

7^e Printemps Éthique de Nice

« Les conflits d'intérêts »

Programme des conférences

Le 24 mars 2017 de 8h30 à 17h

Matin : 9h: Accueil et allocutions de bienvenue

Modérateur: Dominique GRIMAUD, Professeur émérite d'Anesthésie-Réanimation, Faculté de Médecine de Nice

> **10h : Pierre LE COZ**: Professeur d'Université de Philosophie. ERERI-PACA CORSE. «Le conflit d'intérêt: nouvelle figure du péché original?»

> **10h30 : Michel HAMON**: Directeur financier du Centre Hospitalier Princesse Grace (MONACO) «Éthique et économie au cœur de la médecine: conflit ou coexistence pacifique ?»

> **11h00: Pause**

> **11h30 : Jean-Michel BOLES**: Professeur de Réanimation Médicale, CHU de Brest - Directeur de l'Espace de Réflexion Ethique de Bretagne. «Liens et conflits d'intérêts dans le domaine de la Santé: quelles définitions ? Quelles réponses réglementaires ?»

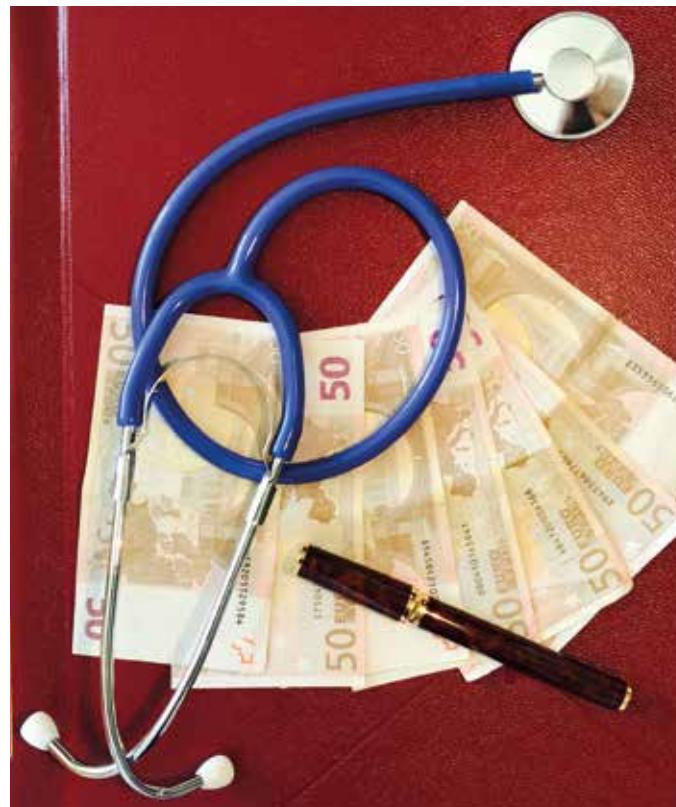
> **12h : Anna ZIELINSKA**: Docteure de philosophie, enseignante à l'Université Paris I Panthéon Sorbonne et à l'Université de recherche Paris Sciences et Lettres. «Le conflit d'intérêt: résultat de l'équilibre instable entre le public et le privé»

> **12h30: Repas libre**

Modérateur: Gilles BERNARDIN, Professeur de Réanimation médicale, CHU de Nice , Président de l'Espace Ethique Azuréen

> **14h : Didier SICARD**: Président d'Honneur du CCNE. «La médecine, prise à son insu dans les conflits d'intérêts»

> **14h30: Collectif de l'«ESPRIT CRITIQUE NIÇOIS»**: Regard sur les relations de l'industrie pharmaceutique avec les étudiants des Facultés de Médecine.



> **15h: Table ronde animée par:**

Patrick GAUDRAY: Directeur de Recherche au CNRS - Ancien membre du CCNE

Denise BARRAYA: Cadre de Santé formatrice, IFSI Ste. Marie-La Gaude

> **16h30: Conclusion: Professeur Gilles BERNARDIN**



Introduction

CHERS LECTEURS, CHERS COLLEGUES, CHERS AMIS,

Voici enfin, pour vous, le hors-série de notre lettre d'information reprenant les communications présentées par nos invités lors du 7^e Printemps Éthique de Nice.

Ce colloque, placé sous l'égide de l'Espace Éthique Azuréen du CHU de Nice et du Département d'Éthique et de Sciences Humaines de la Faculté de Médecine de l'Université de Nice Sophia-Antipolis, a rassemblé plus de 600 participants sur la thématique des conflits d'intérêts qui agitent de plus en plus fréquemment le monde de la santé et de la recherche.

Médecins et infirmiers en activité, futurs médecins et infirmiers en cours de formation, membres du grand public, vous tous qui étiez présents avez suivi avec beaucoup d'attention ces conférences pluridisciplinaires d'exception, et vous avez été nombreux à poser des questions sans concession et à partager vos réflexions et vos expériences. aussi, je ne doute pas que, dans leur version papier, qui est maintenant entre vos mains, ces regards croisés continuent à produire le même effet.

Nul n'ignore qu'un processus de « moralisation » est actuellement à l'œuvre dans notre société. Il n'en est qu'à ses débuts mais gageons qu'au fil des controverses et des suspicions relayées par les médias, toutes les professions finiront par être concernées.

pour aujourd'hui, et pour ce qui les concerne, l'on peut déjà acter de la désacralisation du statut du médecin ou du chercheur. Dans un proche avenir, tout manquement à la probité, réel ou perçu comme tel, leur vaudra à eux, mais aussi aux industriels de l'industrie pharmaceutique, la honte du pilori médiatique et les poursuites de notre arsenal juridique, comme les responsables politiques en font aujourd'hui l'expérience.

Pour paraphraser Pierre Le Coz, la traque aux conflits d'intérêts est devenue une véritable cause nationale et la culture de la transparence remodelle les pratiques au sein de nos institutions.

L'obligation qui est ainsi faite aux médecins de déclarer leurs liens d'intérêts en introduction de chacune de leurs présentations montre bien qu'ils apparaissent comme étant faillibles et exposés à la transgression. soit. mais méfions-nous toutefois des raccourcis trop rapides, car il ne saurait être question de confondre liens et conflits d'intérêts. le lien d'intérêts est consubstantiel à la vie en société, il est un composant du lien social. C'est, en revanche, le glissement, souvent insidieux, du lien vers le conflit qui pose problème, lorsque l'intérêt individuel s'affirme au détriment de l'intérêt collectif; la partialité, par essence injuste, risque alors de devenir criminelle, comme dans l'affaire du Mediator®.

durant les vingt dernières années, les relations des médecins avec l'industrie pharmaceutique se sont considérablement transformées ; certains diraient aseptisées. La visite médicale s'est ainsi dotée d'un code de bonne pratique au cadre contraint, pour ne pas dire restreint, voulant gommer à tout prix la relation humaine qu'il y a toujours eu entre un visiteur médical qui délivre l'information et le professionnel de santé qui la reçoit.

Ce colloque singulier dans le huis clos d'un bureau étant devenu suspect, ce

sont aujourd'hui les contacts collectifs avec plusieurs professionnels de santé qui sont privilégiés. C'est dire si l'ambiance est à la méfiance ! La charte HAS d'organisation de la visite médicale, le code de déontologie, et tout un attirail juridique sont là pour veiller au grain. Gardons néanmoins raison et visons des relations assainies, responsables, respectueuses du rôle de chaque partie, le médecin garant du juste soin au meilleur coût, et l'industriel fournissant une information loyale sur un médicament sûr et efficace, issu d'un effort de recherche et développement sans cesse optimisé.

Ici doit se situer le point d'équilibre entre l'art médical et le savoir-faire industriel. Comme nous l'a rappelé au cours de notre colloque un groupe d'étudiants de la Faculté de Nice - l'Esprit Critique Niçois, la jeune génération médicale espère nouer avec l'industrie pharmaceutique un partenariat responsable, exempt de cette relation de dépendance qui a parfois pu avoir des relents de corruption, mais exempt aussi de la diabolisation excessive d'un secteur industriel auquel nous devons ces si précieuses molécules.

Une fois de plus, le Printemps Éthique de Nice a tenu ses promesses. le succès de cette manifestation, qui fait maintenant partie du paysage événementiel niçois, ne se dément pas.

Je veux ici remercier le Pr Dominique Grimaud qui a initié et porté cette manifestation durant de nombreuses années avant de me transférer, en fin d'année dernière, la présidence de l'Espace Éthique Azuréen.

Je vous souhaite à tous une bonne lecture et vous donne rendez-vous l'année prochaine pour notre 8^e Printemps Éthique.

Pr Gilles Bernardin
 Président de l'Espace Éthique Azuréen

Le conflit d'intérêts : Le retour du péché originel ?

Pierre LE COZ, Professeur de philosophie - Espace Régional de Réflexion Éthique PACA/Corse - UMR 7268 ADES/EFS/CNRS/Aix-Marseille Université



Introduction

Notre décennie est marquée par un processus de moralisation de la vie publique où la traque aux conflits d'intérêts est devenue une véritable cause nationale. Depuis l'affaire du Mediator qui éclata en 2010, l'impératif de transparence occupe une place de premier plan dans l'espace public. La culture de la transparence remodèle les mœurs et les pratiques au sein des institutions. L'heure est à l'éradication des conflits d'intérêts partout où ils se sont nichés, dans l'expertise scientifique, les affaires, la fonction publique et la vie politique. Quiconque se porte candidat à une mission d'intérêt général doit désormais s'acquitter d'une obligation de déclaration publique d'intérêts qui fera la lumière sur ses relations familiales, ses contrats économiques, ses engagements associatifs.

La vertu semble prendre sa revanche sur les sourdes connivences. Faut-il se plaindre ou se réjouir de cette révolution des mœurs silencieuse qui est en train de s'accomplir ? Serions-nous les contemporains d'un nouvel avatar de l'aventure de la Modernité dont Montesquieu avait saisi la quintessence dans les notions de commerce et de liberté ?

Au XVIII^e siècle, les philosophes des Lumières avaient déclassé l'antique notion de « vertu¹ » et réhabilité la nature humaine. Partis à l'assaut du Moyen-âge, ils avaient congédié la doctrine augustinienne du péché originel. Célébrant les inventions techniques, louant les vertus civilisatrices de la science, ils ont promu l'idéal d'un progrès universel grâce à la « perfectibilité » de l'homme² et à la diffusion démocratique du savoir³. Mais cet optimisme a subi l'usure du temps. Notre « société de défiance »⁴ cherche davantage à enrayer le mal qu'à réaliser le bien. Elle aspire à mettre fin aux collusions souterraines qui minent l'espace public et la confiance du peuple en ses élites. Cette conjoncture renouvelle les questions classiques des philosophes et des théologiens sur l'essence de l'homme, sur l'universalité de la tentation et de la défaillance. L'homme est-il habité par un penchant incompréhensible à l'immoralité ? Sa nature est-elle affectée d'un mal radical ? Peut-il agir moralement autrement que par l'effet de la dissuasion ?

Le scandale du Mediator ou le retour du péché originel

La prévention des conflits d'intérêts est longtemps restée confinée dans le domaine du droit. La chose juridique repose sur « l'application d'un principe très général et très ancien selon lequel nul ne peut être juge et partie dans la même cause »⁵. Aujourd'hui, les obligations d'intégrité et d'impartialité en vigueur dans le monde judiciaire se sont étendues à d'autres sphères d'exercice du pouvoir et du savoir. Le conflit d'intérêts est devenu une notion familière au grand public par la dénonciation dont il fait régulièrement l'objet dans la presse et les médias.

Il n'est pas aisé de savoir quels sont les événements qui ont le plus concouru à ce retour de la vertu dans la vie publique. Mais les commentateurs s'accordent à reconnaître que les crises sanitaires ont joué un rôle majeur en France. Après une première vague de suspicion collective en 2009 au moment de l'achat public, auprès de certains groupes pharmaceutiques, de 94 millions de doses de vaccins destinés à conjurer une grippe aux effets surestimés, c'est le scandale du Mediator qui va jouer un rôle de détonateur en France. A l'origine de cette affaire, la publication par Irène Frachon, médecin pneumologue du CHRU de Brest, d'un ouvrage intitulé « Mediator : combien de morts ? » dans lequel elle révèle qu'un médicament toxique continue à être autorisé en France alors qu'il est interdit partout ailleurs (hormis à Chypre et au Portugal). Dérivé de l'amphétamine, il est prescrit essentiellement comme coupe-faim et ce, en dépit d'alertes et de mises en garde récurrentes contre sa dangerosité depuis 1977⁶.

Notre société découvre alors que des experts médicaux peuvent être à la fois conseillers de laboratoires pharmaceutiques et membres d'institutions de santé publique en charge d'évaluer et d'autoriser la mise sur le marché des médicaments. Et que du fait d'un tel dysfonctionnement, des vies humaines ont été sacrifiées sur l'autel d'intérêts particuliers. Le drame sanitaire du Mediator aura probablement coûté la vie à plus de mille personnes, sans compter les victimes de décennies antérieures qui ne peuvent plus être comptabilisées ni les malades qui ont développé des troubles chroniques gravement invalidants.

(1) Manent P., *La cité de l'homme*, Fayard, Paris, 1994.

(2) Rousseau J.-J., *Discours sur l'origine de l'inégalité parmi les hommes*, Union générale d'éditions, coll. 10/18, Paris, 1973.

(3) Condorcet N. de, *Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain*, Flammarion, Paris, 1998.

(4) Algan Y., Cahuc P., *La société de défiance : comment le modèle social s'autodétruit*, Éditions Ulm - CEPREMAP, Paris, 2008.

(5) Conseil d'Etat, 2 mars 1973, *Dile Arbousset, conclusions Guy Braibant*, Revue du droit public, 1973, p. 1072. Il s'agit d'une reprise de la formule latine du « *Nemo judex in causa sua* ».

(6) Frachon I., *Mediator 150 mg, combien de mort ?* Éditions Dialogues, Brest, 2011. Les premières inquiétudes et premières accusations de dissimulation se trouvent dans la revue Pratiques - *Les cahiers de la médecine utopique* (hiver 1977).

L'ère du soupçon et l'avènement d'une culture de la prévention

Il y a un « avant » et un « après » Mediator. L'année 2011 comporte plusieurs signes avant-coureurs d'un changement de paysage culturel. Le parlement vote à l'unanimité une loi sur la sécurité sanitaire (dite « Loi Bertrand ») qui fait obligation aux experts en santé de rendre publics leurs liens d'intérêts selon un formulaire standard mis en ligne et soumis à réactualisation régulière⁷. Tout manquement à cette exigence de transparence constituera une faute déontologique passible de sanctions pénales. La même année, l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES) se dote d'un comité de déontologie chargé d'édicter des recommandations afin de prévenir les conflits d'intérêts de ses experts. Les exigences d'impartialité et de transparence imposées aux acteurs de santé se trouvent étendues à l'expertise de l'environnement, de l'alimentation et du travail. L'avènement de cette culture de la prévention ne fut pas toujours bien perçu par les experts. Ceux-ci eurent parfois l'impression désagréable d'être épiés et soupçonnés, comme si leur probité intellectuelle et morale était mise en cause⁸. De fait, en réclamant la garantie de son indépendance et de son intégrité, le législateur laisse entendre que l'expert est exposé à la tentation de faillir à ses obligations. Un expert n'est plus une personne fiable par nature et sa candidature sera rejetée s'il refuse de faire la lumière sur ses liens d'intérêts. Un décret de 2013 accentue cette exposition au grand jour, en obligeant les industriels à publier les avantages qu'ils octroient aux médecins, pharmaciens et professions paramédicales⁹.

A l'évidence, l'expert sanitaire a perdu son innocence. Il est entré dans une « ère du soupçon ». En empruntant à l'iconographie biblique, on pourrait parler

de sa chute hors de l'Eden. Tel un néo-péché originel, la faute du Mediator a rejailli, au-delà de ses premiers auteurs, sur l'ensemble du monde de l'expertise en santé et même, au-delà, sur l'expertise de l'environnement, de l'alimentation et du travail.

En matière de conflits d'intérêts, la faute a ceci de commun avec le péché des premières créatures de la Bible qu'elle se communique à d'autres qui arrivent après et n'avaient aucune part à l'affaire. En effet, si un seul expert est convaincu de conflit d'intérêts, c'est le travail accompli pendant plusieurs mois par tout le comité d'expertise qui se trouvera invalidé. La faute d'un seul entraîne la chute de tous. Une illustration de ce scénario nous est fournie par un arrêt du Conseil d'État qui annula, en 2011, plusieurs décisions de l'ex-ministre de la santé prises sur la base d'un comité d'experts dont deux membres étaient en conflit d'intérêts. En donnant raison au requérant, le Conseil d'État montrait comment une faute pour conflit d'intérêts entraîne une série d'effets en cascade. Non seulement elle annule le travail d'un collectif d'experts, mais elle entache la crédibilité d'un ministre et ternit l'image d'une institution. C'est pourquoi la même année, le Professeur Maraninchi, alors directeur de la nouvelle agence de sécurité des médicaments, n'hésita pas à refuser de valider les recommandations d'un comité d'experts sur les infections ORL. En cause : la présence de certains experts en conflit d'intérêts au sein du groupe de travail. L'intransigeance du Directeur provoqua la démission de 40 experts¹⁰ révoltés d'avoir à payer une faute ancienne qui n'était pas de leur fait.

La perte de prestige de l'expert

Sur un plan philosophique, le nouvel arsenal juridique axé sur la prévention

véhicule une vision de l'homme de science beaucoup moins gratifiante que celle que nous ont léguée en héritage les pères de la Modernité. Certes, nous n'avons pas attendu l'âge des conflits d'intérêts pour savoir qu'un scientifique pouvait subordonner l'intérêt commun à un intérêt propre. La nouveauté du phénomène vient de ce que son faux-pas n'est plus attendu ; il est devancé et comme pressenti. Notre société de la transparence anticipe la faute par une action préventive en exigeant que l'on déclare ses liens d'intérêts avant d'être éligible à une mission d'intérêt public. Elle pose l'homme de science comme faillible et le présume comme sujet accessible à la transgression. À rebours de l'esprit des Lumières, elle redonne sens à la symbolique biblique dominante qui lie l'accès au savoir à la tentation du péché. Et s'il n'a plus besoin du concours de la grâce, l'expert a malgré tout besoin d'une instance extérieure pour le protéger contre le risque d'une inclination coupable. La déclaration d'intérêts semble s'apparenter à une procédure d'aveu où sont dévoilées certaines liaisons potentiellement dangereuses : appartenances, affiliations, relations familiales, contrats économiques, etc. Tout se passe comme si nous assistions au recyclage laïc du péché originel, dogme chrétien que l'anthropologie progressiste des Lumières paraissait avoir rendu obsolète. Pour nous, l'homme de science est faillible, influençable, opaque à lui-même, et son savoir n'y pourra rien changer. Le risque de conflit d'intérêts ne peut plus s'apprécier de manière solitaire et subjective. Il doit être évalué de manière objective et sera contrôlé par des tiers. En décrivant sa situation sur une déclaration publique d'intérêts mise en ligne et accessible à tous, l'expert scientifique offre à des tiers la possibilité de détecter de potentiels conflits d'intérêts ayant trompé sa

(7) Journal officiel, Décret n°2012-745 du 9 mai 2012 relatif à la déclaration publique d'intérêt et à la transparence en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, 10/05/2012. <http://www.legifrance.gouv.fr>

(8) Avis du comité de déontologie et de prévention des conflits d'intérêts de l'Anses relatif aux suites à donner à la décision du Conseil d'État du 11 février 2011 (Société Aquatrium), 9/11/2011. <http://www.anses.fr>

(9) Décret n°2013-414 du 21 mai 2013 relatif à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme. <http://www.legifrance.gouv.fr>

(10) « Un groupe d'experts démissionne de l'AFSSAPS ». <http://www.usinenouvelle.com>, 9/12/2011.



vigilance. Son appréciation personnelle n'est certes pas rejetée, mais elle a besoin d'être complétée par un regard extérieur. Sa situation sera évaluée non seulement au regard de la réalité du conflit d'intérêts, mais également de la suspicion de conflits d'intérêts aux yeux du public. Les apparences ont désormais plus d'importance que ce que ressent l'individu en son for intérieur¹¹.

L'obligation de remplir une déclaration publique d'intérêts consacre la fin de l'autosuffisance de l'expert, l'éclipse du cogito solitaire, dans le temps même où l'expertise devient plus résolument collégiale et pluraliste. Sur ce point, on note que la loi de 2011 va jusqu'à demander à l'expert de se plier au «principe du contradictoire»¹² suivant une procédure habituelle dans les tribunaux qui consiste à donner la parole à égalité aux deux parties : «L'expertise sanitaire répond aux

principes d'impartialité, de transparence, de pluralité et du contradictoire»¹³. Où l'on voit qu'à l'ère de la chute de l'Eden, les experts scientifiques doivent avoir l'humilité de se mettre à l'école des juristes pour savoir comment faire de la bonne science.

Conclusion

Les scandales qui ont émaillé la vie publique au cours des années écoulées ont fait perdre à l'expertise ses lettres de noblesse. Pour les experts publics, ils ont engendré un traumatisme qui réactive le schéma de la chute hors de l'Eden après la faute originelle. Mais cette comparaison biblique a ses limites car dans la défaillance qui mène au conflit d'intérêts, ce n'est pas tant la moralité que la finitude de l'homme qui est en cause. Finitude, en ce sens que même si nous faisons preuve de

loyauté et de probité intellectuelle, du fait de notre condition d'être fini, nous sommes soumis à des influences dont nous n'avons pas toujours conscience et qui peuvent biaiser notre jugement.

La culture de prévention des conflits d'intérêts qui s'enracine dans nos mœurs ne doit pas être perçue comme indicative d'un «retour à la morale» ou symptomatique d'une «dictature de la transparence»¹⁴ : elle rappelle seulement qu'il n'est jamais complètement possible d'être objectif sur soi-même. Remplir une déclaration d'intérêts, ce n'est pas faire preuve de culpabilité mais d'humilité. Ce changement de vision du conflit d'intérêts devrait s'opérer progressivement, le temps que la nouvelle génération d'experts se l'approprie, et qu'elle acquière de nouveaux automatismes. L'expert sanitaire de demain trouvera normal, sinon banal, le fait de déclarer ses liens intérêts¹⁵.

(11) Selon la loi organique n°2013-906 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique, le conflit d'intérêt qualifie «toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif d'une fonction» (nous soulignons).

(12) Art. L. 1452-1. De la loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. JORF n°0302 du 30/12/2011.

(13) Ibid.

(14) Expression utilisée par Elisabeth Roudinesco, dans son article «Wikileaks : la dictature de la transparence», Libération du 02/10/2010.

(15) Hermite M.-A., Le Coz P., «La notion de conflit d'intérêts dans les champs de la santé et de l'environnement», *Journal international de bioéthique*, ESKA, 2014, vol. 25 (n°2) : 15-50.

Éthique et économie au cœur de la médecine: conflit ou coexistence ?

Michel HAMON, Directeur financier du Centre hospitalier Princesse Grace (Monaco)

Je vous propose de résituer la problématique des conflits d'intérêt dans un cadre plus large, celui du débat entre éthique et économie et, ce, en trois temps:

- > une analyse ;
- > une interprétation ;
- > une mise en perspective.

D'abord, l'analyse: il y aurait une fatalité de l'antagonisme entre éthique et économie.

C'est le sentiment qu'inexorablement l'une et l'autre seraient vouées au mieux à s'ignorer, au pire à s'opposer.

Considérons d'abord l'éthique: on peut dire qu'elle est consubstantielle à la médecine ; la médecine véhicule une culture de responsabilité: un être répond d'un autre être, dans cette responsabilité pour autrui développée par Emmanuel Lévinas dans un livre d'entretiens, «Éthique et infini» (1981).

Autrui n'ayant commis aucune faute, son passé ne regardant pas le médecin, sa seule souffrance et son exposition à la mort entraînent la responsabilité du médecin à son égard.

Lévinas parle même à ce sujet de vigilance philosophique ; peut-être est-on là aux racines même de la sagesse. D'ailleurs, dès 1704, Leibniz, dans ses «Nouveaux essais sur l'entendement humain», nous donne sa conception de l'éthique, je cite: «prendre en pensée la place d'autrui qui est le véritable point de vue pour juger équitablement».

Plus près de nous, Sylvianne Agacinski, à qui on demandait de définir l'éthique, a répondu: c'est «l'autolimitation de la puissance». C'est dans ce sens que l'Ordre National des Médecins, dans un rapport du 8 avril 2011, affirme : «la probité, l'impartialité et l'indépendance du médecin sont des corollaires indispensables à l'exception qui est faite aux médecins, seule profession

à pouvoir porter atteinte à l'intégrité corporelle des individus»... autolimitation de la puissance! L'indépendance comme contrepoids à la puissance, voilà une application à la médecine que n'aurait pas désavouée Montesquieu.

Considérons ensuite l'économie : on peut dire qu'elle est consubstantielle à l'organisation collective de la cité.

Pour l'illustrer, utilisons la distinction de Fernand Braudel entre le temps long et le temps court.

Le temps long, on pourrait remonter à plus de 9 000 ans avant Jésus Christ, en Mésopotamie, où la naissance de l'économie est d'abord celle de l'économie agricole avec la préoccupation morale des premiers agriculteurs de semer et d'élever du bétail pour nourrir la communauté. Plus tard, Hammurabi (1792-1750 avant JC), voulant organiser le royaume de Babylone, édicte, dans son fameux Code, des règles qui ne se limitent pas à l'organisation politique et sociale, mais qui s'étendent à l'économie (les salaires, les prix).

Par contraste avec cette histoire longue de l'économie, l'économie de santé, quant à elle, s'inscrit dans une histoire «courte».

En effet, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, la préservation de la santé individuelle et l'hygiène personnelle sont considérées comme relevant de la morale privée: c'est ce que pensent les moralistes du XVII^e (La Rochefoucauld par exemple), ainsi que les philosophes du libéralisme politique au XIX^e (comme Benjamin Constant ou François Guizot).

Il faut attendre la structuration des systèmes de sécurité sociale et surtout la seconde partie du XX^e pour qu'apparaisse véritablement l'économie de santé. Deux facteurs vont créer un marché : la solvabilisation de la demande de

santé par les régimes de protection sociale et le progrès technique. Ces deux leviers vont se conjuguer pour favoriser l'essor des industries de santé : laboratoires pharmaceutiques, industrie de l'équipement biomédical.

Les deux cents milliards d'euros annuels de consommation de soins et de biens médicaux en France donnent une idée de l'enjeu économique et financier que représente la médecine.

Alors pourquoi éthique et économie semblent-elles vouées à s'opposer?

C'est qu'on a affaire à deux systèmes de valeurs trop éloignés l'un de l'autre.

Avec la médecine et l'éthique médicale, nous sommes dans la culture de l'homme singulier, de l'individuel, et sur le registre de l'humanisme.

Avec l'économie, prévaut la culture de l'abstraction collective, du rationalisme froid.

Le risque alors est grand de verser dans la caricature :

- > le cœur et l'humain face à la raison et aux chiffres ;
- > le souhaitable face au faisable ;
- > l'absolu face au compromis ;
- > l'indépendance médicale éthiquement pure face aux enjeux économiques des industries de santé.

Impression fâcheuse d'autant plus, qu'actuellement, l'éthique et l'économie sont quelque peu fragilisées.

L'éthique est victime de son succès: ne faut-il pas s'émouvoir du foisonnement tous azimuts, non plus de l'Éthique mais des éthiques (éthique des affaires, éthique du sport...), comme si notre monde, en perte de repères, cherchait dans tous les domaines à se raccrocher aux branches de l'éthique?

Le risque guette l'éthique, de la banalisation, de la démonétisation et de l'affadissement. Bien plus, non seulement galvaudée, l'éthique risque d'être instrumentalisée pour devenir un paravent moral, un alibi, une caution.

L'économie est victime de ses excès : et je ne vise pas là seulement le règne pesant du « tout économique » dénoncé par Pascal Bruckner ou Viviane Forrester. Il s'agit plutôt de pointer la dérive financière de l'économie, vampirisée par le « court-termisme » comptable.

Relisons les propos, empreints de sagesse, d'André Tardieu en 1932 : « Les matières financières conditionnent certes les problèmes, mais elles ne suffisent pas à les résoudre. »

En ce sens, la médecine abdiquerait toute sagesse si elle acceptait de passer sous les fourches caudines du « court-termisme » comptable.

Soit, au terme de cette analyse, le sentiment d'une impasse qu'il faut chercher à dépasser.

Avançons donc une interprétation : c'est l'idée que le sens de ce clivage n'est pas tant à rechercher dans les relations qu'entretiennent éthique et économie, que dans la seule éthique.

Celle-ci, en effet, n'est pas un bloc homogène ; elle plonge ses racines philosophiques dans les deux grands courants de pensée, les deux « familles » de la philosophie morale qui structurent la pensée occidentale depuis l'âge grec.

Une première conception de l'éthique, celle qui nous vient de Platon, est plutôt étrangère à l'économie ; une autre approche de l'éthique, qui nous vient d'Aristote, en revanche est compatible, voire intègre l'économie.

Avec Platon, une première famille de pensée se structure autour de la conscience individuelle, de l'idéalisme, de l'intention, de la loi morale.

Ainsi, pour Platon, il y a nécessité d'un code moral pour justifier les actions humaines.

Imaginons qu'un médecin s'abstienne de déclarer un lien d'intérêt avec des

industriels de santé ou laboratoires pharmaceutiques. Cette absence de déclaration de lien d'intérêt par ce médecin ferait-elle office d'anneau de Gyges ? En d'autres termes, l'invisibilité du lien d'intérêt renverrait alors le médecin à sa seule conscience.

Tirons le fil à partir de Platon. Abélard, vers 1139, considère que « l'acte bon est celui qui est régi par une intention droite » (*Traité Scito te ipsum*).

Quatre siècles plus tard, Montaigne abonde dans le sens d'Abélard. Il donne pour titre au chapitre 7 du livre 1 des « Essais » : « Que l'intention juge nos actions ».

A la fin du XVII^{ème} siècle, Kant va beaucoup plus loin : il définit l'éthique normative, l'impératif catégorique, la loi morale.

Dans « Fondements de la métaphysique des mœurs » (1785), il refuse ainsi de dériver la loi morale d'une notion de bien, encore moins de bonheur. « Agis de telle sorte que la maxime de ton action puisse être érigée en loi universelle ».

De même tout au long de la « Critique de la raison pratique », court la question « Que dois-je faire ? », qui est une des quatre grandes questions que Kant assigne à la philosophie.

Dans cette filiation Platon-Abélard-Montaigne-Kant, on peut ainsi trouver une cohérence de l'approche morale en résonance avec une conception de l'éthique médicale où il n'y a pas place pour l'économie.

Avec Aristote, et le courant de pensée qu'il inspire, une autre conception de l'éthique se structure autour de la notion du bien, du juste, du politique.

Ainsi, Aristote développe sa théorie du Souverain Bien dans « Éthique à Nicomaque ». Ouvrons le livre 1 chapitre 5 intitulé « Nature du Bien : fin parfaite qui se suffit à elle-même ». Aristote a le souci du politique autant que le souci de l'individu. Il met en avant ce qu'il appelle « l'avantage commun ». Il fait émerger un concept que nos contemporains appelleraient l'intérêt général.

Tirons le fil à partir d'Aristote : le philosophe écossais Hume, auteur du *Traité de la Nature Humaine* (1739-1740) voit dans la morale le poids et l'influence des perceptions et impressions, et (relativiste ?) penche pour l'empirisme et le pragmatisme.

Traduite dans notre débat sur les conflits d'intérêts, la pensée de Hume ouvre la voie à une approche nuancée qui permet de comprendre et d'admettre l'inéluctabilité de relations entre le monde médical et le monde des industries de santé.

Bien plus, Jérémie Bentham, dans « Déontologie ou science de la morale » (publié en 1834), s'attache aux conséquences de l'acte, privilégie l'utilité, fondant ainsi l'utilitarisme qui inspirera tant les penseurs anglo-saxons.

Bentham ne craint pas le reproche de banalité quand il définit l'éthique : la conduite qui est éthiquement correcte est celle d'où résulte le maximum de bien possible, ou le minimum de mal.

En cela, il a influencé l'économie de la santé anglo-saxonne et nord-américaine.

Dans notre débat, Bentham nous inciterait à donner la priorité à l'efficacité du résultat pour le patient que peut permettre la collaboration entre médecins et industriels de santé. Dans cette optique, la collaboration est bonne et moralement justifiée si elle a pour résultat la création d'un médicament ou d'un bien de santé apportant un réel bénéfice au patient (un nouveau produit de santé reconnu comme une réelle innovation).

En revanche, cette collaboration n'est plus moralement justifiée si elle débouche sur une innovation factice, qui ne procure pas une réelle avancée médicale et se limite à mettre sur le marché un produit de santé, « marqué » pour le seul bénéfice financier pour l'industriel. Dans ce cas, le médecin ne serait plus que la caution scientifique d'un progrès factice à visée purement financière.

On le voit, ces deux traditions et familles philosophiques, platonicienne et aristotélicienne, ouvrent la voie à deux conceptions de l'éthique très marquées.

À Platon qui privilégie le code moral, Aristote répond Bien et Politique (au sens grec bien entendu).

Kant, avec l'impératif catégorique et la loi morale, est à l'opposé de Hume et de son empirisme.

À Abélard et Montaigne qui mettent en avant l'intention (préalable de l'acte), répondent Bentham et Schumpeter qui privilégièrent l'utilité (les conséquences de l'acte).

Proposons une mise en perspective : il s'agit de réconcilier Platon et Aristote, et donc de réconcilier les deux conceptions de l'éthique, celle qui est étrangère à l'économie et celle qui l'intègre.

Envisageons l'éthique dans deux dimensions, c'est-à-dire faire cohabiter la déontologie et la téléologie, dont on considérera que, loin d'être incompatibles, elles s'enrichissent mutuellement... dès lors que l'on admet qu'elles se situent sur deux terrains bien distincts.

La déontologie est le terrain naturel de la médecine. Elle pose les actes et les décisions en termes de devoir et d'obligation morale. Elle a à voir avec Platon et Kant.

Relisons l'article 5 du Code de déontologie, je cite : «le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit». N'est-ce pas une réponse claire de la part du Code de Déontologie à cette question des conflits d'intérêts ?

L'acteur de la déontologie est le médecin face à sa conscience.

La téléologie, quant à elle, est le terrain d'élection de l'économie de santé. Son sujet, ce sont les rapports entre les moyens et les fins :

- > Quelles innovations et produits médicaux mettre en œuvre pour améliorer l'état de santé d'une population, et au meilleur rapport coût-efficacité ?
- > Comment faire travailler ensemble médecins et industriels de santé pour mettre au point les innovations médicales ?

Le progrès technique médical n'est pas un concept théorique ou qui serait hors sol ; il nécessite de faire travailler ensemble médecins et industriels. Or, c'est cette réalité qui est à la source des conflits d'intérêts.

Écoutons alors l'Assemblée Médicale Mondiale qui, dans sa session d'octobre 2009, a adopté la position suivante : « certains conflits d'intérêts sont inévitables et les conflits d'intérêts en médecine ne sont pas intrinsèquement contraires à l'éthique. C'est la manière dont ils sont traités qui est essentielle. » Position provocatrice ou, au contraire, réaliste ? La seule déclaration de liens d'intérêts absoudrait-elle le conflit d'intérêts ?

Ajoutons que l'insuffisance des financements publics en matière de formation médicale continue, de recherche et d'innovation, ne laisse pas vraiment d'alternative au financement privé par les industries de santé et les laboratoires pharmaceutiques.

L'éthique de responsabilité commanderait à la puissance publique de ne pas se défausser sur le médecin de la contrainte

d'opérer des choix et arbitrages aux confins de l'éthique et de l'économie. La puissance publique doit en effet répondre à la question de la juste allocation des ressources financières à la formation médicale continue, à la recherche publique et à l'innovation.

De la même façon que le médecin ne se défausse pas sur le politique ou l'économiste de la responsabilité de soigner le patient.

Liens et conflits d'intérêt dans le domaine de la santé : quelles définitions ? Quelles réponses réglementaires ?

Jean-Michel BOLES, Professeur de réanimation, Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé de Brest, et Service de Médecine intensive-Réanimation, CHRU de Brest
 Directeur de l'Espace de Réflexion Éthique de Bretagne (EREB)
 Membre du Centre Atlantique de Recherche en Éthique (CARE), Centre Atlantique en Philosophie (CAPI - EA 2163), Université de Bretagne-Occidentale



La question des liens et des conflits d'intérêt revêt un caractère prégnant dans le domaine de la santé en raison du caractère sensible à la fois de leurs conséquences et du secteur particulier qu'est la santé, ainsi que l'a reconnu le Conseil constitutionnel dans sa décision de validation de la loi de modernisation de notre système de santé en 2016. Nombreux sont les professionnels intervenant dans le système de santé qui développent ou sont à même de développer des liens d'intérêt et, partant, de se trouver en situation de conflit d'intérêts. Si les médecins sont en première ligne, ils ne sont pas les seuls concernés par cette problématique. Nous nous proposons dans un premier temps de définir différents termes, puis d'aborder les situations professionnelles et les enjeux et, dans un troisième temps, de présenter les réponses adoptées par le législateur pour leur prévention.

Définitions

Liens d'intérêt et professionnels concernés

Selon le guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS : « Chacun a des liens avec

des personnes ou des organismes, résultant de sa vie personnelle ou professionnelle. Ces liens sont porteurs d'intérêts, patrimoniaux, professionnels, personnels ou familiaux, conduisant à porter des appréciations subjectives dans une situation qui peut les mettre en jeu. Les liens d'intérêts peuvent alors être en conflit avec d'autres intérêts, individuels ou collectifs, privés ou publics.»

Quels sont donc les agents du système de santé qui peuvent développer des liens de cette nature ? L'ensemble des professionnels de santé au premier chef bien sûr, quels que soient leur métier et leur mode d'exercice, certes à des degrés et dans des situations différents selon leur métier ; ainsi les prescripteurs sont-ils au premier rang, les médecins tout particulièrement ; les pharmaciens sont également concernés de même que les ingénieurs biomédicaux en prise directe avec les choix respectivement de médicaments, de dispositifs et de matériels ; les responsables administratifs qui de par leurs fonctions président à des choix politiques, techniques et financiers ; sans oublier les responsables de l'organisation et de la gestion du système de santé et de son financement.

Conflits d'intérêts

Selon le Professeur de droit J. Moret-Bailly, « des intérêts pouvant entrer en conflit sont portés par une même personne qui pourrait profiter de cette situation pour faire prévaloir son intérêt ou celui d'un tiers sur celui qu'il est chargé de défendre, de représenter ou de protéger »¹.

Le rapport Sauvé, du nom du vice-président du Conseil d'État qui en était chargé, précisait en 2011 que les « intérêts en question (sont) susceptibles de faire naître un doute raisonnable sur l'impartialité de l'agent »².

Enfin, l'article 2 de la loi du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique stipule que : « Au sens de la présente loi, constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou à paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif d'une fonction. »

Le professionnel n'agit pas ou plus en fonction des intérêts qu'il est censé représenter ou défendre, mais dans le but d'en avantager un autre, qu'il s'agisse du sien ou de celui d'un tiers. Il devient nécessaire de préciser les situations professionnelles dans lesquelles le professionnel de santé, notamment le médecin, peut être confronté à un conflit d'intérêts en raison de ses liens d'intérêts et d'en dégager des enjeux éthiques.

Typologie des situations professionnelles dans lesquelles les liens d'intérêt(s) peuvent conduire à des conflits d'intérêts et enjeux éthiques

Le médecin ou tout autre professionnel de santé peut se trouver dans différentes situations mettant ses liens d'intérêt à l'épreuve d'un conflit en raison d'enjeux contradictoires entre intérêt particulier et intérêt collectif.

(1) J. Moret-Bailly, *Définir les conflits d'intérêts*, Dalloz, 2011, p. 1100.

(2) Rapport de la Commission de réflexion pour la prévention des conflits d'intérêt dans la vie publique - 26 janvier 2011 : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000051.pdf>

Il importe d'abord de préciser les fonctions et rôles exercés, chacun pouvant être conduit à en exercer plusieurs de nature différente au cours d'une même journée, faisant appel à des compétences différentes et ayant des enjeux propres. Sommairement, on peut distinguer les fonctions et rôles suivants : de soin individuel ; de direction d'un service ; d'administration ou de participation à la décision ou à la gestion dans le cadre d'une instance par exemple locale ; d'enseignant ou de tuteur (en formation initiale) ou de formateur (en formation continue) ; de chercheur, et de direction d'une équipe de recherche ; d'expert dans le cadre de commissions, d'instances ou d'organismes officiels, par exemple à l'échelle nationale ; de leader d'opinion résultant d'une expertise reconnue ; d'administrateur d'une société savante ou d'une association, voire d'un syndicat de professionnels de santé.

des manquements aux règles propres de valeurs importantes, différentes selon la situation considérée : la loyauté à l'égard de celui qui se confie à vous dans le domaine du soin par exemple et l'impartialité des experts en situation d'expertise notamment dans ce qui a trait à la santé publique³. On peut y ajouter l'intégrité scientifique des chercheurs/investigateurs dans le domaine de la recherche et des publications, et la probité et la justesse de choix effectués au nom de la collectivité dans le domaine du choix de produits ou de matériels.

Les relations entre professionnels de santé, tout particulièrement les médecins, et l'industrie biomédicale au sens large du terme sont évidemment les plus sujettes à questionnement. En effet, l'industrie biomédicale est à l'origine de la découverte, du développement et de la commercialisation des médicaments, des dispositifs médicaux et des matériels.

ses médicaments ou matériels dans le cadre de protocoles de recherche dûment autorisés selon les procédures en vigueur et financés soit par elle soit sur des fonds publics. De l'autre côté, les médecins, et d'autres professionnels, formulent des demandes, des idées, des projets et souhaitent disposer et « tester » de nouveaux médicaments, examens, dispositifs et matériels et ont besoin de l'industrie pour y répondre et les leur fournir. Ainsi, une collaboration entre les deux fondée sur l'expertise médicale et technico-scientifique de chacun est compréhensible pour des raisons d'efficacité, mais dans le cadre de règles strictes et en toute transparence. Car cette collaboration génère des liens d'intérêt industriels majeurs et financiers importants. Le financement de ces recherches en partie par l'industrie elle-même constitue un conflit d'intérêts évident. Qu'un médecin assure un rôle de conseil d'un laboratoire pharmaceutique ou d'une entreprise de matériel médical, par exemple, le place de facto dans un conflit d'intérêts majeur dans toutes situations où son lien d'intérêt impactera nécessairement sa liberté de jugement et son impartialité. Enfin, le conflit d'intérêts émerge d'emblée dans toute situation de modèle de rôle ou de leader d'opinion.

La question de l'indépendance, énoncée comme un axiome pur, trouve ici une limite dans l'interdépendance des individus et des structures, des professionnels de santé et des systèmes qu'ils soient de santé, académiques ou de recherche, des professionnels et de l'industrie biomédicale, sans oublier entre professionnels de santé et responsables administratifs. D'où la nécessité d'un dispositif réglementaire partant du constat de l'existence de ces liens d'intérêt pour organiser la prévention des conflits d'intérêts. La formation des futurs professionnels de santé à leur existence et à leur prévention est un enjeu d'avenir majeur. À la fois pour protéger les étudiants des méthodes d'influence des représentants de l'industrie biomédicale, en raison de leur vulnérabilité à celles-ci, et pour les préparer à les affronter en pleine conscience pendant leur activité professionnelle.

Tableau 1: typologie des situations professionnelles dans lesquelles des conflits d'intérêts peuvent apparaître

Type de situation	Enjeu(x)	Valeur(s) en cause
Soin: prescription individuelle	Préférence d'intérêt personnel vs indépendance	Loyauté (vis-à-vis de celui qu'on doit soigner)
Exercice professionnel (dans les secteurs privé ou public)	Intérêt personnel vs intégrité professionnelle	Intégrité - probité
Administration ou décision ou gestion : ex. choix de matériel, fournisseur	Intérêt personnel vs intérêt collectif	Impartialité - intégrité
Situation d'enseignement ou de formation	Lien d'intérêt vs intégrité professionnelle - en situation de modèle de rôle	Probité - intégrité
Recherche et publication	Lien d'intérêt vs intégrité scientifique	Intégrité scientifique - probité
Expertise	Intérêt particulier vs intérêt général	Impartialité - neutralité
Leader d'opinion en raison d'une expertise reconnue	Lien d'intérêt vs indépendance - en situation d'influence et de modèle de rôle	Probité - impartialité - neutralité

Les conflits d'intérêts résultent directement de la tension, née des liens d'intérêt, entre l'intérêt particulier du professionnel et l'intérêt de l'autre (la personne qui consulte) ou l'intérêt collectif (à l'échelle locale, régionale ou nationale). Ces conflits conduisent à

Ainsi, **dans le domaine de la recherche**, les relations entre industrie biomédicale et médecins investigateurs sont-elles une pratique courante ubiquitaire. En effet, d'un côté l'industrie a besoin des médecins investigateurs, des infirmiers pour certains produits, pour tester

(3) J. Moret-Bailly, M. Rodwin, *La qualification de conflits d'intérêts des médecins en France et aux États-Unis*, RDSS, 2012, p. 501.

Réponses réglementaires

Force est de constater que ce sont des « affaires » largement médiatisées qui sont à l'origine de la prise de conscience des questions soulevées par les liens et les conflits d'intérêt et de la nécessité d'y apporter une réponse législative. On est ainsi passé de l'affaire dite « des largesses d'hospitalité » des laboratoires pharmaceutiques des années 1980-1990 ayant conduit à la loi anti-cadeaux dite Bérégovoy du 27 janvier 1993 à l'affaire du Médiator® et la loi du 29 décembre 2011.

Avant d'aller plus loin, il est utile de faire quelques constats :

- > en droit français, le conflit d'intérêts n'est ni un délit civil ni un délit pénal ;
- > mais le trafic d'influence et la prise illégale d'intérêts qui peuvent en découler constituent des délits ;
- > le caractère très sensible de ces conflits dans le domaine de la santé rend compte du retentissement scientifique et/ou médiatique des « affaires » ;
- > l'échec de la voie déontologique, celle de l'auto-régulation professionnelle, a conduit au recours à la voie législative et réglementaire, celle de la régulation juridique et administrative imposée.

Textes législatifs et réglementaires en France

Plusieurs lois ont été adoptées depuis le début des années 1990, chacune suivie de la parution de décrets et d'arrêtés, voire de circulaires, d'application. Les principaux textes, qu'il n'est pas dans notre propos d'analyser ici, sont listés ci-dessous.

- > Ordonnance n°2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique.
- > Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- > Loi n°2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique.
- > Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

- > Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social.
- > Décret n°2016-1939 du 28 décembre 2016 relatif à la déclaration publique d'intérêts prévue à l'article L. 1451-1 du code de la santé publique et à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme.
- > Décret n°2013-414 du 21 mai 2013 relatif à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme.
- > Décret n°2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du code de la santé publique.
- > Décret n°2012-745 du 9 mai 2012 relatif à la déclaration publique d'intérêts et à la transparence en matière de santé publique et de sécurité sanitaire.

Ces textes constituent la réponse juridique à trois grands types de situations professionnelles susceptibles d'être qualifiées de conflits d'intérêts :

- 1) les liens entre professionnels, producteurs de produits de santé et employeurs (cas de l'expertise des produits de santé, cas des relations des professionnels soignants avec les industriels, cas de l'organisation de la formation professionnelle continue et hypothèse des relations entre les professionnels et leurs employeurs) ;
- 2) les relations avec les financeurs des soins et les modes de rémunération (système du « paiement à l'acte » ou relations financières entre médecins et assurance-maladie) ;
- 3) le pouvoir du professionnel sur sa propre rémunération (cf. le Code de déontologie médicale prohibant un certain nombre de pratiques).

Prévention des conflits d'intérêts dans le domaine de la santé

Certaines réflexions de la Commission de réflexion pour la prévention des conflits d'intérêt dans la vie publique permettent de comprendre la conception juridique qui a prévalu : *« La prévention des conflits d'intérêts (...) implique de retenir une approche concrète et pragmatique, qui tienne compte de la réalité des fonctions exercées, des intérêts en cause, de leur intensité et de leurs effets potentiels, plutôt qu'une approche abstraite et désincarnée, dont la mécanique implacable serait source de rigidité et d'incompréhensions »*⁴.

Ainsi, le dispositif législatif adopté s'articule-t-il selon deux « grands axes » :

- 1) un dispositif de prévention et de gestion des conflits d'intérêts : deux ordres de mesures distincts ont été introduits par la loi du 29 décembre 2011 ;
- 2) une réponse à la demande de transparence accrue : elle est définie par les lois du 29 décembre 2011 et du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

1) Le dispositif de prévention et de gestion des conflits d'intérêts prévoit :

- > la transparence des liens d'intérêts :
 - > son but est d'assurer la crédibilité de la décision publique ;
 - > elle définit la qualité des personnes assujetties ;
 - > elle impose l'obligation de publication d'une déclaration d'intérêt détaillée et la règle de dépôt en cas de conflits d'intérêts, l'intérêt étant apprécié par l'intensité du lien ;
- > la mise en œuvre d'une information des citoyens :
 - > son but est de faire disparaître le soupçon ;
 - > elle impose la déclaration sur un site Internet public accessible à tous de toutes les conventions conclues par les entreprises avec les acteurs du système de santé.

(4) J. Rapport de la Commission de réflexion pour la prévention des conflits d'intérêt dans la vie publique, op. cit



2) La réponse à la demande de transparence accrue repose sur :

- > la précision et l'extension du périmètre des informations à déclarer :
 - › validation de leur publication sur la base de la transparence ;
 - › obligation de publication des déclarations d'intérêts ;
- > une transparence dans le champ sanitaire sans équivalent dans les autres secteurs de l'action publique, visant l'ensemble des professionnels de santé.

Une double jurisprudence vient conforter l'importance de ces dispositions et l'obligation de leur respect absolu. Tout d'abord, le Conseil d'État a considéré en 2011 que le non-respect du dépôt de toutes les DPI était suffisant pour annuler, à la demande d'un organisme de formation indépendant, des recommandations de la HAS sur le diabète au nom du respect de la transparence. Ensuite, le Conseil constitutionnel, saisi par des parlementaires après le vote de la loi 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé au motif, parmi d'autres, que l'obligation de publication de tous liens avec les entreprises porte atteinte au principe

de protection de la vie privée, a estimé que cette «atteinte est justifiée, d'une part, par l'exigence constitutionnelle de protection de la santé, et, d'autre part, par l'objectif général de prévention des conflits d'intérêts», eu égard «aux exigences particulières qui pèsent sur les acteurs du secteur de la santé et à la gravité des conséquences des conflits d'intérêts dans ce secteur, cette atteinte est mise en œuvre de manière adéquate et proportionnée à ces exigence et objectif».

Enfin, l'appréciation du conflit d'intérêt(s) dépend de plusieurs facteurs:

- > le domaine d'action et des fonctions exercées ;
- > le type de situation ;
- > la nature ou l'intensité des liens ;
- > la nature du conflit ainsi créé.

Résumé des principales mesures concrètes

1) Obligation générale de déclaration

au nom de la transparence sur la base de données publique Transparence-Santé hébergée par le ministère des Affaires sociales et de la santé.

2) Dans le domaine de l'expertise :

- > Obligations de déclaration et de publicité concernant les membres des cabinets, conseils, commissions et agences (Articles L1451-1, L1451-1-1, L1451-2, L1451-3, L1451-4, L1451-5 du code de la santé publique [CSP]), des personnes invitées à apporter leur expertise dans des commissions mais n'y siégeant pas (Art. L1452-3) et les entreprises «biomédicales» (Art. L1453-1).

> À titre d'exemple, l'article L1451-1 stipule que :

- > «*I. Les membres des commissions et conseils siégeant auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les membres des cabinets des ministres ainsi que les dirigeants, personnels de direction et d'encadrement et les membres des instances collégiales, des commissions, des groupes de travail et conseils des autorités et organismes sont tenus, lors de leur prise de fonctions, d'établir une déclaration d'intérêts. Cette déclaration est remise à l'autorité compétente ainsi que, le cas échéant, au déontologue mentionné au II de l'article L. 1451-4.»*
- > «*Elle est rendue publique, y compris en ce qui concerne les rémunérations*

reçues par le déclarant de la part d'entreprises, d'établissements ou d'organismes mentionnés au troisième alinéa ainsi que les participations financières qu'il y détient. Elle est actualisée à l'initiative de l'intéressé.»

» « Les personnes mentionnées au présent article ne peuvent prendre part aux travaux, aux délibérations et aux votes des instances au sein desquelles elles siègent qu'une fois la déclaration souscrite ou actualisée. Elles ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal, prendre part ni aux travaux, ni aux délibérations, ni aux votes de ces instances si elles ont un intérêt, direct ou indirect, à l'affaire examinée. Elles sont tenues au secret et à la discréction professionnels dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. »

> **Établissement d'une charte de l'expertise sanitaire** (Art. L1452-2 - CSP), approuvée par décret en Conseil d'Etat, s'appliquant aux expertises réalisées dans les domaines de la santé et de la sécurité sanitaire à la demande du ministre chargé de la santé ou à la demande d'autorités et d'organismes prévus. Cette charte précise les modalités de choix des experts, le processus d'expertise et ses rapports avec le pouvoir de décision, la notion de lien d'intérêts, les cas de conflit d'intérêts, les modalités de gestion d'éventuels conflits et les cas exceptionnels dans lesquels il peut être tenu compte des travaux réalisés par des experts présentant un conflit d'intérêts.

3) Dans le domaine général des relations avec l'industrie biomédicale au sens large du terme : L'article L4113-13 du CSP prévoit que «Les membres des professions médicales qui ont des liens avec des entreprises et des établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou avec des organismes de conseil intervenant sur ces produits sont tenus de faire connaître ces

liens au public lorsqu'ils s'expriment sur lesdits produits lors d'une manifestation publique, d'un enseignement universitaire ou d'une action de formation continue ou d'éducation thérapeutique, dans la presse écrite ou audiovisuelle ou par toute publication écrite ou en ligne. (...) Les manquements aux règles mentionnées à l'alinéa ci-dessus sont punis de sanctions prononcées par l'ordre professionnel compétent».

> Ainsi, le décret n°2013-414 du 21 mai 2013 relatif à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme établit que, en ce qui concerne les «Avantages consentis par les entreprises», «Sont rendus publics les avantages dont le montant est égal ou supérieur à 10 €, toutes taxes comprises.» (Art. D. 1453-1 du CSP).

> Les manquements aux obligations constituent des infractions qui sont réprimées selon différents articles du CSP créés par la loi du 29 décembre 2011, différents articles portant sur les personnes physiques, les personnes morales et les entreprises biomédicales.

4) Par ailleurs, rappelons que la notion d'indépendance professionnelle apparaît dans les codes de déontologie des professionnels de santé. L'article 5 du Code de déontologie médicale (Art. R.4127-5, CSP), intitulé «Indépendance professionnelle», précise que «Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit». Il est intéressant de constater, à la lecture des commentaires de cet article, que la partie consacrée aux conflits d'intérêt avec l'industrie biomédicale n'apparaît qu'à la fin de ceux-ci et est assez restreinte⁵. Le même libellé apparaît également dans le code de déontologie des sages-femmes (Article R4127-307, CSP), dans le code de déontologie des pharmaciens (Article R4235-3, CSP) et dans le récent

code de déontologie des infirmiers (Art. R.4312-6, CSP, décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers).

Pour conclure

Il faut replacer les liens d'intérêt et les conflits dont ils sont à l'origine sur les plans juridique, déontologique et aussi éthique. Dans un secteur fait d'interdépendance, les liens d'intérêts existent et ne sont pas en eux-mêmes à condamner moralement ni à proscrire juridiquement. Mais le caractère particulier du domaine de la santé exige qu'ils soient rendus publics afin de prévenir/gérer les conflits d'intérêts à la hauteur des enjeux, l'«exigence constitutionnelle de protection de la santé». C'est le fondement du caractère contraignant du dispositif réglementaire adopté. Le caractère particulier du domaine de la santé exige aussi que les liens soient clarifiés avec l'industrie biomédicale. Rappelons au passage que la déclaration des liens d'intérêt est obligatoire depuis de nombreuses années pour toute publication scientifique (conférence internationale des rédacteurs en chef des journaux médicaux).

Il en découle d'autres enjeux pour tous ceux qui sont concernés : la nécessité d'une prise de conscience générale de la signification et des conséquences des liens et conflits d'intérêts dans l'exercice des différents rôles et fonctions, d'une part ; une réflexion institutionnelle sur les relations entre les médecins et l'industrie biomédicale, ainsi que la façon de les traiter collectivement, d'autre part ; la nécessité de leur intégration dans la formation initiale de tous les futurs professionnels de santé, enfin. À cet effet, le développement d'un esprit critique et vigilant chez l'ensemble des professionnels du système de santé, notamment les médecins, est indispensable dès leur période de formation initiale et tout au long de leur période d'activité professionnelle.

(5) Voir la page dédiée aux commentaires du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'article 5 du Code de déontologie médicale : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-5-independance-professionnelle-229>

Le conflit d'intérêts, résultat de l'équilibre instable entre public et privé

Anna C. ZIELINSKA, Enseignante en philosophie à l'Université Paris I Panthéon Sorbonne et à l'Université de recherche Paris Sciences et Lettres
 Membre du Comité de Protection des Personnes IDF XI
a.c.zielinska@gmail.com



Introduction

Le conflit d'intérêt est un problème structurel, qui doit être compris dans le contexte qui permet son apparition. Les déclarations d'intérêt, visant à mettre en évidence les liens qui unissent l'expert avec des institutions qui peuvent influencer ses décisions, sont un instrument utile, mais sans doute insuffisant, pour lutter contre les méfaits possibles de la perte potentielle de l'indépendance des chercheurs. Parmi les difficultés fondamentales qui sous-tendent les discussions autour de ce thème, il y a la place des institutions médicales publiques pour la recherche biomédicale et au sein de l'État.

Les liens d'intérêt dans le milieu médical, ceux qui provoquent ensuite des conflits d'intérêt, émergent le plus souvent dans le contexte où le chercheur est d'une part employé comme médecin dans un organisme public et, d'autre part, participe à des recherches biomédicales sponsorisées par une entreprise pharmaceutique privée, et est consulté comme expert extérieur rémunéré par celle-ci, ou encore obtient d'autres types d'avantages. Pourquoi ces liens d'intérêt semblent-ils être en mesure de déstabiliser le système de santé en entier et d'engendrer un climat de méfiance généralisée ?

Pour répondre à cette question, il faut (même si cela n'est pas suffisant) se pencher sur les récentes évolutions politiques, économiques et médicales d'une part, et celles du système de santé de l'autre, pour saisir le contexte général dans lequel apparaissent les conflits d'intérêt. Je voudrais suggérer ici que l'affaiblissement symbolique et réel des instances étatiques, dont l'hôpital public fait partie, contribue non seulement à l'apparition effective des liens d'intérêt qui engendrent des conflits difficilement surmontables, mais aussi à la méfiance croissante des citoyens à l'égard des experts en général.

Dans ce qui suit, je tenterai de signaler trois problèmes en apparence distincts qui sont partie prenante de cette discussion, et qui en expliquent certains enjeux :

- > l'effacement progressif des notions de bien public dans la réflexion sur l'intérêt général ;
- > l'adoption d'une conception « moléculaire » de la maladie et le développement de la médecine de précision ;
- > les liens d'intérêt comme conséquence prévisible d'une conception fragmentaire de l'exercice social de la médecine.

Je voudrais toutefois souligner que mes critiques ne doivent pas oblitérer le fait que la France reste l'une des meilleures élèves dans la cour européenne et mondiale en ce qui concerne à la fois la reconnaissance de l'importance du bien public et la qualité du service public. Elle ne devrait donc pas s'aligner sur d'autres modèles contestables, mais plutôt rendre son modèle plus solide et, aussi, plus fiable, et de ce fait exportable vers d'autres pays.

L'hôpital comme bien public

Ce qui est possédé dans un pays se divise entre le capital public et privé. L'économiste Thomas Piketty note que, malgré la crise de 2008, les patrimoines privés nets continuent à croître par rapport au revenu national dans quasiment tous les pays. L'augmentation structurelle du rapport entre patrimoines privés et revenu national est due à une combinaison de facteurs, tels que le volume croissant de l'épargne (conséquence de la société qui vieillit), l'augmentation des prix de l'immobilier, etc. (Piketty, 2017). Depuis les années 1970, nous assistons à une transformation radicale, qui, dans les années 1980, a été marquée par un mouvement de privatisation.

Étant donné la stagnation des actifs publics autour de 100% du revenu national et l'existence d'une dette publique proche de 100% du revenu national, le capital public net est aujourd'hui de facto nul. « Mais cela ne signifie pas que les pays riches soient devenus pauvres : ce sont leurs gouvernements qui se sont appauvris », note Piketty. « De fait, dans le même temps, les patrimoines privés —nets de dettes— ont progressé de façon spectaculaire » (Piketty, 2017). Parmi les conséquences de cette transformation, la plus importante est peut-être que « les rapports de force idéologique et politique ne permettent pas à la puissance publique de faire contribuer à leur juste part les principaux bénéficiaires de la mondialisation », et cela provoque un renforcement du « sentiment d'impuissance », où notamment les pays européens semblent perdre le contrôle sur leur propre fonctionnement.

Ce paysage marqué par la transformation du rapport des forces a été une toile de fond (et probablement partiellement une cause) des modifications concrètes au sein du monde hospitalier. Parmi les institutions de service public, l'hôpital semble avoir été celui qu'on a choisi en tant que champ d'expérimentation des techniques managériales issues du secteur privé (et d'ailleurs déjà contestées dans leur milieu d'origine) appliquées au public.

Ainsi, les établissements publics hospitaliers ont été traversés par un nombre inhabituel de réformes : « loi hospitalière » de 1991, ordonnances « Juppé » de 1996, plans « Hôpital 2007 » (2003), « Hôpital 2012 » (2007), loi « Bachelot », « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST, 2009). Ces réformes ont marqué le passage du souci de réduire les inégalités d'accès aux services publics et celui d'augmenter la participation des citoyens à leur évolution vers la question de savoir comment maîtriser l'augmentation des dépenses ou les réduire. La mise en œuvre du système de « New Public Management » (nouvelle gestion publique) a conduit à des pratiques qui ont redéfini le rôle du soignant, et ont contribué à gommer ce qui faisait la spécificité du service public. Dans la nouvelle gestion publique, « l'État s'assurerait de la sorte une légitimation secondaire, au travers de la qualité des prestations publiques et de l'usage efficient des deniers publics » (Visscher et Varone, 2004). L'État n'est donc plus au centre du processus décisionnel, n'a plus de force volontariste dans l'orientation de ses services, mais se contente de l'application d'un critère extérieur qu'il ne contribue plus à définir : celui de l'efficacité.

Parmi les nouveaux éléments contestables se trouvaient notamment la « tarification à l'activité » (T2A), le recours aux partenariats public/privé, le regroupement des services hospitaliers en « pôles », et l'invitation des professionnels hospitaliers à « une plus grande productivité, au risque d'une baisse de leur qualité ou de la sélection des malades » (Belorgey, 2010). Ces réformes ont été critiquées dès leur mise en œuvre, et cela bien au-delà du

monde hospitalier. On a mis en cause « la logique extrêmement comptable des réformes engagées », tout comme la négligence de « l'importance du facteur humain dans la réussite de ces transformations » (Visscher et Varone, 2004).

En 2013, François Hollande, alors président de la République, a annoncé sa volonté de revenir sur certaines de ces réformes, et a de ce fait constaté l'échec de cette nouvelle façon de gérer le service public. Soulignant que « la loi dite HPST votée en 2009 a eu pour effet de ne plus associer la communauté médicale aux décisions stratégiques qui intéressaient le fonctionnement des structures hospitalières », il affirmait vouloir « mettre un terme à cette anomalie ».

La séduisante médecine de précision

L'affaiblissement de l'État, et donc du service public hospitalier, est un facteur structurel profond, accompagné toutefois d'un autre phénomène qui mérite d'être pris en compte. Depuis quelques décennies, nous avons vécu dans l'ombre de l'idée aussi séduisante que contestable selon laquelle la recherche en génétique, et notamment la compréhension du génome humain, va nous permettre d'accéder aux mystères de la vie et, à terme, d'éradiquer les maladies. Francis Collins, qui dirigeait le Human Genome Project aux Etats-Unis, a noté dans un ouvrage résumant sa carrière, que nous avons été émus de nous rendre compte que « nous avons saisi le premier aperçu de notre propre manuel d'instruction, connu jusqu'alors seulement par Dieu » (Collins, 2007).

L'accent mis sur la génétique a conduit au développement de la médecine de précision, qui alimente la compétition entre les établissements et les pays, mais dont les résultats du point de vue de la santé publique restent minimes (Guchet, 2016). L'illustration la plus frappante de cette tendance au réductionnisme génétique se trouve dans la recherche du « gène du cancer », qui a monopolisé

pendant des décennies la recherche sur le cancer tout court. J. Michael Bishop, lauréat du Prix Nobel de médecine pour son travail sur les oncogènes, a noté par exemple que « la réduction du cancer à ses éléments génétiques essentiels est une source de fierté et de gratification pour les chercheurs en biomédecine » (Bishop, 2009 : 173). Mais comme l'a remarqué l'écrivain Upton Sinclair, cité par les chercheurs Ana Soto et Carlos Sonnenschein, critiquant la focalisation sur les gènes dans les études sur le cancer, « Il est difficile de faire comprendre quelque chose à un homme lorsque son salaire dépend précisément du fait qu'il ne la comprenne pas » (Sonnenschein et Soto, 2014).

Les études récentes sur le cancer semblent suggérer que la médecine de précision ne montre pas d'avantages considérables par rapport au traitement élaboré selon les méthodes cliniques classiques (Le Tourneau et al., 2015). Qui plus est, l'instauration des politiques d'austérité dans les pays de l'OCDE, dès 2008, a été associée à une augmentation considérable de la mortalité des cancers divers, due à une plus grande difficulté d'accès aux soins « ordinaires ». On lit en 2016 que « la crise économique de 2008-2010 a été associée à 260 000 morts de cancer supplémentaires dans les seuls pays de l'OCDE » (Maruthappu et al., 2016). L'augmentation du chômage d'une part, et les dysfonctionnements des services de santé de l'autre, sont des alliés politiques de la maladie. Tout comme le manque d'éducation à la santé —l'éducation permettrait de mitiger les inégalités dans la santé bien mieux que l'innovation très pointue dans certains secteurs (Glied et Lleras-Muney, 2008).

Les véritables soucis de santé au niveau populationnel sont différents : ce sont les maladies cardio-vasculaires qui sont la première cause de mortalité dans le monde, si l'on en croit l'Organisation Mondiale de la Santé (rapport 2015). Pour lutter contre celles-ci, il faut agir sur la prévention avant tout, donc sur le type d'actions qui s'envisage le plus facilement dans le cadre d'un service public de santé puissant et capable de s'autodéterminer. L'OMS souligne que « les personnes souffrant de maladies

cardiovasculaires [...] nécessitent une détection précoce et une prise en charge comprenant soutien psychologique et médicaments, selon les besoins» —un ensemble de facteurs dont la facilité d'accès dépend du fonctionnement satisfaisant du système de santé en tant que totalité. Le cancer, ou les cancers, qui provoquent un nombre similaire de décès, obligent d'ajouter à l'équation un autre facteur non directement médical, mais bel et bien systémique : celui de l'environnement pollué et de sa capacité à déclencher la maladie. Pour lutter contre les maladies plurifactorielles, systémiques, il est nécessaire de repenser le système de la santé, et non pas seulement les secteurs qui participent de la façon la plus efficace à la compétition dans la recherche.

Il semble que nous soyons souvent, en médecine comme ailleurs, victimes de différentes versions du mythe du progrès. Il ne s'agit pas ici de questionner le progrès en tant que tel, comme le font certains, mais plutôt sa version libérale, reflétée dans l'idée suivant laquelle les sciences, quand elles atteindront un niveau suffisamment sophistiqué, résoudront tous les problèmes, aussi bien politiques que ceux liés à la vie. Ce mythe a des conséquences pratiques importantes quand il s'agit de la distribution des fonds publics, et c'est à ce niveau qu'il faut se poser la question de savoir quel secteur de médecine nous voulons soutenir avec le plus de force. C'est en fonction de notre réponse à cette question que le système sera, ou ne sera pas, favorable à l'émergence de plus en plus encombrante des conflits d'intérêts potentiellement néfastes entre les institutions privées et publiques.

Conflit d'intérêts: problème systémique

Il existe des cas manifestes où les liens d'intérêts très forts entre les chercheurs et les industries mènent à de la désinformation délibérée, qui se fait par des publications polémiques qui n'apportent pas d'éléments scientifiques nouveaux mais qui visent à instaurer le



doute face à la toxicité d'une substance, par exemple, comme cela a déjà été étudié dans le contexte de l'histoire de l'industrie du tabac. Ces questions ont été analysées par d'autres (Horel et Bienkowski, 2013 ; Horel, 2015 ; Pigeon, 2016), et nous ne reviendrons pas dessus ici. Outre les conséquences directes de l'existence des liens et des conflits d'intérêt, une autre, indirecte, constitue un problème de poids : l'érosion de la confiance que le grand public accorde aux scientifiques (Robinson, Holland, Leloup et Muilerman, 2013). Il est donc crucial de pouvoir réfléchir à ces questions sans que le débat ne tourne vers un soupçon généralisé à l'égard des experts, et, dans le contexte qui nous intéresse ici, à l'égard des chercheurs et des médecins. Mais les conflits qui nous intéressent ici ne sont pas dus à une manifeste mauvaise foi des agents, qui sera toujours présente sur les marges, même du meilleur des systèmes. Les conflits dont le contexte est analysé ici sont ceux qui sont une conséquence naturelle de l'existence de deux puissances concurrentes, et non complémentaires.

Pour y remédier, une série de réformes dans le domaine de la santé a été engagée dans les années 2010, suite à de nombreux scandales sanitaires, y

compris l'affaire dite du «Médiator». La première de ces lois a été la loi Bertrand (du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé), universalisant les déclarations des liens d'intérêts de la part des membres de différents panels d'experts relatifs à la santé. Ces déclarations sont certes utiles, mais laissent quelques doutes quant à leur capacité à saisir des liens vraiment importants (si tous les liens sont censés être déclarés, ceux qui sont importants risquent de s'effacer dans l'ensemble du document). En effet, les médecins et chercheurs sont nécessairement liés avec plusieurs institutions (notamment des représentants de l'industrie pharmaceutique). Il reste donc à savoir quand il faut déclarer les liens : quand on est investigateur pour un laboratoire, ou, déjà, quand on participe à une soirée sponsorisée par celui-ci ?

Une autre loi issue de ces débats est la loi Jardé (2012 ; décret d'application publié le 16 novembre 2016). En précisant les modalités de réalisation des recherches impliquant la personne humaine, elle instaure la distribution aléatoire des projets de recherche entre les Comités de protection des personnes, ce qui vise à empêcher le possible clientélisme (où un promoteur pourrait choisir le comité

qu'il sait bienveillant à son égard). La création de la Commission nationale des RIPH et d'un guichet unique s'est faite dans une volonté de transparence. De fait, toutefois, l'esprit de soupçon introduit par cette réforme qui part du principe de la corruptibilité des membres des CPP est particulièrement désagréable ; si nous avions plus de place, bien d'autres critiques similaires auraient pu être avancées.

Pour Daniel Benamouzig et Catherine Le Galès, le problème du conflit d'intérêt est celui de la perception « séquentielle » des décisions publiques. Les nouvelles réformes (2011) visant à prévenir les conséquences problématiques des conflits d'intérêt maintiennent

« la séparation entre une évaluation prétdument "purement scientifique" (dans le cadre de la délivrance de l'AMM) et une évaluation prenant en compte des aspects économiques (remboursement et prix) » (Benamouzig et Le Galès, 2011). « En se contentant de transparence, la réforme consacre une conception individuelle des conflits d'intérêts », toutefois cette transparence ne devrait pas « dispenser d'une analyse circonstanciée des dynamiques économiques et sociales dont elles ne sont que l'expression la plus tangible ». Ce qui doit être alors pris en compte sont les « aspects thérapeutiques, économiques et sociaux de l'évaluation des médicaments » dans leur ensemble (ibid.).

Nous devons repenser ce que nous voulons de notre système de santé : qui détermine ses objectifs, qui et comment détermine l'équilibre entre la recherche et le soin. La violence des conflits d'intérêt telle qu'elle existe réellement et telle qu'elle est perçue par le grand public est à la fois la cause et la conséquence de l'affaiblissement de l'État. Aussi, dans le contexte de la santé, il semble important de suivre l'injonction de Thomas Piketty qui, dans son ouvrage sur le capital (plaidoyer pour son imposition), nous invite à prendre le recul et réfléchir au « contexte beaucoup plus large, celui du rôle de la puissance publique dans la production et la répartition des richesses, et de la construction d'un État social adapté au XXI^e siècle » (Piketty, 2013).

Bibliographie

- > Belorgey Nicolas, 2010, *L'hôpital sous pression*, Paris, La Découverte.
- > Benamouzig Daniel et Le Galès Catherine, 2011, « Projet de loi sur les médicaments : pour une conception plus réaliste des conflits d'intérêt », *Note de la Fondation Terra Nova*, p. 1-8.
- > Bishop J. Michael, 2009, *How to Win the Nobel Prize: An Unexpected Life in Science*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- > Collins Francis S., 2007, *The Language of God: A Scientist Presents Evidence for Belief*, New York, Free Press.
- > Glied Sherry et Lleras-Muney Adriana, 2008, « Technological innovation and inequality in health », *Demography*, vol. 45, n° 3, p. 741-761.
- > Guchet Xavier, 2016, *La Médecine personnalisée : Un essai philosophique*, Paris, Les Belles Lettres.
- > Horel Stéphane, 2015, *Intoxication*, Paris, La Découverte.
- > Horel Stéphane et Bienkowski Brian, 2013, « Special report: Scientists critical of EU chemical policy have industry ties », *Environmental Health News*. Adresse : <http://www.environmentalhealthnews.org/ehs/news/2013/eu-conflict> [Consulté le 21 avril 2017].
- > Le Tourneau Christophe et al., 2015, « Molecularly Targeted Therapy Based on Tumour Molecular Profiling Versus Conventional Therapy for Advanced Cancer (SHIVA): a Multicentre, Open-Label, Proof-of-Concept, Randomised, Controlled Phase 2 Trial », *The Lancet Oncology*, vol. 16, n° 13, p. 1324-1334.
- > Maruthappu Mahiben et al., 2016, « Economic Downturns, Universal Health Coverage, and Cancer Mortality in High-Income and Middle-Income Countries, 1990–2010: a Longitudinal Analysis », *The Lancet*, vol. 388, n° 10045, p. 684-695.
- > Pigeon Martin, 2016, « Public Health is the Bottom Line », *Outlooks on Pest Management*, p. 89-90.
- > Piketty Thomas, 2017, « Capital public, capital privé », *Le blog de Thomas Piketty*. Adresse : <http://piketty.blog.lemonde.fr/2017/03/14/capital-public-capital-prive/> [Consulté le 18 mars 2017].
- > Piketty Thomas, 2013, *Le Capital au XXI^e siècle*, Paris, Le Seuil.
- > Robinson Claire, Holland Nina, Leloup David et Muilerman Hans, 2013, « Conflicts of Interest at the European Food Safety Authority Erode Public Confidence », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 67, n° 9, p. 717-720.
- > Sonnenschein Carlos et Soto Ana M., 2014, « Le cancer et ses gènes insaisissables », *Médecine/Sciences*, vol. 30, n° 6-7, p. 688-692.
- > Visscher Christian et Varone Frédéric, 2004, « La nouvelle gestion publique "en action" », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 11, n° 2, p. 177-185.

La médecine prise à son insu dans les conflits d'intérêt

Didier SICARD, Président d'honneur du Comité Consultatif National d'Éthique

Déclaration de lien d'intérêt: pas de liens d'intérêt des propos tenus avec quelque laboratoire ou revue que ce soit



Nous vivons au sein de conflits d'intérêts et nous avons le sentiment de faire notre devoir en remplissant consciencieusement des piles de documents exprimant nos liens pour mieux nous en débarrasser !

Le progrès est donc au moins dans une prise de conscience mais aucunement dans la prise en compte de leur réalité.

Pourtant les crises sanitaires dont nous sommes les champions devraient nous faire réfléchir au fait que bien souvent elles ont à leur origine un conflit d'intérêt. Et il faut qu'un pneumologue réputé cache ses liens d'intérêt devant une commission du Sénat qui l'interroge justement sur une question impliquant ceux-ci pour que la société commence à s'émouvoir.

Les scandales de l'amiante, de l'hormone de croissance, du sang contaminé, du Distilbène et plus récemment du Médiator offrent des exemples qui devraient nous faire réfléchir. Mais tout «scandale» sanitaire n'est pas lié à un conflit d'intérêt. Ainsi, la Dépakine est connue depuis 30 ans pour donner des malformations fœtales. La vitamine D peut, dans certains cas, entraîner la mort chez les nourrissons. La Thalidomide a eu des effets désastreux inconnus jusque-là. Ce ne sont pas ici

les laboratoires qui sont en cause mais l'information scientifique.

Mais, quand deux laboratoires mettent sur le marché un médicament contre la dégénérescence rétinienne dont les prix respectifs vont de 1 à 10, on peut être surpris d'apprendre qu'ils ne sont pas concurrents, mais appartiennent au même groupe financier ! Parfois, tout est dans le regard culturel. Le diesel est ainsi très rare aux États-Unis, très fréquent en Europe parce que les normes exigées sont très différentes d'un pays à l'autre. Pas plus de 20% de dépassement aux États-Unis, pas plus de 150% en Europe ! On comprend mieux alors la situation de l'intérêt des industries pétrolières en fonction des pays et non de la santé publique.

Quand un médicament anticoagulant affiche un prix huit fois supérieur au précédent, sans évaluation rigoureuse de ses avantages et de ses inconvénients, on comprend que les liens d'intérêt sont loin d'être au second plan.

En effet, plusieurs facteurs contribuent aux conflits d'intérêt «à l'insu de son plein gré». L'argument est toujours le même : «certes, j'ai des liens, mais je reste indépendant» ; «certes, je conduis avec un gramme d'alcool, mais ma vigilance est intacte».

> D'abord, le financement des sociétés savantes, des académies, ou même des comités d'éthique de celles-ci par des structures privées. Les facultés de médecine sont souvent subventionnées, ce qui n'est pas choquant, mais ce qui l'est est le manque de transparence.

> Le point fondamental concerne le renoncement de l'État qui

n'assume pas ou plus sa fonction de responsabilité de formation initiale et permanente débarrassée des liens d'intérêt.

> Le lobbying politique. La loi Évin a été supprimée par un changement au dernier moment de députés, favorables à son maintien, par des députés favorables aux vigneron au sein de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, ce qui montre le caractère ontologique des liens d'intérêt dans la sphère politique.

> L'équipement biotechnologique a toujours des liens d'intérêt évidents qui privilégient par exemple l'usage des robots même s'ils ne sont pas toujours utiles, plus en fonction de liens industriels que [de l'intérêt] des malades. Les dépistages les plus coûteux en raison de leur technicité masquent leurs liens derrière des incantations de santé publique au détriment des plus simples, souvent les plus utiles.

> La recherche elle-même :

- › Toute étude scientifique exclut statistiquement les marginaux pour ne pas élargir le nuage de points, ce qui contribue à ignorer en pratique des effets délétères chez quelques-uns et à favoriser une entité artificielle de malades.
- › L'inclusion d'animaux résistants (preuve de l'innocuité) ou l'inclusion d'animaux hypersensibles (preuve du risque) en fonction de ce que l'on veut démontrer.
- › Non publication de résultats négatifs pour ne pas inquiéter les financeurs.
- › Indifférence aux conséquences d'un avis d'alerte. Ainsi, Monsanto et le glyphosate (connu depuis

plusieurs années), ou le laboratoire japonais qui a sciemment caché les résultats scientifiques révélant la maladie des « chats qui dansent » plusieurs années avant le drame de l'intoxication mercurielle au Japon (Minamata).

- › Probabilité qu'une étude avec une conclusion en faveur des intérêts d'une recherche soutenue par l'industrie soit plus médiatisée que si elle est soutenue par les seuls pouvoirs publics.
- › Les «lettres à l'éditeur» qui critiquent la méthodologie quand les résultats sont inquiétants pour un laboratoire pour fabriquer un doute favorable à celui qui détient un lien d'intérêt.
- › L'expression des liens d'intérêt en grand nombre donne une impression d'indépendance factice par rapport à celui qui n'en a qu'un seul.
- › La course à l'innovation factice pour ne pas «rater le dernier métro» accumule les projets médiocres, comme par exemple la multiplication, sur de très petits nombres de malades, des projets d'immunothérapie, plus destinés à maintenir une présence qu'à améliorer la recherche.
- › Il est de même étrange de voir se multiplier des études cherchant à démontrer qu'un nouveau médicament ne fait pas moins bien que le précédent!

› L'évaluation des effets indésirables par la seule profession pharmaceutique révèle la question ahurissante de notre relation française d'indifférence aux données de santé de la CNAM ! En effet, les laboratoires privés n'y ont pas accès et la puissance publique n'y cherche aucune ressource. On

comprend ainsi que notre pays puisse accumuler autant de crises sanitaires sans en tirer le moindre enseignement.

- › La standardisation des consentements devenus médico-légaux plus qu'informatifs permet de masquer les liens d'intérêt.

Ce manque de transparence peut aboutir paradoxalement à ce que les militants «contre» ne trouvent plus en face d'eux d'experts indépendants compétents, mais suspects de complaisance.

Ainsi, il faut reconnaître l'intérêt d'une revue comme «Prescrire» qui, avec sa verve habituelle, remplit la fonction que devrait avoir la puissance publique sur l'intérêt réel des procédures diagnostiques et thérapeutiques, au lieu de les laisser à un marché dont la nature par essence est de gagner des retours sur investissement.

Regard sur les relations de l'industrie pharmaceutique

ESPRIT CRITIQUE NIÇOIS, Collectif d'étudiants de la Faculté de médecine de Nice



Introduction

L'Esprit Critique Niçois (E.C.N.), à l'opposé de l'Examen Classant National, est une initiative étudiante pour prendre le temps de réfléchir. Prendre le temps d'échanger, de débattre et de co-construire une réflexion au travers d'ateliers et d'animations participatives.

Nous sommes un groupe d'étudiants en médecine à avoir créé ce collectif: Adriaan Barbaroux¹ —maintenant médecin généraliste installé—, Robin Jouan, Octave Letissier et Gabriel Perraud. Nous nous sommes d'abord rencontrés sur la thématique des rapports des soignants avec l'industrie pharmaceutique.

Adriaan avait déjà fait sa thèse sur le rapport ambivalent que peuvent avoir les médecins avec les visiteurs médicaux², et ce fut le point départ de notre rencontre. En tant qu'étudiants, nous nous étions déjà posés beaucoup de questions sur ce sujet, nous avions pu lire le livret de la Troupe du Rire, *Pourquoi garder son indépendance face aux laboratoires pharmaceutiques?*³, ainsi que plusieurs autres publications sur le sujet.

Nous avons voulu aller plus loin ! En parler avec nos collègues ne suffisait pas, nous avons créé un moment dans nos emplois du temps chargés pour porter ces réflexions ensemble loin des échanges de comptoir et des «réflexions» chargées d'émotions et de symboles: «les labos c'est mal, il ne faut pas leur faire confiance». Mais nous en voulions encore plus ! Nous avons aussi voulu innover en adoptant un format pédagogique original pour permettre aux participants de devenir acteurs des réflexions.

Nos objectifs sont donc les suivants:

- > éveiller l'esprit critique au sens large en s'approchant des méthodes de zététique⁴ ;



- > ne pas diaboliser ni glorifier les industries pharmaceutiques ;
- > utiliser des outils pédagogiques innovants.

qui ont permis ce travail, nous avons souhaité dépasser cet instant de l'action pour prendre un instant de réflexion plus objectif.

Éveiller l'esprit critique

Nous souhaitons stimuler l'esprit critique, pas enseigner comment penser et réfléchir. Cela englobe et dépasse le domaine de la santé, c'est pourquoi nous avons tout de suite cherché à inclure des personnalités d'autres domaines. Bien que nous ayons réalisé notre première journée de l'E.C.N. sur le thème des lobbies pharmaceutiques, nous avons élaboré la seconde édition autour du thème des lanceurs d'alerte et nous restons ouverts sur le thème de la prochaine journée.

Nous avons aussi eu la chance d'avoir à nos côtés des médecins, des anthropologues, journalistes, économistes, etc.

En somme, bien que ce collectif soit une émanation d'étudiants en santé, nous cherchons à élargir nos horizons, et à ne pas diaboliser ni glorifier les industries pharmaceutiques.

Bien que les émotions et réactions aient été en quelque sorte les étincelles

Nous n'avons pas abordé ces débats avec des questions comme «Est-ce qu'il faut continuer avec les industries du médicament?», «Est-ce qu'un médecin qui accueille les visiteurs médicaux est un vendu?». Nous avons plutôt cherché à mieux comprendre les situations de rencontre entre médecin et visiteur médical pour les critiquer (du grec κριτικός: qui discerne) et explorer des pistes d'amélioration. Nous avons aussi invité un ancien visiteur médical à venir partager avec nous son point de vue et ses réflexions.

Des outils pédagogiques innovants

«Dis-moi et j'oublierai.

Montre-moi et je m'en souviendrai peut-être.

Fais-moi participer et je comprendrai.»

Confucius

Nous pensons que la participation active est nécessaire à l'apprentissage. Elle permet non seulement l'enrichissement des débats mais aussi un meilleur ancrage des connaissances. L'engouement des étudiants pour les séances de simulation en est un exemple.

Nous avons dès le début imaginé des ateliers participatifs. Nous avons commencé par nous renseigner auprès de la Troupe du Rire et du réseau MEDSI⁵ pour savoir ce qu'il se faisait dans les autres facultés. Nous avons aussi sollicité des médecins et professeurs de la faculté pour nous aiguiller et nous aider à mettre en place les animations que nous souhaitions faire.

La grande majorité des étudiants ont largement apprécié l'aspect participatif des journées de l'Esprit Critique Niçois⁶.

Les journées de l'Esprit Critique Niçois

Nous avons pour le moment organisé deux journées au sein de la Faculté de médecine de Nice qui nous soutient et nous aide depuis le début.

Les participants sont invités à nous rejoindre en amphithéâtre pour démarrer la journée dans la bonne humeur.

Nous cherchons ensuite à mettre en place des ateliers de plus en plus participatifs, nous allons ici vous en présenter deux.

Le ciné-débat-mouvant

Nous avons pris des extraits du film Dr Knock ou le triomphe de la médecine

que nous avons entrecoupé de phrases telles que:

« La santé est un business

comme un autre. »

« L'information médicale est réalisée pour le bien de tous. », etc.

Après en avoir pris connaissance, les participants se sont positionnés physiquement en bas de l'amphithéâtre pour montrer leur point de vue sur le débat. C'est-à-dire que chacun était invité à se déplacer à gauche ou à droite pour signifier son accord ou son désaccord avec la phrase affichée ou bien avec l'argument avancé par un des participants. Enfin, la conclusion a été faite par un médecin ayant l'habitude de ce type d'ateliers.

Le jeu de rôle

Pour la seconde édition nous avons créé un nouveau format d'animation: un jeu de rôle autour de la prise de décision médicale.

Nous nous sommes inspirés du film Dallas Buyers Club, s'inspirant lui-même de faits et de personnes réels. Après avoir projeté de brefs extraits du film lançant l'intrigue, nous avons demandé aux participants de se répartir dans quatre groupes représentant des personnages:

- > représentant de laboratoire ;
- > patient ;
- > médecin en faveur ;
- > médecin en défaveur.

Avec l'aide de deux professeurs de la faculté, nous avons pu retrouver puis synthétiser l'article scientifique sur l'AZT que présentait ce visiteur médical.

Les participants ont ainsi pu s'appuyer sur les mêmes informations scientifiques

qu'à l'époque pour débattre. Nous nous sommes aussi permis d'indiquer quelques informations sur les personnages interprétés pour rendre l'animation plus immersive et efficiente.

Par exemple dans la fiche patient:

« Vous souhaitez tout faire pour vous en sortir, en 1986 le VIH/SIDA est encore synonyme d'homosexualité, et l'homosexualité est considérée comme une maladie à part entière. Tous vos amis vous rejettent maintenant qu'ils savent que vous êtes porteur de ce virus que vous avez déjà du mal à accepter. »

L'objectif principal de cet atelier était de rendre plus concret et ludique la lecture d'articles scientifiques, de montrer l'importance d'une formation à la critique de ces articles pour prendre les meilleurs choix avec les patients ainsi que les autres soignants.

Conclusion

En somme, nous sommes un petit groupe très dynamique à la recherche de nouvelles méthodes pédagogiques pour permettre de mieux échanger avec nos pairs sur des sujets qui sont peu ou pas traités lors de notre formation. Et surtout nous sommes enchantés de voir que ces ateliers ont plu non seulement aux soignants mais aussi à tous les autres participants! Et cette richesse de diversité dans les débats ne permet que de mieux refléter la complexité des soins pour —petit à petit— changer de paradigme et considérer la santé comme un tout et pouvoir y appliquer notre regard critique.

(1) La thèse d'Adriaan s'intitule *Médecins généralistes et visite médicale promotionnelle : pourquoi sommes-nous si ambivalents ? Étude qualitative dans la région niçoise*.

(2) Les visiteurs médicaux sont des représentants de laboratoires qui viennent à la rencontre des soignants pour venir leur présenter les molécules qu'ils promeuvent.

(3) La Troupe du Rire est un collectif d'étudiants parisiens qui ont —entre autres— synthétisé le document de l'OMS de 182 pages du même nom en seulement quelques pages.

(4) La zététique est l'art du doute.

(5) Mouvement Étudiant pour le Développement d'une Solidarité Innovante. C'est un réseau d'associations locales, dans lequel MEDSI intervient pour questionner le sens des actions de solidarité, en mettant en lumière les liens qui existent entre des situations «là-bas», au Sud, et les attitudes que l'on peut avoir au quotidien «ici», au Nord.

(6) Nous nous sommes aidés du site Socrative pour mettre en place des questionnaires anonymes pour les participants et leur permettre de noter et d'apprécier les ateliers auxquels ils avaient participé.



Table ronde finale

Patrick GAUDRAY, Directeur de recherche au CNRS, ancien membre du CCNE



Au terme d'une journée riche en enseignements de toute sorte, et sans avoir la prétention de conclure, je suis frappé par le fait que la majorité des interventions se sont focalisées sur la relation binaire entre le médecin, les médecins, et l'industrie pharmaceutique. Les chercheurs ont, par exemple, été évoqués, notamment sur le sujet de l'intégrité scientifique qui confine à celui du lien, voire du conflit d'intérêt, sans y être tout à fait subordonné. Les liens d'intérêt se révèlent donc à la fois plus complexes et plus vastes que ceux induits par cette seule relation biunivoque médecin/industrie pharmaceutique.

Il a été évoqué que face au conflit d'intérêt, il y a, et il convient de ne pas l'oublier, l'intérêt des conflits. Celui-ci est en effet tout à fait important, si l'on pense que l'analyse des problèmes, l'analyse des cas, est souvent déterminante pour l'avenir. Le conflit peut être d'un grand enseignement si l'on prend la peine de l'analyser a posteriori et sans complaisance. Voir un lien d'intérêt comme source de conflit a priori entraîne une suspicion de principe qui annihile une valeur fondamentale des relations humaines qu'est la confiance. La confiance est une dimension essentielle, il me semble, dans le dialogue entre le médecin et son patient. Et la confiance est un mot bien absent des discours, publics en particulier. Comment tisser

un lien de confiance entre ces personnes actrices du colloque singulier ? La transparence en est certainement un prérequis, mais suffit-elle ?

La transparence, c'est ce qui conduit à indiquer, un peu partout et «à tout bout de champ», les liens d'intérêt que nous avons, lorsque nous prenons une charge, une responsabilité publique. Mais ces liens qu'on nous oblige à déclarer ne sont la plupart du temps que des liens de nature financière. Et dans ce domaine, la confusion est entretenue entre un lien d'intérêt avéré et un conflit d'intérêt potentiel. La transparence peut être ainsi une grande source de confusion.

Il est pourtant bien d'autres liens, autres que financiers, qui engagent notre manière de voir les choses, notre action. Être partie prenante d'une communauté de pensée, religieuse ou autre, être membre d'une secte ou d'un groupe fanatique, conduit à des conflits d'intérêt d'une violence qui peut être sans commune mesure avec ce que les cadeaux d'un industriel peuvent induire. Il est certain que la présence/pression d'industriels de la pharmacie auprès de jeunes médecins en formation signifie que l'industriel y trouve un intérêt. Cela justifie donc une grande vigilance sur les conséquences que cela peut avoir dans l'activité professionnelle de ces médecins.

Mais si le lien et le conflit sont le plus souvent vus et perçus du côté du médecin ou de l'expert, il faudrait accueillir, dans des journées de réflexion comme celle-ci, des représentants de l'industrie pharmaceutique, qui pourraient, eux aussi, faire leur «mea culpa», et nous diraient pourquoi ils considèrent que le médicament est,

dans les faits, à leurs yeux, un produit industriel et commercial comme un autre. Si tel était le cas, on comprendrait mieux comment est alimenté l'intérêt, donc le lien et éventuellement le conflit, que l'industrie développe avec ses «clients» ou intermédiaires avec le client ultime, le patient, que sont les médecins et les décideurs en matière de santé. Il faut se rappeler qu'au final, le patient est à la fois un client captif, puisque devant se soigner, et vulnérable et fragile puisque malade.

Ne laissons donc pas sous le microscope, les feux, et les projecteurs de la société les seuls médecins, chercheurs et, plus généralement, professionnels de la santé publique. Ce sont eux qui, en permanence, battent leur coude d'entretenir des liens d'intérêt avec les fabricants et distributeurs des produits qui leurs sont indispensables pour sauver des vies. Il y a, face à eux, les autres acteurs de cette relation souvent difficile, parfois ambiguë, les industriels, dont le souci du bien commun s'efface parfois devant la quête du profit pour le profit. Rappelons que l'industrie pharmaceutique est l'une des rares dont les bénéfices sont à deux chiffres, souvent très supérieurs à ceux de l'industrie du luxe. Doit-on considérer le médicament comme un luxe ?

Dans une affaire aussi scandaleuse que l'est l'affaire du Médiator, on a surtout jeté l'opprobre sur des médecins, acteurs de santé publique, experts, sans que soit montré clairement du doigt, sauf par la justice, dont la rapidité d'action n'est certainement pas à la hauteur ni de la grandeur du scandale, ni surtout à la hauteur des souffrances physiques et morales des victimes de ce soi-disant médicament, la responsabilité première de l'industriel fabricant.

Pour autant, cette industrie, dans son ensemble, joue un rôle essentiel dans les progrès thérapeutiques ; elle est donc indispensable. Comment faire donc pour qu'un équilibre de l'humain soit respecté ? Il faut responsabiliser tous les acteurs de cette relation complexe et difficile qui va du soignant au soigné. N'oublions pas que le culte de la performance et la recherche effrénée du prestige sont présents, sans doute trop présents, dans la relation de soin.

Il faut ainsi interroger la société, nous tous, donc, qui avons choisi des valeurs, une organisation sociale et des modèles économiques qui constituent le fondement de ces relations et de ces comportements parfois déviants. C'est la société qui est questionnée sur la manière dont elle voit et dont on veut qu'elle voie sa relation à la santé.



L'Espace Éthique Azuréen est une émanation du Centre Hospitalier Universitaire de Nice. Il travaille en partenariat avec l'Université Nice-Sophia-Antipolis.



C'est un **lieu d'échanges, de formation, et d'informations** ouvert à toutes et à tous.

Il a vocation à promouvoir la place de l'éthique en santé, en particulier dans les soins.

Pour cela, ses missions sont :

1. de stimuler le **débat public**,
2. d'accompagner le **développement professionnel** des soignants en fonction et de ceux encore en formation,
3. de démocratiser l'accès aux **ressources documentaires** spécialisées.

L'Espace Éthique Azuréen dessert un **bassin de population de plus d'un million d'habitants**, de l'est du département du Var à la frontière italienne en passant par les vallées alpines de l'arrière-pays niçois.

À son action de proximité s'ajoute sa participation à la **construction d'un Espace de Réflexion Éthique Interrégional PACA-Corse**, en partenariat avec son alter ego marseillais, l'Espace Éthique Méditerranéen.

Avec plus de 25 ans d'expertise, l'Espace Éthique Azuréen s'adapte au **besoin croissant de réflexion, de compréhension et de préparation** des citoyens et des praticiens face aux dilemmes éthiques suscités par les **grands changements technologiques, législatifs, économiques et sociaux que nous traversons**.

Dans cette optique, l'Espace Éthique Azuréen souhaite rejoindre le plus grand nombre et aller au-devant des professionnels sur leur lieu de travail, à travers des **actions plus nombreuses, variées, et novatrices**.

Pour en savoir plus, un nouveau site Internet est à votre disposition : www.espace-ethique-azureen.fr



Président: **Pr Gilles Bernardin**
espace-ethique-azureen@chu-nice.fr



UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR