

DOSSIER

Books

Le scandale de l'industrie pharmaceutique

La plupart des médicaments mis sur le marché sont, d'une façon ou d'une autre, de la fausse monnaie. Le médecin qui prescrit ne sait pas forcément ce qu'il fait. La raison ? Les décideurs du système de santé se laissent en grand nombre manipuler et corrompre par les groupes pharmaceutiques. Nous publions d'abord un article d'une ancienne responsable de la plus prestigieuse des revues médicales américaines. Après avoir évoqué des scandales récents qui ont terni l'image des universités Harvard et Stanford, elle rend compte de trois livres pour décrire les processus de base qui sont à l'œuvre. Nous donnons ensuite la parole à un grand médecin français. Il explique que la France est logée à la même enseigne. Pour finir, un spécialiste de l'histoire des maladies expose pourquoi ce domaine se prête si bien aux techniques de marketing les plus offensives.



Sur www.booksmag.fr, UN ENTRETIEN VIDÉO AVEC LE PSYCHIATRE BERNARD GRANGER.

EN DEUX MOTS

Trois scandales révélés en 2008 aux États-Unis ont attiré l'attention sur les relations incestueuses entre l'industrie pharmaceutique, la recherche universitaire et les instances chargées d'autoriser et de contrôler l'usage des médicaments. Plusieurs livres de qualité décrivent en détail la corruption du système de santé et de la recherche médicale. La plupart des médicaments mis sur le marché américain

sont davantage le résultat d'une recherche en marketing que d'un investissement scientifique. Leurs vertus sont gonflées, les effets secondaires minimisés ou gommés. Une fois mis sur le marché, ils sont souvent détournés de leur indication initiale, afin d'être vendus en plus grande quantité. Des maladies nouvelles sont même inventées pour créer de nouveaux marchés.



LE LIVRE > *Our Daily Meds. How the Pharmaceutical Companies Transformed Themselves Into Slick Marketing Machines and Hooked the Nation on Prescription Drugs* (« Nos médicaments quotidiens. Comment les compagnies pharmaceutiques se sont transformées en adroites machines de marketing et ont rendu la nation accro aux médicaments »), Farrar, Strauss and Giroux, 2009.
L'AUTEUR > Melody Petersen, journaliste, a suivi l'industrie pharmaceutique pendant quatre ans pour le *New York Times*.

La corruption de la science médicale américaine



PAR MARCIA ANGELL
THE NEW YORK REVIEW OF BOOKS

Médecin, membre de la rédaction puis de la rédaction en chef du *New England Journal of Medicine*, qu'elle a quitté en 2000, Marcia Angell a écrit plusieurs livres sur le système médical américain, en particulier *La Vérité sur les compagnies pharmaceutiques. Comment elles nous trompent et comment les contrecarrer* (Random House, 2004, traduit en français par le Pr Philippe Even pour Les Éditions le mieux-être, 2005).

Il n'est plus possible de croire les recherches publiées, ni de se fier au jugement de son médecin de famille.

L

e sénateur républicain Charles Grassley, membre de la Commission des finances du Sénat américain, a enquêté sur les liens financiers entre l'industrie pharmaceutique et les médecins universitaires, qui contribuent largement à déterminer la valeur marchande des médicaments. Il n'a pas eu besoin de chercher bien loin.

Prenons le cas de Joseph L. Biederman, professeur de psychiatrie à la Harvard Medical School et chef du service de psychopharmacologie pédiatrique du Massachusetts General Hospital de Harvard. Grâce à lui, les enfants peuvent

maintenant, dès l'âge de 2 ans, être déclarés atteints de trouble bipolaire¹ et traités au moyen d'un cocktail de médicaments puissants, dont beaucoup n'ont pas été autorisés à cette fin par la Food and Drug Administration (FDA) et dont aucun n'a été autorisé pour les enfants de moins de 10 ans².

La RU-486 contre la dépression

Légalement, les médecins peuvent prescrire les médicaments autorisés dans un but précis pour tout autre usage qui leur semble bon, à condition que cet usage soit fondé sur des études scientifiques dûment publiées. Cela ne semble pas être le cas ici. Les études conduites par Biederman sur les médicaments qu'il recommande contre le trouble bipolaire infantile étaient « menées sur un échantillon si faible et conçues avec un tel manque de rigueur qu'elles n'étaient guère concluantes », a écrit le *New York Times*, résumant le point de vue de divers experts.

En juin 2008, le sénateur Grassley a révélé qu'entre 2000 et 2007 les compagnies pharmaceutiques, y compris celles

¹ La version française de Wikipédia consacre un long article au « trouble bipolaire », ainsi défini : il « est caractérisé par la fluctuation anormale de l'humeur, qui oscille entre des périodes d'excitation marquée (manie) et de mélancolie profonde (dépression), entrecoupées de périodes de stabilité » (mars 2009).

qui fabriquent des médicaments pour le trouble bipolaire des enfants, avaient versé à Biederman 1,6 million de dollars pour des prestations de conseil. Deux de ses collègues ont perçu des sommes comparables. Après cette révélation, le président du Massachusetts General Hospital et celui de son organisation de médecins adressèrent une lettre aux praticiens de l'hôpital, exprimant non l'indignation que pouvait susciter cet énorme conflit d'intérêts mais leur sympathie pour ses bénéficiaires : « Nous savons que c'est une épreuve très difficile pour ces médecins et leurs familles, et nos pensées les accompagnent. » Et voici l'exemple d'Alan F. Schatzberg, président élu de l'American Psychiatric Association. Le sénateur Grassley a découvert que Schatzberg détenait pour plus de 6 millions de dollars d'actions de Concept Therapeutics, société dont il est cofondateur et qui teste l'usage de la mifépristone pour traiter la dépression psychotique. La mifépristone est un

médicament utilisé pour l'interruption volontaire de grossesse, connu aussi sous le nom de RU-486³. Le laboratoire de Schatzberg était parallèlement le principal bénéficiaire d'une allocation du National Institute of Mental Health (NIMH) pour faire des recherches sur cet usage de la mifépristone⁴. Il avait par ailleurs écrit trois articles sur le sujet. Dans une déclaration publiée en juin 2008, Stanford assura ne rien voir d'anormal dans cet arrangement, même si, un mois plus tard, « pour éliminer tout malentendu », l'avocat de l'université annonça le remplacement temporaire de Schatzberg comme principal responsable des recherches ainsi subventionnées.

Mais peut-être le cas le plus flagrant révélé par le sénateur Grassley est-il celui de Charles B. Nemeroff, prési- **ooo**

AUTRES LIVRES EVOQUÉS DANS CET ARTICLE

- Alison Bass, *Side Effects. A Prosecutor, a Whistleblower, and a Bestselling Antidepressant on Trial* (« Effets secondaires. Un procureur, un dénonciateur et un antidépresseur phare en procès »), Algonquin Books of Chapel Hill, 2008.
- Christopher Lane, *Shyness. How Normal Behavior Became a Sickness*, Yale University Press, 2007 (publié en français : *La Timidité. Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, Flammarion, 2009).

dent du département de psychiatrie de l'université Emory, à Atlanta, et coéditeur, avec Schatzberg, d'un influent « Manuel de psychopharmacologie ». Le laboratoire de Nemeroff était le principal bénéficiaire d'une allocation de recherche de cinq ans, d'un montant de 3,95 millions de dollars, du même NIMH – dont 1,5 million revenant à l'université pour frais de gestion – en vue d'étudier plusieurs médicaments fabriqués par le groupe britannique GlaxoSmithKline (GSK). Pour se conformer aux règlements de l'université et de l'administration fédérale, Nemeroff se devait de révéler à Emory les sommes que lui versait GSK, tandis que l'université devait rapporter à l'administration tout montant perçu de plus de 10 000 dollars par an et assurer que le conflit d'intérêts serait géré ou éliminé.

Or, selon le sénateur Grassley, qui compara les registres de l'université et ceux de la firme, Nemeroff a omis de déclarer environ 500 000 dollars reçus de GSK pour des douzaines de conférences de promotion de ses produits. En juin 2004, un an après l'attribution de l'allocation de recherche, l'université mena sa propre enquête sur les activités de Nemeroff et découvrit de multiples violations des règles qu'elle avait elle-même édictées. Nemeroff y répondit par une promesse : « Concernant l'allocation NIMH/Emory/GSK, je limiterai mes consultations à GSK à moins de 10 000 dollars par an, et j'en ai informé GSK. » Cette même année, il perçut pourtant 171 031 dollars de la compagnie, tout en n'en déclarant



© Corbis

à l'université que 9 999 – 1 dollar de moins que le plafond au-delà duquel l'université devait alerter l'administration fédérale.

D'innombrables conflits d'intérêts

L'université Emory a tiré profit de l'allocation et des activités de Nemeroff, ce qui pose la question de savoir si son laxisme fut motivé par le conflit d'intérêts dans lequel elle-même se trouvait. Comme l'écrit Gardiner Harris dans le *New York Times*, Nemeroff avait lui-même souligné la valeur qu'il pouvait représenter pour l'université dans une lettre au doyen de la faculté de médecine, justifiant sa participation à une douzaine de conseils d'administration : « Vous vous souvenez sans doute que Smith-Kline Beecham a fait don à ce département d'une chaire, et il est probable que Janssen en fera autant. En outre, Wyeth-Ayerst a créé dans le département un programme de bourses pour les post-doctorants, et j'ai demandé à AstraZeneca et à Bristol-Meyers [sic] Squibb de l'imiter. Ma présence au conseil d'administration de ces entreprises pourrait contribuer à expliquer leurs apports à notre faculté⁵. »

Ces psychiatres épinglés par le sénateur Grassley ont défrayé la chronique, mais de tels conflits d'intérêts sont présents dans toutes les disciplines médicales. (Le sénateur se penche désormais sur le cas des cardiologues.) De fait, la plupart des médecins universitaires, d'une façon ou d'une autre, touchent de l'argent ou reçoivent des cadeaux des entreprises pharmaceutiques. Beaucoup sont des consultants rémunérés, interviennent lors de manifestations financées par les sociétés, signent des articles écrits par les firmes ou par leurs agents⁶ ou font office de « chercheurs » dont la contribution se limite souvent à prescrire à leurs patients le médicament à tester et à transmettre des informations à la firme. Ils sont plus nombreux encore à bénéficier de repas

2] La FDA est l'administration chargée d'autoriser la mise sur le marché des médicaments et de contrôler le marché des médicaments et des produits alimentaires (NdlR).

3] Le pouvoir abortif de la mifépristone a été mis en évidence par le Français Étienne-Émile Beaulieu en 1982 (NdlR).

4] Le NIMH fait partie des National Institutes of Health, principal organisme public de recherche médicale et principal pourvoyeur des fonds fédéraux dans ce domaine (NdlR).

5] Le financement d'une chaire universitaire correspond à une dotation globale permettant de payer le salaire d'un professeur et parfois davantage. On écrit Bristol-Myers Squibb (NdlR).

gratuits et autres avantages divers. En outre, les groupes pharmaceutiques subventionnent la plupart des meetings des sociétés savantes et l'essentiel de la formation continue que les médecins doivent recevoir pour conserver leur droit d'exercer.

Nul ne connaît le montant total versé par l'industrie aux médecins, mais on estime, à partir des rapports annuels des neuf plus grands laboratoires américains, qu'il pourrait se monter à plusieurs dizaines de milliards de dollars par an. Par de tels moyens, l'industrie exerce un contrôle considérable sur la manière dont les praticiens évaluent et utilisent ses produits. Ses liens d'envergure avec

usage spécifique – par exemple, le traitement du cancer du poumon – et il est illégal pour les fabricants d'en faire la promotion pour une autre utilisation.

L'industrie finance la faculté

Mais les médecins, eux, peuvent prescrire un remède autorisé sans tenir compte des indications de la firme, c'est-à-dire sans tenir compte de l'usage spécifique; cela pourrait concerner la moitié des prescriptions aux États-Unis⁷. Une fois un médicament sur le marché, les firmes continuent de financer des essais cliniques, parfois pour obtenir de la FDA une autorisation pour d'autres utilisations, parfois pour démontrer sa supé-

LIVRES À OUVRIR AVEC PRÉCAUTION

Les enjeux sont énormes, les passions sont vives. Beaucoup de livres consacrés aux problèmes posés par l'industrie pharmaceutique en témoignent. Certains plus que d'autres. Ainsi l'ouvrage de Christopher Lane sur la timidité est-il considéré avec méfiance par ceux qui y voient un missile lancé par le camp des psychanalystes contre celui des psychiatres. Dans la *New York Review of Books*, Frederick Crews, auteur de plusieurs ouvrages acides sur l'histoire du freudisme, ne manque pas de souligner que Lane est un « critique littéraire psychanalytique, qui aligne ses positions sur des autorités aussi peu crédibles que Jacques Lacan, Élisabeth Roudinesco et Adam Phillips ». Du coup, l'analyse qu'il fait de l'histoire du DSM, le manuel de psychiatrie en vigueur, est « trop partisane pour pouvoir être prise au sérieux ». Pour Lane, écrit Crews, le DSM symbolise surtout, en effet, un désaveu de « près d'un siècle de pensée [psychanalytique] » et un « retour à la psychiatrie victorienne ». L'éditeur français du livre ne s'y est pas trompé, qui lui a donné un titre sans doute plus proche du contenu réel que le titre américain : « Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions ». □

Nul ne connaît le montant total versé par l'industrie aux médecins, mais il pourrait s'agir de plusieurs dizaines de milliards de dollars par an.

les médecins, en particulier ceux des facultés les plus prestigieuses, affectent les résultats de la recherche, la pratique médicale et jusqu'à la définition de la maladie.

Considérons les essais cliniques permettant de tester les médicaments sur des sujets humains. Avant qu'un nouveau produit puisse être mis sur le marché, son fabricant doit financer des essais cliniques pour montrer à la FDA, généralement par comparaison avec un placebo, que ce médicament est efficace et sûr. Les résultats de ces essais (ils peuvent être nombreux) sont soumis à la FDA, et si un ou deux sont positifs – c'est-à-dire s'ils font apparaître une efficacité sans risque sérieux –, le produit est généralement autorisé, même si tous les autres essais sont négatifs. Les médicaments sont en général autorisés pour un seul

riorité par rapport à ses concurrents, mais c'est souvent simplement un prétexte pour inciter les médecins à le prescrire à leurs patients. Ces derniers essais sont très justement appelés « d'essai-mage » (*seeding studies*).

Les firmes pharmaceutiques n'ayant pas un accès direct aux sujets humains, elles doivent sous-traiter les essais cliniques aux facultés de médecine – où les chercheurs utilisent les patients des hôpitaux et des cliniques universitaires – ou à des entreprises privées de recherche qui utilisent leur propre réseau de médecins pour enrôler des patients⁸. Si ces entreprises sont généralement plus réactives, l'industrie préfère s'adresser aux universités, en partie parce que la recherche y est plus sérieuse, et surtout parce cela leur donne accès à des professeurs influents – qualifiés de « maîtres à pen-

ser » ou de « leaders d'opinion clés » (KOL : *Key Opinion Leaders*). Ce sont ceux qui rédigent les manuels et les articles des journaux scientifiques, publient des directives de pratique (recommandations de traitement), siègent à la FDA et autres comités gouvernementaux consultatifs, dirigent les sociétés savantes et prennent la parole lors des innombrables meetings et dîners organisés chaque année afin de former les praticiens aux nouveaux médicaments sur ordonnance. Pour une entreprise, rémunérer un « KOL » comme Lieberman vaut de l'or.

Des études conçues par les firmes

Voici quelques dizaines d'années, les facultés de médecine n'avaient pas de liens financiers importants avec l'industrie et les universitaires qui menaient des essais cliniques financés par une firme n'avaient guère d'autres attaches avec les groupes pharmaceutiques. Mais aujourd'hui, les facultés sont prises dans un vaste réseau d'arrangements avec l'industrie, et sont rarement en position morale de reprocher à leurs enseignants de se conduire de la même façon. Une étude publiée en 2003 a révélé qu'environ deux tiers des centres de médecine universitaires détenaient des actions dans les entreprises finançant la recherche en leur sein. Une étude publiée en 2007 sur les chaires de médecine montre que deux tiers d'entre elles perçoivent des fonds des firmes pharmaceutiques pour leur département, et trois sur cinq des rémunérations à titre personnel. Dans les années 1980, les facultés de médecine ont commencé à publier des directives régissant ces conflits d'intérêts; mais ces règles sont très variables, plutôt permissives et appliquées sans rigueur.

Parce que leur soutien est conditionné à leur étroite implication dans tous les aspects de la recherche qu'ils financent, il est facile aux groupes pharmaceutiques de faire paraître leurs produits plus efficaces et plus sûrs qu'ils ne le sont. Avant les années 1980, ils laissaient en général aux universitaires l'entière responsabilité d'organiser et d'analyser les essais cliniques; aujourd'hui, ce sont souvent les salariés ou les agents des firmes qui conçoivent les études, font les analyses, rédigent les articles et décident de la publication des résultats et de la forme qu'elle prendra. Parfois les médecins universitaires qui assument la recherche ne sont que des exécutants, qui fournissent des patients pour les essais et recueillent des données en suivant les instructions des firmes.

Compte tenu de cette pratique et des conflits d'intérêts qui pénètrent l'entreprise, il n'est pas étonnant que les essais financés par l'industrie et publiés dans les revues médicales soient systématiquement favorables aux médicaments fabriqués par ceux qui les paient. Les résultats négatifs ne sont souvent pas publiés ou sont présentés sous un jour positif, tandis que les résultats positifs sont publiés à plusieurs reprises avec une présentation

différente. En 2008, une analyse portant sur soixante-quatorze essais cliniques d'antidépresseurs a montré que trente-sept études positives sur trente-huit avaient été publiées; mais trente-trois des trente-six études négatives ne l'avaient jamais été, ou seulement sous une forme faisant ressortir un résultat positif. Et il n'est pas rare qu'un article publié s'intéresse moins à l'effet attendu du médicament qu'à un effet secondaire plus favorable.

La dissimulation des résultats défavorables est le sujet de l'ouvrage d'Alison Bass. Elle montre comment le géant britannique GSK a caché que son antidépresseur phare, le Paxil (aussi appelé Deroxat), était inefficace, voire dangereux, pour les enfants et les adolescents. Ancien reporter au *Boston Globe*, Bass décrit l'action menée conjointement par trois individus courageux et révoltés : un psychiatre, un responsable du département de psychiatrie de la Brown University (dont le président a perçu en 1998 plus de 500 000 dollars pour ses prestations de consultant de la part de groupes pharmaceutiques, dont GSK) et un adjoint du procureur général de New York. Tous trois s'en sont pris à cette firme et à une partie de l'establishment psychiatrique et l'ont, contre toute attente, emporté.

Le livre raconte la lutte engagée par les trois hommes pendant plusieurs années, amenant en 2004 GSK à payer une amende de 2,5 millions de dollars pour fraude à la consommation (soit une infime fraction des plus de 2,7 milliards de dollars que rapportait chaque année le Paxil à l'époque). La firme promet également de rendre publics tous les essais cliniques réalisés depuis le 27 décembre 2000. Sans cette procédure judiciaire, jamais la pratique systématique et délibérée de GSK consistant à étouffer les résultats défavorables des recherches n'aurait été connue. Avant cette révélation, voilà ce qu'on pouvait lire dans un document interne de la firme : « Il serait commercialement inacceptable de déclarer que l'efficacité n'est pas démontrée, car cela porterait atteinte à l'image de la paroxétine (Paxil). »

Nombre de médicaments réputés efficaces ne le sont probablement guère plus que des placebos, mais il n'y a aucun moyen de le savoir car les résultats négatifs sont soigneusement dissimulés. Quatre chercheurs ont quelque peu levé le voile, il y a six ans, sur cette réalité. En utilisant la loi sur la liberté de l'information (*Freedom of Information Act*), ils ont obtenu de la FDA les rapports sur chaque essai clinique contrôlé par placebo et soumis pour autorisation initiale concernant les six antidépresseurs les plus utilisés, mis sur le marché entre 1987 et 1999 : Prozac, Paxil, Zoloft, Celexa, Serzone et Effexor. Ils ont découvert que les placebos étaient en moyenne à 80 % aussi efficaces que les médicaments, soit une différence si faible qu'elle n'avait probablement aucune signification clinique. Les résultats étaient à peu près

6] Le sénateur Grassley enquête aujourd'hui sur Wyeth, qui aurait payé une entreprise de rédaction d'articles médicaux pour écrire sous la signature de médecins universitaires des articles favorables au Prempro, un traitement hormonal substitutif très populaire, censé alléger les symptômes de la ménopause.

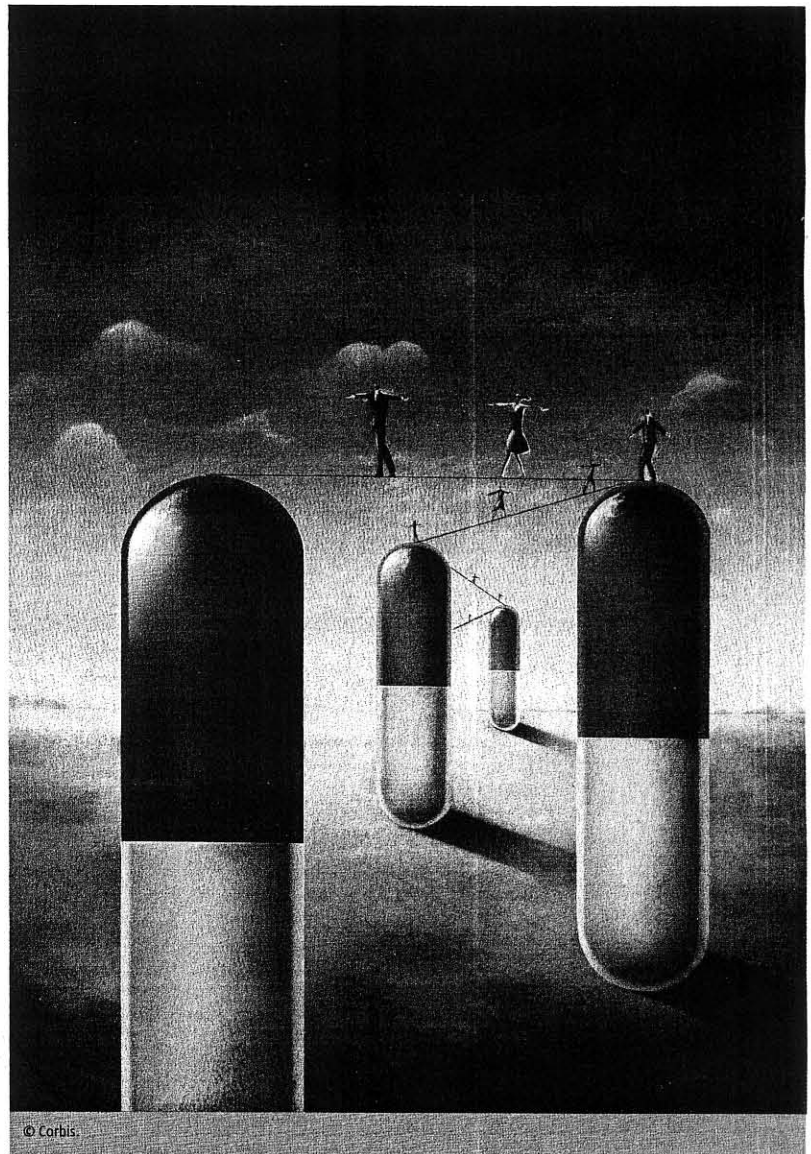
identiques pour les six médicaments : tous étaient pareillement inefficaces. Mais, parce que ces résultats défavorables ont été occultés (dans ce cas, au sein même de la FDA), et que seuls les résultats positifs ont été publiés, le public et la profession médicale ont cru que c'étaient des antidépresseurs puissants.

Essais cliniques manipulés

Les essais cliniques sont également biaisés en amont, les recherches étant conçues pour produire des résultats favorables aux entreprises qui les financent. Par exemple, le médicament sera comparé à un autre, administré à dose si faible que le premier semblera forcément plus puissant. Ou bien on testera un médicament pour personnes âgées sur de jeunes adultes, de sorte que les effets secondaires aient moins de chance d'apparaître. Un autre biais courant vient d'une pratique habituelle des firmes : le

médicament est comparé à un placebo et non à un médicament existant – seule comparaison qui serait pertinente. Bref, il est souvent possible de faire en sorte que les essais cliniques donnent les résultats désirés, et c'est pourquoi il est important que les chercheurs soient réellement désintéressés par rapport aux résultats de leur travail.

Les conflits d'intérêts n'affectent pas seulement la recherche. Ils façonnent également la pratique de la médecine, du fait de leur influence sur les directives de pratique publiées par les organismes professionnels et gouvernementaux et de leurs effets sur les décisions de la FDA. En voici quelques exemples. Dans une étude publiée en 2005 portant sur deux cents groupes d'experts ayant émis des directives de pratique, un tiers des membres ont reconnu avoir un intérêt financier dans les médicaments qu'ils étudiaient. En 2004, après que



le Programme national d'information sur le cholestérol eut appelé à une baisse significative des niveaux désirables de « mauvais » cholestérol, il apparut que huit des neuf membres du comité ayant rédigé les recommandations étaient liés financièrement aux fabricants de médicaments contre le cholestérol. Selon une étude publiée en 2006, sur les 170 contributeurs de l'édition la plus récente du DSM [*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*] de l'American Psychiatric Association, publiée en 2000, quatre-vingt-quinze avaient des liens financiers avec les compagnies pharmaceutiques, dont la totalité des auteurs des parties consacrées aux troubles de l'humeur et à la schizophrénie⁹. Peut-être plus grave encore, de nombreux mem-

bres des comités d'experts qui conseillent la FDA pour l'autorisation des médicaments avaient également des liens financiers avec l'industrie pharmaceutique¹⁰.

Ces dernières années, les firmes ont mis au point une méthode nouvelle et d'une grande efficacité pour développer leurs marchés. La stratégie consiste à convaincre le plus de gens possible (et leurs médecins) que leur état de santé exige un traitement médicalisé à long terme. Parfois appelée « marchandisation d'une maladie », cette pratique fait l'objet de deux nouveaux ouvrages : *Our Daily Meds* [« Nos médicaments quotidiens »], de Melody Petersen, et *Shyness* [*La Timidité*], de Christopher Lane. Pour promouvoir ces pathologies nouvelles ou dont l'importance est exagérée, les firmes

7] Cette pratique est également répandue en France (Ndlr).

8] Ces entreprises sont appelées Contract Research Organizations (CRO). Elles se sont développées à partir du début des années 1990 (Ndlr).

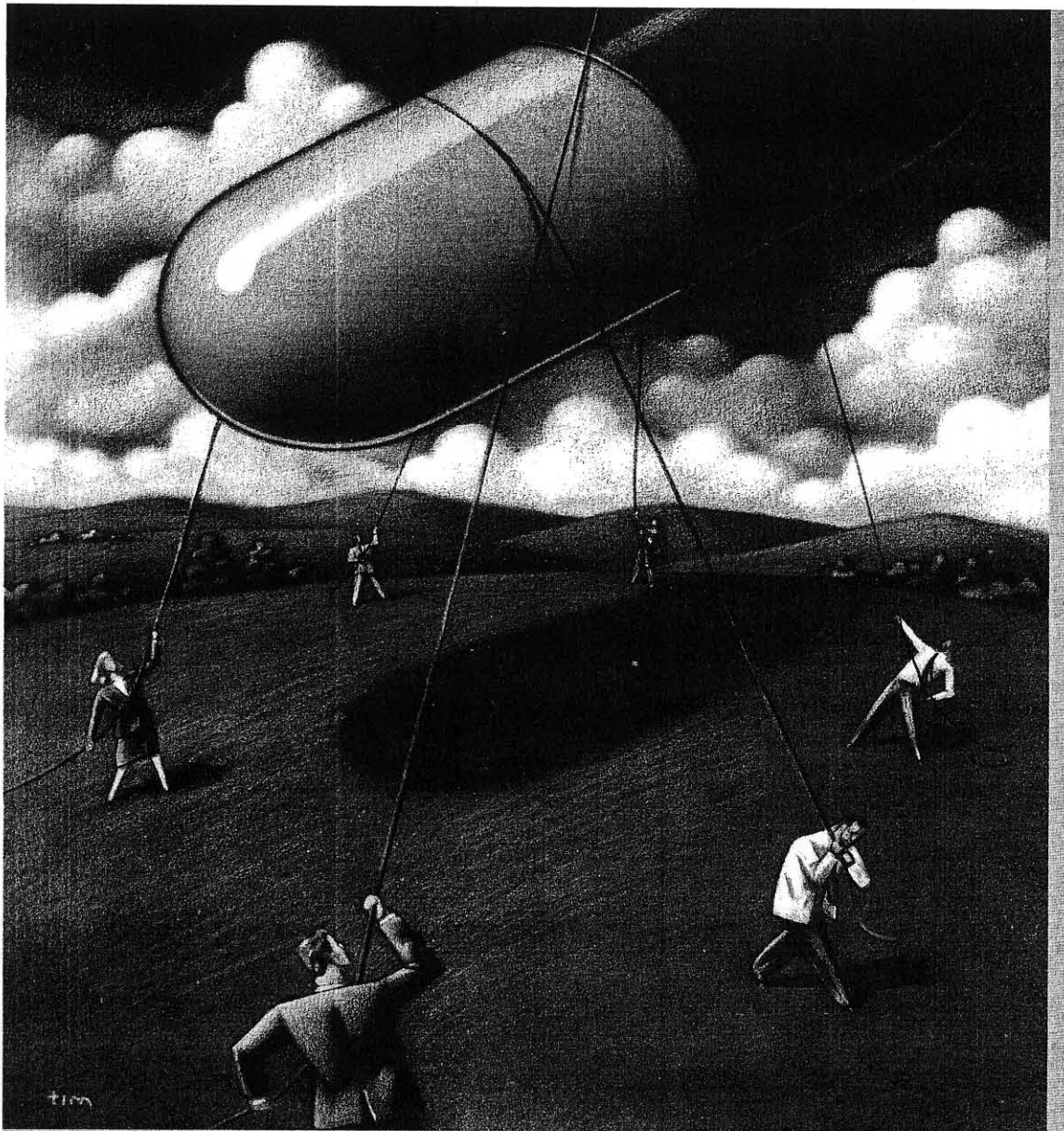
leur donnent des noms savants et un sigle. Désormais, la brûlure d'estomac s'appelle « maladie du reflux gastro-œsophagien » (ou GERD) ; l'impuissance, « dysfonctionnement érectile » (ED) ; la tension prémenstruelle, « trouble dysphorique prémenstruel » (PMMD). Quant à la timidité, elle est devenue le « trouble d'anxiété sociale » (pas encore de sigle). On notera qu'il s'agit de pathologies mal définies affectant pour l'essentiel des individus en bonne santé, ce qui garantit un marché énorme et facilement extensible. Voici comment un haut responsable commercial conseillait à ses troupes de propager l'usage du Neurontin : « Neurontin pour la douleur, Neurontin pour la monothérapie, Neurontin pour le bipolaire, Neurontin pour tout »,

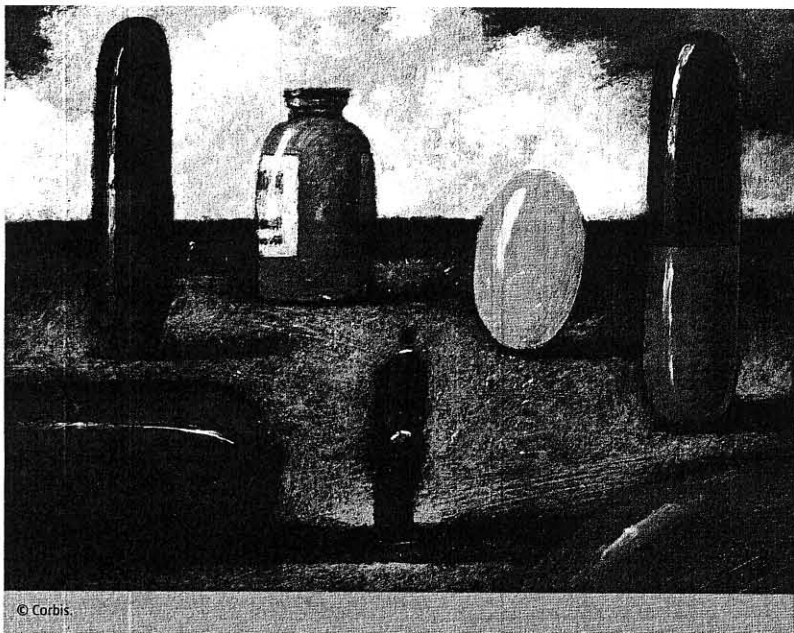
raconte Melody Petersen. Il semble que la stratégie des marchands de médicaments – et elle a réussi – soit de convaincre les Américains qu'il n'y a que deux sortes de personnes : celles qui ont une pathologie nécessitant un traitement médicamenteux et celles qui ne le savent pas encore. Si cette stratégie a été inventée par l'industrie, elle n'a pu être appliquée qu'avec la complicité de la profession médicale.

Le Neurontin, bon pour tout

L'ouvrage de Melody Petersen, ancienne reporter au *New York Times*, est une mise en accusation convaincante de l'ensemble de l'industrie pharmaceutique. Elle montre de façon très précise les multiples moyens, légaux et illégaux, par lesquels les firmes réussissent à créer des *blockbusters* (médicaments dont les ventes annuelles dépassent le milliard de dollars) et le rôle essentiel que jouent à cet égard les leaders d'opinion clés. Le Neurontin, autorisé d'abord pour un usage précis – le traitement des crises d'épilepsie quand les autres médicaments échouent à les contrôler –, est son principal exemple. En rémunérant des universitaires pour signer des articles recommandant le Neurontin pour d'autres usages – trouble bipolaire, maux de tête, etc. – et en finançant des conférences vantant ces utilisations, le fabricant en a fait un *blockbuster* : en 2003, les ventes atteignaient 2,7 milliards de dollars. L'année suivante, dans une affaire suivie du début à la fin par Petersen pour le *New York Times*, Pfizer plaida coupable pour marketing illégal et consentit à payer 430 millions de dollars pour mettre fin aux poursuites pénales et civiles à son encontre. Une somme qui, pour Pfizer, ne représentait qu'un coût relativement faible par rapport à la rentabilité de l'investissement, le Neurontin continuant d'être prescrit comme fortifiant et produisant chaque année des milliards de dollars de chiffre d'affaires.

Christopher Lane a choisi un sujet plus pointu : l'augmentation rapide du nombre de diagnostics psychiatriques aux États-Unis et l'usage de médicaments psychotropes pour les traiter. Comme il n'existe pas de tests objectifs pour les maladies mentales et comme les frontières entre le normal et le pathologique sont floues, la psychiatrie est un terrain particulièrement fertile pour créer de nouvelles pathologies et en élargir d'anciennes. La définition des critères diagnostiques est pratiquement la chasse gardée du DSM, fruit d'un panel de psychiatres dont la plupart, nous l'avons vu, ont des liens financiers étroits avec l'industrie. Lane, professeur de littérature à la Northwestern University, retrace l'évolution du manuel depuis ses modestes débuts, en 1952, lorsqu'il n'était qu'un petit ouvrage à spirale (*DSM-I*), jusqu'à son édition actuelle de 943 pages (la version révisée du *DSM-IV*), bible de la psychiatrie, servant de référence aux tribunaux, aux prisons, aux écoles, aux compagnies d'assurance, aux services





© Corbis

d'urgence, aux cabinets médicaux et aux centres de santé de toute sorte.

Compte tenu de son importance, on pourrait penser que la DSM est la synthèse d'un ensemble d'études scientifiques faisant autorité. Lane montre au contraire, à l'aide de documents inédits issus des archives de l'American Psychiatric Association et d'interviews de ses responsables, qu'il est en réalité le produit complexe du jeu politique universitaire, d'ambitions personnelles, de l'idéologie et, surtout, de l'influence de l'industrie pharmaceutique. Ce qui manque avant tout à DSM, c'est la validation scientifi-

avait décidé de promouvoir le trouble de l'anxiété sociale au rang de « pathologie grave ». En 1999, la firme reçut de la FDA l'autorisation de mettre son médicament sur le marché pour traiter cette condition. Elle lança une vaste campagne publicitaire, avec des affiches dans les aubus de tout le pays, montrant des individus solitaires et ce slogan : « Imaginez-vous allergique aux autres... » Les ventes explosèrent. Barry Brand, le directeur de produit du Paxil, fut surpris en train de dire : « Chaque professionnel du marketing rêve de trouver un marché inconnu ou non

9] Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), traduit en français, est le manuel de référence des psychiatres aux États-Unis et en Europe (NdR).

10] Depuis 1992, la FDA reçoit directement de l'argent des compagnies pharmaceutiques qui souhaitent voir un essai clinique validé. Au total, on estime que plus de la moitié du budget de la FDA vient de l'industrie (NdR).

11] Le 4 août 2008, la FDA annonça que « l'intérêt financier personnel maximum qu'un consultant peut avoir dans les firmes concernées par un comité ad hoc » est désormais de 50 000 dollars.

Les enfants sont des cibles très vulnérables. Quels parents oseraient dire non à un médecin déclarant que leur enfant doit suivre un traitement ?

que. Lane cite un contributeur de l'équipe éditoriale de DSM-III : « On faisait très peu de recherche systématique, et le gros de la recherche existante n'était en réalité qu'une sorte de pot-pourri – diffus, incohérent et ambigu. Je crois que la plupart d'entre nous savions que les décisions que nous prenions étaient rarement fondées sur de la bonne science. »

Lane place la timidité au cœur de son étude sur la marchandisation de la maladie en psychiatrie. La timidité a fait ses débuts comme maladie psychiatrique en 1980, dans la DSM-III, sous la dénomination de « phobie sociale » ; on y disait qu'elle était rare. En 1994, à la parution du DSM-IV, elle était devenue le « trouble de l'anxiété sociale » et était présentée comme extrêmement répandue. Selon Lane, GSK, espérant booster les ventes de son antidépresseur, le Paxil,

identifié et de le développer. C'est ce que nous faisons avec le trouble de l'anxiété sociale » (voir encadré p. 16).

Certains des plus gros blockbusters sont des médicaments psychotropes. La théorie selon laquelle les troubles psychiatriques naissent d'un déséquilibre biochimique sert à justifier le développement de leur usage, même si cette théorie reste encore à démontrer. Les enfants constituent des cibles particulièrement vulnérables. Quels parents oseraient dire non à un médecin déclarant que leur enfant est malade et qu'il doit prendre des médicaments ? Nous assistons aujourd'hui à une épidémie apparente du trouble bipolaire chez les enfants (qui semble avoir remplacé l'hyperactivité avec trouble de l'attention comme pathologie la plus répandue de l'enfance), ce diagnostic ayant été

multiplié par quarante entre 1994 et 2003¹¹. Ces enfants sont souvent traités avec de multiples médicaments utilisés pour un autre usage que leur indication première, beaucoup étant, outre leurs autres propriétés, des sédatifs, et presque tous pouvant avoir de sérieux effets secondaires.

Les problèmes abordés ici ne se limitent pas à la psychiatrie, même s'ils atteignent leur apogée dans ce domaine. Des conflits d'intérêts et des biais similaires existent dans presque chaque spécialité médicale, en particulier celles qui dépendent fortement de médicaments ou d'appareils. Il n'est tout simplement plus possible de croire l'essentiel des recherches publiées, ni de se fier au jugement de son médecin de famille ou des manuels médicaux qui font autorité. Je ne prends aucun plaisir à cette conclusion – et ne l'ai formulée qu'avec réticence, après vingt ans passés au sein de la rédaction en chef du *New England Journal of Medicine*.

L'une des conséquences de ce biais généralisé, c'est que les médecins apprennent à pratiquer une médecine très consommatrice de médicaments. Même lorsqu'un simple changement de mode de vie serait plus efficace, médecins et patients croient souvent qu'à chaque mal et insatisfaction correspond un produit. Les médecins sont aussi amenés à croire que les médicaments de marque nouveaux et plus chers sont supérieurs aux médicaments plus anciens ou aux génériques, même si cela n'est pas établi, les commanditaires ne comparant généralement pas leurs nouveaux produits aux anciens, administrés en même quantité. En outre, les médecins, influencés par le prestige de grands professeurs, apprennent à prescrire des médicaments en dehors de leurs indications d'usage et sans preuve de leur efficacité.

Le comportement du corps médical

Il est facile d'attribuer la responsabilité de cette situation aux groupes pharmaceutiques, et ils méritent en grande partie l'opprobre. La plupart des grandes firmes ont dû répondre d'accusations de fraude, de marketing de produits au-delà des usages autorisés et autres infractions. En 2001, TAP Pharmaceuticals a par exemple plaidé coupable et consenti à payer 875 millions de dollars pour mettre fin à une procédure civile et pénale, engagée sur la base de la loi sur les fausses déclarations (*False Claims Act*) pour son marketing frauduleux du Lupron, utilisé contre le cancer de la prostate. Outre GSK, Pfizer et TAP, on trouve parmi les autres firmes ayant eu à répondre d'accusations de fraude Merck, Eli Lilly et Abbott. Le coût de ces procès, parfois énorme, est cependant très faible comparé aux profits engendrés par ces activités illégales, et n'a donc rien de dissuasif. Certains défenseurs de l'industrie plaident que ce secteur ne fait que son travail – promouvoir les intérêts des investisseurs – et qu'il lui arrive simplement d'en faire parfois un peu trop.

Médecins, facultés et sociétés savantes ne peuvent pas, en revanche, invoquer ce type d'excuses, puisqu'ils sont responsables uniquement vis-à-vis des patients. La mission des facultés de médecine et des hôpitaux universitaires, qui justifie les exemptions fiscales dont ils bénéficient, est de former la prochaine génération de médecins, de conduire des recherches scientifiques de haut

LE MESSAGE DU DOCTEUR KASSIRER

Un bon complément à *La Vérité sur les compagnies pharmaceutiques* de Marcia Angell est l'ouvrage de Jerome P. Kassirer*. Médecin universitaire, Kassirer a été de 1991 à 1999 le rédacteur en chef de la plus réputée des revues médicales américaines, le *New England Journal of Medicine*, celui-là même où travaillait Marcia Angell. Il fut licencié pour s'être opposé au souhait du conseil d'administration de la revue d'en exploiter la marque pour publier des produits rédactionnels sponsorisés par l'industrie pharmaceutique. Jerome Kassirer est aujourd'hui professeur de médecine à l'université Tufts, dans le Massachusetts. Publié en 2004, son livre a largement contribué à poser les termes du débat.

Kassirer présente quantité de cas concrets illustrant la manière dont les médecins universitaires américains se laissent corrompre par l'industrie pharmaceutique et comment nombre de médicaments prescrits sont, en réalité, de la fausse monnaie. Dans un article publié en 2005 dans *Science*, la plus prestigieuse des revues scientifiques américaines, publiée par l'Association des scientifiques américains, le commentateur accorde un plein crédit aux informations présentées dans ce livre : il « montre clairement [...] comment, en finançant des recherches, en versant des émoluments pour des fonctions de consultant (souvent en échange d'un travail étonnamment léger ou d'aucun travail), pour des exposés, pour des sièges dans les conseils d'administration, les compagnies pharmaceutiques ont établi des liens avec beaucoup, sinon la majorité, des leaders de la communauté de la recherche scientifique, y compris au sein des administrations fédérales ».

Dans son introduction, Jerome Kassirer prend soin de préciser qu'il n'est pas un excité : « Je ne suis pas opposé à la grande entreprise ni au capitalisme ni au profit. Vues dans une perspective à long terme, ces industries ont produit des médicaments qui ont allongé l'espérance de vie, prévenu des maladies graves et amélioré la qualité de vie de millions de personnes. Ces entreprises sont aussi un moteur vigoureux qui a contribué à l'essor économique phénoménal de notre pays [...]. Cela dit, les efforts de ces compagnies pour influencer les médecins doivent nous faire réfléchir sérieusement. » □

* Jerome P. Kassirer, *On the Take. How Medicine's Complicity with Big Business Can Endanger Your Health*, Oxford University Press, 2004. Édition française : *La Main dans le sac. Médecine + affaires : danger pour la santé*, Les Éditions le mieux-être, 2007.

« En France, cela se passe comme aux États-Unis »

La majorité des médecins de haut niveau censés contrôler le marché des médicaments ont des contrats avec l'industrie pharmaceutique.

PHILIPPE EVEN

Philippe Even a été doyen de la faculté de médecine de l'hôpital Necker, à Paris, de 1988 à 2000. Professeur émérite à l'université Paris-V, il dirige l'Institut Necker. Il est l'auteur, avec le Pr Bernard Debré, de *Savoirs et pouvoirs. Pour une nouvelle politique de la recherche et du médicament*, Le Cherche Midi, 2004. Il a traduit le livre de Marcia Angell, *La Vérité sur les compagnies pharmaceutiques*.

Dans quelle mesure l'analyse de Marcia Angell est-elle transposable à la France ?

Il faut bien voir que les États-Unis jouent le rôle essentiel. C'est là que sont découverts les médicaments, c'est là qu'ils sont étudiés chez l'animal puis chez l'homme dans les essais cliniques¹, c'est là que la Food and Drug Administration (FDA) analyse les résultats et autorise ou n'autorise pas leur mise sur le marché, et c'est là qu'est fixé le prix, par l'industrie seule, sans aucune intervention de l'État. Ce n'est pas étonnant, la puissance financière est là-bas, le marché américain du médicament, en termes monétaires, c'est plus de la moitié de la consommation mondiale.

L'Europe et le reste du monde arrivent derrière. À de rares exceptions près, un médicament autorisé par la FDA est autorisé ensuite en Europe et en France. Les autorités françaises ont les mains liées, en pratique, par ces décisions américaines. Nos commissions ministérielles avalisent tout. Mais il ne suffit pas de mettre un médicament sur le marché pour qu'il soit acheté. Il faut un relais, il faut du marketing ou, comme dit l'industrie, « une force de vente ». Qui va assurer la promotion de ces médicaments ? Ce sont les médecins académiques². Ce sont eux, les leaders d'opinion, qui font la publicité pour les nouvelles molécules. Est-ce qu'ils le font en scientifiques rigoureux, en médecins compassionnels proches des malades, ou comme de simples agents de l'industrie pharmaceutique ? La réponse est claire : cela se passe comme aux États-Unis.

Pouvez-vous étayer votre réponse ?

Voyez la liste des experts auprès des commissions du médicament en France. Elle est publiée. Ces quelque 1 200 experts ont

l'obligation d'indiquer leurs liens avec l'industrie pharmaceutique. Cette obligation est-elle gênante pour eux ? Pas du tout. Aujourd'hui, plus de 10 % des experts ne répondent pas à l'obligation, ils ne font pas de déclaration. En toute impunité. Plus de 20 % déclarent ne pas avoir de lien, mais ce n'est pas vérifié. Quant aux autres, plus de la moitié, ils déclarent des liens, avec quatre contrats en moyenne. Cela va jusqu'à cinquante-deux. Le chiffre le plus élevé est atteint par l'un des présidents de commission. 5 % déclarent posséder des actions. C'est public, c'est sur le Web. La situation a été analysée par un rapport du Sénat³. On y lit cette déclaration du directeur de l'autorité française de mise sur le marché, l'Afssaps : « Il n'y a de bons experts que ceux qui connaissent l'industrie pharmaceutique et qui travaillent avec elle. » Autrement dit, les commissions d'experts sont, comme aux États-Unis, à la fois juge et partie.

De quel type de contrats s'agit-il ?

Il y a deux types de contrats. D'abord les contrats au bénéfice du laboratoire du médecin académique : l'industrie finance une partie des équipements dont on a besoin et que l'État n'a pas les moyens de payer. Et puis et surtout, il y a les contrats de consultance et de conseil, au bénéfice du médecin lui-même. La seule différence avec les États-Unis, c'est le niveau des contrats. Nous sommes loin des chiffres cités dans l'article de Marcia Angell. C'est normal, puisque l'essentiel du travail mené en amont, en particulier la validation des essais cliniques, a été fait aux États-Unis. En France, les médecins académiques sont principalement payés pour le travail fait en aval : la mise sur le marché et le marketing auprès des médecins prescripteurs.

Concrètement, comment se fait ce marketing ?

Dans les journaux médicaux, les conférences, les symposiums, les séminaires. Le médecin académique qui l'accepte se fait rémunérer pour un article ou une intervention orale et comme « consultant ». À une ou deux exceptions près, tous les journaux médicaux sont financés directement ou indirectement

par l'industrie. Directement quand elle possède le journal en question : c'est le cas du *Quotidien du médecin* ou d'*Impact médecin*. Indirectement par le biais de la publicité, sans laquelle ces publications ne pourraient pas subsister. Et tous les congrès médicaux sont financés par l'industrie : que ce soit dans une petite ville du fin fond de la France ou au palais des Congrès à Paris, les firmes paient tout.

Certains médecins chercheurs sont-ils aussi rémunérés pour publier dans les journaux scientifiques ?

Oui. On publie un premier article dans un journal, si on y arrive dans une revue américaine, et puis on republie l'article dans des publications différentes jusqu'à dix à quinze fois, en changeant le titre et l'ordre des paragraphes. Les articles se citent les uns les autres. Cela se termine dans des « suppléments » aux journaux médicaux, payés par l'industrie. Un à trois suppléments par an et par journal. Là, les articles ne sont même pas contrôlés par d'autres experts. Les médecins s'y font les porte-voix de tel ou tel médicament. Ces suppléments sont achetés par l'industrie par centaines de milliers d'exemplaires, pour être distribués par les visiteurs médicaux aux médecins spécialistes et généralistes, souvent plusieurs fois par praticien. L'industrie finance aussi les sociétés savantes (locaux, réunions...).

Peut-on chiffrer cet investissement ?

Pour les industriels, ce sont des queues de cerise. L'industrie pharmaceutique, c'est plus de 2 000 milliards d'euros de capitalisation boursière. C'est le niveau des compagnies pétrolières, c'est bien au-delà de l'automobile. Son chiffre d'affaires représente plus de 400 milliards d'euros par an. Près du double du budget de l'État français⁴.

L'industrie pharmaceutique fait valoir qu'en raison des réglementations elle doit dépenser des sommes de plus en plus considérables pour développer et faire valider une nouvelle molécule.

Mais c'est une illusion ! L'industrie n'a pas mis grand-chose de vraiment neuf sur le marché depuis vingt ans. Quand

niveau et de prendre soin des membres les plus malades de la société. Elle n'est pas de passer de lucratives alliances commerciales avec le secteur pharmaceutique. Si répréhensibles que puissent être nombre de pratiques industrielles, je crois que le comportement d'une grande partie du corps médical est encore plus à blâmer (voir encadré p. 19). Les firmes pharmaceutiques ne sont pas des organismes caritatifs ; elles espèrent quelque chose en retour de l'argent qu'elles donnent, et l'obtiennent, faute de quoi elles cesseraient de payer.

Après avoir fait l'objet de tant de mauvaise publicité, les facultés de médecine et les sociétés savantes commencent à évoquer la nécessité de contrôler les conflits d'intérêts, mais leur réaction est restée jusqu'à présent très timide. Elles se contentent de parler de conflits d'intérêts « potentiels », comme s'il n'en existait pas déjà, et de les révéler ou de les « gérer », mais pas de les interdire. En bref, elles semblent vouloir dissiper le parfum de corruption, tout en gardant l'argent. Il faudra plus que des comités de réflexion et autres gestes symboliques pour en finir avec la dépendance de la profession médicale vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Une rupture radicale avec les comportements lucratifs est nécessaire (voir encadré ci-dessous). □

Ce texte est paru dans la *New York Review of Books*.

LES CHOSES SONT-ELLES EN TRAIN DE CHANGER ?

Livres et scandales sont-ils en train, peu à peu, de produire un effet positif ? L'Association américaine des facultés de médecine, qui regroupe les facultés proprement dites et les hôpitaux universitaires, a demandé à ses membres d'adopter à partir du 1^{er} juillet 2009 une politique beaucoup plus restrictive à l'égard de l'industrie pharmaceutique. Si cette directive est observée, les médecins et les autres responsables ne seront plus autorisés à recevoir des cadeaux des firmes. Seuls seront autorisés les repas offerts dans le cadre de la formation continue. En pratique, un quart des facultés ont déjà mis en œuvre ces mesures.

Par ailleurs, certains États américains sont en train de préparer des mesures du même genre, sanctions à la clé. Le plus en pointe est le Massachusetts, où une loi doit entrer en vigueur également en juillet 2009. Une amende de 5 000 dollars sera infligée à tout contrevenant.

D'autres mesures restrictives ont été prises dans le passé et ont été contournées sans difficulté par les acteurs. Il faudra attendre un certain temps avant de voir si ces nouvelles initiatives produisent un effet, lit-on dans le *New England Journal of Medicine*.

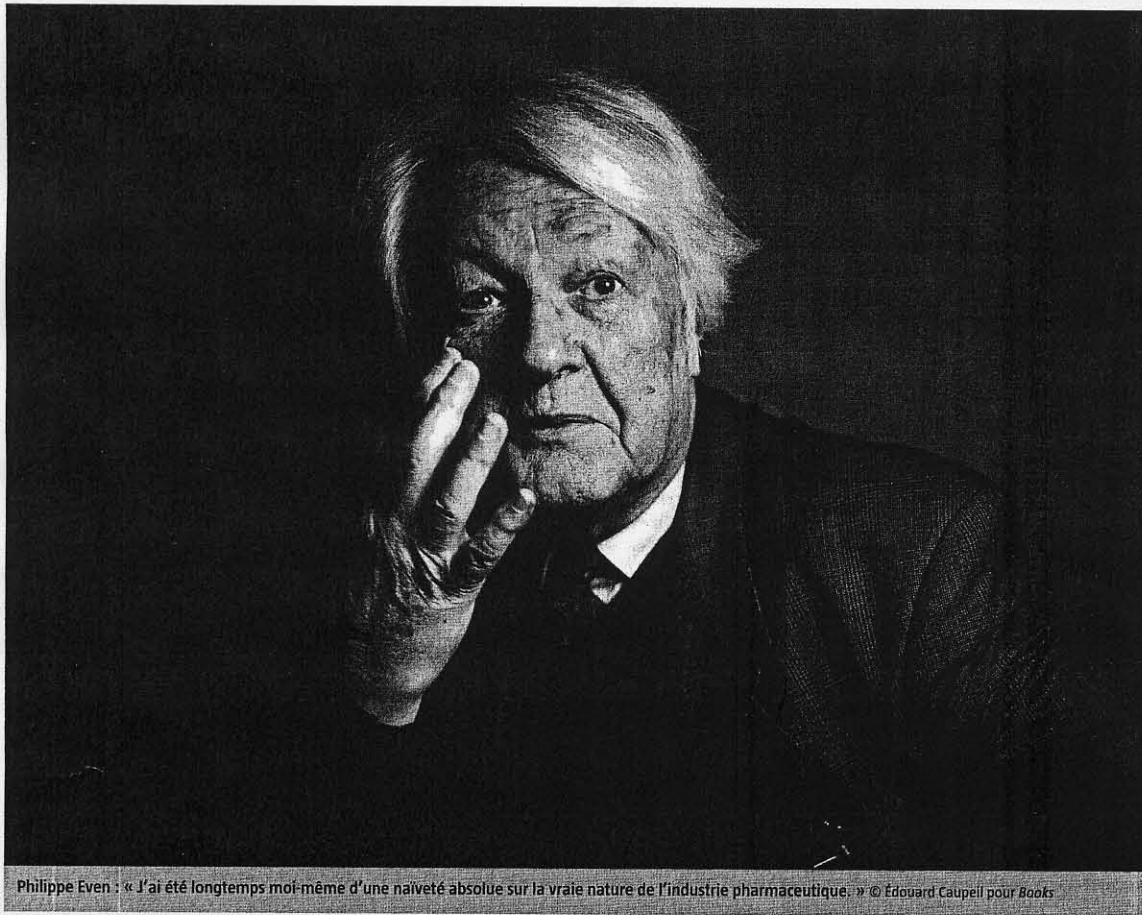
L'analyse des injonctions faites par l'Association américaine des facultés de médecine montre, au passage, que les compagnies pharmaceutiques arrosent aussi les étudiants eux-mêmes. □

1| Les essais cliniques sont de plus en plus exécutés auprès de patients vivant en Europe de l'Est, en Asie et en Afrique.

2| Les médecins académiques sont ceux qui ont une fonction universitaire et sont impliqués dans la recherche médicale.

3| Les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments, rapport du 8 juin 2006.

4| Le premier groupe français, Sanofi Aventis, a réalisé un chiffre d'affaires de plus de 27 milliards d'euros en 2008.



Philippe Even : « J'ai été longtemps moi-même d'une naïveté absolue sur la vraie nature de l'industrie pharmaceutique. » © Édouard Caupell pour Books

La plupart des produits présentés comme nouveaux par l'industrie pharmaceutique ne sont que des versions nouvelles d'une molécule ancienne.

des scientifiques sérieux disent cela, on assiste à une levée de boucliers : mais comment, soixante médicaments nouveaux sont mis sur le marché chaque année ! Oui, c'est vrai. Mais il faut voir ce que cela recouvre. Les autorités françaises évaluent ce qu'elles appellent l'amélioration des services rendus par un nouveau médicament, en quoi il est supérieur aux médicaments précédents⁵. Or, de façon tout à fait officielle, on voit que seuls un ou deux médicaments par an sont considérés comme rendant un service réellement inédit. La plupart des produits présentés par l'industrie comme nouveaux ne sont que des versions nouvelles d'une molécule ancienne. C'est ce qu'on appelle les *me too* (« moi aussi »). C'est de la copie : une molécule mère, une fille, une nièce, une cousine... En réalité, c'est toujours la même molécule. Elle n'apporte rien. Dans les études censées prouver que la molécule apporte du neuf, l'industrie a bien pris de garde de ne pas comparer

les cousines entre elles. Elle les compare à un placebo, c'est-à-dire à rien. Et montre qu'il y a un effet. Ce qui n'est pas surprenant : c'est le même effet que celui produit par la molécule mère. De manière incroyable, on voit apparaître dans les plus grands journaux scientifiques du monde la formule : « Cette nouvelle molécule n'est pas inférieure à la précédente. » Pour obtenir qu'une molécule soit mise sur le marché, on en est venu à ne plus chercher à faire mieux, mais simplement à faire aussi bien !

Il y a tout de même des molécules réellement nouvelles...

Mais ce sont des molécules de niche, destinées à un petit nombre de malades. L'industrie voit bien qu'en dépit de sa politique de molécules *me too* elle a de plus en plus de mal à lutter contre les génériques. Elle a de plus en plus de mal à sortir de nouvelles cousines. D'où une autre stratégie. Prenons le cas du

cancer. Il n'y a pas un cancer, il y en a mille. Il y a quarante variétés de cancers du poumon. Nous savons aujourd'hui que chaque variété dépend de l'anomalie de deux ou trois gènes. Ce sont des cibles qu'on peut essayer de corriger. Et là, il y a des succès. Ces succès ne sont pas obtenus par les compagnies pharmaceutiques, mais par des laboratoires publics ou universitaires. L'industrie ne cherche pratiquement plus elle-même. Elle se borne à « développer ». Elle claironne que chaque molécule lui coûte 800 millions de dollars en dépenses de recherche, mais Marcia Angell a montré pièces en main que le vrai chiffre est dix fois inférieur.

En l'occurrence, l'industrie achète ces nouvelles molécules aux laboratoires publics et universitaires, qui ont besoin d'argent. Et qu'en font-elles ? Chacune de ces molécules n'intéresse qu'un petit nombre de malades, quelques centaines ou quelques milliers dans le monde. Comment les rentabiliser ? En les vendant très cher. Depuis quelques années, on voit ainsi apparaître des médicaments dont le coût d'utilisation pour un malade peut être de 50 000, 100 000, jusqu'à 300 000 dollars. Des prix qui, de l'aveu même de l'industrie, sont sans rapport avec le coût de fabrication des dites molécules. Sous la pression des malades et de leurs associations, finan-

5] Cette évaluation permet aux autorités françaises de négocier à la baisse le prix des médicaments proposés par les compagnies pharmaceutiques.

6] Un décret du 19 décembre 2008 autorise le « parrainage » d'émissions de télévision par les entreprises pharmaceutiques.

cées pour cela même par l'industrie, les systèmes de santé remboursent. Pour l'instant, les États n'ont pas trouvé la parade.

Revenons aux molécules qui n'apportent rien de neuf. Pourquoi les mettre sur le marché ?

Parce que toute molécule qui présente simplement une petite modification chimique par rapport à la précédente peut bénéficier d'un nouveau brevet. Elle est protégée sur le marché, personne d'autre n'a le droit de la fabriquer pendant la durée de vie du brevet. Elle se met à l'abri des génériques, et peut être vendue au prix fort. À quelques exceptions près, il ne devrait plus y avoir que des génériques. Et c'est là que le marketing intervient. Le médecin qui rédige l'ordonnance pour son patient doit être persuadé qu'il s'agit bien d'un médicament nouveau, plus efficace que le précédent.

Par le biais des leaders d'opinion, les compagnies pharmaceutiques se chargent aussi de le convaincre qu'il peut élargir sans cesse les indications non spécifiées dans l'autorisation accordée par la FDA ou les commissions françaises.

Le médecin prescripteur est-il si naïf ?

Mais bien sûr. J'ai été longtemps moi-même médecin académique, professeur. Or je suis resté jusqu'à l'âge de 45 ou 50 ans dans une naïveté absolue à l'égard de la vraie nature de l'industrie pharmaceutique. J'ai découvert ça presque par hasard et je sais bien que beaucoup de mes collègues sont comme un enfant au premier jour. Ce que je viens de vous dire, même quand vous leur mettez les documents sous les yeux, c'est tellement énorme que vous n'êtes pas cru.

À vous entendre, il n'y aurait guère de différence entre les méthodes de l'industrie pharmaceutique et celles de l'industrie des cosmétiques...

Les produits cosmétiques ne sont pas des médicaments et ne sont pas remboursés. Mais la limite entre un médicament et un cosmétique est souvent de plus en plus floue. D'ailleurs, certaines entreprises font à la fois du cosmétique et du médicament. C'est le cas en France des laboratoires Pierre Fabre. C'est le même univers de marketing. Regardez la télévision ! Vous voyez aujourd'hui de la publicité pour des produits qui sont à la frontière de la pharmacie et de la cosmétique. Ce sont les médicaments dits de confort, non remboursables. Or, tous les Français veulent aujourd'hui des médicaments de confort, la plupart se sentent plus ou moins malades de quelque chose.

La proximité est encore plus frappante aux États-Unis, où est autorisée la publicité directe pour les médicaments en direction du public. Vous êtes dans une salle d'attente d'hôpital, vous avez six postes de télévision qui diffusent en boucle les programmes de pro- **OOO**

ooo motion des médicaments de l'industrie. Vous êtes dans une chambre de malade, la télévision passe à intervalles réguliers les mêmes spots pour les molécules. Aussi l'industrie pharmaceutique se bat-elle pour avoir le droit de faire la même chose en Europe⁶.

Comment expliquer que les Français consomment deux fois plus de médicaments que leurs voisins ?

Peut-être y a-t-il un élément de psychologie collective, les Français ayant plus que d'autres le désir de se sentir assistés. Mais il faut sûrement aussi rechercher du côté de la pratique médicale. Le médecin de ville français qui, contrairement à ce qu'on dit, ne gagne pas bien sa vie, prescrit quatre fois plus de dépenses qu'il ne gagne lui-même d'argent. Il induit quatre fois son revenu sous forme de médicaments. Aux États-Unis ou en Angleterre, c'est moitié moins. Le statut du médecin français doit aussi présenter un intérêt particulier pour les compagnies pharmaceutiques, puisqu'elles emploient une fois et demie à deux fois plus de visiteurs dits « médicaux » que dans tout autre pays (un pour neuf médecins contre un pour treize à un pour vingt-trois ailleurs).

N'êtes-vous pas, aussi, en train de faire le procès de la formation des médecins ?

Certainement. Les études médicales ne forment ni à l'esprit scientifique, ni à l'esprit critique. C'est un enseignement qui privilégie la mémorisation. On apprend des recettes. La formation thérapeutique elle-même occupe trois mois sur six ans d'études. On y apprend les effets et les contre-indications de 300 molécules. Rien sur l'histoire de ces molécules, sur la façon dont elles sont venues sur le marché. Rien sur les pièges de l'information médicale. Aucune formation à la lecture critique des articles scientifiques. Du coup, on comprend bien le processus : la pression de l'industrie sur les médecins académiques, l'impact de ceux-ci sur les praticiens, la demande des malades habitués à ce qu'on leur donne des médicaments, et souvent stimulés par tel ou tel réseau d'information, réseau lui-même généralement financé par l'industrie... Quant à la formation permanente, elle est entièrement payée par l'industrie. La boucle est bouclée.

Et la presse, dans tout ça ? Pourquoi paraît-elle si timide sur ce sujet crucial ?

Je connais plusieurs journalistes de la télévision ou de très grands journaux dont les revenus dépendent de l'industrie pharmaceutique. Mais l'essentiel est, comme pour les médecins, un incroyable degré de naïveté. Les journalistes ne peuvent imaginer que les laboratoires pharmaceutiques, qui s'occupent de la santé humaine, puissent être exclusivement motivés, comme toute entreprise, par le retour sur investissement. Et que, pour ce faire, ils utilisent des moyens aussi grossiers. □

Propos recueillis par Olivier Postel-Vinay

MIKKEL BORCH-JACOBSEN ENTRETIEN

« On lance de nouvelles maladies comme on lance une marque de jeans »

La façon dont nous allons nous sentir mal dans notre peau dans notre vie se décide maintenant, dans les bureaux de l'industrie pharmaceutique.

MIKKEL BORCH-JACOBSEN

Mikkel Borch-Jacobsen a publié plusieurs ouvrages sur l'histoire de la psychanalyse et des troubles mentaux. L'un de ses derniers livres s'intitule *Folies à plusieurs. De l'hystérie à la dépression, Les Empêcheurs de penser en rond*, 2002. Il est professeur de littérature comparée à l'université de Seattle.

Quelque chose vous a-t-il surpris en lisant l'article de Marcia Angell ?

Non, rien du tout. La corruption systémique qu'elle décrit est bien connue des spécialistes et elle a fait l'objet de plusieurs ouvrages très bien documentés, dont celui de Marcia Angell elle-même. La presse américaine se fait régulièrement l'écho des multiples scandales qui touchent l'industrie pharmaceutique. En fait, tout le monde sait, aux États-

Unis, que le prix des médicaments est manipulé de façon éhontée par l'industrie et que le Congrès ferme les yeux. C'est devenu une question hautement politique car, comme l'a souligné récemment le président Obama, c'est l'une des principales raisons du déficit budgétaire américain, puisque l'État fédéral prend en charge les frais médicaux des personnes âgées dans le cadre du programme « Medicare ».

Dans un article récent intitulé « Maladies à vendre », vous présentez notamment le cas de la « fibromyalgie ». Pouvez-vous en dire deux mots ?

La fibromyalgie est caractérisée notamment par des douleurs musculaires diffuses et chroniques d'origine inconnue. La plupart des spécialistes s'accordent à y voir un syndrome psychosomatique aux limites extrêmement floues, qui che-

vauche la dépression et d'autres syndromes comme la fatigue chronique ou le côlon irritable. L'industrie pharmaceutique n'a joué aucun rôle dans la genèse de ce syndrome relativement confidentiel à la fin des années 1980, mais elle s'y intéresse beaucoup à présent car il correspond à un marché très rentable, celui des douleurs chroniques. On assiste donc actuellement au recyclage de plusieurs médicaments antalgiques ou antidépresseurs en médicaments anti-fibromyalgie. La fibromyalgie est un exemple typique de « maladie » promue artificiellement par les laboratoires pour vendre des molécules qu'ils pourraient tout aussi bien commercialiser pour d'autres maladies, réelles ou fabriquées. Ce sont des décisions marketing de ce type qui sont à l'origine de la promotion, voire du lancement, d'autres « maladies » récentes, comme la dépression, les crises de panique, l'anxiété sociale, le trouble bipolaire infantile, l'hyperactivité avec trouble de l'attention, le syndrome métabolique, le trouble dysphorique prémenstruel, le dysfonctionnement érectile, etc.

Vous citez le psychiatre britannique David Healy : « Supprimez les dix ou même les vingt médicaments qui se vendent le plus dans les pharmacies, la santé publique n'en serait pas affectée d'un iota. » Est-ce à dire que la plupart des médecins sont manipulés par l'industrie pharmaceutique ?

Healy fait référence ici aux *lifestyle drugs*. Ces médicaments dits « de confort » traitent des états chroniques qui ne sont pas des maladies à proprement parler – le surpoids, l'insomnie, la ménopause, la dépendance à la nicotine, le cholestérol, l'hypertension, etc. (voir encadré page ci-contre). Ce sont ces médicaments-là que l'industrie pharmaceutique développe en priorité, car ils sont beaucoup plus rentables que des médicaments traitant des maladies aiguës et ponctuelles ou des maladies « orphelines » qui touchent de rares personnes, ou bien encore des maladies tropicales qui affectent des millions d'individus trop pauvres pour payer. À ce niveau-là, il importe peu que les médecins soient manipulés ou non, car les choix commerciaux qui déterminent en amont la



Mikkel Borch-Jacobsen : « Ce n'est pas l'intérêt des patients qui guide la recherche pharmaceutique, mais celui des actionnaires. » © Nancy LeVine pour Books

1] XXI, n° 4, octobre 2008.

2] Il s'agit du livre de Jerome Kassirer, évoqué dans notre encadré p. 19.

3] John Ziman, « Non-instrumental Roles of Science », *Science and Engineering Ethics*, vol. 9 (2003).

LA CROISADE DU DOCTEUR HEALY

Psychiatre gallois, professeur à l'université de Cardiff, David Healy a longtemps été un acteur du système. Mais au début des années 1990, estimant que la prise d'un antidépresseur comme le Prozac pouvait induire une conduite suicidaire, il entreprit d'enquêter sur les pratiques de l'industrie. Il en a tiré un premier livre à charge, *Le Temps des antidépresseurs*, publié en anglais en 1999¹. L'année suivante, alors que l'université de Toronto l'avait sollicité pour occuper une chaire de psychiatrie, il vint y faire une conférence dans laquelle il réitéra ses accusations contre le Prozac. Quelques jours plus tard, il reçut un e-mail de l'université lui faisant savoir qu'elle retirait son offre. Bien que la relation de cause à effet n'ait pu être établie, il est admis, dans le milieu universitaire, que la firme Eli Lilly, qui fabrique le Prozac, a exercé un chantage sur l'établissement, menaçant de lui retirer le soutien financier conséquent qu'elle lui accordait.

Revenu furieux au pays de Galles, Healy a approfondi son enquête sur l'histoire de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie. Il a publié plusieurs ouvrages importants (non traduits en français) : « La création de la psychopharmacologie » (2004), « Laissez-les manger du Prozac » (2006), « La manie. Brève histoire du trouble bipolaire » (2008) et, tout récemment : « Les médicaments psychiatriques expliqués ».

Healy est un personnage haut en couleur. L'un de ses derniers livres, coécrit avec Edward Shorter, autre historien de la psychiatrie, est consacré à l'histoire des électrochocs². Mais l'ouvrage promet aussi l'usage de cette méthode pour tous les patients déprimés qui ne réagissent pas positivement aux médicaments. On y lit que, dans un avenir prévisible, s'offrir une séance d'électrochocs sera aussi routinier que d'aller chez le dentiste. Dans un article publié dans le *Times Literary Supplement*, un autre historien de la psychiatrie, Mark S. Micale, juge que Healy, si brillant soit-il, pousse cette fois le bouchon un peu loin.

* *Le Temps des antidépresseurs*, Les Empêcheurs de penser en rond, 2002.

** *Shock Therapy. A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness*, Rutgers University Press, 2007.

recherche et le développement (R&D) des médicaments leur échappent complètement. Ce n'est, bien entendu, pas l'intérêt des patients qui guide la R&D pharmaceutique, mais celui des actionnaires.

Vous écrivez : « L'augmentation de la dépression durant les années 1990 ne fait que refléter celle des prescriptions d'antidépresseurs par les médecins généralistes et celle, astronomique, des profits des labos qui les produisaient. » Mais on connaît des épidémies de troubles mentaux qui ne peuvent pas être rattachées à l'industrie pharmaceutique. Comment faire la part des choses ?

Le champ « psy » a toujours connu des modes et des épidémies, certaines formes de troubles mentaux tenant le haut du pavé pendant un certain temps puis ensuite céder la place à d'autres. Cela vient du fait que, à l'exception des psychoses, la plupart des troubles mentaux ne sont pas de véritables maladies. Pour le dire très vite, ce sont des manières d'être et de se présenter à autrui, des « idiomes » destinés à communiquer un mal-être et une demande de prise en

charge. Il est donc normal que ces idiomes se modèlent sur les attentes de la société et des hommes-médecine au sujet de la bonne façon d'être « malade ». En ce sens, la demande symptomatique s'adapte à l'offre thérapeutique et change avec elle. Ce mécanisme a toujours existé, mais il est à présent exploité, avec un cynisme sidérant, par les départements marketing des grands laboratoires. Ils ont même un nom pour cela, la *condition branding* : on lance de nouvelles maladies comme on lancerait une marque de jeans, afin d'accrocher une clientèle à tel ou tel nouveau médicament, jusqu'à ce que le brevet de celui-ci tombe en désuétude – après quoi on recommence avec une autre maladie et un autre médicament. Très peu de gens en ont conscience, mais la façon dont nous allons nous sentir mal dans notre peau dans cinq ou dix ans se décide aujourd'hui dans des bureaux en fonction de stratégies industrielles et commerciales. Le « psycho-pouvoir » de l'industrie pharmaceutique est aussi irrésistible qu'il est invisible.

Dans son livre, Marcia Angell constate que le processus de corruption de la recherche médicale américaine ne s'est vraiment engagé qu'après le vote en 1980 du Bayh-Dole Act, loi encourageant les universités et les petites entreprises à tirer profit des découvertes issues du financement public. Faut-il admettre qu'en dernière analyse le mal vient du Congrès ?

Ce n'est un secret pour personne que le lobby pharmaceutique est l'un des plus puissants à Washington (189,1 millions de dollars dépensés en lobbying par les firmes en 2007) et qu'il fait depuis longtemps la pluie et le beau temps au Congrès. Le *Bayh-Dole Act* a en effet joué un rôle très important dans la transformation des centres de recherche universitaires en entreprises commerciales travaillant en partenariat avec l'industrie et dans la mainmise des compagnies pharmaceutiques sur la santé. Le vote de cette loi a coïncidé avec le début de l'ère Reagan et de la dérégulation. C'est dans ce modèle du laisser-faire économique, qui a depuis envahi la planète avec les conséquences désastreuses que l'on sait, qu'il faut chercher la raison profonde de la « privatisation » de la médecine.

Comment expliquer que la Food and Drug Administration ait accepté que l'industrie puisse faire de la publicité pour ses médicaments, directement auprès du grand public ?

La FDA dépend pour moitié de son budget des sommes que lui versent les laboratoires pour évaluer les médicaments qu'elles lui soumettent pour approbation. Voilà la réponse à votre question : la FDA est financée par l'industrie qu'elle est censée réguler ! De plus, les experts auxquels elle fait appel sont inévitablement liés d'une façon ou d'une autre aux firmes, puisqu'il est quasiment impossible de faire de la recherche de pointe en

médecine sans cela. Dans ce domaine, les conflits d'intérêts ne sont pas l'exception, ils sont la règle.

Les problèmes décrits dans l'article de Marcia Angell valent-ils aussi pour l'Europe ?

Il y a bien sûr des différences non négligeables selon les continents et les pays. Le prix des médicaments est régulé dans les pays européens et la publicité directe auprès des consommateurs n'y est pour l'heure pas autorisée, malgré les efforts des lobbyistes auprès de l'Union européenne. Mais, dans l'ensemble, le modèle commercial des laboratoires est le même partout. Il faut bien voir que la moitié des grandes firmes pharmaceutiques ont leur siège social en Europe et il s'agit de toute façon de multinationales dont les stratégies sont planétaires. Les sommes fabuleuses qu'elles dépensent en marketing, en lobbying et en transferts de technologie corrompent le champ médical au niveau mondial, à une profondeur qui va bien au-delà des cas de corruption caractérisés qui font la Une des journaux.

À propos d'un autre livre dénonçant la corruption de la recherche médicale², un spécialiste écrivait dans la prestigieuse revue Science : « Du point de vue de la politique à mettre en œuvre, la question clé est : quel est le résultat net des relations entre l'industrie et le corps médical ? Dans quelle mesure les bénéfices l'emportent-ils sur les risques et vice versa ? Pour l'heure, les données empiriques permettant de répondre font défaut. Le débat est donc principalement éthique. » Que pensez-vous de ce point de vue ?

Ce débat est tout sauf philosophique. Lorsque des compagnies cachent délibérément les effets secondaires de leurs médicaments et/ou vantent ceux-ci auprès de patients pour lesquels ils ne sont pas indiqués, c'est la santé des populations qui est en jeu. Ce n'est par pour rien que des géants de l'industrie comme Eli Lilly, Merck ou Pfizer ont été condamnés ces dernières années à payer au total plusieurs milliards de dollars à cause de leurs pratiques de marketing illégales : des gens sont morts ou ont vu leur santé gravement compromise. La question est de savoir si l'intérêt des entreprises coïncide avec l'intérêt public. C'est ce que voudrait nous faire croire l'idéologie du laisser-faire économique, mais il suffit d'ouvrir le journal pour avoir toutes les « données empiriques » prouvant le contraire ! Il ne s'agit pas de dire que les compagnies pharmaceutiques sont toutes des entreprises criminelles et qu'elles ne cherchent pas à produire des médicaments efficaces, mais il est clair qu'entre le bien des patients et le bien des actionnaires elles choisiront toujours ce dernier.

Un philosophe américain suggère de ne pas prendre le risque d'entraver l'innovation en étouffant les entreprises sous un amas de réglementations, de laisser

cette « science postacadémique » se développer, mais de favoriser massivement, par ailleurs, la recherche désintéressée³. Que pensez-vous de cette suggestion ?

Elle me semble d'une grande naïveté car, en réalité, l'industrie n'est pas ou n'est plus innovante. Tous les observateurs s'accordent pour le dire : la plupart des médicaments produits ces vingt dernières années sont des *me too* (moi aussi), c'est-à-dire des versions à peine différentes de médicaments déjà disponibles sur le marché. Les rares exceptions ont le plus souvent été découvertes dans des centres de recherche universitaires avant d'être vendues à l'industrie. Celle-ci consacre en moyenne deux fois et demie plus d'argent au marketing qu'à la R&D, à quoi il faut ajouter que celle-ci est elle-même très souvent du marketing déguisé en science. Ce modèle de développement a été extrêmement rentable pendant vingt ans, mais il est désormais à bout de souffle et il va sans doute imploser à terme, car le marketing ne suffit plus à cacher que le roi est nu et que la société paye beaucoup plus à l'industrie qu'elle ne reçoit en échange. Comme dans le cas du système financier, on s'apercevra alors qu'on ne peut pas faire confiance aux intérêts privés pour prendre en compte l'intérêt public et qu'une régulation véritablement indépendante est nécessaire pour nous protéger de l'appât du gain de quelques-uns. □

Propos recueillis par Olivier Postel-Vinay

POUR EN SAVOIR PLUS

Ouvrages en français

- Philippe Pignarre, *Le Grand Secret de l'industrie pharmaceutique*, La Découverte, 2004. Le point de vue d'un ancien de Synthélabo.
- Jean-Claude St-Onge, *L'Envers de la pilule. Les dessous de l'industrie pharmaceutique*, Écosociété. L'analyse d'un Québécois.
- Dirk Van Duppen, *La Guerre des médicaments. Pourquoi sont-ils si chers ?*, Aden, 2004. L'analyse d'un Belge.

Ouvrages en anglais

- Fran Hawthorne, *Inside the FDA. The Business and Politics Behind the Drugs We Take and the Food we Eat* (« À l'intérieur de la FDA. L'argent et la politique derrière les médicaments que nous prenons et la nourriture que nous mangeons »), Wiley, 2005.
- Sheldon Krimsy, *Science in the Private Interest. Has the Lure of Profits Corrupted Biomedical Research?* (« Science et intérêt privé. L'appât du gain a-t-il corrompu la recherche médicale ? »), Rowman and Littlefield, 2004.
- Ray Moynihan et Alan Cassels, *Selling Sickness. How the World's Biggest Pharmaceutical Companies are Turning us all into Patients* (« Maladies à vendre. Comment les plus grandes compagnies pharmaceutiques nous transforment tous en patients »), Nation Books, 2006.

LA CROISADE DU DOCTEUR HEALY

Psychiatre gallois, professeur à l'université de Cardiff, David Healy a longtemps été un acteur du système. Mais au début des années 1990, estimant que la prise d'un antidépresseur comme le Prozac pouvait induire une conduite suicidaire, il entreprit d'enquêter sur les pratiques de l'industrie. Il en a tiré un premier livre à charge, *Le Temps des antidépresseurs*, publié en anglais en 1999¹. L'année suivante, alors que l'université de Toronto l'avait sollicité pour occuper une chaire de psychiatrie, il vint y faire une conférence dans laquelle il réitéra ses accusations contre le Prozac. Quelques jours plus tard, il reçut un e-mail de l'université lui faisant savoir qu'elle retirait son offre. Bien que la relation de cause à effet n'ait pu être établie, il est admis, dans le milieu universitaire, que la firme Eli Lilly, qui fabrique le Prozac, a exercé un chantage sur l'établissement, menaçant de lui retirer le soutien financier conséquent qu'elle lui accordait.

Revenu furieux au pays de Galles, Healy a approfondi son enquête sur l'histoire de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie. Il a publié plusieurs ouvrages importants (non traduits en français) : « La création de la psychopharmacologie » (2004), « Laissez-les manger du Prozac » (2006), « La manie. Brève histoire du trouble bipolaire » (2008) et, tout récemment : « Les médicaments psychiatriques expliqués ».

Healy est un personnage haut en couleur. L'un de ses derniers livres, coécrit avec Edward Shorter, autre historien de la psychiatrie, est consacré à l'histoire des électrochocs². Mais l'ouvrage promet aussi l'usage de cette méthode pour tous les patients déprimés qui ne réagissent pas positivement aux médicaments. On y lit que, dans un avenir prévisible, s'offrir une séance d'électrochocs sera aussi routinier que d'aller chez le dentiste. Dans un article publié dans le *Times Literary Supplement*, un autre historien de la psychiatrie, Mark S. Micale, juge que Healy, si brillant soit-il, pousse cette fois le bouchon un peu loin.

* *Le Temps des antidépresseurs*, Les Empêcheurs de penser en rond, 2002.

** *Shock Therapy. A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness*, Rutgers University Press, 2007.

recherche et le développement (R&D) des médicaments leur échappent complètement. Ce n'est, bien entendu, pas l'intérêt des patients qui guide la R&D pharmaceutique, mais celui des actionnaires.

Vous écrivez : « L'augmentation de la dépression durant les années 1990 ne fait que refléter celle des prescriptions d'antidépresseurs par les médecins généralistes et celle, astronomique, des profits des labos qui les produisaient. » Mais on connaît des épidémies de troubles mentaux qui ne peuvent pas être rattachées à l'industrie pharmaceutique. Comment faire la part des choses ?

Le champ « psy » a toujours connu des modes et des épidémies, certaines formes de troubles mentaux tenant le haut du pavé pendant un certain temps pour ensuite céder la place à d'autres. Cela vient du fait que, à l'exception des psychoses, la plupart des troubles mentaux ne sont pas de véritables maladies. Pour le dire très vite, ce sont des manières d'être et de se présenter à autrui, des « idiomes » destinés à communiquer un mal-être et une demande de prise en

charge. Il est donc normal que ces idiomes se modèlent sur les attentes de la société et des hommes-médecine au sujet de la bonne façon d'être « malade ». En ce sens, la demande symptomatique s'adapte à l'offre thérapeutique et change avec elle. Ce mécanisme a toujours existé, mais il est à présent exploité, avec un cynisme sidérant, par les départements marketing des grands laboratoires. Ils ont même un nom pour cela, la *condition branding* : on lance de nouvelles maladies comme on lancerait une marque de jeans, afin d'accrocher une clientèle à tel ou tel nouveau médicament, jusqu'à ce que le brevet de celui-ci tombe en désuétude – après quoi on recommence avec une autre maladie et un autre médicament. Très peu de gens en ont conscience, mais la façon dont nous allons nous sentir mal dans notre peau dans cinq ou dix ans se décide aujourd'hui dans des bureaux en fonction de stratégies industrielles et commerciales. Le « psycho-pouvoir » de l'industrie pharmaceutique est aussi irrésistible qu'il est invisible.

Dans son livre, Marcia Angell constate que le processus de corruption de la recherche médicale américaine ne s'est vraiment engagé qu'après le vote en 1980 du Bayh-Dole Act, loi encourageant les universités et les petites entreprises à tirer profit des découvertes issues du financement public. Faut-il admettre qu'en dernière analyse le mal vient du Congrès ?

Ce n'est un secret pour personne que le lobby pharmaceutique est l'un des plus puissants à Washington (189,1 millions de dollars dépensés en lobbying par les firmes en 2007) et qu'il fait depuis longtemps la pluie et le beau temps au Congrès. Le *Bayh-Dole Act* a en effet joué un rôle très important dans la transformation des centres de recherche universitaires en entreprises commerciales travaillant en partenariat avec l'industrie et dans la mainmise des compagnies pharmaceutiques sur la santé. Le vote de cette loi a coïncidé avec le début de l'ère Reagan et de la dérégulation. C'est dans ce modèle de laisser-faire économique, qui a depuis envahi la planète avec les conséquences désastreuses que l'on sait, qu'il faut chercher la raison profonde de la « privatisation » de la médecine.

Comment expliquer que la Food and Drug Administration ait accepté que l'industrie puisse faire de la publicité pour ses médicaments, directement auprès du grand public ?

La FDA dépend pour moitié de son budget des sommes que lui versent les laboratoires pour évaluer les médicaments qu'elles lui soumettent pour approbation. Voilà la réponse à votre question : la FDA est financée par l'industrie qu'elle est censée réguler ! De plus, les experts auxquels elle fait appel sont inévitablement liés d'une façon ou d'une autre aux firmes, puisqu'il est quasiment impossible de faire de la recherche de pointe en

médecine sans cela. Dans ce domaine, les conflits d'intérêts ne sont pas l'exception, ils sont la règle.

Les problèmes décrits dans l'article de Marcia Angell valent-ils aussi pour l'Europe ?

Il y a bien sûr des différences non négligeables selon les continents et les pays. Le prix des médicaments est régulé dans les pays européens et la publicité directe auprès des consommateurs n'y est pour l'heure pas autorisée, malgré les efforts des lobbyistes auprès de l'Union européenne. Mais, dans l'ensemble, le modèle commercial des laboratoires est le même partout. Il faut bien voir que la moitié des grandes firmes pharmaceutiques ont leur siège social en Europe et il s'agit de toute façon de multinationales dont les stratégies sont planétaires. Les sommes fabuleuses qu'elles dépensent en marketing, en lobbying et en transferts de technologie corrompent le champ médical au niveau mondial, à une profondeur qui va bien au-delà des cas de corruption caractérisée qui font la Une des journaux.

À propos d'un autre livre dénonçant la corruption de la recherche médicale³, un spécialiste écrivait dans la prestigieuse revue Science : « Du point de vue de la politique à mettre en œuvre, la question clé est : quel est le résultat net des relations entre l'industrie et le corps médical ? Dans quelle mesure les bénéfices l'emportent-ils sur les risques et vice versa ? Pour l'heure, les données empiriques permettant de répondre font défaut. Le débat est donc principalement éthique. » Que pensez-vous de ce point de vue ?

Ce débat est tout sauf philosophique. Lorsque des compagnies cachent délibérément les effets secondaires de leurs médicaments et/ou vantent ceux-ci auprès de patients pour lesquels ils ne sont pas indiqués, c'est la santé des populations qui est en jeu. Ce n'est par pour rien que des géants de l'industrie comme Eli Lilly, Merck ou Pfizer ont été condamnés ces dernières années à payer au total plusieurs milliards de dollars à cause de leurs pratiques de marketing illégales : des gens sont morts ou ont vu leur santé gravement compromise. La question est de savoir si l'intérêt des entreprises coïncide avec l'intérêt public. C'est ce que voudrait nous faire croire l'idéologie du laisser-faire économique, mais il suffit d'ouvrir le journal pour avoir toutes les « données empiriques » prouvant le contraire ! Il ne s'agit pas de dire que les compagnies pharmaceutiques sont toutes des entreprises criminelles et qu'elles ne cherchent pas à produire des médicaments efficaces, mais il est clair qu'entre le bien des patients et le bien des actionnaires elles choisiront toujours ce dernier.

Un philosophe américain suggère de ne pas prendre le risque d'entraver l'innovation en étouffant les entreprises sous un amas de réglementations, de laisser

cette « science postacadémique » se développer, mais de favoriser massivement, par ailleurs, la recherche désintéressée³. Que pensez-vous de cette suggestion ?

Elle me semble d'une grande naïveté car, en réalité, l'industrie n'est pas ou n'est plus innovante. Tous les observateurs s'accordent pour le dire : la plupart des médicaments produits ces vingt dernières années sont des *me too* (moi aussi), c'est-à-dire des versions à peine différentes de médicaments déjà disponibles sur le marché. Les rares exceptions ont le plus souvent été découvertes dans des centres de recherche universitaires avant d'être vendues à l'industrie. Celle-ci consacre en moyenne deux fois et demie plus d'argent au marketing qu'à la R&D, à quoi il faut ajouter que celle-ci est elle-même très souvent du marketing déguisé en science. Ce modèle de développement a été extrêmement rentable pendant vingt ans, mais il est désormais à bout de souffle et il va sans doute imposer à terme, car le marketing ne suffit plus à cacher que le roi est nu et que la société paye beaucoup plus à l'industrie qu'elle ne reçoit en échange. Comme dans le cas du système financier, on s'apercevra alors qu'on ne peut pas faire confiance aux intérêts privés pour prendre en compte l'intérêt public et qu'une régulation véritablement indépendante est nécessaire pour nous protéger de l'appât du gain de quelques-uns. □

Propos recueillis par Olivier Postel-Vinay

POUR EN SAVOIR PLUS

Ouvrages en français

- Philippe Pignarre, *Le Grand Secret de l'industrie pharmaceutique*, La Découverte, 2004. Le point de vue d'un ancien de Synthelabo.
- Jean-Claude St-Onge, *L'Envers de la pilule. Les dessous de l'industrie pharmaceutique*, Écosociété. L'analyse d'un Québécois.
- Dirk Van Duppen, *La Guerre des médicaments. Pourquoi sont-ils si chers ?*, Aden, 2004. L'analyse d'un Belge.

Ouvrages en anglais

- Fran Hawthorne, *Inside the FDA. The Business and Politics Behind the Drugs We Take and the Food we Eat* (« À l'intérieur de la FDA. L'argent et la politique derrière les médicaments que nous prenons et la nourriture que nous mangeons »), Wiley, 2005.
- Sheldon Krinsky, *Science in the Private Interest. Has the Lure of Profits Corrupted Biomedical Research?* (« Science et intérêt privé. L'appât du gain a-t-il corrompu la recherche médicale ? »), Rowman and Littlefield, 2004.
- Ray Moynihan et Alan Cassels, *Selling Sickness. How the World's Biggest Pharmaceutical Companies are Turning us all into Patients* (« Maladies à vendre. Comment les plus grandes compagnies pharmaceutiques nous transforment tous en patients »), Nation Books, 2006.