

L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la formation des étudiants en médecine : une situation paradigmatique de l'exigence d'une formation plus radicale à la pensée critique

Des liaisons dangereuses

Au risque que la métaphore puisse être perçue comme triviale, on pourrait estimer que les relations entre l'industrie pharmaceutique et les acteurs de la médecine académique ont longtemps été de nature adultérine : chacun y trouvait son compte, pour autant que cela ne se sût pas trop !

Personne n'était complètement dupe, en effet, d'une certaine forme d'ambiguïté quant aux multiples raisons, complexes et intriquées, qui motivaient ces relations^[1]. Chacun percevait bien que des intentions et des nécessités parfaitement légitimes – comme, par exemple, celle de développer une recherche clinique pertinente grâce à un partenariat autour du développement du médicament – servaient parfois de paravent à des stratégies et à des objectifs d'une autre nature, s'accommodant mieux sinon d'une clandestinité, tout au moins d'une certaine discrétion. Pour les uns, il s'agissait d'influencer, directement ou indirectement, les pratiques des professionnels de santé dans un sens plus favorable à la prescription de leurs produits. Pour les autres, il s'agissait souvent d'avoir accès, via ce partenariat, à diverses ressources inaccessibles autrement, certaines utilisées à des fins fort respectables, comme par exemple le financement de laboratoires de

recherche, d'autres quelquefois détournées à des fins plus personnelles et moins vertueuses.

Il est vite apparu que de telles situations exposaient à de multiples conflits d'intérêts, qui ont été progressivement rapportés dans plusieurs travaux^[1]. On a pu ainsi montrer l'extrême proximité des rédacteurs de recommandations de pratique clinique avec l'industrie pharmaceutique^[2], tandis que certains impacts de ces conflits étaient documentés, concernant par exemple la prescription inappropriée de médicaments^[3] ou la qualité des résultats et des conclusions des essais thérapeutiques financés par l'industrie^[4]. La très récente publication d'un numéro entier du *Journal of American Medical Association* consacré à ce thème illustre de façon spectaculaire l'actualité de ces problèmes et témoigne de l'ampleur considérable qu'ils ont prise^[5].

Les cibles visées dans le cadre des différentes stratégies que développe l'industrie pharmaceutique pour favoriser la prescription des médicaments qu'elle produit concernent différents acteurs, identifiés et sollicités au regard des multiples rôles et fonctions qui concourent à la chaîne de prescription, dans le cadre d'interactions systémiques complexes. Sont ainsi notamment concernés les prescripteurs, les promoteurs et investigateurs de programmes de

recherche, les agences publiques contrôlant les interventions en santé, et tout particulièrement le circuit du médicament et son financement. Le sont aussi désormais les patients eux-mêmes, dont les attentes peuvent tout à la fois être suscitées, orientées et instrumentalisées, comme elles le sont par exemple dans le cadre du « façonnage » de maladies nouvelles (*disease mongering*)^[6].

Un type d'acteur est tout particulièrement convoité : le leader d'opinion^[7]. Ce terme désigne toutes les personnes qui ne sont plus forcément elles-mêmes directement concernées en tant que prescripteurs mais qui, au regard de la notoriété et de l'expertise qu'elles ont acquises, sont identifiées comme influençant les pratiques et les prescriptions d'innombrables médecins. Leur influence s'exerce à travers la communication sur leurs recherches, les conférences, les publications, ainsi que leur activité de conseillers scientifiques, leur participation à des comités de rédaction, des sociétés savantes, des commissions et des groupes de travail chargés de rédiger les recommandations de bonne pratique.

Des constats de mieux en mieux établis

Les enseignants et les formateurs appartiennent bien évidemment à cette catégorie de leaders d'opinion, au travers des divers rôles et fonctions qu'ils assument en formation médicale initiale ou continue, à l'interface des activités de soins, de recherche et d'enseignement. Même si l'on peut souhaiter que les différentes dimensions du problème soient rendues plus intelligibles grâce à des travaux de recherche, qui devront nécessairement faire appel à des collaborations interdisciplinaires^[8], la réalité des risques liés à une collusion de rôles académiques multiples, écartelés entre différents conflits d'intérêts, n'est pas contestée^[9]. Plus généralement, au-delà des personnes, ce sont désormais les curriculums, dans toutes leurs dimensions, à la fois prescrites et prescrites, formelles et informelles, explicites ou implicites^[10], qui sont questionnés au regard de ce qu'ils peuvent receler comme leviers de l'influence de

l'industrie pharmaceutique sur les futurs médecins, ou de la manière dont ils s'acquittent du mandat visant à les préparer à affronter ces influences.

La tribune proposée par Paul Scheffer dans ce numéro offre pour la première fois à la revue l'opportunité d'aborder la problématique des interactions entre l'industrie pharmaceutique et les dispositifs de formation initiale des étudiants en médecine^[11]. On pourrait légitimement s'étonner d'une telle parcimonie éditoriale mais la contribution qu'il nous offre apporte des éclairages documentés sur la généalogie de ce problème. Elle montre ainsi que, même en Amérique du Nord et dans les pays anglo-saxons où son émergence a été plus précoce qu'en France ou dans d'autres pays francophones, la notion de conflit d'intérêts est assez récente dans le champ de la santé, et davantage encore dans celui de la formation des professionnels de la santé. Dans ce dernier cas, il est à la fois révélateur et réjouissant de constater que l'initiative est à mettre au crédit des étudiants par le biais de leurs structures associatives.

Une problématique éducative complexe et des solutions non univoques

Si on l'examine sur un plan éducationnel, une telle problématique est complexe, ce qui signifie que ses déterminants sont multiples, qu'ils interagissent dans le cadre de causalités plurielles et circulaires, que les pistes de solutions sont de ce fait à explorer dans le cadre d'une approche systémique, qu'il n'existe pas de solution standardisée unique, et qu'il faut donc se persuader qu'il s'agit d'élaborer, en tenant compte des particularités et des contraintes de chaque contexte, l'une des solutions raisonnables possibles.

Tel est bien d'ailleurs l'état de la question, recensé dans la littérature spécialisée en éducation médicale. Deux pistes d'interventions y sont identifiées^[12].

La première consiste à repérer les leviers et les déterminants de ce qui constitue le curriculum caché, pour reprendre le fort pertinent concept élaboré dès

1994 par Hafferty et Franks^[13], et à tenter d'agir sur eux. En font partie, par exemple, les diverses formes de cadeaux proposés aux étudiants, qu'il s'agisse de la subvention allouée pour une soirée festive ou de celle accordée à une corporation d'étudiants en charge de l'édition de ressources didactiques, en contrepartie d'une insertion publicitaire sur la quatrième de couverture d'un « polycopié ». En font également partie les divers contacts que les compagnies pharmaceutiques tentent de développer avec les étudiants, en cherchant souvent à installer une connivence conviviale, notamment sur les lieux de stage. En font partie encore diverses habitudes difficiles à corriger, comme la dénomination des médicaments sous leur intitulé commercial plutôt qu'en recourant à la dénomination commune internationale (DCI), alors même que dans de nombreux pays, la prescription selon la DCI est en principe obligatoire^[14]. Plusieurs universités ont commencé à élaborer des politiques restrictives^[15] mais, comme le rappelle Paul Scheffer, il faut être conscient de l'importance prédominante et extrêmement puissante qu'exercent à cet égard les formateurs, qui agissent en tant que modèles de rôle.

La deuxième piste consiste à réfléchir à des dispositifs curriculaires et pédagogiques explicitement dédiés à outiller les étudiants en ressources leur permettant d'identifier les diverses formes d'influence auxquelles ils sont exposés et d'y répondre adéquatement. Les expériences rapportées recensent ainsi divers objectifs et formats possibles d'interventions pédagogiques. Même si les impacts documentés restent incertains, car les problèmes méthodologiques liés aux études nécessaires pour les démontrer sont complexes^[12], il faut assurément s'efforcer d'élaborer des dispositifs répondant aux caractéristiques les plus favorables au transfert des apprentissages, en exploitant toutes les pistes offertes, par exemple, par les cadres conceptuels et méthodologiques de l'enseignement et de l'apprentissage contextualisés ou de l'approche pédagogique par compétences. Dans une telle perspective, il est nécessaire d'identifier de façon éclectique les situations professionnelles concernées, les capacités à développer, les champs de savoirs à convoquer et les différents domaines des phénomènes d'apprentissages à susciter^[16].

Les recommandations de l'*American Medical Student Association*, visant à promouvoir un curriculum indépendant de l'industrie pharmaceutique –le programme *Just Medicine Curriculum*, évolution du programme *PharmFree Curriculum*– constituent à cet égard une proposition concrète^[17]. Elles ont été reprises par l'Association nationale des étudiants en médecine de France, en partenariat avec le collectif Formindep, qui prône « une formation médicale indépendante au service des seuls professionnels de santé et des patients »^[18]. Réagissant à la publication d'une étude issue de cette initiative, qui montrait que les facultés de médecine françaises s'étaient jusqu'à présent peu préoccupées de vérifier la transparence des relations entre les universités et l'industrie pharmaceutique^[19], la Conférence des doyens des facultés de médecine, par la voix de son président, a promis d'engager des actions afin de « garantir l'indépendance des formations de toute interférence commerciale »^[20]. En contexte nord-américain, de telles politiques sont édictées publiquement depuis plusieurs années, comme c'est le cas par exemple à l'Université Laval à Québec, qui met aussi l'accent sur la notion d'indépendance, en l'élargissant en l'occurrence à la notion « d'indépendance intellectuelle »^[21].

Des conflits de valeurs non limités aux intérêts commerciaux

Cette extension au champ intellectuel de la notion d'indépendance est tout sauf insignifiante et il convient d'en mesurer tous les enjeux. Elle a ainsi le mérite de mettre en garde contre une conception réductrice, et à vrai dire un peu paresseuse, qui conduirait à considérer que les seules dépendances dont il faudrait se prémunir seraient liées à des conflits d'intérêts financiers ou commerciaux. A cet égard, il faut se convaincre que la promotion de la médecine expérimentale ou de l'*evidence-based medicine* comme paradigmes exclusifs de la rigueur scientifique en médecine ne saurait suffire, pour solde de tout compte, à garantir l'indépendance des curriculums et, par voie de conséquence, celles des futurs médecins. Les études montrent d'ailleurs que les biais

potentiels des études financées et promues par l'industrie pharmaceutique sont en fait rarement liés à des faiblesses méthodologiques et qu'ils sont plutôt à mettre sur le compte de partis pris épistémologiques^[4]. Ce serait oublier que la recherche elle-même n'est pas neutre, qu'elle implique des choix de valeurs, que ses prémisses sont des constructions sociales, historiquement situées^[22] et que, dans chaque champ, selon une perspective Bourdieusienne, l'enjeu d'imposer une définition légitime de la – bonne – science résulte de processus de lutte de pouvoir entre les acteurs, c'est-à-dire de conflits qui sont tout autant des conflits de valeurs que des conflits d'intérêts^[23].

Ainsi, un examen critique des présupposés épistémologiques de la recherche dite translationnelle, qui prétend s'imposer comme nouveau paradigme visant à « assurer une continuité du processus de recherche, faisant bénéficier immédiatement le patient des applications permises par la recherche fondamentale »^[24], et que bien peu accuseraient spontanément de menacer l'indépendance des curriculums, montre que ce modèle est en réalité ancré dans les conceptions économiques du financement de la recherche ayant émergé aux Etats-Unis dans les années 2000^[25] et qu'il est particulièrement propice aux conflits d'intérêts^[26].

Un impératif éthique plutôt qu'une incantation morale

Ainsi, tant les curriculums de formation médicale que les professionnels de la santé qui en sont issus sont, sans exception, porteurs de liens d'intérêts, ancrés sur des valeurs implicites ou explicites, susceptibles d'entrer en conflit avec leur mandat social commun qui est de prendre soin des personnes et de les aider à affronter leurs problèmes de santé. L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la formation des étudiants en médecine constitue à cet égard une situation paradigmatique. Cependant, ces conflits d'intérêts ne sont pas exclusivement liés à

enjeux financiers ; ils touchent aussi, de façon sans doute moins facile à appréhender, les choix épistémologiques sous-jacents aux conceptions de la bonne science et des bonnes pratiques cliniques, dont sont porteurs les différents acteurs.

Plutôt que d'exiger de façon incantatoire et utopique que les dispositifs curriculaires satisfassent une indépendance chimérique, mieux vaut donc sans doute recommander que les choix épistémologiques sous-jacents, sur ce plan comme sur d'autres dont l'examen dépasserait les limites de cette contribution, fassent l'objet de débats et de choix démocratiquement négociés. Concernant les étudiants, l'intention de les « protéger » systématiquement d'influences jugées délétères en érigeant autour d'eux des barrières, qui seront de toutes façons poreuses, est sans doute généreuse ; elle est cependant en partie candide et, en tout cas, très insuffisante pour les prémunir des sollicitations incessantes auxquelles ils seront ultérieurement confrontés dans le cadre de leur exercice professionnel^[27]. Mieux vaut probablement considérer que toute action professionnelle, par nature, s'exerce en situation de conflit de valeurs et que c'est à la manière d'identifier ces conflits et de les résoudre d'une manière éthiquement acceptable, qu'il convient de préparer les futurs professionnels de santé, en les rendant lucides des influences auxquelles ils choisissent de consentir, conscients des enjeux qui en découlent et responsables des conséquences à assumer.

Dans un cas comme dans l'autre, les postures morales ne sauraient suffire et il s'agit plutôt de mettre en exergue l'exigence d'une formation plus radicale à la pensée critique et de s'en donner les moyens. Dire cela, c'est fondamentalement, comme nous y invite Folscheid^[28], repenser l'action médicale comme *praxis*, en considérant que son exercice, tout comme la formation qui y prépare, relèvent d'un impératif éthique fondamental. Ce n'est pas un mince enjeu !

Jean JOUQUAN

Rédacteur en chef

Mailto : jean.jouquan@chu-brest.fr

Références

1. Lexchin J. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry. *CMAJ* 1993;149:1401-7.
2. Choudhry NK, Thomas Stelfox HT, Detsky AS. Relationships Between Authors of Clinical Practice Guidelines and the Pharmaceutical Industry. *JAMA* 2002;287:612-617
3. Norris P, Herxheimer A, Lexchin J, Mansfield P. Drug promotion. What we know, what we have yet to learn. Geneva: WHO, 2005
4. Schott G, Pacht H, Limbach U, Gundert-Remy U, Ludwig WD, Lieb K. The Financing of Drug Trials by Pharmaceutical Companies and Its Consequences. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107:279-85
5. Stead WW. The Complex and Multifaceted Aspects of Conflicts of Interest. *JAMA* 2017;317:1765-7
6. Cathébras P. Le docteur Knock habite à Wall Street. Les nouvelles cibles de l'industrie pharmaceutique. *Rev Med Interne* 2003;24:538-41
7. Moynihan R. Key opinion leaders. Independent experts or drug representatives in disguise? *BMJ* 2008 ;336 : 1402-3
8. Flier JS. Conflict of Interest Among Medical School Faculty. Achieving a Coherent and Objective Approach. *JAMA* 2017;317:1731-2
9. Pizzo PA, Lawley TJ, Rubenstein AH. Role of Leaders in Fostering Meaningful Collaborations Between Academic Medical Centers and Industry While also Managing Individuals and Institutional Conflicts of Interest. *JAMA* 2017;317:1729-30
10. Demeuse M. Elaborer un curriculum de formation et en assurer la qualité. In : Parent & Jouquan J. Penser la formation des professionnels de la santé. Une perspective intégrative. Bruxelles : De Boeck, 2013:315-30
11. Scheffer P. Préparer les étudiants en médecine à affronter l'influence de l'industrie pharmaceutique : un enjeu éthique, professionnel et éducationnel. *Pédagogie Médicale* 2017;17:189-97
12. Montague BR, Fortin AH, Rosenbaum J. A systematic review of curricula on relationships between residents and the pharmaceutical industry. *Med Educ* 2008;42:301-8
13. Hafferty F, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of medical education. *Acad Med* 1994;69:861-71
14. Prescrire Rédaction. Ordonnance : la dénomination commune internationale (DCI) au quotidien. *Rev Prescrire* 2012;32:586-9
15. King M, Essick C, Bearman P, Ross JS. Medical school gift restriction policies and physician prescribing of newly marketed psychotropic medications: difference-in-differences analysis. *BMJ* 2013;346:f264
16. Parent F, Jouquan J. Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé ? Une clarification conceptuelle et méthodologique de l'approche par compétences. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2015.
17. American Student Medical Association. Evidence and Recommendations for a Model PharmFree Curriculum. [On-line] Disponible sur : <http://www.amsa.org/wp-content/uploads/2015/03/ModelPharmFreeCurriculum.pdf>
18. Formindep. Histoire et missions du Formindep. 2005 [On-line] Disponible sur : <http://www.formindep.org/Mais-qu-est-ce-que-le-Formindep.html>
19. Scheffer P, Guy-Coichard C, Outh-Gauer D, Calet-Froissart Z, Boursier M, Mintzes B, Borde JS, Conflict of Interest Policies at French Medical Schools : Starting from the Bottom, *PLOS ONE*, 2016 [On line]. Disponible sur : <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0168258>
20. Conférence des doyens des facultés de médecine (Dubois-Randé J-L, Pdt.). UFR santé et conflits d'intérêts. Communiqué de presse, 11 janvier 2017.
21. Direction de l'imputabilité sociale et du professionnalisme Politique en matière de conflits d'intérêts dans les activités de formation, d'évaluation et de recherche. Université Laval. Faculté de médecine 2009 [On-line] Disponible sur : <http://www.fmed.ulaval.ca/fileadmin/documents/faculte-reseau/documents-officiels-et-promotionnels/documents/politique-conflits-interets-activites-formation-recherche.pdf>
22. Kuhn TS. La structure des révolutions scientifiques. Paris : Flammarion, coll. Champs, 1962 (trad. 1983)

23. Albert M, Hodges B, Regher G. La recherche en éducation médicale : entre le service et la science. *Pédagogie Médicale* 2006;7:73-81.
24. Helleboid M-A. Examen des présupposés épistémologiques de la recherche translationnelle. *Cahiers Droit, Sciences et Technologies*. 2015 [On-line] Disponible sur : <http://cdst.revues.org/408> ; DOI : 10.4000/cdst.408
25. Bernelin M. Journée d'étude – les frontières en recherche et soin : diagnostics et pronostics juridiques. *Propos introductifs*. *Cahiers Droit, Sciences et Technologies*. 2015 [On-line] Disponible sur : <http://cdst.revues.org/379> ; DOI : 10.4000/cdst.379
26. Picard A. Recherche translationnelle et conflits d'intérêts. *Cahiers Droit, Sciences et Technologies*. 2015 [On-line] Disponible sur <http://cdst.revues.org/412> ; DOI : 10.4000/cdst.412
27. Wayne DB. Teaching Medical Students About Conflicts of Interest. *JAMA* 2017;317:1733-4
28. Folscheid D. La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental. *Laval Theolog Philos* 1996;52:499-509.