012, p.9

284 Lo B, Field MJ, *opus cité*, p.24

285 Idem

le choix des prescriptions médicamenteuses et dans des groupes de travail déterminant les recommandations de bonnes pratiques ou l'autorisation de mise sur le marché des médicaments, et d'autre part représentant l'autorité et des modèles pour les étudiants dont ils ont la responsabilité, il serait logique qu'ils soient les médecins les plus vigilants sur les questions touchant à l'indépendance et à leur propre pratique médicale. Il apparaît cependant que la situation soit à l'opposé pour le moment, et que les enseignants, PUPH en tête, puissent au contraire contribuer à reproduire la culture dominante en perpétuant ce qu'Howard Brody appelle avec d'autres observateurs « la maladie du déni ». Ceci se traduit par une omission des problématiques liées à la relation industrie médecin telles qu'établie par l'état de la littérature scientifique actuelle sur le sujet, et même dans certains cas de dénigrement des demandes de la part des collègues ou des étudiants à aller dans le sens d'une plus grande transparence et/ou indépendance. C'est le cas notamment d'un étudiant qui fit la demande à l'un de ses enseignants de parler lors de son cours en Dénomination Commune internationale (DCI), après que de nombreux médicaments avaient été évoqués sous leur dénomination commerciale. Ce dernier choix est encore très fréquent et reflète les pratiques courantes, alors que la DCI est depuis longtemps reconnue comme plus justifiée : elle ne favorise pas une marque par rapport à une autre, et surtout elle peut éviter des surdosages dans les prescriptions en faisant apparaître les molécules en présence ; ou des interactions médicamenteuses indésirables. Cet étudiant fut raillé par son enseignant pendant les trois heures suivantes²⁸⁶. Autre exemple, la plupart des enseignants ne déclarent pas leur liens d'intérêt au début de leur cours, et quand cela est fait, deux cas de figures posent question : certains passent dessus en quelques secondes sans expliciter la raison de cette démarche, d'autres la dénigrent en se moquant de cette pratique, comme l'illustre ce témoignage d'étudiant :

Lors d'une conférence de préparation aux ECN – la plupart des étudiants participent à ces conférences – un conférencier très apprécié des étudiants a profité d'une discussion au moment du scandale sur la Commission d'AMM

286 Collectif de la Troupe du Rire, « Comment vous expliquer ? », *Prescrire*, Janvier 2016/Tome 36 N° 387, p.72-74

pour nous dire : « Ils nous gonflent Mediapart, Prescrire et les autres... Moi je vais vous dire, un médecin sans lien d'intérêt, c'est un médecin sans intérêt ! »²⁸⁷

L'existence de Key Opinion Leaders (KOL) utilisés par les firmes pharmaceutiques, recrutés parmi les professeurs de médecine jugés les plus prestigieux suffirait à justifier à ce que les étudiants s'habituent à se poser la question des intérêts défendus par la source qui les informe et de ne pas faire confiance de manière spontanée, même à leurs pairs les plus titrés, ce qui rejoindrait les objectifs des cours de LCA.

4.2.2.3 Les conflits d'intérêts chez les enseignants

Le fait d'encourager les étudiants à avoir un esprit critique vis-à-vis des sources d'autorité en médecine est d'autant plus justifié qu'il concerne également les enseignants. En effet, des cas où des professeurs ont enseigné à leurs étudiants des éléments contraires à l'état de la science dans l'intérêt du patient, mais avec lesquels ils avaient des conflits d'intérêts marqués ont été recensés. Au Canada, des étudiants ont reçu des cours sur le traitement de la douleur. L'enseignant était membre du service des conférenciers (speakers bureau) de la firme à qui appartenait les médicaments mis en avant dans les cours. Ces derniers ont été financés par cette même firme, et un manuel distribué aux étudiants renforçait certaines des informations enseignées. Ce manuel était financé par un autre sponsor et ces conflits d'intérêts n'ont pas été clairement déclarés²⁸⁸. Aux États-Unis, un scandale a éclaté, relayé par le *New York Times*, quand des étudiants se sont rendus compte que l'un de leurs enseignants vantait les mérites des statines, les médicaments les plus prescrits pour faire baisser le cholestérol, alors qu'il avait de forts conflits

²⁸⁷ Idem

²⁸⁸ Persaud Navindra, « Questionable content of an industry-supported medical scholl lecture series : a case study », *Journal of Medical Ethics*, Published Online First, 11 june 2013

d'intérêts avec cette classe de médicaments de plus en plus controversée²⁸⁹. En France, une interne rapporte le cas d'un enseignant faisant l'éloge de la dronédarone, un nouveau médicament utilisé pour les maladies cardiaques affirmant que c'était cela qu'il fallait prescrire et que cette molécule allait remplacer toutes les autres. Cette nouvelle molécule, comme tant d'autres lancées en fanfare, fut retirée du marché suite aux complications graves qu'elle engendrait. Cet enseignant avait lui aussi des conflits d'intérêts avec cette molécule²⁹⁰.

Des organismes défendant les valeurs de l'indépendance dans la pratique médicale font eux aussi l'objet de dénigrement, comme cela apparaît dans l'une des citations précédentes. *Prescrire* est régulièrement prise à partie, notamment par des membres de jury de thèse quand ces travaux y font référence. Les phrases qui reviennent le plus souvent traitent les membres de la revue « d'extrémistes », et jugent que « si on les écoutait, on ne prescrirait plus rien ». Comme on le verra par la suite avec des médecins utilisant la revue de longue date, il n'en est rien. Cette dernière phrase s'avère ainsi d'autant plus déplacée qu'elle est très caricaturale. C'est pourtant la revue qui reste considérée comme extrémiste.

Dans ce contexte, on comprend ce que peut vouloir signifier l'assertion des doyens et ex-doyens Isabelle Richard et Jean-Paul Saint-André selon laquelle : « l'emprise du corps enseignants sur les étudiants est forte et comprend un risque de restriction de l'autonomie des étudiants. »²⁹¹

4.2.3 A l'hôpital

Les responsables en charge des étudiants à l'hôpital, AHU (assistants hospitalo-universitaires), MCU-PH (maîtres de conférence – praticiens hospitaliers), PUPH peuvent eux

289 Wilson D., (2009), « Harvard Medical School in Ethics Quandary », *New York Times*, 2 mars.

290 Guibert Jessica, L'art de corrompre les futurs médecins. Exemples vécus. Université Grenoble 1 Joseph Fourier, 16 octobre 2003. <https://www.youtube.com/watch?v=IPq9Cz0Mat4>

291 Richard Isabelle, Saint-André Jean-Paul, Flexner Abraham, *Comment nos médecins sont-ils formés ?*, Les Belles Lettres, 2012, p.70

aussi contribuer à favoriser l'influence des firmes pharmaceutiques. Ceci est d'autant plus important que la formation vécue à l'hôpital est actuellement celle qui influence le plus les étudiants par rapport à celle reçue à l'université²⁹², et que le rôle de modèle exercé par les enseignants à l'hôpital est encore plus marquant. Ce relais de l'influence des firmes se traduit surtout à travers quatre composantes, les présentations de nouveaux médicaments des laboratoires, « les staffs », les déjeuners offerts, et les visites des visiteurs médicaux dans les services. Une interne décrit chacune d'entre elles de la sorte :

Le chef de service pousse pour qu'il y ait du monde. Les externes sont super contents car on y mange super bien, avec des petits fours etc, on ne capte pas grand-chose à la présentation mais on n'est pas protégé par rapport à ça²⁹³.

La même interne précise que les staffs aussi appelés staffs labos sont des « réunions de service obligatoires, c'est là où on va parler du patient, là où la vie se passe, où l'on apprend notre métier ». En tant qu'externes, les étudiants reçoivent des petits cadeaux de la part des visiteurs médicaux, des stylos, des réglettes, parfois un stéthoscope pouvant avoir une valeur plus importante autour d'une centaine d'euros. Les internes eux reçoivent plus de cadeaux et les visiteurs médicaux cherchent vraiment à les rencontrer en tant que nouveaux prescripteurs comme on peut le lire dans les citations suivantes. Voici comment une externe en cardiologie perçoit la visite médicale à l'hôpital :

Le service est envahi par les visiteuses médicales ! Elles débarquent à n'importe quel moment de la journée, directement dans le bureau des internes, sans même frapper, sans demander si les gens sont occupés, elles donnent des brochures et échantillons, tutoient les internes et les appellent par leur prénom, et même discutent de leurs vies... Et ça ne choque aucun externe. Quant à l'interne, le sujet a été complètement évité quand j'ai voulu

292 Saint-Marc David, *opus cité*.

293 Guibert Jessica, L'art de corrompre les futurs médecins. Exemples vécus. Université Grenoble 1 Joseph Fourier, 16 octobre 2003. <https://www.youtube.com/watch?v=IPq9Cz0Mat4>

l'aborder !²⁹⁴

Là encore, aucune protection n'est assurée, alors que l'influence des repas et des cadeaux, aussi petits soient-ils a été démontrée à de nombreuses reprises^{295,296}. Une étude de 2014 suggère même que le fait d'interdire la dissémination de cadeaux aux étudiants est l'une des politiques les plus efficaces que peuvent prendre les facultés de médecine, au regard des expériences menées dans le domaine aux États-Unis depuis 2007²⁹⁷, et rappelle que la réception de cadeaux a déjà entraîné de préjudices sanitaires importants en citant l'article de Mintzes et ses collègues sur le sujet²⁹⁸. Ceci a également pour avantage supplémentaire d'être corrélé avec une plus faible interaction générale avec l'industrie. À noter également que la profession des visiteurs médicaux a été totalement dissoute en Suède²⁹⁹. L'absence de protection s'accompagne de réactions négatives par rapport aux remarques faites par des étudiants qui trouvent ces situations anormales :

J'étais en médecine depuis une semaine. J'apprends une heure avant que le "cours" [un staff], c'est fait par un labo ! Avec Olympe, on décide de ne pas y aller discrètement, pour ne pas faire d'histoires. Mais on n'est vraiment pas passées inaperçues. Quand une chef nous demande nos raisons, on lui répond que c'est à cause des labos... Elle répond littéralement : "On se casse le cul pour vous trouver des formations, et vous en voulez pas ! C'est pas à la carte ici !". Un autre chef se promène, et dans un dialogue de sourds, nous considérant comme des enfants capricieux, nous dit que nous ne sommes pas assez grands pour savoir ce qui est bon pour nous (...). Il nous oblige à aller au staff mais on maintient notre position et heureusement, une troisième chef plus compréhensive nous laisse le choix. L'ambiance est restée déplorable dans le service³⁰⁰.

294 Collectif de la Troupe du Rire, « Comment vous expliquer ? », *Prescrire*, Janvier 2016/Tome 36 N° 387, p.72-74

295 *Prescrire*, "Petits cadeaux : des influences souvent inconscientes, mais prouvées" *Prescrire* 2011 ; 31 (335) : 694-696.

296 *Prescrire*, "Repas : un cadeau très efficace" *Prescrire*, 2013 ; 33 (355) ; 374

297 Yeh JS, Austad KE, Franklin JM, Chimonas S, Campbell EG, et al. (2014), *opus cité*.

298 Mintzes B, Lexchin J, Wilkes MS, Beaulieu MD, Reynolds E, et al. (2013) Pharmaceutical sales representatives and patient safety. *J Gen Intern Med* 28:1395.

299 Bensadon Anne-Carole, Marie Etienne, Morelle Aquilino, *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, Igas, juin 2011, p.94

300 Collectif de la Troupe du Rire, « Comment vous expliquer ? », *Prescrire*, Janvier 2016/Tome 36 N° 387, p.72-74

Le fait que l'ambiance ait été déplorable dans le service dans ce stage pour cette étudiante n'est pas anodin et se répercute éventuellement sur la formation reçue et vécue par l'étudiant. Celui-ci peut être mis à l'écart et moins profiter des expériences que son stage pourrait lui apporter. Un autre témoignage concerne une interne après qu'elle ait envoyé un mail à son chef de service expliquant qu'elle ne souhaitait pas assister au staff labo :

(...) alors que j'étais en train de voir un patient dans un box des urgences, mon chef m'appelle au micro pour que je me présente dans le poste de soin : j'ai pensé à une urgence, une vraie. Mais non, il voulait seulement que j'écoute la déléguée médicale. (...). J'explique donc à Madame labo que je suis avec un patient et que je ne suis donc pas disponible. Je pensais avoir réussi à la faire fuir. Mais pas du tout. À peine sortie du box, la voilà qui me saute dessus pour me présenter je ne sais quelle information. Je l'arrête rapidement pour l'informer que je souhaite m'informer par moi-même. (...) L'air très surpris, elle me répond : « Vous vous rendez compte que vous manquez ainsi beaucoup d'informations ? ». Elle s'est tout de même empressée de noter mon nom : soi-disant pour que je ne sois plus importunée. Mais permettez-moi d'en douter. Tout avait l'air simple, jusqu'à ce que mon chef me fasse remarquer qu j'avais tort de ne pas accueillir avec un grand sourire ces personnes. Ah bon, et pourquoi donc ? « Elles peuvent t'être très utiles ». Ah bon ? « Oui, elles peuvent te payer tes congrès au bout du monde ». Ouah quel argumentaire ! J'ai du mal à être convaincue. Alors il continue : « Et tu comprends, les pauvres, ils ne font pas un métier facile ». Snif... toujours pas très convaincue.³⁰¹

En écho avec cet échange, il peut être intéressant de noter que selon un article récent, la tendance actuelle aux États-Unis est une augmentation du refus de la visite médicale. 22,9 % des médecins interrogés faisaient ce choix en 2010 contre 36,5 % en 2016. Dans les régions les plus restrictives, un médecin sur deux optait pour cette décision à l'hôpital, et plus de six médecins sur 10 dans l'État du Vermont, toute catégorie confondue³⁰².

301 Idem

302 Lowes Robert, « More physicians saying “No drug Reps allowed” », *Medscape*, 13 septembre 2016. <http://www.medscape.com/viewarticle/868748#vp2>

L'enquête d'Etain et al. auprès des enseignants apporte d'autres données qui reflètent une appréhension mitigée de la question des conflits d'intérêts. La majorité d'entre eux s'estiment pas ou très peu concernés personnellement par la problématique tout en pensant que la plupart de leurs collègues sont perméables aux influences, ils ne déclarent pas leurs liens d'intérêts auprès de leurs étudiants alors qu'une faible majorité pense qu'il serait pertinent de le faire, ils ne savent pas si l'université dispense des cours en la matière alors que la grande majorité pense qu'un cours sur les CI serait nécessaire. Un point à noter qui pourrait faciliter l'enseignement de ce sujet est néanmoins le fait que les enseignants disent qu'ils ne seraient pas gênés d'aborder cette question avec les étudiants. Ces résultats sont à relativiser dans la mesure où l'échantillon constitué de 313 enseignants n'est pas représentatif. Les facteurs qui ont limité les réponses sont de deux ordres, avec d'une part une gêne évoquée de manière informelle aux enquêteurs sur leur motivation à faire cette étude, montrant encore une fois que le sujet est sensible au sein de la profession et soulève de suspicions, et d'autre part la faible collaboration des doyens à l'enquête et en termes de relais auprès des enseignants. A ce titre les auteurs ont exprimé leur regret, et auraient espéré également que les doyens s'inspirent de certains de leurs résultats et recommandations restés lettre morte³⁰³. Comme on l'a mentionné plus haut, il est néanmoins possible que les doyens et les enseignants soient à l'avenir plus enclins à aller dans ce sens, notamment suite à la publication du classement des facultés de médecine qui se poursuivra dans les années à venir. Un groupe de travail au sein du Formindep s'est créé début 2017 pour travailler sur un classement parallèle concernant les hôpitaux universitaires, suivant là aussi l'exemple de l'AMSA aux Etats-Unis qui a intégré les hôpitaux depuis 2014³⁰⁴. Le Formindep s'intéressera aux 32 centres hospitalo-universitaires (CHU) dans un premier temps, avant d'élargir si possible vers d'autres hôpitaux.

303 Etain B. et al, Conflits d'intérêts et déclaration publique d'intérêts dans l'enseignement médical, Diplôme Inter-Universitaire de Pédagogie Médicale, Universités Paris Descartes, Pierre et Marie Curie, Paris Sud et Paris Est Creteil, 2012

304 <https://www.amsa.org/about/amsa-press-room/press-release-grading-teaching-hospitals/>

4.2.4 Comment favoriser une évolution des idées ?

Le fait que la majorité des enseignants, PUPH en tête, soient les plus exposés à l'influence tout en étant les moins prêts à en reconnaître les conséquences sur eux-mêmes, et qu'ils tendent à reproduire le système actuel en le défendant et même en en faisant la promotion envers leurs étudiants est certainement l'un des éléments clés perpétuant l'état actuel des choses alors qu'il apparaît clair que des changements importants sont nécessaires pour protéger les étudiants et leur apprendre à déjouer les situations d'influence. À ces deux éléments souvent mentionnés comme faisant partie des missions des facultés encore non assumées, on pourrait en rajouter deux autres : favoriser le fait que les médecins ne participent pas eux-mêmes aux stratégies d'influence de l'industrie pharmaceutique, tant en recherche qu'en tant qu'expert ou conférencier notamment, et donner les moyens aux futurs médecins d'exercer une influence sur leur environnement professionnel et non seulement sur leur pratique personnelle, comme l'entend l'apprentissage transformateur de Mezirow.

Pour qu'un changement puisse s'opérer, il apparaît nécessaire que les enseignants installés depuis des années dans les circuits routiniers de l'influence des firmes et en bénéficiant à titre personnel sans doute, soient confrontés à des chocs comme celui éprouvé par le professeur François Chast à la lecture du rapport de l'IGAS, évoqué précédemment, pour faire apparaître la fragilité et la compromission de nos systèmes de santé modernes face aux firmes pharmaceutiques. Richard Smith, ancien rédacteur en chef du *British Medical Journal*, parle lui aussi de chocs salutaires dans sa préface au livre du médecin Peter Gotzsche, qui fait partie des nombreuses contributions de ses dernières années qui pourraient peut-être avoir cet effet si les professionnels concernés prenaient le temps de les consulter :

La plupart d'entre nous ne peuvent pas voir que l'empereur est nu ou ne vont pas l'exprimer quand ils voient sa nudité, ce qui est la raison pourquoi nous avons autant besoin de personnes comme Peter. (...) Il se peut que certains, peut-être beaucoup, mettent son ouvrage de côté notamment en lisant la comparaison que Peter fait entre les firmes pharmaceutiques et la mafia, mais ceux qui se détournent ainsi de ce livre manqueront une importante occasion de comprendre quelque chose d'essentiel sur notre monde – et d'être choqués³⁰⁵.

Mezirow, comme on l'a vu, parle lui aussi de la possibilité qu'une lecture puisse créer un dilemme susceptible de bousculer les perspectives de sens et engendrer des changements conséquents. Le temps passé à consulter de telles sources d'information pourrait également favoriser une meilleure vue d'ensemble qui apparaît pour le sociologue Florent Champy nécessaire aux professions à caractère prudentiel, c'est-à-dire où les décisions ne découlent pas d'applications techniques standardisées, dont la médecine fait partie (même si cette dernière tend à se doter de plus en plus de protocoles) :

Une autre condition de la prudence est que le professionnel ait une vue d'ensemble de chaque cas dont il traite, ou que des coopérations inter ou intraprofessionnelles pallient l'absence d'une telle vue d'ensemble³⁰⁶.

Les recherches autour du *Transformative Learning* se sont intéressées aux étapes traversées par les personnes faisant face à des bouleversements de leurs représentations les conduisant à de profonds changements. Ces résultats peuvent aider les personnes se retrouvant dans de telles phases de transformation de perspective de sens. Les personnes peuvent être particulièrement vulnérables ou en difficulté dans ces situations car ces périodes remettent souvent en question leur propre sens du « moi ». Précisons qu'il s'agit ici de transformations de perspectives de sens, par rapport à des transformations de schèmes de sens (croyances, attitudes et réactions

305 Smith Richard, préface au livre de Göttsche Peter, *Deadly Medicines and Organised Crime*, Radcliffe Publishers, Londres, 2013, p.VI

306 Champy Florent, *La sociologie des professions*, PUF, Paris, 2012, p.217

émotionnelles spécifiques) qui s'inscrivent davantage dans le quotidien sous l'effet de la réflexion.

La transformation que traversent les individus suit généralement un processus que Mezirow décrit en dix étapes, confirmé depuis par d'autres recherches³⁰⁷ :

- 1) un dilemme perturbateur
- 2) un examen de conscience accompagné de sentiments de culpabilité et de honte
- 3) l'évaluation critique des présomptions d'ordre épistémique, socio-culturel ou psychique
- 4) la reconnaissance que l'insatisfaction éprouvée et le processus de transformation sont partagés et que d'autres ont négocié un changement identique
- 5) l'exploration des possibilités de nouveaux rôles, de nouvelles relations et de nouvelles manières d'agir
- 6) l'élaboration d'une ligne de conduite
- 7) l'acquisition du savoir et des habiletés nécessaires pour mettre en œuvre ses projets
- 8) les essais provisoires des nouveaux rôles
- 9) la mise en place de la compétence et de la confiance en soi nécessaires pour assumer les nouveaux rôles et les nouvelles relations
- 10) la réappropriation de sa propre vie sur la base des conditions imposées par sa nouvelle perspective

Une accumulation de transformations de schèmes de sens peut provoquer une série de dilemmes à l'origine d'une transformation de perspective de sens, mais cette dernière peut aussi bien découler d'un livre, d'un dialogue, venant créer un point de référence suffisamment distancé et pourtant pertinent et plus riche de sens par rapport aux croyances de départ de l'individu. Mezirow prévient que ces remises en question sont souvent difficiles :

³⁰⁷Mezirow Jack, *opus cité*, p.185

N'importe quelle contestation majeure d'une perspective établie peut aboutir à une transformation. Ces contestations sont pénibles ; elles remettent en cause des valeurs pérennes auxquelles nous tenons profondément et menacent le sens même de notre « moi »³⁰⁸.

Certains témoignages de médecins sont aussi de précieux exemples de ce type de profondes transformations. Ayant fait le choix de travailler initialement pour les firmes, ils finissent par décider de suivre une autre voie, souvent après avoir senti qu'une ligne rouge morale avait été franchie, parfois depuis trop longtemps. Le psychiatre états-unien Daniel Carlat fait partie de ceux-là. Il est l'auteur d'un rapport assez renommé outre-atlantique sur l'usage des médicaments en psychiatrie, ou plutôt leur mésusage. Il est connu aussi du grand public après avoir raconté sa trajectoire dans un article paru dans le *New-York Times*, et avoir organisé des marches de la honte^{309,310}. Ces témoignages sont précieux à plus d'un titre, ils permettent de comprendre déjà comment des médecins peuvent se retrouver à faire le jeu de l'industrie pharmaceutique, et qu'il est possible malgré cela et les nombreux avantages reçus de décider de suivre une autre voie.

L'article du *New-York Times* expose les techniques de recrutement des firmes qui s'avèrent également efficaces avec un médecin à la sensibilité humaniste et témoignant d'un esprit critique manifeste comme c'était le cas du docteur Carlat. Dès qu'il a été approché par une firme pharmaceutique pour faire des présentations auprès de ses confrères sur un nouveau médicament psychotrope, il s'est posé des questions éthiques. Mais plusieurs éléments ont réussi à obtenir son adhésion :

- L'argent, avec 500 dollars par conférence-déjeuner d'une heure, et 750 dollars s'il avait besoin de faire une heure de route. Au total, ses interventions pendant une année lui ont rapporté 30 000 dollars, soit un complément de plus d'un cinquième par rapport à son

308 Mezirow J., *opus cité*, p.185

309 Carlat Daniel, « Dr Drug rep », *New-york Times*, 25 novembre 2007. « Docteur visiteur médical » (traduction Formindep) <http://www.formindep.org/IMG/pdf/DrVM-NYT.pdf>

310 Lenzer J., Brownlee S., « Un médecin entame une “marche de la honte” pour se racheter de l'argent reçu des firmes pharmaceutiques », *British Medical Journal*, 5 janvier 2008 – vol 336 – pages 20-21. (Traduction Formindep). <http://www.formindep.org/IMG/pdf/BMJ-050108.pdf>

activité libérale déjà confortable selon lui.

- La croyance selon laquelle la promotion de ce traitement était justifiée après avoir suivi un séminaire de « développement universitaire » payé par le laboratoire et animé par deux prestigieux psychiatres. Carlat raconte comment le premier, un « universitaire fascinant », avait présenté la méta-analyse qu'il avait conduite de manière très éloquente et a priori pondérée, en abordant aussi certaines critiques que l'on pouvait faire de l'étude et en y apportant des réponses convaincantes. Le premier intervenant fut suivi par un « vulgarisateur charmant » qui décortiqua avec eux les diapositives officielles du laboratoire dont ils pouvaient se servir dans leur représentation.
- Le sentiment d'avoir été choisi par le laboratoire pour une qualité personnelle particulière et de s'en sentir flatté.
- L'espoir qu'un nouveau traitement pouvait vraiment apporter quelque chose pour des patients.

Carlat signale qu'il n'ingurgitait pas pour autant les messages de cette journée sans recul critique. Pourtant cette présentation exerça malgré tout une forte influence :

Je savais que c'était de la formation médicale difficilement impartiale et que nous étions nourris par un gavage marketing. Mais quand vous êtes traités comme des pachas, invités dans les meilleurs restaurants de Manhattan et au contact des stars de la médecine, inévitablement vous mettez de côté vos facultés critiques. J'étais vraiment impressionné par les chiffres de rémission de l'Effexor^o et, comme tout praticien, j'espérais que quelque chose de nouveau et de différent s'ajoute à ma palette d'options thérapeutiques.³¹¹

Pendant un an il a donné des conférences chaque semaine, comme environ 25% des médecins aux États-Unis le font, en compagnie d'une « femme séduisante, dynamique, entourée de

311 Carlat D., *opus cité*.

plateaux d'appétissants sandwiches. Des médecins affamés et leur équipe d'infirmières et de secrétaires rentraient dans la salle à manger, reconnaissants pour le repas gratuit. » Sa conscience éthique ne l'a pas quitté, et se rappelait à lui régulièrement en lui montrant qu'il mettait en avant les avantages de la molécule dans ses présentations tout en passant sous silence ses inconvénients, alors même que les données les plus récentes avaient à la fois réduit les bénéfices et augmenté les risques attribués à ce médicament. Carlat avait également remarqué que les études à la base de la méta analyse qui l'avait impressionné au départ étaient finalement de courte durée et qu'il aurait été probable, si elles avaient été conduites sur quelques mois supplémentaires, que l'effet révolutionnaire du médicament aurait disparu par rapport à ses concurrents. Mais il se trouvait pris dans l'engrenage :

Recevoir des chèques de 750 dollars pour bavarder avec des médecins pendant un déjeuner était de l'argent tellement facile que ça m'en donnait le vertige. Comme pour une addiction, c'était devenu très dur de renoncer.³¹²

Finalement, lors d'une présentation, un psychiatre va le contredire, et le pousser dans ses retranchements. Carlat va tout de même défendre la molécule, mais va se sentir ébranlé :

Ce froncement de sourcils du psychiatre ne me quittait pas – un mélange de scepticisme et de mépris. Je me demandais s'il voyait en moi ce que je redoutais d'être devenu : un représentant de commerce avec un diplôme de médecin. Je commençais à penser que l'argent affectait mon jugement critique. J'étais en train de danser autour de la vérité pour le bon plaisir des visiteurs médicaux³¹³.

La rencontre avec ce psychiatre aura été le dilemme perturbateur déclencheur de la transformation de perspective de sens selon le processus proposé par Mezirow. Il apparaît aussi que

312 Idem

313 Idem

dans son cas, cet élément déclencheur fait suite à une accumulation de transformations de schèmes de sens qui ont sans doute favorisé l'effet de cette rencontre, comme Mezirow le suggère un peu plus haut.

Peu de temps après, il mettra fin à sa collaboration avec l'industrie. Il rédige maintenant pour ses collègues une newsletter non financée par l'industrie qui analyse de manière critique la recherche médicamenteuse et les discours marketing. Il s'est également lancé dans une « marche de la honte » à cause de l'argent reçu pour les « formations » qu'il a données auprès d'autres médecins. Il s'est engagé à cette occasion à donner des conférences gratuites à ses confrères, sans médicament, pour annuler les effets des prescriptions inappropriées qu'il a pu engendrer, et a déclenché « une violente attaque contre le financement de la formation médicale par les firmes pharmaceutiques », comme le titre le reportage publié par le *British Medical Journal*³¹⁴. En effet, même quand les formations médicales continues (FMC) sont accréditées par le Conseil pour l'Accréditation de la Formation Médicale Continue (ACCME), « les firmes pharmaceutiques utilisent de façon routinière le financement des formations médicales pour acquérir des parts de marché ». Selon L'ACCME 2,25 milliards de dollars sont dépensés pour la FMC accréditée aux États-Unis, Carlat précise que 1,12 milliard, soit la moitié de ce budget provient de soutiens commerciaux, et souhaite, comme bon nombre d'observateurs, que ces contributions financières cessent. Dans cet article Carlat précise qu'il n'a subi aucune pression suite à sa démission et à ses démarches contre les stratégies d'influences des industriels, montrant par là que l'on peut se positionner contre cette dernière sans risquer forcément des représailles. Au contraire, Carlat souhaite que son histoire et ses actions puissent encourager d'autres médecins à faire leur propre démarche dans ce sens :

J'espère convaincre des médecins de décrocher de leur dépendance à l'argent de l'industrie. En fin de compte, c'est l'éthique de notre profession qui est en jeu. Nous souhaitons que les hommes et les femmes de notre

314 Lenzer J., Brownlee S., *opus cité*.

profession reviennent du côté obscur.³¹⁵

Carlat n'était pas enseignant en formation initiale ou à l'hôpital à proprement parler, mais sa démarche peut servir d'exemple et de modèle pour à la fois éviter de se croire assez critique pour ne pas être influencé par l'industrie et finir par travailler pour elle, et pour montrer qu'il est possible de décrocher de sa dépendance envers elle si l'on a établi une collaboration comme cela a été son cas. D'autres témoignages de médecins vont dans ce sens, comme celui du professeur Olivier Dalbergue qui a longtemps travaillé pour l'industrie avant de renoncer à ses fonctions et de rendre publiques ces dernières dans son livre *Omerta dans les labos*³¹⁶. Un ancien président du Formindep a lui aussi travaillé plusieurs années pour différents laboratoires jusqu'au jour où la somme reçue pour ses services en tant que néphrologue a été telle qu'il n'a pu éviter de se demander combien le laboratoire gagnait en retour pour qu'un tel montant lui soit remis. Ceci l'a conduit à se documenter, à connaître ce choc dont il a été question plus haut, et à s'engager au sein du Formindep pour défendre d'autres valeurs. Parfois c'est une tierce personne qui a pu être le vecteur de la prise de conscience ayant remis en cause les habitudes et les normes liant les médecins à l'industrie pharmaceutique. La pneumologue Irène Frachon, par qui l'affaire du Mediator® a pu éclater, raconte que c'est son mari qui l'a un jour interpellée par rapport à un chèque qu'elle avait reçu suite à une collaboration avec une firme pharmaceutique. Leur discussion a eu pour elle un effet décisif et a conduit à une prise de distance sans laquelle sa découverte du scandale et son engagement à le faire reconnaître auraient été plus difficiles à imaginer³¹⁷.

4.2.4.1 L'affaire du Mediator® a-t-elle été source de changements ?

On pourrait penser qu'une affaire de l'ampleur de celle du Mediator®, qui a affecté

315 Idem

316 Dalbergue Bernard, *Omerta dans les labos pharmaceutiques*, Flammarion, 2014

317 Frachon Irène, *Mediator 150mg – Combien de morts?*, éditions-dialogues.fr, Brest, 2010

spécifiquement le système de santé français, ait pu lui aussi contribuer à favoriser des prises de conscience et de transformations importantes chez les médecins. Cependant, les études ayant essayé de mesurer ces effets tempèrent cette hypothèse et mettent plutôt en évidence une certaine résistance au changement qui confirme plutôt les attitudes de déni relevées plus haut. Le médecin et historien Christian Bonah dans un article fait référence aux résultats des travaux de Solène Lellinger en histoire et épistémologie des sciences montrant que deux tiers des cardiologues interrogés (il ne s'agit pas toutefois d'un échantillon représentatif, l'étude étant qualitative) estiment qu'il s'agit d'une affaire exagérée, et se sentent peu concernés par cette affaire. Ceci ne dépend pas du degré de connaissances technique et scientifique du dossier. Ces dernières peuvent tout autant permettre « une mise à distance » qui s'exprime de différentes manières³¹⁸ :

- Cette affaire n'est qu'un rideau de fumée destiné à détourner les médias d'un sujet qui devenait trop chaud [le scandale DSK] en dirigeant tout le monde vers un scandale médical qui permet de faire l'unanimité. "Panem et circenses" nous n'avons rien inventé.
- On en fait trop ! Chiffres annoncés variables, hypothétiques et farfelus. Arrêtons aussi de fabriquer des voitures ! 3500 morts par an !
- Il me paraît impossible d'affirmer le lien de cause à effet entre la prise de Mediator et l'existence d'une microfuite en Doppler couleur (présente chez de très nombreux patients n'ayant jamais pris de Mediator.
- J'aimerais bien qu'on me dise où ils sont ces 500 morts.

Pour Bonah, cette mise à distance qui s'exprime par l'irritation, l'incrédulité et la critique de la surmédiatisation de la part des cardiologues interviewés « revient à considérer le scandale comme un "fait divers médical" dont le médecin respectable se distancie, par lequel il ne

318 Bonah Christian, « Conflits d'intérêt – restaurer la confiance. Retour sur 60 ans de scandales du médicament en France » Annales des XVIIIèmes Journées d'Euro Cos Humanisme & Santé , Groupe Hospitalier Saint-Vincent, Strasbourg, 11 et 12 mai 2012, p.71-74

se sent pas vraiment concerné »³¹⁹. L'article souligne également que les commentaires des cardiologues s'avèrent davantage critiques vis-à-vis des médias que de l'industrie pharmaceutique. Ceci reflète l'avis des professeurs de médecine « leaders d'opinion, et des sociétés savantes de cardiologie, de pharmacologie, et de thérapeutique notamment pour qui il faut « raison garder » et « prendre du recul », contrairement aux avis émis par les représentants de l'Ordre des médecins lui-même³²⁰.

L'article de Bonah fait également état d'une enquête, probablement commanditée par l'industrie pharmaceutique pour connaître les éventuels changements d'attitudes des médecins vis-à-vis de l'industrie suite à l'affaire du Mediator®. Sur les 676 réponses obtenues, 55% ont été renvoyées par des médecins généralistes. Même si un tiers des répondants témoigne d'un changement d'attitude négatif par rapport à l'industrie, cela ne semble pas affecter les comportements en matière de visites médicales, de participation à des congrès ou des études pilotées par l'industrie pharmaceutique. Il est possible de faire avec cet article un parallèle avec un baromètre récent concernant la perception de l'industrie de la santé de la part des médecins, des Français et des Européens. Ce sondage, à prendre avec précaution comme tout sondage, tendrait à confirmer cette relative clémence des médecins par rapport à l'industrie pharmaceutique, tout en soulignant le décalage de perception de cet acteur entre les médecins et les Français :

Alors que les médecins et les Européens pensent que les laboratoires pharmaceutiques entretiennent des relations conformes à l'éthique avec les associations de patients, les Français, eux, sont persuadés du contraire. Ils pensent même que les scandales récents comme celui du Mediator ne sont pas une exception mais sont le signe que les labos se comportent mal en général³²¹.

319 Bonah C., *opus cité*.

320 Idem

321 Baromètre Odoxa santé360, vague 3, L'industrie de la santé à 360°, regards croisés ds médecins, des Français et des Européens, 16 novembre 2015. Partenaires : Chair santé de Sciences Po, Figaro Santé, Orange, MNH, France Inter.

Malgré ce constat de ces inerties, ou de ces changements à la marge, l'article de Bonah fait état de positionnements récents du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en faveur de plus d'indépendance : L'Ordre a en effet revendiqué que « la transparence et l'indépendance » étaient les valeurs de la profession à promouvoir afin de ne « plus jamais » revivre un scandale médicamenteux comparable à celui du Mediator®³²². Dans cette optique, il est à noter que le CNOM a saisi le Conseil d'État, par rapport à la mise à l'écart des montants des contrats passés entre les médecins et l'industrie, prévue par la loi Bertrand, mais qui ont été finalement enlevés des textes finaux. Ainsi, le CNOM s'est offusqué que la transparence vantée par les pouvoirs publics se réduise finalement à « *tout savoir des croissants et rien des contrats* »³²³. Le CNOM sur ce point s'est ainsi retrouvé aligné avec un organisme comme le Formindep qui a lui aussi saisi le Conseil d'État pour le même motif.

Face à la mise à distance des problèmes de la part des cardiologues, Bonah rappelle les limites des réponses classiques faites de nouvelles réglementations « par le haut », suite aux crises, ces dernières ne faisant que se répéter sur un air de déjà vu. Howard Brody rappelle sur ce point que la relation industrie-médecin a largement été étudiée depuis les années 60. Il mentionne notamment l'article du professeur de pédiatrie Charles May datant de 1961, où celui-ci exposait déjà la plupart des problématiques que l'on rencontre encore aujourd'hui : la qualité de l'information fournie par l'industrie, le coût des médicaments lié à l'inclusion des dépenses marketing, la faiblesse des agences de contrôle pourtant perçues comme suffisantes par les médecins, du peu de réelles innovations thérapeutiques par rapport au nombre de « nouveautés » présentées au médecin comme des avancées majeures, le recours à des techniques marketing pour outrepasser la pensée rationnelle et critique des médecins selon le proverbe des visiteurs médicaux : « si vous ne pouvez pas convaincre les médecins, vous pouvez toujours créer chez eux de la confusion », du rôle des

322 Idem

323 <http://www.formindep.org/La-transparence-est-une-course-de.html>

cadeaux pour créer et entretenir les bonnes relations, la dépendance des journaux scientifiques par rapport au financement des industriels, et la collaboration active de ses collègues universitaires prêts à vendre leur nom et leur réputation afin de recevoir eux aussi des rétributions. Voici les interrogations de Charles May par rapport à cet état de fait qui ressemblent à s'y méprendre à la situation contemporaine :

Est-ce que le public est susceptible de profiter du fait que les médecins et les enseignants en médecine doivent exercer leurs responsabilités au milieu de la clameur et des efforts des marchands cherchant à augmenter leurs ventes de médicaments en faisant passer leur service de promotion pour de « l'éducation » ? Est-ce qu'il est prudent pour les médecins de devenir fortement dépendants de l'industrie pharmaceutique en tant que soutien financier de leurs journaux scientifiques et de leurs sociétés médicales, pour leur divertissement et maintenant pour une large part pour leur éducation ? Est-ce que tous ceux qui sont concernés réalisent le risque de susciter la colère du public que représente l'enchevêtrement malsain des médecins avec les fabricants et les vendeurs de médicaments ?³²⁴

Bonah propose dans son article d'apporter une nouvelle réponse au problème en l'abordant par le biais de la formation initiale des médecins à travers des enseignements initiant la réflexion et cultivant : « ce que l'Ordre des médecins appelle de ses vœux, c'est-à-dire des professionnels de santé qui "se doivent d'être suffisamment indépendants pour faire preuve d'un esprit critique accru" »³²⁵. Ceci rejoint la position d'Étain et de ses collègues :

Préserver la naïveté des étudiants jusqu'à la fin de leur cursus par rapport à l'implication des industries du médicament dans la vie universitaire et médicale ne semble pas une attitude responsable³²⁶.

324 May C.D., « Selling Drugs by "Educating" Physicians », *Journal of Medical Education*, 1961 ; 36:1-23, cité par Brody Howard, p.149-153

325 Bonah C., *opus cité*.

326 Etain B. et al, Conflits d'intérêts et déclaration publique d'intérêts dans l'enseignement médical, Diplôme Inter-Universitaire de Pédagogie Médicale, Universités Paris Descartes, Pierre et Marie Curie, Paris Sud et Paris Est Creteil, 2012, p.49

4.2.4.2 Stratégie de management ou stratégie de désinvestissement ?

À ce titre, Howard Brody fait remarquer qu'il est possible de créer des lois et de mettre en place des réglementations, outils nécessaires pour favoriser un environnement d'exercice plus favorable à l'intérêt des patients, mais que finalement, une profession doit prendre la responsabilité de sa propre intégrité. La proposition d'apporter des modifications significatives à leur formation initiale pourrait en être une illustration. Cette solution a pourtant été peu envisagée, notamment par les responsables des formations médicales en France. Les médecins ont réagi depuis cinquante ans par rapport aux problèmes évoqués, mais la stratégie employée jusqu'à maintenant a surtout consisté pour les organisations professionnelles à édicter des recommandations de bonnes pratiques et des codes de déontologie. Pour Brody, ceci reflète l'idée selon laquelle la relation entre l'industrie et les médecins ne peut être que très rapprochée et où toute autre conception serait irréaliste. Ceci est appelé la « Stratégie du management ». Pour Brody, cette manière de répondre au problème est l'une des raisons qui explique que la situation n'a fait qu'empirer depuis les années 60. Après avoir passé en revue les arguments et les résultats de cette stratégie, Brody arrive même à la conclusion que cette dernière fait partie des outils de rationalisations co-construits par la profession médicale et l'industrie pour entretenir le statu quo³²⁷.

Brody et d'autres plaident plutôt pour une autre stratégie, appelée « Stratégie du désinvestissement », même si elle est actuellement minoritaire. Elle part du principe qu'il n'est pas nécessaire au contraire d'être étroitement lié à l'industrie pharmaceutique, et invite les médecins à se déconnecter des liens de dépendance tissés avec cette dernière. Comme on l'a vu, ils ne manquent pas, il est d'ailleurs peut-être impossible en l'état actuel de pouvoir échapper à ses stratégies d'influence, mais la marge de manœuvre est déjà très grande. Les cinq arguments

³²⁷ Brody H., *opus cité*, p.288

principaux que retient Brody en faveur de la stratégie de désinvestissement sont :

- Des processus psychologiques analogues opèrent chez les différents médecins concernés : étudiants, médecin, professeur, doyen entre autres (Culture de l'entitlement et outils de rationalisations décrits par Sah S. et al. notamment).
- Ces processus psychologiques ont des conséquences éthiques importantes. La citation de Jérôme P. Kassirer, ancien rédacteur en chef du New England Journal of Medicine peut illustrer ce point : « Au terme de l'analyse, ce n'est pas la responsabilité du patient de se protéger lui-même contre la profession médicale, mais c'est la responsabilité de cette dernière de les protéger. »³²⁸
- Ces processus se renforcent mutuellement.
- A aucun des niveaux concernés, une relation financière est essentielle pour les finalités médicales et sociales recherchées (les étudiants pourraient se payer leurs sandwiches ou se voir offrir un repas par la faculté ou l'hôpital en guise d'appréciation de leur travail, les médecins pourraient se passer de la visite médicale comme environ 20% le font déjà, et reçoivent assez d'argent en moyenne pour se passer de cadeaux et de dîners gratuits, parmi d'autres exemples).
- Par conséquent, une stratégie de désinvestissement financier est à la fois possible et éthiquement nécessaire³²⁹.

328 Kassirer Jérôme-P, *La main dans le sac*, Les éditions le mieux-être, 2007, p.153

329 Brody H., *opus cité*, p.290

Ces affirmations concernent également le domaine de la recherche qui dépend massivement des firmes pour son financement et leur réalisation. L'argent public pourrait davantage être dirigé vers des centres de recherche publique qui conduiraient des essais comparatifs comme celui décrit pour l'essai ALLHAT, au lieu que leur design soit défini uniquement pour des buts marketing. C'est d'ailleurs une des mesures que l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) a décidé de mettre en place suite à son rapport sur la prévention des conflits d'intérêts au sein du plus grand groupement hospitalier français³³⁰.

Cet argent public pourrait être alimenté par une taxe prélevée sur les industriels qui alimenterait un fond public chargé ensuite de distribuer cet argent. Ceci se fait déjà dans un certains nombre de pays en Europe comme l'indique un rapport du Conseil Européen :

...l'instauration d'une contribution obligatoire sur les activités de promotion pour financer un fonds public (...) serait dédié à la formation indépendante des professionnels de santé et à la recherche indépendante. Ce mode de financement existe déjà en Europe dans un certain nombre de pays dont l'Italie. En effet, depuis 2005, les sociétés pharmaceutiques versent chaque année à l'Agence italienne du médicament (AIFA) une contribution représentant 5 % du total des frais engagés pour leurs activités de promotion. Ce type de mesure pourrait également pousser les entreprises pharmaceutiques à réduire leurs dépenses de publicité, ce qui ferait d'une pierre deux coups³³¹.

Pour Brody, la stratégie de désinvestissement peut paraître radicale à la plupart des médecins pour qui ces propositions ne sont pas familières. Elle constitue pourtant selon lui la seule démarche rationnelle pour faire face à la gravité de la situation, où selon Richard Horton, ancien rédacteur en chef du *Lancet*, la moitié de la science publiée est sans doute fausse et où les médicaments représentent la troisième cause de mortalité au monde³³². De plus cette démarche ne s'avère pas si radicale que cela après un examen plus approfondi. Il apparaît clairement en tout cas

330 AP-HP, *Les conflits d'intérêts au sein de l'AP-HP*, AP-HP, mars 2016

331 Maury Pasquier Liliane, *La santé publique et les intérêts de l'industrie pharmaceutique : comment garantir la primauté des intérêts de santé publique?*, Rapport du Conseil Européen, 14 septembre 2015, p.8-9

332 Horton Richard, « What is medicine's 5 sigma? », *The Lancet*, Volume 385, No. 9976, p1380, 11 Avril 2015

que la campagne Pharmfree-Just Medicine de l'AMSA, qui à ce jour a le plus contribué à l'essor de l'indépendance au sein de la formation initiale d'un pays, à travers son classement des facultés et l'engagement de ses étudiants pour faire évoluer leur faculté au local, s'inscrit dans la stratégie de désinvestissement, et non dans celle de management.

4.2.3 Initiatives enseignantes

Quelques initiatives en matière de formation à l'indépendance sont portées par des enseignants. Dans l'article précédemment cité, Bonah mentionne le fait que les enseignements en SHS, depuis leur introduction en 1993, cherchent à apporter leur contribution dans ce domaine³³³. En parallèle ou parfois conjointement avec les enseignants en SHS, les médecins généralistes enseignants sont les plus actifs dans le domaine. Les entretiens réalisés ont pu faire apparaître des initiatives portées par des enseignants au sein des villes suivantes : Paris (Paris 5, Paris 7, Créteil notamment), Toulouse, Rennes, Strasbourg, Bordeaux, Marseille, Lyon, Nice, Grenoble. L'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF) est également en train de faire de même de son côté³³⁴. La thèse de médecine générale soutenue par Axelle Dugarry le 11 janvier 2017 permet également d'avoir une vision plus précise. Ce travail recense seulement 21 cours existants sur les second et troisième cycles, 14 enseignements en troisième cycle (7 obligatoires et 7 facultatifs) et 7 en second cycle (1 obligatoire et 6 facultatifs), et conclut à la faiblesse des enseignements en la matière à l'heure actuelle³³⁵. Le Formindep met à disposition sur son site, avec l'accord des enseignants, des cours en lien avec l'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique³³⁶. Voici par exemple les initiatives présentes à Lyon 1 et à Strasbourg, très liées respectivement au DMG et aux enseignants en SHS :

333 Bonah C., *opus cité*.

334 Anemf, « Lancement d'un état des lieux sur l'indépendance de la formation médicale », Paris, 8 juin 2015

http://www.formindep.org/IMG/pdf/lettre_de_l_anemf.pdf

335 Dugarry Axelle, *Comprendre la promotion pharmaceutique : état des lieux de l'enseignement aux étudiants en médecine de 2e cycle et de 3e cycle de médecine générale*. Thèse de médecine générale, faculté de Bordeaux, 2017

336 <http://www.formindep.org/Agir-pour-l-independance-en-sante.html>

- Service médical rendu (SMR) et Amélioration du service médical rendu (ASMR) - DMG de Lyon 1. Cours dispensé en première année de DES en Médecine générale. Il vise à donner accès aux banques de données médicales utiles à l'activité de soins et à la formation médicale, et des clefs à l'interne en début de cursus pour la prescription médicamenteuse.
- La vie du médicament : les commissions réglementaires - DMG de Lyon 1 Cours dispensé en première de DES en Médecine générale.
- Recommandations, niveaux de preuve, EBM et décision médicale - DMG de Lyon 1. Cours dispensé en première année de DES en Médecine générale.
- Bien s'informer sur le web au quotidien : sites en langue française, sélection 2016 - DMG de Lyon 1. Cours dispensé en première année de DES en Médecine générale.
- Comprendre les phénomènes d'influence : en avoir conscience et prendre ses responsabilités - Cours dispensé en deuxième année de médecine.

Les initiatives pédagogiques à Strasbourg³³⁷

Enseignement	Obligatoire / Optionnel	Public	Thèmes abordés / Objectifs	Durée
UE 6 - Initiation à la connaissance du médicament	Obligatoire	PACES	Histoire du médicament, effets indésirables, pharmacovigilance, balance bénéfice/risque	2h
Cinéma, littérature et médecine	Optionnel	DFGSM 2 DFGSM 3	Cycle « Mediator - médiateurs - médicamenteurs : médicaments et scandale »	12h
L'innovation thérapeutique en perspective historique : sciences, technologies et sociétés	Optionnel	Pharmacie (4 ^e -6 ^e année) Master Humanités médicales	À partir d'un regard historique, le cours suscite une réflexion sur les fondements et les enjeux actuels de la pharmacie	25h
Ethique et médicament → Intervention de Prescrire	Optionnel	Pharmacie (4 ^e -6 ^e année) Master éthique et société	Connaître et faire le point sur les multiples acteurs dans le domaine du médicament aujourd'hui et s'approprier leurs points de vue et leurs intérêts et leurs revendications	25h
Séminaire « Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre » → Intervention de Prescrire	Optionnel	Troisième cycle médecine général	Sensibiliser à l'esprit critique des professionnels de santé et à leur formation aux techniques de promotion des industries de santé	3h

Même si à ce jour il s'agit d'initiatives encore isolées, ces enseignements tendent à augmenter. D'après l'entretien réalisé avec un ancien médecin généraliste enseignant, fortement impliqué dans le domaine en tant que membre de la commission pédagogique nationale, ils sont notamment présents dans pratiquement tous les départements de médecine générale (DMG) en région parisienne et il y en aurait de plus en plus en province³³⁸.

Il peut être aussi intéressant de rapporter le témoignage de ce médecin qui souhaitait

³³⁷ Tableau présenté par Solène Lellinger lors de la première journée nationale sur l'indépendance dans les études médicales, Locaux de la revue Prescrire, Paris, 30 avril 2016

³³⁸ Entretien page 26, à la minute 2

transmettre à des étudiants ce souci de l'indépendance qui a joué un grand rôle dans sa propre pratique. Il est ainsi allé voir le département de médecine générale de la faculté de sa région, et sa proposition a été très bien accueillie, le DMG lui a donné carte blanche. Il y donne un cours de Travaux Dirigés (TD) de trois heures depuis quelques années en troisième cycle qui réunit une trentaine d'internes trois fois dans l'année³³⁹. Il n'avait pas d'expérience particulière dans le domaine, le manuel de l'OMS dont il avait connaissance l'a beaucoup aidé pour préparer ses cours. Ceci montre que des initiatives peuvent être proposées par des médecins ayant la motivation d'enseigner sur le sujet, en tout cas en médecine générale.

4.2.3.1 Freins rencontrés et solutions mises en œuvre

Les entretiens réalisés avec de jeunes enseignants sensibles à la question de l'indépendance ont fait apparaître certains freins à la mise en place de cours dans le domaine, mais aussi des réponses trouvées pour y faire face. L'un d'entre eux trouvait le sujet trop « politique » et éprouvait des difficultés à prendre position sur le sujet en tant qu'enseignant, craignant d'être étiqueté et jugé prosélyte par ses étudiants³⁴⁰. Un autre en tant qu'enseignant en Sciences Humaines et Sociales ne se sentait pas légitime de parler du médicament du fait qu'il n'était pas médecin. Cependant les échanges que nous avons pu avoir, et le fait de consulter certaines sources que j'ai pu partager avec lui comme le manuel d'enseignement *Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre* réalisé par l'OMS, traduit par la HAS en 2013, ont eu pour effet que cet enseignant a cherché à savoir si cette question était abordée par ses collègues. Cela était d'autant plus justifié qu'une thèse de médecine réalisée en 2011 avait montré que la grande majorité des étudiants de sa faculté était exposée à l'influence de l'industrie pharmaceutique, et ce très tôt dans le cursus³⁴¹. En

339 Communication personnelle

340 Entretien page 11, à la minute 28

341 Baron et Bourvon, *Relations entre les étudiants en médecine et l'industrie pharmaceutique en France*. Thèse de médecine, 2011

effet, Baron et Bourvon ont mis en évidence que l'influence commence dès la deuxième année lors des stages hospitaliers. 97% des externes et 100% des internes sur les 210 étudiants interrogés ont participé à une discussion avec un visiteur médical, et 90% d'entre eux ont reçu au cours de leur cursus à la fois un cadeau non médical (stylo), un cadeau médical (règle pour les électrocardiogrammes), et un repas. Pourtant seuls 30 étudiants sur les 210 ont pensé que ces pratiques avaient une influence sur leurs décisions³⁴². Voici l'une des conclusions de Stéphanie Baron sur le sujet :

En France, l'exposition des étudiants est forte, précoce et supérieure à d'autres pays d'Europe. Le démarchage des visiteurs médicaux est un fait établi que personne ne discute. Et les étudiants sont formatés pour l'accepter.³⁴³

Pourtant, il est apparu qu'aucun enseignant ne traitait cette question. Ceci a surpris et interpellé l'enseignant en question de telle sorte qu'il a décidé de pallier cette carence. La solution trouvée par rapport au défaut de légitimité ressenti a été de solliciter un médecin généraliste du DMG avec qui le cours a été réalisé, et répété chaque année ensuite depuis 2014.

On retrouve aussi classiquement chez les enseignants désireux de favoriser l'esprit critique de leurs étudiants une peur que ces éléments de réflexion soient, dans le contexte global très scolaire des études, finalement plus perturbateurs qu'émancipateurs pour les étudiants. Je n'ai pas eu de témoignage dans ce sens chez les enseignants interviewés, qui font tous partie de structures ayant fait le choix de transmettre ces valeurs, mais on peut imaginer que certains enseignants peuvent se retrouver dans ce dilemme. Chaque situation est sans doute à apprécier de manière singulière, la position de Mezirow à ce sujet est celle-ci

³⁴²Idem

³⁴³ Rambert Héloïse, (2015), « Vieux labos ch. Jeunes étudiants pour relation durable », *Causette* Hors-Série Juillet-Août, p14-16

Il se peut également que le formateur entrevoie les difficultés et les dangers énormes auxquels l'apprenant sera confronté s'il est encouragé à développer sa faculté de réflexion critique au cours du processus d'apprentissage transformateur et se met à agir conformément à ces nouveaux insights. Mais cet argument n'est pas davantage à retenir contre l'apprentissage émancipateur. L'apprenant ne doit pas être privé d'une pleine compréhension de sa situation, de ses sentiments et de ses ressources, même s'il lui est impossible d'agir en fonction d'elle. On peut toujours accepter de repousser l'action à un moment plus favorable, ou de la limiter à ce qui est faisable compte tenu des circonstances³⁴⁴.

4.2.3.2 Limites de l'action des enseignants en SHS et en médecine générale

Cependant, la médecine générale et les Sciences Humaines et Sociales restent perçues comme subalternes par rapport aux spécialités et aux cours centrés sur le biomédical parmi les médecins et les étudiants en général. Cela se traduit notamment par le fait pour ces derniers que la médecine générale apparaît comme le choix par défaut lors de la distribution des postes après les Épreuves Classantes Nationales. Les places sont plus rares pour les nombreuses spécialités, et sont donc obtenues par les étudiants ayant le mieux réussi aux examens, ce qui valorise ces postes. En outre, la médecine générale n'a été reconnue que récemment comme spécialité, avec sa filière de troisième cycle propre. Et s'il est intéressant de rappeler que la médecine générale était considérée comme plus noble que la médecine de spécialité au 19^e siècle, il n'en reste pas moins que la cette dernière s'est imposée depuis plusieurs décennies³⁴⁵. Ceci a conduit au fait que la formation médicale est principalement organisée autour des hôpitaux universitaires spécialisés même si ces derniers prennent en charge moins de 1% des patients. A contrario, les premières lignes de soins en santé primaire, dont font partie les généralistes sont à même de répondre à plus de 85% des problèmes de santé. C'est une des raisons pour lesquelles l'hospitalo-centrisme représente une des trois principales menaces pesant sur les systèmes de santé selon le Consensus mondial sur la responsabilité des facultés de médecine³⁴⁶.

344 Mezirow Jack, *opus cité*, p.217-218

345 Weisz Georges, *Divide and Conquer*, Oxford University Press, New-York, 2006

346 Pestiaux Dominique, Boelen Charles, Nawar Tewfik, Ladner Joël, *opus cité*, in Parent Florence, Jouquan Jean

On retrouve aussi cette configuration avec les Sciences Humaines et Sociales. Ces dernières n'ont été instaurées qu'en 1992. D'abord cantonnées en première année, elles sont aujourd'hui présentes en seconde, troisième voire quatrième et cinquième année du cursus selon les facultés. Même si les opinions peuvent diverger à leur encontre, personne ne semble remettre fondamentalement en question leur pertinence, le fait qu'elles prennent davantage de place au sein du cursus, et que les cours soient de plus en plus dispensés par des non-médecins, alors que c'était uniquement des membres de la corporation médicale qui s'en occupaient à leurs débuts. Ce développement des Sciences Humaines et Sociales reste cependant à nuancer, le volume horaire qui leur est dédié reste marginal par rapport aux cours plus traditionnels centrés sur le biomédical. Un ancien enseignant en SHS souligne également une autre limite, liée aux conditions de travail de certains d'entre eux :

La faiblesse structurelle des sciences humaines et sociales s'explique certainement aussi par le grand nombre de précaires dans ce domaine. Des contrats de deux voire un an ne permettent ni de s'investir dans un projet réformateur d'une faculté de médecine, ni de changer les mentalités au sein d'un groupe. La différence de statut parmi les enseignants SHS creuse même l'écart entre les statutaires pour qui l'indépendance ne joue pas de rôle principal et le personnel précaire qui porterait un tel projet plus facilement s'il n'était pas intégré dans des structures fortement affaiblissantes.³⁴⁷

4.2.4 Les maîtres de stage

Les stages chez le médecin généraliste sont des espaces d'apprentissage particuliers où les étudiants vont pouvoir passer plusieurs mois avec un médecin, au contact de sa pratique, avec la possibilité d'avoir des échanges approfondis avec lui, sans subir le stress des stages hospitaliers. En matière d'indépendance, ces stages peuvent jouer des rôles très différents en fonction des maîtres de

(sous dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck, Bruxelles, 2013, p.90-91
347 Communication personnelle par e-mail.

stage et des étudiants.

4.2.4.1 Des maîtres de stage exemplaires en matière d'indépendance

La première journée nationale consacrée à l'indépendance au sein de la formation initiale qui s'est tenue le 30 avril 2016 a permis de réunir quelques témoignages précieux car peu disponibles dans la littérature déjà existante. Cela a été le cas de celui d'une maître de stage partageant sa sensibilité pour l'indépendance avec ses étudiants. C'est à la fois le désir de transmettre et de permettre « d'éviter des galères »³⁴⁸ aux futurs médecins à travers le compagnonnage qui l'a poussé à prendre ce rôle. Pour ce qui concerne l'indépendance, le fait d'avoir prescrit des traitements hormonaux substitutifs (THS), dont on montra la nocivité quelques années après leur diffusion à large échelle, la vexa profondément et l'encouragea à être encore plus consciencieuse en matière de tri et de recherche d'information.

Son action auprès des internes qu'elle reçoit porte sur plusieurs aspects. Elle les emmène avec elle aux sessions de formation médicale continue indépendantes auxquelles elle participe. Les étudiants prennent conscience qu'il est possible de se former de la sorte, en amenant notamment « son sandwich pour le repas de midi » sans avoir besoin de recourir à un repas payé par une firme. Selon elle, les étudiants apprécient également leur contenu et de faire cette expérience.

Cette maître de stage insiste elle aussi sur l'importance en terme d'impact formateur du rôle de modèle qu'elle joue pendant le stage. Le fait de ne pas recevoir la visite médicale, de ne pas avoir de stylos et de post-it avec un logo de firme, de se payer soi-même le restaurant marquent beaucoup les étudiants. Ce qui les questionne le plus est de savoir comment le médecin peut être tenu au courant des nouveaux médicaments sans la visite médicale, la maître de stage leur rappelle, ou leur apprend dans la plupart des cas, de ne pas considérer les nouveaux médicaments comme

³⁴⁸ Bornshtein Nicole, « Les conflits d'intérêts et la formation des étudiants – Rôle du maître de stage », Journée nationale sur la formation à l'indépendance dans les études médicales », Locaux de la revue Prescrire, Paris, 30 avril 2016.

forcément meilleurs et d'attendre au contraire d'avoir plus de recul pour les apprécier, suivant les données présentées précédemment sur ce sujet. Elle les rassure aussi sur ce point en mettant en avant l'aide que procure la revue *Prescrire* qui permet d'après son expérience de faire le tri et de ne pas passer à côté des rares nouvelles molécules intéressantes. L'une des rubriques de la revue, « le Rayon des Nouveautés » a justement pour objectif de permettre aux professionnels de santé de prendre connaissance des réelles avancées thérapeutiques. Le stage permet aux étudiants de se familiariser et d'utiliser la revue et sa base de données, avec quelques réactions inattendues concernant une minorité d'étudiants : la maître de stage rapporte en effet qu'elle a également reçu le retour de l'un de ses ex-internes qui avait décidé d'arrêter son abonnement à la revue car ses informations critiques envers les médicaments et les recommandations de l'HAS étaient source de peurs et de déstabilisations trop désagréables pour lui.

Les internes témoignent d'une expérience d'apprentissage forte vécue lors de ces stages, la plupart insistent sur le fait d'avoir été marqué par l'exemple d'intégrité de leur maître de stage. Le fait de chercher à connaître les sources et la fiabilité des informations concernant les médicaments est aussi un apprentissage qui est exprimé dans les retours des internes. Ceci fait apparaître que pour ces étudiants L'expérience concrète de ces démarches semblent plus formatrices et intéressantes pour certains internes au moins que les cours de lecture critique d'articles :

On me l'avait dit avant, dans le cadre de "lecture critique d'article" .. Mais tu m'as plus sensibilisée à ça en m'en parlant et tu m'en as montré l'importance afin t'utiliser les bonnes recommandations pour prendre en charge les patients³⁴⁹.

Pour certains étudiants, le stage chez le médecin généraliste est d'autant plus précieux qu'il présente la seule occasion pour réellement être sensibilisé et faire le choix de l'indépendance

349 Bornshtein Nicole, « Les conflits d'intérêts et la formation des étudiants – Rôle du maître de stage », Journée nationale sur la formation à l'indépendance dans les études médicales », Locaux de la revue *Prescrire*, Paris, 30 avril 2016.

dans sa pratique :

Je pense que cette indépendance s'acquiert uniquement durant le stage chez le praticien. Ou celui-ci maintient son indépendance, et probablement l'interne, s'il est un minimum sensibilisé à la base, continuera sur cette voie. Ou le maître de stage reçoit les labos, et l'interne sera potentiellement conforté dans l'idée que ça se passe comme ça partout ailleurs³⁵⁰.

Les internes se rendent également compte qu'il est possible de se positionner différemment au sein de leurs études, concernant les staffs vécus à l'hôpital par exemple. Plusieurs d'entre eux ont en tout cas osé faire des choix différents et davantage affirmer leurs valeurs :

J'étais déjà un peu réticent à la participation des labos, mais ayant eu une formation hospitalo-centrée, c'était quelque chose de plus ou moins normal de les voir venir. Et il était même obligatoire d'assister à leur speech dans les services. Après tout le monde restait droit dans ses baskets, en disant que jamais ils ne se laisseraient influencer. Donc je pensais, avant de venir chez toi, que c'était embêtant, mais bon, on ne pouvait rien y faire : ils étaient là, et il fallait faire avec. Après le stage de niveau 1, je suis devenu un peu un radical de l'anti-labo... Il faut avouer que ça rend les choses plus compliquées. En gros, j'ai énormément appris avec toi sur l'indépendance vis-a-vis des firmes pharmaceutiques. J'essaie au maximum de maintenir cette indépendance³⁵¹.

Le stage permet ainsi aux étudiants de faire l'expérience de l'exercice « d'une médecine générale impliquée, qui se construit au quotidien et qui ne s'inscrit pas seulement dans une routine », selon les mots de la maître de stage

4.2.4.2 Des maîtres de stages en contre-modèles

Comme l'une des citations ci-dessus l'exprime, Il existe également des stages où es

350 Idem

351 Idem

étudiants peuvent faire des expériences opposées, en côtoyant des maîtres de stage proches des logiques des firmes. Les blogs des étudiants en médecine racontant leur formation permettent d'avoir un aperçu de ce qui se passe dans ces cas-là :

Les maîtres mots du Docteur F. sont efficacité, productivité, ne pas perdre de temps. Les modèles d'ordonnances pré-rédigées dans le système informatique sont d'une prodigieuse efficacité à cet effet. Le modèle *Rhinite Virale* avec son amoxicilline « évite de perdre du temps avec un patient qui revient au bout de trois jours pour avoir un antibiotique », le modèle *Verrues* renseigné lors de la dernière visite médicale avec le produit vanté par le laboratoire évite de rechercher le prospectus...³⁵²

Dans ce cas précis, l'étudiant en question est un quinquagénaire ayant entrepris des études de médecine tardivement. Ce paramètre joue certainement dans le fait que son article montre qu'il a adopté une distance critique vis-à-vis des pratiques et des conseils de ce maître de stage décrit davantage comme un contre-modèle :

(...) Docteur F, je ne veux pas être ton complice, je ne veux pas me laisser polluer par tes pratiques douteuses, par ta formation thérapeutique réalisée exclusivement par la visite médicale, par ta relation patient – médecin exclusivement basée sur la séduction et le paternalisme. Non Docteur F. ce n'est pas cela que je suis venu chercher en reprenant la médecine. Merci de m'avoir aidé à en être maintenant parfaitement convaincu³⁵³.

Il n'en reste pas moins que des étudiants sont sans doute influencés par ce type de stage.

4.2.4.3 Des expériences intermédiaires

Entre ces deux extrêmes, certains témoignages montrent qu'il existe une large panoplie de relations étudiants/maître de stage, avec notamment la possibilité d'avoir des échanges

352 <https://30ansplustard.wordpress.com/2015/02/19/docteur-f-je-ne-veux-pas-etre-ton-complice/>

353 Idem

formateurs où les désaccords peuvent s'exprimer et être partagés :

Au troisième trimestre, je suis en stage chez deux médecins généralistes qui s'opposent. Le lundi je suis chez le premier : il est très pédagogue, passionné et attentif. J'apprends la sémiologie de façon très précise. Parfait pour mon apprentissage universitaire. J'apprécie sa patience, sa méticulosité, son calme, sa pédagogie, sa disponibilité. Je m'investis beaucoup, et il s'intéresse à mes pensées critiques : il prescrit une quantité de médicaments incroyable en suivant les recommandations HAS à la lettre, il est parfois très paternaliste avec ses patients, ce qui m'interpelle. Malgré nos désaccords, nos échanges sont riches et j'apprends beaucoup de sa pratique et de son expérience³⁵⁴.

4.3 Les Étudiants

4.3.1 Des étudiants sous influence

Le chercheur de l'Inserm Bruno Étain et ses collègues ont réalisé la plus vaste étude sur l'attitude des étudiants en médecine français vis-à-vis des conflits d'intérêts et de l'influence de l'industrie pharmaceutique. Portant sur plus de 2 100 étudiants, elle confirme les résultats obtenus à l'international, où la quantité de données empiriques est importante sur le sujet³⁵⁵, et dans les thèses de médecine portant sur des échantillons plus restreints dans différentes facultés françaises³⁵⁶. Cette étude montre que les étudiants sont fréquemment en interaction avec l'industrie pharmaceutique tout au long de leurs études, tout en pensant ne pas être influençables. Ils échouent pourtant à reconnaître certaines situations à risque solidement documentées, comme le fait d'accepter des cadeaux, des repas, ou d'être invités à des conférences³⁵⁷. À ce sujet, on peut notamment citer les travaux de l'anthropologue Oldani basés sur son expérience d'ancien visiteur médical :

354 Marzouk Auriane, « Je suis combien : témoignage d'un parcours d'étude en tension entre réussite et indépendance », dans Paul Scheffer (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.117-119

355 Holloway K., *opus cité*.

356 Ces thèses seront présentées ultérieurement.

357 Etain B, Guittet L, Weiss N, Gajdos V, Katsahian S (2014) Attitudes of Medical Students towards Conflict of Interest: A National Survey in France. PloS ONE 9(3): e92858

Le cœur de la relation des visiteurs médicaux avec les agents ayant le pouvoir de prescrire (médecins, infirmiers, médecins assistants) repose sur l'échange de cadeaux³⁵⁸.

Ceci inclut les stylos, les repas, les voyages, soigneusement entrelacés parfois sur des décennies entières. De plus, Bruno Étain et ses collègues attirent à ce titre l'attention sur le fait qu'aucun cadeau n'est gratuit dans ce type de relation :

(...) nous sommes peu enclins à accepter un présent d'une personne que nous n'estimons pas, de ceux dont nous ne souhaitons pas être redevables ou lorsque nous ne savons pas ce qui est attendu en retour. Les cadeaux uniquement pour le plaisir d'offrir n'existent pas dans cette conception de liens implicites bidirectionnels³⁵⁹.

L'étude réalisée au Canada fait également remarquer que les étudiants qui sont le plus en contact avec l'industrie sont également ceux qui ont l'opinion la plus favorable à son égard. En outre, le fait d'accepter des cadeaux induit chez la plupart d'entre eux un sentiment où ils se sentent redevables et qui les pousse à se baser sur les visites médicales pour se tenir informés sur les médicaments³⁶⁰. Plus généralement ces interactions affectent le cœur des missions des facultés de médecine que cela soit les soins prodigués aux patients, l'éducation médicale et la recherche dans le domaine de la santé³⁶¹.

Cette influence opère selon des mécanismes similaires à ceux rencontrés avec les enseignants. A la faculté, les étudiants ne reçoivent pas de cours sur le sujet, à l'exception d'initiatives encore isolées comme on l'a vu. A l'hôpital, davantage qu'à la faculté, les étudiants

358 Oldani, cité par Brody H., *opus cité*

359 Etain B. et al, Conflits d'intérêts et déclaration publique d'intérêts dans l'enseignement médical, Diplôme Inter-Universitaire de Pédagogie Médicale, Universités Paris Descartes, Pierre et Marie Curie, Paris Sud et Paris Est Creteil, 2012, p.47

360 Shnier A, Lexchin J, Mintzes B, Jutel A, Holloway K (2013) Too Few, Too Weak: Conflict of Interest Policies at Canadian Medical Schools. PLoS ONE 8(7):e68633.

361 Korn D., Carlat D., Recommendations From the Pew Task Force on Medical Conflicts of Interest, JAMA, Vol.310, n°22, December 11, 2013

évoluent dans un environnement où l'industrie pharmaceutique est présente presque au quotidien à travers les visites médicales, les « staffs labo », et d'autres sollicitations elles aussi évoquées précédemment. L'atmosphère au sein des hôpitaux est connue pour être très hiérarchique : les professeurs ont une autorité sur le personnel de leur service, qui a lui-même une autorité sur les étudiants qu'il accueille, enfin l'ensemble de ces acteurs est perçu comme des autorités par les patients³⁶². Ceci a tendance à renforcer encore davantage la vulnérabilité des étudiants qui vont à la fois être plus enclins à accepter les considérations provenant de l'industrie, tout en faisant petit à petit l'apprentissage d'une certaine forme de docilité envers leurs supérieurs.

Le professeur en santé publique Eric Cassell a relié ce constat aux célèbres études de Milgram qui ont montré comment la plupart des hommes occidentaux modernes sont prompts à obéir à l'autorité même si cette dernière peut aller à l'encontre de leurs désirs ou principes moraux. Les médecins et étudiants en médecine ne font pas exception. De plus, malgré la responsabilité qu'ils peuvent avoir vis-à-vis de leurs patients, le contexte évoqué contribue à poser les premiers jalons de la culture de l'entitlement chez les étudiants, comme le décrivent des éditeurs du *Lancet* :

Cela débute dès le premier jour de la formation médicale et ne prend fin qu'à la retraite... Cela commence doucement et insidieusement, comme une addiction, et peut finir par influencer la nature profonde du raisonnement et de la pratique médicale. Cela apparaît suffisamment inoffensif : un manuel ici, un stylo par là, et se poursuit avec des stéthoscopes [...], pour aller jusqu'à des sorties « en ville » suite à des rencontres de formation, ainsi que des symposium tout frais payés dans des locaux très agréables³⁶³.

Howard Brody décrit quant à lui comment ce processus peut s'opérer sur un plan plus psychologique :

La plupart des étudiants en médecine commencent leurs études avec un sens

362 Cassel Eric J., « Consent or Obedience? Power and Authority in Medicine », *New England Journal of Medicine*, vol.352 n°4, avril 2005, p.328-330

363 « Drug-Company Influence on Medical Education in USA » [editorial], *Lancet*, 2003;356:781.

du devoir et de l'engagement qui petit à petit s'étiole et se voit remplacé par du cynisme. À ce moment, l'étudiant est devenu un interne, l'idéalisme a souvent été remplacé par de l'apitoiement sur soi-même : nous travaillons tellement, nous sommes sous-payés, nous ne sommes pas appréciés, les avocats sont les ennemis, même les patients sont les ennemis (en rajoutant du travail pour nous jour et nuit). En échange de devoir supporter tout cela, nous méritons de l'amour, et nous méritons des récompenses³⁶⁴.

En France, Richard et Saint-André confirment que pour certains étudiants, la motivation de choisir médecine repose sur l'envie de rendre service et de rejoindre une activité orientée vers le soin. Cependant il existe d'autres motivations, comme l'attraction pour les sciences ou des raisons personnelles plus difficiles à appréhender, ainsi que des choix assez opposés à une approche altruiste, visant une activité socialement valorisée, aussi sur le plan financier dans la plupart des cas. Richard et Saint-André évoquent la difficulté à quantifier ces quatre groupes et à les délimiter³⁶⁵. Dans ces conditions, il n'est pas possible de dire pour la France si le sentiment de devoir et l'idéalisme évoqués par Brody concernent la majorité des étudiants français, mais il apparaît clairement que la formation actuelle tend à rabattre les idéalistes vers des pratiques plus conformistes, et contribue sans doute à encourager l'envie de reconnaissance sociale et de gains financiers du groupe correspondant, ce qui n'est sûrement pas dans l'intérêt général et ni dans celui des patients.

La formation à l'indépendance n'étant ni visible ni valorisée au sein du cursus, la plupart des étudiants tendent à donner la priorité à leur réussite professionnelle en se concentrant sur les défis qui ne manquent pas de leurs premières années, décrits par le sociologue David Saint-Marc :

Devenir médecin implique pour tout individu de réussir un certain nombre d'étapes et d'apprentissages. Ils vont devoir réussir à devenir des « étudiants » et des étudiants qui valident leurs examens. En même temps (...) ils vont devoir apprendre et maîtriser au mieux les pratiques et techniques médicales tout en se socialisant à leur futur univers

364 Brody H., *opus cité*, p.192

365 Richard I. Saint-André J-P, *opus cité*, p.26

professionnel. (...) Il va leur falloir notamment gérer leur temps. Les faibles contraintes pédagogiques exercées sur eux les obligent à prendre en main l'organisation de leur temps scolaire et de leur temps libre. (...). L'organisation du travail personnel constitue un autre de ces défis qu'il leur faut relever³⁶⁶.

Ces éléments permettent de contextualiser les raisons qui peuvent pousser les étudiants à éviter de se confronter aux problèmes que peut poser leur relation avec l'industrie pharmaceutique. Questionnés à ce sujet par une interne, leurs réponses reflètent selon les cas une recherche de conformisme, la peur d'une sanction, ou un sentiment d'invulnérabilité :

- « Tout le monde le fait, je ne vois pas pourquoi je ferais autrement ».
- « C'est le chef de service qui valide mon stage, je ne peux pas désobéir, ce n'est pas possible ».
- « Moi je mange les croissants [lors des staffs labo], mais cela ne m'influence pas »³⁶⁷.

4.3.2 Initiatives étudiantes

L'enjeu lié à l'influence de l'industrie du point de vue des étudiants est présenté par Holloway en ces termes :

Les étudiants entrent dans le système de relation avec l'industrie pharmaceutique quand ils commencent leurs études, et parce qu'il s'agit d'un système dynamique, ils peuvent soit le reproduire, mais ils peuvent aussi le changer. La perversité de l'influence de l'industrie comme une composante normale de la formation médicale est une expression locale des processus engendrés par le néolibéralisme (...). Si ces derniers ne sont pas questionnés, les composantes néolibérales de la formation médicale apparaissent comme

366 Saint-Marc D., *opus cité*, p.17-18

367 Guibert Jessica, L'art de corrompre les futurs médecins. Exemples vécus. Université Grenoble 1 Joseph Fourier, 16 octobre 2003. <https://www.youtube.com/watch?v=IPq9Cz0Mat4>

allant-de-soi³⁶⁸.

En France, malgré une culture et des normes encore largement en faveur, ou au moins tolérantes, par rapport aux interactions avec les firmes, Étain et ses collègues font remarquer que les étudiants sont favorables à être davantage formés en matière de conflits d'intérêts³⁶⁹. Surtout, certains étudiants s'organisent au sein de différents types de structures, associations, syndicats, collectifs, pour d'une part faire évoluer leur formation afin qu'elle intègre la question de l'indépendance et d'autre part se former par eux-mêmes pour pallier les carences de leurs enseignements comme il va en être maintenant question.

4.3.2.1 Le virage de l'ANEMF

L'ANEMF est la principale association étudiante. Elle a fêté en 2015 son cinquantième anniversaire et représente près de 90 000 étudiants allant de la première à la fin de la sixième année. Elle est en contact direct avec les doyens et les équipes responsables des facultés en siégeant dans la plupart de leurs commissions. Elle est également l'interlocuteur de référence pour les pouvoirs publics, et le ministre de la santé notamment. A ce titre, elle jouit d'un véritable poids politique.

Suite à la forte implication en interne d'une de ses élues, convaincue de la nécessité pour l'association de s'emparer des questions relatives à l'indépendance, l'ANEMF a pris un véritable tournant à partir de 2014. Elle a mis fin à son partenariat avec Novartis malgré ses besoins de trésorerie, et ne dépend plus ainsi des financements d'aucune industrie pharmaceutique. De plus, l'ANEMF invite dorénavant à tous ses congrès des organismes référents en matière d'indépendance comme le Formindep ou la revue *Prescrire*, et parfois des personnalités comme Irène Frachon.

368 Holloway K, *opus cité*.

369 Etain B, Guittet L, Weiss N, Gajdos V, Katsahian S (2014) Attitudes of Medical Students towards Conflict of Interest: A National Survey in France. PloS ONE 9(3): e92858.

Ce changement d'orientation est un élément potentiellement décisif. En effet, si l'on se réfère à l'expérience états-unienne en pointe dans le domaine, les transformations ont été réalisées grâce à la mobilisation de l'Association des Étudiants en Médecins Américains (AMSA). C'est aussi l'avis que j'ai pu recueillir de la part des enseignants interviewés. On pourrait penser que ces derniers aient plus de pouvoir pour influencer sur les enseignements et les curriculums, mais d'après l'un d'entre eux, ayant eu des responsabilités au sein du Collège des enseignants en Sciences Humaines et Sociales en Médecine (COSHSEM), le changement était surtout envisageable si les étudiants se mobilisaient en sa faveur. L'ANEMF s'inspire d'ailleurs de l'exemple de leur homologue outre-atlantique : elle a apporté son soutien officiel à l'initiative du Formindep qui a lancé un classement des facultés françaises en matière de politiques officielles vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, sur le modèle de la Score Card de l'AMSA. Le succès de l'AMSA repose aussi sur une implication de ses membres au local dans chacune des facultés. A ce titre, le *New-York Times* a consacré un article sur l'engagement des étudiants d'Harvard pour faire évoluer leur université. Un étudiant en faisant des recherches sur internet s'est rendu compte qu'un de leurs enseignants prônait des traitements anti-cholestérol dans ses cours, alors qu'il était consultant pour dix firmes pharmaceutiques dont cinq les commercialisant. Comme l'un des étudiants l'exprime, cette révélation fit scandale :

Je me suis senti vraiment trahi, il y a là 160 jeunes gens ouverts d'esprit essayant d'apprendre les bases [de la médecine] dans un espace protégé, et l'information qu'il nous donnait n'était pas aussi objective qu'elle aurait dû l'être selon moi³⁷⁰.

Ceci a conduit à la mobilisation de plus de 200 étudiants rejoints par quelques enseignants qui, en plus de s'appuyer sur ce cas précis de conflits d'intérêts de leur professeur, ont demandé à leur université de faire des progrès en matière d'indépendance dans la mesure où

370 Wilson D., *opus cité*.

Harvard avait reçu la note F dans le classement de l'AMSA, soit la plus basse, comme la plupart des autres facultés.

L'ANEMF réalise depuis peu la même chose dans différentes facultés, en interpellant les membres de différentes commissions. Un enseignant m'a raconté comment cela s'était produit dans une commission pédagogique où il était présent. Alors que la réunion arrivait à son terme, un étudiant de l'ANEMF a pris la parole et a demandé ce que la faculté comptait faire pour sensibiliser les étudiants par rapport à l'influence de l'industrie pharmaceutique. La présidente de séance a répondu qu'elle n'en voyait pas l'intérêt, vu que les étudiants ne détiennent pas le droit de prescrire avant d'être interne, c'est-à-dire d'arriver en septième année. L'étudiant a lors mentionné qu'ils étaient bel et bien concernés par les pratiques d'influence dès le début de leurs études, et qu'il avait été en contact avec une visiteuse médicale la semaine précédente à l'hôpital. Un autre étudiant a renchéri en indiquant qu'il avait été amené à participer à un staff labo, et que son nom figurait suite à cela dans la base transparence.sante.gouv.fr, et que cela concernait du coup directement sa réputation. Un enseignant a ensuite pris la parole pour dire qu'il avait choisi de dédier l'un de ses cours en 2e année à cette question et que cela lui semblait aussi pertinent de se pencher sur cette question. La présidente de séance a semblé surprise et a confirmé qu'il y avait sans doute là un sujet à aborder. A ce moment-là, un professeur de pharmacologie qui n'avait pas participé jusque là de manière très active à la séance a pris la parole pour défendre l'industrie en insistant sur le fait qu'il ne fallait pas la diaboliser.

Ce témoignage indique comment ces questions d'influence concernant les étudiants des deux premiers cycles peuvent être méconnues de la part des enseignants et responsables universitaires. Il est possible que ces derniers adoptent des prises de position davantage favorables à la formation à l'indépendance des étudiants suite à ce type de mobilisation.

L'AMSA a également élaboré une proposition de curriculum global intégrant la question de l'indépendance. Ce document dégage cinq compétences couvrant différents objectifs majeurs

dans le domaine, en détaillant chacune d'entre elles, les différents dispositifs pédagogiques utilisés ainsi que leur évaluation dans les études les ayant recensées, une proposition d'intégration concrète au curriculum actuel et d'autres considérations profitant du recul en la matière qu'ont pu avoir les étudiants de l'AMSA en lien avec les expériences menées dans les facultés états-uniennes. Ce document peut servir de base de travail solidement étayée et opérationnelle afin d'élaborer un projet concret en matière de formation à l'indépendance et d'indépendance de la formation³⁷¹. L'ANEMF s'est réappropriée ce document après qu'il ait été traduit et adapté au contexte français par le Formindep. Certaines antennes locales de l'ANEMF s'en servent pour défendre l'introduction d'une formation à l'indépendance depuis 2016 au sein de leurs facultés. Ce document sera détaillé dans la partie consacrée à l'axe curriculaire.

Afin d'encourager les étudiants à agir au niveau local dans leur faculté, l'AMSA a également mis à disposition sur son site différentes ressources : des powerpoints, des documents de référence, des vidéos, des conseils pour aller rencontrer leur doyen, des personnes ressources qu'ils peuvent solliciter afin d'organiser des conférences. C'est le Formindep qui s'est chargé de réaliser une rubrique similaire, consultable sur son site, qui pourrait servir aux étudiants de l'ANEMF ou d'autres organismes, ainsi qu'aux enseignants et aux doyens³⁷². À noter que des étudiants de l'ANEMF sollicitent de plus en plus le Formindep, *Prescrire* ou les étudiants en médecine du collectif de la Troupe du RIRE, auteur d'un livret intitulé *Pourquoi garder son indépendance face aux labos pharmaceutiques ?*, dont il sera question plus bas, pour intervenir dans certains événements organisés au local comme le forum des métiers par exemple. Un étudiant de l'ANEMF ayant porté le dossier de l'indépendance lors de son mandat au bureau national, a également été invité par l'un de ses professeurs à réaliser un cours pour des étudiants. Cet enseignement a eu lieu à Toulouse en avril 2016³⁷³.

371 AMSA, *Just Medicine Curriculum – Evidence and Recommendations for a Model PharmFree Curriculum*, 2015. <http://www.amsa.org/wp-content/uploads/2015/03/ModelPharmFreeCurriculum.pdf>

372 Rubrique du Formindep consacrée à la formation initiale : <http://www.formindep.org/Agir-pour-l-independance-en-sante.html>

373 Communication personnelle.

L'ANEMF a également lancé un questionnaire destiné aux étudiants, afin qu'ils puissent faire remonter les cours qu'ils peuvent avoir dans le domaine, ainsi que leur exposition aux influences, et certaines de leurs connaissances sur le sujet.

Enfin, l'ANEMF, avec d'autres organismes et personnes, répond régulièrement aux médias qui s'intéressent de plus en plus à la problématique de l'influence subie par les étudiants en médecine et leurs initiatives pour y faire face, depuis la remise du prestigieux Prix Prescrire en octobre 2015 au livret de la Troupe du RIRE. Cette couverture médiatique peut contribuer à faire émerger une demande sociale plus importante en matière de formation à l'indépendance des futurs médecins français, et contribuer à ce que les doyens et enseignants s'emparent davantage du sujet, comme déjà présenté avec le triangle de Luyendijk-Elshout dans l'axe politique. Voici un tableau recensant les apparitions médiatiques de ce sujet en France :

Auteur	Titre	Média	Date
Héloïse Rambert	Vieux labos ch. Jeunes étudiant(e)s pour relation durable	Causette Hors-série	Juillet-Août 2015
Cécile Thibert	Des étudiants en médecine alertent sur l'influence des laboratoires	Le Figaro	09/10/15
Estelle Saget	A l'école des labos	L'Express	21/10/15
Christine Mateus	Des étudiants face aux labos	Le Parisien	06/02/16
Philippe Gril et Violette Voltaire	Comment les laboratoires pharmaceutiques draguent les étudiants en médecine	RMC/BFMTV	23/10/15
Sarah Lefèvre	Des jeunes médecins s'attaquent par le rire à la surconsommation de médicaments	Reporterre	17/02/2016

Simon Gouin	Comment l'industrie pharmaceutique tente d'influencer les étudiants en médecine	Bastamag	29/03/16
-	Un collectif étudiant donne des clés pour garder son indépendance face à l'industrie pharmaceutique	Hospimedia	01/03/2016
Elizabeth Martichoux	Les lobbies pharmaceutiques font-ils la loi ?	LCP	29/05/2016
Pierre-Louis Caron	Étudiants en médecine, ils publient un « manuel d'autodéfense » face à l'influence des laboratoires pharmaceutiques	News Vice	10/02/2016
Journal de la santé	Étudiants en médecine : méfiez-vous des labos !	France 5	23/02/2016

4.3.2.2 Le réseau MEDSI

Le réseau de Mobilisation Étudiante pour le Développement de la Solidarité Innovante (MEDSI) s'est créé en 2008. Il fédère des associations locales au sein de certaines facultés de médecine a pour objectif de créer un espace de rencontres, d'échanges et de créations pour faire avancer les projets personnels, associatifs et inter-associatifs. Les étudiants fondateurs ne se reconnaissaient pas dans les valeurs et les pratiques d'organisation de l'ANEMF à cette époque-là et ont désiré proposer des stages jugés plus formateurs liés à la solidarité internationale. Tout en

vivant et en organisant ces stages, les problématiques Nord-Sud ont fait émerger des réflexions politiques concernant le rôle colonial et néocolonial de la France vis-à-vis de l'Afrique. Les étudiants en médecine partaient dans le Sud avec l'idée de se rendre utiles mais finissaient par se rendre compte qu'ils pouvaient contribuer à alimenter une idéologie selon laquelle les solutions du Sud pouvaient être apportées par le Nord. Cette idée était battue en brèche à mesure qu'ils approfondissaient les sujets sur lesquels ils travaillaient. En effet, en creusant les problèmes de pauvreté, la responsabilité des pays occidentaux, que cela soit à travers les réseaux d'influence politique de la Françafrique, le mécanisme de la dette, où les plans d'ajustement structurels découlant de cette même dette et pilotés par la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International, devenait de plus en plus manifeste. Ils ont ainsi été plusieurs à connaître des désillusions plus ou moins bouleversantes, en prenant conscience qu'ils n'arrivaient pas à comprendre la situation et les individus qu'ils étaient censés aider là-bas, et que cette méconnaissance pouvait au contraire davantage leur nuire que leur apporter quelque chose. En vivant ces situations, les étudiants fondateurs de ce réseau se sont politisés de plus en plus, ceci les a conduit à s'intéresser à l'éducation populaire où ils ont trouvé une manière de concevoir l'échange, la transmission et une conception de l'organisation qui correspondait à leur aspiration vers plus d'émancipation et d'horizontalité, tant en interne que par rapport aux institutions sociales.

Le réseau MEDSI s'est d'abord relié au Syndicat de la Médecine Générale (SMG), proche de la revue *Pratiques – Les Cahiers de la Médecine Utopique*. Cette revue a joué un rôle historique en réunissant des acteurs porteurs de valeurs d'émancipation dans le domaine de la santé à partir de 1975, date de sa première publication :

Les points forts de la Charte du Syndicat de la médecine générale (SMG) ont constitué les fondements idéologiques de la revue, lors de sa fondation en 1975 : une volonté radicale d'indépendance par rapport à l'industrie pharmaceutique, le refus de reconnaître l'institution de l'Ordre des médecins, la nécessité de s'attaquer aux véritables causes des maladies, dans leur dimension sociale en particulier ; enfin, la notion de travail collectif : il

s'agissait de sortir du « colloque singulier » patient-médecin, pour aborder les tâches avec les autres soignants et les autres travailleurs sociaux³⁷⁴.

Fortement inspirée de mai 68, et de nombreux intellectuels tels que Cornélius Castoriadis ou Ivan Illich, dont l'ouvrage *La Némésis médicale* venait de paraître, la revue a notamment été la première à dénoncer, avec plus de trente ans d'avance, les dangers que pouvait représenter le Mediator® dans un article datant de 1977. *Pratiques* a constitué un creuset à partir duquel les principaux acteurs porteurs de la question de l'indépendance ont émergé par la suite, comme le docteur Gilles Bardelay et d'autres qui en sont partis au début des années 1980 pour fonder la revue *Prescrire*. *Pratiques* a fêté en 2015 ses quarante ans et continue d'être ce foyer de réflexion, de rêve et de lutte que la revue a toujours été. La question de l'indépendance se retrouve régulièrement dans ses pages.

C'est en 2008, lors de l'organisation d'un premier colloque autour de la question de l'accès aux soins³⁷⁵, que les contacts s'établissent entre MEDSI, le SMG et la revue *Pratiques*, ces deux dernières entités regroupant de nombreuses personnalités communes. *Pratiques* étant déjà fortement reliés aux acteurs soucieux d'indépendance comme le Formindep et *Prescrire*, les étudiants de MEDSI vont dès lors intégrer de plus en plus la question de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les pratiques médicales. On retrouve cela dans les principes fondateurs du réseau : « Nous nous revendiquons autonomes financièrement, et dépourvus de tout conflit d'intérêts » et « nous stimulons et défendons l'esprit critique »³⁷⁶. Les membres de MEDSI les plus concernés par ce domaine vont entreprendre des actions comme la mobilisation contre la participation de Coca-Cola et de Macdonald au Congrès National de la Médecine Générale qui s'est tenu à Nice en 2012, en tant que partenaires financiers et que conférenciers, à laquelle j'ai pu participer. Cette mobilisation s'est traduite par une manifestation pendant les trois jours du congrès

374 Article du fondateur de *Pratiques*, Muller Patrice, « Une pensée militante », dans Quarante ans d'utopies... l'anniversaire, *Pratiques – Les Cahiers de la médecine utopique*, n°72, Janvier 2016, p.68

375 <http://docplayer.fr/7062172-Congres-du-smg-samedi-6-decembre-2008.html>

376 <http://www.medsa.fr/spip.php?article1>

devant l'entrée du Palais des Congrès. Des banderoles avaient été installées avec des slogans comme « L'esprit critique, c'est pas automatique » ont été affichées, des stands pastiches du laboratoire Serpillier vendant son Mediador étaient proposés pour aborder la question avec humour, différents stickers créés, des chansons imaginées, ainsi que des déguisements et des actions de clowns activistes. Les médecins sortant du congrès étaient invités à se délester dans un carton des publicités emportées, des panneaux étaient aussi mis à disposition pour que tout un chacun puisse écrire des solutions concrètes afin que les congrès de ce type puissent être plus indépendants des intérêts commerciaux³⁷⁷.

Des discussions avec les organisateurs du Congrès ont eu lieu où les étudiants ont tenté de négocier certaines dispositions comme l'annulation des conférences des sponsors ciblés. Devant l'absence de coopération des organisateurs, les étudiants ont tenté de pénétrer de manière non-violente dans les locaux du congrès afin d'interpeller les participants directement en son sein, mais sans succès, refoulés par les vigiles postés à l'entrée.

Des médecins sont cependant venus nous voir et nous ont manifesté leur soutien. Selon certains, cette action a suscité de nombreuses discussions parmi les participants au congrès, et un médecin a directement interpellé les organisateurs et le public lors de la plénière finale pour témoigner son soutien à la manifestation et son profond désaccord avec le choix fait d'organiser ce type de partenariat avec des firmes pharmaceutiques, agroalimentaires et autres pour le congrès. Cette action a aussi été relayée par des médias, à la fois locaux comme *Nice Matin*³⁷⁸, et nationaux comme *Le Canard Enchaîné*³⁷⁹.

Certains membres du réseau MEDSI ont également organisé à titre personnel des événements dans leur faculté en lien avec l'indépendance. C'est le cas à Nice où le colloque « Esprit Critique Niçois » s'est tenu le 23 avril 2016³⁸⁰. Cet événement fait suite aux rencontres organisées

377 Voir le reportage vidéo de *Nice Matin* sur cette action : <https://www.youtube.com/watch?v=nyYKG6YJqyE>

378 « Nice :la malbouffe fait tache au congrès de médecine générale », *Nice Matin*, 22 juin 2012
<http://archives.nicematin.com/societe/la-malbouffe-fait-tache-au-congres-de-medecine-generale-a-nice.909105.html>

379 « Les bons conseils du docteur Ronald », *Le Canard Enchaîné*, 27 juin 2012

380 <https://espritcritiquenicois.org/>

par le gastro-entérologue Jean-Michel Bénatar au sein de Médecine et culture où Irène Frachon a notamment été invitée à s'exprimer.

Le réseau organise des week-ends de rencontres et de formation ainsi que des congrès nationaux et régionaux qui permettent aux étudiants qui le souhaitent de se rencontrer et de partager des réflexions et des actions. MEDSI dispose aussi d'un journal d'expression libre nommé *Citoyens*³⁸¹. La solidarité internationale reste centrale à MEDSI, c'est d'ailleurs à travers elle que certains étudiants rejoignent le réseau, par la possibilité qu'il donne de faire des stages en Afrique notamment, et qu'ils finissent par s'intéresser aux questions d'indépendance³⁸².

4.3.2.3 La Troupe du RIRE

Le collectif de la Troupe du RIRE s'est formé en 2013. Les étudiants en médecine du collectif La Troupe, de Paris 5, et du RIRE de Paris 7, se sont pratiquement tous connus au sein du réseau MEDSI. Le collectif les a rassemblés autour du projet de créer un document synthétique écrit par des étudiants, et pour des étudiants prioritairement « stressés, pressés comme des citrons, mais avides de comprendre », comme il est écrit en couverture. Il s'est inspiré du manuel d'enseignement *Comprendre et répondre à la promotion pharmaceutique* de l'OMS mentionné précédemment. Ce manuel n'étant pas au programme des Épreuves Classantes Nationales, et comptant plus de 180 pages, seuls des étudiants intéressés par le sujet et probablement déjà sensibilisés risquaient de le consulter. De plus, ce manuel présentant surtout des exemples anglo-saxons, le collectif a donc souhaité recontextualiser les éléments du manuel autour d'exemples propres à la France, en se basant sur le livre *Les médicamenteurs* de la journaliste et documentariste Stéphane Horel³⁸³, de *Prescrire* et du Formindep. Le livret de 32 pages A6 obtenu, « tenant dans la blouse des médecins », a bénéficié ensuite de la relecture de membres du Formindep qui a permis

381 <http://www.meds.fr/spip.php?article1>

382 Entretien page 9, à la minute 12'45

383 Horel S., *opus cité*.

de sourcer davantage les faits présentés afin d'asseoir sa légitimité. Une première version a commencé à circuler dans les facultés et différents réseaux à partir d'octobre 2014 grâce à un soutien financier du Formindep qui a permis un premier tirage à 2000 exemplaires, et qui a mis le livret en ligne.

Ce dernier a véritablement pris son essor suite à la remise du Prix Prescrire 2015 qui récompense chaque année quelques ouvrages sélectionnés. Suite à cela, de nombreux médias se sont intéressés au sujet comme mentionné plus haut, et cet intérêt a continué à s'étendre jusqu'à aujourd'hui. En parallèle de cet écho médiatique, la Troupe du RIRE a lancé une campagne de financement participatif avec pour double objectif de récolter des fonds pour financer une impression plus large du livret et le faire davantage connaître. Là aussi, le collectif a bénéficié de la force du réseau qu'il a tissé avec différentes associations en recevant le soutien bénévole de différentes personnes qui ont mis leurs compétences au service du livret. L'une d'entre elles a fait faire retravailler sa maquette pour lui donner une présentation plus aboutie, une autre ayant de l'expérience en communication et pour ce type de campagne a participé à son animation sur les réseaux sociaux en réalisant notamment une courte vidéo animée de présentation du livret en 3 minutes. Cette vidéo a été vue plus de 8 000 fois en septembre 2016³⁸⁴, une autre vidéo a également été assez consultée. On y voit les témoignages de membres du collectif filmés lors de la remise du Prix Prescrire, concernant des influences vécues lors de leur formation initiale³⁸⁵. Ces témoignages ont par ailleurs fait l'objet d'un article à part entière dans la revue *Prescrire*³⁸⁶. La campagne de financement participatif a été un succès en obtenant 4 400 euros de dons par rapport aux 3 400 euros visés. Cet argent a permis d'imprimer 8 000 livrets supplémentaires. Différentes structures s'en sont emparées, comme l'ANEMF, qui le font circuler dans leurs réseaux. Le livret étant sous licence Creative Commons, il est possible de le reproduire, de le modifier et de le diffuser librement à condition de citer le collectif en tant qu'auteur, de ne pas en faire un usage commercial

384 <https://www.youtube.com/watch?v=j5vBI5DWbh8>

385 <https://www.youtube.com/watch?v=AnIbGhTXjBo>

386 Collectif de la Troupe du Rire, « Comment vous expliquer ? », *Prescrire*, Janvier 2016/Tome 36 N° 387

et de conserver la même licence pour les dérivés. Ainsi, certains DMG, et enseignants l'ont également imprimé et diffusé de leur côté. De la même manière, différents sites et blogs sur internet ont relayé sa parution, sans qu'il soit possible de tous les recenser. Quoi qu'il en soit, ce succès a été vécu comme une surprise réjouissante et encourageante par les membres du collectif dont je fais aussi parti. Le collectif est de plus en plus sollicité pour intervenir dans différentes facultés de médecine comme à Nancy ou à Reims. Des professions paramédicales se servent elles aussi du livret : l'Association Nationale des Sages-Femmes libérales (ANSFL) souhaite par exemple le diffuser lors de son congrès qui portera sur l'autonomie en mars 2017, et s'en inspirer pour une présentation. Une traduction en portugais est également en cours de réalisation. La Troupe du RIRE a créé une page Facebook pour permettre de suivre ses actualités et de continuer à communiquer autour du sujet du livret³⁸⁷. Il s'est également doté d'un site propre³⁸⁸.

Une possible contribution du collectif d'un autre type est également à signaler. La Troupe du RIRE est intervenue dans la cadre du salon Primevère de Lyon en février 2016 lors d'une conférence sur les conflits d'intérêts dans l'enseignement supérieur où l'association Ingénieurs sans frontière avait également été sollicitée pour évoquer le cas de leur filière et leur manifeste pour une formation citoyenne des ingénieurs³⁸⁹. De nombreux parallèles sont apparus entre la filière des médecins et des ingénieurs. Suite à cet événement, il a été décidé de réaliser un portail où serait présentée la problématique abordée lors du salon Primevère d'une manière encore plus transversale, en ajoutant d'autres filières. Les étudiants en économie de Pepseco réclamant un enseignement pluraliste des théories économiques devraient y figurer, cette initiative faisant notamment écho à l'ouvrage de Florence Noiville paru peu après la crise de 2008 *J'ai fait HEC et je m'en excuse*³⁹⁰. Les journalistes, les énarques, les diététiciens et bien d'autres étudiants et professionnels seraient concernés, en se basant sur les livres fournissant un éclairage critique documenté sur différentes

387 <https://www.facebook.com/Collectif-La-Troupe-du-RIRE-1642453726029654/>

388 <https://latroupedurire.fr/>

389 ISF, Manifeste pour une formation citoyenne des ingénieurs.e.s. https://isf-france.org/Manifeste_pour_une_formation_citoyenne_des_ingenieur%C2%B7e%C2%B7s

390 Noiville Florence, *J'ai fait HEC et je m'en excuse*, Stock, Paris 2012

formations professionnelles initiales vécues, comme *Les petits soldats du journalisme*³⁹¹, *La ferme des énarques*³⁹², *Formation des diététiciens et esprit critique*³⁹³. Ce portail devrait présenter des témoignages filmés d'étudiants désireux de participer, des ressources bibliographiques, et des collectifs et associations que les internautes peuvent consulter ou rejoindre pour continuer à avancer et à agir au sein de leur filière.

4.3.2.4 Les syndicats d'internes

Les trois syndicats d'internes en France sont L'ISNI, l'ISNAR-MG, et le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG). Le SNJMG est le plus petit des trois syndicats avec environ 1000 adhérents. Il est le seul des trois pour l'instant à avoir inclus l'indépendance dans ses valeurs centrales, en revendiquant « une santé publique centrée sur les patients, indépendante des intérêts financiers privés et notamment du lobbying des entreprises pharmaceutiques »³⁹⁴. En cohérence avec ce principe, le SNJMG n'est pas financé par l'industrie pharmaceutique et organise ses congrès sans le soutien de cette dernière. Il y a invité à quelques reprises le Formindep, *Prescrire* ou les étudiants du Mouvement de Désaliénation des Médecins proches de MEDSI, tous porteurs du souci de l'indépendance³⁹⁵. Il a également apporté son soutien à la parution du livret de la Troupe du RIRE, et a interviewé le collectif ainsi que le Formindep plusieurs fois dans les colonnes de sa revue³⁹⁶. Enfin, le SNJMG a établi un partenariat avec la revue *Prescrire*.

En 2013, ce syndicat s'est mobilisé face à l'organisation de la faculté de Tours de « La

391 Ruffin François, *Les petits soldats du journalisme*, Les Arènes, Paris, 2003

392 Baldacchino Adeline, *La ferme des énarques*, Michalon, Paris, 2015

393 Scheffer Paul, *Formation des diététiciens et esprit critique*, L'Harmattan, Paris, 2015

394 <http://www.snjmg.org/>

395 SNJMG, "Quelle formation pour les étudiants en médecine et les médecins généralistes après l'affaire du Mediator ?" Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes, 20 novembre 2012.

<https://www.youtube.com/watch?v=4ZfV0xMNBQA>

396 Voir notamment le numéro 14 de *Jeune MG* : « Interview de Paul Scheffer : Indépendance des médecins, les choses ne sont pas inéluctables », et « Histoire du fameux livret de la Troupe du rire », mars 2016.

journée des internes », en partenariat avec Novartis. La firme y faisait une présentation et le déjeuner était financé par cette dernière. Le plus frappant était que cette journée était obligatoire. Le SNJMG a réussi à faire en sorte qu'elle ne soit que facultative en interpellant le ministère de la santé. Il s'est également indigné que le doyen de la faculté de Tours concerné ait été quelque temps plus tard nommé membre du comité des « sages » chargé de réfléchir à la Stratégie Nationale de la Santé, puis décoré de la légion d'Honneur par la ministre de la santé³⁹⁷.

L'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) fêtera ses vingt ans en 2017, il regroupe 6 000 internes en médecine générale. La première journée nationale sur l'indépendance des études médicales a permis de savoir comment ce syndicat se positionnait par rapport à cette question, par la voix de son chargé de publication qui a été sensibilisé à cette question lui-même par la lecture du livret de la Troupe du RIRE *Pourquoi garde son indépendance face aux labos pharmaceutique ?* dont il sera question plus bas. Le syndicat entreprend de plus en plus d'initiatives dans ce sens. Il a arrêté son partenariat national avec Sanofi en 2011, et ses antennes locales se séparent de plus en plus de l'industrie pharmaceutique, même si cela demande un certain temps, car les besoins de trésorerie sont importants. Le syndicat établit d'autres partenariats, notamment avec les régions qui sont en manque d'internes en médecine générale. Des partenariats avec *Prescrire* ont aussi été établis au local, comme à Nancy.

Cette dynamique reflète la prise de position forte du syndicat qui a voté à l'unanimité en 2016 le souhait que la formation des internes soit indépendante des firmes pharmaceutiques. Parmi les autres initiatives du syndicat, des antennes locales sensibilisent leurs adhérents à la thématique, en imprimant et en distribuant des livrets de la Troupe du RIRE dans le welcome pack des nouveaux internes comme cela s'est fait à Nantes et en Aquitaine. Un trimestriel est aussi édité par le syndicat et distribué aux 6000 adhérents. Le chargé de publication s'est dit très intéressé pour

397 Indépendance de la formation médicale : le président de la conférence des doyens remet le couvert avec l'industrie pharmaceutique ! 10 Décembre 2013 <http://www.snjmg.org/blog/post/independance-de-la-formation-medicale-le-president-de-la-conference-des-doyens-remet-le-couvert-avec-l-industrie-pharmaceutique/229>

récolter des témoignages d'étudiants et de médecins sur leurs expériences en lien avec l'indépendance. Pour lui enfin, le besoin le plus important qui se fait sentir en termes de formation à l'indépendance est de mettre en lien des internes avec des maîtres de stage soucieux d'indépendance, car pour lui aussi, ce sont les stages avec le poids que joue l'exemple du maître de stage qui peuvent être déterminants :

On a la plupart de nos idées qui sont bousculées quand on arrive en stage, [selon les maîtres de stage] on découvre *Prescrire*, on découvre une autre façon de penser, [mais globalement] on a besoin d'autres maîtres de stage (...) Si vous connaissez des médecins généralistes [indépendants] qui n'ont pas encore d'internes, nous sommes tout à fait preneurs³⁹⁸.

L'ISNAR-IMG milite pour que les internes reçoivent plus de stages, en espérant que de 6 mois, cela puisse évoluer à un an voire un et demie sur les trois années de l'internat. Une difficulté relevée reste le financement des congrès où l'ISNAR-IMG rassemble environ 700 étudiants. Pour le moment, l'industrie pharmaceutique y tient encore des stands, mais le syndicat essaye là aussi de trouver d'autres partenariats.

L'InterSyndicat National des Internes a un peu plus de 6 000 adhérents, il rassemble essentiellement les internes de spécialités. La thématique de l'indépendance ne fait pas partie des sujets familiers au syndicat pour le moment. Il est par contre possible que cela soit en train d'évoluer dans la mesure où son chargé de mission pour l'enseignement supérieur et la recherche a répondu présent pour participer en son nom propre à la journée nationale sur l'indépendance des études médicales. Il a fait part de son intérêt pour ce sujet et de son souhait qu'il puisse se développer au sein de sa structure.

4.3.2.5 Des thèses abordant la question de l'indépendance

398 Lacroix Corentin, ISNAR-IMG, Journée nationale sur l'indépendance des études médicales, Locaux de Prescrire, 30 avril 2016.
<https://www.youtube.com/watch?v=1vHM5o63nQg&index=90&list=PL5vzBp9poqMUI75wGcKZ02viXgE4OlgDv>

Les thèses de médecine sont réalisées par les étudiants, majoritairement à la fin de leur internat. Ces derniers, à ce stade de la formation, peuvent davantage être considérés par leur expérience et leur pratique comme de jeunes médecins que comme des étudiants, mais la thèse, avec la validation du troisième cycle, va venir clôturer officiellement les études médicales.

Les thèses sont le plus souvent vécues comme un travail supplémentaire venant s'ajouter à l'intense période de l'internat où les étudiants sont confrontés à la pression de lourdes responsabilités en tant que nouveaux prescripteurs qui font souvent « tourner les services » où ils effectuent leurs stages. La thèse est dans ces conditions appréhendée comme une formalité dont ils se débarrassent comme ils le peuvent, au regret de leurs enseignants et de médecins qui constatent la faiblesse, voire la médiocrité, de la majorité des thèses soutenues. Un doyen écrit à ce sujet :

Cependant, trop souvent encore, la thèse apparaît médiocre, sans réelle portée. Il n'est pas rare qu'elle s'apparente à une sorte de mémoire, parfois très court, réunissant des observations mal exploitées. Elle peut aussi présenter une compilation de travaux de peu d'intérêt, lus – quand ils l'ont été – et présentés sans réel esprit critique³⁹⁹.

Un professeur de médecine a ainsi édité un guide de la thèse afin de donner des repères aux étudiants pour réaliser un travail de meilleure qualité et les encourager à s'investir davantage dans cette initiation à la recherche censée faire partie de leur formation⁴⁰⁰. L'ironie de cette situation est que ce guide a été édité avec le soutien de Sanofi. Là encore, la formation, la recherche et l'indépendance ne semblent pas devoir logiquement se rencontrer, pire encore, ce partenariat avec un industriel pour la réalisation d'un document de formation contribue à faire apparaître la firme pharmaceutique comme un partenaire responsable et légitime dans le domaine de la formation, ce qui en termes du curriculum caché s'avère problématique par rapport aux recommandations officielles de l'IOM, de l'AAMC, de l'AMSA, du Sénat et de l'Assemblée Nationale notamment,

399 Thibault Philippe, *Préface*, dans Hervé Maisonneuve, *Guide pratique du thésard*, 7e édition, Editions scientifiques L&C/Sanofi, 2010

400 Maisonneuve Hervé, *Guide pratique du thésard*, 7e édition, Editions scientifiques L&C/Sanofi, 2010

déjà évoquées. Le *Guide* est introduit par la Directrice des Affaires Scientifiques du laboratoire, suivie par les préfaces de deux doyens et par un avant-propos de l'auteur, ces différents acteurs apparaissant ainsi de fait quasiment sur un même plan pour les étudiants s'arrêtant sur ces propos liminaires.

Il semble légitime de se demander pourquoi ce guide n'a pas été édité par une ou plusieurs facultés de médecine, avec le concours d'autres organismes publics si nécessaire comme la Haute Autorité de Santé qui a traduit et mis sur son site le manuel d'enseignement *Comprendre et répondre à la promotion pharmaceutique* déjà mentionné. Cette question apparaît d'autant plus importante que les thèses elles-mêmes sont des occasions d'influence que l'industrie pharmaceutique exploite depuis longtemps, comme en témoigne ce médecin :

Beaucoup d'étudiants se font financer la thèse par l'industrie pharmaceutique. J'ai quelques copains qui se sont fait payer leurs frais d'impression, l'envoi d'enveloppes pour des études... (...) Quand j'ai voulu organiser mon pot de thèse avant ma soutenance, j'ai été dans une entreprise qui organise des réceptions (...) qui reçoit beaucoup de thésards. J'ai demandé leurs différents menus (...). On m'a présenté des prix prohibitifs et j'ai dit que ce n'était pas dans mon budget. Ils m'ont dit « (...) Ce n'est pas un visiteur médical qui vous paye votre pot de thèse ? ». À cela, j'ai répondu que non et ils m'ont dit que j'étais le premier et que d'habitude ils organisent ces réceptions directement avec le visiteur médical sans voir le thésard⁴⁰¹.

Certains étudiants ont cependant choisi de travailler pour leur thèse sur un sujet en lien avec l'indépendance. Contrairement aux exemples précédemment cités, ils s'impliquent souvent beaucoup pour réaliser leur recherche pour deux raisons principales. D'une part parce que ce sont tous des étudiants sensibilisés à cette thématique à la quelle ils prêtent un grand intérêt, et d'autre part parce qu'ils savent que ce n'est pas un sujet classique et qu'il est au contraire sensible. Cela les pousse à réaliser un travail d'autant plus soigné. Ces thèses concernent soit les représentations des

401 Delarue Louis-Adrien, « Une thèse de médecine à l'épreuve d'une formation médicale sous influence », dans Scheffer Paul (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.105-116

étudiants ou des jeunes médecins vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, soit une technique d'influence particulière, comme la visite médicale par exemple, soit la vulnérabilité des agences censées réguler l'industrie pharmaceutique :

Nom de l'auteur	Titre de la thèse	Faculté de médecine	Date de soutenance
Louis-Adrien Delarue	Les Recommandations pour la Pratique Clinique élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle ? À propos de trois classes thérapeutiques	Faculté de Poitiers	2011
Stéphanie Baron	Relations entre les étudiants en médecine et l'industrie pharmaceutique en France.	Faculté de Lyon	2011
Étienne Froisset	Étude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons.	Faculté de Brest	2012
Sophie Sinsard	Vision des laboratoires pharmaceutiques par des internes de médecine générale grenoblois	Faculté de Grenoble	2012
Thomas Szajngarten	Le médecin généraliste face à l'information donnée par le visiteur médical dans la région Midi-Pyrénées	Faculté de Toulouse	2013
Ludovic Schneider	État des lieux de la promotion pharmaceutique chez les médecins généralistes lorrains en 2015	Faculté de Nancy	2015
Adriaan Barbaroux	Médecins généralistes et visite médicale promotionnelle : pourquoi sommes-nous si ambivalents ? Étude qualitative dans la région niçoise.	Faculté de Nice	2015
Lucie Cornée	Enseigner la promotion pharmaceutique aux étudiants en médecine ? Enquête d'opinion nationale auprès des responsables pédagogiques des Départements de Médecine Générale et des Doyens, en France	Faculté de Rennes	2016
Romain Lalanne	Élaboration et mise en place d'une Formation à l'Analyse Critique de la promotion pharmaceutique	Faculté de Bordeaux	2016
Axelle Dugarry	Comprendre la promotion pharmaceutique : état des lieux de l'enseignement aux étudiants en médecine de 2 ^e cycle et de 3 ^e cycle de	Faculté de Bordeaux	2017

	médecine générale		
--	-------------------	--	--

Ces thèses confirment à des niveaux locaux les pratiques d'influence et les représentations des étudiants et des médecins constatées dans les travaux de référence internationaux. Il s'agit ici de se pencher sur l'une d'entre elles qui a joué un rôle particulier. Étant la première thèse française à aborder le sujet des conflits d'intérêts, elle a en quelque sorte ouvert la voie aux autres, et c'est elle qui a aussi suscité les plus vives réactions.

4.3.2.5.1 La thèse de Louis-Adrien Delarue

Louis-Adrien Delarue a étudié les recommandations professionnelles élaborées par les autorités sanitaires pour savoir si elles étaient sous influence industrielle. Il a choisi quatre recommandations émanant de la Haute Autorité de Santé (HAS), considérée comme la référence par les pouvoirs publics en matière d'information scientifique. Les recommandations concernaient :

- la maladie d'Alzheimer
- le diabète de type II
- la polyarthrite rhumatoïde
- la spondylarthropathie

Le choix de ces maladies a reposé sur le fait qu'elles étaient traitées avec des médicaments litigieux et étaient fréquemment remboursées intégralement par la Sécurité Sociale.

Voilà comment le docteur Delarue présente son travail :

J'ai fait un comparatif entre les recommandations au sujet de ces médicaments et les données de la science indépendante en ayant une lecture critique (...) de nombreuses études connues pour être biaisées dans la littérature scientifique

internationales ont été mises en avant. Ils ont omis des données de toxicité médicamenteuses, il y avait beaucoup d'assertions et aucune analyse des coûts, pour aboutir à des recommandations de médicaments inutiles comme les médicaments anti-Alzheimer qui ne permettent pas d'améliorer la morbidité de cette pathologie, qui par leur toxicité font des morts par malaises cardiovasculaires et qui entraînent des chutes, avec toutes les conséquences que cela implique en termes de perte d'autonomie, et des risques neurologiques (des convulsions, des confusions, des délires)⁴⁰².

Constatant les faiblesses de ces recommandations, Louis-Adrien Delarue a cherché à savoir si les experts les ayant édictées n'avaient pas été sous influence et sujets à des conflits d'intérêts. Son travail a révélé que les déclarations publiques d'intérêts des membres des groupes de travail n'existaient pas ou n'étaient pas accessibles publiquement alors que la loi l'exigeait et que l'agence se vantait d'être transparente et indépendante. Le docteur a donc recherché les liens d'intérêts de chacun des membres des groupes de travail lui-même pour aboutir à la conclusion suivante :

Je n'avais pas du tout là quelque chose d'exhaustif, mais avec ce que j'ai pu trouver il y avait déjà un tiers voire la moitié des professeurs de médecine qui avaient des conflits d'intérêts majeurs, et tous les présidents de groupe de travail étaient en situation de conflits d'intérêts majeurs, pour les quatre recommandations, alors même qu'il était dit dès 1993 par l'Anaes, l'ancêtre de l'HAS, que « ne pouvait être président de groupe de travail quelqu'un qui présentait des conflits d'intérêts considérés comme majeurs ». Les devoirs de transparence et d'indépendance n'étaient absolument pas respectés en somme⁴⁰³.

Afin d'asseoir encore plus sa recherche, Louis-Adrien Delarue a réalisé un état des lieux de la littérature internationale sur l'influence des firmes pharmaceutiques. De plus, il précisait dans son avant-propos qu'il s'agissait bien là de l'analyse d'un système, et que ce travail ne visait pas des personnes en particulier. Il avait aussi prêté attention à choisir les membres de son jury les plus

402 Delarue Louis-Adrien, *opus cité*, dans Scheffer Paul, (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.105-116

403 Delarue Louis-Adrien, *opus cité*, dans Scheffer Paul, (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.105-116

susceptibles d'être cléments vis-à-vis de son travail. Malgré cela, la réception de sa thèse a été houleuse :

J'ai été atterré par la parodie de science dans laquelle j'ai été acteur parce que pendant une heure et demie, on m'a cuisiné pour me dire que j'étais trop jeune, que je n'avais pas de recul critique quand bien même eux n'avaient manifesté aucun recul critique vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique au cours des études, que je lisais trop les revues indépendantes...⁴⁰⁴

L'un des membres du jury a aussi remis en question la probité de la thèse en demandant à son auteur s'il avait bien lu les références bien plus abondantes que dans les thèses classiques. Cette remarque est d'autant plus frappante que les enseignants et professeurs semblent regretter la faiblesse des thèses comme on l'a vu. Cependant ils ont réagi dans le cas présent davantage avec de la suspicion que des encouragements ou des félicitations face à une thèse plus solidement étayée que la norme. D'autres réactions de la part des membres du jury se sont avérées tout à fait inhabituelles :

Un autre membre du jury m'a un moment complètement délaissé et a essayé de ramener le public à sa noble cause, sans que je puisse répondre, heureusement le public était acquis à la mienne, cela a donc été la bronca dans la salle ce qui est très rare dans les soutenances de thèse, d'habitude tout le monde s'écroule. (...) La présidente du jury m'a aussi demandé combien avait fait de morts le Mediator®, j'ai répondu que je ne savais pas vu que ce n'était pas l'objet de ma thèse, cette dernière m'a soutenu que c'était dans la thèse, je n'ai pas osé lui sortir le document pour lui démontrer le contraire, (...). Je ne savais pas alors je dis 200, puis 500 « ah vous faites monter les enchères? », donc là on s'écroule, « non monsieur le Mediator® n'a fait que huit morts », après vérifications le Mediator® a fait près de 2 000 morts, de source officielle. 8 morts c'est la version du laboratoire Servier⁴⁰⁵.

Au final Louis-Adrien Delarue déplorera que le fond de la thèse n'ait jamais été abordé

404 Idem

405 Delarue Louis-Adrien, *opus cité*, dans Scheffer Paul, (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.105-116

pendant tout le déroulé de la soutenance. Il obtiendra malgré tout son titre de docteur mais à la condition d'enlever le nom des médecins cités dans la thèse alors que son travail ne s'est servi que des déclarations publiques d'intérêts. Selon Louis-Adrien Delarue c'était déjà trop pour son jury qui considérait cela comme diffamatoire. En effet selon la présidente, ceci était nécessaire afin : « d'éviter une plainte aux membres du jury et des problèmes avec le Conseil de l'Ordre des médecins »⁴⁰⁶.

L'exercice de la thèse peut ainsi être l'occasion pour les internes en fin de formation initiale d'acquérir des connaissances en matière d'indépendance dans leur domaine d'exercice, et même d'arriver à susciter des questions qui sont devenues des enjeux de société par le prisme des médias, en interpellant fortement le fonctionnement de notre système de santé, comme on l'a vu avec l'exemple de Louis-Adrien Delarue. L'expérience de ce dernier montre cependant que pour les thèses les plus ambitieuses, l'exercice n'est pas sans risque et demande certaines précautions :

Au départ, je n'avais pas l'idée de cette thèse car je pensais ce thème impossible. C'est un médecin généraliste chez qui je suis passé en stage qui avait eu vent de mes positions et qui me pensait suffisamment armé pour me lancer dans la première thèse qui parlerait des conflits d'intérêts. Je voulais faire une synthèse française accessible au plus grand nombre. Ma thèse par son thème peut être considérée comme subversive. Mon directeur de thèse est un enseignant de médecine générale très impliqué qui est très engagé avec une casquette syndicale. C'est quelqu'un de très compétent, pas ambitieux, et qui ne craint pas pour sa carrière, c'est lui qui m'a proposé mon sujet de thèse. Il m'a prévenu que j'allais sur un sujet glissant et qu'il fallait m'y adjoindre des conseillers⁴⁰⁷.

Les deux conseillers en question ont été le docteur Philippe Foucras, fondateur du Formindep, et le docteur Dominique Dupagne, bien connu pour son indépendance, et dont le site internet www.atoute.org est l'un des plus lus de la communauté médicale. Il a notamment été l'un des contestataires par rapport à la prescription systématique du Tamiflu® qui a failli être imposée

406 Idem

407 Delarue Louis-Adrien, *opus cité, dans* Scheffer Paul, (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.105-116

en lien avec l'épisode de la grippe H1N1. L'article qu'il a rédigé sur son site à ce sujet a eu un impact tel qu'il a été auditionné par le Sénat. Le docteur Delarue a cherché également d'autres soutiens :

Je me suis également inscrit sur des forums, celui de la revue médicale *Prescrire* et celui de *Mgclinique*, ce qui m'a permis d'obtenir un nombre incommensurable d'avis rapidement accessibles grâce aux personnes qui m'envoyaient des liens vers des articles pertinents. Je me suis servi de cette intelligence communautaire comme conseiller virtuel pour établir un document scientifique le plus crédible possible afin de ne pas être attaqué facilement et d'être irréprochable sur le fond. J'ai cherché à réunir des données scientifiques du meilleur niveau de preuve et si possible indépendantes. Je voulais des arguments référencés et pas seulement les avis des autorités ou opinions de certains professeurs ou enseignants comme ce qui sert souvent de base à l'enseignement de la médecine en France.⁴⁰⁸

Cette dernière citation du docteur Delarue montre comment une connaissance du réseau des acteurs de référence en matière d'indépendance et leur mobilisation pour soutenir sa démarche ont pu contribuer à la solidité et au succès de sa recherche. Mais ce travail collectif en lien ou au sein d'organisations apparaît comme un paramètre important pour les étudiants qui s'engagent dans la voie d'une réflexion à l'indépendance. L'expérience de la marginalité a des conséquences la plupart du temps non négligeables lorsque les étudiants sont isolés, comme l'exprime celui-ci :

J'ai toujours cherché personnellement à m'extraire d'une formation sous influence. Ça ne se fait pas sans dégâts parce qu'on est relativement isolé, on a peu de copains dans ces cas-là et surtout on ne participe pas aux fêtes organisées par l'industrie⁴⁰⁹.

408 Delarue Louis-Adrien, *opus cité*, dans Scheffer Paul, (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.105-116

409 Idem

Le fait de rompre cet isolement en rejoignant un collectif ou une association permet d'être plus soutenu moralement face aux normes en vigueur et aux situations vécues sur le terrain mentionnées plus haut comme l'exprime cette externe :

J'ai aussi tenté un collectif de réflexion entre étudiants, des discussions avec des professeurs, j'ai rencontré des militants de longue date... un ensemble d'activités qui m'ont stimulée, donné de l'énergie pour me construire en tant que future médecin, mais aussi pour partager et proposer aux autres étudiants un espace pour être actif⁴¹⁰.

Au lieu de subir ce contexte, certains étudiants, comme ceux de la Troupe du RIRE, ou certains au sein de l'ANEMF, arrivent même à agir sur leur environnement.

Cependant, de nombreux étudiants, même faisant partie d'organisations pour certains, partagent leur difficulté pour exprimer leur opinion face à leurs supérieurs, surtout à l'hôpital, ces derniers ayant le pouvoir de les sanctionner à travers l'évaluation de stage. En cas de mauvaise évaluation, l'étudiant se voit obligé de refaire le même stage, et ce dans le même service. De plus une mauvaise évaluation pourrait avoir une répercussion sur l'avenir des étudiants, notamment pour ceux qui souhaitent faire carrière dans des spécialités où les postes sont rares⁴¹¹. Cette crainte ne concerne d'ailleurs pas seulement l'évaluation des stages, même si cette dernière reste le cas le plus fréquent. Une étudiante ayant participé à une publication pouvant être mal appréciée par des professeurs de médecine a renoncé à faire apparaître son nom dans les signataires de l'article par exemple, malgré le risque réel mais estimé faible par les médecins cosignataires.

À noter enfin l'initiative du docteur Marco Roméro et de certains de ses collègues au sein du Département de Médecine Général de la faculté de Bordeaux qui ont lancé le projet FACRIPP autour de la réalisation de huit thèses de médecine en lien avec l'influence de l'industrie

410 Marzouk Auriane, *opus cité*, dans Scheffer Paul, (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015 p.117-119

411 Holloway K., *opus cité*.

pharmaceutique et de la formation des étudiants en médecine. Deux d'entre elles ont déjà été soutenues en 2016 et 2017 comme cela apparaît dans le tableau ci-dessus. Voici l'intitulé, non définitif, de quatre autres en cours de réalisation :

- Expérience du contact d'internes en médecine générale avec l'industrie pharmaceutique : une analyse phénoménologique.
- Prescriptions médicamenteuses des internes de 3ème année en médecine générale : étude de leurs évolutions après avoir bénéficié d'une formation à l'analyse critique de la promotion du médicament
- Élaboration d'un questionnaire d'évaluation des connaissances et des compétences des étudiants pour appréhender l'information délivrée par le visiteur médical - Amélioration des connaissances et des compétences des étudiants.
- Évaluation de la perception des internes en médecine générale sur l'influence de l'industrie pharmaceutique dans leur pratique avant et après enseignement sur les méthodes de persuasion de cette dernière.

4.3.2.6 Des actions individuelles

Les étudiants interviewés m'ont également fait part d'interventions qu'ils avaient réalisées à titre individuel. Lors de stages à l'hôpital, les externes et les internes sont invités à faire un point sur l'actualité de la recherche présenté à l'équipe du service. Le sujet est le plus souvent libre, tant que les données présentées sont issues de la littérature scientifique. Certains étudiants liés à MEDSI ont préparé un powerpoint sur l'influence de l'industrie pharmaceutique⁴¹², ces initiatives ont été bien accueillies.

412 Voir par exemple le powerpoint « Pourquoi garder son indépendance face aux labos pharmaceutiques » mis à disposition sur le site du Formindep : <http://www.formindep.org/Agir-pour-l-independance-en-sante.html>

Une des internes interviewées rapporte aussi, avec ses mots à elle, le témoignage d'une responsable de service à la fin d'un stage de gynécologie, qui montre que les étudiants peuvent parfois influencer leurs aînés :

N'empêche, tu m'as fait rire, mais tu m'as vachement fait réfléchir, l'attitude que tu as vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques, je crois que tu as vraiment raison et que la génération des médecins qui montent vous êtes vachement intéressants là-dessus parce que vous avez une conscience que nous on n'avait pas forcément. Je vais continuer à militer avec xxx la chef de service pour qu'on... mais tu vois xxx elle tient absolument que ces staffs [avec les firmes] soient organisés, mais tu as raison de souligner que c'est néfaste, vraiment merci pour ça.⁴¹³

Une autre étudiante explique quant-à-elle la marge de manœuvre qu'elle observe quand elle est à l'hôpital en tant qu'interne, en termes de prescriptions :

Quand des patients arrivent avec une ordonnance de la maison et qu'il y a un certain nombre de molécules que je ne connais pas ou que je ne vois pas très bien à quoi elles servent, je vais facilement taper dans le moteur de recherche de Prescrire pour savoir ce qu'ils en disent. (...) Ce que j'adore faire quand je suis à l'hôpital c'est d'arrêter tous les médicaments qui ne servent à rien aux patients et j'adore écrire des courriers de sortie aux médecins et pourquoi je les ai arrêtés. Moi mon idée c'est d'un peu aider le médecin généraliste (...) pour qu'il ait des arguments.⁴¹⁴

4.3.3 Un autre rapport au savoir et au concours

4.3.3.1 L'ECN perd de son emprise

Les étudiants se formant à l'indépendance développent des rapports différents par rapport à un certain nombre de normes intégrées durant les études, et aux autorités

413 Entretien page 15, à 1h31

414 Entretien page 14, à 1h05

traditionnellement reconnues et suivies, que ce soient les médecins encadrants ou des protocoles de soins pris comme référence comme le sont souvent les recommandations de bonnes pratiques de la HAS. Jusqu'à l'ECN cependant, certains d'entre eux font le choix d'apprendre les cours tels qu'ils sont sans consulter les sources qui leur apparaissent plus fiables comme *Prescrire*. Ce choix est fait à la fois pour garantir un meilleur succès à l'ECN, et pour ne pas avoir à être confronté à trop de données contradictoires. Il existe malgré tout une tension exprimée par plusieurs étudiants concernant ce décalage à gérer entre les convictions personnelles et les savoirs à connaître afin de valider les études, à la manière de cette externe dans l'article qu'elle a consacré à ce sujet, intitulé « Je suis combien ? » :

Je mémorise, j'oublie, je recommence, je zappe, je craque, je me demande en quoi tous ces détails vont bien pouvoir me servir. Je me rappelle que j'ai lu un article sur ces recommandations et qu'elles sont fausses parce que les essais cliniques ont été faits par des vendus, mais peu importe, il faut valider les partiels, j'apprends. J'arrête les questions, je concentre toute mon énergie à la mémorisation, je perds toute force critique, toute motivation de lutte, je me laisse aller sur la voie de l'apprentissage mécanique, passif, aliénant. Je laisse ma curiosité sur le bord de la route, je raye de ma mémoire ce qui crée des contradictions d'information pour ma propre santé mentale. Et ça me déprime⁴¹⁵.

Au contraire, certains étudiants interviewés consultent *Prescrire* pendant leur externat. L'un d'entre eux témoignait que le fait de confronter ses cours avec le contrepoint que lui procurait la revue lui permettait de mieux retenir les informations. Cette manière de procéder rappelle le conseil du philosophe Bertrand Russell qui suggérait que la multiplication des points de vue pouvait non pas créer de la confusion chez les étudiants mais au contraire stimuler leur réflexion et leur intérêt :

415 Marzouk Auriane, « Je suis combien : témoignage d'un parcours d'étude en tension entre réussite et indépendance », dans Paul Scheffer (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.117-119

Intellectuellement, un jeune homme est stimulé par un problème lorsqu'il trouve que les opinions divergent à son sujet. Par exemple, un jeune étudiant d'économie devrait connaître les opinions des individualistes et des socialistes, des protectionnistes et libre-échangistes, des inflationnistes et des partisans de l'étalon-or. (...) Cela lui apprendrait à penser les arguments et à examiner les preuves, à savoir qu'aucune opinion n'est juste d'une manière absolument certaine, et à juger les hommes plutôt pour leurs qualités que pour leur conformité avec des conceptions antérieures. (...) Un jeune homme devrait apprendre à penser que toutes les questions demeurent ouvertes et qu'il faut suivre un raisonnement si loin qu'il mène⁴¹⁶.

En suivant les théories plus modernes, on pourrait également dire que les étudiants qui font ce choix d'apprentissage mettent en pratique une « approche en profondeur » par rapport à « l'approche en surface » plus communément privilégiée. Les résultats de ces deux approches sont sensiblement différents :

L'approche en profondeur est composée d'éléments stratégiques orientés vers la recherche du sens et l'appropriation ; elle est motivée par des intérêts intrinsèques. L'approche en surface est composée d'éléments stratégiques du type reproductif ; elle est motivée par le désir de satisfaire les exigences des cours avec le minimum d'effort ou encore par la peur de d'échouer.⁴¹⁷

Les approches en profondeur se traduisent d'ailleurs souvent par une meilleure mémorisation et de meilleurs résultats, comme les travaux de Deci et Ryan sur l'autodétermination le suggèrent⁴¹⁸.

D'autres font un choix assez radical concernant la préparation à l'ECN. Ceux qui souhaitent devenir médecin généraliste n'ont pas besoin en effet d'obtenir un classement élevé car la

416 Bertrand Russel, *Essais sceptiques*, Les Belles Lettres, 2011, p.207

417 Côté D.J., Graillon A., Waddell G., Lison C., et Noël M-F, « L'approche d'apprentissage dans un curriculum médical préclinique basé sur l'apprentissage par problèmes », *Pédagogie médicale*, 7, 2006, p.201-212, cités par Parent, Jouquan (dir.) (2013), *Penser la formation des professionnels de santé – une perspective intégrative*, De Boeck, Bruxelles, p.257

418 Fenouillet Fabien, *Motivation, mémoire et pédagogie*, L'Harmattan, 2003, p.67

médecine générale est la spécialité où les places sont les plus importantes, vu qu'elle couvre la moitié des effectifs. Certains refusent de participer au bachotage intensif que constitue l'ECN et qui accapare l'attention des étudiants comme horizon prioritaire durant les trois années de leur externat où selon l'expression consacrée « on pense ECN ». Ils font le choix de préparer le concours a minima pour favoriser d'autres activités, notamment politiques en lien avec la santé, mais aussi pour faire du théâtre ou voyager. Certains expriment une culpabilité malgré cela à l'idée de pouvoir passer à côté de connaissances pouvant leur servir dans leur exercice futur, mais globalement ce choix est plutôt vécu comme libérateur et même formateur. Cela se traduit parfois de manière assez inattendue comme pour cette étudiante ayant choisi de faire beaucoup de théâtre et de clown durant sa sixième année. Sans surprise, son classement à l'ECN a été médiocre, pour autant elle remarqua lors de son premier stage en tant qu'interne qu'elle était beaucoup plus à l'aise avec les patients que la plupart des autres jeunes internes pourtant tous mieux classés qu'elle, ce qu'elle relia au fait d'avoir pratiqué ces activités de groupe et d'expression. D'autres font un choix délibéré de ne pas préparer le concours, y voyant même un avantage en terme d'apprentissage :

Je n'ai pas préparé le concours car pour être généraliste, c'est dans les dernières places et je n'ai pas souhaité m'embêter à apprendre des choses que je chercherai à déconstruire par la suite⁴¹⁹.

4.3.3.2 Une autre vision du médicament

Quoiqu'il en soit, tous les étudiants rencontrés remettent profondément en cause la place centrale communément accordée au médicament dans les études médicales où la transmission est décrite en ces termes par un jeune médecin :

419 Delarue Louis-Adrien, *opus cité*, dans Scheffer Paul, (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.105-116

La formation des médecins est formatée au service de l'industriel avec une transmission verticale du savoir. Nos maîtres nous apprennent des « recettes » et nous les avalons sans réfléchir la plupart du temps sans place pour la créativité, la curiosité, la remise en cause et aucune place pour la transversalité⁴²⁰.

Une confiance beaucoup plus grande est donnée à la relation patient-soignant, et au contexte de vie que les patients traversent et qui peuvent contribuer à leur problème. Une interne a même décidé de revisiter ses manuels d'enseignement dans ce sens en créant un blog toujours consultable :

J'ai d'ailleurs commencé par un blog⁴²¹ pour remettre un peu de vie dans les livres-catalogues de pathologies et refuser d'apprendre des maladies en dehors de l'histoire d'un malade. Car si on se plonge dans les livres d'externat, on en oublie qu'on parle de personnes malades. J'ai donc lancé un appel à écriture pour partager des anecdotes qui expliqueraient la maladie à quelqu'un qui ne l'a pas encore apprise. Une première approche illustrée et vivante pour mettre un visage aux pathologies⁴²².

Cette approche fait écho au parti pris d'un certain nombre d'observateurs qui cherchent à rappeler que la thérapeutique ne se limite pas aux traitements médicamenteux :

Le médicament n'est pas tout, il ne résume pas la médecine, il est même parfois un manteau de Noé, un faux-fuyant. Lorsqu'on ne sait plus comment rassurer ou s'assurer la confiance d'un patient, on en vient vite à l'ordonnance. C'est oublier ce qu'est la médecine. Il s'agit d'accueillir un homme, un enfant ou un vieillard qui sont, ou se sentent malades, de les écouter, les interroger, les regarder, les examiner, analyser leurs symptômes, leur vie, leurs difficultés affectives, familiales, professionnelles. Tous sont des individus uniques et des individus dans la société. (...) L'apprendre devrait être l'essentiel de la formation initiale des médecins. Ce n'est pas

420 Idem

421 www.reanimerleskb.wordpress.com

422 Marzouk Auriane, *opus cité*, dans Scheffer Paul, (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.117-119

inné. Il faut vouloir capter leur confiance, leur montrer de l'empathie, de la compassion, même quand ils ne la suscitent pas et cela, c'est déjà de la thérapeutique⁴²³.

4.3.4 L'importance du collectif

Tous les étudiants interviewés qui réalisent ce type de démarche de formation personnelle font partie d'organisations ou de collectifs. Ces espaces favorisent divers apprentissages informels et non-formels. Certains portent directement sur la formation à l'indépendance, ils pourraient également avoir lieu à l'université mais comme cette formation y reste lacunaire, ces espaces permettent aux étudiants de se former par eux-mêmes. Il est sans doute important de noter que nombre d'expériences réalisées au sein de ces collectifs apparaissent comme irremplaçables et fortement formatrices, sources davantage de savoirs existentiels que de savoirs théoriques. La valeur de ces expériences laisse penser que cette formation parallèle pourrait être encouragée de manière appuyée, notamment par le corps enseignant.

De manière générale, ces espaces favorisent grandement l'empowerment des étudiants, c'est-à-dire leur capacité à agir et leur confiance en eux. On trouve plusieurs définitions de l'empowerment, on peut ici retenir celle de l'Union Européenne :

La démarche qui consiste à octroyer aux individus le pouvoir de prendre des initiatives responsables en vue d'orienter leur vie et celle de leur communauté (ou société) dans les domaines économique, social et politique.⁴²⁴

423 Even Philippe, Debré Bernard, *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*, Le Cherche-midi, Paris, 2012, p.51-52

424 Ryan P., Baumann A.E., Griffiths C., « L'empowerment », dans Greacen Tim, Jouet Emmanuelle (sous dir.), *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Erès, 2012

Cette citation de Philippe Breton semble cependant plus fidèle à l'intensité des expériences vécues au sein de ces collectifs :

Déjouer la manipulation grandit celui qui s'y emploie et le fait se ressentir homme libre. La joie que l'on peut en retirer ne tient pas seulement à la découverte de ce que le raisonnement critique permet, elle n'est pas une simple joie cognitive, elle est aussi le plaisir de s'éprouver soi-même comme un être singulier parce que de plain-pied dans un monde qui n'est plus un pur spectacle de marionnettes dès l'instant qu'on le comprend⁴²⁵

Il a déjà été relevé le fait que le groupe puisse servir de soutien face à l'expérience de la marginalité lorsque l'on défend des valeurs d'indépendance en tant qu'étudiant, mais il favorise également l'entraide et la solidarité qui peuvent contribuer à donner de la valeur à la question de l'indépendance, en contrebalançant notamment le climat de compétition des études médicales particulièrement prégnant en France où elles sont encadrées par les deux concours, celui de première année et les ECN⁴²⁶. Ceci paraît d'autant plus important que la sociologie moderne des études médicales fait apparaître que l'université française n'arrive pas à créer de véritables conditions d'intégration de ses étudiants. Selon Didier Lapeyronnie, « nous assisterions au contraire davantage à une atomisation et à une désorganisation institutionnelle »⁴²⁷. Le sociologue David Saint-Marc montre que le désintérêt pour les cours de l'université à partir de la deuxième année, qui se traduit par un fort absentéisme, ne permet pas aux étudiants d'établir des contacts réguliers entre eux. Même au sein de certaines associations étudiantes de médecine, certains éprouvent un sentiment « d'étouffement » produit par des relations sociales ayant lieu exclusivement entre étudiants en médecine⁴²⁸. Ces associations par le caractère plus ouvert aux questions de société pourraient permettre aux étudiants souffrant de cet entre-soi, et aux autres en général, de se socialiser différemment.

425 Breton Philippe, *La parole manipulée*, La Découverte, 2000, p.197

426 Richard I., Saint-André J-P., *opus cité*, p.98

427 Saint-Marc D., *opus cité*, p.86

428 Saint-Marc D., *opus cité*, 86-87

Selon les groupes, une attention plus ou moins grande est donnée également au soin entre les membres, en termes de communication et de vécu commun, surtout au sein du réseau MEDSI et de la Troupe du rire, fortement inspirés des valeurs de l'éducation populaire. Certains placent même cette dimension au cœur de leur conception et de leur engagement politique comme l'exprime cette externe : « La politique serait l'art à travers lequel le collectif prend soin de lui-même⁴²⁹. » Ceci permet en tout cas de faire partiellement contrepoids aux conditions d'enseignement qui selon différents observateurs seraient éprouvantes, voire maltraitantes.

Les conditions d'études sont par ailleurs éprouvantes. Dans des facultés de médecine comme celle de Lyon, les cours magistraux en première année sont donnés par l'enseignant ou l'intervenant dans un amphithéâtre (appelé « amphi maître ») et retransmis en duplex dans 3 ou 4 autres amphithéâtres (« amphis esclaves (*sic*) »). Cette situation d'enseignement magistral est difficile à la fois pour l'enseignant et pour les étudiants. Les étudiants, bien que présents dans les murs de l'université, doivent la plupart du temps (4 jours sur 5) passer une longue journée face à une estrade vide, dans un amphithéâtre bondé et bruyant, où sont diffusés la voix d'un enseignant, ses diapositives et l'image de la tribune où il fait cours⁴³⁰.

Ceci est d'autant plus questionnant que les cours dispensés de la sorte peuvent très bien traiter d'éthique ou d'autres matières portant sur l'importance du soin. On peut se demander dans quelle mesure l'expérience de la pénibilité de ce type d'enseignement en termes de curriculum caché peut s'avérer contre-productive par rapport à l'enseignement à proprement parler. La première année, qualifiée par certains de « boucherie pédagogique »⁴³¹ marque particulièrement certains étudiants pendant et après l'avoir vécue :

Je travaillais. Je n'ai presque plus vu personne, je travaillais. Je ne lisais plus, je travaillais. Je n'allais plus au cinéma, je travaillais. Je ne

429 Froissart Zoéline, « Comment concilier éducation populaire et formation médicale ? », dans Paul Scheffer (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.81-98

430 Lechopier Nicolas, « Les « sciences humaines » rendent-elles les soignants plus humains ? Pratiques et enjeux critiques des enseignements des humanités en faculté de médecine, et de l'éthique en particulier », dans Scheffer Paul (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015.

431 Idem

m'informais plus, je travaillais. Je ne réfléchissais plus, je travaillais... En fait non, je ne travaillais pas, je m'abrutissais et j'ai tellement bien glissé dans ce moule exigé pour réussir que je trouve ça effrayant aujourd'hui. (..) Ce qu'on ne nous dit pas, c'est qu'on peut rester enfermé dans ce moule, ne jamais sortir, ou pire, ne pas comprendre pourquoi en sortir ou ne pas vouloir s'en sortir. La première année donc, c'est la création d'un immense désert⁴³²

Le témoignage de cet interne en psychiatrie montre comment le climat général des études favorise plutôt un apprentissage qui peut être source de souffrance pour les étudiants qui souhaiteraient davantage comprendre le sens de ce qu'ils apprennent :

Je n'arrivais pas à apprendre, même deux heures avant l'examen comme les autres font la plupart du temps, ils ne bossent pas trop pendant le mois et à la fin ils bossent comme des chiens pour rendre le truc(...). À chaque fois que je commençais à apprendre ces trucs dans la tête je me disais « mais pourquoi on me fait apprendre ça », ça a été donc très difficile, j'ai eu beaucoup de mal à valider ma P2 [alors que la P1 avait marché sans problème], (...) j'ai redoublé ma [troisième année]. Et associé à ça, une extrême frustration car j'étais là pour comprendre quelque chose d'intéressant qui me servirait, et au lieu de ça on se servait de moi comme une espèce de machine à apprendre des trucs inutiles et incompréhensibles mais qui nécessitaient énormément de travail à emmagasiner.⁴³³

Il existe des personnalités haut placées au sein des universités qui considèrent elles aussi le concours comme étant un problème majeur. L'ancien président de la conférence des présidents d'université Jean-Loup Salzmann, lui-même médecin de formation, en fait partie. Il milite pour supprimer le concours de première année, qu'il qualifie de « cauchemar », comme il l'a exprimé lors d'une émission diffusée sur La Chaîne Parlementaire (LCP)⁴³⁴.

4.3.4.1 Des compétences réflexives encouragées

Ces lieux collectifs favorisent également la formation de différentes compétences, comme

432 Froissart Zoéline, *opus cité*, dans Scheffer Paul (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.81-98

433 Entretien page 19, à la minute 7

434 <http://www.lcp.fr/emissions/etat-de-sante/154131-etudes-de-medecine-peut-mieux-faire>

celle de l'écriture. De nombreux étudiants de ces associations, en particulier là aussi au sein du réseau MEDSI témoignent de l'importance qu'a pu jouer l'écriture dans leur formation parallèle au sein de ces espaces pour prendre du recul face aux vécus intenses de la formation, surtout lors des stages à l'hôpital. Cette écriture était soit personnelle soit en lien avec des publications liées à leur association, comme le journal *Citoyens* du réseau MEDSI par exemple. Cette écriture non scolaire a en tout cas contribué à leur réflexivité en accord avec les recherches que rapportent Parent et Jouquan :

L'écriture (...) [aide] l'étudiant à distinguer les faits de l'interprétation qu'il en a faite ; elle aide l'étudiant à appréhender la composante affective du processus d'apprentissage ; (...) elle favorise la mise en perspective des apprentissages avec les différentes expériences successivement rencontrées ; elle favorise les interactions entre les étudiants, améliore la qualité de l'interaction de ceux-ci avec leurs formateurs et prépare les interactions qu'ils auront à développer avec les autres professionnels de santé (...).⁴³⁵

Cette réflexivité contribue à construire une certaine maturité personnelle et intellectuelle qui peut être une précieuse compétence pour exercer une médecine de manière indépendante. Les voyages, encouragés par des structures comme MEDSI liées à la solidarité internationale, peuvent également être très formateurs en la matière :

D'un projet de rencontre interculturelle à Madagascar, je suis revenue enrichie de questionnements nouveaux, j'ai mis les mots sur ce qu'il me manquait ici, dans mes études : de l'écoute, de la générosité, de la solidarité à l'état brut. Et puis, il fallut revenir... (...) Comprendre le sens de ces mots. Alors j'ai poursuivi ce chemin hors des murs de la faculté, creusant toujours plus loin. J'ai appréhendé la complexité du monde actuel, de notre société et j'ai voulu partager tout ça. J'ai voulu faire quelque chose de tout ça.. Je suis partie là-bas, puis-je partir ici ? Ce que j'ai découvert là-bas, comment

435 Parent et Jouquan, *opus cité*., p.270

le transposer ici ? J'ai questionné le monde qui m'entoure, comment le faire dans mes études ?⁴³⁶

Cette confiance en soi acquise par ces étudiants leur permet de faire des choix qui accroissent leur pouvoir sur leur manière de concevoir et vivre leur formation. Ceci se traduit notamment par des décisions qui permettent de concilier réussite universitaire, temps pour soi et formation autonome parallèle. Certains étudiants décident de faire une année de césure au sein de leurs études. Cela se traduit notamment par une année réalisée à l'Espace Éthique de Paris qui va se traduire par des cours et la réalisation d'un mémoire de type master 2 sur une question en lien avec la santé et l'éthique. Cette année permet en premier lieu à ces étudiants de prendre du temps, de retrouver un rythme qu'ils subissent moins que pendant leur études et leurs stages où ils peuvent, prendre du recul sur leur parcours, lire des ouvrages qui les intéressent pour leur recherche, et la plupart du temps, retrouver l'envie de reprendre leur formation de plus belle⁴³⁷.

Le fait d'être investi dans des collectifs et des organisations peut également signifier moins de temps passé pour la réussite scolaire de son année. Ceci se traduit parfois par un redoublement. Ce qui est remarquable, c'est que ce dernier n'est souvent pas vécu comme un échec, il peut bien sûr être source de frustration, mais certains y voient plus de bons côtés que le contraire. Le redoublement leur procure une année allégée des stages et cours validés et leur permet de reprendre leur souffle, de prendre du recul et de faire d'autres activités laissées de côté jusqu'alors.

4.3.4.2 L'humilité comme compétence

La confiance en soi acquise dans ces espaces, et à travers la réalisation de différents choix personnels, permet à la fois de renforcer l'autonomie personnelle, et de laisser une plus

436 Froissart Zoéline, *opus cité*, dans Scheffer Paul, (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.81-98

437 Entretien page 18, à la minute 1

grande humilité prendre place en tant que soignant :

J'ai fait un pas de côté en commençant à tout questionner : je peux aller voir le patient ? je peux l'examiner ? je peux venir avec toi ? tu peux m'expliquer ce qu'il a ? tu peux m'expliquer pourquoi on met ce traitement ? Alors soudain, tout s'arrange. Tu n'es plus le larbin du service, mais oui tu as 3 ou 4 patients que tu suis. Alors soudain, ça ne dérange pas de ranger les résultats de ces patients-là, ni de faire leur ECG (électrocardiogramme), ni d'aller chercher leurs dossiers. Car en s'organisant comme ça, ce sont devenus peu à peu mes patients. J'ai appris avec eux, j'ai appris d'eux. Comment leur parler, comment leur répondre, comment écouter. (...) Et surtout j'ai déconstruit mon savoir si froid et distant extrait des pages photocopiées de l'université pour le mélanger à des histoires, des récits de vie, des impressions, des émotions de personnes rencontrées à travers ces couloirs arpentés. Un début de réponse à ce qu'il me manquait, un espace de paroles et de partage. Alors de fil en aiguilles, j'ai appris à dire « je ne sais pas », à demander puis à chercher⁴³⁸..

Cette humilité est d'autant plus importante qu'elle permet de s'affranchir au moins en partie de la tentation de toute-puissance à laquelle chaque médecin peut être confronté. Selon un article publié le médecin Philippe Foucras dans une revue d'éthique canadienne, les attentes de la société envers la médecine alimentent les plus grands espoirs, ce qui peut être valorisant pour les médecins⁴³⁹. Cette attitude peut néanmoins être préjudiciable à plusieurs niveaux. L'idée et l'attitude du médecin censé savoir peut favoriser une posture d'autorité et écarter les remises en question. Face à cette culture ambiante de la toute-puissance, Foucras souligne l'importance de l'humilité, et appelle à la « résistance éthique des soignants » :

Le premier conflit d'intérêts, c'est avec soi-même... C'est le premier à reconnaître, et c'est celui dont nous pouvons dire avec humilité qu'il ne sera jamais résolu. C'est cette reconnaissance sans complaisance de nos intérêts personnels, goût de la flatterie, du pouvoir, du profit, du confort, du plaisir de sens etc., qui équipera efficacement le soignant pour la résistance extérieure qui l'appelle. Le premier outil de la résistance soignante est donc

438 Froissart Zoéline, *opus cité*, dans Scheffer Paul, (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.81-98

439 Foucras Philippe, "La résistance des soignants", *Ethique publique*, vol.8, n°2, 2006, pp.18-25

celui de l'humilité et de la certitude que cette « visée » éthique ne sera jamais atteinte. Car les intérêts extérieurs qui poussent la toute-puissance médicale utilisent avec maestria nos intérêts personnels pour se promouvoir et avancer.⁴⁴⁰

Les espaces collectifs étudiés peuvent assurément participer à la formation de cette résistance éthique. Là aussi, le choix de s'investir dans ces espaces serait d'autant plus à encourager auprès des étudiants de la part des enseignants que bon nombre de médecins transforment des situations propices à l'échange ou à la valorisation autour de l'humilité, en humiliation vécue par les étudiants :

En effet, il arrivait trop souvent [à l'hôpital] que je ne comprenne rien aux discussions, aux dossiers, au cas du patient. Combien de fois ai-je entendu le foudroyant « Comment ? Tu ne sais pas ça ? Mais qu'est-ce que tu sais alors ? Tiens, donne-moi LE traitement de la maladie de Duchmol ? Tu ne sais pas ? Mais tu vas finir généraliste dans la Creuse ma petite ». Je pouvais en effet rester là, baisser la tête, dire oui, ne pas être révoltée par cette institution-broyeur que sont les CHU et ne pas oser. Ne pas oser demander. Toute la réponse était là. Mais comment apprendre à oser ? Apprendre à questionner ? Apprendre à dire « je ne sais pas » ?⁴⁴¹

Le fait de ne pas rester seul et de faire l'expérience de ces collectifs apparaît comme l'une des réponses les plus fortes pour répondre aux questions qui terminent cette citation. Selon David Saint-Marc, la façon d'être et de devenir médecin est le produit de trois mécanismes :

(...) l'intégration des normes et représentations des prédécesseurs, de la culture étudiante comme ensemble de représentations et de conceptions communes, et de choix individuels qui se construisent et reconstruisent en fonction des problèmes, des situations et des objectifs perçus sur le moment⁴⁴².

440 Idem

441 Froissart Zoéline, *opus cité*, dans Scheffer Paul, (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.81-98

442 Saint-Marc D., *opus cité*, p.101

Le prisme de l'indépendance montre comment les étudiants construisent cette compétence en étant capables de prendre leur distance par rapport à bon nombre de normes dominantes. Ceci est rendu possible pour beaucoup d'entre eux par la fréquentation de collectifs favorisant une ouverture sur la société et une émancipation personnelle forte. En guise de perspective, il peut être intéressant de signaler que les étudiants états-uniens, en pointe dans le domaine de l'indépendance font toujours l'expérience qu'il est difficile de remettre en question les liens médecins/industrie avec les médecins qui les encadrent car cela questionne l'approche de ces derniers alors qu'ils sont en position d'autorité. Cependant ces étudiants notent qu'un changement est perceptible dans la mesure où la présence de l'industrie n'est plus considérée comme aussi normale qu'avant, notamment de la part des médecins encadrants à l'hôpital⁴⁴³. On peut espérer que les mobilisations étudiantes en France, en lien avec les réflexions qui ont fait suite à l'affaire Mediator® et celles qui auront lieu avec le classement des facultés françaises pourront avoir un effet similaire.

L'activité et la forte implications de ces étudiants et structures corroborent en tout cas l'analyse de Jacques Ion selon laquelle l'activité militante ne serait pas en déclin comme cela est souvent affirmé, mais qu'elle s'est plutôt déplacée des structures traditionnelles de l'engagement, comme les syndicats, vers des structures plus versatiles qui ne reposent pas forcément sur des cadres formels⁴⁴⁴.

La sociologue Régine Boutrais qui a étudié le rôle joué par les associations dans le domaine de la santé liée à l'environnement, présente ainsi cette reconfiguration du militantisme :

443 Holloway K., *opus cité*

444 Ion Jacques, *La fin des militants ?*, Paris : Editions de l'Atelier, Enjeux de société, 1997, p.128

Il s'agit donc plutôt de l'avènement d'une « nouvelle » figure militante inscrite dans des réseaux horizontaux, ayant pris du recul à l'égard des appartenances collectives, personnalisée et maîtresse de son choix, impliquée et épisodique. En outre, la défense des causes se fait désormais selon des modalités très diverses et la même personne peut avoir des pratiques différentes selon les lieux où elle s'investit. Le militantisme est ainsi devenu plus irrégulier et fluide entre les diverses causes défendues, les bénévoles se désengagent plus facilement au gré des circonstances et ne s'identifient plus forcément à une seule cause sur une longue durée⁴⁴⁵.

Les étudiants faisant partie du réseau MEDSI, et encore plus ceux appartenant au collectif de la Troupe du rire s'inscrivent tout à fait dans cette logique.

4.3.5 Les étudiants à l'hôpital

Ce vécu difficile de la formation concerne également les stages à l'hôpital. Dès la seconde année où les stages commencent, les étudiants peuvent être perçus davantage comme des « fardeaux » par les chefs de clinique, que comme des aides dans le service ou du moins des apprenants soignants⁴⁴⁶. Ils expriment aussi fortement le sentiment d'être laissés seuls dans des situations difficiles décrites par David Saint-Marc : actes à pratiquer seuls alors qu'ils ne s'en sentent pas capables, décisions difficiles à prendre ou encore rôle à jouer qui n'est pas adapté à leur spécialité. Malgré leur aspect formateur, ces situations sont source de stress intenses, comme en témoigne cet étudiant n'ayant lui aussi reçu que peu de soutien de ses supérieurs :

Dans un stage comme celui-ci, on apprend forcément beaucoup. Mais à quel prix ? On ne dort plus, on n'a plus de vie sociale. Les cours dispensés sont de qualité mais dans la pratique, on se sent seul face à trop de responsabilités. On est dans une ambiance de tension permanente. Il y a une surcharge de travail à laquelle vient s'ajouter le traitement informatique du dossier (ce qui prend en moyenne 3 heures par jour). Stage formateur mais beaucoup trop difficile. Pas de repos compensateur.⁴⁴⁷

445 Boutrais Régine, *Dynamiques associatives et santé environnementale : Vers un nouveau mode de développement ?*, Thèse de sociologie, Université Paris Dauphine, 2011, p.30-31

446 Lechopier Nicolas, *opus cité*, dans Scheffer Paul (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.110

447, Saint-Marc D., *opus cité*, p.137

Il est intéressant de rappeler que ces conditions de formation difficiles rendent les étudiants d'autant plus vulnérables aux attentions et aux avantages fournis par l'industrie pharmaceutique, comme on l'a vu lorsqu'on a présenté la culture de l'entitlement et sa genèse.

Outre le fait de faire une toute autre expérience du collectif, où les étudiants peuvent notamment trouver du soutien comme cela a été mentionné plus haut, les espaces collectifs dont il a été question peuvent s'avérer décisifs pour que certains étudiants n'arrêtent pas leurs études, en créant un meilleur équilibre pour traverser les années de formation et en redonnant du sens à la médecine. Une étudiante témoigne ainsi par exemple qu'elle a souhaité arrêter ses études de médecine en quatrième année, et que c'est la rencontre d'une des associations du réseau MEDSI qui lui a permis de continuer dans cette voie. C'est dans cet espace qu'elle a pu trouver ce qui lui manquait dans la formation médicale :

À partir de cette nouvelle rentrée, tout s'est enchaîné très vite, un questionnement en amenant toujours d'autres. Pendant deux années, je me suis investie à fond dans cette association, comme pour étancher ma soif de comprendre. Tous mes sens étaient en éveil permanent ! S'offrait à moi la possibilité enfin de questionner mon rapport aux autres, à la société, au fonctionnement du monde. J'allais de trésor en trésor.⁴⁴⁸

4.4 L'action de différents organismes en matière d'indépendance et le rôle du doctorant

Dans le fil des travaux des sociologues comme Jean-Louis Laville, les structures qui arrivent à jouer un rôle de contre-pouvoir face à l'influence considérable de l'industrie pharmaceutique et à l'inertie des pouvoirs publics se trouvent dans la sphère associative ou en sont issue. Dans le champ de la santé ces dernières ont dès leur naissance affirmé leur caractère politique à travers des valeurs fortes dont l'indépendance a été l'une des plus prégnantes, face aux

⁴⁴⁸ Froissart Zoéline, *opus cité*, dans Scheffer Paul, (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.81-98

carences observées au sein de la profession médicale et dans l'espace social plus globale, faisant écho aux remarques de Jean-Louis Laville à ce sujet :

Le ressort de la création associative est le sentiment que la défense d'un bien commun exige une action collective pour se faire entendre, ce qui est stipulé dans l'objet que se donne l'association. La genèse d'une association est sous-tendue par une protestation implicite ou explicite à l'encontre des manques ou des insuffisances ressentis par les promoteurs dans la société, ce qui l'amène souvent à être conçue en réaction aux institutions existantes⁴⁴⁹.

De manière générale, les associations jouent un rôle important en dessinant un nouveau rapport entre le public et le privé dans le prolongement des luttes sociales et de l'avènement de l'État providence dans les pays occidentaux :

Le développement de l'État providence qui accompagne dans tous les pays occidentaux celui des groupements associatifs, contribue, en particulier en France, à l'évolution des représentations des relations entre public et privé. L'espace associatif s'autonomise et se construit symboliquement autour de la notion d'intérêt collectif (...) Les associations sont de plus en plus nettement conviées à résoudre la crise de la relation entre l'individu et l'Etat et à fonder un renouveau de la « citoyenneté »⁴⁵⁰.

Malgré ce constat, la sociologie des associations montre que différentes institutions dont les entreprises notamment, cherchent plutôt à minimiser la spécificité et les actions des associations en réaction justement à leur vitalité :

La tendance serait à l'association consumériste au détriment de la militante, comme le prouverait l'essoufflement des mouvements de jeunesse et d'éducation populaire ou le problème du renouvellement des bénévoles dans

449 Laville Jean-Louis, Sainsaulieu Renaud (dir.), *Sociologie de l'association, Des organisations à l'épreuve du changement social*, Paris : Desclée de Brouwer, Sociologique économique, 1997, p 67

450 Pirotte Gautier, *La notion de société civile*, Paris : La Découverte, Repères, 2007, p.146

les associations sanitaires et sociales. Bref, l'engouement associatif traduirait surtout la domination culturelle des classes moyennes. Quant à l'embellie des créations, elle ne ferait que refléter l'évolution du droit autorisant de nouvelles formules associatives, telle l'association d'étrangers, et elle cacherait l'ampleur des disparitions et des mises en sommeil, sans compter les détournements dans lesquels des responsables associatifs convoquent l'intérêt général aux seules fins de masquer la poursuite de leurs intérêts privés⁴⁵¹.

Contrairement aux pouvoirs publics et aux entreprises, les populations attribuent une grande valeur aux associations. On note aussi que 80 % en moyenne des européens interviewés dans trois pays (France, Allemagne, Royaume-Uni) les citoyens ont une confiance très élevée envers les associations, devançant largement les entreprises et les pouvoirs publics⁴⁵². Pour défendre l'intérêt général, 68 % des Français plaident pour les associations, là aussi bien devant les deux autres acteurs cités⁴⁵³. Cette confiance se construit notamment sur le fait que la majorité des Français estiment que les associations diffusent des informations plus fiables que les pouvoirs publics. Leur absence de recherche de profit leur donne aussi une plus grande crédibilité par rapport aux entreprises.

La sociologie des associations met également en évidence qu'il existe des associations qui s'institutionnalisent au fil du temps, et d'autres qui gardent leur autonomie de critique et d'action. L'indépendance apparaît comme un critère clé pour distinguer ces deux catégories :

Certaines associations font alliance avec les nouveaux pouvoirs, d'autres jouent de tous les autres registres possibles, de la lutte au retrait. Le critère d'autonomie, par rapport aux valeurs fondamentales de liberté de groupement et de refus de normes imposées et conventionnelles, apparaît comme un critère discriminant entre les associations pratiquant la pleine maîtrise de leurs diverses capacités (juridiques, institutionnelles, contre-

451 Laville Jean-Louis, « Les raisons d'être des associations » in Laville Jean-Louis, Caillé Alain, Chanial Philippe et al, *Association, démocratie et société civile*, Paris : La Découverte, Recherches, La Revue du Mauss, 1999, p 83

452 *Rapport de l'Institut CSA, Que pensent les européens de leurs associations ?*, n° 0800789 Sondage exclusif CSA / CHORUM/ CREDIT COOPERATIF / DELOITTE, septembre 2008

453 Sondage CSA/Chorum/Crédit coopératif/MAIF, « Les français, les associations et la crise », octobre 2009

pouvoir, désobéissance civile, etc.) et celles qui sont l'émanation ou le relais des pouvoirs publics⁴⁵⁴.

Dans le champ de la santé, les associations qui se préoccupent d'indépendance font assez logiquement partie de cette deuxième catégorie.

4.4.1 La revue *Prescrire*

Prescrire fait partie des acteurs historiques ayant défendu et porté la question de l'indépendance des professionnels de santé depuis sa création en 1980. L'article 1 de ses statuts stipule que son objectif est « d'œuvrer, en toute indépendance, pour des soins de qualité, dans l'intérêt premier des patients... ». *Prescrire* est depuis 1993 entièrement financée par ses abonnés, aucune publicité ni subvention n'intervenant dans son budget.

Son action concerne également la formation initiale à plus d'un titre. En effet, certaines facultés ont intégré le Test de Lecture que la revue propose aux professionnels de santé pour consolider leurs connaissances liées à la lecture de la revue. L'inscription et l'obtention de ce test par les étudiants leur permet de valider des équivalents d'enseignement variant selon les facultés. Ces dernières peuvent également se servir des Thématiques *Prescrire* qui regroupent des articles issus de la revue sur un thème particulier. Ceci constitue un programme qui fait lui aussi l'objet d'une évaluation rigoureuse. En 2015, la moitié des facultés françaises environ utilisait ces programmes :

454 Boutrais R., *opus cité*, p 41

Ville	Faculté	Formation	Équivalence
Angers	Faculté de médecine d'Angers	Test de Lecture mensuel Prescrire	7 h d'enseignement
Brest	Faculté de médecine de Brest	Test de Lecture mensuel Prescrire	32 h d'enseignement
Caen	Faculté de médecine de Caen	Test de Lecture mensuel Prescrire	1 module optionnel
		Les Thématiques Prescrire	1 module optionnel
Créteil	Faculté de médecine de Créteil	Test de Lecture mensuel Prescrire	Optionnel
Lyon	Département de médecine générale (commun aux 4 UFR)	Test de Lecture mensuel Prescrire	10 h d'enseignement
		Les Thématiques Prescrire	10 h d'enseignement
Nancy	Faculté de médecine de Nancy	Test de Lecture mensuel Prescrire	Optionnel
Nantes	Faculté de médecine de Nantes	Test de Lecture mensuel Prescrire	12 h d'enseignement (20 points)
Paris	Faculté de médecine Paris Descartes	Test de Lecture mensuel Prescrire	10 h d'enseignement
Paris	Faculté de médecine Paris 7 Paris Diderot	Test de Lecture mensuel Prescrire	12 h d'enseignement
		Les Thématiques Prescrire	12 h d'enseignement en cas d'attestations de réussite de 3 sessions successives
Paris	Faculté de médecine Paris 13 Bobigny	Test de Lecture mensuel Prescrire	6 points

Paris	Faculté de médecine Pierre et Marie Curie	Test de Lecture mensuel Prescrire	10 h d'enseignement
		Les Thématiques Prescrire	10 h d'enseignement
Reims	Faculté de médecine de Reims	Test de Lecture mensuel Prescrire	10 h d'enseignement
Rennes	Faculté de médecine de Rennes	Test de Lecture mensuel Prescrire	30 h d'enseignement
		Les Thématiques Prescrire	30 h d'enseignement
Rouen	Faculté de médecine de Rouen	Test de Lecture mensuel Prescrire	6 Crédits-Cours
Saint-Étienne	Faculté de médecine de Saint-Étienne	Test de Lecture mensuel Prescrire	20 points
		Les Thématiques Prescrire	10 points
Tours	Faculté de médecine de Tours	Test de Lecture mensuel Prescrire	20 h d'enseignement

©Prescrire 15 mai 2016

Prescrire met à disposition des étudiants, des enseignants et des maîtres de stage différentes ressources adaptées aux besoins de ces différents acteurs. Des membres de l'équipe salariée se rendent également disponibles pour intervenir dans les congrès étudiants ou dans les cours lorsqu'ils sont sollicités par les enseignants comme cela s'est fait en 2015 à Strasbourg.

La revue a publié différents articles présentant les enjeux de l'indépendance au sein de la

formation initiale, ainsi que les initiatives existantes dans le domaine^{455,456}. Une note de lecture a permis de faire connaître le manuel OMS traduit par la HAS, qui a été valorisé en recevant le prix Prescrire 2013. De la même manière, *Prescrire* a mis en avant le livret étudiant de la Troupe du Rire « Pourquoi garder son indépendance face aux labos » en lui décernant le même prix deux ans plus tard. Comme mentionné plus haut, c'est cette gratification qui a permis au livret d'être médiatisé et de prendre son essor.

Prescrire organise également tous les deux ans depuis 2010 les Rencontres Prescrire qui permettent à de nombreux professionnels de santé, usagers, mais aussi étudiants, de se rencontrer et de débattre à travers différents ateliers et conférences. Ce rendez-vous peut permettre à des étudiants de rencontrer des professionnels se démarquant de leurs références habituelles, notamment en matière d'indépendance. Outre le fait de s'encourager mutuellement en se rassemblant, ces rencontres permettent à des personnes travaillant dans la même région de prendre contact. Pour les étudiants, cela se traduit parfois par des possibilités de stage auprès de confrères avec qui ils peuvent déjà partager un certain nombre de valeurs. Ceci n'est pas anodin dans la mesure où les stages chez les médecins généralistes sont parfois déterminants en donnant accès aux étudiants à des professionnels différents qui pourront servir de modèle, notamment en matière d'indépendance. Certains rencontres de ce type peuvent également avoir lieu lors de la Pilule d'Or que la revue organise une fois par an fin janvier à Paris. En plus de décerner un titre à des laboratoires ayant réellement apporté un bienfait thérapeutique en termes de médicament ou de conditionnement, ces rencontres sont l'occasion d'aborder un thème à chaque fois différents avec des intervenants, venant parfois de l'international, choisis pour l'occasion. L'une des dernières éditions a porté sur le financement de la recherche médicale publique par exemple.

455 Prescrire, « États-Unis : moins de firmes dans les facultés de médecine grâce aux étudiants », *Prescrire* 2016 ; 36 (387) : 58-64

456 Prescrire, « Prévention des conflits d'intérêts dans les hôpitaux universitaires », *Prescrire* 2016 ; 36 (387) : 60

La revue *Prescrire* a acquis depuis 1981 une légitimité importante, elle est régulièrement auditionnée par l'Assemblée Nationale et le Sénat lorsqu'il s'agit du système de santé et du médicament, en particulier lorsqu'il s'agit de sujets en lien avec l'indépendance⁴⁵⁷. Ces rapports la citent en référence, comme celui du Sénat portant sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments qui présente la revue en ces termes :

La revue *Prescrire* constitue une forme d'exception dans cet ensemble. Fondée en 1980, elle a bénéficié pendant une dizaine d'années d'une subvention du ministère de la santé. Depuis douze ans, elle est désormais exclusivement financée par les abonnements et totalement indépendante de l'industrie pharmaceutique. *Prescrire* compte aujourd'hui près de 30.000 abonnés, en majorité des médecins et des pharmaciens, mais aussi quelques laboratoires⁴⁵⁸.

Prescrire est également citée comme modèle à suivre pour l'agence du médicament, en termes de tri des données scientifiques notamment, comme le fait le rapport de l'IGAS suite à l'affaire Mediator® :

Les travaux de méta-analyse effectués par la revue *Prescrire* ont montré tout leur intérêt. Ce travail bibliographique approfondie sur des thématiques connexes avec les sujets traités par le département de pharmacovigilance. Il semble indispensable que l'AFSSAPS s'organise pour être en capacité d'effectuer elle-même des études de ce type et n'accorde plus aux analyses fournies par les laboratoires pharmaceutiques un poids prépondérant dans la prise des décisions.⁴⁵⁹

Malgré cette reconnaissance qui repose sur un travail méthodique de longue date et un centre de documentation autonome auquel est consacrée 600 000 euros chaque année⁴⁶⁰, la revue *Prescrire* fait toujours aujourd'hui l'objet de forts discrédits. Il n'est pas rare qu'un étudiant citant

457 Par exemple, voir cette vidéo où le docteur Bruno Toussaint, Directeur de publication de la revue *Prescrire* est auditionné par le Sénat : <http://videos.senat.fr/video/videos/2011/video7729.html>

458 Hermange M-T, Payet A-M., *opus cité*, p.49

459 Bensadon Anne-Carole, Marie Etienne, Morelle Aquilino, *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, Igas, juin 2011

460 *Prescrire*, *Prescrire 2015-2016*, p.1

Prescrire dans sa thèse soit repris à ce sujet par son jury comme me le confiait un enseignant en 2015⁴⁶¹. Parlant des agences sanitaires, le rapport de l'IGAS présente la situation de la sorte, qui pourrait être reprise pour un bon nombre de médecins et d'enseignants :

Peu de place est laissée aux lanceurs d'alerte. Les rédacteurs de la revue *Prescrire* ont longtemps été considérés comme des sources de problèmes à régler plutôt que des aides au repérage de signaux⁴⁶².

Ceci fait écho aux propos disqualifiant la revue en bloc que l'on retrouve chez de nombreux médecins et enseignants comme mentionné précédemment, la phrase revenant le plus souvent étant que « si on écoutait *Prescrire*, on ne prescrirait plus rien ». Cette mise à l'écart sans nuance fait abstraction des différentes actions de l'association qui, à côté de fournir des données plus fiables possibles, proposent bien d'autres soutiens aux médecins dont il est rarement fait écho. C'est le cas notamment de son programme « Éviter l'évitable », et de son action politique au niveau européen au sein du collectif Europe et médicament qui essaye de faire contrepoids au puissant lobbying de l'industrie pharmaceutique. Ceci correspond au constat de la sociologie des associations d'après laquelle les associations critiques sont souvent réduites à peu de chose face à la diversité de leur implication :

A de très rares exceptions près, les associations échappent aux positions extrêmes où certains veulent les maintenir : 'complice de l'administration', 'scientifiquement désimpliqué' ou 'contestataire systématique'. La quasitotalité d'entre elles agissent en interaction, plus ou moins forte, plus ou moins critique, avec les autorités politiques et administratives locales, régionales et parfois nationales. Rares sont celles qui se laissent enfermer dans un rôle unique, l'action participative n'exclut pas la revendication active et la fonction gestionnaire ne signifie nullement le refus de toute opposition. Le type d'enjeu en cause et les positions des autres groupements locaux interfèrent ici fortement sur les réactions observables... Contrairement aux oppositions faciles qui enferment les associations dans

461 Communication personnelle

462 Bensadon Anne-Carole, Marie Etienne, Morelle Aquilino, *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, Igas, juin 2011, p.43

des rôles réducteurs (participation/opposition, connivence/contestation), les activités développées par ces groupements apparaissent à l'observation autrement plus diversifiées et intégratrices⁴⁶³.

4.4.2 Le Formindep

L'association du Formindep, dont le nom est la contraction de « formation indépendante » est plus récente. Elle a été créée par le médecin généraliste Philippe Foucras en 2004. Elle jouit aujourd'hui d'une reconnaissance forte en étant elle aussi régulièrement auditionnée. Le rapport du Sénat de 2006 la cite en exemple d'organismes indépendants :

Sensibiliser les professionnels de santé, les pouvoirs publics et les patients à la FMC : l'exemple du collectif Formindep.(...)

Ses actions sont de trois ordres :

- sensibiliser les professionnels de santé aux risques liés à la collusion d'intérêts entre laboratoires pharmaceutiques et organismes de formation médicale. (...)
- interpellier les autorités de santé de façon permanente sur l'indépendance des revues médicales et des formations délivrées, notamment dans le cadre de la formation initiale à l'université.
- recommander aux patients les organismes de formation et les publications qui ont pleinement intégré, dans leur pratique, l'indépendance par rapport à l'industrie pharmaceutique, telles que la revue Prescrire ou la société de formation thérapeutique des généralistes (SFTG).⁴⁶⁴

Le Formindep est une association résolument tournée vers l'action pour faire évoluer les pratiques et les institutions en matière d'indépendance, face à l'inertie des pouvoirs publics, au refus de la profession médicale de s'organiser pour pallier cette carence face au poids de l'industrie pharmaceutique. Une telle auto-organisation de la profession existe pourtant dans d'autres pays. Quelques-unes des victoires du Formindep ont déjà été rapportées précédemment.

463 Lascoumes Pierre, *L'éco-pouvoir, environnement et politique*, La Découverte, Paris, 1994, p 235

464 Hermange M-T, Payet A-M., *opus cité*, p.43

Son action en lien avec la formation initiale s'est déclinée sur plusieurs aspects. Le Formindep a réalisé lui aussi un livret présentant sa vision des conflits d'intérêts dans le champ de la santé. Ce livret a été notamment réalisé pour que les enseignants et les doyens puissent mieux connaître ce que défend l'association, et la solliciter éventuellement pour intervenir dans des cours. Le Formindep a pour le moment été sollicité de la sorte par des enseignants qu'une seule fois. Cependant les étudiants de l'ANEMF et de ses antennes locales l'invitent régulièrement dans leurs congrès ou événements depuis 2014 à intervenir et à tenir une table. Ces interventions sont de différents ordres selon les orateurs : présentations powerpoints classiques présentant les enjeux de l'indépendance, saynète mettant en scène une interne avec son externe recevant un visiteur médical à l'hôpital, partage de pratiques au quotidien de l'exercice médical avec le souci de l'indépendance, échanges autour des parcours de vie et des choix pour faire face aux influences... Ces ressources et bien d'autres comportant des vidéos, des cours dispensés par des enseignants, des articles ont été rassemblées dans une rubrique consacrée à la formation initiale sur le site de l'association⁴⁶⁵. Elles sont autant destinées aux étudiants qu'aux enseignants et responsables de formation. En voici un échantillon afin d'en donner une idée plus précise :

Type de ressource	Exemples
Powerpoints	Balances bénéficiers risques de l'indépendance – Philippe Foucras Déclarer ses liens d'intérêts – Philippe Masquelier Étudiants en santé, se protéger des influences – Armel Sevestre Gérer les conflits d'intérêts – Philippe Masquelier
Initiatives étudiantes	Livret de la Troupe du Rire Powerpoint « Pourquoi garder son indépendance – Clément Haddadi
Enseignements	Cours existants à Lyon et à Strasbourg

⁴⁶⁵ <http://www.formindep.org/Agir-pour-l-independance-en-sante.html>

	Manuel d'enseignement OMS « Comprendre et répondre à la promotion pharmaceutique » Curriculum Pharmfree de l'AMSA traduit et adapté au contexte français
Vidéos et documentaires	Chaîne Youtube du Formindep régulièrement mise à jour
Articles sur la formation initiale	Causette, PLoS, Que choisir santé...

Le Formindep a également apporté son soutien au livret de la Troupe du Rire en finançant les 2000 premiers exemplaires et en hébergeant sa version électronique sur son site internet. Sa principale action concernant la formation initiale reste le classement des facultés françaises sur le modèle de la Score Card états-unienne de l'AMSA. La première édition devrait être publiée fin 2016.

A noter que les étudiants peuvent très bien être membres du Formindep et participer à ses actions, comme c'est déjà le cas aujourd'hui pour certains. Le Formindep organise chaque année en marge de son Assemblée Générale, des rencontres où des groupes de travail sont constitués ou renouvelés.

4.4.3 L'État

L'État peut jouer un rôle de transformation puissant de la formation médicale en imposant des changements par le haut, comme cela a été le cas de l'introduction des Sciences Humaines et Sociales en 1992, ou dans le cas de la réalisation des épreuves des ECN sous forme numérique. Comme le dit un doyen d'une faculté parisienne, ce changement décidé par le haut, et sans doute avec les résistances et conséquences négatives possibles liées au fait que cela soit imposé de la sorte, conduit à une refonte du cursus au potentiel non négligeable :

Cet examen classant va changer de modalité, il va s'informatiser. (...) Pour

amener des étudiants dont nous avons la responsabilité à une certaine performance dans ces concours (...), il faut qu'en amont et pas la dernière année : les deux, trois, quatre années précédant le concours, ils se soient appropriés les outils qui vont servir à les évaluer. (...) Il y a en partant de la fin et en remontant au fur et à mesure tout un parcours d'enseignement à adapter à ces nouvelles modalités. Vous me direz c'est une occasion rêvée pour le faire et s'il n'y avait pas eu cette incitation forte, pour laquelle nous n'avons strictement aucune marge de manœuvre, nous l'aurions fait dans de tels délais⁴⁶⁶.

L'Académie de médecine états-unienne a elle aussi suggéré que les États puissent intervenir de manière plus autoritaire dans le cas où les facultés de médecine n'intégreraient pas d'elles-mêmes des dispositions pour face aux influences industrielles. Il s'agirait là aussi de favoriser à la fois la protection des étudiants et une formation adéquate pour préparer les futurs médecins à se défendre vis-à-vis des stratégies commerciales les prenant pour cible ainsi que leurs patients :

Si les institutions médicales n'agissent pas de manière volontaire pour renforcer leurs politiques et procédures concernant les conflits d'intérêts, la pression exercée par une régulation extérieure est susceptible d'augmenter. La médiatisation régulière des problèmes liés aux conflits d'intérêts en médecine et l'échec des individus et des institutions à adhérer à des politiques de conflits d'intérêts ont conduit à des appels pour une régulation étatique⁴⁶⁷.

L'État pourrait intervenir d'une autre manière en demandant à l'IGAS de réaliser un rapport sur l'état de la formation à l'indépendance et de l'indépendance de la formation médicale. L'IGAS a déjà réalisé un certain nombre d'enquêtes concernant la médecine, et certaines d'entre elles comme les deux concernant l'affaire du Mediator® ont pu jouer un rôle transformateur non négligeable.

466 Rencontres d'Hippocrate, « Quelle politique universitaire pour la faculté de médecine Paris Descartes ? », Paris 5, 18 septembre 2014. <https://mediasd.parisdescartes.fr/#/collection?id=fDFAtdHaAPmJ>

467 Lo B, Field MJ, *opus cité*.

4.4.4 Rôle du doctorant

Comme il a été mentionné en introduction, ce travail s'est nourri par un double ancrage alliant recherche et engagement. J'ai directement participé à un certain nombre des actions décrites plus haut, et j'ai parfois été à l'amorce de celles-ci. Il m'a ainsi paru intéressant d'en rendre compte de la manière la plus honnête possible, afin de montrer dans quelle mesure un chercheur en sciences humaines et sociales a pu se mettre au service de l'idée d'indépendance.

Le point qui me paraît essentiel est le fait que le chercheur a le temps d'aller rencontrer les différents acteurs de son champ et de lire ce qu'ils font. Cette rencontre a d'autant plus de chance de se passer dans de bonnes conditions que le chercheur se présente principalement pour s'intéresser aux acteurs et à leurs actions dans le cadre de sa recherche. Il a ainsi moins de risque d'être étiqueté de manière préjudiciable en étant rattaché à une structure avec laquelle les acteurs peuvent avoir un historique parfois délicat. Comme le cite un rapport de l'IGAS, rien de plus puissant que le contact direct, et l'industrie pharmaceutique l'a bien compris à travers l'usage de ses visiteurs médicaux, alors que les agences, elles, continuent de faire de l'information à distance avec beaucoup moins d'efficacité⁴⁶⁸.

4.4.4.1 La rencontre de l'ANEMF : dépasser les préjugés

La rencontre et la connaissance personnelle des différents acteurs est un élément déterminant cruciale pour dépasser les blocages entre différentes structures, comme il en a été question en introduction. Cela s'est particulièrement vérifié avec L'ANEMF. Financée par Novartis et n'ayant jamais pris publiquement position en matière d'indépendance de la formation, il paraissait peu probable que l'association des étudiants en médecine de France s'avère réceptive à cette problématique et souhaite s'y engager. D'autres arguments ne manquaient pas pour conforter

⁴⁶⁸Bras Philippe, Ricordeau Pierre, Rousille Bernadette, Saintoyant Valérie, *opus cité*, p.2/4

cette idée. Cette association ayant de nombreux dossiers à traiter avec différents acteurs politiques de poids comme les doyens ou les ministères, il ne paraissait pas évident qu'elle ose afficher des valeurs qui puissent risquer de froisser ses interlocuteurs privilégiés. Que ce soit au Formindep ou au sein du réseau MEDSI, l'opinion que je m'étais faite de l'ANEMF ne donnait en tout cas pas beaucoup d'espoir en ce sens, tout comme la rencontre de deux élus de l'ANEMF sensibles à cette question lors d'une journée organisée par la revue indépendante *Pratiques – Les cahiers de la médecine utopique*, mais qui me paraissaient bien isolés.

Les réseaux étudiants m'ont malgré cela permis de voir passer un message d'une élue de l'ANEMF sur la mailing liste de MEDSI quelques années plus tard. Il apparaissait évident que cette élue portait beaucoup d'intérêt à l'indépendance. C'est ainsi que le contact s'est fait entre nous et que la dynamique s'est amorcée au sein de l'ANEMF, grâce à son engagement en interne à partir de début 2014. Le chemin parcouru depuis par l'association étudiante et certains de ses membres aurait paru tout à fait impensable à cette époque. C'est l'un des revirements les plus inattendus qui a pu être constaté lors de cette thèse et de son travail de terrain. Le fait que j'intervienne à plusieurs reprises au sein de l'ANEMF pour sensibiliser ses membres à la question de l'indépendance a joué un certain rôle, mais il est évident que le contexte de l'affaire post-Mediator® a été déterminant pour que ces échanges portent leur fruit aussi rapidement. En effet, suite à ma première prise de parole lors du congrès principal l'ANEMF qui a eu lieu pendant l'été 2014, ses membres ont directement pris deux motions, une qui a mis fin au partenariat avec Novartis, et l'autre qui émettait le souhait que l'ANEMF ne soit plus associée avec l'industrie pharmaceutique, notamment en vue de préserver son image et ses valeurs. Ceci montre que des virages de structures peuvent parfois se produire en arrivant au bon moment. Il n'en reste pas moins que ceci ne s'est pas fait tout seul et n'aurait pas été possible sans l'engagement sur plusieurs mois de cette élue très motivée par le sujet de l'indépendance.

Une fois qu'il apparaissait clairement que l'ANEMF souhaitait travailler en direction de l'indépendance, j'ai pu me rendre utile en mettant en lien l' élu responsable des partenariats avec *Prescrire*, afin qu'il puisse réfléchir à une manière de rendre l'association moins dépendante des partenaires financiers pharmaceutiques. Certains élus sont venus également aux rencontres du Formindep où Irène Franchon, Philippe Even et Martin Hirsch, le directeur de l'Assistance Publique - Les Hôpitaux de Paris, étaient invités à s'exprimer sur le sujet de l'indépendance, favorisant la coopération entre l'association étudiante et le Formindep.

Le chercheur dispose également de ressources qu'il peut mettre à disposition des structures. Cela a été le cas en diffusant le curriculum Pharmfree de l'AMSA, une proposition de programme complète, réaliste et solidement étayée, auprès de l'ANEMF. Ce document étant en anglais, j'ai sollicité les membres du Formindep afin de fournir une traduction française pour faciliter l'appropriation de cette précieuse contribution. Certains membres de l'ANEMF se servent de ce document afin de faire avancer le projet d'une formation initiale intégrant la question de l'indépendance.

Enfin, l'une des richesses mais aussi des faiblesses des grosses associations comme l'ANEMF réside dans le grand turn-over de ses élus qui changent chaque année. Des sensibilités différentes peuvent se succéder, et des informations et des élans se perdre dans les transmissions, particulièrement dans le cadre d'un dossier encore jeune au sein de l'association. Même si globalement les transmissions se sont bien passées depuis 2014, avec un grand investissement des élus porteurs du dossier indépendance, on m'a invité à jouer en quelque sorte le rôle de fil rouge afin de favoriser le tuilage et le suivi des projets en lien avec l'indépendance, les élus étant souvent surchargés et sur plusieurs dossiers en même temps.

4.4.4.2 Engagement au sein du Formindep

Dans cette structure également, ce que le chercheur peut apporter, surtout dans le cadre d'une thèse, reste du temps. A l'heure actuelle, le Formindep est essentiellement composé de médecins qui arrivent à dégager un peu de temps pour l'association à côté de leur profession et de leur famille. Ayant beaucoup moins de contraintes, j'ai pu notamment initier et coordonner le groupe de travail sur le classement des facultés composé de huit personnes. Ayant pris connaissance d'un certain nombre de documents pour la réalisation de la thèse, je me suis aussi occupé de la rubrique « Formation initiale » mise à disposition sur le site.

4.4.4.3 La journée nationale sur l'indépendance dans la formation initiale

Le doctorant a également le temps d'organiser des événements où il peut réunir les différents acteurs que sa recherche l'a amené à rencontrer. C'est lors de la remise du prix Prescrire au livret de la Troupe du rire que l'idée d'organiser cet événement a vu le jour avec le médecin enseignant et membre de *Prescrire* Pierre Frouard. Cette journée a eu lieu le 30 avril 2016 dans les locaux de la revue indépendante. Nous visions un triple objectif : rassembler les différents acteurs de la formation initiale (doyens, enseignants, étudiants et leurs structures, chercheurs...), mutualiser les ressources favorisant le développement d'une formation à l'indépendance et d'une formation elle-même indépendante, et enfin voir s'il était possible d'envisager une stratégie commune entre les différentes personnes réunies, en prenant comme base le curriculum Pharmfree de l'AMSA évoqué plus haut.

Cette journée a été un succès à plus d'un titre. Elle a réuni plus de soixante personnes, avec des étudiants venant d'Italie pour s'inspirer des dynamiques à l'œuvre en France, une membre de Health Action International, l'association ayant porté le manuel OMS a également fait le déplacement depuis les Pays-Bas. Surtout, l'ISNAR-IMG et l'ISNI, les deux syndicats d'internes ont

répondu à l'appel, et nous avons pu constater que l'ISNAR-IMG avait engagé des actions sérieuses depuis un an, mentionnées précédemment, qui étaient restées inconnues à la plupart des participants. L'ISNI part de plus loin, mais la présence de l'un de ses élus à cette journée peut laisser penser que la thématique va être davantage abordée au sein du plus gros syndicat d'internes, stimulé en ce sens peut-être par les initiatives entreprises par l'ANEMF, l'ISNAR-IMG et le SNJMG. Cette journée, qui a été filmée et que l'on peut voir sur internet⁴⁶⁹, a permis de prendre connaissance d'autres actions en cours, comme celle de la faculté de Brest où Irène Frachon, présente à cette journée, a été invitée à s'impliquer, et de récolter de précieux témoignages, comme celui de la maître de stage dont il a été question plus haut, qui a pu donner un aperçu de ce qui pouvait être fait dans ce cadre précis de formation.

Le professeur Jean Jouquan, rédacteur en chef de la revue *Pédagogie Médicale*, est également intervenu. La recherche d'émancipation fait partie des valeurs de la revue, cependant la question de l'indépendance n'avait encore jamais été abordée dans ses colonnes. Suite à cette journée, il a été décidé qu'une tribune et un édito seraient publiées dans la revue pour pallier cette lacune, et ainsi intégrer les chercheurs en pédagogie médicale et les enseignants francophones dans la boucle des acteurs concernés.

Le fait de choisir au départ de cette thèse de croiser recherche et engagement a fortement contribué à ce rôle joué au sein de ces structures, les acquis de la recherche permettant de nourrir l'engagement, et l'engagement apportant une matière à la recherche puisée quasiment sur le vif au fur et à mesure que la question émergeait au sein des différentes organisations. Ceci pourrait inspirer d'autres thèses ou recherches qui pourraient par exemple concerner l'indépendance au sein de la filière pharmacie, et faire écho à cette conception de la recherche décrite par Eric Plaisance et Gérard Vergnaud :

469 Journée d'étude - Formation à l'indépendance et indépendance de la formation médicale : <https://www.youtube.com/playlist?list=PL5vzBp9poqMUI75wGcKZ02viXgE4OlgDv>

Le chercheur n'est pas le « décideur ». Il est toutefois en mesure, sur des points précis et en fonction des conditions précises de la recherche effectuée, de fournir des éléments assurés de réflexion sur des questions controversées ou qui suscitent des prises de position idéologiques. Le problème essentiel est bien celui du rôle de la recherche dans la formation des personnels de l'éducation pour qu'ils puissent porter un autre regard sur leurs pratiques, sur leur position professionnelle et, bien entendu, sur les personnes en formation, élèves, étudiants, ou stagiaires. La recherche est alors un outil fondamental de prise de conscience qui est en même temps prise de distance réflexive⁴⁷⁰.

Une première réunion de travail rassemblant des enseignants, des membres de l'association des étudiants en pharmacie, un membre de Prescrire et moi-même, s'est tenue à Lyon le 20 mai 2016. Un compte-rendu de cette journée a été réalisé afin de poursuivre la réflexion en s'inspirant de la forte dynamique que l'on trouve dans la filière médicale.

5 Axe curriculaire

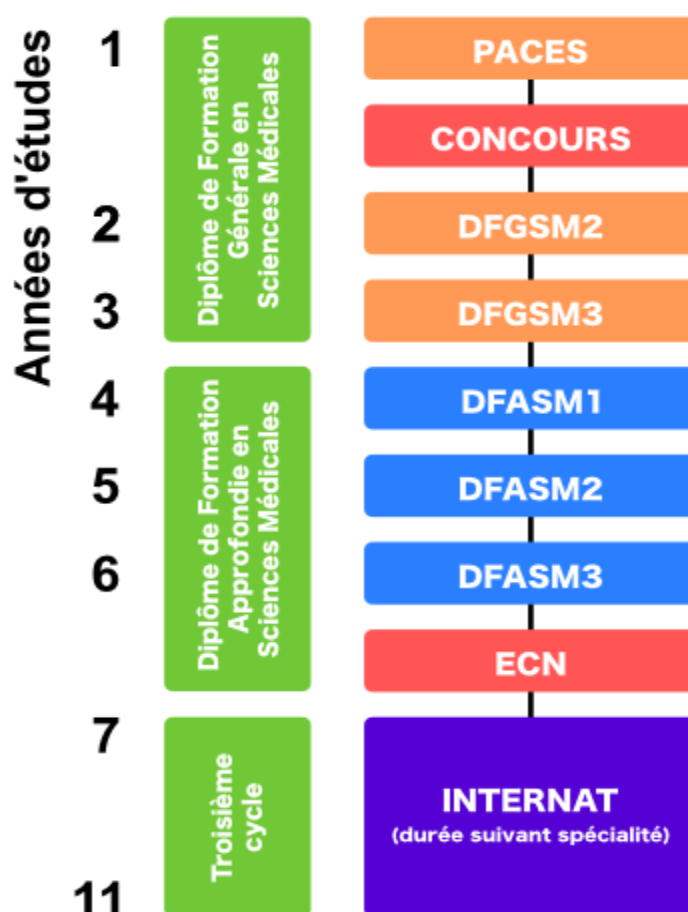
Il a déjà été mentionné précédemment qu'il n'existait en France quasiment aucune formation à l'indépendance intégrée aux études médicales. Après avoir étudié la position des différents acteurs en la matière, il s'agit maintenant de se pencher sur ce qui peut freiner le développement d'une formation à l'indépendance cohérente dans la structure actuelle des études médicales et de la manière selon laquelle les curriculums se décident. Il sera aussi question des propositions et exemples existants à l'international qui pourraient être sources d'inspiration afin de remédier aux blocages identifiés.

470 Plaisance E., Vergnaud G., *Les sciences de l'éducation*, La découverte, 2001, p.113

5.1 Les freins intrinsèques au curriculum actuel

Les deux concours qui encadrent les études médicales françaises, comme ils apparaissent dans le schéma des études médicales ci-dessous, sont certainement le paramètre qui conditionne le plus le climat dans lequel celles-ci se déroulent, en stimulant un esprit de compétition et de bachotage intense, imprégnant très fortement les trois années de l'externat. Cet environnement ne favorise pas la formation à l'indépendance et à l'émancipation intellectuelle des étudiants, encourageant bien au contraire le conformisme et les apprentissages de surface comme on l'a vu précédemment.

Schéma des études médicales



Il n'en reste pas moins qu'il peut très bien exister des cursus de formation proposant un climat plus propice à la coopération et à la réflexivité, comme c'est le cas au Canada, mais qui ne dispensent pas forcément pour autant une formation intégrant la question de l'indépendance. Quels sont les paramètres qui permettent de comprendre ce qui freine le développement de cette dernière ?

La revue *Pédagogie médicale* a publié un article intitulé « Les maladies du curriculum » qui reprend en l'adaptant le travail réalisé par le professeur de pédagogie médicale Abrahamson. Ce dernier a été le fondateur et directeur du département de Recherche en Éducation médicale de la faculté de médecine de Los Angeles. L'article liste une série de points, dénommés de manière humoristique sous forme de maladies, affectant les visées pédagogiques du curriculum. Les éléments concernent la façon de concevoir et de vivre le curriculum de manière générale, mais ils permettent d'appréhender ce qui peut entraver l'intégration de la question de l'indépendance. En voici un bref descriptif :

- La Curriculo-sclérose correspond à « un durcissement des disciplines » où ces dernières finissent par ne plus communiquer entre elles. Ceci a pour corollaire une certaine lutte de territoire qui se traduit notamment par une recherche du nombre d'heures maximal, celui-ci étant considéré comme reflétant l'importance de l'enseignement. Les auteurs de l'article notent que dans ce contexte : « La planification du programme devient alors plus une lutte pour le pouvoir que l'activité pédagogique qu'elle est en réalité. »
- L'arthrite du curriculum, liée à la précédente, décrit comment les enseignants peuvent agir sans prendre en compte ce que font leurs collègues, voire en manifestant une hostilité envers les autres, notamment quand un enseignant « proclame qu'il a enseigné tel sujet depuis vingt ans et que personne n'a le droit de se mêler de ses affaires ».

- L'ossification du curriculum arrive lorsque les responsables des formations, doyens en tête, refusent d'intégrer des modifications qui s'avèrent pourtant légitimes et importantes.
- L'hypertrophie du curriculum correspond-elle au fait que les connaissances en médecine ont connu un très fort développement que chaque discipline souhaite inclure dans les études. Ceci est justifié mais le problème se pose du fait que cette inclusion n'est souvent pas associée à la mise de côté d'une partie des connaissances anciennes. Les réflexes de territoires se retrouvent ici aussi :

(...) la répugnance bien compréhensible que ressent un collègue à devoir amputer une partie de son propre contenu (peut-être un peu dépassé) pour faire place à un contenu nouveau dans sa propre discipline ne se rencontre plus s'il s'agit d'envisager d'amputer le contenu d'une autre discipline⁴⁷¹.

- Le carcinome du curriculum est une extension de la maladie précédente, elle se traduit par un changement conséquent du programme lié au développement d'un nouveau secteur de la recherche, même si celui-ci n'a que peu d'intérêt pour le patient.

Contrairement à l'ossification du curriculum, la curriculose iatrogène se définit par une multiplication de réformes qui ne permet pas d'en mesurer les effets.

Dans sa forme la plus grave, cette maladie défie toute tentative d'évaluation d'un programme et empêche même de tout simplement comprendre à quoi servent certaines parties du programme⁴⁷².

471 Abrahamson S. Guilbert J-J., « Les maladies du curriculum », *Pédagogie médicale*, mai 2002 - Volume 3 - Numéro 2, p.122-124

472 Idem

- La psychose curriculaire se manifeste lorsque le programme d'étude ne correspond plus aux problèmes de la société en matière de santé. Elle se traduit aussi par des incohérences profondes entre le discours et les actes, comme le fait de proclamer vouloir former des médecins généralistes, alors que le cursus s'organise autour de spécialités hautement technologiques se trouvant à l'hôpital. Ceci fait écho au constat des doyens et ex-doyens Richard et Saint-André qui font remarquer que l'intitulé du programme lui-même, met fortement en avant les disciplines dites « d'organe » et les autres issues de développement technologiques (disciplines biologiques, imagerie médicale, radiothérapie) et influencent grandement les représentations des étudiants qui intègrent l'idée d'une médecine découpée par secteur et organe par rapport à une conception plus intégrée⁴⁷³. Le sociologue David Saint-Marc fait aussi le constat que l'organisation actuelle des études détournent les étudiants de la médecine générale. Les étudiants ne côtoient que des spécialistes à l'hôpital pour qui majoritairement la médecine générale est une « sous-spécialité ». Un étudiant l'exprime de cette manière : « dans la bouche des chefs (de service) les médecins généralistes, ils sont nuls ! »⁴⁷⁴. Il est néanmoins possible que la médecine générale puisse être reconsidérée plus positivement si la question de l'indépendance dans les études était davantage mise en avant, vu que ce sont majoritairement des médecins généralistes qui ont porté ces valeurs en France, comme c'est le cas à *Prescrire*, au Formindep ou au sein de la revue *Pratiques*. Les auteurs de l'article « Les Maladies du curriculum » donnent un autre exemple de psychose curriculaire :

Ces facultés proclament que le dialogue singulier médecin-malade est la pierre angulaire d'une médecine humaine que les citoyens se plaignent de ne pas trouver et organisent un enseignement de masse en amphithéâtre (romain) où le seul contact (qui n'en est pas un) avec un enseignant (qui récite une leçon) qui est supposé servir d'intermédiaire avec le patient. Lorsque finalement l'étudiant se trouve en contact direct avec le patient,

473 Richard I., Saint-André J-P., *opus cité*. p.66

474 Saint-Marc David, *La formation des médecins – Sociologie des études médicales*, L'Harmattan, Paris, 2011, p.13

c'est le plus souvent sans supervision ni rétro-information sérieuse⁴⁷⁵.

On trouve bien d'autres aspects problématiques du curriculum dans l'article d'origine d'Abrahamson, cet aperçu permet cependant d'identifier déjà un des problèmes fondamentaux affectant la formation des étudiants qui pourrait être appelé « conflit d'intérêts pédagogiques ». Ce dernier reflète le fait que des enseignants peuvent soit avoir tendance à privilégier des intérêts différents de ceux des étudiants et des patients, et de leur fonction d'enseignant. Ainsi, leur confort personnel en terme d'enseignement (continuer à faire le même cours fait depuis vingt ans par exemple), ou la discipline à laquelle ils appartiennent, par rapport à celles de leurs collègues, peuvent être favorisées prioritairement. Les enseignants eux-mêmes évoluent ainsi dans un climat de compétition qu'ils peuvent contribuer à reproduire et à renforcer, faisant de la formation des étudiants un enjeu de pouvoir et de territoire comme l'écrivent Abrahamson et Guilbert. On comprend que dans ces conditions, le cursus puisse suivre des finalités qui s'éloignent ou se séparent des besoins de la société en termes de santé, dont l'indépendance peut être un exemple.

5.1.1 Évaluation : le poids des concours

Une autre manière d'aborder le curriculum est d'étudier sa manière d'évaluer les étudiants en fin de cursus. L'ensemble des observateurs s'accordent pour dire que « c'est l'évaluation qui conditionne le curriculum » (« Evaluation drives curriculum »), et non l'inverse comme on pourrait le penser⁴⁷⁶.

Les étudiants vont passer beaucoup de temps durant leur externat à apprendre en fonction des items de l'ECN ce qui va focaliser leur attention sur ces éléments qui s'en trouvent valorisés. A l'inverse, ceci peut faire passer pour accessoire dans l'exercice de la médecine ce qui

475 Abrahamson S. Guilbert J-J., *opus cité*.

476 Parent et Jouquan, *opus cité*, p.111

n'apparaît pas au concours, comme c'est le cas de l'indépendance jusqu'à aujourd'hui.

Irène Frachon faisait cependant remarquer lors de la première journée nationale consacrée à la formation à l'indépendance dans les études médicales qui a eu lieu le 30 avril 2016, qu'il existe déjà pour les ECN l'item 14, au sein de la lecture critique d'articles, qui aborde certaines notions en lien avec l'influence des firmes pharmaceutiques⁴⁷⁷ :

- Identifier les impacts potentiels d'un lien d'intérêt sur une information scientifique et médicale.
- Justifier l'utilité de la déclaration de lien d'intérêt d'un expert et l'utilité d'une politique de gestion de ces liens potentiellement conflictuels.

De nombreux travaux ont été réalisés pour proposer des formes d'évaluation qui permettrait à la fois de sortir de la logique de bachotage et de favoriser une réflexion s'approchant des raisonnements cliniques comme c'est le cas des tests à concordance de script, mais les oppositions au changements semblent fortes pour le moment⁴⁷⁸.

5.1.2 L'absentéisme massif et le bachotage

L'un des plus grands problèmes rencontrés par les équipes enseignantes est le fort taux d'absentéisme des étudiants. Ceci concerne tout autant les facultés ayant une réflexion approfondie sur leur pédagogie, comme l'indique un guide proposé aux enseignants à Lyon Est :

477 <https://www.youtube.com/watch?v=rq6jQs7qA7w&index=39&t=40s&list=PL5vzBp9poqMUI75wGcKZ02viXgE4OlgDv>

478 Pour en savoir plus, voir ces deux références : Jouquan et Parent, « Les enjeux épistémologiques et méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles en santé » dans Parent Florence, Jouquan Jean (sous dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck, Bruxelles, 2013, p.215-232

De Ketele Jean-Marie, « Évaluer les apprentissages dans la formation des professionnels de santé », dans Parent Florence, Jouquan Jean (sous dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck, Bruxelles, 2013, p.285-304

Force est de constater que nos étudiants apprennent surtout la médecine à partir des ressources documentaires disponibles sur Internet ou à partir de photocopies rédigés par les collègues des différentes disciplines. Certes certains étudiants viennent assister à nos traditionnels cours, mais ce n'est certainement pas la majorité.⁴⁷⁹

Ce dernier point, associé au fait que cette situation soit particulièrement développée en France comparée à d'autres pays, laisse penser que c'est en grande partie le curriculum qui induit cette situation. Dans le contexte français, selon Richard et Saint-André, les étudiants valorisent la formation pratique à l'hôpital, et préfèrent pour la plupart avoir recours à des « prépas » privées et/ou à des documents et supports multimédias abondants pour se préparer aux examens de la faculté. La doyenne et l'ex-doyen font cette remarque :

(...) la plus-value de la présence de l'enseignant est moins évidente que dans d'autres disciplines. Ces caractéristiques ont conduit depuis toujours à un absentéisme très important des étudiants en médecine, notamment des plus brillants (...) (qui deviennent parfois des enseignants) (...)⁴⁸⁰.

Là encore, c'est bien la présence des deux concours propre à la France qui est sans doute l'élément déterminant. Après avoir passé l'épreuve de la première année, beaucoup d'étudiants profitent de leur vie d'étudiant lors des 2^e et 3^e années. Il est souvent question des soirées étudiantes de médecine pour les plus fêtards, ou des voyages et expériences associatives pour les plus idéalistes. A partir de la 4^e année, l'horizon de l'ECN les rattrape et les externes se remettent pour la majorité d'entre eux à bachoter pour préparer les examens de l'année en cours, le plus souvent en dehors de la faculté. Il ne semble par contre pas juste de penser que le climat des études change fondamentalement après avoir passé la première année. Selon le témoignage de cet interne, la

479 Faculté de médecine de Lyon Est, « Enseigner à la Faculté de Médecine Lyon Est - Vers la mise en place d'une démarche qualité en pédagogie », 2015-2016 . http://lyon-est.univ-lyon1.fr/medias/fichier/guide-l-enseignant-2016_1461664288403-pdf

480 Richard I., Saint-André J-P., *opus cité*, p.113

deuxième année peut avoir tendance à s'inscrire dans la continuité de la première en termes de rapport au savoir :

Je passe la P1 [le concours de première année] et je me dis « enfin on passe aux choses sérieuses », on va m'apprendre des choses qui vont nous servir à faire ce pourquoi j'ai fait médecine, c'est-à-dire comprendre un système compliqué, le maîtriser et l'appliquer aux soins. soigner des gens. Assez vite je me suis rendu compte que ce n'était pas du tout ça l'idée ni le principe (...), [les enseignants] faisaient des choses que je ne comprenais pas, ils nous balançaient des informations sur de la chimie, de la physique fondamentale, de la biologie qui est probablement ce que eux recherchent dans leurs laboratoires, (...) mais qui ne nous aident pas à comprendre tellement ce qu'il se passe.⁴⁸¹

D'autres pays, comme le Canada, montrent qu'il est possible cependant de se passer des concours. Les modalités diffèrent d'une faculté à une autre, mais l'approche générale est de demander aux étudiants de valider une ou plusieurs années universitaires avant de pouvoir commencer des études de médecine. Leurs résultats ainsi qu'un entretien déterminent ensuite leur acceptation au sein du cursus. D'après l'intervention d'Isabelle Burnier de la faculté d'Ottawa au Canada, lors du congrès du Collège des enseignants en SHS en médecine (COSHSEM) qui s'est tenu à Lyon en juin 2015⁴⁸², ceci permet d'avoir des promotions de 150 étudiants alors qu'il y en a plus de 700 à Brest par exemple. Le climat de compétition s'efface derrière une atmosphère de collaboration tout au long du cursus et qui se retrouve à la fin des études : il n'existe pas, là non plus, d'épreuves classantes.

L'organisation actuelle des études, liée aux stratégies étudiantes pour conjuguer succès aux examens et vie personnelle, engendre des résultats préoccupants en termes d'apprentissage. Le doyen de Paris 5 mentionne à ce sujet une étude réalisée par deux de ses collègues portant sur la sémiologie. Celle-ci fait apparaître un profond décalage entre la réussite à l'ECN et certaines

481 Entretien page 19, à la minute 7

482 <https://coshsem2015.sciencesconf.org/>

connaissances fondamentales :

Voyons des étudiants de fin de cursus et testons leurs connaissances de base sur l'examen clinique, comment on palpe des pouls, comment on recherche des ganglions, comment est-ce qu'on palpe un foie, une rate, comment on écoute un cœur (...) c'est le socle de la pratique médicale, et ils ont évalué (...) ces performances de séméiologie. Elles sont désastreuses, ce sont les mêmes qui malgré ces performances désastreuses en séméiologie ont des résultats épatants à l'ECN. (...) C'est-à-dire que nous fabriquons des étudiants capables d'apprendre, plastiques, adaptables, est-ce qu'on fabrique des médecins ? C'est quand-même une question qu'une faculté a légitimement le droit de se poser.⁴⁸³

Ceci fait écho aux paroles de cet interne, à travers lesquelles on peut se demander dans quelle mesure le cursus actuel de médecine peut avoir tendance à sélectionner des individus davantage scolaires que réflexifs :

À partir de la [deuxième année] de médecine, j'ai vraiment eu l'impression qu'il y avait zéro moment de réflexion (...) le fait de comprendre et de maîtriser un raisonnement ne m'aidait quasiment jamais à valider mes examens (...). Moi je le disais de manière très énervée mais les autres étudiants étaient d'accord, (...) ils ne réfléchissent pas ils apprennent. Mais on dirait que c'était la vision de la médecine qu'ils se faisaient alors ça ne les a pas tellement bousculé, pour eux la médecine c'est ça, c'est quelqu'un qui sait plein de trucs, qui s'est fait chier à les apprendre et qui s'en sert pour soigner les gens (...) moi je savais que si tu ne réfléchis pas bien, tu ne peux pas soigner les gens.⁴⁸⁴

De la même manière que les enseignements du professeur Kinsey sur la sexualité avaient provoqué un intérêt particulier chez les étudiants états-uniens dans les années soixante, on peut se demander si des cours sur l'indépendance ne susciteraient pas un intérêt particulier chez les étudiants qui pourrait leur donner envie de venir à la faculté. Dans la mesure où ces enseignements ne sont pas dispensés à l'hôpital, la faculté pourrait dans ce cas regagner du poids par rapport à la

483 Rencontres d'Hippocrate, « Quelle politique universitaire pour la faculté de médecine Paris Descartes ? », Paris 5, 18 septembre 2014. <https://mediasd.parisdescartes.fr/#/collection?id=fDFAtdHaAPmJ>

484 Entretien page 19, à la minute 17

formation vécue à l'hôpital qui apparaît pour le moment comme celle qui est la plus déterminante pour les pratiques des futurs médecins⁴⁸⁵.

5.2 Quelles propositions pour modifier le curriculum ?

A part quelques cours isolés, l'influence de l'industrie pharmaceutique dans le champ de la santé, les conflits d'intérêts auxquels sont confrontés les professionnels de santé et les moyens d'y faire face ne font pas l'objet de cours ni d'un cursus spécifique en France⁴⁸⁶. Il existe cependant des cours qui indirectement abordent certains de ces aspects. Il s'agit de ceux qui portent sur le médicament, avec la pharmacologie notamment. Suite à l'affaire du Mediator®, à celles des pilules de troisième et quatrième générations qui ont été prescrites à la place de celles de deuxième génération malgré le sur-risque de caillot sanguin connu, ou la consommation excessive d'antibiotiques qui augmente à nouveau, le mésusage du médicament ne fait pas de doute.

Pourtant, entre 60 et 170 heures avec une centaine d'heures en moyenne sont consacrées à l'étude du médicament sur l'ensemble des études, 1,5 à 4 fois moins que dans d'autres pays européens (Pays-Bas, Grande-Bretagne, Suède, Italie et Espagne)⁴⁸⁷. Le diagnostic fait l'objet de centaines d'heures en comparaison. Il est évidemment essentiel que les futurs médecins établissent les meilleurs diagnostics possibles. Cependant certains commentateurs, comme les professeurs Even et Debré plaident pour mettre davantage l'accent sur la thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse, et de relativiser l'importance donnée en termes de volume horaire au diagnostic⁴⁸⁸.

Le fait d'avoir peu de cours sur le médicament, et d'aborder ces derniers de manière

485 Saint-Marc David, *La formation des médecins – Sociologie des études médicales*, L'Harmattan, Paris, 2011, p.51-52

486 Comme indiqué précédemment, la thèse de médecine d'Axelle Dugarry soutenue le 11 janvier 2017 recense seulement 21 cours existants, 14 enseignements en troisième cycle (7 obligatoires et 7 facultatifs) et 7 en second cycle (1 obligatoire et 6 facultatifs).

487 Stamane Anne-Sophie, Mai 2014, *Que Choisir* n°525 p.51-53

488 Even Philippe, Debré Bernard, *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*, Le Cherche-midi, Paris, 2012, pages 51-52 et page 200

cloisonnée, sans prendre en compte les interactions médicamenteuses possibles conduit à une « vision positive du médicament » selon l'anthropologue Anne Véga qui a étudié pour le compte de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) les habitudes de prescription des médecins en exercice⁴⁸⁹. Le néphrologue Jean-Sébastien Borde, vice-président du Formindep, précise comment cette conception du médicament se construit :

Les cours présentent le médicament comme un remède, une recette, les effets secondaires et les interactions passent au second plan⁴⁹⁰.

Ceci est corroboré par les travaux d'Anne Véga qui va même plus loin en montrant comment la réflexion critique vis-à-vis du médicament, appréhendée comme un doute néfaste, est combattue par les médecins encadrant les étudiants :

Au regard de l'ensemble des témoignages des enquêtés de cette étude, les formations renforcent plutôt des certitudes : le doute a peu droit de citer sur les bancs des facultés. Il s'agirait même d'un interdit majeur (...). En qualité d'enseignant, il avait nuancé l'intérêt des produits anticoagulants (« avec les personnes âgées, car l'apport bénéfices risques n'était pas encore clairement établi. »). Il fut alors vivement rappelé à l'ordre par des « patrons du CHU », car « il ne fallait pas introduire le doute chez les étudiants ». Or, cette tendance semble être encore d'actualité : elle a été confirmée par de jeunes étudiants toujours en formation, rencontrés en 2009(...) ⁴⁹¹.

Une médecin généraliste interviewée raconte comment cette transmission du savoir à la faculté comme « savoir absolu, avec une seule vision », l'avait choquée au point d'avoir envie d'arrêter ses études. Elle parle d'un externat « extrêmement violent (...) ». Ce n'est pas du totalitarisme mais il y a de ça, on te demande de faire ça et ça, pas de réfléchir ». Pour elle, il était nécessaire au contraire de sortir du traitement mécanique, de la « recette » comme on dit, et ce sont

489 Véga Anne, *Le partage des responsabilités en médecine. Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes – Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français*, Rapport remis à la CNAMTS sous la direction scientifique de Sylvie Fainzang, août 2011, p.128

490 Stamane Anne-Sophie, Mai 2014, *Que Choisir* n°525 p.51-53

491 Véga Anne, *opus cité*, p.129

les sciences humaines et sociales et la médecine générale qui vont être déterminantes dans son cas :

Je ne sais pas si j'aurais terminé mes études de médecine (...) si je n'avais pas rencontré les médecins généralistes, les sciences humaines. (...) J'étais heureuse de réfléchir en sciences humaines, de faire des stages de médecine générale, j'y allais même le samedi, pour trouver le sens de ce que c'était pour moi d'être médecin, (...) s'occuper des personnes, ce sont les patients qui m'ont sauvé⁴⁹².

Une interne en médecine générale se pose aussi des questions sur ce que cette peur du doute peut engendrer comme problèmes pour les médecins :

Qu'apprenons-nous finalement ? N'apprenons-nous pas trop finalement ? Ou mal peut-être ? (...) Comment déconstruire cette image du médecin qui sait tout, qui peut tout et qui peut tout entendre, génératrice d'angoisse et de souffrance ? Image parfois recherchée car elle amène une valorisation sociale, mais pour laquelle le doute n'est pas permis. Toutes ces certitudes serinées durant la formation médicale initiale, par des médecins qui pensent encore que faire croire aux patients qu'on sait - le savoir comme unique compétence – et qu'asséner des certitudes incertaines pour les rassurer est la meilleure des attitudes, ne fabriquent-elles pas des futurs médecins rigides et en souffrance, considérant comme des échecs des situations qui ne rentrent pas dans « le cadre » ?⁴⁹³

Une unité d'enseignement transversale portant sur « le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses » a malgré tout été validée pour rentrer dans les points retenus pour l'ECN. Ce cours devrait permettre d'aborder des notions qui nuanceraient la perception pour le moment très positive des médicaments que se font les étudiants à partir de la formation actuelle. Ceci concerne notamment la balance bénéfices-risques qui considère si les avantages d'un médicament surpassent ou non ses effets indésirables, ou la iatrogénie médicamenteuse qui traduit le fait que les médicaments peuvent être eux-mêmes la cause de certaines maladies, ce qui ne semble pas être évident pour la plupart des étudiants dans le contexte actuel, selon Jean-Sébastien Borde :

492 Entretien page 25, à 2h03

493 Zoéline Froissart, « Comment concilier éducation populaire et formation médicale ? », dans Paul Scheffer (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015

Peu sensibilisés par leur formation théorique, les internes n'ont pas le réflexe de penser qu'un nouveau symptôme peut être l'effet d'un médicament et ont tendance à le traiter en prescrivant un autre médicament⁴⁹⁴.

L'article d'Anne-Sophie Stamane précise que le programme a été arrêté mais que sa place dans le cursus n'a pas encore été clarifiée, notant au passage qu'il existe un risque que les heures qui lui seront consacrées soient enlevées aux enseignements portant sur le médicament.

Les cours de pharmacologie peuvent aussi être l'occasion d'aborder les problématiques liées à l'indépendance, comme cet externe en témoigne. Ceci paraît d'autant plus important dans la mesure où c'est précisément ce cours, reçu au début de ses études qui l'a sensibilisé sur le sujet :

Ce professeur (...) il nous a un peu titillé sur les visiteurs médicaux et sur les lobbies, et il nous a parlé d'un reportage qui s'appelle « Les médicamenteurs ». Du coup je l'ai regardé, ça m'a beaucoup touché.⁴⁹⁵

Cet étudiant a ensuite pu donner une suite à cet intérêt lorsqu'il a intégré en deuxième année une association locale du réseau MEDSI où il a fait des rencontres qui l'ont encouragées dans ce sens.

5.2.1 L'approche par compétences et le Pharm-Free Curriculum de l'AMSA

L'approche par compétences est de plus en plus largement adoptée dans les établissements de santé et les facultés de médecine et contribue à redéfinir le contenu de la formation. Plusieurs définitions de la compétence existent, l'une des plus larges la présente de la manière suivante :

494 Stamane Anne-Sophie, Mai 2014, Que Choisir n°525 p.51-53

495 Entretien page 11, à la minute 1'30

Ensemble des caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes et attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de façon autonome et de s'adapter à un environnement⁴⁹⁶.

Cette introduction de l'approche par compétence présente selon les doyens Richard et Saint-André des avantages :

L'intérêt réside essentiellement dans la réflexion sur les savoir-faire et les attitudes, qui ont été les parents pauvres d'une pédagogie universitaire centrée sur la transmission des connaissances⁴⁹⁷.

La revue *Pédagogie médicale* défend également ce changement tout en appelant à être vigilant par rapport au risque d'instrumentalisation qu'elle comporte, cette notion étant issue originellement du monde de l'entreprise avec des visées de productivité et d'adaptabilité des employés.

L'approche par compétences se décline ensuite traditionnellement en différents référentiels. Le référentiel métier décrit les activités caractéristiques de la profession, le référentiel de compétences traite des compétences nécessaires pour remplir ces activités, et le référentiel de formation porte sur les conditions de formation permettant l'acquisition de ces compétences et leur certification⁴⁹⁸.

En médecine, ce sont les sept compétences CanMEDS, définies au Canada, qui font le plus souvent figure de référence⁴⁹⁹ :

496 Zarifian P., *Objectif compétence. Pour une nouvelle logique*, Liaisons, 1999

497 Richard I., Saint-André J-P., *opus cité.*, p.105

498 Parent et Jouquan proposent un développement particulier de ce type de construction de curriculum : l'approche par compétences intégrée. Cf Parent et Jouquan, *opus cité.*

499 Frank J.R., *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2005

- Expert médical
- Communicateur
- Collaborateur
- Gestionnaire
- Promoteur de santé
- Érudit
- Professionnel

Chacune de ces compétences a fait l'objet d'une description détaillée⁵⁰⁰. Néanmoins on peut d'emblée noter que l'indépendance ne figure pas parmi les points retenus. Quand il en est question, certains auteurs la rattachent au professionnalisme, défini par CanMEDS comme un principe selon lequel le médecin doit se « vouer à la santé et au mieux-être de la personne et de la société, à la pratique respectueuse de l'éthique, à l'auto-réglementation de la profession et aux critères rigoureux de comportements personnels »⁵⁰¹. D'autres font remarquer que l'indépendance traverse l'ensemble des compétences. On pourrait également opter pour rajouter une huitième compétence à son nom afin de la faire apparaître plus clairement.

Quoi qu'il en soit, il existe des travaux qui ont cherché à définir ce à quoi pourrait ressembler un référentiel de compétences portant sur l'indépendance. C'est l'Association Américaine des Étudiants en Médecine (AMSA) qui a produit le document le plus approfondi en la matière à travers son Pharmfree Curriculum⁵⁰². En se basant sur les rapports de l'IOM et de l'AAMC dont les recommandations ont été mentionnées plus haut,

l'AMSA a défini les trois objectifs majeurs de la formation à l'indépendance de la façon suivante :

500 Tannenbaum et al., *CanMEDS-family medicine*. Mississauga (ON):College of Family Physicians of Canada, 2009

501 Parent et Jouquan, *opus cité*, p.100

502 AMSA, *opus cité*.

- Comprendre la nature des conflits d'intérêts et leur impact sur l'exercice médical ;
- Identifier l'impact des firmes pharmaceutiques sur les soins et développer des stratégies pour limiter ces influences néfastes ;
- Mieux gérer les relations avec les firmes pharmaceutiques, dans l'intérêt premier des patients et de la société.

Cinq compétences ont été identifiées afin d'atteindre ces objectifs :

Compétences	Descriptif des compétences
Professionalisme et conflit d'intérêts (COI)	Savoir définir une situation de conflit d'intérêts, en expliquer les éléments constitutifs. Savoir décrire et illustrer comment les COI influencent la pratique clinique et les recommandations professionnelles.
Développement des médicaments et des produits de santé	Savoir décrire les facteurs orientant les axes de la recherche et du développement des médicaments et des dispositifs médicaux, les étapes du développement, le parcours de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et les implications cliniques de l'obtention d'une AMM.
Évaluer la sécurité et l'efficacité des médicaments et des dispositifs médicaux	Être capable d'évaluer de façon critique le design et les résultats d'un essai clinique et pouvoir expliquer l'impact des biais de publication et des conflits d'intérêts sur les données disponibles de sécurité et d'efficacité.
	Savoir expliquer le mécanisme de réciprocité et identifier les

Marketing et pratique clinique	techniques utilisées par le marketing pour influencer les comportements des médecins.
Formation Médicale Continue (FMC)	Décrire les mécanismes de formation médicale continue, identifier ses sources de biais et les sources fiables de connaissances médicales.

L'intérêt principal du travail réalisé par l'AMSA réside dans la justification et la description détaillée du contenu de ces cinq compétences que l'on retrouvera dans l'annexe 4. Un des points concernant la compétence « Professionnalisme et conflit d'intérêts » porte sur le fait de savoir « Comment éviter, réduire ou gérer l'impact des conflits d'intérêts liés aux relations entre les médecins et l'industrie comme les honoraires de conférenciers, les contrats de conseil, et les conventions de recherche ». Vu l'importance des expériences qui peuvent être vécues au sein des associations et des collectifs par les étudiants (30), il semblerait pertinent que les enseignants y intègrent le fait d'encourager ces derniers à aller à la rencontre de ces organismes et de leurs initiatives en matière d'indépendance.

Le curriculum Pharmfree propose également un tableau suggérant à quels moments du cursus les cours pourraient être intégrés de la manière la plus pertinente possible. En m'inspirant de ce modèle, j'ai sélectionné dans le programme national actuel des études médicales les Unités d'Enseignement (UE), les Modules et les items au sein desquels les cinq compétences de l'AMSA pourraient dès aujourd'hui être abordées si les enseignants le souhaitent. Cependant, le tableau qui a été établi avec ces données fait surtout apparaître le nombre restreint de ces UEs, Modules et items par rapport à l'étendue des notions à aborder dans un curriculum de type *PharmFree*, ainsi que leur isolement dans la globalité du programme actuel. Ceci est contraire aux recommandations de l'AMSA qui insiste sur l'importance de la présence de cours sur le sujet tout au long du cursus. Ce

tableau ne tient pas compte non plus du timing le plus approprié selon les notions abordées, comme celui de l'AMSA. En effet, certaines sont plus pertinentes à aborder dès le début des études, et d'autres en fin de cursus :

Par exemple, la sensibilisation à l'évaluation critique des essais cliniques devrait intervenir pendant les premières années, alors que les étudiants apprennent la pharmacologie. Les techniques de réception de demandes, par des patients, de médicaments promus par les publicités pourraient quant à elles s'insérer dans les stages d'externat. De la même façon, les étudiants pourraient profiter de leur stage en psychiatrie pour apprendre les ficelles du marketing les ciblant, avec le scandale de la gabapentine comme cas d'école, ou de l'année précédant l'internat pour aborder les risques associés aux formations continues financées par l'industrie pharmaceutique.⁵⁰³

Une approche équilibrée peut introduire plusieurs sujets à différents moments des études médicales, s'appuyant sur les éléments déjà abordés ou rencontrés, et adaptant la communication selon le niveau d'étude.

Chacun de ces sujets spécifiques, et enseignés par conséquent à différents moments du cursus, peuvent être abordés en faisant le lien avec la thématique plus globale des conflits d'intérêts, permettant ainsi aux étudiants de prendre conscience d'un schéma plus général des relations entre médecins et firmes pharmaceutiques⁵⁰⁴.

Ainsi, il apparaît nécessaire que le programme national définisse les Unités d'Enseignement, Modules et items additionnels en conséquence. Quoi qu'il en soit, il n'est pas obligé d'attendre un changement du programme national pour agir au niveau local de chaque faculté, ces dernières disposant d'une autonomie relative assez importante. Enfin, des questions en lien avec ces compétences devraient logiquement faire l'objet d'une évaluation et être présentes au sein des items de l'ECN.

⁵⁰³ AMSA, *opus cité*.

⁵⁰⁴ Idem

<u>Sujet</u>	<u>Points d'intégration au cursus par rapport au programme actuel</u>
Professionnalisme et Conflits d'intérêts	
- Qu'est-ce qu'un conflit d'intérêts (COI) ?	1 ^{ère} année UE7 ; Cours de LCA
- COI, soins et recherche clinique	1 ^{ère} année UE7 ; Cours de LCA
- COI, déclaration et transparence	1 ^{ère} année UE7 ; Cours de LCA
- COI, guides de bonnes pratiques	1 ^{ère} année UE7 ; 4 ^{ème} à 6 ^{ème} années Module 1 (Items 2, 3 et 12) ; Module 11 (Item 167)
- Gérer les COI dans les relations avec les firmes pharmaceutiques	1 ^{ère} année UE7 ; 4 ^{ème} à 6 ^{ème} années Module 1 (Items 2, 3 et 7) ; Module 11 (Item 167)
Développement des médicaments et des dispositifs médicaux	
- Étapes des médicaments et des dispositifs médicaux en R&D	1 ^{ère} année UE6, points 6 et 8 ; 2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Bases moléculaires
- Incitations et financements en R&D	1 ^{ère} année UE6, point 5 ; 2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Bases moléculaires
- Priorités en R&D médicamenteuse, coûts et accès	1 ^{ère} année UE6, point 5 ; 2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Bases moléculaires
- Régulation des usages hors AMM	1 ^{ère} année UE6, points 12 et 14
- Pharmacovigilance et rôle du médecin dans la déclaration auprès des autorités	1 ^{ère} année UE6, point 13 ; 2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Bases moléculaires
Détermination de la sécurité et de l'efficacité des médicaments et des dispositifs médicaux	
- Appréciation critique de l'information scientifique	1 ^{ère} année UE7 ; 2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Santé – Société – Humanité ; Cours de LCA ; 4 ^{ème} à 6 ^{ème} années Module 1 (Items 2 et 3)
- COI et preuve clinique en médecine	1 ^{ère} année UE7 ; 2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Santé – Société – Humanité ; 4 ^{ème} à 6 ^{ème} années Module 1 (Items 2 et 3)
- Sources d'information indépendantes sur les médicaments et revues	2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Santé – Société – Humanité ; 4 ^{ème} à 6 ^{ème} années Module 1 (Item 12)
- Comment les biais influencent la prise de décision	1 ^{ère} année UE7 ; 2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Santé – Société – Humanité ;

	4 ^{ème} à 6 ^{ème} années Module 1 (Items 2 et 3) ; Module 11 (Item 167)
Marketing et pratique médicale	
- Comment le marketing influence les médecins	1 ^{ère} année UE7 ; 2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Santé – Société – Humanité ; 4 ^{ème} à 6 ^{ème} années Module 1 (Items 2 et 3)
- Description de différentes techniques de la promotion pharmaceutique : - Profilage des médecins - Cadeaux (stylos, repas, voyages etc.) - Leaders d'opinions et speaker bureaus - Publicité dans la presse médicale et grand public - Essais promotionnels - Façonnage de maladies (<i>Disease Mongering</i>)	1 ^{ère} année UE7 ; 2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Santé – Société – Humanité ; 4 ^{ème} à 6 ^{ème} années Module 1 (Item 3, 11, 12, 14)
- Promotion sur internet	2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Santé – Société – Humanité
- Les associations et groupes de patients fondés et/ou financés par les firmes pharmaceutiques	2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Santé – Société – Humanité ; 4 ^{ème} à 6 ^{ème} années Module 1 (Item 7)
- Les journaux médicaux fondés et/ou financés par les firmes pharmaceutiques	1 ^{ère} année UE7 ; 2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Santé – Société – Humanité ; 4 ^{ème} à 6 ^{ème} années Module 1 (Item 12) ; Module 11 (items 169)
- Ressources pour réduire ou éliminer les influences marketing inappropriées	2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Santé – Société – Humanité ; 4 ^{ème} à 6 ^{ème} années Module 1 (Item 12) ; Module 11 (items 167 et 170)
Formation médicale continue (FMC)	
- Développement et accréditation des FMC	2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Santé – Société – Humanité
- Influence des firmes pharmaceutiques sur les FMC	2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Santé – Société – Humanité
- Évaluation critique des sessions de FMC	2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Santé – Société – Humanité
- Lieux de FMC indépendants	2 ^{ème} et 3 ^{ème} années UE Santé – Société – Humanité

5.3 Éthique et indépendance

Un interne en psychiatrie à Toulouse présente le lien entre les cours d'éthique et les conflits d'intérêts de la sorte :

Dans certaines facultés françaises, comme à Toulouse et Bordeaux, il y a un cours sur la gestion des conflits d'intérêts, mais cela ne fait pas partie des programmes officiels d'éthique⁵⁰⁵.

Les enseignements d'éthique n'abordent pas la question de l'exercice médical face à l'influence de l'industrie pharmaceutique, malgré le fait que les principes de bienfaisance et de non-malfaisance fassent partie des fondements à côté de ceux d'autonomie et de justice proposés au sein du courant nommé principalisme actuellement dominant dans ce champ. La bienfaisance « enjoint de toujours se soucier d'accomplir un bien en faveur du patient »⁵⁰⁶. Le principe de non-malfaisance quant à lui « concentre l'esprit du médecin sur les risques, lui dictant l'obligation de ne pas exposer le malade au péril d'avoir à subir un mal qui ne serait pas la contrepartie du rétablissement ou du maintien de sa santé »⁵⁰⁷. Ce principe renvoie directement au célèbre précepte « Primum non nocere » (d'abord ne pas nuire).

Des limites à l'approche principaliste de l'éthique ont cependant été exprimées, en montrant qu'elle pouvait opérer une double réduction en voilant la singularité d'une personne prise en charge derrière un cas auquel on peut appliquer des principes, et en courant le risque d'autre part de moins cultiver la relation de confiance entre un médecin et un patient dans les « détails du quotidien » décrits par Cécile Bolly comme « une manière d'écouter le patient, de le traiter avec égards, de choisir les paroles prononcées, d'assurer la qualité des actes posés ». Ceci aurait pour conséquence de dévitaliser l'éthique clinique de ce qui fait son cœur, à savoir « une sorte

505 Stamane Anne-Sophie, Mai 2014, *Que Choisir* n°525 p.51-53

506 Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé, Bonah Christian, Haxaire Claudie, Mouillie Jean-Marc, Penchaud Anne-Laurence (sous dir.), *Médecine, santé et sciences humaines – Manuel*, Les belles Lettres, Paris, 2011, p.311

507 Idem

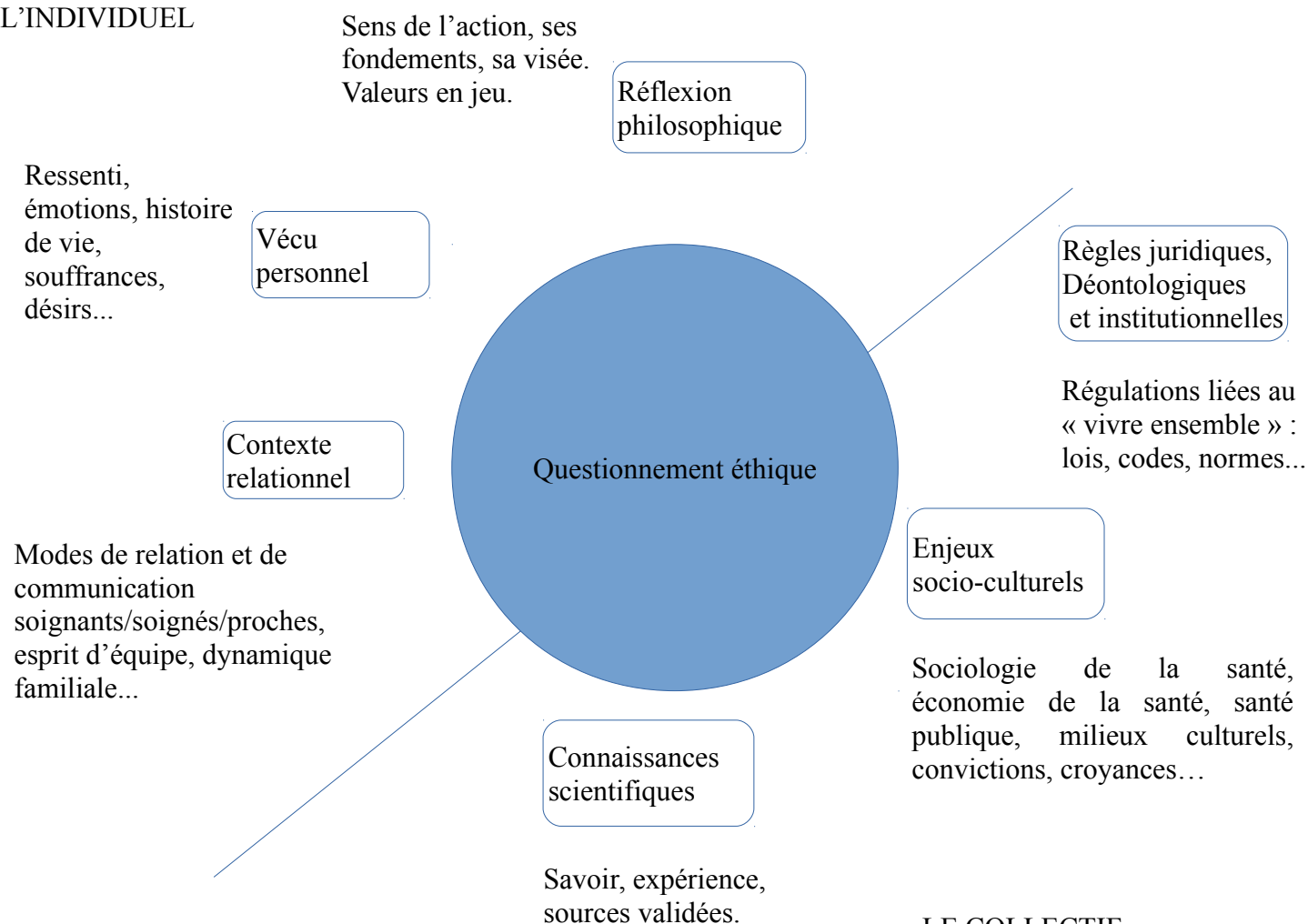
d'hospitalité, qui fonde le mouvement même de l'acte de soin » comme le décrit Cécile Bolly qui souligne l'importance des valeurs personnelles par rapport aux normes externes :

Du point de vue de l'éthique, ce ne sont pas des obligations qui doivent inspirer le comportement des professionnels mais bien les valeurs qu'ils veulent promouvoir. Ces valeurs ont une influence fondamentale sur la qualité des relations soignants-soignés (...) Ces valeurs ne peuvent se déployer que si les soignants en font le choix et engagent leur propre liberté dans la réponse qu'ils donnent aux patients qui les sollicitent. C'est pour cela que les valeurs ne peuvent pas être étrangères aux personnes qui tentent de les promouvoir⁵⁰⁸.

Le souci de l'indépendance peut certainement faire partie des valeurs dont les étudiants et les médecins peuvent faire le choix. Pour faciliter la formation de ces valeurs, l'outil de « la rose des vents de l'éthique » a été conçu par Cécile Bolly avec et pour les étudiants, il peut également servir à montrer quelques dimensions où l'indépendance dans l'exercice médical peut être impliquée. En effet, celle-ci peut se retrouver dans les différentes composantes de la rose des vents que cela soit dans le choix des sources valides pour ce qui touche aux connaissances scientifiques, dans la connaissance des règles déontologiques (mais aussi de leurs limites comme les acteurs de l'indépendance le soulignent souvent), dans l'économie de la santé liée à un meilleur usage des médicaments, ou à la manière de communiquer avec un patient quand un médecin peut faire le choix de changer une ordonnance réalisée par un confrère par exemple.

508 Bolly Cécile, « L'éthique de l'enseignement, condition ultime de l'apprentissage de l'éthique », dans Parent et Jouquan, *opus cité*, p.115-116

L'INDIVIDUEL



Cette approche de l'éthique a pour corollaire d'encourager les futurs médecins à se connaître eux-mêmes, en favorisant la pensée réflexive et la capacité à se remettre en question , mais aussi des compétences émotionnelles :

Chaque soignant doit être sensible à l'existence de son propre vécu s'il veut participer à une démarche qui prend en compte le vécu du patient et des autres intervenants⁵¹⁰.

⁵⁰⁹Bolly Cécile, « L'éthique de l'enseignement, condition ultime de l'apprentissage de l'éthique », dans Parent et Jouquan, *opus cité*, p.118

⁵¹⁰ Bolly Cécile, « L'éthique de l'enseignement, condition ultime de l'apprentissage de l'éthique », dans Parent et Jouquan, *opus cité*, p.119

Ceci permettrait sans doute d'offrir un autre rapport au savoir que celui actuellement répandu selon lequel il est important de tout savoir, et qui a pour conséquence de placer les médecins et jeunes médecins dans un rôle où l'erreur ou l'ignorance d'une certaine information sont vécues comme une honte et souvent cachées, comme c'est le cas dans le film *Hippocrate* où l'étudiant en médecine essaye de dissimuler et de nier un oubli⁵¹¹.

5.3.1 L'espace Éthique de l'AP-HP et les firmes pharmaceutiques

Le Formindep a publié un article en 2008 où l'Espace Éthique de l'AP-HP, rattaché au département de recherche en éthique de l'Université Paris-Sud 11, était interpellé suite au constat de plusieurs partenariats réalisés avec Novartis. Ceci comprenait la participation de la firme pharmaceutique à l'enseignement universitaire de l'éthique à travers un cours dispensé par son Directeur de la communication, le soutien financier de la firme à différents ateliers d'éthique, et à la diffusion par l'Espace Éthique du concept de proximologie, visant à « approfondir la connaissance de la « relation d'exception entre la personne malade et son entourage » selon Novartis qui en est à l'origine.

L'article du Formindep fait remarquer que ce concept a été développé en lien avec des médicaments commercialisés par la firme, comme l'étude COMPAS notamment, réalisée auprès des conjoints de patients parkinsoniens alors que Novartis commercialise des traitements de cette maladie comme Comtan® ou Stalevo®. Le Formindep rappelle que les patients sont de plus en plus ciblés par les firmes pharmaceutiques par le biais de différents canaux où l'on retrouve « les campagnes pathologies, les partenariats avec les associations de patients, le marketing de services sur une pathologie en particulier, le développement de sites internet destinés à informer sur une

511 Film de Thomas Lilti, *Hippocrate*, Le Pacte, 2014

maladie » comme le rappelle une étude du groupe Eurostaf⁵¹². La proximologie fait sans doute partie de ces stratégies comme on peut le voir dans le Baromètre 2006 Unilog Management & HEC Paris - "Efficacité marketing dans l'industrie pharmaceutique". Un des objectifs marketing détaillé par ce document consiste à « renforcer la communication vers les patients » selon différents angles dont la proximologie fait partie :

- Enquêtes épidémiologiques de grande envergure avec accompagnement de patients.
- Accompagnement de l'entourage du patient (proximologie).
- Investissement dans la presse grand public.⁵¹³

Le Formindep rappelle le conflit d'intérêts engendré par l'implication d'une firme pharmaceutique dans le domaine de l'éthique, en soulignant que le premier intérêt d'une firme pharmaceutique reste son développement propre, au contraire de l'éthique qui se préoccupe de l'intérêt des patients. À ce titre, la firme ne devrait pas être considérée comme partenaire de soin. L'association s'interroge donc sur les liens entretenus par l'Espace Éthique avec Novartis. Le Formindep évoque certains points qui peuvent entrer en contradiction avec les principes de l'éthique médicale.

Il est surprenant qu'une institution chargée d'explorer et d'enseigner l'éthique médicale ne s'interroge pas sur l'ambiguïté de son soutien à la démarche marketing de la firme Novartis. L'AP-HP ne peut savoir s'il se met au service des patients ou au service du marketing des firmes. Ce soutien crédibilise aux yeux des citoyens et de la société l'initiative marketing de Novartis, il contribue à améliorer l'image de la firme et par là à augmenter son pouvoir d'influence auprès des professionnels de santé⁵¹⁴.

512 Masquelier Philippe, « La proximologie, l'Espace Ethique de l'AP-HP et la firme NOVARTIS », *Pratiques* n°39, octobre 2007

513 Baromètre 2006 Unilog Management & HEC Paris - "Efficacité marketing dans l'industrie pharmaceutique", p.4

514 Masquelier P., *opus cité*.

Le Directeur de l'Espace Éthique a répondu à l'article sur le site du Formindep. Pour lui l'association ne connaît pas assez bien la proximologie pour en parler, et devrait « renouveler [son] approche de la notion de “conflit d'intérêts” dans le champ de la santé »⁵¹⁵. L'article est appréhendé comme du « journalisme » et paraît à ce titre dénué de considération, même si il a été rédigé par le docteur Philippe Masquelier, alors vice-président du Formindep. Le Directeur de l'Espace Éthique ne prend pas en compte le fait que ce partenariat puisse présenter des aspects en contradiction avec l'éthique médicale. Au contraire il invite le Formindep à réviser sa propre interprétation des conflits d'intérêts, alors même que l'association s'est spécialisée dans ce domaine dès sa création. Cet article et cette réponse remontent à 2008. Entre temps, de nombreux rapports officiels, dont il a été question dans ces pages, n'ont pas cessé d'interpeller les médecins et les institutions médicales sur la vigilance à avoir face à l'industrie pharmaceutique, et d'inviter à limiter les interactions avec cette dernière.

Il semble peu probable que la proximologie échappe à cette manière d'appréhender les patients et les communautés de patients de la part des firmes pharmaceutiques. L'évolution de ce contexte lors des dernières années semble ainsi d'autant plus justifier l'article du Formindep, et poser question sur la réelle prise en compte des enjeux liés aux conflits d'intérêts par des hauts représentants de l'éthique médicale française. Quoi qu'il en soit l'interview donnée par le Directeur de l'Espace Éthique sur la proximologie et publiée sur le site de Novartis a été enlevée quelques semaines après la parution de l'article du Formindep⁵¹⁶.

En conclusion, il est clair que le champ de l'éthique est très vaste et ne se résume pas à la quête d'indépendance face aux firmes pharmaceutiques. On peut aisément comprendre que les heures d'enseignement qui lui sont dédiées soient vite remplies ne serait-ce qu'en abordant certains aspects propres à la bioéthique ou à l'éthique médicale. Les enseignants en éthique pourraient

515 <http://www.formindep.org/La-proximologie-l-Espace-Ethique.html>

516 Idem

néanmoins se questionner sur la place à donner aux points relatifs à l'éthique liés à la relation existant entre les médecins et l'industrie pharmaceutique. Différentes ressources pourraient être mobilisées à cet effet dont il sera question en développant l'axe pédagogique.

6 Axe pédagogique

6.1 Vers un changement de paradigme

Il existe différentes sensibilités dans la façon d'appréhender l'enseignement. Selon Richard et Saint-Paul, pour certains enseignants l'activité du médecin est avant tout déterminée par des caractéristiques extérieures à la formation comme le poids du paiement à l'acte, du cadre réglementaire dans la prise en charge des patients ou du manque de coordination des soins ambulatoires. Pour d'autres cependant, la formation reçue va conditionner en grande partie la manière d'exercer des médecins, et ces enseignants vont souvent s'investir dans les courants de pédagogie médicale existants. Parmi eux, les enseignants en médecine générale ont acquis une certaine légitimité au sein de l'institution⁵¹⁷.

La revue *Pédagogie médicale* s'illustre particulièrement au sein de ce courant, en effectuant depuis les années 2000 un travail de recherche poussé afin de faire circuler dans les espaces francophones les recherches dans ce champ réalisées depuis les années 60. En effet, jusqu'alors, ce sont surtout les pays anglophones qui ont publié la recherche dans ce domaine comme le montrent les revues pionnières telles que le *Journal of Medical Education and Teaching and Learning in Medicine*.

L'un des articles de *Pédagogie médicale* précise ce qui est considéré par certains comme l'un des enjeux majeurs en pédagogie et qui consiste à passer du « paradigme centré sur l'enseignement » à celui centré sur l'apprentissage. Voici un tableau illustrant les différences entre

⁵¹⁷ Richard I, Sanit-André J-P, *opus cité*, p.15-16

ces deux approches, où l'on remarque la forte place donnée à la participation des étudiants à leur apprentissage, ainsi qu'au sens donné par les enseignants aux procédures effectuées, notamment évaluatives⁵¹⁸ dans le cadre du paradigme centré sur l'apprentissage. D'une manière générale, ce dernier s'inspire des pédagogies actives en cherchant à favoriser l'apprentissage en profondeur des étudiants et la réflexivité, ces trois paramètres se renforçant l'un l'autre. De plus, Parent et Jouquan soulignent qu'il existe également une forte convergence entre l'approche éducationnelle centrée sur l'apprenant, et l'approche en santé centrée sur le patient et les communautés⁵¹⁹. Ceci permettrait sans doute de limiter, voire d'apporter, une réelle réponse face au décalage déjà évoqué entre les conditions de cours notamment en première année et leurs finalités pédagogiques. Ce décalage peut aussi concerner le contenu officiel de la formation, et ce que peuvent en retenir les étudiants de tout à fait opposé, comme la notion de curriculum caché le rappelle.

Caractéristiques comparatives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage

Paradigme d'enseignement	Paradigme d'apprentissage
Les savoirs sont transmis aux étudiants par les professeurs	Les étudiants construisent leurs connaissances à partir des questions qu'ils se posent, en interaction avec leurs professeurs et avec leurs pairs
Les étudiants reçoivent passivement l'information	Les étudiants traitent activement l'information à l'occasion d'activités de recherche, d'analyse critique, de résolution de problèmes, de conduite de projets ...
Les connaissances sont acquises sans lien avec leur contexte prévisible de réutilisation	Les connaissances sont construites prioritairement à partir des contextes (professionnels) authentiques
Le professeur est conçu avant tout comme un dispensateur de savoirs et comme un	Le professeur est conçu avant tout comme un facilitateur des apprentissages et comme un

518 Jouquan Jean, Bail Philippe, « A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Exemple d'une révision curriculaire conduite en résidanat de médecine générale », *Pédagogie médicale*, Août 2003 - Volume 4 - Numéro 3, p.163-174

519 Parent, Jouquan, *opus cité*, p.36-39

examineur	modèle de rôle explicite
l'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation sont séparés.	L'évaluation est utilisée pour promouvoir et diagnostiquer les apprentissages
L'évaluation privilégie l'obtention de la bonne réponse	Les apprentissages sont appréciés directement à partir de performances, de projets réalisés, de travaux personnels, de port-folios
Seuls les étudiants sont considérés comme apprenants	Les professeurs et les étudiants apprennent ensemble

Ce changement de paradigme, largement détaillé au sein de cet article de *Pédagogie médicale* cité ou de l'ouvrage coordonné par Jouquan et Parent, paraît logiquement favorable à une formation à l'indépendance des étudiants en encourageant leur autonomie au sein même de leur apprentissage. Cette manière d'enseigner fait penser à ce que la psychologue Ellen Langer appelle la *forte tension cognitive* qui peut accroître la productivité, la satisfaction de soi, la flexibilité, les capacités d'innovation et de leadership dans le champ professionnel, par rapport à la *tension cognitive nulle* associée davantage à un souci d'objectif et de procédure, à « la formation pour les résultats » que l'on retrouve encore majoritairement au sein des études médicales, tant au niveau des enseignements proposés que des stratégies étudiantes, les deux étant bien entendu corrélés.

Pour Langer :

La tension cognitive nulle conduit à une acceptation des étiquettes sans examen critique, à une dépendance recherchée vis-à-vis de l'autorité extérieure, à des attributions simplistes, à une dévalorisation de l'image de soi et à une réduction de son propre potentiel de progression.⁵²⁰

Aujourd'hui, on parle plus communément d' « apprentissage en profondeur », en opposition à l'apprentissage en surface pour évoquer ces distinctions :

⁵²⁰ Langer Ellen, citée par Mezirow Jack, *Penser son expérience – Développer l'autoformation*, Chronique Sociale, Lyon, 2001, p.133

L'approche en profondeur est composée d'éléments stratégiques orientés vers la recherche du sens et l'appropriation ; elle est motivée par des intérêts intrinsèques. L'approche en surface est composée d'éléments stratégiques du type reproductif ; elle est motivée par le désir de satisfaire les exigences des cours avec le minimum d'effort ou encore par la peur de d'échouer⁵²¹.

Ce passage à un nouveau paradigme nécessite par contre une certaine implication des enseignants afin de se familiariser avec une approche qui peut d'autant plus leur paraître lointaine qu'elle ne correspond pas à celle qu'ils ont eux-mêmes connue, et de se détacher des habitudes éventuelles liées aux maladies du curriculum décrites précédemment qui favorisent davantage le statu quo que l'évolution des pratiques.

6.2 Posture spécifique et dispositifs pédagogiques

Enseigner la question de l'indépendance et de l'influence de l'industrie pharmaceutique a cela de spécifique que l'on rentre dans un domaine polémique. Cela peut dans ce sens être un exercice délicat, de peur notamment d'être taxé de prosélyte par ses étudiants, comme mentionné précédemment. Le Curriculum Pharmfree aborde cet aspect en recommandant comme stratégie d'enseignement de ne pas chercher à convaincre les étudiants que l'industrie pharmaceutique est « mauvaise » mais de présenter les risques des interactions entre médecins et industriels en fournissant un cadre théorique sur la notion de conflits d'intérêts et une base factuelle pour l'évaluation des pratiques actuelles, ceci afin d'éviter que les étudiants ne partageant pas l'idée de base que l'industrie puisse poser problème ne se sentent pas sur la défensive et se ferment par rapport au cours¹⁵. Le curriculum Pharmfree privilégie les méthodes pédagogiques laissant place aux dialogues et à la discussion avec les enseignements également pour cette raison, en accord avec le changement de paradigme dont il vient d'être question. Le tableau ci-dessous, inspiré du

521Côté, Graillon, Waddell, Lison et Noël, *opus cité*, dans Parent, Jouquan, *opus cité*, De Boeck, Bruxelles, p.257

document édité par l'AMSA, a été adapté au contexte français.

Outils pédagogiques pour l'enseignement des conflits d'intérêts et l'influence de l'industrie pharmaceutique en médecine (adapté du Just Medicine Curriculum de l'AMSA).

Type d'outil	Exemples
Études de scandales sanitaires	Les étudiants utilisent un scandale majeur pour analyser les facteurs l'ayant engendré, le rôle joué par les médecins, et les réponses des différents acteurs afin d'éviter qu'il ne se reproduise : - La promotion hors-AMM de la gabapentin (Neurontin[®]) - La suppression de données scientifiques, le marketing et le retrait du Vioxx[®] - Les anti-dépresseurs et le risque de suicide dans les essais cliniques
Analyse critique de documents issus des firmes pharmaceutiques	Les étudiants analysent les plaquettes, articles et publicités fournis par les firmes lors des congrès médicaux pour déterminer : - la validité et la pertinence de ce qui est revendiqué - la qualité des sources - comment l'aspect graphique renforce le message marketing - dans quelle mesure le document est en accord avec les recommandations nationales (Il est possible d'utiliser ces analyses comme matériel pour le jeu du Bingo ⁵²²)
Cours magistraux	Les cours magistraux devraient favoriser le débat avec les étudiants, encourager les points de vue alternatifs, et illustrer les principes fondamentaux. Même si les cours magistraux ne sont pas le dispositif pédagogique le plus pertinent, Vinson et al. ont montré qu'un cours de 50

⁵²²Pharmed Out. *Drug Ad Bingo*. <http://pharmedout.org/bingofunwithpharmads.pdf>

	minutes peut influencer les opinions des étudiants sur les conflits d'intérêts. ⁵²³
Lecture critique d'articles	Les étudiants abordent de manière critique une étude controversée (par exemple l'essai clinique JUPITER), évaluant le design de l'étude, l'adéquation des comparatifs utilisés, ainsi que celle du résumé par rapport à l'article, l'interprétation des résultats. Si ces paramètres sont la plupart du temps présents dans les cours de LCA, une attention particulière sera donnée aux possibles conflits d'intérêts de l'article et aux biais associés attendus, encore peu pris en compte. ⁵²⁴
Jeux de rôle	Un pharmacien ou un médecin joue le rôle d'un visiteur médical et fait un exposé sur un médicament, suivi d'une analyse critique et d'une discussion.
Recherche bibliographique et LCA	Les étudiants recherchent les données scientifiques sur l'impact positif et négatif du marketing des firmes pharmaceutiques sur les pratiques de prescription. Les étudiants consignent leurs recherches dans un article et devront ensuite critiquer un article publié dans une revue à comité de lecture ayant un point de vue opposé au leur.
Discussions en petits groupes de TD	Les étudiants discutent de la signification des conflits d'intérêts et de l'impact des interactions Industrie-médecins. Un article ou une vidéo est utilisée comme introduction (Cf chaîne Youtube du Formindep) et guide la discussion pour s'assurer que les problèmes principaux sont abordés, et pour faire part des données scientifiques et remarques pédagogiques pertinentes.

523 Vinson DC, McCandless B, Hosokawa MC. Medical students' attitudes toward pharmaceutical marketing: possibilities for change. *Family Medicine*. 1993;25:31–33

524 Etain et al, *Conflits d'intérêts et déclaration publique d'intérêts dans l'enseignement médical*. Diplôme Inter-Universitaire de Pédagogie Médicale, Universités Paris Descartes, Pierre et Marie Curie, Paris Sud et Paris Est Créteil, Mémoire soutenu publiquement le 12 octobre 2012

Débat entre étudiants	Deux équipes d'étudiants « Pour » et « Contre » sont désignées. Elles doivent rechercher et ensuite débattre sur l'impact des petits cadeaux (cf les stylos, les repas) sur la pratique médicale. Chaque équipe est ensuite invitée à critiquer sa propre position au cours d'un débat.
-----------------------	---

À ces dispositifs pourraient être ajoutés l'utilisation du portfolio, de la cartographie conceptuelle et de l'apprentissage par problème notamment, qui ont fait l'objet d'analyses spécifiques⁵²⁵. À noter également que l'équipe enseignante de Strasbourg, dont les travaux ont déjà été évoqués, a eu une idée originale en termes de jeux de rôles. Ils font rejouer les Assises du médicament par les étudiants. Cet événement a réuni de nombreux acteurs, pouvoirs publics, syndicat de l'industrie pharmaceutique, Prescrire et le Formindep notamment, suite à l'affaire du Mediator®. La journée se termine par une discussion en présence d'un membre de Prescrire qui était présent aux Assises. Pour les internes, il pourrait être utile d'évoquer des expériences d'internes et de jeunes médecins qui ont dû faire face à la situation où ils souhaitaient enlever des médicaments d'une ordonnance réalisée par un autre médecin. Ce cas de figure, forcément délicat, est fréquemment rencontré par les internes que j'ai pu interviewer. Leurs expériences montrent qu'il est possible pour eux de le faire sans avoir à craindre de fâcheuses conséquences, à condition d'être en mesure de pouvoir argumenter leurs choix. À ce titre, le recours à la revue *Prescrire* par le biais de son interface électronique et de son moteur de recherche est souvent citée comme une précieuse ressource.

Pour ce qui concerne la médecine générale, les trois modèles de prescripteurs (petits, moyens, et grands) définis par l'anthropologue Anne Véga pourraient être utilisés, comme modèles de rôle possible dans l'exercice du métier⁵²⁶.

525 Parent et Jouquan, *opus cité*, p.264-280

526 Véga Anne, *opus cité*.

Les stages sont également des lieux de formation particulièrement importants dans la mesure où le modèle de rôle est très présent. Ces espaces peuvent également favoriser des supervisions et des feedbacks, appelés rétroactions, qui font partie des expériences les plus formatrices vécues par les étudiants. Là aussi, certains membres de l'équipe de *Pédagogie médicale* ont cherché à formaliser les éléments favorisant la qualité de ces échanges entre maître de stages et étudiants. Leurs travaux peuvent être facilement utilisés par les enseignants, même si ces auteurs recommandent de se former de manière adéquate avant d'avoir recours à de tels dispositifs. Un tableau reproduit dans l'annexe 5 récapitule aussi les « techniques de questionnement utilisables par un enseignant dans le cadre de la supervision clinique pour favoriser la réflexivité d'un étudiant et orienter ses apprentissages à partir de l'étude d'un problème de santé ». On notera que le souci d'indépendance pourrait amener à préciser ou modifier certaines questions, notamment quand elles portent sur la fiabilité d'informations et d'actions thérapeutiques : « Quelles sont les recommandations des sociétés savantes sur ce sujet ? » ou « Que faut-il faire pour mettre en œuvre cette recommandation ? ». En effet, comme on l'a vu plus haut, nombre de recommandations sont aujourd'hui remises en question parce qu'elles subissent de fortes influences, liées justement au fait qu'elles sont considérées comme source d'autorité par bon nombre de médecins.

Dans le contexte hospitalier, certains plaident pour l'introduction de « visites pharmacologiques » qui complèteraient les visites habituelles réalisées auprès des patients autour d'une discussion avec les étudiants et les chefs de clinique sur la pertinence ou non de l'ordonnance, en évoquant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses potentielles, et en enlevant ce qui ne semble pas nécessaire ou n'ayant pas fait preuve d'efficacité⁵²⁷.

527 Stamane A-S., *opus cité*.

6.3 Ressources à disposition des enseignants

Aucun article concernant la pédagogie médicale en lien avec l'influence pharmaceutique n'a pu être trouvé en consultant les revues spécialisées du domaine, que cela soit à l'international avec *Teaching and Learning in Medicine* ou dans le domaine francophone avec *Pédagogie médicale*. Il existe néanmoins différentes ressources, comme le manuel de l'OMS qui peut être une précieuse contribution pour les enseignants à plusieurs titres. Il jouit d'une part d'une forte légitimité du fait de son édition par l'OMS, de sa traduction en français par la HAS et de sa reconnaissance par des acteurs de l'indépendance comme *Prescrire* qui lui a décerné son prix 2013. D'autre part, il peut permettre une appropriation assez rapide pour les enseignants qui souhaiteraient aborder cette thématique sans être familiers du sujet. Il peut également leur donner des idées de dispositifs pédagogiques vu que certains chapitres en proposent. Enfin, il peut être facilement partagé entre enseignants et étudiants du fait qu'il est téléchargeable sur le site de la HAS. Le livret de la Troupe du Rire s'en s'inspire et peut également être mobilisé comme ressource plus synthétique.

Concernant les manuels déjà existants en médecine, il est assez frappant de voir que la question de l'indépendance et des conflits d'intérêts est le plus souvent absente comme c'est le cas dans le manuel du Collège des enseignants en SHS en médecine, pourtant d'une grande richesse⁵²⁸. Certains manuels consacrent une entrée aux conflits d'intérêts comme c'est le cas de l'*ABCDaire des sciences humaines en médecine*⁵²⁹. Cela fournit l'opportunité d'une sensibilisation à certains des enjeux associés, mais ne permet pas en deux pages de développer une vision précise et globale.

Il a déjà été question des différentes ressources que les acteurs de l'indépendance comme le Formindep et la revue *Prescrire* mettent à disposition. La rubrique consacrée à la

528 Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé, Bonah Christian, Haxaire Claudie, Mouillie Jean-Marc, Penchaud Anne-Laurence (sous dir.), *Médecine, santé et sciences humaines – Manuel*, Les belles Lettres, Paris, 2011

529 Bagros Philippe, Le Faou Anne-Laurence, Lemoine Maël, Rousset Hugues, De Toffol Bertrand, Pain Benoît, Cauli Marie, Bégue-Simon Anne-Marie, *ABCDaire des sciences humaines en médecine*, Sylleps, Paris, 2009

formation initiale en rassemble un certain nombre que les enseignants peuvent utiliser, que cela soit les cours déjà réalisés par leurs collègues ou une saynète écrite par des étudiants mettant en scène une visite médicale à l'hôpital avec une interne et un externe, que l'on trouvera dans l'annexe 6. Il a également été question de pouvoir solliciter ces acteurs en tant qu'intervenants dans les cours, comme l'AMSA le préconise :

Les facultés de médecine pourraient avoir tendance à chercher au sein de leurs propres effectifs les enseignants se chargeant de ces sujets. Pourtant, une approche interdisciplinaire pourrait apporter une perspective nouvelle, portée notamment par des non-médecins. Les facultés pourraient considérer que des représentants de patients et défenseurs de la santé publique, de même que des experts de la santé non-médecins provenant de disciplines comme l'économie, l'éthique ou le droit pourraient apporter des points de vue singuliers sur les conflits d'intérêts, ce qui donnerait aux étudiants la possibilité de voir comment ces problèmes sont perçus à l'extérieur de la profession médicale.⁵³⁰

A noter que l'AMSA invite les enseignants à ne pas faire intervenir l'industrie pharmaceutique au sein des formations comme indiquée en annexe 7. L'évaluation de dispositifs de ce type a montré que les étudiants assistant à ces cours en ressortaient avec une vision plus positive de l'industrie. Ceci est contraire au choix fait dans les facultés de Lyon Sud et de Paris Sud, où de nombreux intervenants du cours traitant de l'influence de l'industrie pharmaceutique sont issus de l'industrie. On peut entre autres remarquer la prestation pour Lyon Sud du Directeur de Cabinet du Président du LEEM (le syndicat français de l'industrie pharmaceutique), du PDG de Lilly France et Benelux, ou du Directeur Exécutif Médical France - Novartis⁵³¹. On notera cependant que ce séminaire propose aussi deux cours, parmi les derniers, portant sur les conflits d'intérêts, certains scandales sanitaires ou la iatrogénie des médicaments. La place donnée aux intervenants industriels reste pourtant dominante. On peut se demander pourquoi les cours de ces derniers ne sont pas

⁵³⁰ AMSA, *opus cité*.

⁵³¹ Module optionnel « MEDECINE ET INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE », Lyon Sud, 2015-2016. A noter que ce module n'a pas été reconduit pour l'année 2016-2017.

http://lyon-sud.univ-lyon1.fr/medias/fichier/programme-medecine-et-industrie-pharmaceutique_1443423004799-pdf

confiés à des acteurs plus indépendants, comme des chercheurs en sciences sociales par exemple. L'utilisation et la référence au manuel de l'OMS n'apparaît pas non plus dans le programme. La manière dont l'industrie pharmaceutique influence les étudiants français dès la formation initiale ne semble pas abordée non plus. Pour ce qui concerne Paris-Sud, on pouvait constater la présence de deux représentants de la firme Novartis dans la liste des enseignants du département de recherche en éthique en 2008, dont le Directeur de la communication de Novartis⁵³².

6.4 Interventions de patients

Les patients sont de plus en plus invités également à partager leurs expériences avec les étudiants, notamment au Canada où un programme a été dédié à cela⁵³³. On peut penser que cette démarche pourra se développer en France, à la suite de travaux ayant été réalisés dans ce sens comme c'est le cas du projet de recherche-action PACTEM, qui s'intéresse aux patients en tant que formateurs des professionnels de santé⁵³⁴.

Il apparaît cependant nécessaire de prendre en compte le fait que les associations de patients sont de plus en plus courtisées et sponsorisées par l'industrie pharmaceutique, à mesure qu'elles gagnent en représentation au sein des structures de soin. l'Association Française des Diabétiques (AFD) a ainsi reçu 521 922 euros en 2011 de la part des firmes pharmaceutiques, d'après la HAS⁵³⁵. Les dérives lucratives concernent aussi les communautés de patients sur internet⁵³⁶. Le fait que l'industrie crée parfois de fausses associations de patients, afin qu'elles fassent pression sur les pouvoirs publics pour autoriser l'accès à un médicament par exemple, et remonte aux années 1980. Cette stratégie est ainsi bien documentée, on retrouve ce phénomène

532 Masquelier P., *opus cité*.

533 Flora Luigi, « Des patients réflexifs, au potentiel de transformation des systèmes de santé », dans Paul Scheffer (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.55-66

534 <https://pactem.hypotheses.org/author/ethsp>

535 *Le Parisien*, dans son article « La HAS livre le nom des associations de malades les plus financées par l'industrie pharmaceutique », daté du 12 octobre 2012.

536 « Le mercantilisme menace les communautés de patients », *Le Monde*, 18 juin 2014,

décrit dans la littérature anglo-saxonne sous le nom d'« astroturf »⁵³⁷.

Il existe diverses contributions qui montrent comment le lien entre indépendance et implication des patients peut se faire, à titre individuelle ou collective. Anne Chailieu, patiente devenue experte de sa maladie, en est un exemple. Son histoire a été rendue publique dans un article paru dans *Le Monde*⁵³⁸. Ce dernier illustre de quelle manière le souci de l'indépendance des expertises et des informations en matière de santé, pour la gestion de leur propre maladie, mais aussi pour favoriser des changements au sein des institutions de soins, pourrait faire partie du bagage éthique des patients intervenant auprès des étudiants. En effet, Anne Chailieu est à la source de transformations conséquentes, suite à ses investigations qui ont mis en évidence l'opacité des procédures et décisions de l'agence européenne du médicament (EMA), et à son engagement au sein du Formindep, dont elle est devenue la présidente depuis 2015.

L'affaire très récente de la dépakine® montre quant-à elle comment les associations de patients peuvent être des lanceurs d'alerte déterminant pour faire éclater des dysfonctionnements majeurs au grand jour, en lien avec l'indépendance. En effet, c'est la création d'une association, l'Apesac, qui a permis de rassembler les personnes concernées et de faire apparaître le nombre élevé d'enfants atteints. Cette association a été créée par une femme. Elle ne comprenait que deux familles au départ et des moyens financiers très faibles. Cela n'a pas empêché sa fondatrice d'aller rencontrer le ministère de la santé, l'agence européenne du médicament, les députés pour les alerter du problème, ainsi que les médias. Ceci a permis à ce que le sujet soit débattu sur la scène publique et qu des mesures soient prises, notamment par l'Agence française du médicament, l'ANSM.⁵³⁹

Pour finir, il me semble nécessaire de rappeler que l'une des ressources les plus importantes en matière d'indépendance que les enseignants pourraient mobiliser pour leurs étudiants serait de les encourager à faire leur propre expérience au sein des associations étudiantes

537 Brody H., *opus cité*, p.235-238

538 http://www.formindep.org/IMG/pdf/Medecine_-_temoignages_d_incorruptibles.pdf.

539 Voir notamment l'émission Complément d'enquête du 26 février 2016, France 2. https://www.youtube.com/watch?v=z_jVBwYv8qw&feature=youtu.be

et des acteurs principaux dans ce domaine comme le Formindep ou les événements qu'organise la revue *Prescrire*.

6.5 Quels choix possibles de FMC vis-à-vis de l'indépendance ?⁵⁴⁰

On l'a vu, être en mesure de choisir sa formation médicale continue en tant que médecin est l'une des cinq compétences retenues par le curriculum Pharmfree de l'AMSA. Les médecins français n'échappent pas non plus à ce besoin, la FMC (que l'on appelle aussi Développement Professionnel Continu ou DPC en France) étant elle aussi très ciblée par l'industrie pharmaceutique. Après avoir présenté certaines des techniques utilisées, il sera question des pratiques mises en œuvre par certains médecins interviewés pour faire ressortir leurs apprentissages dans ce domaine.

6.5.1 Une information médicale en partie soumise aux leaders d'opinion

En France, le rôle des leaders d'opinion, notamment des membres des sociétés savantes parfois fortement sous influence des principaux laboratoires concernés, a été mis en relief par un rapport de recherche pour la MIRE 45 à propos du traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause :

Ce rôle fut déterminant lors de sa mise en place en France, en particulier lors de la conférence de consensus de 1991. À partir de 2002, lors de la publication des différentes études qui ont établi les risques liés à ces traitements, les leaders d'opinion manifestèrent une forme de déni qui se traduisit notamment par des articles favorables au traitement dans la presse grand public⁵⁴¹.

540 Cette partie est une actualisation refondue d'une section de l'article Scheffer Paul, « Formation ou promotion médicale continue ? », dans Scheffer Paul (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.133-138

541 Bras Philippe, Ricordeau Pierre, Rousille Bernadette, Saintoyant Valérie, *opus cité*, p.23

Les leaders d'opinion représentent une somme élevée des stratégies marketing des firmes, de l'ordre de 31 % du budget total⁵⁴². Les firmes pharmaceutiques profitent des services d'entreprises de conseil qui leur fournissent des logiciels, des bases de données sur les experts. Les PUPH et les spécialistes susceptibles d'être les plus influents sont ainsi répertoriés et leur réseau d'influence cartographié. La plus grande du monde Heartbit, a doublé son chiffre d'affaire en 2009. Voici comment le Vice-Président de cette société parle de ces médecins à forte notoriété :

Ces leaders d'opinion ils sont rentables car ils influencent des millions de prescripteurs à travers la notoriété de leur recherche, leur participation à des sociétés savantes, à des journaux médicaux, à des groupes de travail chargés des guides de pratique clinique⁵⁴³.

Ils se fabriquent sur des années. Le professeur Even identifie cinq étapes⁵⁴⁴ :

- Accepter de cosigner des articles en tant que guest author, une tâche rémunérée 10 000 à 50 000 dollars
- Assurer la promotion des produits des firmes à la tribune des congrès nationaux et internationaux
- Ces activités accélérant leur carrière - plus de publications, citées plus souvent, et de communications prestigieuses en beaucoup moins de temps vu qu'elles sont préparées pour eux par rapport à des médecins honnêtes⁵⁴⁵ - ils se retrouvent naturellement à siéger ou même à devenir président ou vice-président des grandes sociétés scientifiques nationales et

542 Prescrire, « Leaders d'opinion : coûteux mais rentables pour les firmes pharmaceutiques », *Prescrire* Novembre 2005/Tome 25 n°266, p.777

543 Delarue Louis-Adrien, *Les Recommandations pour la Pratique Clinique élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle ? A propos de trois classes thérapeutiques*, Thèse de médecine, 2011

544 Note de Philippe Even sur les leaders d'opinion dans Virapen John, *Médicaments effets secondaires : la mort*, Le Cherche midi, 2014, p.102-108

545 Brody H., *opus cité*, p.133.

internationales de leur discipline

- Ils deviennent experts au sein des agences d'évaluation des médicaments pour leur so-disant compétence
- Ils participent aux recommandations officielles, et sont à ce stade devenus des Key Opinion Leaders

Certains leaders d'opinion tirent la majeure partie de leurs revenus de l'industrie pharmaceutique et non plus de leur fonction universitaire. Un contrat individuel peut atteindre 600 000 euros⁵⁴⁶. Ainsi, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) :

Ces cumuls de contrats peuvent représenter une masse d'honoraires dépassant leur rémunération hospitalière ou hospitalo-universitaire et occuper une part de leur temps de travail très supérieure à ce qui est raisonnable et autorisé⁵⁴⁷.

D'après Even, ils sont sous contrat personnel de consultance et de fonctions officielles, avec trois à vingt firmes en même temps, en participant directement à leurs conseils d'orientation scientifique (advisory boards) ou à leur service de conférenciers (speaking bureaus) avec la mission de parler et répondre directement, en leur nom, aux questions que leur posent les instances officielles ou la presse. Les visiteurs médicaux les appellent « putes du marketing » ou « putes du médicament »⁵⁴⁸.

Voilà ce qu'en dit John Virapen, l'ancien dirigeant Suède de la firme pharmaceutique Eli Lilly :

546 Chambaud Laurent, Khenouf Mustapha, Lannelongue Christophe, Mordelet Patrick, Dusehu Etienne, Geffroy Loïc, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*, IGAS, Février 2009, p.83

547 Chambaud et al., *opus cité*, p.73

548 Götzsche Peter, *Deadly Medicines and Organised Crime*, Radcliffe Publishers, Londres, 2013, p.80.

L'un de ces leaders d'opinion, spécialiste du traitement de la douleur et expert du ministre de la Santé suédois, recevait de nous un salaire fixe pour de prétendus conseils, relectures de nos brochures, conférences et formation de nos représentants (...). Son nom n'apparaissait jamais dans les compte-rendus de nos réunions. On faisait surtout appel à lui en cas d'attaque contre nos produits dans les médias, souvent à propos d'effets secondaires ou de maladies qui s'étaient aggravées. Il écrivait immédiatement des articles en notre faveur dans les journaux médicaux. Le microcosme médical était rassuré, la grande presse n'en parlait plus. C'est par exemple ce qu'il a fait pour le Distalgésic (...). Les journaux parlaient de cas de suicide liés à ce médicament. Notre spécialiste de la douleur écrivit aussitôt quelque chose de positif dans l'un des hebdomadaires médicaux. La presse quotidienne reprit la presse médicale et la Terre se remit à tourner rond.⁵⁴⁹

6.5.2 Une presse médicale française majoritairement financée par l'industrie

Un rapport de l'IGAS a enquêté sur les manières de s'informer des médecins généralistes français. En 2007, la presse médicale apparaît « comme une source d'information importante » avec une forte audience qui concerne un tiers à deux tiers de la profession, et un temps de lecture supérieur à une heure par semaine pour 55 % des médecins. Les titres les plus connus sont *Le quotidien du médecin*, *La revue du praticien*, *Le concours médical* ou *La presse médical*. La revue *Prescrire* est également citée par le rapport qui la distingue des autres par son souci d'indépendance.

Prescrire mise à part, la presse médicale est majoritairement financée par la publicité payée par l'industrie pharmaceutique, à hauteur de 70 % d'après le rapport de l'IGAS. Celui-ci indique de que a présentation des débats s'en trouvent influencés de la manière suivante :

La critique ne porte sans doute pas principalement sur la rédaction d'articles mensongers inspirés par des laboratoires pharmaceutiques finançant la revue. Il serait plutôt dans le choix de rendre compte de tel événement plutôt que tel autre, dans le recours à des leaders d'opinion ayant des intérêts dans l'industrie, dans la préférence structurelle pour la nouveauté (qui n'est pas l'efficacité) au gré des « événements » suscités par l'industrie, dans les calendriers choisis pour ces comptes-rendus, dans la hiérarchisation des présentations, dans la combinaison des articles et de la

549 Virapen John, *Médicaments effets secondaires : la mort*, Le Cherche midi, 2014, p.96-97

promotion, dans l'accroche des titres, dans le ton de la revue (une neutralité affichée peut être relativement favorable au laboratoire lorsqu'elle conduit par exemple à présenter sur le même plan une étude négative et la position en défense du laboratoire).⁵⁵⁰

Malgré cela, et le fait que les capacités d'expertise critique de ces revues soient encore bien plus faibles que les journaux anglo-saxons dont il a été question en première partie, les médecins, les médecins généralistes estiment dans leur ensemble que cette presse est de qualité, notamment en termes de crédibilité. Sa diffusion est en tout cas sans commune mesure avec *Prescrire*. *Le Quotidien du médecin* tire par exemple à 90 000 exemplaires par jour alors que la revue indépendante ne le fait qu'à 30 000 exemplaires, et par mois⁵⁵¹. Enfin, les médecins généralistes français pourraient être tenus au courant des débats concernant les conflits d'intérêts de la profession avec les firmes par les revues anglo-saxonnes où le sujet est régulièrement débattu⁵⁵², mais dans leur ensemble, les praticiens français ne les consultent que rarement selon le rapport de l'IGAS cité.

6.5.3 Visiteurs médicaux, autres techniques d'influence, et déni des médecins

Les 12 300 visiteurs médicaux présents en France⁵⁵³, chiffre du LEEM de 2015, jouent eux aussi un rôle important dans la FMC, même si leur nombre tend à diminuer, vu qu'ils étaient 22 000 en 2006. Les dépenses promotionnelles de l'industrie pharmaceutique en France sont estimées par le LEEM, à 12,2% du chiffre d'affaires réalisé en France en 2004, ce qui correspond à 2,8 milliards d'euros, même si ce chiffre est sans doute une sous-estimation. 75,8% de ces dépenses étaient affectées à la visite médicale à cette date, et seulement 3 à 5% des médecins la refusait⁵⁵⁴. 25

550 Bras Philippe, Ricordeau Pierre, Rousille Bernadette, Saintoyant Valérie, *opus cité*, p.25

551 Even Philippe, Debré Bernard, *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*, Le Cherche-midi, Paris, 2012, p.848

552 Bras Philippe, Ricordeau Pierre, Rousille Bernadette, Saintoyant Valérie, *opus cité*, p.24

553 AFP, « Les visiteurs médicaux, une profession menacée, contrainte d'évoluer », *L'Expansion*, 17 décembre 2015.
http://lexpansion.lexpress.fr/actualites/1/actualites/les-visiteurs-medicaux-une-profession-menacee-contrainte-d-evoluer_1746698.html

554 Bras Philippe, Ricordeau Pierre, Rousille Bernadette, Saintoyant Valérie, *opus cité*, p.8.

000 euros par an et par généraliste étaient ainsi dépensés par l'industrie pharmaceutique pour faire valoir ses produits par la visite médicale, un montant finalement payé par les contribuables à travers le prix des médicaments négociés avec l'État, selon l'IGAS⁵⁵⁵. Cette dernière rappelle les critiques faites vis-à-vis de la visite médicale, qui restent toujours d'actualité :

La visite médicale comporte des biais structurels par rapport aux standards d'une information neutre. Tout d'abord, elle est effectuée dans une perspective commerciale par des visiteurs médicaux dont la rémunération est liée aux prescriptions du produit promu. (...) Le visiteur médical se doit d'informer mais dans le souci de provoquer la prescription. Cette exigence est porteuse d'un biais dans la nature de l'information fournie : elle conduit naturellement à valoriser le produit présenté.⁵⁵⁶

Ceci a été confirmé par la revue *Prescrire* de manière plus chiffrée :

Dans environ 10% des cas les indications annoncées ne sont pas celles figurant au RCP, dans environ 5%, des cas les posologies ne sont pas celles figurant au RCP, dans environ 70% des cas les contre-indications, les interactions médicamenteuses, les précautions d'emploi ou les effets indésirables ne sont pas spontanément présentés, enfin dans 20% des cas, le RCP n'est pas spontanément remis même si cette remise est obligatoire. La remise spontanée de l'avis de la transparence serait quant à elle quasi-systématique. Les données ne montreraient pas de tendance à l'amélioration.⁵⁵⁷

Les études montrent en tout cas une influence de la visite médicale sur les prescriptions tout au long de la vie du produit⁵⁵⁸. Il a été question dans la négociation de la loi Bertrand de supprimer les visiteurs médicaux, mais cela n'a finalement pas été retenu.

Une multitude d'autres outils et techniques sont utilisés pour influencer les médecins : petits cadeaux, voyages et invitations⁵⁵⁹, logiciels d'aide à la prescription. Selon l'IGAS, ceci rend la

555 Bras Philippe, Ricordeau Pierre, Rousille Bernadette, Saintoyant Valérie, *opus cité*, p.18.

556 Idem

557 Idem

558 Bras Philippe, Ricordeau Pierre, Rousille Bernadette, Saintoyant Valérie, *opus cité*, p.11.

559 Orlowski J, Wateska L. « The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns ». *Chest*. 1992;102:270.

distinction entre information et promotion commerciale plus difficile à faire pour la majorité des médecins généralistes, qui s'estiment globalement bien informés sur le médicament tout en reconnaissant que l'information est « surabondante et qu'ils éprouvent des difficultés à l'ordonner et à la hiérarchiser »⁵⁶⁰.

La formation médicale continue dépendait en 2006 à 98% du financement de l'industrie pharmaceutique où les leaders d'opinion évoqués plus haut jouent un grand rôle⁵⁶¹. Suite à l'affaire du Mediator®, la FMC des médecins a été revue. Une Commission Scientifique Indépendante (CSI) a été mise en place, avec pour mission de conseiller le ministre de la santé sur les orientations nationales de la FMC, et d'évaluer les organismes qui dispensent ces dernières. Cependant l'indépendance de la CSI a elle-même été remise en cause par le Formindep⁵⁶². La question se pose donc de savoir si de réels changements dans ce domaine ont été effectués. Il a en tout cas été montré que les recherches financées par l'industrie pharmaceutique, et donc plus susceptibles de biais en faveur de cette dernière, étaient plus représentées dans les symposia que l'on retrouve dans bon nombre de FMC⁵⁶³. On peut ainsi se demander si les médecins peuvent trouver dans les FMC classiques actuelles une formation critique déjà peu présente dans leur cursus initial. Les firmes cherchent en tout cas à influencer les médecins par les canaux d'information présentés et d'autres, comme l'exprime l'IGAS :

Cette omniprésence de l'industrie pharmaceutique autour des médecins permet d'abord de répondre au souci de la répétitivité des messages qui est une des conditions de la mémorisation par le médecin, étape nécessaire pour la prise en compte dans la pratique médicale. Elle répond également à une stratégie de crédibilisation croisée des différents outils utilisés. Si les médecins conservent une certaine méfiance vis-à-vis du discours tenu par les visiteurs médicaux, la présence du message dans la presse et l'expression des leaders d'opinions concourent à la crédibilité recherchée⁵⁶⁴.

560 Bras Philippe, Ricordeau Pierre, Rousille Bernadette, Saintoyant Valérie, *opus cité*, 1/4

561 Hermange Marie-Thérèse, Payet Anne-Marie, *opus cité*, p.41.

562 Delarue Louis-Adrien, « La Commission Scientifique Indépendante est-elle...indépendante ? », Formindep, 24 janvier 2014. <http://www.formindep.org/la-commission-scientifique.html>

563 Lexchin Joel, Bero Lisa A, Djulbegovic Benjamin, Clark Otavio, *opus cité*.

564 Bras Philippe, Ricordeau Pierre, Rousille Bernadette, Saintoyant Valérie, *opus cité*, p.22

6.5.4 Comment les médecins soucieux d'indépendance continuent-ils à se former ?

Comme on l'a vu, les modèles de rôle font partie des éléments déterminants dans la formation des étudiants, en agissant comme repères dans la pratique et dans les choix professionnels. Il s'agit maintenant de voir comment trois jeunes médecins généralistes impliqués dans les questions d'indépendance conçoivent leur FMC. Ceci paraît d'autant plus important que la formation à l'indépendance se heurte à deux écueils chez les étudiants et les jeunes médecins. D'une part, elle peut être appréhendée comme une injonction paradoxale par rapport à ce qu'ils auront vu et vécu en formation, notamment à l'hôpital. Cette réaction a été mentionnée par une enseignante en SHS en médecine autour d'autres questions éthiques et me semble aussi pertinente dans le cas de l'indépendance⁵⁶⁵. Les étudiants auront tendance à considérer les discours autour de l'indépendance comme des principes moraux mais sans réalité et utilité dans la pratique. Il est même possible qu'ils ne constituent pour certains que des contraintes dont il faudra apprendre à se débarrasser. D'autre part, l'idée même d'une conception indépendante de la médecine peut être vécue à la fois comme une menace pouvant fragiliser les connaissances et expériences acquises durant les études, et comme une surcharge de travail potentielle qui demanderait à acquérir des savoirs supplémentaires en plus de tous ceux déjà appris. Face à ces questions et réactions légitimes, l'exemple de l'exercice au quotidien dont peuvent témoigner de jeunes médecins nous paraît sans doute l'une des contributions qui peut le plus rassurer les étudiants en montrant qu'une telle pratique est tout à fait possible, et même facilitatrice comme on le verra. Dans ce sens ces témoignages pourraient aussi leur donner davantage envie de s'informer sur ces manières de faire et peut-être de s'en inspirer.

On retrouve de nombreuses pratiques communes chez ces trois médecins généralistes,

⁵⁶⁵ Lefève Céline, « L'enseignement des SHS dans les études de médecine. État des lieux en France », Journée internationale Former les professionnels de santé à la responsabilité et à la décision. Apports des humanités médicales. INALCO, 15 mai 2014

avec quelques choix particuliers. Ils refusent tous la visite médicale, ne vont pas dans les congrès financés par l'industrie, ne lisent pas la presse médicale dont il a été question plus haut, et n'acceptent pas les invitations au restaurant ou à des conférences locales sponsorisées par les firmes. Ils ont recours pour la plupart à des groupes de pairs, où des cas de patients sont tirés au sort et discutés entre confrères. Ce dispositif a été plébiscité depuis un certain temps comme en atteste ce rapport de l'IGAS de 2008 :

La dernière revue des études en date est moins radicale quant à l'absence d'effet de la formation continue classique mais conclut que les formations interactives (groupe de discussion, études de cas) sont plus efficaces que les méthodes didactiques classiques (cours, présentation éventuellement suivie de questions et réponses). La formation médicale continue serait par ailleurs plus efficace lorsqu'elle est de longue durée, qu'elle est séquencée dans le temps et ne se réduit pas à une intervention ponctuelle, qu'elle est conçue pour un groupe de médecins de taille réduite appartenant à la même spécialité⁵⁶⁶.

Un des médecins précise aussi l'utilité des groupes de pairs pour lui :

Dans mon groupe de pairs (...) on va parfois discuter de comment se comportent les confrères locaux, on peut modifier notre carnet d'adresses de spécialistes en fonction de ce que rapporte l'un ou l'autre, on peut discuter de ce qu'a mis en place l'Agence Régionale de Santé. (...) [Le groupe de pairs] a l'avantage de la convivialité dans un exercice de la médecine où on est quand même isolés par rapport à l'hôpital avec une équipe derrière nous, quand il y a des coups durs on en parle autour d'une bouffe non sponsorisée, du coup c'est très agréable quand même⁵⁶⁷.

Ce même médecin utilise aussi très souvent un forum de médecins généralistes, Mgclinique, où on ne parle que de cas cliniques de médecine générale. Il qualifie ce dernier de « groupe de pairs virtuel », qui est pour lui complémentaire au groupe de pairs en présentiel. Ce forum a été créé par le docteur Dominique Dupagne qui est lui aussi connu pour son engagement

566 Bras Philippe, Duhamel Gilles, *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*, Rapport officiel de l'IGAS n°RM2008-124P, novembre 2008, p.31

567 Entretien page 33, à 1h23

en faveur d'une médecine indépendante. Ce jeune médecin se sert notamment de Mgclinique lors des consultations lorsqu'il a besoin d'une information qu'il n'arrive pas à obtenir par ses propres moyens :

Ce groupe est d'une aide absolument incroyable (...), il y a des gens qui sont systématiquement connectés pendant leurs consultations, (...) globalement proches de mes idées, à savoir ce n'est pas le tout médicament, (...) ils lisent la plupart du temps des revues indépendantes, pas tous, mais beaucoup. [Le forum] est géré par Dominique Dupagne qui est lui-même indépendant et qui fait attention à ce qui est dit, et il y a donc un exercice critique de notre pratique et ce au quotidien⁵⁶⁸.

Il donne ensuite un exemple concret de l'utilisation de ce forum :

J'ai un patient qui me dit qu'il a une cystite, une inflammation de la vessie (...) mais son examen urinaire ne présente pas de signe d'infection, alors comment on traite ça ? Moi je n'ai pas appris ça pendant mes études (...). Si je suis devant le patient qui demande à être traité rapidement, je pose ma question en ligne et en l'espace de cinq minutes le temps que le patient aille s'allonger et que je lui pose quelques questions, j'ai déjà deux ou trois réponses. J'ai fait connaître ce forum à pas mal de mes jeunes collègues qui en sont ravis. Je l'utilise maintenant moins au fil des années et de l'expérience (...) ce qu'il n'y a pas dans Prescrire et dans la littérature scientifique, je vais le piocher dans le forum.⁵⁶⁹,

L'une des trois médecins a essayé les groupes de pairs mais cela ne lui a pas convenu.

De son côté, ce sont les Rencontres Prescrire qui lui permettent d'être en contact avec des confrères dont elle se sent proche et d'échanger sur les pratiques :

J'ai participé à deux ou trois Rencontres de Prescrire, j'ai besoin de rencontrer des médecins dans cette démarche-là, ça peut donner un recul sur la pratique aussi c'est vachement intéressant, avec au moins les bases de l'indépendance, même si on n'est pas d'accord sur tout ça fait au moins ça. Les Rencontres Prescrire malheureusement ce n'est que tous les deux ans mais ça remplit cette fonction là⁵⁷⁰.

568 Entretien page 33, à la minute 41'20

569 Entretien page 33, à la minute 42'

570 Entretien page 28, à la minute 15'

Ces médecins utilisent couramment la revue *Prescrire*, pour avoir des informations sur des médicaments, même directement pendant les consultations quand ils en ont besoin. Ils effectuent tous les trois le Test de lecture de *Prescrire*, comme moyen de se tenir à jour. L'une d'entre elles indique comment elle se sert également des « Thématiques » de la revue :

J'essaye de les lire (...) quand elles sortent, après bien sûr je n'ai pas tout retenu, je fais le questionnaire mais je n'ai pas tout en tête, mais ça me vient en tête quand j'ai les questions qui se posent en consultation, même si je ne me rappelle plus de ce qui a été dit, je sais (...) que je vais le retrouver dans la base de données⁵⁷¹.

Une autre précise que cette formation générale par *Prescrire* lui demande deux à quatre heures par mois⁵⁷², ce qui lui convient. Les fiches-patients de la revue sont aussi mises à contribution. Celles-ci s'avèrent utiles et efficaces pour « éviter de prescrire des antibiotiques dans des rhumes »⁵⁷³, justifier une déprescription⁵⁷⁴ ou un changement d'ordonnance par exemple et peuvent être facilement retrouvées pendant la consultation par le biais de moteur de recherche accessible avec l'abonnement « intégral » à la revue. Ces trois médecins, comme les autres de leurs confrères que j'ai pu interviewer attribuent une grande importance à la revue. Voici comment en parlent deux d'entre elles :

Pour moi *Prescrire* c'est (...) un appui essentiel (...), ils font un travail énorme de critique des médicaments, qu'ils te présentent de façon synthétique. On ne peut pas dire que cela soit simple la lecture de *Prescrire*, mais quand on est habitué, c'est quelque chose d'accessible⁵⁷⁵.

Ma pratique de médecin généraliste aujourd'hui elle n'est pas du tout calée sur ce que j'ai appris pendant mon cursus d'interne. Les connaissances de prescription que j'ai aujourd'hui je les dois essentiellement à la revue *Prescrire*. Du coup tout ce que j'ai appris en tant qu'interne, ça peut faire une

571 Entretien page 28, à la minute 6'30

572 Entretien page 25, à 1h52

573 Entretien page 28, à la minute 7'

574 Entretien page 25, à 1h34

575 Entretien page 25, à 1h29

base fondamentale, mais c'est comme si j'avais un peu tout mis de côté et repris avec Prescrire⁵⁷⁶.

Ces médecins n'idéalisent pas *Prescrire* pour autant, comme le dit l'un d'entre eux :

La revue essentielle c'est la revue Prescrire, mais elle n'est pas du tout un dieu pour moi, je la critique aussi sur certaines choses, il n'y a pas tout dans Prescrire⁵⁷⁷.

Contrairement à l'idée évoquée plus haut selon laquelle une pratique indépendante de la médecine pourrait être source de complications, ces trois médecins parlent plutôt de simplification du travail :

A la fin de mes études, j'avais l'appréhension de pas arriver à inscrire dans ma tête l'ensemble des médicaments que j'avais vu sur les ordonnances diverses à l'hôpital etc. (...) En fait c'est simple car tous ces médicaments n'ont pas lieu d'être, il y a beaucoup de pseudo-innovations thérapeutiques et très peu de nouveaux médicaments qui émergent qui ont (...) une réelle balance bénéfice/risque favorable. Finalement, on a un carnet de prescription qui est très peu fourni sur lequel on se base au quotidien, et c'est facile de s'en souvenir⁵⁷⁸.

Ce même médecin parle d'autres avantages pour le praticien et le patient :

Moins il y a de médicaments sur l'ordonnance, moins il y a de médicaments dans le corps des gens, donc moins il y a d'effets indésirables à gérer qu'on ne comprend pas toujours, moins il y a d'allergies et il y a moins d'interactions médicamenteuses. (...) On n'a pas le service-après vente délétère à assurer de la suite d'une polyprescription.

576 Entretien page 28, à la minute 1'30

577 Entretien page 33, à 1h18

578 Entretien page 33, à la minute 55'40

Une des médecins mentionne aussi des bienfaits que cette autre formation a pu lui apporter personnellement, en parlant de « réparation » :

Moi ça m'a fait un bien fou de me former autrement, ça a plutôt répondu à un besoin que j'avais de pouvoir prendre du recul par rapport à la formation que je ne trouvais pas du tout idéale sur plein de choses, donc ça n'a pas été un effort en plus, ça a été plutôt une sorte de réparation quoi, au niveau psychologique (rires).⁵⁷⁹

Les trois médecins ont fréquenté divers groupes indépendants, aussi pour faire face à l'isolement que le souci d'indépendance peut entraîner, par rapport à la majorité des collègues et des FMC proposées. Le Formindep, le SMG, la revue Pratiques et Prescrire font partie des groupes les plus fréquemment cités. Les trois ont fréquentés le Formindep en prenant pour deux d'entre eux des responsabilités au sein de l'association. Une d'entre elles évoque que son passage au Formindep a pu lui apporter une sorte d'autre formation initiale :

J'ai pu découvrir la littérature internationale sur l'influence, (...) les leaders d'opinion, le ghostwriting, toutes les techniques de l'industrie (...) de modifications des résultats qui ne vont pas juste influencer quelqu'un pour lui dire quoi prescrire mais qui vont bien au-delà [en tant que] manipulation de la science⁵⁸⁰.

Ces différents éléments, que cela soit la simplification du carnet de médicaments, et une plus grande confiance en sa faculté personnelle à trouver les informations et les ressources indépendantes, favorisent une plus grande autonomie dans la pratique. Ceci constitue un exemple de réponse face aux conséquences négatives que la protocolarisation des soins et les recommandations de bonnes pratiques peuvent entraîner, comme le sociologue Florent Champy le mentionne :

⁵⁷⁹ Entretien page 28, à la minute 28'40

⁵⁸⁰ Entretien page 25, à 1h03

Pour conclure sur la standardisation des savoirs, nous pouvons dire que, même quand le savoir contenu dans des normes devrait constituer une ressource pour un jugement prudentiel, l'existence de ces normes peut entraver l'exercice de ce jugement, que ce soit parce qu'elle incite à la paresse et à la recherche de la facilité, par peur des conséquences de l'erreur, faute d'une conscience suffisante des limites des savoirs standardisés, ou encore par simple mimétisme de pratiques dominantes, toutes ces explications étant un peu liées.⁵⁸¹

Ces médecins donnent une grande importance thérapeutique à la relation avec leurs patients. Le fait de relativiser la place du médicament y participe. Ils prennent davantage de temps avec eux à parler, et à chercher aussi des solutions ensemble qui ne soient pas forcément médicamenteuses. Ce qui ressort de frappant dans cette approche, c'est que le cas particulier de chaque patient, source d'incertitude et d'anxiété possible chez les médecins surtout les plus jeunes, a tendance à devenir dans ce contexte un élément auquel ces médecins donnent une attention particulière et sur lequel ils prennent souvent appui dans leur démarche thérapeutique.

6.5.5 Quelles stratégies sont utilisées par les médecins généralistes pour favoriser une installation en libéral en lien avec leur souhait d'indépendance ?

Il m'a paru intéressant de rapporter aussi les méthodes utilisées par ces médecins pour favoriser leur installation dans un contexte en adéquation avec leurs valeurs. Cette période est souvent délicate pour les jeunes médecins qui doivent trouver leurs marques en sortant des études. L'un d'entre eux explique comment il s'y est pris. Il a choisi de faire trois années de remplacement avant de s'installer lui-même, comme cela se fait souvent. Pour trouver des cabinets qui pouvaient avoir une pratique proche de ses idées, il a demandé de l'aide à son directeur de thèse :

J'ai demandé à mon directeur de thèse avec qui je m'entendais très très bien qui est lui-même enseignant en médecine générale, et aussi représentant

581 Champy Florent, *La sociologie des professions*, PUF, Paris, 2012, p.213

syndical, du coup il connaît beaucoup de médecins, et que je connaissais sa pratique que j'appréciais, je lui ai dit (...) : « Est-ce que tu peux me faire une liste noire des médecins qu'il ne faut pas que je remplace ». Officieusement, il m'a fait cette liste noire, et après dans le secteur géographique où je remplaçais, j'ai affiné (...) Il n'y a pas que moi qui fonctionne comme ça (...) c'est pas rigolo de remplacer un médecin qui fait n'importe quoi en termes de prescription, qui regarde la montre, qui pousse aux actes (...).⁵⁸²

Cette stratégie lui a permis de choisir ses remplacements chez des médecins en qui ils avaient « parfaitement confiance ». Il précise ce que cela voulait signifier pour lui :

- que ces médecins le soutiendraient s'il se mettait à déprescrire des médicaments comme les anti-Alzheimer par exemple.
- qu'ils aient déjà un recul critique de leur pratique. « Du coup je renouvelais des ordonnances qui n'étaient pas si biaisées que cela ».
- qu'ils aient une activité plutôt faible, où il n'y avait pas la course à l'acte. Ces médecins voyaient quinze à vingt patients par jour d'après lui. Comme un remplaçant n'a que rarement autant de patients que le médecin, cela lui laissait du temps « pour aller sur internet piocher des informations » lorsqu'il y avait des cas qu'ils n'avaient pas appris à la faculté.

Ceci avait aussi un autre avantage, selon lui les choix de pratique du médecin façonnent sa clientèle, ainsi un docteur qui aura soin à écarter les molécules qu'il juge inutiles ou néfastes n'attirera pas à lui les clients qui souhaitent avoir ou garder une ordonnance avec un certain nombre de médicaments. Le remplaçant se trouve donc moins exposé à des patients qui pourraient faire pression dans ce sens⁵⁸³. Un poste se libérait ensuite en centre-ville de son lieu de vie. Par chance les associés en question partageaient la plupart de ses idées.

582 Entretien plage 33 à la minute 36'40

583 Entretien plage 33 à la minute 32'

Conclusion

L'influence de l'industrie pharmaceutique reste massive et affecte la médecine moderne jusque dans ses fondements, de la recherche à la clinique, en passant par la formation initiale et continue. Le fait d'intégrer des enseignements relatifs à l'indépendance dans la formation initiale a été pointé comme l'une des réformes principales à réaliser à la suite de scandales sanitaires depuis une quinzaine d'années. Malgré ce besoin de formation clairement identifié, les facultés de médecine françaises, contrairement à d'autres pays, n'ont pas à ce jour opéré de changements en conséquence. Le but principal de cette thèse était de donner des ressources aux doyens, enseignants et étudiants pour remédier à ce manque.

Cette recherche a déterminé quatre objectifs dans ce sens :

- Donner une formation adéquate aux étudiants par rapport aux moyens utilisés par les firmes pour les influencer dans leur apprentissage et leur pratique future.
- Protéger les futurs médecins des activités des firmes les prenant pour cibles au cours de leurs formation initiale.
- Favoriser ainsi une moindre participation des médecins eux-mêmes aux stratégies des firmes, comme c'est le cas des leaders d'opinion.
- Donner aux médecins davantage de capacité pour être acteurs de changements institutionnels, en rejoignant par exemple des associations portant ces préoccupations.

Si les deux premiers points de cette liste se retrouvent dans la littérature, il est important de souligner que les deux derniers pourraient être davantage pris en compte.

Pour atteindre ces objectifs, j'ai montré qu'il existe différents pays pouvant servir de modèles. Les travaux, réalisés surtout aux États-Unis, apportent des contributions élaborées. Les politiques officielles en matière de conflits d'intérêts se montrent efficaces pour protéger les étudiants, tandis que le curriculum Pharm-Free de l'AMSA constitue un exemple de formation complète en détaillant de nombreuses modalités. Le recul de dix ans dont bénéficient ces initiatives a également permis d'en évaluer la mise en place. Il apparaît que les manières de prescrire des jeunes médecins sortant des facultés actives dans ce domaine sont plus conformes à l'état de la science et à l'intérêt des patients. Ces formations semblent donc être efficaces. En parallèle, pour que les politiques facultaires en matière de conflits d'intérêts portent leurs fruits, l'exemple états-unien montre que la mise en place de mesures de suivi et de sanction s'avère décisive.

Ces démarches permettent aussi de voir ce qui a pu engendrer de réels changements institutionnels jusqu'à maintenant. Aux États-Unis, c'est le fait de rendre l'inertie des facultés plus visible à travers un classement annuel, conjointement à l'action des étudiants au niveau local comme ce fut le cas à Harvard, qui a joué un rôle déterminant. Le classement a aussi comme effet de stimuler une émulation entre les facultés vers les meilleures notes. En France, une dynamique similaire est déjà à l'œuvre depuis 2014. Le classement des facultés a été initié par le Formindep avec le soutien de l'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France. En parallèle, l'implication de plus en plus marquée de l'ANEMF au sein des facultés est manifeste. Certains groupes locaux demandent aux équipes encadrantes d'être mieux formés en matière d'indépendance, avec des réactions de la part des enseignants montrant une certaine méconnaissance des enjeux. Il est encore trop tôt pour cerner précisément les conséquences de ces démarches, mais elles semblent d'ores et déjà assez solidement ancrées dans les associations qui les portent pour s'inscrire dans la durée.

Cette thèse a aussi cherché à comprendre ce qui pouvait freiner, voire s'opposer, à

l'introduction d'une formation à l'indépendance. Des obstacles ont été identifiés à différents niveaux en partant du contexte global conditionnant l'ensemble de l'enseignement supérieur. Ce contexte est marqué par les incitations du néolibéralisme à favoriser le monde de l'entreprise et à encourager la marchandisation de la recherche et du savoir. Ces tendances ne s'avèrent pas favorables à l'indépendance vis-à-vis des firmes pharmaceutiques. A un niveau plus local, les changements ambitieux au sein des facultés de médecine s'opèrent difficilement depuis longtemps, comme le rappelle l'article « Les maladies du curriculum ». La formation initiale apparaît notamment comme un enjeu de pouvoir où s'affrontent des professeurs pour valoriser leurs disciplines respectives.

Les contours d'un cadre global de pensée présent chez certains doyens et enseignants, PUPH en tête, permettent aussi de mieux comprendre l'inertie en matière de formation à l'indépendance. Ceci se traduit principalement par un rôle important attribué à l'industrie pharmaceutique dans la recherche et l'innovation thérapeutique, en dépit des réfutations existantes à ce sujet, étayées depuis de nombreuses années. La culture de l'entitlement et les conflits d'intérêts personnels et institutionnels ressortent également comme des paramètres favorisant le statu quo. Ce dernier s'avère capable de perdurer malgré les lourdes révélations des scandales sanitaires récents, comme cela a été le cas de l'affaire du Mediator®. Il est aussi apparu que les responsables de formation, à l'hôpital essentiellement, peuvent même exercer une forte influence en faveur des firmes, en forçant les étudiants à reproduire les liens entretenus avec elles. Cette pression est d'autant plus forte que les étudiants ont peur des sanctions hiérarchiques.

Malgré ces tendances fortes, chaque faculté dispose d'une autonomie relative lui permettant de poursuivre des objectifs propres dans lesquels la formation à l'indépendance pourrait avoir sa place. Il a également été montré que des doyens, des enseignants en médecine générale et en SHS surtout mais pas seulement, prennent des initiatives.

Un des résultats principaux de cette thèse a aussi été de souligner l'importance des espaces informels de formation que sont les associations et syndicats étudiants comme l'ANEMF, MEDSI, l'ISNAR-IMG et le SNJMG. En favorisant la sensibilisation et la réflexion aux questions d'indépendance et sur d'autres sujets, en permettant de rompre l'isolement et de faire face aux difficultés face aux hiérarchies et aux normes dominantes, les associations fournissent des cadres souples qui apparaissent comme les vecteurs d'apprentissage les plus puissants en matière d'autonomie, de confiance en soi et de confiance envers des collectifs. De plus, elles permettent de rencontrer des médecins soucieux d'indépendance, souvent en lien avec la revue *Prescrire* et le Fomindep, qui peuvent jouer un rôle important en tant que modèles. À la suite des travaux qui ont souligné l'importance majeure des modèles de rôle dans les apprentissages, cette thèse s'est efforcée de mettre en avant des cas parmi les entretiens réalisés et la littérature susceptibles d'être sources d'inspiration pour les enseignants (maîtres de stage inclus) et les étudiants.

Les caractéristiques des associations devraient à mon sens inciter les enseignants à encourager leurs étudiants à rencontrer ces structures et à s'y impliquer, en parallèle de leur formation. Les enseignants pourraient insister sur la valeur formatrice de ces expériences qui s'avèrent complémentaires aux enseignements de la faculté.

Concernant le curriculum de formation, le poids des concours est identifié depuis longtemps comme vecteur de conformisme, de bachotage et d'absentéisme. Malgré ce contexte, cette thèse a soumis l'hypothèse que la formation à l'indépendance pourrait redonner du poids à la faculté face aux stages hospitaliers. Actuellement, ces derniers sont appréhendés comme les lieux d'apprentissage réels par les étudiants, pour ce qui concerne leur pratique médicale. La faculté est plus identifiée comme nécessaire pour l'obtention du diplôme. La formation à l'indépendance serait logiquement plus aisée à faire à la faculté qu'à l'hôpital, elle pourrait susciter un intérêt particulier des étudiants, notamment en lien avec le fort écho médiatique existant autour de

l'influence de l'industrie pharmaceutique. Les différents dispositifs pédagogiques utilisées dans ce domaine placent l'étudiant au centre des apprentissages. Il serait possible qu'ils favorisent aussi chez les étudiants le souhait de participer davantage à ces enseignements qui s'éloignent du cours magistral.

Cette recherche présente aussi des limites. Elle s'est plus intéressée aux médecins généralistes au sein des interviewés. Ces derniers sont en effet plus faciles à étudier que les nombreuses spécialités avec leurs particularités propres. Les modèles de rôle proposés ici ne concernent donc que les médecins généralistes et les maîtres de stage, avec l'exception du docteur Carlat pour la psychiatrie. Il serait envisageable de trouver des modèles de rôle pour chaque spécialité. De cette façon, les internes de spécialité pourraient peut-être plus facilement s'identifier à des praticiens exerçant le type de médecine qui les intéresse. Certains spécialistes actifs au sein du Formindep m'ont parlé du fait que la formation médicale continue, dans leur cas, demandait des compléments plus importants que pour les généralistes vis-à-vis de ce qu'apporte la revue *Prescrire*. La revue ne peut à elle seule embrasser tout le savoir médical, limite qu'elle a toujours rappelée. Ces médecins ont alors recours à des mises à niveau dispensées à distance par des universités états-uniennes qu'ils jugent satisfaisantes par rapport à leur souci d'indépendance.⁵⁸⁴ Ces méthodes pourraient ainsi être précisées. De nombreux prolongements sont également envisageables. Il serait intéressant par exemple de voir comment, en Europe, les associations étudiantes nationales se positionnent par rapport à cette question. Les chercheurs qui iraient à leur rencontre pourraient avoir, ce faisant, un rôle à jouer en tant que passeurs de connaissance au sein de ces différentes structures qui n'ont sans doute pas toutes pris connaissance des enjeux et démarches décrits dans ces pages.

584 Communication personnelle

Bibliographie

- Abraham John, « The pharmaceutical industry as a political player », *The Lancet* n°360, Novembre 2002, p.1498-1502
- Abrahamson S. Guilbert J-J., « Les maladies du curriculum », *Pédagogie médicale*, mai 2002 - Volume 3 - Numéro 2, p.122-124
- Abramson John, *Overdo\$ed America*, HarperCollins Publishers, New York, 2005
- Adam Philippe, Herzlich Claudine, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Armand Colin, paris, 2007
- Aïach Pierre, Fassin Didier (sous dir.), *Les métiers de la santé – Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos-Economica, Paris, 1994
- AMSA, *Just Medicine Curriculum – Evidence and Recommendations for a Model PharmFree Curriculum*, 4 mai 2015
- Angell Marcia, *La vérité sur les compagnies pharmaceutiques, comment elles nous trompent et comment les contrecarrer*, Les éditions le mieux-être, 2005
- Angell Marcia, « Is Academic Medicine for Sale? », *New England Journal of Medicine*, Editorial, v.342, n°20, mai 2000, p.1516-1518
- Angell Marcia, « A qui profitent les psychotropes? », *Books*, Février 2012, pp 25-40
- Angell Marcia, « The ethics of clinical research in the third world », *New England Journal of Medicine*, n°337, 1997, editorial
- Angell M, Kassirer JP, « Alternatives medicine – the risks of untested and unregulated remedies » , *NEJM*, **339** (12): 839–41, Septembre 1998
- Ambroseli Claire, *L'éthique médicale*, PUF, Paris, 1998
- AP-HP, *Les conflits d'intérêts au sein de l'AP-HP*, AP-HP, mars 2016
- APM International, « Mortalité liée aux erreurs médicales : le Lien dénonce "l'omerta" française », *APM International*, 20 janvier 2015
- Ardoino Jacques, « Editorial de l'intention critique » in Le Grand Jean-Louis, Bézille Hélène (dir.) *De la critique. Pratiques de formation – analyses*, n°43, Université Paris 8, Paris, 2002.
- Bagros Philippe, Le Faou Anne-Laurence, Lemoine Maël, Rousset Hugues, De Toffol Bertrand, Pain Benoît, Cauli Marie, Bégué-Simon Anne-Marie, *ABCDaire des sciences humaines en médecine*, Syllepses, Paris, 2009
- Bagros Philippe, de Toffol Bertrand, *Introduction aux sciences humaines en médecine*, Ellipses, Paris, 2001

- Baldacchino Adeline, *La ferme des énarques*, Michalon, Paris, 2015
- Barbaroux Adriaan, *Médecins généralistes et visite médicale promotionnelle : pourquoi sommes nous si ambivalents ? Étude qualitative dans la région niçoise*. Thèse de médecine – Faculté de Nice, 2015
- Bardou, Le Jeunne, Joliet, Vital-Durand, Patiente, Durocher, « Le médicament, les vecteurs de sa connaissance de la formation initiale à la formation continue : Discussion », États Généraux de La formation médicale, Université Paris 13 Bobigny, 8 et 9 décembre 2011
- Baromètre Odoxa santé360, vague 3, L'industrie de la santé à 360°, regards croisés des médecins, des Français et des Européens, 16 novembre 2015. Partenaires : Chair santé de Sciences Po, Figaro Santé, Orange, MNH, France Inter.
- Baron et Bourvon, *Relations entre les étudiants en médecine et l'industrie pharmaceutique en France*. Thèse de médecine, 2011
- Bassand J-P., Martin J., Ryden L., Simoons M., (2002), « The Need for Ressources for Clinical Research : The European Society of Cardiology Calls for European, International Collaboration », *The Lancet*, 360:1866-69
- Baszanger Isabelle, Bungener Martine, Paillet Anne, (sous dir.), *Quelle médecine voulons-nous?*, La Dispute, Paris, 2002
- Bataille Olivier, *Les apprentissages professionnels informels : Comment nous apprenons au travail pour se former toute sa vie*, L'Harmattan, Paris, 2010
- Batifoulier Philippe, Gadreau Maryse (sous dir.), *Ethique médicale et politique de santé*, Economica, Paris, 2005
- Becker Howard S., Geer Blanche, Hugues Everett C., Strauss Anselm L., *Boys in White – Student Culture in Medical School*, Transaction Publishers, Piscataway, 2007, [10e édition, 1961]
- Beillerot Jacky, *L'éducation en débats : la fin des certitudes*, L'Harmattan, Paris, 1998
- Bekelman JE, Li Y., Gross CP., « Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research : a systematic review », *Journal of the American Medical Association*, vol.289, n°4, janvier 2003, p.454-465
- Benkimoun Paul, « L'Agence française du médicament cherche experts indépendants », *Le Monde*, 31 août 2013
- Bensadon Anne-Carole, Marie Etienne, Morelle Aquilino, *Enquête sur le Mediator®*, rapport définitif de l'IGAS n°RM 2011-0001P, janvier 2011
- Bensadon Anne-Carole, Marie Etienne, Morelle Aquilino, *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, Igas, juin 2011
- Bernoux Philippe, *Sociologie du changement*, Editions du Seuil, Paris, 2010 (1ère édition 2004)

- Bero L.A., Rennie D., « Influence on the Quality of Published Drug studies » *Int J Technol Assess Health Care* 1996 ; 12:209-37
- Black Harvey, « Dealing in drugs », *Lancet*, Vol 364, 6 Novembre 2004 : 1655
- Blech Jörg, *Les inventeurs de maladie : manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique*, Actes Sud, 2008
Ces traitements dont il faut se méfier, Actes Sud, 2007
- Blondeau Nicole, Couedel Annie, « Une pédagogie critique à l'université » in *Analyses & pratiques de formation* n°43, Formation permanente Université Paris 8, Paris, 2002
- Bloy Géraldine, Scweyer François-Xavier (sous dir.), *Singuliers généralistes*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2010
- Bodenheimer Thomas, « Uneasy Alliance – Clinical Investigators and the Pharmaceutical Industry », *New England Journal of Medicine* vol.342 n°20, mai 2000, p.1539-1544
- Bohuon Nicolas, « "Sunshine Act" : qui, quoi et comment? », *Pharmaceutiques*, Edito, Juin/Juillet 2013
- Bolly Cécile, « L'éthique de l'enseignement, condition ultime de l'apprentissage de l'éthique », dans Parent Florence, Jouquan Jean (sous dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck, Bruxelles, 2013, p.115-116
- Bonah Christian, Rasmussen Anne, (sous dir.), « Sciences humaines et sociales en médecine – Bilan et perspectives de 10 ans d'enseignement », *Actes du colloque de Sciences Humaines et Sociales*, Strasbourg, Septembre 2004
- Bonah Christian, « Conflits d'intérêt – restaurer la confiance. Retour sur 60 ans de scandales du médicament en France » *Annales des XVIIIèmes Journées d'Euro Cos Humanisme & Santé*, Groupe Hospitalier Saint-Vincent, STRASBOURG, 11 et 12 mai 2012.
- Borch-Jacobsen Mikkel (sous dir.), *Big Pharma*, Les Arènes, Paris, 2013
- Bornsztajn Nicole, « Les conflits d'intérêts et la formation des étudiants – Rôle du maître de stage », Journée nationale sur la formation à l'indépendance dans les études médicales », Locaux de la revue Prescrire, Paris, 30 avril 2016
- Bourdieu Pierre, *Questions de sociologie*, les Éditions de Minuit, Paris, 2002.
- Bourdieu Pierre, *Leçon sur la leçon*, les Éditions de Minuit, Paris, 1982.
- Bourdieu Pierre, *Contre-feux*, Raisons d'agir, Paris, 1998
- Bourdieu Pierre, *Contre-feux 2*, Raisons d'agir, Paris, 2001
- Bourdieu Pierre (sous la direction de), *La misère du monde*, Le Seuil, Paris, 1993

- Boutrais Régine, *Dynamiques associatives et santé environnementale : Vers un nouveau mode de développement ?*, Thèse de sociologie, Université Paris Dauphine, 2011
- Bouveresse Jacques, *Bourdieu, savant & politique*, Agone, Marseille, 2003
- Bras Philippe, Ricordeau Pierre, Rousille Bernadette, Saintoyant Valérie, *L'information des médecins généralistes sur le médicament*, rapport officiel de l'IGAS n° RM 2007, septembre 2007
- Bras Philippe, Duhamel Gilles, *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*, Rapport officiel de l'IGAS n°RM2008-124P, novembre 2008
- Breton Philippe, *La parole manipulée*, La Découverte, 2000
- Brody Howard, *Hooked – Ethics, the Medical Profession, and the Pharmaceutical Industry*, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham, 2008
- Brown James Robert, « Privatizing the University – The New Tragedy of the Commons », *Science* vol.290 n°5497, décembre 2000, p.1701-1702
- Brune François, « Longue vie au dysfonctionnement ! », *Le Monde diplomatique*, juin 2003.
- Burton Bob, Rowell Andy, « Unhealthy Spin », *British Medical Journal*, vol 326, 2003
- Busing N., Canadian faculties of medicine not in denial, *CMAJ*, March 8,,183(4), 2011
- Callahan Daniel, Jennings Bruce, « Ethics and Public Health : Forging a Strong Relationship », *American Journal of Public Health*, vol 92, n°2, 2002
- Campbell Eric G., « Doctors and Drug Companies – Scrutinizing Influential Relationships », *New England Journal of Medicine* vol.357, n°18, novembre 2007, p.1796-1797
- Campbell Eric G., Weissman Joel S., Vogeli Christine, Clarridge Brian R., Abraham Melissa, Marder Jessica E., Koski Greg, « Financial Relationships between Institutional Review Board Members and Industry », *New England Journal of Medicine*, vol.355, n°22, novembre 2006, p.2321-2329
- Cassel Eric J., « Consent or Obedience? Power and Authority in Medicine », *New England Journal of Medicine*, vol.352 n°4, avril 2005, p.328-330
- Carlat Daniel, « Dr Drug rep », *New-york Times*, 25 novembre 2007.
- Carpenter Daniel, *Reputation and Power – Organizational Image and Pharmaceutical Regulation at the FDA*, Princeton University Press, Princeton, 2010
- Carricaburu Danièle, Ménoret Marie, *Sociologie de la santé – Institutions professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2011
- Cazeau Bernard, *Projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des*

produits de santé, Commission des affaires sociales, Rapport n° 162 (2011-2012), Sénat, 7 décembre 2011

- Céfaï Daniel (sous dir.), *L'enquête de terrain*, La Découverte, Paris, 2003
« Une perspective pragmatiste sur l'enquête de terrain », Pierre Paillé (sous dir.) *La méthodologie qualitative*, Armand Colin, Paris, 2010
- Chambaud Laurent, Khennouf Mustapha, Lannelongue Christophe, Mordelet Patrick, Dusehu Etienne, Geffroy Loïc, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*, IGAS, Février 2009
- Champy Florent, *La sociologie des professions*, PUF, Paris, 2012
- Check Erika, « Transparency urged over research payments », *Nature*, vol.448, août 2007, p.738
- Cheynis Eric, « Politique du médicament en Europe – La difficile constitution d'une prise de parole face à l'industrie », *Savoir/agir n°16*, juin 2011, pp.51-59
- Collectif, *Connaître la promotion pharmaceutique et y répondre*, OMS/HAI, 2013
- Collectif de la Troupe du Rire, « Comment vous expliquer ? », *Prescrire*, Janvier 2016/Tome 36 N° 387
- Collectif de la Troupe du Rire, “Pourquoi garder son indépendance face aux labos pharmaceutiques?”, La Troupe du rire, novembre 2015, 36 pages.
- Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé, Bonah Christian, Haxaire Claudie, Mouillie Jean-Marc, Penchaud Anne-Laurence (sous dir.), *Médecine, santé et sciences humaines – Manuel*, Les belles Lettres, Paris, 2011
- Collier Joe, « Big Pharma and the UK Government », *The Lancet*, vol 367, 14 January 2006, p.97-98.
- Collier Joe, Iheanacho Ike, « The pharmaceutical industry as an informant », *The Lancet* vol 360, novembre 2002, p.1405-1509
- Conférence des Doyens des facultés de médecine, *Etats généraux de la formation médicale – Enjeux, Parcours, Evaluations, Livre des résumés*, Bobigny, 8 et 9 décembre 2011
- Conseil National de L'Ordre des Médecins, « Conflits d'intérêts en France :comment restaurer la confiance des patients-citoyens envers notre système de santé? », *Les Débats du Conseil National de L'Ordre des Médecins*, 4 octobre 2011
- Cornée Lucie, Thèse de médecine générale, faculté de Rennes, 2016
- Côté D.J., Graillon A., Waddell G., Lison C., et Noël M-F, « L'approche d'apprentissage dans un curriculum médical préclinique basé sur l'apprentissage par problèmes » *Pédagogie médicale*, 7, 2006
- Dalbergue Bernard, *Omerta dans les labos pharmaceutiques*, Flammarion, 2014

- Davidoff Frank, DeAngelis Catherine D., Drazen Jeffrey M., Hoey John, Hojgaard Liselotte, Horton Richard, Kotzin Sheldon, « Sponsorship, Autorship, and accountability », *New England Journal of Medicine*, vol.345 n°11, septembre 2001, p.825-826
- De Dinechin Olivier, « « Ethique et professions de Santé » : pour une pédagogie organisée », *Laennec*, 2003/4 Tome 51, p.4-8
- De Kervasdoué Jean (sous dir.), *La crise des professions de santé*, Dunod, Paris, 1996
- De Ketele Jean-Marie, « Évaluer les apprentissages dans la formation des professionnels de santé », dans Parent Florence, Jouquan Jean (sous dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck, Bruxelles, 2013, p.285-304
- De Pracontal Michel, « Marisol Touraine exclut François Lhoste du comité des prix du médicament », *Mediapart*, 8 avril 2015
- Delarue Louis-Adrien, *Les Recommandations pour la Pratique Clinique élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle ? A propos de trois classes thérapeutiques*, Thèse de médecine, 2011
- Delarue Louis-Adrien, « Une thèse de médecine à l'épreuve d'une formation médicale sous influence », dans Scheffer Paul (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.105-116
- Demeulemeester Jean-Luc, « Une perspective économique et politique des systèmes d'éducation et de formation » in Parent Florence, Jouquan Jean (sous dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck, Bruxelles, 2013, p.45-68
- Desrosières Alain, *Gouverner par les nombres*, Presses de l'Ecole des Mines de Paris, Paris, 2008
- Dewey John, *La formation des valeurs*, La Découverte, Paris, 2011
- Dodier Nicolas, « L'espace et le mouvement du sens critique », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2005/1 60e année, p.7-31
- Dominicé Pierre, Waldvogel Francis, *Dialogue sur la médecine de demain*, Puf, Paris, 2009
- Dominicé Pierre, Jacquemet Stéphane, « Note de synthèse » in *Savoirs, n°19, Formation et Santé*, L'Harmattan, Paris, 2009, pp.9-36
- Drazen Jeffrey, « Institutions, Contracts, and Academic Freedom », *New England Journal of Medicine*, vol.347, n°17, octobre 2002, p.1362-1363
- Dugarry Axelle, *Comprendre la promotion pharmaceutique : état des lieux de l'enseignement aux étudiants en médecine de 2e cycle et de 3e cycle de médecine générale*. Thèse de médecine générale, faculté de Bordeaux, 2017
- Editorial, « Drug-company influence on medical education in USA », *The Lancet*, vol 356,

septembre 2000, p.781

Editorial, « Just how tainted has medicine become? », *The Lancet*, vol 359, avril 2002, p.1167

Editorial, « The perils of journal and supplement publishing », *The Lancet*, vol.368, 2006, p.1394

Editorial, « The tightening grip of big pharma », *The Lancet*, vol.357, n°9263, avril 2001, p.1141

Editorial, « Leaders d'opinion : coûteux, mais rentables pour les firmes pharmaceutiques », *Prescrire*, tome 25, n°266, novembre 2005, p.777

EPIC Study, *Archives on Internal Medicine*, 2009 ; 169 (15) : 1355-1362

Etain B, Guittet L, Weiss N, Gajdos V, Katsahian S (2014) Attitudes of Medical Students towards Conflict of Interest: A National Survey in France. *PloS ONE* 9(3): e92858.

Etain B. et al, Conflits d'intérêts et déclaration publique d'intérêts dans l'enseignement médical, Diplôme Inter-Universitaire de Pédagogie Médicale, Universités Paris Descartes, Pierre et Marie Curie, Paris Sud et Paris Est Creteil, 2012

Even Philippe, Debré Bernard, *Savoirs et pouvoir*, Le Cherche-Midi, Paris, 2004

Even Philippe, Debré Bernard, *Les leçons du Mediator, l'intégralité du rapport sur les médicaments*, Le Cherche-midi, Paris, 2011

Even Philippe, Debré Bernard, *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*, Le Cherche-midi, Paris, 2012

Even Philippe, *Corruptions et crédulité en médecine*, Le Cherche-Midi, Paris, 2015

Fenouillet Fabien, *Motivation, mémoire et pédagogie*, L'Harmattan, Paris, 2003

Flora Luigi, « Des patients réflexifs, au potentiel de transformation des systèmes de santé », dans Paul Scheffer (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.55-66

Foucras Philippe, « La résistance des soignants », *Ethique publique*, vol.8, n°2, 2006, pp.18-25

Foucras Philippe, « Communiqué : La HAS retire également la recommandation sur la maladie d'Alzheimer », *Formindep*, 22 mai 2011

Frachon Irène, *Mediator 150mg – Combien de morts?*, editions-dialogues.fr, Brest, 2010

Freire Paulo, *Pedagogy of the oppressed*, New York, Herder and Herder, 1970

Froissart Zoéline, « Comment concilier éducation populaire et formation médicale ? », dans Paul Scheffer (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.81-98

- Froisset Etienne, *Étude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons*. Thèse de médecine – Faculté de Brest, 2012
- Frank J.R, *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2005
- Fugh-Berman AJ “The haunting of medical journals : how ghostwriting sold “HRT”” *PloS Medicine* 2010 ; 7 (9) : e1000335
- Funck-Brentano Christian, Rosenheim Michel, Uzan Serge, « la pensée critique en médecine, une nécessité », *Le Monde*, 10 mars 2007
- Gagnon Marc-André, Lexchin Joel, “The Cost of Pushing Pills : A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States”, *PloS Medicine*, Volume 5 n°1, janvier 2008, p.29-33
- Gagnon Marc André, *The Nature of Capital in the Knowledge-Based Economy : The Case of the Global Pharmaceutical Industry*, York University, Toronto, 2009
- Gardiola Isabelle, “Les médecins savent-ils prescrire?”, *Le Moniteur des pharmacies*, n°2999 Cahier 1, 21 septembre 2013, p.22-27
- Garnier Philippe, *Enseigner à des élèves avec autisme dans un paradigme inclusif : quels dilemmes, quels savoir-se-transformer ?*, Thèse de sciences de l'éducation, Université Paris 8, 2013
- Gingras Yves, *Propos sur les sciences*, Raisons d'agir, Paris, 2010
- Glasziou Paul, Moynihan Ray, Richards Tessa, Godlee Fiona, « Too much medicine; too little care », *British Medical Journal*, n°347, 2 July 2013
- Goldacre Ben, *Bad Pharma - How drug companies mislead doctors and harm patients*, HarperCollins, Londres, 2012
- Gøtzsche Peter, *Deadly Medicines and Organised Crime*, Radcliffe Publishers, Londres, 2013
- Greacen Tim, Jouet Emmanuelle (sous dir.), *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Erès, 2012
- Greene Jeremy A., *Prescribing by Numbers*, The Johns Hopkins University Press, 2008 (1st edition 2007)
- Greffion Jérôme, “Contrôler la promotion des médicaments auprès des médecins – Les pouvoirs publics face à l'industrie pharmaceutique”, *Savoir/agir n°16*, juin 2011, pp.43-50
- Hajdenberg, Michaël, Pascariello Pascale, « Les gendarmes du médicament faisaient », *Mediapart*, 24 mars 2015

- Hauray Boris, *L'Europe du médicament : Politique – expertise – intérêts privés*, Les Presses de Sciences Po, Paris, 2006
- Hauray Boris, “L'évaluation des médicaments, un enjeu politique – Entretien avec Hélène Michel”, *Savoir/agir* n°16, juin 2011, pp.31-36
- Healy David, “Shaping the Intimate: Influences on the Experience of Everyday Nerves”, *Social Studies of Science*, 2004;34:219-45
- Hély Matthieu, *Les métamorphoses du monde associatif*, PUF, Paris, 2009
- Henry David, Lexchin Joel, « The pharmaceutical industry as a medicines provider », *The Lancet* n°360, novembre 2002, p.1590-1595
- Hermange Marie-Thérèse, Payet Anne-Marie, *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments*, n°382, Sénat, Annexe au procès-verbal de la séance du 8 juin 2006
- Hirsch Martin, *Pour en finir avec les conflits d'intérêts*, Stock, Paris, 2010
- Holloway Kelly, « Uneasy subjects: Medical students' conflicts over the pharmaceutical industry », *Social Science & Medicine* 114 (2014) 113e120
- Horel Stéphane, *Les médicamenteurs*, Editions du moment, Paris, 2010
- Horton Richard, « What is medicine's 5 sigma? », *The Lancet*, Volume 385, No. 9976, p1380, 11 Avril 2015
- Hussain A, Smith R, « Declaring financial competing interests: survey of five general medical journals », *British Medical Journal*, 2001
- Hutson Stu, “Publication of fake journals raises ethical questions”, *Nature Medicine* 15, 2009, p.598
- Ioannidis JPA, How to Make More Published Research True. *PLoS Med* 11(10): e1001747, 2014
- Ion Jacques, *La fin des militants ?*, Paris : Editions de l'Atelier, Enjeux de société, 1997
- Jouet Emmanuelle, Flora Luigi (sous dir.), “Usagers-experts : la part du savoir des malades dans le système de santé”, *Pratiques de formation – Analyses*, n°58-59, Université Paris8, Paris, 2010
- Jouquan Jean, Bail Philippe, « A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Exemple d'une révision curriculaire conduite en résidanat de médecine générale », *Pédagogie médicale*, Août 2003 - Volume 4 - Numéro 3, p.163-174
- Jouquan et Parent, « Les enjeux épistémologiques et méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles en santé » dans Parent Florence, Jouquan Jean (sous dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck, Bruxelles, 2013, p.215-232

- Kaiser Jocelyn, « Forty-four Researchers Broke NIH Consulting Rules », *Science*, 22 juillet 2005 p.546
 « Private Money, Public Disclosure », *Science* vol.325 n°5936, juillet 2009, p.28-30
- Kassirer Jérôme-P, *La main dans le sac*, Les éditions le mieux-être, 2007
- Kaufmann Jean-Claude, *l'entretien compréhensif* (2nd edition), Armand Colin, Paris, 2007.
- Kmietowicz Zosia, « First reviews are published that are based on the "totality of the evidence" », *British Medical Journal*, 17 juin 2013
- Korn D., Carlat D., Recommendations From the Pew Task Force on Medical Conflicts of Interest, *JAMA*, Vol.310, n°22, December 11, 2013
- Kuhn Thomas, *La structure des révolutions scientifiques*, (1ère édition 1962), Flammarion, Paris, 1983
- Kuzel AJ. « Sampling in Qualitative Inquiry » Crabtree BJ, Miller WL (sous dir.) *Doing Qualitative Research*, Thousand Oaks, Sage, 1999
- Lahire Bernard, *L'esprit sociologique*, 2e édition [2005], La Découverte, Paris, 2007
- Lalanne Romain, *Élaboration et mise en place d'une Formation à l'Analyse Critique de la promotion pharmaceutique*. Thèse de médecine générale, faculté de Bordeaux, 2016
- Lalo Corinne, Patrick Solal, *Le livre noir du médicament*, Plon, Paris, 2012
- Lajoux Christian, *Le médicament, enjeu du 21^{ème} siècle*, Le Cherche Midi, Paris, 2010
- Las Vergnas Olivier, Jouet Emmanuelle, Flora Luigi, Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : Note de synthèse, dans Jouet Emmanuelle, Flora Luigi (sous dir.), "Usagers-experts : la part du savoir des malades dans le système de santé", *Pratiques de formation – Analyses*, n°58-59, Université Paris8, Paris, 2010, p.13-94
- Lascoumes Pierre, *L'éco-pouvoir, environnement et politique*, La Découverte, Paris, 1994
- Laville Jean-Louis, Sainsaulieu Renaud (dir.), *Sociologie de l'association, Des organisations à l'épreuve du changement social*, Paris : Desclée de Brouwer, Sociologie économique, 1997
- Laville Jean-Louis, Hoarau Christian, *La gouvernance des associations*, Editions Erès, Toulouse, 2008
- Laville Jean-Louis, Caillé Alain, Chaniel Philippe et al, *Association, démocratie et société civile*, La Découverte, Recherches, La Revue du Mauss, 1999
- Lea D. et al. (2010), Norwegian medical students' attitudes towards the pharmaceutical industry, *Eur J Clin Pharmacol*, 66:727–733

- Lebaron Frédéric (sous dir.), « Le médicament : les dessous d'une marchandise », *Savoir/Agir n°16*, Editions du croquant, 2011
- Lechopier Nicolas, « Les « sciences humaines » rendent-elles les soignants plus humains ? Pratiques et enjeux critiques des enseignements des humanités en faculté de médecine, et de l'éthique en particulier », dans Scheffer Paul (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015
- Lecourt Dominique (sous dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Puf, Paris, 2004
- Lefève Céline, « L'enseignement des SHS dans les études de médecine. État des lieux en France », Journée internationale Former les professionnels de santé à la responsabilité et à la décision. Apports des humanités médicales. INALCO, 15 mai 2014
- Le Grand Jean-Louis, « Culture de la critique et éducation en France, un héritage à interroger », in Le Grand Jean-Louis, Bézille Hélène (dir.) *De la critique. Pratiques de formation – Analyses n°43*, Université Paris8, 2002.
- Le Grand Jean-Louis, Bezille Helene, « Présentation du numéro » in Le Grand Jean-Louis, Bézille Hélène (dir.) *De la critique. Pratiques de formation – analyses n°43*, Université Paris 8, Paris, 2002.
- Le Grand Jean-Louis, Colin Lucette, *L'éducation tout au long de la vie*, Economica, Paris, 2008
- Lemoine Maël, « La médecine est-elle une science ? », Bonah Christian, Haxaire Claudie, Mouillie Jean-Marc, Penchaud Anne-Laurence (sous dir.) *Médecine, santé et sciences humaines*, Les belles lettres, Paris, 2011
- Lemorton Catherine, *Rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments*, Assemblée Nationale, enregistrée le 30 avril 2008
- Lenzer Jeanne, « Why we can't trust clinical guideline », *British Medical Journal*, n°346, 14 june 2013
- Lenzer J., Brownlee S., « Un médecin entame une “marche de la honte” pour se racheter de l'argent reçu des firmes pharmaceutiques », *British Medical Journal*, 5 janvier 2008 – vol 336 – pages 20-21, (Traduction Formindep)
- Lexchin Joel, Light Donald W, « Commercial influence and the content of medical journals », *British Medical Journal*, n° 332, 2006
- Lexchin Joel, Bero Lisa A, Djulbegovic Benjamin, Clark Otavio
« Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review », *British Medical Journal*, 326 : 1167, 2003
- Lo B, Field MJ, *Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice*, Institute of Medicine, National Academies Press, 2009

- Lomba Cédric, Michel Hélène, «Le médicament : produit éthique, marchandise rentable», *Savoir/agir n°16*, juin 2011
- Lowes Robert, « More physicians saying “No drug Reps allowed” », *Medscape*, 13 septembre 2016.
- Lurie et al., Financial Conflict of Interest Disclosure and Voting Patterns at Food and Drug Administration Drug Advisory Committee Meetings. *JAMA*295: 1921–1928. 2006
- Maisonneuve Hervé, *Guide pratique du thésard*, 7e édition, Éditions scientifiques L&C/Sanofi, 2010
- Maisonneuve Hervé, « Demander des SIGAPS à 200/400 pour nommer notre élite sur une littérature fausse : notre aveuglement organisationnel est étonnant », Blog d’Hervé Maisonneuve, 29 octobre 2015.
- Marshall Andrew, « Les médecins otages des labos », *Books*, n°46, septembre 2013, traduction de l'article original publié par le même auteur dans *Nature Biotechnology* paru en mai 2013.
- Marzouk Auriane, « Je suis combien : témoignage d'un parcours d'étude en tension entre réussite et indépendance », dans Paul Scheffer (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L’Harmattan, 2015, p.117-119
- Mason PR, Tattersall MHN, Conflicts of interest: a review of institutional policy in Australian medical schools. *MJA*, 2011, 194: 121–125
- Masquelier Philippe, « La proximologie, l’Espace Ethique de l’AP-HP et la firme NOVARTIS », *Pratiques* n°39, octobre 2007
- Mateus Christine, « Des étudiants face aux labos », *Le Parisien*, 06/02/16
- Matias Marisa, « Une sociologue au parlement européen – Propos recueillis par Louis Weber », *Savoir/agir n°16*, juin 2011, pp.61-69
- Maury Pasquier Liliane, *La santé publique et les intérêts de l’industrie pharmaceutique : comment garantir la primauté des intérêts de santé publique?*, Rapport du Conseil Européen, 14 septembre 2015
- May C.D., « Selling Drugs by "Educating" Physicians ?, *Journal of Medical Education*, 1961 ; 36:1-23
- McCarthy Michael, « Medical-Education companies come under fire in USA », *The Lancet*, vol.356 n°9228, août 2000, p.494
- McGarity Thomas, Wagner Wendy, *Bending Science*, Harvard University Press, Harvard, 2010
- Meirieu Philippe, *Le Choix d’éduquer*, éd. ESF, coll. Pédagogies, 1991

- Merino José G., « Physician Payment Sunshine Act - Some answers, many questions », *British Medical Journal*, n°347, 1 August 2013
- Mezirow Jack, *Penser son expérience – Développer l'autoformation*, Chroniques sociales, Lyon, 2001
- Mezirow Jack & Associates, *Learning as Transformation*, Jossey-Bass, San-Francisco, 2000
Fostering Critical Reflection in Adulthood – A Guide to Transformative and Emancipating Learning, Jossey-Bass, San-Francisco, 1990
- Mezirow Jack, Taylor W. Edward, *Transformative Learning in Practice*, Jossey-Bass, San-Francisco, 2009
- Michaels David, *Doubt is their product*, Oxford University Press, New-York, 2008
- Mintzes B, Lexchin J, Wilkes MS, Beaulieu MD, Reynolds E, et al. (2013) Pharmaceutical sales representatives and patient safety. *J Gen Intern Med* 28:1395.
- Monihan Ray, « L'influence invisible », *BMJ*, volume 336, 23 février 08, pages 416-417
- Montalban Matthieu, « La financiarisation des Big Pharma – De l'insoutenable modèle *Blockbuster* à son dépassement? », *Savoir/agir* n°16, juin 2011, pp.13-21
- Monteagudo Jose Gonzalez, « Les pédagogies critiques chez Paulo Freire et son audience actuelle » in Le Grand Jean-Louis, Bézille Hélène (dir.) *De la critique. Pratiques de formation – analyses* n°43, Université Paris 8, Paris, 2002.
- Moscovici Serge, *Psychologie des minorités actives*, Presses Universitaires de France, Paris, 1996 (1ère édition 1979)
- Mouillie Jean-Marc, Lefève Céline, Visier Laurent, *Médecine et sciences humaines*, Belles lettres, 2007
- Moses III Hamilton, Martin Joseph B., « Biomedical Research and Health Advances », *New England Journal of Medicine*, vol.364 n°6, février 2011, p.567-571
- Moynihan Ray, Cassels Alan, *Selling sickness*, Allen &Unwin, Crows Nest, 2005
- Moynihan Ray, « Reasons to be hopeful : streams of renewal in healthcare », *British Medical Journal*, n°345, septembre 2012
- Moynihan Ray, « Doctor's education : the invisible influence of drug company sponsorship », *British Medical Journal*, 2008 ; 336:416
- Muller Patrice, « Une pensée militante », *Pratiques – Les Cahiers de la médecine utopique*, n°72, Janvier 2016
- Muller Séverin, « L'industrie pharmaceutique et l'Etat – Comment garantir la santé sans nuire au commerce? », *Savoir/agir* n°16, juin 2011, pp.37-42

- Nathan David, Weatherall David, « Academic freedom in clinical research », *New England Journal of Medicine*, vol.347, n°17, 24 octobre 2002
- Naudier Delphine, Simonet Maud (sous dir.), *Des sociologues sans qualités? : Pratiques de recherche et engagements*, La Découverte, Paris, 2011
- Neuman et al. Prevalence of Financial Conflicts of Interest Among Panel Members Producing Clinical Practice Guidelines in Canada and United States: Cross Sectional Study. *BMJ*, 343 ; d5621. 2011
- Nestle Marion, « No nutrition in medical education? An old story that might be changing », Site Foodpolitics, 21 avril 2014.
- Nisbett R., Ross L., *Human inference strategies and short-comings of social judgment*, Englewood Cliffs, N.-J., Prentice-Hall, 1980
- Noiville Florence, *J'ai fait HEC et je m'en excuse*, Stock, Paris 2012
- Norris, et al. Conflict of Interest Policies for Organizations Producing a Large Number of Clinical Practice Guidelines. *PloS One*7: e37413. 2012
- Okie Susan (2005), « What Ails the FDA? », *New England Journal of Medicine*, 352:1063-1066
- Okike Kanu, Kocher Mininder S., Wei Erin X., Mehlman Charles T., Bhandari Mohit, « Accuracy of Conflict-of-Interest Disclosures Reported by Physicians », *New England Journal of Medicine*, vol.361 n°15, octobre 2009, p.1466-1474
- Orlowski J, Wateska L. « The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns ». *Chest*. 1992;102:270.
- Paillé Pierre (sous dir.), *La méthodologie qualitative*, Armand Colin, Paris, 2010
- Parent Florence, Jouquan Jean (sous dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck, Bruxelles, 2013
- Pellet Rémi, « L'indépendance des médecins : les paradoxes du droit », dans Jean de Kervasdoué (sous dir.), *La crise des professions de santé*, Dunod, Paris, 1996
- Peneff Jean, *Le goût de l'observation : comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales*, La Découverte, Paris, 2009
- Peneff Jean, *La France malade de ses médecins*, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 2005
- Persaud Navindra, « Questionable content of an industry-supported medical scholl lecture series : a case study », *Journal of Medical Ethics*, Published Online First, 11 june 2013
- Pestiaux Dominique, Boelen Charles, Nawar Tewfik, Ladner Joël, « Responsabilité sociale des facultés de médecine », in Parent Florence, Jouquan Jean (sous dir.), *Penser la*

- formation des professionnels de la santé*, De Boeck, Bruxelles, 2013, p.89-112
- Pharmaceutiques*, « Medical Education – Informer, bien former, mieux accompagner », Supplément au n°208, Juin/Juillet 2013
- Pirotte Gautier, *La notion de société civile*, Paris : La Découverte, Repères, 2007
- Pierru Frédéric, « Un mythe bien fondé : le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale », *Les Tribunes de la santé*, 2007/1 n°14
- Pignarre Philippe, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, La Découverte, Paris, 2004
- Pignarre Philippe, *Le malheur des psys : Psychotropes et médicalisation du social*, La Découverte, Paris, 2006
- Pineau Gaston, Le Grand Jean-Louis, *Les histoires de vie*, PUF, Paris, 2013
- Pinto Louis, *Pierre Bourdieu et la théorie du monde social*, Albin Michel, Paris, 2002
- Plaisance Eric, Vergnaud Gérard, *Les sciences de l'éducation*, La Découverte, Paris, 2001.
- Postel Brigitte, « "Sunshine Act" Des médecins critiques, des industriels sous pression », *Pharmaceutiques*, Juin/Juillet 2013, p.86-88
- Pourtois Jean-Pierre, Desmet Henriette, Lahaye Willy, « Postures et démarches épistémiques en recherche », Pierre Paillé (sous dir.) *La méthodologie qualitative*, Armand Colin, Paris, 2010
- Pratiques de formation – analyses*, « Usagers - experts : la part du savoir des malades dans le système de santé », Numéro 58-59, 2010
- Prescrire, « Relations professions de santé-industrie : les conflits d'intérêts », *Prescrire*, tome 20, n°204, mars 2000
- Prescrire, "Petits cadeaux : des influences souvent inconscientes, mais prouvées", *Prescrire* 2011 ; 31 (335) : 694-696.
- Prescrire, « États-Unis : moins de firmes dans les facultés de médecine grâce aux étudiants », *Prescrire* 2016 ; 36 (387) : 58-64
- Prescrire, « Cadeaux des firmes : interdits à l'université de Stanford », *Prescrire* 2007, 27 (281) : 221
- Prescrire, « Leaders d'opinion : coûteux mais rentables pour les firmes pharmaceutiques », *Prescrire* Novembre 2005/Tome 25 n°266, p.777
- Prescrire, « Prévention des conflits d'intérêts dans les hôpitaux universitaires », *Prescrire* 2016 ; 36 (387) : 60
- Prescrire, « Repas : un cadeau très efficace », *Prescrire*, 2013 ; 33 (355) ; 374

- Prescrire, *Petit manuel de Pharmacovigilance et Pharmacologie clinique*, Hors-Série, 2011
- Prescrire, *Eviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses – Comprendre et Décider - Le guide 2012*, 2012
- Proctor Robert N. Schiebinger Linda, *Agnology*, Stanford University Press, Stanford, 2008
- Rambert Héloïse, (2015), « Vieux labos ch. Jeunes étudiants pour relation durable », *Causette* Hors-Série Juillet- Août, p14-16
- Ramon Estruch et al., « Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet », *New England Journal of Medicine*, vol.368 (2013), n°14, p.1279-1290
- Ravelli Quentin, *La stratégie de la bactérie, biographie sociale d'une marchandise médicale*, Thèse de Sociologie, Centre de recherches Sociologiques et Politiques de Paris, 2012
- Rey Fanny, « Nous sommes déprescripteurs ! », *Le Pharmacien de France*, n°1227, février 2015, p.24-28
- Richard Isabelle, Saint-André Jean-Paul, Flexner Abraham, *Comment nos médecins sont-ils formés ?*, Les Belles Lettres, 2012
- Rodwin Marc A., *Les conflits d'intérêts en médecine – France, Etats-Unis, Japon*, Presses de l'EHESP, 2014
- Rodwin Marc A, « Conflicts of Interest :The limitation of disclosure », *New England Journal of Medicine*, 321, n°20, 1405-09, 1989
- Rodwin Marc. A., « Institutional Corruption and the Pharmaceutical Policy », *Journal of Law, Medicine and Ethics*, Vol. 41, p.544, 2013
- Rosman Sophia, « Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas », dans Bloy Géraldine, Schwyer François-Xavier (sous dir.) *Singuliers généralistes*, Presses de l'EHESP, Paris, 2010
- Ruffin François, *Les petits soldats du journalisme*, Les Arènes, Paris, 2003
- Russel Bertrand, *Essais sceptiques*, Les Belles Lettres, Paris, 2011
- Ryan P., Baumann A.E., Griffiths C., « L'empowerment », dans Greacen Tim, Jouet Emmanuelle (sous dir.), *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Erès, 2012
- Safer D.J., « Design and Reporting Modifications in Industry-Sponsored Comparative Psychopharmacology Trials », *J Nerv Ment Dis* 2002 ; 190:583-92
- Saget Estelle, « A l'école des labos », *L'Express*, 21/10/15
- Sah S., et al. Physicians under the Influence: Social Psychology and Industry Marketing Strategies, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, Volume 14, No. 3, August 2013

- Said W. Edward, *Des intellectuels et du Pouvoir*, Editions du Seuil, Paris, 1996
- Saint-Marc David, *La formation des médecins – Sociologie des études médicales*, L'Harmattan, Paris 2011
- Santi Pascale, « Michèle Rivasi appelle à une opération mains propres dans la santé », *Le Monde*, 6 janvier 2015
- Scheffer P, Guy-Coichard C, Outh-Gauer D, Calet-Froissart Z, Boursier M, Mintzes B, et al. (2017) Conflict of Interest Policies at French Medical Schools: Starting from the Bottom. PLoS ONE 12(1): e0168258.
- Scheffer Paul (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015
- Scheffer Paul, *Formation des diététiciens et esprit critique*, L'Harmattan, Paris, 2015
- Scheffer Paul, « L'influence de l'industrie pharmaceutique dans le champ de la santé et ses enjeux », dans Scheffer Paul (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p. 21-34
- Scheffer Paul, « Formation ou promotion médicale continue ? », dans Scheffer Paul (sous dir.) *Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ?*, L'Harmattan, 2015, p.133-138
- Scheffer Paul, « To be or not lobbies », *Pratiques – Les cahiers de la médecine utopique*, n°56, p.32-35, 2012
- Schneider Ludovic, *État des lieux de la promotion pharmaceutique chez les médecins généralistes lorrains en 2015*, Thèse de médecine – Faculté de Nancy, 2015
- Schweyer François-Xavier, Pennec Simone, Cresson Geneviève, Bouchayer Françoise, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Editions ENSP, Paris, 2004
- Schön Donald, *The Reflective Practitioner – How Professionals Think in Action*, Basic Books, Jackson, 1983
- Shnier A, Lexchin J, Mintzes B, Jutel A, Holloway K (2013) Too Few, Too Weak: Conflict of Interest Policies at Canadian Medical Schools. PLoS ONE 8(7):e68633.
- Sinsard Sophie, *Vision des laboratoires pharmaceutiques par des internes de médecine générale grenoblois*, Thèse de médecine - Faculté de Grenoble, 2012
- Sitbon Delphine. « Laboratoires et facultés de médecine : une amitié toxique ? », *Le Courrier du Parlement*, 2 février 2017.
- SNJMG, « Interview de Paul Scheffer : Indépendance des médecins, les choses ne sont pas inéluctables », *Jeune MG*, numéro 14, mars 2016

- SNJMG, « Histoire du fameux livret de la Troupe du rire », *Jeune MG*, numéro 14, mars 2016
- Smith Richard, « Medical journals and pharmaceutical companies: uneasy bedfellows », *British Medical Journal*, n°326, 2003
- Smith Richard, *The trouble with medical journals*, RSM Books, 2006
- Sokol Daniel K., “But you're not a doctor!”, *British Medical Journal*, 23 décembre 2008, 2008;337:a3077
- Spence Des, « Evidence based medicine is broken », *British Medical Journal*, 2014 ; 348:g22
- Stamane Sophie, « La formation aux médicaments est bâclée », *Que Choisir* n°525, Mai 2014
- Stauber John, Rampton Sheldon, *L'industrie du mensonge : lobbying, communication, publicité et médias*, Agone, Marseille, 2004.
- Steinbrook Robert, « Election 2008 – Campaign Contributions, Lobbying, and the U.S. Health Sector », *New England Journal of Medicine*, vol.357 n°8, août 2007, p.736-740
- Steinbrook Robert, « Controlling Conflict of Interest – Proposals from the Institute of Medicine », *New England Journal of Medicine*, vol.360 n°21, mai 2009, p.2160-2163
- Steinbrook Robert, « Gag Clauses in Clinical-Trial Agreements », *New England Journal of Medicine*, 352:2160-62
- Steinman Michael A., Landefeld C. Seth, Baron Robert B., « Industry Support of CME – Are we at the Tipping Point? », *New England Journal of Medicine*, vol.366, n°12, mars 2012, p.1069-1071
- Szajngarten Thomas, *Le médecin généraliste face à l'information donnée par le visiteur médical dans la région Midi-Pyrénées*, Thèse de médecine – Faculté de Toulouse, 2013
- Tannenbaum et al., *CanMEDS-family medicine. Mississauga (ON):College of Family Physicians of Canada*, 2009
- Thibert Cécile, « Des étudiants en médecine alertent sur l'influence des laboratoires », *Le Figaro*, 9 octobre 2015
- Thibert Cécile, « Universités et firmes : “le chemin vers l'indépendance est encore long” », *Le Figaro*, 10 janvier 2017.
- Trépos Jean-Yves, Laure Patrick, « Les recommandations médicales en médecine générale : le travail de réception des normes professionnelles », Bloy Géraldine, Schwyer François-Xavier (sous dir.) *Singuliers généralistes*, Presses de l'EHESP, Paris, 2010
- Urfalino Philippe, Richard Bertrand, *Le grand méchant loup pharmaceutique*, Textuel, Paris, 2005
- Vailloud Jean-Marie, « Le “ghostwriting” ou l'écriture en sous-main des articles médicaux »,

Formindep, 15 juillet 2008

- Van der Maren, J-M. *Méthodes de recherche pour l'éducation. Montréal : Les presses de l'université de Montréal*, Montréal, 1995
- Véga Anne, *Le partage des responsabilités en médecine. Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes – Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français*, Rapport remis à la CNAMTS sous la direction scientifique de Sylvie Fainzang,, août 2011
- Vinson DC, McCandless B, Hosokawa MC. Medical students' attitudes toward pharmaceutical marketing: possibilities for change. *Family Medicine*. 1993;25:31–33
- Virapen John , *Médicaments effets secondaires : la mort*, Le Cherche midi, 2014
- Vuorenkoski L. et al. (2008), Effect of legislative changes in drug promotion on medical students: questionnaire survey, *Medical Education*, 42: 1172–1177
- Wadman Meredith, “conflict disclosure plan dropped”, *Nature*, vol.476, août 2011, p.17
- Wadman Meredith, “Pharma payment probe widens its net”, *Nature* vol.455, octobre 2008, p.1017
- Wadman Meredith, “The senator's sleuth”, *Nature*, vol.461, septembre 2009, p.330-334
- Wadman Meredith, « Tough talker quits Congress for bioindustry », *Nature*, 430, 28 juillet 2004, p.495
- Waldvogel Francis, “Le rapprochement entre sciences naturelles et sciences humaines est devenue une urgence pour la pratique médicale”, in *Savoirs, n°19, Formation et Santé*, L'Harmattan, Paris, 2009, pp.53-56
- Watkins Chris, Moore Laurence, Harvey Ian, Carthy Patricia, Robinson Elizabeth, Brawn Richard, “Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives : national cross sectional study”, *British Medical Journal*, vol.326, mai 2003, p.1178-1179
- Weinfurt Kevin P., Mark Daniel B., Califf Robert M., « A National Survey of Provisions in Clinical- Trial Agreements Between Medical Schools And Industry Sponsors », *New England Journal of Medicine*, vol.347, n°17, octobre 2002, p.1335-1341
- Weisz Georges, *Divide and Conquer*, Oxford University Press, New-York, 2006
- Wilson D., « Harvard Medical School in Ethics Quandary, », *New York Times*, 2 mars 2009
- Yeh JS, Austad KE, Franklin JM, Chimonas S, Campbell EG, et al. (2014) Association of Medical Students' Reports of Interactions with the Pharmaceutical and Medical Device Industries and Medical School Policies and Characteristics: A Cross-Sectional Study. *PLoS Med* 11(10): e1001743.
- Zarifian P., *Objectif compétence. Pour une nouvelle logique*, Liaisons, 1999

Glossaire

AAMC : American Association of Medical Colleges

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMM : Autorisation de mise sur le marché

AMSA : American Medical Students Association

ANEMF : Association Nationale d'Étudiants en Médecine de France

ANSM : Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé

BMJ : British Medical Journal

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COSHSEM : Collège des enseignants en Sciences Humaines et Sociales en Médecine

DMG : Départements de médecine générale

ECN : Épreuves Classantes Nationales

EMA : European Medicines Agency

FDA : Food and Drug Association

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IOM : Institute of Medicine

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine
Générale

ISNI : InterSyndicat National des Internes

JAMA : Journal of the American Medical Association

KOL : Key opinion leader

MEDSI : Mobilisation Étudiante pour le Développement de la Solidarité Internationale

NEJM : New England Journal of Medicine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SMG : Syndicat de la Médecine Générale

SNJMG : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

Annexe 1

Tableau des entretiens présentés sur le DVD

Plages de l'entretien sur le DVD	Statut de l'interviewé	Durée
1	Externe en sixième année	2h29
2-4	Externe en cinquième année	4h45
5-6	Externe en quatrième année	3h20
7-8	Externe en troisième année	56 minutes
9	Externe en quatrième année	2h02
10	Externe en quatrième année	58 minutes
11	Externe en troisième année	1h29
12-13	Externe en cinquième année	3h32
14	Interne en médecine générale	1h48
15-16	Interne en médecine générale	2h57
17	Interne en médecine générale	1h38
18	Interne en médecine générale	2h19
19-20	Interne en psychiatrie	3h15
21	Enseignant en SHS	1h17
22	Enseignant en SHS	1h11
23	Médecin généraliste enseignante	1h59
24	Médecin généraliste enseignant	54 minutes
25	Médecin généraliste enseignante	2h09
26-27	Médecin généraliste enseignant	51 minutes
28	Médecin généraliste	53 minutes
29-32	Médecin généraliste	1h37
33-34	Médecin généraliste	1h42
35-40	Médecin généraliste	2h35
41	Médecin généraliste	1h31
42-43	Médecin spécialiste	2h23

Annexe 2

Méthodes utilisées en recherche clinique pour favoriser des résultats escomptés

- 1) établir les résultats de la recherche sur des critères intermédiaires (« surrogate endpoints ») : concernant l'effet d'un médicament sur le cœur des patients ; le résultat intéressant est de savoir si ce médicament affecte la durée ou la qualité de vie des patients, et non quel effet celui-ci peut jouer sur leur électrocardiogramme. Ce « résultat » peut néanmoins être utilisé par les forces de vente des laboratoires pour créer l'impression qu'un médicament est supérieur à un concurrent. Comme il est presque toujours plus rapide et moins onéreux de conduire des études centrées sur des critères intermédiaires, cela s'avère très tentant pour les industriels.
- 2) Jouer avec la randomisation : les essais contrôlés randomisés sont devenus le gold standard des essais cliniques, seulement, un nombre conséquent d'études revendiquent cette randomisation sans effectivement l'avoir appliquée du tout ou dans des conditions appropriées.
- 3) Appliquer des dosages inappropriés : de nombreux exemples montrent que cette technique qui consiste à donner une dose plus faible (ou trop forte pour mettre en évidence sa toxicité supérieure) du médicament compétiteur face à celui qui est testé pour que ce dernier apparaisse plus efficace est encore utilisée.
- 4) Effectuer des comparaisons inappropriées : des études prétendent que leur médicament est supérieur à celui des concurrents alors que leur médicament n'a été testé que par rapport à un placebo et non directement ceux des compétiteurs.

- 5) Emploi du double-aveugle inapproprié : comme pour la randomisation, de nombreuses études clament être en double-aveugle sans pour autant en spécifier la méthode.
- 6) Invention d'échelles de mesure propres : les études rapportent souvent leurs résultats sous forme d'échelles de mesures ayant été spécialement créées et qui peuvent artificiellement gonfler les résultats du médicament testé, alors que l'emploi d'échelles de mesures communément admises peut faire apparaître au contraire des effets secondaires non-mentionnés.
- 7) Lancer la flèche et dessiner ensuite la cible : la pratique qui consiste à rassembler premièrement les données et à regarder ensuite ce qui s'avère être favorable s'appelle le « data dredging ». Les études doivent normalement spécifier les hypothèses et les modes opératoires employés avant leur réalisation.
- 8) Ne pas demander ni mentionner les détails qui fâchent : il est nécessaire parfois de poser des questions très précises pour pouvoir relever des effets secondaires possibles, Safer raconte comment de nombreuses études ne rapportent que très peu d'effets secondaires concernant les antidépresseurs, qui est son champ de spécialité, simplement en ayant évité de poser des questions détaillées.
- 9) Violations du protocole et recueil des données peu fiables : ce fut par exemple le cas de l'étude de Summers et al. concernant la démence liée à la maladie d'Alzheimer. Ceci inclut « l'escamotage des échecs et des complications même graves », comme ce fut le cas pour le médicaments Vioxx® ou Avandia® et un certain nombre d'antidépresseurs, allant jusqu'au

décès de patients. Cela se traduit aussi par l'arrêt prématuré de certains essais⁵⁸⁵.

10) Mentir avec les statistiques : cela s'avère assez commun au sein des études sponsorisées par l'industrie pharmaceutique d'après Safer.

11) Le médicament est testé sur une population en meilleure santé (plus jeune, avec des formes moins sévères de maladie et avec moins de maladies coexistantes) que la population qui recevra effectivement le traitement, il se peut que l'essai relève des résultats plus favorables et avec moins d'effets secondaires qu'en réalité. Rochon et al. ont trouvé que seulement 2,1% des sujets dans les essais concernant les anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient des personnes âgées de 65 ans ou plus, même si des médicaments sont plus communément employés chez les personnes âgées et avec une plus grande incidence d'effets secondaires chez eux⁵⁸⁶.

585 Even Philippe, Debré Bernard, *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*, Le Cherche-midi, Paris, 2012, p.94

586 Bodenheimer Thomas, « Uneasy Alliance – Clinical Investigators and the Pharmaceutical Industry », *New England Journal of Medicine* vol.342 n°20, mai 2000, p.1539-1544, p.1541

Annexe 3

Communiqué de presse de la Conférence des doyens – 11 janvier 2017

UFR santé et conflits d'intérêts

Les facultés de santé ont été récemment mises en cause suite à une enquête de la Formindep, relayée par plusieurs quotidiens, sur la faiblesse de leurs actions pour exiger une transparence plus grande entre les universités et l'industrie du médicament et des dispositifs. La conférence prend acte de ce constat qui est peu contestable car une partie des relations avec l'industrie est essentiellement due à la politique menée au sein des services hospitaliers et échappe à la vigilance de l'UFR. Cette politique ne touche pas que des services universitaires puisque ces pratiques existent encore, malgré des règles de plus en plus strictes, dans beaucoup d'établissements mais la réalité est qu'effectivement, les étudiants ne sont pas préparés spécifiquement aux liens d'intérêts. Ceci est généralisable même s'il existe dans certaines facultés des enseignements dédiés et que la lecture critique d'articles (au programme de l'ECN) est considérée comme une formation à la médecine par les preuves avec des discussions critiques des essais cliniques. Les UFR de médecine sont pourtant extrêmement attentives aux conflits d'intérêts. L'homogénéisation des demandes de cumuls d'activité est en cours de rédaction et sera une avancée majeure pour la transparence des activités menées par des universitaires. Le développement de centres de preuves universitaires en lien avec l'HAS est également en cours avec des mesures drastiques d'expertises indépendantes et l'affichage des liens d'intérêts des personnels en charge des recommandations. La publication des liens d'intérêts sur un portail national est également aujourd'hui exigée par la loi tout comme les financements reçus. Tout cela participe d'un mouvement vertueux devenu fort heureusement irréversible.

Il faut aller plus loin et nous considérons qu'il faut prendre exemple sur des facultés européennes et/ou américaines où la transparence est affichée plus clairement sur le portail des UFR. Nous allons donc nous mobiliser sans réserve, car cela suit notre éthique, pour qu'il en soit ainsi avec la publication des liens d'intérêts des enseignants, des cours dédiés plus homogènes sur les liens d'intérêts dans nos facultés et de manière générale, la transparence des financements venant de l'industrie pharmaceutique et participant au budget de nos établissements. Enfin, nous exigerons en lien avec les autres établissements accueillant nos étudiants que les mêmes actions soient orchestrées afin de garantir l'indépendance des formations de toute interférence commerciale. Ces mesures de transparence concerneront tous les cycles de formation.

Paris le 11 janvier 2017

Doyen Jean-Luc Dubois-Randé

Président de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine

Annexe 4

Compétences pour un curriculum Pharmfree

(Extriat du Curriculum Pharmfree de l'AMSA, traduction française : Formindep)

Professionnalisme et conflit d'intérêts (COI)

Compétence : Savoir définir une situation de conflit d'intérêts, en expliquer les éléments constitutifs. Savoir décrire et illustrer comment les COI influencent la pratique clinique et les recommandations professionnelles.

Argumentaire : La notion de conflit d'intérêts permet de comprendre comment l'existence de relations avec les industries, dont l'obligation essentielle est de maximiser les bénéfices des actionnaires grâce au développement et à la vente de médicaments et de dispositifs médicaux, interfère avec l'obligation prioritaire du praticien envers son patient. Lorsque les praticiens jugent approprié d'interagir avec l'industrie, ils doivent s'efforcer d'éviter les conflits d'intérêts et en amoindrir les effets négatifs lorsque ces situations sont inévitables.

Les étudiants doivent avoir compris :

- Les éléments constitutifs d'un conflit d'intérêts ;
- Comment les conflits d'intérêts influencent la pratique médicale et la recherche clinique ;
- Le rôle et la nécessité de la déclaration des liens d'intérêts et de la transparence effective dans la gestion des COI ;
- L'impact des conflits d'intérêts sur les guides de bonne pratique clinique et les taux de

remboursement des médicaments ;

- Comment le financement par l'industrie influence la formation médicale continue et les organisations émettant des recommandations, telles que les sociétés savantes, les organisations professionnelles et les agences gouvernementales ;
- Comment éviter, réduire ou gérer l'impact des conflits d'intérêts liés aux relations entre les médecins et l'industrie comme les honoraires de conférenciers, les contrats de conseil, et les conventions de recherche.

Développement des médicaments et des produits de santé

Compétence : Savoir décrire les facteurs orientant les axes de la recherche et du développement des médicaments et des dispositifs médicaux, les étapes du développement, le parcours de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et les implications cliniques de l'obtention d'une AMM.

Argumentaire : La connaissance des processus de recherche et développement (R&D) est essentielle pour la reconnaissance de l'impact des conflits d'intérêts entre médecins et industrie. En effet le retour sur investissement escompté, les mécanismes de régulation et les financements industriels de la R&D sont des éléments déterminants du choix des médicaments qui seront développés et des stratégies de leur promotion.

Souvent négligés, les dispositifs médicaux ont des parcours de développement légèrement différents et un environnement clinique qui justifie une attention particulière.

Les étudiants doivent avoir compris :

- Les étapes de R&D des médicaments et des dispositifs médicaux ;

- Comment les facteurs économiques orientent la R&D et déterminent le type de médicaments qui seront développés, leur coût et leur accessibilité ;
- Les mécanismes d'autorisation de mise sur le marché et les processus de régulation (y compris pour les médicaments génériques). Les limites du processus d'AMM ;
- La pharmaco-vigilance après la mise sur le marché et le rôle des médecins dans le signalement des effets indésirables ; et
- La régulation de l'usage hors AMM des médicaments.

Évaluer la sécurité et l'efficacité des médicaments et des dispositifs médicaux

Compétence : Être capable d'évaluer de façon critique le design et les résultats d'un essai clinique et pouvoir expliquer l'impact des biais de publication et des conflits d'intérêts sur les données disponibles de sécurité et d'efficacité.

Argumentaire : Les données de sécurité et d'efficacité fournies aux agences de régulation et les études publiées dans des revues à comité de lecture sont les bases de l'*Evidence Based Medicine* (EBM), la médecine fondée sur le niveau de preuve. Pourtant, l'objectivité de ces sources n'est qu'apparente, car de nombreux biais, intentionnels ou non, viennent altérer l'évaluation de la sécurité et de l'efficacité des médicaments et des dispositifs médicaux.

Les étudiants doivent avoir compris :

- L'importance du questionnement systématique des informations concernant les médicaments et les dispositifs médicaux, quelle que soit la source de ces informations ;
- Les compétences à mettre en œuvre pour analyser les résultats d'essais cliniques (design de l'étude, interprétation des données, connaissances statistiques de base) ;

- Comment les conflits d'intérêts et les sources de financements ont historiquement impacté des résultats d'études cliniques et comment des résultats peuvent encore aujourd'hui être biaisés ;
- Comment les biais de publications et les conflits d'intérêts des revues médicales peuvent influencer les bases de données accessibles publiquement ;
- Le processus de *ghostwriting* dans le contexte de campagnes de marketing (par exemple pour le Vioxx[®]) ;
- Comment les biais influencent les processus de décision ;
- L'importance et les possibilités d'accéder à des sources d'information indépendantes et à des revues critiques sur les médicaments.

Marketing et Pratique clinique

Compétence : Savoir expliquer le mécanisme de réciprocité et identifier les techniques utilisées par le marketing pour influencer les comportements des médecins.

Argumentaire : Les stratégies de marketing des médicaments et des produits de santé ne font pas l'objet d'un enseignement suffisant malgré l'importance majeure de ce sujet. La reconnaissance des stratégies utilisées par les firmes pour modifier la pratique médicale ; ainsi que la prise de conscience de l'existence de sources d'information indépendantes permettront aux futurs praticiens de diminuer les biais influençant leurs prescriptions.

Les étudiants doivent avoir compris les objectifs et les stratégies développées par le marketing industriel dans les contextes suivants :

- Éducation thérapeutique du patient ;

- Cadeaux (stylos, repas, voyages, hébergement...) ;
- Échantillons « gratuits » : leur influence sur les soins, l'accessibilité des médicaments et leur coût ;
- Utilisation de Leaders d'opinion (*Key Opinion Leaders*, KOL) et de boards de conférenciers ;
- Publicité en direction des usagers et création d'une demande des patients pour un traitement ;
- Publicité dans des revues médicales, analyse critique de leur contenu, promotions et campagnes d'ensemencement ;
- *Le Disease Mongering*, façonnage conceptuel de maladies en vue de créer ou d'étendre les marchés ;
- Utilisation d'internet pour promouvoir des médicaments ;
- Création ou soutien par l'industrie de groupes et d'associations de patients ;

Journaux médicaux soutenus par l'industrie.

Formation Médicale Continue (FMC)

Compétence : Décrire les mécanismes de formation médicale continue, identifier ses sources de biais et les sources fiables de connaissances médicales.

Argumentaire : Le développement exponentiel des sciences médicales rend rapidement obsolètes les connaissances acquises sur les bancs de la faculté. Il est donc essentiel d'acquérir la capacité à se former tout au long de sa carrière professionnelle. Comprendre comment l'industrie interagit avec ces processus d'apprentissage est fondamental dans le but de permettre aux médecins de

poursuivre leur formation après la faculté, dans le respect des principes de la médecine fondée sur le niveau de preuve (EBM) plutôt que sur le meilleur marketing.

Les étudiants doit avoir compris :

- Comment sont développés et accrédités les programmes de FMC et la signification des accréditations ;
- Comment l'industrie influence le choix des sujets et des intervenants dans les actions de FMC ;
- Comment évaluer de façon critique les intervenants des actions de FMC ;
- Comment choisir des espaces de FMC indépendants de l'industrie.

Annexe 5

Techniques de questionnement utilisables par un enseignant dans le cadre de la supervision clinique pour favoriser la réflexivité d'un étudiant et orienter ses apprentissages à partir de l'étude d'un problème de santé.

Type de question	Exemples
Questions ouvertes	Que penses-tu du problème de Mme Kervella ? Quels aspects de ce problème te semblent-ils les plus intéressants de ton point de vue ? Quelles difficultés éprouves-tu à l'égard de ce problème ?
Questions diagnostiques	Quelle est ton analyse du problème ? Quelles conclusions tires-tu de ces données ? Pourquoi penses-tu avoir été efficace dans la résolution de ce problème ?
Questions d'information	Quelles sont les recommandations des sociétés savantes sur ce sujet ? Quels sont les effets secondaires reconnus de ce traitement ?
Questions à visée argumentative	Pourquoi penses-tu cela ? Quelles données objectives accréditent ton interprétation ? Quelles données objectives rendent-elles ton interprétation moins vraisemblable ?
Questions d'action	Qu faut-il faire pour mettre en œuvre cette recommandation ?

	Qui est concerné par la mise en œuvre de cette décision ?
Questions de priorisation	Tu mentionnes trois objectifs thérapeutiques à atteindre ? Sont-ils tous aussi importants ? Lequel serait à atteindre d'abord ? Pourquoi ?
Questions de prédiction	Comment penses-tu que le mari de Mme Kermarec va réagir à l'annonce de cette nouvelle complication ? Penses-tu que son état s'améliore rapidement ?
Questions hypothétiques	Comment aurait pu évoluer cette tumeur si Mme Le Gall n'avait pas accepté l'intervention ?
Questions d'extension	Penses-tu que le dernier remplaçant de ton maître de stage aurait pris la même décision que toi ? Pourquoi ?
Questions de généralisation	Compte tenu de ce que tu as dû apprendre pour traiter le problème de Mme le Gac, quelle serait désormais ta prise en charge de première intention de ce type de complication ?

Annexe 6

Sketch de sensibilisations aux conflits d'intérêts entre médecins et industrie pharmaceutique

3 Personnages :

- Stéphanie, interne
- Bastien, nouvellement externe
- La visiteuse médicale

Stéphanie, l'interne dicte son compte rendu dans le bureau médical.

Bastien, qui vient de débiter son externat, vient lui présenter m. Ali, le patient qu'il vient de voir.

M. Ali est là parce qu'il a mal au ventre, à droite. Stéphanie reprend avec lui des points de sémilogie. (pour rendre notre sketch attractif aux étudiants de deuxième année)...

La visiteuse médicale entre :

* très amicale avec Stéphanie, elle fait preuve d'une grande empathie et d'une écoute (ça va ? les vacances ? vous êtes courageuse, vous avez bonne mine...)

*Elle présente son nouveau médicament : CONTRODOL, dont elle avait parlé avant les vacances, qui a l'AMM pour les douleurs $>7/10$ chez les patients intolérants ou contre indiqués à la morphine non insuffisants respiratoires (AMM dite très rapidement). Elle montre une courbe mettant en évidence l'amélioration phénoménale de l'EVA suite à la prise du médoc et laisse un dépliant avec tous les détails de prescriptions

*Elle informe Stéphanie sur leur prochaine soirée-resto-formation avec les autres internes du service pour présenter plus en détail le CONTRODOL (Elle demande à Stéphanie si elle préfère le

resto chinois ou péruvien) puis repars.

Bastien reprend la présentation de son patient, questionne Stéphanie :

-C'est qui cette personne ? C'est super que des médecins viennent vous former. Explications de Stéphanie : ça n'est pas un médecin mais une commerciale. Ah bizarre etc.. décortilage des intérêts des médecins (santé des patients) et de la visiteuse (profit de l'entreprise) et réflexion..

- Reprise de l'observation de m. Ali : pourrait-on lui donner le CONTRODOL ?

A priori, Stéphanie dit oui. Puis, ils relisent la plaquette en détail. Discussion sur ce qu'est une AMM. Steph et Bastien se rendent compte que finalement, l'indication est très restreinte (douleurs >7/10 chez les patients intolérants ou contre indiqués à la morphine non insuffisants respiratoires), et ne s'appliquera qu'à un nombre limité de patients. (Bastien : « c'est bizarre, elle avait l'air vachement contente la dame... »/ Steph : Merci Bastien de m'avoir incité à regarder à nouveau les indications précises, sinon, je l'aurai prescrit hors amm. (Car Stéphanie avait seulement retenu le message clé : le CONTRODOL est une avancée thérapeutique majeure, un nouveau médicament très efficace pour lutter contre la douleur)

-Discussion sur le rôle des laboratoires : pour l'instant, ils sont indispensables aux avancées thérapeutiques car la quasi-totalité de la recherche est gérée par eux.

Fin : Stéphanie « Bon, bah finalement, je ne vais peut-être pas y aller à ce resto :) »

Le but de ce sketch n'est pas de condamner, de dire ce qui est bon ou mauvais, mais de QUESTIONNER. En quoi le fait de me former via l'industrie pharmaceutique peut constituer un risque pour mes patients ?

Annexe 7

Études sur les interventions pédagogiques à propos de la relation entre médecins et industriels (Extrait du Curriculum Pharmfree, traduction française : Formindep)

Etude	Population	Explication de l'intervention	Résumé des résultats
Stanley et al¹¹	Étudiants de 3 ^{ème} année au Royaume-Uni	Formation de 70 heures sur 12 semaines, conçue avec des industriels : Cours magistraux, travaux dirigés, applications pratiques, études de cas, visite de sites, dissertations de 2000 mots, publicités critiquées, <i>The Pharm Game</i>	<i>Évaluations Post-Module :</i> - Les participants avez une perception de l'industrie plus positive comparée à l'avant-test - Les séances les plus populaires étaient celles avec de l'interactivité (par exemple la publicité critiquée et <i>The Pharm Game</i>)
Wilkes et al¹²	Étudiants de 3 ^{ème} année	Séances de 3 heures avec conférences de 20 min par des pharmaciens se comportant comme des visiteurs médicaux, suivies d'une séances de Questions-Réponses sur la promotion pharmaceutique, les cadeaux et l'accès aux informations impartiales	<i>12 semaines plus tard :</i> - Les étudiants étaient plus susceptibles de penser que les vacances, stylos et calendriers, ainsi que les matériels non-pédagogiques influencent le comportement des médecins - Les étudiants étaient moins susceptibles de croire que l'information issue des publicités médicales est une source fiable - Les étudiants reconnaissaient les nombreuses techniques utilisées par les

			firmes pharmaceutiques, mais n'étaient pas plus susceptibles de les juger comme étant non-éthiques - Les étudiants bénéficiaient déjà d'une exposition aux firmes dans leur 3^{ème} année (95 % ont reçu des cadeaux, 43 % des échantillons, 35 % des repas et 68 % des livres ou d'autres outils pédagogiques)
Wofford et al¹³	3 ^{ème} année, en stages d'internat	Cours magistral de 90 min élaboré avec un commercial : discussion interactive avec jeux de rôles animés par deux représentants de la faculté et un cadre délégué de l'industrie.	<i>A la suite immédiate de l'atelier :</i> - Les perceptions de la valeur pédagogique des interactions par les représentants de l'industrie ont augmentées de manière significative pour les étudiants (prés de 22,1 % vs 40,5 % post) et les médecins (prés de 17,7 % vs 43,2 % post) - Le ressenti du degré d'influence sur les prescriptions médicales a augmenté (44,2 à 62,1%) - Seulement 5 % n'avaient eu aucun contact avec un délégué commercial
Vinson et al¹⁴	2 ^{ème} année	Cours magistral de 50 min sur les techniques de promotions pharmaceutique	<i>7 semaines après l'intervention :</i> Les étudiants étaient moins enclins à approuver les livres, stylos, dîners, voyages offerts et cadeaux coûteux par rapport au groupe-contrôle