

Quelles limites à l'influence de l'industrie pharmaceutique au sein des facultés de médecine belges ?

**Analyse des politiques en matière de conflits d'intérêts dans un
contexte néolibéral**

Mémoire présenté par

Lucas BECHOUX

**Master en sciences politiques, orientation générale, à finalité spécialisée en
relations internationales**

Promoteur : Dr. François Thoreau

Année académique

2019 – 2020

Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à remercier chaleureusement le promoteur de ce mémoire, François, pour son soutien, ses précieux conseils et sa disponibilité à toute épreuve.

J'aimerais, ensuite, remercier Oriane, Cécile, Florence, Elisabeth et Alizée de m'avoir accueilli dans ce beau projet de « classement des facs ».

Il y a une personne sans qui tout ceci n'aurait certainement pas eu lieu. Merci à toi Paul pour toute l'aide, l'expertise et l'amitié que tu nous as apportés durant la réalisation de cette étude.

Je remercie mes lecteurs et les membres de mon jury pour le temps et l'attention précieuse qu'ils me consacrent.

Enfin, je souhaite remercier du fond du cœur mes proches pour leur patience, leur attention et tout ce qu'ils font pour moi.

Table des matières

1. Lexique	6
2. Introduction.....	7
3. Cadre théorique	9
1. Le néolibéralisme comme contexte socio-économique.....	9
2. Le néolibéralisme et « l'hôpital-entreprise ».....	11
3. La transformation néolibérale de l'université et l'économie de la connaissance.....	13
a. La rationalisation économique de la connaissance.....	13
b. La transformation néolibérale de l'université.....	16
c. L'influence grandissante de l'industrie pharmaceutique.....	17
4. La notion d'influence	19
5. La notion de conflit d'intérêts (CI).....	19
4. Background	21
1. Le secteur pharmaceutique en Belgique.....	21
2. La promotion pharmaceutique dans son contexte	22
a. L'illusion de l'unique invulnérabilité	24
b. Les vecteurs de la promotion.....	25
c. La législation sur la promotion pharmaceutique et l'autorégulation en Belgique.....	27
i. La plateforme déontologie santé <i>Mdéon</i>	29
ii. La plateforme <i>betransparent.be</i>	29
iii. Le <i>Sunshine Act</i>	29
d. L'exposition des étudiants à la promotion pharmaceutique	31
e. Perceptions et attitudes des étudiants vis-à-vis de la promotion pharmaceutique.....	33
f. La préparation des étudiants aux interactions avec les PHARMAS	35
3. Pour une indépendance de la formation et une formation à l'indépendance.....	36
5. Méthodologie	38
1. Le classement des facultés réalisé avec le GRAS	38
a. La recherche sur les sites internet.....	39
b. Les contacts avec les Doyens	39
c. L'adaptation des critères.....	41
d. Le système de notation	43
2. Les entretiens menés auprès des étudiants de médecine	44
a. Le choix de la méthode.....	44
b. La sélection des personnes interviewées	45
c. Le guide d'entretien.....	47

3. Dewey, Bourdieu et la posture du « chercheur engagé »	48
6. Résultats	50
1. Les recherches sur internet	50
2. Contacts par courrier et courriel avec le Bureau du Doyen des facultés de médecine..	54
3. Données récoltées via des contacts personnels avec des étudiants ou des enseignants	56
4. Analyse du score des facultés.....	57
5. Discussion	59
6. Limites de l'étude.....	64
7. Conclusion	66
8. Bibliographie.....	67
9. Annexes.....	77
Annexe 1 : Le courrier adressé aux Doyens des facultés de médecine	77
Annexe 2 : La lettre de Barbara Mintzes afin de soutenir notre étude auprès des Doyens ..	80
Annexe 3 : Les critères qui nous ont permis de réaliser le classement et leurs systèmes de cotation propres	82
Annexe 4 : Le guide d'entretien adressé aux professionnels de la santé.....	87
Annexe 5 : Le questionnaire adressé aux étudiants de médecine.....	89
Annexe 6 : Les résultats de notre classement sous forme de tableau	91

1. Lexique

- AAMC : Association of American Medical Colleges
- AMSA : American Medical Student Association
- BeMSA : Belgian Medical Student Association
- CI : Conflits d'intérêts
- DCI : Dénomination Commune Internationale
- EMSA : European Medical Student Association
- FMC : Formation médicale continue
- FMC : Formation Médicale Continue
- GRAS : Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé
- HAI : Health Action International
- IFMSA : International Federation Medical Student Association
- JAMA : Journal of the American Medical Association
- KOL : Key Opinion Leader (leader d'opinion)
- NPM : New Public Management
- PHARMAS : l'industrie pharmaceutique (les entreprises du médicament et des dispositifs médicaux)
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ETP : Équivalent Temps Plein

2. Introduction

Les enjeux sanitaires occupent une place toujours grandissante au sein de la société et les médicaments sont un élément incontournable du système des soins de santé. Dans ce contexte, les liens entre l'industrie pharmaceutique et le milieu académique sont non seulement inévitables mais ils sont également souhaitables. Des partenariats effectifs entre ces différents acteurs ont permis d'importantes avancées en matière de progrès scientifiques et d'innovations technologiques.

Cependant, l'industrie du médicament et les professionnels de la santé ont des objectifs qui divergent fondamentalement. Lorsque les professionnels de la santé ont pour principal objectif le bien-être des patients, les entreprises pharmaceutiques répondent à des exigences économiques plus terre-à-terre. Des conflits entre ces différents intérêts peuvent alors émerger et mener à des situations problématiques. La santé est un domaine à part ; les enjeux sont souvent considérables et les erreurs lourdes de conséquences.

Dans ce contexte, l'affaire du Médiateur – dont le procès se joue à l'heure d'écrire ces lignes – nous rappelle quelque peu brutalement que les pouvoirs publics – eux-mêmes – peuvent s'avérer impuissants à sauvegarder l'intérêt commun. Elle nous rappelle aussi le désastre qui survient lorsque les intérêts privés prennent le pas sur l'intérêt général. Face au poids que pèsent des multinationales aux moyens considérables, l'action publique se révèle être démunie. En effet, la doctrine politique et économique néolibérale la relègue au rang de simple gestionnaire de marchés. L'industrie pharmaceutique dispose d'importants leviers qui vont exercer une influence considérable sur les praticiens. Ces derniers sont constamment sollicités et, finalement, bien peu préparés à contrer des logiques qu'ils identifient comme nocives sur la pratique de leur art. Les techniques de promotion pharmaceutique ont des effets délétères sur les systèmes de santé en augmentant les coûts de prescription et en diminuant la qualité des soins.

Les étudiants de médecine se retrouvent, eux aussi, confrontés dès leurs premiers pas dans le monde médical au marketing pharmaceutique. Ils finissent par intégrer cette présence influente comme une composante naturelle du système de santé si celle-ci n'est jamais remise en cause. Dès lors, des voix s'élèvent à travers le monde pour contester cet état de fait et des initiatives fleurissent pour une médecine et une formation médicale plus indépendante. Ce courant a débuté aux Etats-Unis il y a une quinzaine d'années et a fini par se propager en Europe et à travers le monde. Les étudiants américains ont mobilisé les outils qu'ils avaient à leur disposition et ont lancé une série d'actions en faveur d'une médecine objective et indépendante. L'idée a été d'évaluer le contexte réglementaire en matière d'encadrement des conflits d'intérêts au sein des lieux où se façonnent les savoirs et les connaissances. L'absence de préparation des étudiants et des médecins aux interactions avec l'industrie du médicament a été évaluée comme une menace potentielle sur la qualité des soins de santé. C'est dans ce contexte que sont apparus les *rankings* ou « classements des facultés » par l'Association américaine des étudiants de médecine.

Vu l'impact positif qu'ils ont eu sur la qualité de l'enseignement médical aux Etats-Unis, des chercheurs Australiens, Canadiens, Français et Allemands ont commencé, eux aussi, à réaliser leurs propres classements. Les prises de positions dans le sens d'une médecine plus indépendante nous proviennent de toutes parts. Les pouvoirs publics et les étudiants soulignent l'importance d'augmenter l'indépendance de la formation des médecins. Dès lors, il nous est

apparu réellement nécessaire de mener une action similaire en Belgique afin de voir le climat institutionnel au sein duquel évoluent les futurs acteurs belges de la santé de demain. Nous avons pu dresser un bilan de ce qui est réalisé au sein des facultés de médecine belges et de ce qu'il reste encore à faire. Après avoir recontextualisé de manière plus générale le cadre des interactions entre les professionnels de la santé et le secteur privé, nous vous présenterons les résultats de nos recherches et dresserons quelques recommandations issues des diverses expériences dont nous avons pu prendre connaissance.

3. Cadre théorique

Nous allons voir, ici, le milieu institutionnel dans lequel évoluent les acteurs du monde médical. La théorie néolibérale de l'Etat nous offre un éclairage propice à la compréhension des enjeux financiers et politiques qui se jouent dans les deux lieux centraux où se fait la médecine : l'hôpital et l'université. Ces institutions publiques ont fait l'objet de nombreuses transformations et évolutions ces dernières décennies, au gré des changements de paradigmes économiques et politiques. Nous allons tenter d'appréhender dans quelle mesure ces événements ont pu avoir un impact sur la connaissance de manière générale et sur la formation des étudiants en médecine plus particulièrement.

1. Le néolibéralisme comme contexte socio-économique

L'avènement du néolibéralisme comme doctrine de politique économique en Europe, et en Occident plus généralement, résulte d'un lent et long processus initié à l'aube du XX^{ème} siècle. Au début des années 80, une vague néolibérale déferle sur l'Occident avec l'arrivée au pouvoir de Ronald Reagan aux Etats-Unis et de Margaret Thatcher en Grande-Bretagne.¹ Les causes historiques et politiques de ce « tournant libéral » sont diverses et complexes et, parce qu'elles n'apportent un éclairage nécessaire à la compréhension du présent travail, elles ne seront pas abordées ici outre mesure. Au cœur de l'Union européenne, la Belgique n'a pas échappée à ce mouvement néolibéral. En effet, l'Union européenne, s'est constituée politiquement autour de la mise en place d'un marché commun basé sur les principes de la concurrence, du libre-échange, de la privatisation des entreprises et des services publics ainsi que de l'austérité budgétaire.² Elle est souvent présentée comme un « véritable laboratoire » du néolibéralisme ainsi que comme un outil majeur de diffusion de la rationalité libérale.³

Plus qu'une doctrine, le néolibéralisme constitue une sorte de « nouvelle raison du monde » qui entend opérer une reconfiguration radicale de la société.⁴ Le comportement des individus comme l'action des gouvernements se voient profondément affectés par cette raison néolibérale dont les objectifs caractéristiques s'articulent autour de quatre axes principaux.⁵ Premièrement, contrairement aux libéraux « classiques », les néolibéraux sont favorables à un interventionnisme étatique afin de mettre en place des marchés concurrentiels et de permettre leur fonctionnement optimal.⁶ L'ordre du marché est donc construit, allant de pair avec un véritable agenda politique visant à l'établir et à l'entretenir.⁷ Il ne s'agit donc pas pour le pouvoir public de limiter le marché mais bien de le purifier et de le maintenir par le biais d'un encadrement juridique adapté.⁸ Ces règles peuvent s'apparenter, selon Foucault, à une sorte de code de la route⁹ venant contredire une image trompeuse, parfois donnée du néolibéralisme comme étant une « incantation au laissez-faire ».¹⁰ Cette position est donc contradictoire par rapport à la passivité gouvernementale défendue par les libéraux « traditionnels ». Le deuxième

¹ Piron, D., « Des régions qui comptent. La reconfiguration néolibérale de la Belgique fédérale saisie par les finances publiques », 2018, p. 70

² Piron, D., *op. cit.*, 2018, p. 71

³ Dardot, P., Laval, C., « La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale », 2009, p. 347

⁴ Dardot, P., Laval, C., *op. cit.*, 2009, p. 6

⁵ Piron, D., *op. cit.*, 2018, p. 63

⁶ Piron, D., *op. cit.*, 2018, p. 64-65

⁷ Dardot, P., Laval, C., *op. cit.*, 2009 p. 168

⁸ Dardot, P., Laval, C., *op. cit.*, 2009 p. 153

⁹ Foucault, M., « Naissance de la biopolitique - Cours au Collège de France (1978-1979) », 2004, p. 167

¹⁰ Chamayou, G., « La société ingouvernable. Une généalogie du libéralisme autoritaire », 2018, p. 211

axe a trait à une mise en concurrence généralisée de l'ensemble des aspects de l'existence des êtres humains. Les critères de performance font loi et offrent l'accès aux ressources aux individus les plus compétitifs. Troisièmement, l'Etat ainsi que l'action des gouvernements sont, eux aussi, soumis à cette logique concurrentielle généralisée. Afin d'attirer les entreprises multinationales pourvoyeuses d'emplois, les Etats vont développer des avantages comparatifs, par exemple en instaurant un contexte réglementaire plus favorable qu'ailleurs. Enfin, le quatrième axe concerne la promotion de l'entreprise comme modèle d'organisation individuel et collectif, transformant les individus en « entrepreneurs d'eux-mêmes » maximisant leurs propres intérêts.¹¹ L'objectif du néolibéralisme s'apparente, selon Foucault, à une « généralisation illimitée de la forme du marché » au sein du corps social.¹²

Comme ce projet néolibéral est globalisant et ne concerne pas uniquement le champ économique, il peut se définir comme étant :

« [...] l'ensemble des discours, des pratiques, des dispositifs de pouvoir visant à instaurer de nouvelles conditions politiques, à modifier les règles de fonctionnement économique, à transformer les rapports sociaux de manière à imposer [...] l'objectif de la concurrence généralisée entre entreprises, économies et États. »¹³

Suivant la doctrine néolibérale, les défaillances potentielles du marché telles que le chômage, l'inflation ou les inégalités sociales sont assimilées à un excès d'action étatique. La réponse apportée à ces problèmes, dans cette hypothèse, n'est plus politique mais consiste à actionner davantage des leviers économiques. Le calcul économique individuel est généralisé à l'ensemble des échelons de la vie sociale, notamment le secteur des pouvoirs publics et des politiques publiques.¹⁴ Ce changement de paradigme a eu pour conséquence de généraliser le modèle entrepreneurial et compétitif à l'Etat lui-même et à ses propres services administratifs.¹⁵

A ce titre, nous pouvons remarquer que le néolibéralisme se caractérise par un effacement du politique au profit de l'économique : « la quête du désenchantement de la politique par la science économique ». ¹⁶ Il s'agit, en définitive, de substituer aux jugements normatifs propres à la vie publique, un argumentaire économique rationalisé.¹⁷ Cette économicisation de la politique ainsi que la rationalisation économique des institutions publiques s'accompagne d'un arsenal complexe d'instruments économiques d'évaluations de la performance publique.¹⁸ En outre, les néolibéraux appliquent une grille de lecture économique à des secteurs considérés auparavant comme extérieurs ou complémentaires au monde marchand, comme la santé.¹⁹

Les services publics, dont la santé et l'éducation, n'ont, eux non-plus, pas échappé à la politique de libéralisation et ses corollaires de concurrence et de logique de marché. Ils font également l'objet de cette « tentative de déchiffrement en termes économiques de comportements sociaux traditionnellement non économiques ». ²⁰ L'efficacité et la légitimité de l'action publique se voit

¹¹ Piron, D., *op. cit.*, 2018 p. 63

¹² Foucault, M., *op. cit.*, 2004, p. 249

¹³ Dardot, P., Laval, C., *op. cit.*, 2009, p. 275

¹⁴ Piron, D., *op. cit.*, 2018, p. 70

¹⁵ Piron, D., *op. cit.*, 2018, p. 71

¹⁶ Davies, W., « The Limits of Neoliberalism: Authority, Sovereignty and the Logic of Competition », 2017, p. 6

¹⁷ Piron, D., *op. cit.*, 2018 p. 70

¹⁸ Piron, D., *op. cit.*, 2018, p. 69

¹⁹ Piron, D., *op. cit.*, 2018, p. 68

²⁰ Foucault, M., *op. cit.*, 2004, p. 251

donc soumise au contrôle d'un « tribunal économique permanent ». ²¹ L'idée, ici encore, est de ramener les modes de gestion des services publics à ceux en vigueur dans les entreprises privées. ²² Le discours néolibéral perçoit cette soumission des pouvoirs publics à la logique concurrentielle comme un moyen de responsabiliser l'action publique en termes d'efficacité et d'efficience, des notions chères au secteur marchand. ²³ L'objectif, par le biais de cette critique économique des politiques étatiques, est d'opérer une réinvention du fonctionnement de l'appareil étatique et de « redessiner l'Etat de l'intérieur ». ²⁴ L'Etat est donc, pour les néolibéraux, en plus de la cible principale de leur critique, un instrument incontournable dans la mise en œuvre de leurs réformes. ²⁵

Comme ailleurs en Occident, la Belgique a connu, durant ces quarante dernières années, d'importantes transformations de son modèle socio-économique, imposées par le projet néolibéral. Avec la réforme Copernic du début des années 2000, le gouvernement belge marque sa volonté de passer d'une gestion bureaucratique de son administration vers une gestion managériale. ²⁶ Les maîtres-mots de ce nouveau projet managérial de gestion des services publics, inspiré du *New Public Management* (NPM), sont la concurrence, la performance et la réduction des coûts. Cette doctrine ambitionne de transposer vers le secteur public des principes, techniques et pratiques ayant fait, selon ses défenseurs, leurs preuves dans le secteur privé. ²⁷

La conception néolibérale de l'Etat est donc celle d'« une sphère régie, elle aussi, par des règles de concurrence et soumise à des contraintes d'efficacité semblables à celles que connaissent les entreprises privées ». ²⁸ Selon William Davies, le projet néolibéral est celui d'une « rationalisation économique de la politique et de l'État » qui se voit contraint de mener les politiques les plus efficaces tout en minimisant les coûts dans une logique d'optimisation de ses ressources. ²⁹ Concernant les services publics tels que la santé ou l'éducation, des critères de jugement purement marchands ne peuvent être appliqués ; l'évaluation économique s'y substitue alors. Les organismes publics doivent fonctionner comme s'ils étaient soumis aux contraintes du marché. ³⁰

2. Le néolibéralisme et « l'hôpital-entreprise »

La notion d'« hôpital-entreprise » est issue d'un article de Frédéric Pierru. Il y constate la place toujours plus importante occupée par une bureaucratie de type néolibéral dans la gestion des hôpitaux publics français. ³¹ Si l'on se réfère à la théorie néolibérale de l'Etat comme nous l'avons exposée ci-dessus, l'intervention toujours plus importante des pouvoirs publics dans la

²¹ Foucault, M., *op. cit.*, 2004, p. 253

²² Piron, D., *op. cit.*, 2018 p. 74

²³ Piron, D., *op. cit.*, 2018, p. 69

²⁴ Van Horn, R., Mirowski, P., « The Rise of the Chicago School of Economics and the Birth of Neoliberalism », 2009, p. 163

²⁵ Piron, D., *op. cit.*, 2018, p. 69

²⁶ De Visscher, C., « Le coup dans l'eau de Copernic : réforme de la haute fonction publique, nouvelle gestion publique et participatie en Belgique », 2005

²⁷ Pollitt, C., Bouckaert, G., « Public Management Reform: A Comparative Analysis », 2011

²⁸ Dardot, P., Laval, C., *op. cit.*, 2009, p. 355

²⁹ Davies, W., *op. cit.*, 2017, p. 27

³⁰ Piron, D., *op. cit.*, 2018, p. 69

³¹ Pierru, F., « 8. Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratization néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », 2013, p. 203

gestion des hôpitaux n'est pas à opposer à une marchandisation croissante du secteur.³² En effet, les différentes réformes du système hospitalier français, sous prétexte d'un assèchement des ressources publiques, ont eu pour effet d'y importer un mode de gouvernance et des normes provenant des entreprises privées. L'objectif prioritaire de ces réformes est l'assainissement des finances gouvernementales et, en définitive, le respect des recommandations économiques de la Commission européenne.

Cet ensemble de pratiques issues du secteur privé a conduit à une certaine standardisation de la médecine, un « art » jusqu'alors basé essentiellement sur l'expertise professionnelle et l'intuition des médecins, acquises au cours des années de pratique.³³ C'est ainsi que l'on a vu apparaître des termes propres aux entreprises pour qualifier les acteurs de la santé tels que « consommateur » ou encore « prestataire de soins ». Afin d'accroître la rationalité du système, les acteurs se sont vu imposer des dispositifs de comptabilité analytique, des mécanismes d'allocation des ressources, notamment la tarification de l'activité (la « T2A »), des standards de référence, des indicateurs de performance ainsi que des techniques d'évaluation (chronométrage, contrôles, etc.).³⁴ L'intégration gestionnaire, en multipliant les formalités, tend à transformer l'hôpital en « usine à soin » et amène certains médecins à considérer qu'ils « soignent les indicateurs plutôt que les malades ». ³⁵ Ils sont partagés entre leur mission de prise en charge des malades et l'obligation de tenir compte des critères administratifs de gestion avec, en définitive, le patient et la qualité des soins pour variables d'ajustement de ce système.³⁶ Les problèmes budgétaires prennent le pas sur les dimensions sociales ou la problématique sanitaire.

L'organisation de l'hôpital s'est longtemps incarnée parfaitement dans le modèle de la « bureaucratie professionnelle » avec une administration peu nombreuse et dominée par les médecins et les soignants. Dans les années 1990, le contexte budgétaire, la crise des finances publiques et la propagation des idées du *New Public Management* vont impliquer une réforme profonde du secteur de la santé. Ces réformes ont importé une certaine forme de hiérarchie et de verticalité dans un milieu très autonome et indépendant, où prévalait une organisation professionnelle avec de l'horizontalité et une logique de réseau.³⁷ Les managers prennent le pas sur l'organisation professionnelle traditionnelle : ils coordonnent et contrôlent de plus en plus le travail au sein de l'hôpital. Cette nouvelle bureaucratie entend montrer aux professionnels comment exercer leur métier de manière efficiente : minimiser les coûts pour une qualité se voulant optimale.³⁸ L'élite hospitalo-universitaire dénonce l'intrusion de ces nouvelles « hiérarchies intermédiaires », qualifiées de « technostructure », perçues comme envahissantes et illégitimes car déconnectées des réalités hospitalières et empêchant les professionnels de travailler selon « les règles de l'art ».³⁹

La notion de concurrence est également un élément constitutif important du concept d'hôpital entreprise. D'une part, les professionnels sont mis en concurrence au sein d'un « marché du travail fermé ». D'autre part, les établissements le sont également par le biais de la tarification de l'activité, rompant avec le monopole dont ils bénéficiaient ainsi qu'avec l'unité organique

³² Domin, J.-P., « L'État et le marché au chevet de l'hôpital public », 2008, p. 66

³³ Pierru, F., *op. cit.*, 2013, p. 205

³⁴ Pierru, F., « La santé au régime néolibéral », 2008, p. 20

³⁵ Danet, F., « Où va l'hôpital ? », 2008, chapitres 5 et 6

³⁶ Pierru, F., *op. cit.*, 2013, p. 210

³⁷ Pierru, F., *op. cit.*, 2013, p. 204-205

³⁸ Pierru, F., *op. cit.*, 2013, p. 207

³⁹ Pierru, F., *op. cit.*, 2013, p. 213

du service public hospitalier. La tarification de l'activité « T2A » a introduit une course à la rentabilité dans le secteur hospitalier. Pour augmenter son budget, un hôpital est amené à enregistrer un maximum de séjours et à privilégier les actions les plus rémunératrices sans tenir compte des spécificités du patient. La mise en concurrence est primordiale pour légitimer l'immixtion croissante des managers et la transformation organisationnelle de l'hôpital. Elle va contraindre le personnel hospitalier à accepter des formes de management plus rigides et formelles ainsi qu'une rationalisation économique de l'acte de soin. Cette concurrence, loin d'être naturelle, est promue via un ensemble de mécanismes, de normes et de procédures comme principes régulateurs de la sphère publique promus et mis en œuvre par un Etat néolibéral interventionniste souhaitant recréer artificiellement les conditions d'un marché concurrentiel.⁴⁰ La construction d'un marché de la santé doit s'accompagner de la construction d'un « consommateur » responsable, librement informé et rationnel. Celui-ci est amené à faire jouer la concurrence entre les médecins. En l'absence de prix de marché, l'Etat doit mettre en place des mécanismes incitatifs afin que les individus se comportent en acteurs économiques rationnels. La marchandisation relègue les valeurs et les codes moraux propres au secteur de la santé au second plan, derrière le calcul intéressé et les considérations marchandes.⁴¹

3. La transformation néolibérale de l'université et l'économie de la connaissance

La « crise de l'université » est une manière quelque peu commune de désigner les transformations historiques et institutionnelles que connaît l'université dans le monde occidental. Cette crise est caractérisée, de manière concrète, par le taux d'échecs étudiants ainsi que par l'institutionnalisation d'une certaine précarité au sein des laboratoires de recherche. Les mobilisations et revendications du personnel qui en ont découlé ont traduit un certain malaise au sein de l'institution. Ces mutations, qui sont le corolaire des politiques néolibérales implantées à travers le monde, sont généralement identifiées comme indissociables de la nouvelle ère de « l'économie de la connaissance ». ⁴² Plus qu'un moyen de caractériser la phase historique actuelle du système économique, cette notion permet d'appréhender la mesure dans laquelle la production et le contrôle de la connaissance sont devenus des enjeux essentiels dans la valorisation du capital, dans ce que l'on pourrait appeler un « capitalisme cognitif ». ⁴³ Le postulat étant que l'amélioration du « capital humain » et de l'innovation, par l'éducation et la recherche, sont les moteurs de la croissance de demain. ⁴⁴ L'économie de la connaissance porte en elle la monétisation et la privatisation des savoirs qui accompagnent la transformation néolibérale de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. ⁴⁵

a. La rationalisation économique de la connaissance

L'idée que la connaissance joue un rôle fondamental dans l'économie de marché n'est pas récente. Cependant, ce n'est que durant les années 1990 que l'OCDE et la Commission européenne vont l'intégrer à l'élaboration des normes économiques. La production des savoirs fait son apparition au sein de leurs programmes de recherches et de leurs objectifs stratégiques.

⁴⁰ Pierru, F., *op. cit.*, 2013, p. 213

⁴¹ Batifoulier, P., « Davantage d'État pour plus de marché. L'orientation marchande de la politique de santé », 2008, p. 53-55

⁴² Laval, C., « L'économie de la connaissance et la transformation de l'enseignement supérieur et de la recherche », 2015, p. 7

⁴³ Bouchez, J.-P., « Autour de « l'économie du savoir » : ses composantes, ses dynamiques et ses enjeux », 2014, p. 14

⁴⁴ Laval, C., *op. cit.*, 2015, p. 8

⁴⁵ Holloway, K., « Uneasy subjects: Medical students' conflicts over the pharmaceutical industry », 2014, p. 114

Aujourd'hui, la représentation économique de la connaissance s'est imposée au sein des universités et dans le monde de la recherche. Ce faisant, elle a légitimé la plupart des réformes structurelles au sein de l'Université entreprises au nom de la rationalité économique. Avec les discours économiques qui érigent la concurrence au rang de règle indélogeable, l'économie de la connaissance constitue l'une des facettes de la politique néolibérale.⁴⁶

Si l'importance du niveau d'éducation, de formation et de qualification ainsi que la place des technologies de pointe dans le maintien d'une économie de croissance est indiscutable, il ne faut cependant pas considérer cette nouvelle doctrine comme le stade avancé d'une évolution linéaire inéluctable de l'économie moderne. Christian Laval soulève le danger de réduire la connaissance à un simple facteur économique. Ce n'est plus la connaissance en elle-même qui importe mais plutôt sa seule valeur d'usage et dans quelle mesure celle-ci pourra être valorisée à des fins productivistes. Dans les décisions sur les politiques de l'université, l'argument économique prend le pas sur la connaissance réelle et la réflexion critique, effaçant à son profit tout ce qui échappe au champ de la rationalité comptable.⁴⁷

Selon Christian Laval :

« Cette conception économique et gestionnaire de la connaissance vise à faire "l'économie de la connaissance", c'est-à-dire à se passer de la "connaissance" quand elle n'a pas de valeur économique sur le marché. [...] on n'aime pas la connaissance pour elle-même. On ne l'aime qu'à condition qu'elle soit le support, le moyen d'un profit. »⁴⁸

L'introduction du discours économique au sein de l'université se fait via deux leviers distincts ; d'une part, les nécessités gestionnaires et administratives locales ainsi que, d'autre part, l'idéologie promue, au niveau macro-économique, par des organisations comme l'OCDE et l'Union européenne. Loin des économistes et des gestionnaires, le personnel académique est régulièrement acteur d'un système qu'il juge souvent contreproductif et inefficace, où la rationalité économique est devenue incontournable. C'est le cas, par exemple, lorsqu'il s'agit de gérer une unité de recherche, une formation ou encore obtenir des ressources financières pour tel ou tel projet.⁴⁹

La nouvelle conception strictement économique de la connaissance impacte l'université à différents stades. D'abord, l'enseignement qui se réduit à la production des compétences utiles pour la vie professionnelle sur le marché de l'emploi. Ensuite, le domaine de la recherche scientifique où l'accent est mis sur l'innovation et le progrès technologique dans le but d'améliorer la compétitivité internationale. Cette conception de la connaissance réduit la formation humaine et l'activité intellectuelle à de simples outils au service du marché et de l'économie.⁵⁰

L'économie de la connaissance aurait donc tendance à promouvoir une recherche privatisée, sponsorisée par le secteur marchand. Cette recherche est orientée vers le rendement et le potentiel économique de l'innovation et de la connaissance. Jusqu'à présent, la recherche se diffusait sur le modèle de la « science ouverte » où la connaissance est appréhendée comme un

⁴⁶ Laval, C., *op. cit.*, 2015, p. 8-9

⁴⁷ Laval, C., *op. cit.*, 2015, p. 9-10

⁴⁸ Laval, C., *op. cit.*, 2015, p. 18

⁴⁹ Laval, C., *op. cit.*, 2015, p. 11

⁵⁰ Laval, C., *op. cit.*, 2015, p. 11-12

bien public. Elle est accessible à tous et enrichie par un travail scientifique indépendant au sein de l'université publique. Ce modèle basé sur une recherche publique et accessible à tous est en train de se voir supplanté, dans la transformation néolibérale de l'université, par un modèle de recherche privée régi par les droits de la propriété intellectuelle et des brevets.⁵¹ Le secteur privé s'approprie la recherche produite au sein des universités en contribuant à son financement et en la protégeant par des brevets. Ces découvertes représentent des gisements de profits potentiels exploitables sur le long terme car l'accès aux connaissances produites est exclusivement réservé à ses bailleurs. Les investisseurs bâtissent, ainsi, en s'appuyant sur le code de la propriété intellectuelle, des monopoles qui leurs permettent de maintenir les marges bénéficiaires au plus haut niveau.⁵²

Les universités sont de plus en plus perçues comme des sources d'innovation industrielle.⁵³ Le néolibéralisme, par la mise en concurrence et la privatisation des services publics, inhérentes au désengagement de l'Etat dans le financement de ceux-ci, encourage les investissements privés dans la science et les partenariats entre les entreprises et les universités. Comme une entreprise, l'université doit maintenant, en plus de produire de la connaissance, la protéger et la valoriser au mieux.⁵⁴ Le renforcement du droit à la propriété intellectuelle s'est accompagné de transferts importants de technologie entre les universités et le secteur privé.⁵⁵ Dans ce contexte de marchandisation de la recherche scientifique⁵⁶ – encouragée à produire des innovations potentiellement commercialisables⁵⁷ – il n'est pas étonnant que la connaissance soit de moins en moins envisagée comme un moyen de compréhension et d'action sur le monde et la société mais uniquement comme un moyen d'accroître les marges bénéficiaires.⁵⁸ Cela nous permet de comprendre des pratiques très répandues dans le milieu de la production de connaissances médicales comme le *ghostwriting* ou le financement de leaders d'opinions (KOL) par les industriels pour influencer le débat scientifique.

Une déclaration de la Commission européenne de 2002 traduit parfaitement cet état de fait :

« Le temps où, traditionnellement, les savoirs acquis dans l'espace scientifique académique constituait un patrimoine ouvert, mis à la disposition de tous, appartient au passé. Dans le champ des connaissances, production rime aujourd'hui avec protection et exploitation. »⁵⁹

A ce stade, il est légitime de soulever la contradiction majeure entre la réduction des budgets alloués à la recherche scientifique et l'enseignement supérieur, au vu de l'importance stratégique de la connaissance dans les politiques économiques à travers le monde. Pour Christian Laval, ce qui se joue là est la production d'un contexte de recherche *de facto* orienté de plus en plus vers le secteur privé avec un contrôle institutionnel fort.⁶⁰

⁵¹ Laval, C., *op. cit.*, 2015, p. 13

⁵² Laval, C., *op. cit.*, 2015, p. 12

⁵³ Moore, K., Kleinman, D.L., Hess, D. *et al.*, « Science and neoliberal globalization: a political sociological approach », 2011, p. 511

⁵⁴ Laval, C., *op. cit.*, 2015, p. 12

⁵⁵ Moore, K., Kleinman, D.L., Hess, D. *et al.*, *op. cit.*, 2011, p. 511

⁵⁶ Stengers, I., James, W., « Une autre science est possible ! Manifeste pour un ralentissement des sciences », 2017

⁵⁷ Holloway, K., *op. cit.*, 2014, p.114

⁵⁸ Laval, C., *op. cit.*, 2015, p. 12

⁵⁹ Commission européenne, « Vers un marché des connaissances », 2002, p. 16

⁶⁰ Laval, C., *op. cit.*, 2015, p. 10

Le néolibéralisme n'a donc pas simplement refaçonné notre modèle économique, il a également eu un impact sur la manière de mener la recherche scientifique en imposant ses codes et ses pratiques liées à la compétitivité et à l'entrepreneuriat.⁶¹ Dans ce contexte de réduction des financements publics, d'accroissement du souci de compétitivité et d'opportunité de revenus issus des transferts de technologie, la gestion et l'administration des universités se sont vues influencer par des pratiques de management dérivées du secteur privé.⁶² La formation ne sort pas indemne de ces logiques concurrentielles. L'abaissement des exigences pour améliorer les chiffres, la privatisation croissante des enseignements avec le financement de chaires par l'industrie ont accru la vulnérabilité des filières d'enseignement aux logiques du marché. Ces changements ont été identifiés par Slaughter et Leslie sous les termes de « academic capitalism ».⁶³ L'une des caractéristiques de ce capitalisme universitaire est l'attention portée aux performances des services académiques, mesurées à l'aide de technologies de l'information, d'audits externes et d'indicateurs (nombre de brevets déposés, placement en emplois des étudiants, etc.). De manière générale, les universités s'inspirent donc de codes et de pratiques initialement développés dans le monde de l'entreprise.⁶⁴

b. La transformation néolibérale de l'université

Le nouveau modèle de gestion des universités pousse ces dernières à multiplier leurs sources de financements tout en leur imposant une réduction des subventions publiques. Le modèle de l'université entrepreneuriale inspiré des Etats-Unis s'est installé peu à peu chez nous. Cette nouvelle université répond à des exigences de performances économiques, là où la vieille université était tournée vers la connaissance désintéressée. La concurrence entre les universités est au centre de cette réforme. La mise en compétition des universités pousse ces dernières à être les plus performantes possibles pour attirer les subsides, les meilleurs chercheurs et le plus d'étudiants possibles. Selon les défenseurs du modèle concurrentiel, l'égalitarisme pousse à l'inertie et plus les universités et les chercheurs seront mis en compétition entre eux et plus ils viseront « l'excellence ».⁶⁵

Comme nous l'avons remarqué plus haut, dans la théorie néolibérale, l'Etat ne s'efface pas totalement au profit du marché, il met en place les conditions pour que celui-ci puisse se développer au mieux. C'est également vrai dans le cas des universités. L'Etat néolibéral, par la création d'agences de gestion, pilote la mise en place du modèle entrepreneurial de l'université et de la recherche dans le but d'en améliorer l'efficacité.⁶⁶

En 1999, le processus de Bologne a transformé l'université européenne dans le cadre de l'économie mondialisée de la connaissance en s'inspirant du modèle entrepreneurial avec la concurrence pour la performance comme leitmotiv. L'évaluation de la performance des universités suppose la mise en place de dispositifs de contrôle particuliers. Les gestionnaires jouissent d'un droit de regard sur les politiques universitaires d'enseignement et de recherche. Des relations hiérarchisées, à l'instar de ce que l'on peut trouver dans les entreprises, s'installent là où elles étaient égalitaires.⁶⁷

⁶¹ Moore, K., Kleinman, D.L., Hess, D. *et al.*, *op. cit.*, 2011, p. 514

⁶² Moore, K., Kleinman, D.L., Hess, D. *et al.*, *op. cit.*, 2011, p. 512

⁶³ Slaughter, S., Leslie, L., « Academic capitalism: Politics, policies, and the entrepreneurial university », 1997

⁶⁴ Moore, K., Kleinman, D.L., Hess, D. *et al.*, *op. cit.*, 2011, p. 512

⁶⁵ Laval, C., *op. cit.*, 2015, p. 14

⁶⁶ Laval, C., *op. cit.*, 2015, p. 15

⁶⁷ *Ibid.*

La mise en concurrence des universités entre elles est la nouvelle norme de régulation et de répartition des subventions publiques. Pour ce faire, des outils d'évaluation *ad hoc* ont été créés, permettant aux autorités régulatrices d'octroyer les fonds aux universités et aux centres de recherche en fonction de leurs performances. Des statistiques ont été réalisées afin de mesurer la productivité et la performance des centres de recherche et des universités sans tenir compte de leurs particularités contextuelles.⁶⁸ L'objectif de ce contrôle sur la base des résultats est d'inciter un certain comportement dans le chef des acteurs académiques et de la recherche : celui de valoriser au maximum la production de la connaissance. Auparavant, l'évaluation de la connaissance s'effectuait sur le modèle du contrôle par les pairs, institué au cœur d'une société savante. Aujourd'hui, ce système a tendance à évoluer vers une évaluation sur base d'indicateurs de performance et d'excellence. Dans le cadre actuel des réductions budgétaires, l'inégalisation dans l'accès aux financements (dans les conditions matérielles) par la comparaison et la compétition exerce une pression forte sur les administrateurs et les chercheurs. Ce système amène les acteurs à se comporter de manière à consolider le modèle concurrentiel qui finit par s'imposer comme la norme. Les orientations des établissements vont dans le sens de la valorisation économique de la connaissance produite.⁶⁹

Il en résulte que les modalités d'évaluation de la recherche exercent une emprise croissante sur la gestion des institutions universitaires, comme en témoigne par exemple la production de classements et de palmarès comme celui de Shanghai. Outre l'absence de valeur scientifique de ce palmarès, due à la diversité contextuelle des objets étudiés et à la faiblesse des indicateurs choisis, ils n'ont d'autre but que d'exercer une pression sociétale sur les universités par la compétition.⁷⁰ Il importe de voir son établissement en bonne position afin d'attirer les étudiants et de voir gonfler son enveloppe de subsides. De tels *ranking* ne produisent pas une connaissance scientifique sur le fonctionnement des universités. Ils ne respectent d'ailleurs même pas les standards élémentaires d'exigence et de qualité qui régissent la production de savoirs scientifiques. La communication et le marketing prennent le pas sur les activités scientifiques réelles. Avec ces réformes, le milieu universitaire a tendance à perdre son autonomie et à s'éloigner de son objectif initial de construction d'une connaissance scientifique, désintéressée et ouverte à tous.⁷¹

c. L'influence grandissante de l'industrie pharmaceutique

Les étudiants de médecine sont plongés dans cette université néolibérale caractérisée par les liens omniprésents avec les PHARMAS.⁷² L'influence de l'industrie au sein des facultés de médecine peut alors être considérée comme habituelle de la formation médicale. Si elle n'est pas remise en question ou, du moins, discutée, cette caractéristique néolibérale de la formation médicale devient normale et incontestable.⁷³ L'Etat, qui coupe dans les fonds pour la recherche médicale, laisse la porte ouverte aux entreprises privées et à l'industrie pharmaceutique qui viennent combler ce « vide ».⁷⁴

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ Laval, C., *op. cit.*, 2015, p. 16

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ Laval, C., *op. cit.*, 2015, p. 17

⁷² Tout au long de ce travail, pour le confort de lecture, nous utiliserons l'abréviation « PHARMAS » pour qualifier les entreprises pharmaceutiques et de dispositifs médicaux.

⁷³ Holloway, K., *op. cit.*, 2014, p.115

⁷⁴ Polster, C., « The future of the liberal university in the era of the global knowledge grab », 2000

Dans ce contexte, l'industrie pharmaceutique a vu son influence considérablement augmenter dans la médecine ainsi qu'au sein des universités. Le concept de « pharmaceuticalisation » est éclairant à ce point. Il est défini par Williams *et al.* comme étant « the translation or transformation of human conditions, capabilities and capacities into opportunities for pharmaceutical intervention »⁷⁵. En d'autres termes, il s'agit de l'augmentation de l'utilisation des médicaments pour traiter les conditions sociales, comportementales et corporelles des êtres humains par des médecins et/ou par les patients eux-mêmes⁷⁶. Le patient est considéré, dans cette conception de la médecine, comme une source potentielle de profit au travers de la vente de traitements médicaux. Moncrieff relie ce phénomène au consumérisme et à l'individualisme, valeurs exaltées par la pensée néolibérale. Par la publicité et grâce à la dérégulation des marchés, les PHARMAS parviennent à faire passer des comportements normaux pour des troubles mentaux et donc, transforment les citoyens en « consommateurs » d'un nombre toujours plus important de médicaments.⁷⁷

Le secteur pharmaceutique est caractérisé par un registre technico-scientifique qui demande un niveau d'expertise élevé. Cela légitime la participation des firmes et de leurs consultants dans le processus d'élaboration et de contrôle des normes qui réglementent le secteur. La dimension particulièrement technique et scientifique de l'activité pharmaceutique contribue à renforcer toujours le poids de l'industrie par rapport aux autres acteurs de la décision publique.⁷⁸ L'autonomisation du secteur privé dans le façonnement de l'environnement réglementaire qui régit les activités pharmaceutiques implique le retrait progressif des pouvoirs publics. Les recommandations, les codes d'éthique, les bonnes pratiques qui en résultent font partie de la *soft law*. L'Etat néolibéral promeut ce modèle d'autorégulation et délègue jusqu'à la production des normes aux acteurs du marché.⁷⁹

Nous constatons des logiques similaires entre les réformes néolibérales qui impactent le milieu hospitalier et le monde de la recherche scientifique universitaire. La mise en concurrence généralisée des acteurs a placé les indicateurs de mesure des performances au premier rang des préoccupations, supplantant le souci de la qualité des soins dans le cas de l'hôpital et la production d'une connaissance indépendante et désintéressée dans le cas des universités. La gestion de ce système basé sur la performance et le rendement économique s'est accompagné d'une forme de « bureaucratie néolibérale » reprenant des techniques managériales du monde de l'entreprise pour l'allocation des ressources et la définition des orientations politiques. Ces secteurs, auparavant très indépendants, ont vu leur autonomie s'amenuiser au profit des agences gestionnaires et des entreprises privées, venues combler le manque de financement impliqué par les restrictions budgétaires.

Ces développements sur la place toujours plus grande laissée au secteur privé dans la production et la transmission des savoirs, le façonnement de la connaissance et la manière d'exercer la médecine nous amènent à éclaircir deux notions : celle d'influence et celle de conflit d'intérêts. L'Etat, dans la conception néolibérale de l'économie, est assigné à mettre en place et à maintenir l'ordre du marché. Les entreprises privées s'imposent comme les acteurs majeurs de ce modèle socioéconomique et exercent une influence toujours grandissante sur les différentes

⁷⁵ Williams, S.J., Martin, P., Gabe, J., « The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis », 2011, p. 711

⁷⁶ Abraham, J., « The sociological concomitants of the pharmaceutical industry and medications », 2010, p. 290

⁷⁷ Moncrieff, J., « Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism », 2006, p. 301

⁷⁸ Goethals, C., Wunderle, M., « Le secteur pharmaceutique en Belgique », 2018, p.22

⁷⁹ « Le néolibéralisme entre théorie et pratique. Entretien avec André Orléan » 2013, p. 13

composantes de la société. La politique, la recherche, la santé et l'éducation ne font pas exception. L'industrie pharmaceutique déploie d'importants moyens pour faire valoir ses intérêts auprès du monde médical. Son influence s'accroît et les situations de conflits d'intérêts (CI) peuvent avoir des conséquences problématiques.

4. La notion d'influence

Dans un article sur l'influence dans la stratégie des entreprises, Aubry Springuel définit le concept d'influence d'une entreprise comme :

« [...] sa capacité à modifier les préférences, les intérêts et les aspirations de ses parties prenantes et de la société en général, de manière à les faire agir dans le sens de ses propres préférences, intérêts et aspirations, aux yeux de ses décideurs. En d'autres termes, pour atteindre les objectifs de l'entreprise, ses membres peuvent utiliser des techniques d'influence pour attirer l'attention ou marquer les esprits ou, encore, pour diffuser des arguments ou guider des choix. Ces pratiques visent les clients, les fournisseurs, les prestataires et tous les autres acteurs dont les liens sont essentiels pour que ses ressources soient allouées et valorisées. »⁸⁰

L'influence est un processus lent et continu qui s'exerce sur le long terme. Elle peut revêtir différentes formes : l'échange d'informations, l'octroi de récompenses, d'avantages matériels ou moraux, la persuasion par l'argumentation, etc. Dans la seconde partie du présent travail, nous analyserons les moyens employés par les PHARMAS pour influencer les acteurs du monde médical.

5. La notion de conflit d'intérêts (CI)

Dans son article sur les CI financiers dans la médecine, Thompson donne une définition du conflit d'intérêts :

« A conflict of interest is a set of conditions in which professional judgment concerning a primary interest (such as a patient's welfare or the validity of research) tends to be unduly influenced by a secondary interest (such as financial gain). »⁸¹

Il s'agit donc d'une situation où l'intérêt premier, le devoir professionnel du médecin, du scientifique ou de l'enseignant - généralement le bien-être du patient, une recherche médicale indépendante ou la transmission de savoirs objectifs - est mis à mal par ce que Thompson appelle un « intérêt secondaire ». Cet intérêt secondaire n'est pas forcément illégitime et peut constituer un aspect de la pratique professionnelle du scientifique. Il ne s'agit pas forcément d'éliminer ce second intérêt mais de prêter attention à l'importance relative qu'il occupe dans la prise de décisions professionnelles. Il faut veiller à ce que cet intérêt secondaire ne domine pas l'intérêt primaire et légitime dans le processus décisionnel du professionnel concerné.⁸² Un lien d'intérêt ne serait donc pas gênant en soi mais risque de devenir problématique si l'intérêt secondaire prend le pas sur l'intérêt primaire.

⁸⁰ Springuel, A., « L'influence dans la stratégie des entreprises », 2011, p. 154

⁸¹ Thompson, D.-F., « Understanding Financial Conflicts of Interest », 1993, p.573

⁸² *Ibid.*

Dans un article, le JAMA Network donne une autre définition, plus simple, des CI. Cette définition tend à occulter la diversité des intérêts et des attachements mis en reliefs dans la définition de Thompson. Cependant, comme le JAMA est une institution dans le monde médical, il nous a semblé important de rapporter leur point de vue sur la question :

« Conflict of interest describes a situation in which a person is or appears to be at risk of acting in a biased way because of personal interests. »⁸³

La *Haute Autorité de Santé* dans son « Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts » apporte une nuance en différenciant « liens d'intérêts » et « conflits d'intérêts » :

« 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. »⁸⁴

Une littérature scientifique abondante a démontré l'influence des CI et des liens entre l'industrie pharmaceutique et les médecins sur la prise de décision et sur la manière de prescrire de ceux-ci.^{85,86,87} Les liens entre les médecins et l'industrie pharmaceutique (financements, cadeaux ou avantages) peuvent influencer la manière dont ils publient les résultats de leurs recherches, ce qu'ils enseignent à leurs étudiants et leur manière de prescrire les médicaments.⁸⁸ Les médecins ont généralement tendance à se percevoir comme moins vulnérables que leurs collègues à l'influence de la promotion et du marketing des PHARMAS.⁸⁹ Cependant, des études montrent que les liens avec l'industrie pharmaceutique ont tendance à augmenter le coût de la prescription et à mettre à mal la relation de confiance entre le patient et le médecin.⁹⁰ Les étudiants de médecine se retrouvent confrontés à la promotion pharmaceutique dès le début de leur formation à l'université.^{91,92} Cet état de fait pose les bases de la nécessité d'encadrer ces interactions au niveau des lieux de formation et de préparer les étudiants à gérer les CI potentiels de manière appropriée.⁹³ Nous reviendrons plus en détail sur les possibles effets négatifs des CI dans la partie *Background* de ce travail.

⁸³ Muth, C.-C., « Conflict of Interest in Medicine », 2017, p. 1812

⁸⁴ Haute Autorité de Santé, « Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts », 2013, p.5

⁸⁵ Fickweiler, F., Fickweiler, W., Urbach, E., « Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: a systematic review », 2017

⁸⁶ Lieb, K., Scheurich, A., « Contact between Doctors and the Pharmaceutical Industry, Their Perceptions, and the Effects on Prescribing Habits », 2014

⁸⁷ Spurling, G.-K., Mansfield, P.-R., Montgomery, B.-D. *et al.*, « Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review », 2010

⁸⁸ Muth, C.-C., *op. cit.*, 2017, p. 1812

⁸⁹ Lieb, K., Scheurich, A., *op. cit.*, 2014, p. 4

⁹⁰ Fickweiler, F., Fickweiler, W., Urbach, E., *op. cit.*, 2017, p. 10

⁹¹ Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., « Medical students' exposure to and attitudes about the pharmaceutical industry: a systematic review », 2011, p. 3

⁹² Lieb, K., Koch, C., « Medical students' attitudes to and contact with the pharmaceutical industry: a survey at eight German university hospitals », 2013, p. 584

⁹³ Mosch, L.-K., Balciunas, J., de Jong, R., Réka Süli, O., « EMSA European Health Policy Pillar - Conflicts of Interest in Medical Education Settings », 2019, p. 2

Sans prétendre poser un cadre théorique conceptuellement homogène, cette partie du présent mémoire nous a permis de planter le décor. Il propose une analyse théorique du contexte social, économique et politique dans lequel évoluent actuellement les acteurs du monde médical : médecins, chercheurs et étudiants. Il permet de saisir le cadre plus général dans lequel surviennent les interactions entre les médecins et les entreprises privées au cours de leur formation et durant la pratique de leurs activités professionnelles. Le retrait progressif de l'Etat du financement et de la gestion de la sphère publique fait le nid de l'influence croissante des marchés, du secteur privé et, dans le cas particulier qui nous intéresse, de l'industrie pharmaceutique. Dès lors, cette question de l'influence constitue, sans doute, le problème central qui se pose dans un contexte managérial et néolibéral de vulnérabilité aux financements privés. L'analyse des interactions entre les travailleurs de la santé et les PHARMAS au travers du prisme néolibéral, nous permet d'éviter de tomber dans le moralisme individuel et dans le procès d'intention. Le propos de ce travail n'est certainement pas de vouloir porter la faute sur des acteurs qui se rendraient coupables d'une forme de fraude ou d'un défaut de déontologie. Le cadre conceptuel que nous exposons ici nous permet d'envisager les interactions avec le secteur privé comme inhérentes à une forme institutionnalisée et structurée de raréfaction dans l'allocation des ressources publiques. Dans la partie suivante nous allons voir, plus concrètement, les vecteurs d'influence de l'industrie du médicament. Il s'agit de comprendre l'impact de cette influence qui commence, comme nous allons le voir, aux stades préliminaires de la formation médicale. Les outils de la promotion pharmaceutique, s'ils peuvent parfois paraître anodins n'en demeurent pas moins efficaces et largement répandus. C'est ce que nous allons, à présent, tenter de démontrer.

4. Background

1. Le secteur pharmaceutique en Belgique

En 2014, la production du secteur de la santé au niveau mondial s'élevait à 997 milliards USD, dont 442,6 milliards USD de valeur ajoutée brute. L'Europe contribuait à 32,3% de cette valeur ajoutée.⁹⁴ Le secteur pharmaceutique est extrêmement normé. En raison de l'importance de ces enjeux réglementaires, les entreprises du secteur déploient d'importants moyens en activité de lobbying afin de peser sur les décisions politiques qui les concernent. L'industrie pharmaceutique a déclaré environ 40 millions d'euros de dépenses en lobbying auprès des institutions européennes pour l'année 2014. C'est quinze fois plus que les associations de consommateurs dans le domaine de la santé, ce qui donne une idée du rapport de force qui existe dans ce secteur.⁹⁵

La Belgique occupe une place non négligeable dans le secteur pharmaceutique au niveau européen. Elle se démarque dans le domaine de la R&D avec 13,8% des investissements réalisés par des entreprises situées en Belgique. Le pays se classe en deuxième position derrière l'Allemagne en termes absolus. Ses entreprises réalisent également 9,5% de la production de ce secteur d'activité à l'échelle européenne.⁹⁶

Au sein de l'économie belge, l'industrie pharmaceutique est également un secteur de taille. En 2016, il représentait 981 entreprises et totalisait 50.147 ETP pour une valeur ajoutée brute de 14,7 milliards EUR.⁹⁷ Dans ce secteur fortement mondialisé, les Etats et les régions se livrent

⁹⁴ Goethals, C., Wunderle, M., *op. cit.*, 2018, p. 50

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ Goethals, C., Wunderle, M., *op. cit.*, 2018, p. 54

⁹⁷ Goethals, C., Wunderle, M., *op. cit.*, 2018, p. 58

une concurrence forte pour attirer les investissements des entreprises qui génèrent de l'activité et des emplois sur leur territoire.⁹⁸ Les pouvoirs publics belges ont donc œuvré à la création d'un environnement favorable aux PHARMAS afin de développer des atouts et des avantages comparatifs. Pour ce faire, ils ont mis en place des politiques de soutien à la recherche et à l'innovation dans le secteur pharmaceutique. Cela va du financement de l'enseignement supérieur aux cadeaux fiscaux accordés pour les chercheurs en passant par des mesures facilitant les ponts entre le secteur privé et le monde académique.⁹⁹

2. La promotion pharmaceutique dans son contexte

En 2018, les dépenses mondiales en médicaments ont atteint 1.200 milliards USD¹⁰⁰ contre 712 milliards USD en 2008 (+68.5%).¹⁰¹ Selon les prévisions de IQVIA,¹⁰² le marché mondial du médicament dépassera, en 2023, les 1.500 milliards USD.¹⁰³ Aux Etats-Unis, entre 1980 et 2010, les dépenses en médicaments sous ordonnances sont passées de 53 à 831 dollars par personne (+1468%).¹⁰⁴ Pour l'année 2017, dans les pays de l'OCDE, les dépenses en produits pharmaceutiques se sont élevées, en moyenne, à 564 USD par personne. Pour les Etats-Unis et la Belgique, ce chiffre s'élevait respectivement à 1220 USD et 689 USD par personne. Les médicaments sur ordonnance représentent 75% du chiffre, le reste étant consacré aux médicaments en vente libre et aux produits médicaux divers. Ces dépenses sont en constante augmentation depuis plusieurs décennies.¹⁰⁵ Le marché des produits médicaux est en constante évolution – avec la mise en vente de nombreux nouveaux médicaments – et qui représente un potentiel et un enjeu considérable pour les PHARMAS.

Celles-ci dépendent d'importantes sommes d'argent pour la recherche, le développement, la production, la promotion et la distribution de nouveaux médicaments. En raison des investissements importants et du temps nécessaire pour développer un médicament, les industriels protègent leurs créations avec des brevets. Ils en tirent argument pour justifier le régime actuel de propriété intellectuelle qui leur réserve l'exclusivité des droits de production sur ces produits pendant une durée déterminée, ce qui leur assure d'importantes marges bénéficiaires. Afin de maximiser le retour sur investissement, les PHARMAS ont développé des techniques de marketing et de promotion complexes visant à augmenter les ventes de leurs produits.¹⁰⁶

Les industriels mettent généralement en avant les coûts de développement des médicaments pour justifier les prix élevés de ceux-ci. Cependant, des études démontrent que les PHARMAS dépensent généralement autant (voire plus) pour la promotion que pour la recherche et le

⁹⁸ Goethals, C., Wunderle, M., *op. cit.*, 2018, p. 74

⁹⁹ Goethals, C., Wunderle, M., *op. cit.*, 2018, p. 78

¹⁰⁰ IQVIA Institute, « The Global Use of Medicine in 2019 and Outlook to 2023 », 2019

¹⁰¹ Mintzes, B., Laing, R., Reed, T., Ewen, M., Hayes, L., & Piriou, C., « Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre - Un manuel pratique », 2013, p. 11

¹⁰² Anciennement Quintiles and IMS Health, Inc., il s'agit d'une entreprise de services pour l'industrie pharmaceutique. Nous n'avons pas été en mesure d'identifier à quels termes l'acronyme fait référence.

¹⁰³ IQVIA Institute, *op. cit.*, 2019

¹⁰⁴ Dave, D., M., « Effects of pharmaceutical promotion : a review and assessment », 2013, p.3

¹⁰⁵ OECD, « Health at a Glance 2019: OECD Indicators », 2019

¹⁰⁶ Tielrooij, B., « Internship report. Pharmaceutical promotion in medical and pharmacy education in the Netherlands: Readiness for curriculum change », 2016, p. 9

développement.¹⁰⁷ Un rapport de l'*Institute for Health and Socio-Economic Policy*¹⁰⁸ montre qu'en 2015, sur les 100 entreprises pharmaceutiques américaines les plus importantes, 89 dépensent plus en marketing et ventes qu'en recherche et développement. Le rapport pointe également des modifications dans les politiques de R&D des grandes firmes en raison de la diminution des retours sur investissement de la recherche (perte de brevets, durcissement des réglementations, etc.).¹⁰⁹ Elles se désengagent de la recherche à haut risque – coûteuse mais réellement innovante – qu'elles délèguent aux petites entreprises de biotechnologie et aux organismes publics de recherche.¹¹⁰ Les PHARMAS choisissent plutôt d'investir dans le développement des produits « blockbusters » ou dans des médicaments peu innovants dits « me too », similaires à ceux qui existent déjà sur le marché et pas forcément plus efficaces.¹¹¹ Un rapport d'enquête de la Commission européenne a montré qu'entre 2000 et 2007, les PHARMAS à travers le monde ont dépensé, en moyenne, 17% de leur chiffre d'affaires en R&D contre 23% pour les activités promotionnelles et le marketing.¹¹²

Entre 1996 et 2010, aux Etats-Unis, les dépenses pour la promotion pharmaceutique sont passées de 11,4 à 29,3 milliards de dollars.¹¹³ En 2013, les dépenses mondiales pour la promotion et le marketing pharmaceutiques ont atteint un montant de 85 milliards d'USD.¹¹⁴ Une étude a estimé que pour l'année 2004, aux Etats-Unis, les PHARMAS ont dépensé environ 61.000 USD par médecin en marketing et promotion.¹¹⁵ Il a été calculé que pour chaque dollar investi dans la promotion pharmaceutique, le rendement moyen était de 8,34 USD en 2004.¹¹⁶ La promotion des médicaments sur ordonnance se limite généralement à ceux qui sont protégés par des brevets,¹¹⁷ ce qui permet d'établir une corrélation entre l'augmentation des investissements dans la promotion des médicaments et l'augmentation des dépenses en médicaments sur ordonnance par personne ces dernières années aux Etats-Unis.

L'OMS définit la promotion pharmaceutique comme étant :

« All informational and persuasive activities by manufacturers, the effect of which is to induce the prescription, supply, purchase and/or use of medicinal drugs. »¹¹⁸

La promotion pharmaceutique englobe donc de nombreuses techniques et activités différentes utilisées par les firmes pour accroître leurs ventes. L'objectif des dépenses en activités promotionnelles est de maximiser les rentrées d'argent pour les entreprises et les actionnaires.¹¹⁹ Les industriels affirment que la promotion fournit également des informations

¹⁰⁷ Gagnon, M.-A., Lexchin, J., « The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States », 2008, p. 29

¹⁰⁸ IHSP, « The R&D Smokescreen - The Prioritization of Marketing & Sales in the Pharmaceutical Industry », 2016, p. 1-6

¹⁰⁹ Terry, C., & Lesser, N., « Ten years on Measuring the return from pharmaceutical innovation 2019 », 2019

¹¹⁰ Goethals, C., Wunderle, M., *op. cit.*, 2018, p. 66-67

¹¹¹ Mintzes, B., Laing, R., Reed, T., Ewen, M., Hayes, L., & Piriou, C., *op. cit.*, 2013, p. 11

¹¹² European Commission, « Pharmaceutical Sector Inquiry - Final Report », p. 48

¹¹³ Dave, D., M., *op. cit.*, 2013, p. 3

¹¹⁴ CEDEGIM, « Worldwide Pharma Industry Marketing investment flat in 2013 », 2014

¹¹⁵ Gagnon, M.A., Lexchin, J., *op. cit.*, p. 32

¹¹⁶ Mintzes, B., Laing, R., Reed, T., Ewen, M., Hayes, L., & Piriou, C., *op. cit.*, 2013, p. 19

¹¹⁷ Dave, D., M., *op. cit.*, 2013, p. 3

¹¹⁸ Norris, P., Herxheimer, A., Lexchin, J., Mansfield, P., « Drug promotion: what we know, what we have yet to learn. Reviews of materials in the WHO/HAI database on drug promotion », 2005, p. 3

¹¹⁹ Garai, P., « Advertising and promotion of drugs », 1964

scientifiques et éducatives aux professionnels de la santé. La question fait débat au sein de la communauté médicale et les avis divergent. Des études montrent que certains médecins perçoivent les méthodes promotionnelles des firmes comme une source d'information utile.¹²⁰ D'autres ont démontré que les informations fournies par les firmes étaient souvent incomplètes, biaisées en faveur des effets positifs du médicament promu,¹²¹ sans en indiquer les effets potentiellement dangereux.¹²² L'exposition à la promotion pharmaceutique affecterait le comportement professionnel du médecin en modifiant la qualité, la quantité, la fréquence et le coût de ses pratiques de prescription.¹²³ Des études ont montré que les incitations des PHARMAS induisent également des pratiques de prescription incompatibles avec les guides de pratiques cliniques, une diminution de prescription des médicaments génériques et une augmentation des prescriptions de médicaments de marque.¹²⁴ Pour la HAI,¹²⁵ le marketing pharmaceutique a trois effets négatifs potentiels :

- Il a un impact négatif sur la santé des individus et de la communauté ;
- Il met à mal la confiance qu'ont les patients envers les professionnels de la santé en tant qu'experts indépendants protégeant l'intérêt général ;
- Il a un impact négatif sur le coût des soins de santé et sur la durabilité des systèmes de santé.

Un groupe de chercheurs français a récemment publié les résultats d'une étude de 2016 éclairante à ce sujet. Ils ont étudié l'impact des cadeaux des PHARMAS sur les habitudes de prescription de 41257 médecins généralistes français. Leurs résultats suggèrent que les médecins qui n'ont pas reçu de cadeau pratiquent une prescription plus efficace et moins coûteuse, avec des montants de remboursement par l'assurance maladie plus bas que pour les médecins ayant reçu des cadeaux par les PHARMAS.¹²⁶

a. L'illusion de l'unique invulnérabilité

En dépit des nombreuses études qui existent sur le sujet, de nombreux médecins pensent ne pas subir l'influence de la promotion et du marketing des firmes dans leur pratique médicale.¹²⁷ Une étude de 2001, sans doute un peu datée mais largement citée comme référence, montre que les médecins, s'ils se pensent invulnérables à l'influence de la promotion médicale (dans ce cas, la visite des délégués médicaux) pensent l'inverse de leurs collègues qui, eux, y seraient vulnérables.¹²⁸ Ce phénomène, qui conduit à croire que seuls les autres sont vulnérables à

¹²⁰ Fischer, M.A., Keough, M.E., Baril, J.L. *et al.*, « Prescribers and pharmaceutical representatives: why are we still meeting? », 2009, p. 795-801.

¹²¹ HAI, « Fact or Fiction. What Healthcare Professionals Need to Know about Pharmaceutical Marketing in the European Union », 2016, p. 16

¹²² Mintzes, B., Lexchin, J., Sutherland, J.M. *et al.*, « Pharmaceutical sales representatives and patient safety: a comparative prospective study of information quality in Canada, France and the United States », 2013, p. 1368

¹²³ Spurling, G.K., Mansfield, P.R., Montgomery, B.D. *et al.*, *op. cit.*, 2010, p. 1

¹²⁴ Smith, S.R., Hams, M., Wilkinson, W., « Conflict of interest policy guide for medical schools and academic medical centers », 2013, p. 3

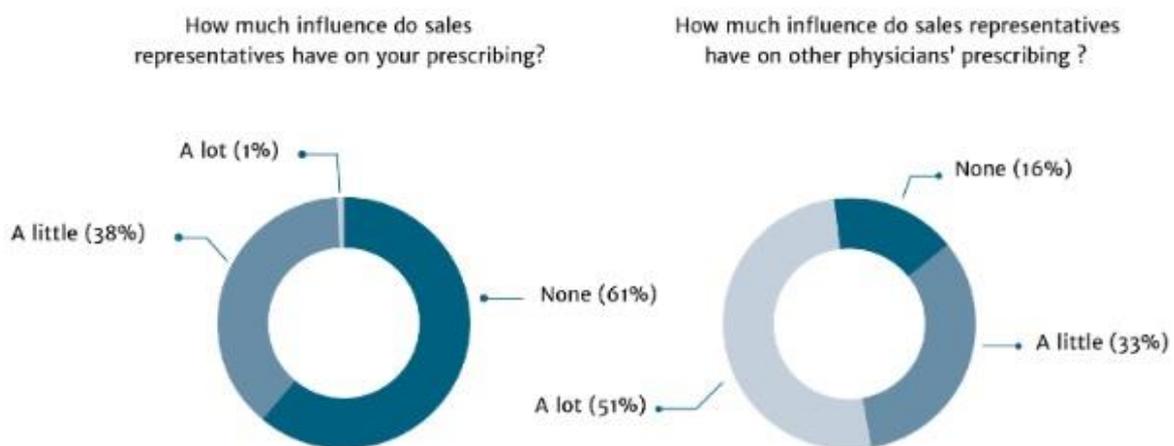
¹²⁵ HAI, *op. cit.*, 2016, p. 1

¹²⁶ Goupil, B., Balusson, F., Naudet, F., Esvan, M., Bastian, B., Chapron, A. *et al.*, « Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016: retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases », 2019, p. 1

¹²⁷ Zipkin, D.A., Steinman, M.A., « Interactions between pharmaceutical representatives and doctors in training. A thematic review », 2005, p. 777

¹²⁸ Steinman, M.A., Shlipak, M.G., McPhee, S.-., « Of Principles and Pens: Attitudes and Practices of Medicine Housestaff toward Pharmaceutical Industry Promotions », 2001, p. 555-556

l'influence des firmes s'appelle l'*illusion de l'unique invulnérabilité*.¹²⁹ Ce phénomène a également pu être identifié dans une étude sur l'exposition des étudiants de médecine et leur attitude par rapport à l'industrie pharmaceutique. Selon l'étude, deux tiers des étudiants affirmaient être immunisés aux biais induits par la promotion pharmaceutique. Ces mêmes étudiants affirmaient, au contraire, que leurs congénères et les médecins étaient, eux, influencés par les techniques promotionnelles.¹³⁰ Une autre étude, réalisée sur des étudiants en médecine allemands, a également présenté des résultats similaires.¹³¹ Le schéma suivant montre à quel point les médecins pensent être influencés par la visite des délégués médicaux (gauche) et à quel point ils pensent que les autres médecins sont, eux, influencés par cette technique promotionnelle (droite) :



(Source : Steinman *et al.*, 2001 ; dans HAI, 2016)

b. Les vecteurs de la promotion

Les médecins et les professionnels de la santé, par leur pouvoir de prescription, jouent un rôle central dans le système des soins aux personnes. Pour cette raison, ils sont la cible principale des activités de promotion pharmaceutique, mais pas uniquement.¹³² La littérature fait généralement la différence entre deux types d'activités promotionnelles : la *direct-to-consumer advertising* (DTCA) (« la publicité destinée directement aux consommateurs ») et la *direct-to-physician promotion* (DTPP) (« la promotion destinée aux médecins »).¹³³ Les publicités pharmaceutiques à destination du public et des consommateurs sont interdites en Europe pour les médicaments sur ordonnance, il n'y a qu'aux Etats-Unis et en Australie que cette pratique est autorisée. Les médicaments sans prescription, eux, peuvent faire l'objet de publicité orientée vers le consommateur (télévision, magazines, etc.).¹³⁴ L'AFMPS est chargée de la régulation pour la Belgique en matière de promotion pharmaceutique.¹³⁵ Les services de communication des PHARMAS ont développé une approche à canaux multiples pour s'assurer que les professionnels de la santé perçoivent leurs messages promotionnels via des sources

¹²⁹ Sagarin, B.J., Serna, S.B., Cialdini, R.-., Rice, W.E., « Dispelling the Illusion of Invulnerability: The Motivations and Mechanisms of Resistance to Persuasion », 2002, p.533

¹³⁰ Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2011, p.3

¹³¹ Lieb, K., Koch, C., *op. cit.*, 2013, p. 584

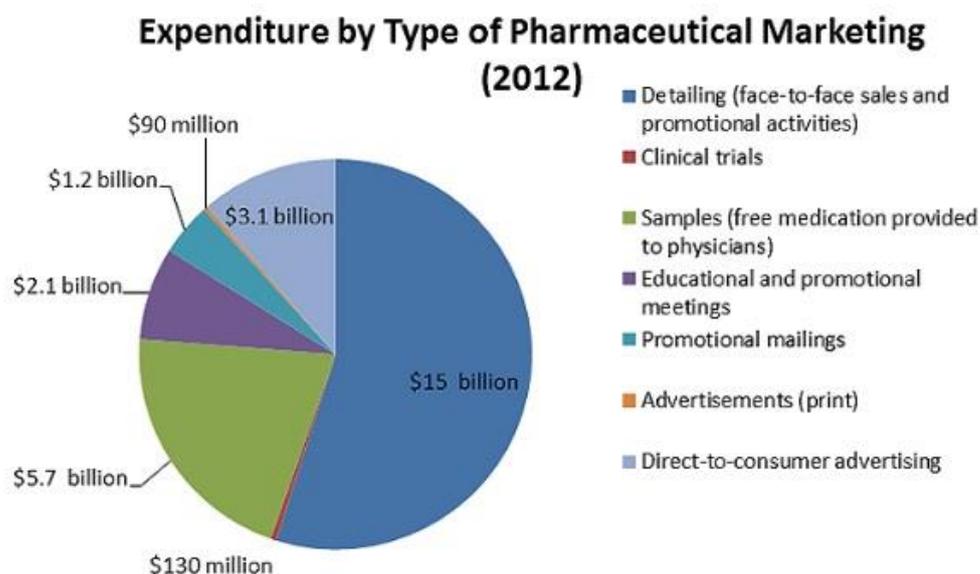
¹³² HAI, *op. cit.*, 2016, p. 1

¹³³ Dave, D., M., *op. cit.*, 2013, p. 3

¹³⁴ Goethals, C., Wunderle, M., *op. cit.*, 2018, p. 14

¹³⁵ Leyh, D., « BRAS. Advertising for medicines addressed to the public », 2014

d'informations variées. Ces stratégies sont inspirées des principes de la psychologie sociale et l'influence y est exercée de manière dissimulée.¹³⁶ Il est important pour les professionnels de comprendre ces techniques marketing afin de les appréhender de manière critique et d'y répondre adéquatement.¹³⁷ De nombreux praticiens rapportent une exposition régulière à la promotion pharmaceutique.¹³⁸ Cependant, comme nous le verrons dans la suite de ce travail, le marketing pharmaceutique fait son apparition très tôt dans la formation des étudiants.¹³⁹ Ces techniques promotionnelles sont alors intégrées, par habitude, comme une composante normale de la médecine par les futurs médecins. Ce graphique nous offre une vision des dépenses de l'industrie pharmaceutique américaines, ventilées en fonction des principales techniques promotionnelles :



(Source: Cegedim Strategic Data, 2012 U.S. Pharmaceutical Company Promotion Spending (2013))

Il existe de nombreuses techniques promotionnelles utilisées par les firmes pour mettre en avant leurs produits. Ces techniques sont complémentaires, elles se combinent et se renforcent mutuellement pour, au final, produire une influence, parfois dissimulée, mais non négligeable sur les professionnels de la santé et leurs habitudes de prescription. Comme ce n'est pas le propos essentiel de ce travail d'analyser les techniques commerciales des industriels, nous n'allons pas les étudier plus en profondeur. Il faut cependant noter l'importance de préparer les étudiants de médecine à identifier ces espaces d'influence afin qu'ils puissent en neutraliser les effets négatifs et ce, dès qu'ils y sont confrontés.¹⁴⁰ Comme nous allons le voir plus en détail plus loin dans ce travail, l'influence de la promotion médicale s'exerce sur les étudiants de médecine avant même qu'ils ne soient inscrits à l'université.

¹³⁶ Sah, S., Fugh-Berman, A., « Physicians under the Influence: Social Psychology and Industry Marketing Strategies », 2013, p. 665

¹³⁷ HAI, *op. cit.*, 2016, p. 15

¹³⁸ Mintzes, B., Lexchin, J., Sutherland, J.M. *et al.*, *op. cit.*, 2013, p. 1368

¹³⁹ Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2011, p.3

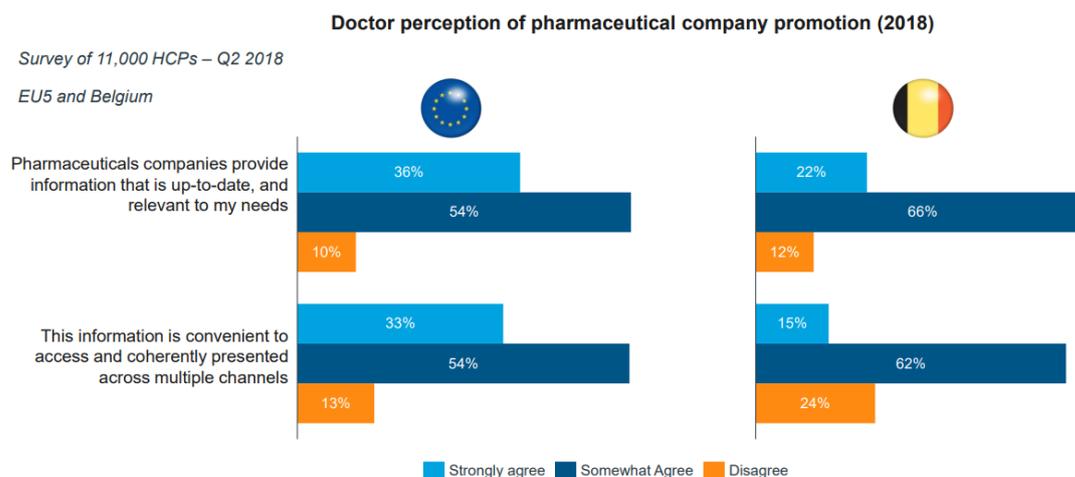
¹⁴⁰ La Santos, A., « Pharmaceutical Marketing. Report on Education on Pharmaceutical Promotion in Medical Training », 2017, p.3-4

Voici ce que dira le Professeur Adriane Fugh-Berman, au sujet des relations, nécessaires mais parfois ambiguës, entre les médecins et l'industrie pharmaceutique :

« Corporate support of continuing medical education courses, meals, and treats are not merely our just rewards for being hardworking, dedicated doctors. The illusion that the relationship between medicine and the drug industry is collegial, professional, and personal is carefully maintained by the drug industry, which actually views all transactions with physicians in finely calculated financial terms. Drug representatives are paid to be nice to us, as long as we cooperate, sustaining our market share of targeted drugs and limiting our continuing medical education lectures to messages that increase drug sales. This is an unspoken agreement, but no less clear for being covert. »¹⁴¹

c. La législation sur la promotion pharmaceutique et l'autorégulation en Belgique

Nous avons vu, à travers les points abordés ci-dessus que de nombreuses études remettent en cause la qualité et la fiabilité des informations fournies directement par les PHARMAS aux professionnels de la santé. Cependant, de nombreux médecins continuent de considérer la promotion pharmaceutique comme une source utile de connaissance sur les médicaments et les nouveaux traitements. Le graphique¹⁴² ci-dessous nous montre la perception que les médecins européens et belges avaient de la promotion pharmaceutique en 2018 :



(Source: IQVIA ChannelDynamics Doctor Perception of MCM Survey May 2018)

Les recommandations des différentes études que nous avons analysées mettaient en avant l'importance de la mise en place d'un cadre législatif pour réguler le marketing pharmaceutique. Dans cette partie, nous allons nous pencher sur le contexte législatif belge et les initiatives d'autorégulation en matière de promotion pharmaceutique.

En Belgique, la réglementation des médicaments à usage humain¹⁴³ repose sur la *Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code*

¹⁴¹ Fugh-Berman, A., « Doctors must not be lapdogs to drug firms », 2006, p. 1027

¹⁴² Smith, A., Bervelt, P., « Discover pharma promotional spend in 2018 », 2018

¹⁴³ FAMHP, « Regulations regarding advertising for medicinal products for human use. General dispositions »

communautaire relatif aux médicaments à usage humain (articles 86 à 100). Cette directive est transposée dans :

- La *Loi sur les Médicaments du 25 mars 1964* dont les articles 9 et 10 fixent les règles générales en matière d'information et de publicité sur les médicaments (amendés le 16/12/2004 pour l'article 10 et le 01/05/2006 pour le 9)
- L'*arrêté royal du 7 avril 1995* relatif à l'information et à la publicité concernant les médicaments à usage humain.
- L'*arrêté royal du 11 janvier 1993* fixant les conditions dans lesquelles la remise de médicaments à usage humain sous forme d'échantillons peut être effectuée.

L'article 9 de la *Loi sur les Médicaments* définit la *publicité pour des médicaments* comme : « toute forme de démarchage d'information, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la fourniture, la vente ou la consommation de médicaments ».¹⁴⁴

Dans l'article 10 de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments est formulée l'interdiction, dans le cadre de la prescription, la délivrance ou la fourniture de médicaments ou de dispositifs médicaux, d'offrir ou d'accorder, de manière directe ou indirecte, des primes et avantages pécuniaires ou en nature aux professionnels de la santé.¹⁴⁵ L'alinéa 2 de l'article 10 prévoit tout de même trois exceptions à cette interdiction pour :

- Les primes et les avantages de valeur négligeable et qui ont trait à l'exercice de la profession ;
- L'invitation et la prise en charge des frais de participation, y compris l'hospitalité, à des manifestations scientifiques de professionnels du secteur de la santé (avec des conditions cumulatives) ;
- L'indemnisation pour les prestations légitimes et à caractère scientifique pour autant qu'elle demeure dans des limites raisonnables.

Sont donc, notamment, interdits l'octroi de libéralités dans l'intérêt personnel du bénéficiaire (activités récréatives, etc.) et la prise en charge de toute forme d'hospitalité en dehors du cadre d'une manifestation scientifique.¹⁴⁶

Depuis le 1^{er} janvier 2007, la loi impose à tout producteur ou fournisseur de médicaments ou de dispositifs médicaux qui souhaite inviter un professionnel de la santé à prendre part à une manifestation scientifique se déroulant sur plusieurs jours calendrier consécutifs à l'obligation d'introduire préalablement une demande de visa. La plateforme déontologique commune des partenaires du secteur de la santé belge Mdéon s'est vu octroyer les prérogatives légales pour délivrer ce visa par l'Arrêté royal du 25 février 2007. Pour ce faire, elle bénéficie du soutien de l'*Agence Fédérale des Médicaments* (AFMPS).¹⁴⁷ La procédure de visa est basée sur le Code de déontologie de Mdéon et permet d'évaluer si l'hospitalité offerte dans le cadre de la manifestation scientifique est conforme aux conditions cumulatives décrites dans l'article 10 de la loi sur les médicaments.¹⁴⁸

¹⁴⁴ Loi sur les médicaments du 25 mars 1964 (M.B. du 06 septembre 1964)

¹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶ Mdéon, « Code de déontologie », 2018, p. 6

¹⁴⁷ Pharma.be, « L'article 10 de la Loi sur les médicaments »

¹⁴⁸ Mdéon, « Cadre légal et Code de déontologie »

i. La plateforme déontologie santé *Mdéon*

Mdéon est une plateforme déontologique commune regroupant 28 associations de professionnels de la santé et de l'industrie pharmaceutique (dont Pharma.be) avec pour objectif de créer un cadre de qualité en matière d'information et de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux. Selon le site internet de la plateforme, les professionnels de la santé et l'industrie des médicaments et des dispositifs médicaux sont partenaires dans la formation médicale continue. Ils organisent des événements scientifiques dans le but de permettre aux professionnels de la santé de maintenir leurs connaissances à jour. Les industriels financent l'organisation de ces manifestations et offrent l'hospitalité aux professionnels qui souhaitent y participer. La loi sur les médicaments impose, dans certains cas, l'obtention d'un visa préalable pour ce genre de financement. Les professionnels et les industriels du secteur de la santé ont alors créé ensemble la plateforme Mdéon afin d'assurer la procédure de visa sur le modèle de l'autorégulation.¹⁴⁹

En outre, la plateforme Mdéon a également publié un code de déontologie comprenant un certain nombre de règles qui explicitent les critères légaux de la loi sur les médicaments. Le code précise, par exemple, la notion de « primes et avantages de valeur négligeable » introduite dans l'article 10 de la loi sur les médicaments. La valeur maximale d'un cadeau ne peut excéder 50 EUR par cadeau pour un maximum de 125 EUR par année, par professionnel de la santé et par firme.¹⁵⁰ Le code fixe également la procédure à suivre par les entreprises afin d'obtenir un visa pour l'organisation, le sponsoring ou le soutien de manifestations scientifiques. Il est également prévu que Mdéon puisse rendre des avis à des professionnels sur la compatibilité de certains avantages ou activités avec le Code.¹⁵¹

ii. La plateforme *betransparent.be*

En 2015, afin d'améliorer la transparence de leurs interactions, les PHARMAS et plusieurs associations de professionnels et organisations du secteur de la santé ont développé la plateforme de transparence *betransparent.be*. Cette plateforme a pour objectif, toujours sur le modèle de l'autorégulation, de répertorier les primes et avantages accordés par l'industrie aux professionnels et aux institutions du secteur de la santé. Dans un premier temps, seules les entreprises affiliées à la plateforme y ont publié, en 2015 et 2016, sur base volontaire les rémunérations et avantages qu'elles avaient octroyés.¹⁵² Cette décision faisait écho aux obligations de transparence qui figuraient dans les codes de déontologie des associations-coupoles de l'industrie comme *pharma.be*.¹⁵³

iii. Le *Sunshine Act*

En 2017, les autorités ont décidé donner une valeur légale à cette obligation de transparence par le biais du *Sunshine Act* belge. Le terme vient des Etats-Unis, où une mesure similaire d'obligation de transparence des liens entre les médecins et l'industrie existe depuis 2010 sous le nom de *Physicians Payment Sunshine Provision* mais mieux connue sous le nom de *Sunshine*

¹⁴⁹ Mdéon, « Plateforme déontologique santé »

¹⁵⁰ Mdéon, *op. cit.*, 2018, p. 7

¹⁵¹ Mdéon, *op. cit.*, 2018, p. 4

¹⁵² *betransparent.be*, « *betransparent.be*: la transparence dans l'intérêt du patient »

¹⁵³ Pharma.be, « *betransparent.be* & *Sunshine Act* »

Act.¹⁵⁴ En France, un décret du type *Sunshine Act* (« Loi Bertrand ») existe également depuis 2013.¹⁵⁵

En Belgique, le *Sunshine Act* est instauré par la loi du 18 décembre 2016 portant des dispositions diverses en matière de santé¹⁵⁶ et exécuté par l'Arrêté Royal du 14 juin 2017 portant exécution du *Sunshine Act*.¹⁵⁷ Ces textes de loi ancrent juridiquement l'obligation de transparence des transferts de valeurs entre l'industrie et les professionnels de la santé.

Cette obligation de transparence légale impose aux firmes pharmaceutiques et de dispositifs médicaux, belges et étrangères, de documenter et de rendre annuellement publiques dans le Registre de transparence belge *betransparent.be* les primes et avantages qu'elles octroient, à partir du 1^{er} janvier 2017, directement ou indirectement, aux professionnels du secteur de la santé, aux organisations du secteur de la santé ou aux organisations de patients avec une pratique ou un siège en Belgique.¹⁵⁸ Le registre *betransparent.be* est gérée par la plateforme déontologique santé Mdéon qui a été agréée pour cela par arrêté Royal du 31 juillet 2017.¹⁵⁹ C'est l'*Agence fédérale des médicaments et produits de santé* (AFMPS) qui est responsable du contrôle du respect de la législation. Il y a des sanctions en cas de non-respect.¹⁶⁰

Pour l'année 2018, 596 entreprises ont introduit leurs données sur *betransparent.be* pour un investissement total de 219.188.627€ dans des collaborations avec des prestataires de soins, institutions de soins et organisations de patients actifs en Belgique. Sur le montant total, 124.565.831€ (57%) de primes et avantages ont été octroyé dans le cadre de la recherche scientifique. Les contributions aux frais de participation ainsi que le sponsoring des manifestations scientifiques s'élèvent à 40,2 millions € (18%). Les donations et subventions qui soutiennent les soins de santé auprès des institutions de soins représentent 11% avec 23,7 millions €. Les paiements auprès des professionnels, des institutions et des organisations de patients dans le cadre des services de consultations s'élèvent à 20,6 millions € (9%). Enfin, 9,9 millions € ont été alloué pour les soutiens financiers ou autres à direction des associations de patients (5%). En comparaison avec l'année 2017, le montant total des investissements est en hausse de 8%. Pour un total de 15.867 bénéficiaires, il y a : 184 organisations de patients, 2.347 institutions de soins et 13.336 prestataires de soins dont 57,9% de médecins spécialistes (7719).¹⁶¹

De manière globale, nous pouvons affirmer qu'en Belgique, la législation en matière de promotion pharmaceutique est relativement efficace et contraignante. L'action des pouvoirs publics et les politiques d'autorégulation se coordonnent et se complètent afin d'assurer une meilleure transparence dans les interactions entre travailleurs de la santé et industrie pharmaceutique. A titre de comparaison, dans beaucoup d'autre pays européen, la promotion

¹⁵⁴ De Block, M., « Plus de transparence dans l'industrie pharmaceutique et des technologies médicales », 2017

¹⁵⁵ HAI, *op. cit.*, 2016, p. 39

¹⁵⁶ Loi portant des dispositions diverses en matière de santé du 18 décembre 2016 (M.B. du 27 décembre 2016)

¹⁵⁷ Arrêté royal du 14 juin 2017 portant exécution du *Sunshine Act* (M.B. du 23 juin 2017)

¹⁵⁸ Mdéon, *op. cit.*, 2018, p. 39

¹⁵⁹ Arrêté Royal du 31 juillet 2017 portant agrégation de l'organisation visée à l'article 44, §1er de la loi du 18 décembre 2016 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B. du 22 août 2017)

¹⁶⁰ *betransparent.be*, « *Sunshine Act*. La transparence dans l'intérêt du patient », 2017

¹⁶¹ *betransparent.be*, « Les entreprises, prestataires de soins, institutions de soins et organisations de patients jouent à nouveau pleinement la carte de la transparence. Deuxième publication des collaborations conformément au nouveau cadre légal (*Sunshine Act*) », 2019

pharmaceutique est encadrée uniquement par des codes de conduite administrés par organes d'autorégulation de l'industrie.¹⁶²

d. L'exposition des étudiants à la promotion pharmaceutique

Comme nous l'avons déjà, en partie, exposé ci-dessus, de nombreuses études ont été réalisées sur l'exposition et l'attitude des étudiants de médecine vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique aux Etats-Unis,¹⁶³ au Canada,¹⁶⁴ en Allemagne,¹⁶⁵ en France,¹⁶⁶ en Inde,¹⁶⁷ en Norvège,¹⁶⁸ en Finlande¹⁶⁹ et au Japon.¹⁷⁰ Selon elles, la majorité des étudiants a des contacts réguliers avec les PHARMAS et serait exposée à ses techniques promotionnelles. Cette exposition au marketing des firmes revêt le plus souvent la forme de petits cadeaux, de participation à des activités éducatives sponsorisées et de contacts avec les délégués médicaux. Ces situations sont autant de sources potentielles de CI.

La situation aux Etats-Unis et au Canada est la plus documentée sur cette question.¹⁷¹ La problématique des CI dans la formation médicale y est étudiée depuis longtemps et de nombreuses initiatives ont été prises afin de les encadrer.¹⁷² En 2011, aux Etats-Unis, plus de la moitié des étudiants de quatrième année de médecine disaient recevoir des cadeaux des PHARMAS. Dans les six mois avant l'étude, 40% d'entre eux affirmaient avoir assisté à une leçon sponsorisée par une firme. Un cinquième des internes interrogés reconnaissent se tenir informés sur les médicaments par le biais des représentants pharmaceutiques. Entre la première année du cursus et la dernière année de l'internat, le nombre d'étudiants ayant déjà parlé avec un représentant pharmaceutique passe 17% à 49%.¹⁷³

Une autre étude, plus récente, a été réalisée en 2017 aux Etats-Unis sur des étudiants en phase d'inscription au sein de 14 facultés de médecine américaines. Sur 911 « pré-étudiants » ayant répondu à l'enquête, 646 (71%) avaient reçu ou avaient vu quelqu'un recevoir des cadeaux, des petits repas (snacks) ou des échantillons à des fins de marketing pharmaceutique. Ces contacts avec la promotion commerciale interviennent généralement durant les stages d'observation et

¹⁶² Zetterqvist, A.V., Merlo, J., Mulinari, S. « Complaints, Complainants, and Rulings Regarding Drug Promotion in the United Kingdom and Sweden 2004–2012: A Quantitative and Qualitative Study of Pharmaceutical Industry Self-Regulation », 2015, p. 2

¹⁶³ Keys, T., Ryan, M.H., Dobie, S., Satin, D., Evans, D.V., « Premedical Student Exposure to Pharmaceutical Marketing: Too Much, Too Soon? », 2019

¹⁶⁴ Holloway, K., *op. cit.*, 2014

¹⁶⁵ Lieb, K., Koch, C., *op. cit.*, 2013

¹⁶⁶ Etain, B., Guittet, L., Weiss, N., Gajdos, V., Katsahian, S., « Attitudes of medical students towards conflict of interest: A national survey in France », 2014

¹⁶⁷ Shahu, I. *et al.*, « Attitudes Of Medical Students Towards Relationship With Pharmaceutical Company: Do We Need A Change? », 2011

¹⁶⁸ Lea, D., Spigset, O., Slørdal, L., « Norwegian medical students' attitudes towards the pharmaceutical industry », 2010

¹⁶⁹ Vainiomäki, M., Otto, H., Lauri, V., « A national survey on the effect of pharmaceutical promotion on medical students », 2004

¹⁷⁰ Sayaka, S., Takami, M., Yasushi, M., Tetsuhiro, M., « Medical students' attitudes toward interactions with the pharmaceutical industry: a national survey in Japan », 2018

¹⁷¹ Holloway, K., *op. cit.*, 2014

¹⁷² Voir à ce sujet la campagne « *Just Medicine* » de l'AMSA, [En ligne] <https://www.amsa.org/advocacy/just-medicine-campaign/>

¹⁷³ Austad, K.E., Avorn, J., Franklin, J.M., Kowal, M.K., Campbell, E.G., Kesselheim, A.S., « Changing interactions between physician trainees and the pharmaceutical industry: a national survey », 2013, p. 1066-1068

les expériences cliniques qui sont requise par les écoles de médecine pour l'inscription des futurs étudiants.¹⁷⁴

En Allemgane, en 2010, le nombre d'étudiants stagiaires ayant eu un contact direct avec un délégué médical passe de 21% en première année d'externat à 77% en dernière année. La majorité des étudiants (80%) a déclaré accepter des cadeaux sponsorisés par les PHARMAS. Là aussi, la tendance à accepter les cadeaux augmente de 70% à 97% entre la première et la dernière année d'étude.¹⁷⁵ Une autre étude indique que seulement 12% des étudiants n'ont jamais accepté un cadeau ou participé à un évènement sponsorisé. 24% d'entre eux ont déjà assisté à une activité éducative sponsorisée par des PHARMAS et 66% ont déjà accepté un cadeau non-éducatif.¹⁷⁶

Les étudiants français rapportent également une exposition importante à la promotion. Ils étaient 64%, en 2012, à avoir déjà rencontré un représentant de l'industrie pharmaceutique et 63% avaient déjà reçu un cadeau offert par une firme. Ces chiffres augmentent de manière importante entre le début et la fin de la formation des étudiants.¹⁷⁷

Au Japon, en 2016, plus de 98% des étudiants stagiaires avaient déjà accepté un petit cadeau, un bloc-notes, une brochure ou un repas de la part de l'industrie pharmaceutique ; et 80% d'entre eux avaient déjà participé à un séminaire sponsorisé. Les interactions avec les PHARMAS se sont avérées significativement plus fréquentes pour les étudiants en stage que pour les étudiants en début de formation. Seulement 30% de ceux-ci ont rapporté avoir eu des interactions avec l'industrie.¹⁷⁸

Un fait intéressant a pu être relevé dans plusieurs études différentes. Environ deux tiers des étudiants ont affirmé avoir reçu du matériel éducatif (des stylos et des blocs-notes) avec des logos d'entreprises pharmaceutiques par des professeurs. Dans leur étude, Austad *et al.* ont montré que 17% des étudiants de quatrième année et des internes se sont vu recommander d'assister à un évènement sponsorisé par une firme pharmaceutique par un supérieur.¹⁷⁹ Dans certains cas, les étudiants rapportent avoir été invités à participer à des repas sponsorisés par des entreprises.¹⁸⁰ Dans d'autres cas, ce sont directement des médecins supérieurs qui leur ont donné des cadeaux promotionnels, dont majoritairement des stylos.¹⁸¹ Dans l'étude de Soyk *et al.*, 51% des étudiants stagiaires ont déclaré avoir été tenu de participer à un repas sponsorisé par un supérieur.¹⁸² Cela est à mettre en comparaison avec le rôle de modèle que reconnaissent explicitement les étudiants à leurs professeurs et l'influence qu'ils exercent sur leurs habitudes de prescription.¹⁸³

¹⁷⁴ Keys, T., Ryan, M.H., Dobie, S., Satin, D., Evans, D.V., *op. cit.*, 2019, p. 722

¹⁷⁵ Jahnke, K., Stephan, M., Schmidt, C.O., Kochen, M., Chenot, J.-F., « German medical students' exposure and attitudes toward pharmaceutical promotion : A cross-sectional survey », 2014, p. 2

¹⁷⁶ Lieb, K., Koch, C., *op. cit.*, 2013, p. 586

¹⁷⁷ Etain, B., Guittet, L., Weiss, N., Gajdos, V., Katsahian, S., *op. cit.*, 2014, p. 3

¹⁷⁸ Sayaka, S., Takami, M., Yasushi, M., Tetsuhiro, M., *op. cit.*, 2018 p. 8

¹⁷⁹ Austad, K.E., Avorn, J., Franklin, J.M., Kowal, M.K., Campbell, E.G., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2013, p. 1066-1068

¹⁸⁰ Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2011, p. 9

¹⁸¹ Lieb, K., Koch, C., *op. cit.*, 2013, p. 587

¹⁸² Soyk, C., Pfefferkorn, B., McBride, P., Rieselbach, R., « Medical Student Exposure to and Attitudes about Pharmaceutical Companies », 2010, p. 144

¹⁸³ Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2011, p. 9

Bien qu'il n'existe pas d'étude similaire réalisée sur les étudiants de médecine en Belgique, nos entretiens nous ont permis de relever des similitudes avec les différentes situations étudiées. Les étudiants que nous avons interrogés nous ont généralement affirmé que les interactions avec l'industrie pharmaceutique étaient relativement limitées lors des premières années d'études en faculté. Le contact avec les firmes augmenterait, cependant, au fur et à mesure des années d'étude. Lors des stages en hôpital, la promotion pharmaceutique se manifesterait nettement plus fréquemment via les contacts avec les délégués médicaux, les repas et meeting sponsorisés, les échantillons de médicaments et les petits cadeaux.¹⁸⁴ Nous voyons, dès lors, un schéma général se dessiner selon lequel les futurs médecins se voient de plus en plus confrontés aux techniques de marketing des firmes au fur et à mesure qu'ils s'autonomisent dans leur pratique de la médecine.

e. Perceptions et attitudes des étudiants vis-à-vis de la promotion pharmaceutique

De manière globale, nous pouvons dégager des dynamiques similaires au sein de ces différentes études, notamment sur la perception qu'ont les étudiants de la promotion des PHARMAS. En général, les étudiants approuvent comme éthiquement acceptables les repas sponsorisés, les objets de faible valeur et les cadeaux avec un objectif éducatif.¹⁸⁵ Presque tous les étudiants de médecine allemands (92%) considèrent approprié le fait d'accepter de petits cadeaux et 78% d'entre eux n'ont pas d'objection au fait de recevoir des cadeaux de plus grande valeur.¹⁸⁶ Environ la moitié des étudiants allemands pensent qu'accepter un cadeau est parfois acceptable car cela n'a que peu d'influence sur eux. La même portion d'étudiants pensent que les cadeaux sont acceptables en raison de leur situation financière délicate.¹⁸⁷ Une autre raison avancée est que la plupart de leurs congénères les acceptent.¹⁸⁸ En France, seulement 21% des étudiants interrogés avaient le sentiment qu'un repas sponsorisé par les PHARMAS représentait une situation potentielle de CI.¹⁸⁹ Cependant, la majorité des étudiants estime qu'il est inapproprié d'accepter un cadeau d'une valeur supérieure à 50 EUR¹⁹⁰ ainsi que le paiement des frais de déplacements pour une conférence, un forfait vacances, ou des activités sociales offertes.¹⁹¹

Bien que les étudiants estiment généralement les informations fournies par les PHARMAS comme étant biaisées, ils trouvent les activités éducatives sponsorisées comme de bonnes sources d'information pour leur formation^{192,193}. Plus de la moitié des étudiants allemands (60%) trouvent le matériel éducatif offert par les PHARMAS (guides de poches, imprimés, brochures, etc.) comme utile dans le cadre de leurs études.¹⁹⁴ Bien qu'ils reconnaissent à 92% qu'elles ne présentent pas les avantages et les désavantages des traitements de manière égale et complète, ils considèrent pour la moitié d'entre eux que les informations fournies par les firmes sont un moyen utile pour connaître les médicaments.¹⁹⁵ En Norvège, la moitié des étudiants

¹⁸⁴ Etain, B., Guittet, L., Weiss, N., Gajdos, V., Katsahian, S., *op. cit.*, 2014, p. 2

¹⁸⁵ Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2011, p.3

¹⁸⁶ Jahnke, K., Stephan, M., Schmidt, C.O., Kochen, M., Chenot, J.-F., *op. cit.*, 2014, p.4

¹⁸⁷ Lieb, K., Koch, C., *op. cit.*, 2013, p. 586

¹⁸⁸ Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2011, p.3

¹⁸⁹ Etain, B., Guittet, L., Weiss, N., Gajdos, V., Katsahian, S., *op. cit.*, 2014, p. 2

¹⁹⁰ Lieb, K., Koch, C., *op. cit.*, 2013, p. 586

¹⁹¹ Soyk, C., Pfefferkorn, B., McBride, P., Rieselbach, R., *op. cit.*, 2010, p.145

¹⁹² Austad, K.E., Avorn, J., Franklin, J.M., Kowal, M.K., Campbell, E.G., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2013, p. 1066

¹⁹³ Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2011, p.3

¹⁹⁴ Lieb, K., Koch, C., *op. cit.*, 2013, p. 587

¹⁹⁵ Jahnke, K., Stephan, M., Schmidt, C.O., Kochen, M., Chenot, J.-F., *op. cit.*, 2014, p.4

considèrent qu'il est acceptable que les PHARMAS sponsorisent des cours et des conférences.¹⁹⁶ L'industrie pharmaceutique est identifiée, dans certains cas, comme une source d'information fiable pour apprendre sur les thérapies existantes.¹⁹⁷

Plus les étudiants avancent dans leur formation et commencent leurs stages en hôpital, plus ils ont tendance à penser qu'il est éthiquement acceptable d'accepter des cadeaux de la part des PHARMAS.¹⁹⁸ Les étudiants stagiaires japonais ont eux aussi une tendance nettement plus élevée à trouver les cadeaux sponsorisés appropriés et acceptables que les étudiants en début de formation.¹⁹⁹ De la même manière, aux Etats-Unis, plus les étudiants avancent dans leur cursus et moins ils pensent que l'exposition à la promotion pharmaceutique va influencer leur prescription. Ils vont également moins penser que ces interactions menacent la confiance du public envers le corps médical et penser davantage que la promotion est une bonne source d'information.²⁰⁰

Les étudiants les plus sceptiques vis-à-vis du marketing pharmaceutique sont également les moins enclins à trouver les cadeaux des PHARMAS appropriés.²⁰¹ Selon Austad *et al.*, il y a un lien entre l'exposition des étudiants au marketing des PHARMAS et la perception qu'ils ont de ce marketing. Les étudiants ayant été en interactions avec les PHARMAS ont tendance à avoir une meilleure perception de la promotion pharmaceutique que ceux qui n'ont pas eu ces contacts. Ils ont tendance à se montrer davantage sceptiques quant aux possibles implications négatives des interactions avec l'industrie.²⁰² Il y aurait également un lien entre le nombre de cadeaux reçus et la croyance que la visite des délégués médicaux n'influence pas la prescription.²⁰³

Dans l'ensemble des différentes études, nous pouvons constater que les étudiants ont tendance à considérer que les autres étudiants sont plus vulnérables à la promotion pharmaceutique et à se penser immunisés eux-mêmes de ses effets pervers.²⁰⁴ Les cadeaux n'auraient pas d'influence sur leurs futures habitudes de prescription.^{205,206}

L'étude d'Austad *et al.* montre également trois faits intéressants. Les étudiants d'une faculté ayant mis en place des politiques restrictives en matière de CI se sont montrés davantage critiques envers les stratégies marketing des PHARMAS que les étudiants d'une école sans politique. De la même manière, des étudiants réalisant un stage dans un hôpital avec une politique de restriction du marketing direct des PHARMAS se sont montrés davantage critiques envers les messages promotionnels. Enfin, suite à une réforme nationale – en Finlande – limitant

¹⁹⁶ Lea, D., Spigset, O., Slørdal, L., *op. cit.*, 2010, p. 731

¹⁹⁷ Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2011, p. 7

¹⁹⁸ Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2011, p. 3

¹⁹⁹ Sayaka, S., Takami, M., Yasushi, M., Tetsuhiro, M., *op. cit.*, 2018 p. 3

²⁰⁰ Austad, K.E., Avorn, J., Franklin, J.M., Kowal, M.K., Campbell, E.G., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2013, p. 1067

²⁰¹ Sierles, F.S., Kessler, K.H., Mintz, M. *et al.*, « Changes in medical students' exposure to and attitudes about drug company interactions from 2003 to 2012: a multi-institutional follow-up survey », 2015, p. 1142

²⁰² Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2011, p. 4

²⁰³ Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2011, p. 6

²⁰⁴ Austad, K.E., Avorn, J., Franklin, J.M., Kowal, M.K., Campbell, E.G., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2013, p.1066

²⁰⁵ Soyk, C., Pfefferkorn, B., McBride, P., Rieselbach, R., *op. cit.*, 2010, p. 145

²⁰⁶ Lea, D., Spigset, O., Slørdal, L., *op. cit.*, 2010, p. 729

le marketing des PHARMAS au sein des lieux de stages, le nombre d'étudiants estimant que la promotion médicale influencerait leurs décisions futures a diminué significativement.²⁰⁷

f. La préparation des étudiants aux interactions avec les PHARMAS

La majorité des étudiants français (85%) ne se sent pas formée de manière adéquate sur la question des CI.²⁰⁸ En Allemagne, la plupart des étudiants (90%) affirment que la question des interactions avec les PHARMAS n'est jamais abordée durant les cours. Plus de la moitié (65%) d'entre eux ne se sent pas préparée à de telles interactions et 60% se montre intéressés par une formation sur ce sujet.²⁰⁹ Aux Etats-Unis, nous retrouvons les mêmes tendances : 78% des étudiants déclarent n'avoir reçu qu'une formation limitée sur la gestion des interactions avec les délégués médicaux et 71% d'entre eux ont reçu des informations incomplètes sur les relations avec l'industrie.²¹⁰

Aux Etats-Unis, une autre étude montre qu'à peine un quart des étudiants se dit 'vraiment préparé' à reconnaître les CI dans ses relations avec l'industrie.²¹¹ En Norvège, deux étudiants sur trois s'estiment incompetents pour gérer les interactions avec l'industrie et presque tous les étudiants pensent qu'il est nécessaire d'organiser des activités afin de les y préparer.²¹²

L'ensemble des étudiants se dit favorable à ce que la faculté prenne des mesures afin d'encadrer les interactions PHARMAS-étudiants et d'interdire aux délégués médicaux de rencontrer ces derniers.^{213,214} Ils sont également favorables à une obligation de divulgation des CI pour les Professeurs à chaque début de leçon.^{215,216,217} Dans le cas de la Belgique, cette pratique ne nous a été confirmée par aucune des interviews que nous avons réalisées auprès des étudiants belges.

Pour conclure ce point sur l'exposition des étudiants de médecine à la promotion pharmaceutique et leur attitude envers cette dernière, nous allons citer une étude de Sierles *et al.*²¹⁸ parue en 2015. Ils y ont étudié les changements dans l'exposition des étudiants de médecine aux PHARMAS et leurs attitudes entre 2003 et 2012. Les résultats suggèrent que l'exposition des étudiants à la promotion pharmaceutique a diminué de manière significative entre 2003 et 2012. Les étudiants n'ayant jamais reçu un cadeau ou participé à un événement sponsorisé sont passés de 0% en 2003 à 21% en 2012. Ils sont moins enclins à accepter les interactions avec les firmes tout en étant davantage conscients que les cadeaux peuvent les influencer. Les étudiants se montrent également significativement plus sceptiques à l'égard du marketing pharmaceutique que ce qu'ils ne l'étaient en 2003. Pour expliquer cette diminution des interactions entre les PHARMAS et les étudiants et l'influence que celles-ci peuvent avoir sur le comportement de prescription des futurs médecins, les auteurs de l'étude mettent en avant

²⁰⁷ Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2011, p. 6

²⁰⁸ Etain, B., Guittet, L., Weiss, N., Gajdos, V., Katsahian, S., *op. cit.*, 2014, p. 2

²⁰⁹ Jahnke, K., Stephan, M., Schmidt, C.O., Kochen, M., Chenot, J.-F., *op. cit.*, 2014, p. 4

²¹⁰ Soyk, C., Pfefferkorn, B., McBride, P., Rieselbach, R., *op. cit.*, 2010, p. 145

²¹¹ Austad, K.E., Avorn, J., Franklin, J.M., Kowal, M.K., Campbell, E.G., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2013, p. 1067

²¹² Lea, D., Spigset, O., Slørdal, L., *op. cit.*, 2010, p. 731

²¹³ Soyk, C., Pfefferkorn, B., McBride, P., Rieselbach, R., *op. cit.*, 2010, p. 145

²¹⁴ Austad, K.E., Avorn, J., Franklin, J.M., Kowal, M.K., Campbell, E.G., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2013, p. 1067

²¹⁵ Soyk, C., Pfefferkorn, B., McBride, P., Rieselbach, R., *op. cit.*, 2010, p. 145

²¹⁶ Etain, B., Guittet, L., Weiss, N., Gajdos, V., Katsahian, S., *op. cit.*, 2014, p. 2

²¹⁷ Lea, D., Spigset, O., Slørdal, L., *op. cit.*, 2010, p. 731

²¹⁸ Sierles, F.S., Kessler, K.H., Mintz, M. *et al.*, *op. cit.*, 2015

la mise en place de politiques d'encadrement des CI. En effet, en 2012, sur les huit facultés étudiées dans cette étude, sept avaient obtenu des notes de A, B ou C dans le cadre du classement des facultés de médecine américaines réalisé par l'AMSA,²¹⁹ dont nous reparlerons plus loin. En 2003, seulement deux facultés disposaient de politiques restrictives sur les CI. Cela ajoute du crédit à la démarche qui est à l'initiative du présent travail de réaliser un classement des facultés belges sur le modèle de celui de l'AMSA. Comme le suggèrent les résultats de cette étude, il y a un lien entre la mise en place de politiques sur les CI – et la mise en place d'activités éducatives visant à préparer les étudiants de médecine à gérer les interactions avec les PHARMA – et une réduction de l'exposition des étudiants à la promotion pharmaceutique.

Comme le rappellent également Austad *et al.*²²⁰ l'éducation aux CI ne suffit pas. Il est important d'opérer des réformes institutionnelles en intégrant un carcan de règles pour encadrer l'influence des PHARMAS dans la formation médicale. Des interventions pour diminuer les contacts entre les étudiants et l'industrie et pour supprimer les cadeaux permettent de poser les jalons vers un « scepticisme sain » – vis-à-vis de la promotion médicale – cher à la pratique de l'*evidence-based medicine*. C'est à cet endroit que nous souhaitons amener la réflexion au sein des facultés de médecine belges. Il est, à notre sens, opportun de se nourrir de cette abondante littérature qui converge vers l'importance d'une formation médicale plus indépendante. Loin de dresser un constat alarmiste, nous avons choisi de montrer que si le chemin à parcourir reste long, de nombreuses initiatives – inspirantes – existent et font leurs preuves.

3. Pour une indépendance de la formation et une formation à l'indépendance

Pour terminer cette partie contextuelle autour de la question des interactions entre les professionnels médicaux et les PHARMAS et les possibles CI qui peuvent en découler, nous allons aborder les prises de positions en faveur d'une formation médicale plus indépendante. Aux Etats-Unis, l'*American Association of Medical Colleges*²²¹ et l'*Institute of Medicine*²²² ont appelé les centres de formation médicaux à limiter les relations entre l'industrie pharmaceutique et les médecins. Elles ont recommandé aux facultés de médecine d'intégrer le sujet des CI à leur curriculum afin de fournir aux étudiants les connaissances nécessaires sur les CI et la gestion des relations avec l'industrie. Dans son rapport de 2008, l'AAMC écrit au sujet de la formation à l'indépendance : « *Arming physicians with a healthy dose of skepticism about whatever they hear is probably one of the most powerful lessons that medical education can instill.* »²²³

En 2015, un rapport de la Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable du Conseil de l'Europe pointait qu'une « *formation spécifique tendant à faire réfléchir à l'influence de la promotion pharmaceutique et à mieux y répondre devrait donc être intégrée dans le curriculum universitaire des professionnels de santé et rendue obligatoire.* »²²⁴ En

²¹⁹ Sierles, F.S., Kessler, K.H., Mintz, M. *et al.*, *op. cit.*, 2015, p. 1144

²²⁰ Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2011, p. 10

²²¹ AAMC, « Industry Funding of Medical Education. Report of an AAMC Task Force », 2008

²²² Institute of Medicine (US), « Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice », 2009

²²³ AAMC, *op. cit.*, 2008, p. 25

²²⁴ Maury Pasquier, L., « La santé publique et les intérêts de l'industrie pharmaceutique : comment garantir la primauté des intérêts de santé publique? », 2015, p. 9

France, deux rapports parlementaires de 2006²²⁵ et 2013²²⁶ appellent à lutter contre l'ingérence des firmes dans la formation des futurs médecins et insistent sur la nécessité d'une culture d'indépendance et de transparence dans l'enseignement et dans la pratique médicale. En France également, l'association *Formindep*²²⁷ milite pour une médecine indépendante et a publié en 2016 et en 2018 le classement des facultés de médecine françaises. En Belgique, l'asbl *Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé* (GRAS) s'est positionnée en faveur d'une formation des médecins indépendante des firmes et a soutenu la publication du classement présenté dans ce travail.²²⁸

Les étudiants de médecine se mobilisent également, à travers le monde, en faveur de l'indépendance. Aux Etats-Unis, l'*American Medical Student Association* (AMSA) se mobilise depuis 2002 – au travers de leurs campagnes *Pharmfree*²²⁹ et *Just Medicine*²³⁰ – en faveur de relations entre les industriels et les travailleurs de la santé qui soient réellement dans l'intérêt du patient et d'une formation médicale indépendante. Ce sont eux qui ont initié, dès 2007, le mouvement des classements des facultés de médecine sur les critères d'indépendance. En France, l'*Association Nationale des Étudiants en Médecine de France* (ANEMF) a soutenu le projet de classement des facultés réalisé par le *Formindep*.²³¹ En 2019, l'*International Federation of Medical Students' Associations* (IFMSA),²³² l'*European Medical Students' Association* (EMSA)²³³ et la *Belgian Medical Students' Association* (BeMSA)²³⁴ se sont, elles aussi positionnées sur la question de la transparence et de l'indépendance. Elles ont rappelé le manque de formation des étudiants sur la question des CI. Elles invitent les pouvoirs publics, les universités et, plus particulièrement, les facultés de médecine à adopter des politiques et des *guidelines* afin de limiter les CI, d'encadrer l'influence de l'industrie dans la formation médicale. Elles réclament, en outre, une intégration de ces différentes questions au sein du curriculum des études de médecine afin d'y préparer de manière adéquate les étudiants. Ces associations mettent en avant l'importance de promouvoir une médecine fondée sur des preuves scientifiques dans l'intérêt de la santé des patients et du bien commun.

Dès lors, nous pouvons constater que des organisations d'étudiants, des associations du monde académique, des associations de la société civile et des institutions politiques à divers échelons de pouvoir s'emparent du sujet des CI et de l'éthique en médecine. Une lame de fond, qui trouve son origine aux Etats-Unis, porte le sujet de l'indépendance de la formation médicale au cœur du débat sur la sociologie de la santé et de la médecine. Les initiatives fleurissent partout en Europe pour replacer l'éthique au cœur de la médecine : en France,²³⁵ en Allemagne²³⁶ ou

²²⁵ Hermange, M.T., Payet, A.M., « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments », 2006, p. 104

²²⁶ Lemorton, C., Robinet, A., « Rapport d'information sur la mise en oeuvre de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé », 2013, p. 96

²²⁷ Formindep, « Nous connaître », <https://formindep.fr/nous-connaître/>

²²⁸ GRAS, « Former à l'indépendance dès l'université : une nécessité ! », 2013, p.22

²²⁹ AMSA, « Evidence and Recommendations for a Model PharmFree Curriculum », 2015

²³⁰ AMSA, « Just Medicine Campaign », <https://www.amsa.org/advocacy/just-medicine-campaign/>

²³¹ Scheffer, P., « Préparer les étudiants en médecine à affronter l'influence de l'industrie pharmaceutique : un enjeu éthique, professionnel et éducationnel », 2017, p.193

²³² IFMSA, « IFMSA Policy Document Integrity and transparency in medical education », 2019

²³³ Mosch, L.-K., Balciunas, J., de Jong, R., Réka Süli, O., *op. cit.*, 2019

²³⁴ Barcho Montes de Oca, E.A., Delcroix, S., Fouarge, E., « Medicine and the Involvement of the Pharmaceutical Industry. Policy document », 2019

²³⁵ Formindep, « Classement des facultés françaises en matière d'indépendance » <https://facs2018.formindep.fr/>

²³⁶ AG Interessenkonflikte, « Interessenkonflikte Ranking 2019 » <http://interessenkonflikte.com/>

encore en Espagne.²³⁷ Notre démarche de réaliser, en Belgique, un classement des facultés de médecine puise toute sa légitimité dans les différentes prises de position des étudiants en faveur de l'indépendance de leur formation et d'une formation à l'indépendance. Ils sont les acteurs du monde médical de demain et se saisissent de la problématique²³⁸ en raison de l'absence d'initiative de la part des autorités facultaires et des pouvoirs publics sur cette question. Les différentes études que nous avons abordées tout au long de cette section ont pointé l'importance des politiques d'encadrement des interactions entre les étudiants et les PHARMAS et ce, dès la faculté de médecine. C'est ce que nous allons tenter d'évaluer pour le cas de la Belgique dans les sections suivantes.

5. Méthodologie

Comme notre travail est articulé en deux axes complémentaires, il en va de même pour la méthodologie. Dans un premier temps, nous exposerons la méthodologie qui nous a permis de mener, avec le GRAS, l'étude sur les Facultés de Médecine belges. Dans un second temps, la méthodologie que nous avons employée afin de mener nos entretiens auprès des étudiants de médecine belges francophones afin de recueillir leurs impressions et leurs expériences quant à l'indépendance de la formation médicale vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques.

1. Le classement des facultés réalisé avec le GRAS

Pour la réalisation de notre étude sur les facultés de médecine belges, nous avons bénéficié d'un solide précédent méthodologique. En effet, des études similaires ont été réalisées d'abord aux Etats-Unis²³⁹ puis en Australie,²⁴⁰ au Canada,²⁴¹ en France²⁴² et enfin, en Allemagne.²⁴³ Nous avons pu nous appuyer sur ces acquis afin de mener à bien notre projet. Le classement français, réalisé en 2016 par l'association *Formindep*,²⁴⁴ ayant précédé de peu le déclenchement de notre étude, nous nous sommes inspirés de leur méthodologie, elle-même basée sur les critères de l'AMSA et de l'étude canadienne réalisée par Shnier *et al.*²⁴⁵

Les démarches que nous avons effectuées pour aboutir à notre classement des facultés de médecine belges sont donc très similaires à celles qui ont menées à la réalisation des classements français, canadiens et américains. Dans un premier temps, il s'est agi pour nous de répertorier les différentes universités belges proposant une formation dans le domaine de la médecine et disposant d'une faculté de médecine. Pour ce faire, nous avons consulté les différents sites internet des universités belges afin de savoir si celles-ci proposaient une formation médicale. Sur les onze universités belges, nous avons relevé dix facultés de médecine. Cinq facultés néerlandophones : l'Universiteit Antwerpen, l'UGent, l'UHasselt, la KU Leuven et la VUB ; ainsi que cinq facultés francophones : l'UCLouvain, l'ULB, l'ULiège,

²³⁷ IFMSA-Spain, « Farmacriticxs » <http://ifmsaspain.org/proyectos/farmacriticxs/>

²³⁸ Scheffer, P., *op. cit.*, 2017, p.194

²³⁹ La Revue Prescrire, « Etats-Unis : moins de firmes dans les facultés de médecine grâce aux étudiants », 2016

²⁴⁰ Mason, P., Tattersall, M.H.N., « Conflicts of interest: a review of institutional policy in Australian medical schools », 2011

²⁴¹ Shnier, A., Lexchin, J., Mintzes, B., Jutel, A., Holloway, K., « Too Few, Too Weak: Conflict of Interest Policies at Canadian Medical Schools », 2013

²⁴² Scheffer, P., Guy-Coichard, C., Outh-Gauer, D., Calet-Froissart, Z., Boursier, M., Mintzes, B. *et al.*, « Conflict of Interest Policies at French Medical Schools: Starting from the Bottom », 2017

²⁴³ Grabitz, P., Friedmann, Z., Gepp, S., Hess, L.U., Specht, L. *et al.*, « Conflict of Interest Policies at German medical schools - A long way to go », 2019

²⁴⁴ Formindep, « Méthodologie » <https://facs2016.formindep.fr/metho.html>

²⁴⁵ Shnier, A., Lexchin, J., Mintzes, B., Jutel, A., Holloway, K., *op. cit.*, 2013

l'UMons et l'UNamur. Il y a une particularité pour les universités de Mons et de Namur : celles-ci ne proposent qu'une formation médicale de premier cycle. C'est-à-dire que les étudiants peuvent y effectuer leurs trois premières années de bachelier mais doivent ensuite s'orienter vers une autre université pour effectuer leur master et leur spécialisation. Malgré cette différence, nous avons tout de même décidé de les intégrer dans notre étude car elles contribuent elles-aussi, à leur niveau, à l'apprentissage de la médecine en Belgique.

a. La recherche sur les sites internet

Dans un second temps, en décembre 2018, nous avons mené une recherche sur les sites internet de chacune des différentes facultés de médecine listées ci-dessus afin de trouver des informations ou des documents faisant état d'éventuelles politiques institutionnelles traitant, directement ou indirectement, des CI. Nous avons utilisé les mêmes mots clés pour notre recherche que ceux utilisés par le *Formindep* en France : « conflits d'intérêts », « liens d'intérêts », « industrie pharmaceutique », « laboratoire pharmaceutique », « charte » et « règlement intérieur ». ²⁴⁶ En l'absence de résultats, nous avons décidé de réitérer une recherche identique en novembre 2019 en traduisant les mots clés en Anglais en plus du Néerlandais pour effectuer nos recherches sur les sites internet des facultés flamandes.

b. Les contacts avec les Doyens

La troisième étape de notre démarche nous a conduit à envoyer, le 27 mai 2019, un courrier par voie de recommandé ²⁴⁷ ainsi qu'un courriel adressés à chaque Doyen des différentes facultés de médecine afin de les informer du projet que nous réalisons et de l'objectif poursuivi. Dans ce courrier, nous rappelons l'importance de cette thématique au regard des expériences réalisées outre-Atlantique et en France. Ainsi que les résultats positifs qu'elles ont permis d'engendrer là où les facultés ont décidé de prendre des mesures pour limiter l'influence de l'industrie pharmaceutique envers leurs étudiants. ²⁴⁸ Nous y expliquons que nos recherches sur les sites internet des différentes facultés n'ont permis de déceler aucune mention ou document faisant état d'une politique susceptible de nous intéresser. L'objectif premier de ce courrier est donc de demander s'il existe des politiques accessibles publiquement qui auraient échappé à notre vigilance et, le cas échéant, comment il serait possible d'en obtenir la consultation. Si de telles politiques étaient en cours d'élaboration, nous demandons également aux environs de quelle date celles-ci seraient finalisées. Cela permet aux Doyens et aux autorités facultaires de nous apporter des précisions, des indications et de nous envoyer toute information jugée pertinente pour l'élaboration d'un classement qui reflète, le plus fidèlement possible, la réalité du terrain. Nous exposons également aux Doyens les différents critères retenus afin de réaliser l'évaluation de leurs établissements. Ne nous intéressant qu'aux documents et politiques rendus publics par les facultés, nous informons les Doyens que les informations ne demeureront pas confidentielles et que les universités seront identifiées par leurs noms dans nos publications à ce sujet. Nous y signalons également aux Doyens qu'ils peuvent refuser de participer ou se retirer à tout moment du projet mais que toutes les politiques internes accessibles publiquement identifiées en la matière seront retenues, même en cas de retrait. L'absence de politique sera, le cas échéant, également notifiée en cas de retrait. Enfin, nous soulignons l'importance cruciale d'une

²⁴⁶ Formindep, « Méthodologie » <https://facs2016.formindep.fr/metho.html>

²⁴⁷ Voir Annexe 1 pour la version francophone du courrier, il en existe également une version néerlandophone.

²⁴⁸ Kesselheim A.S., « Drug company gifts to medical students: the hidden curriculum », 2013

collaboration active avec les Doyens afin d'obtenir des résultats reflétant le plus fidèlement possible l'état des lieux de l'indépendance de la formation médicale en Belgique.

Nous avons également mentionné la publication par les Conférences nationales des Doyens de facultés de médecine et des Doyens des facultés d'odontologie français d'une charte afin de prendre position en faveur d'une formation médicale plus indépendante.²⁴⁹ Cette charte éthique, parue le 7 novembre 2017, fait suite à la publication du classement du *Formindep* publié en 2016. De plus, afin de renforcer la légitimité de notre initiative, nous avons joint à ce courrier une lettre de recommandation de Barbara Mintzes,²⁵⁰ co-auteure du classement des facultés de médecine canadiennes ainsi que du manuel de l'OMS et de la HAI sur « Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre »,²⁵¹ qui marquait son soutien à notre projet.

A nos premiers courriers et courriels de mai 2019, nous n'avons pas obtenu de réponse de la part des bureaux des Doyens. Nous avons ensuite envoyé une série de rappels, par courriels, aux Doyens des facultés pour lesquelles nous n'avions pas reçu de réponse. Nous avons envoyé le premier rappel après la période des vacances d'été, le 31 août 2019. Nous avons envoyé un second rappel, le 30 septembre 2019. Enfin, nous avons envoyé un dernier rappel le 4 novembre 2019. Le 3 décembre 2019, nous avons à nouveau contacté les Doyens afin de leur faire parvenir nos résultats intermédiaires basés sur les informations que nous avons pu trouver. L'objectif était qu'ils puissent corriger ces résultats, les compléter et nous transmettre toute autre information que nous n'aurions pas pu trouver. Un ultime rappel leur a été envoyé à la date du 18 décembre 2019.

Cette étape est cruciale dans l'élaboration du projet car elle offre aux Doyens une possibilité de répondre et de participer à l'élaboration du classement. En effet, il est important de montrer aux autorités facultaires une réelle volonté de les impliquer dans l'étude afin d'éviter, dans le chef des facultés étudiées, une impression d'être mis au pied du mur. Il s'agit par-là d'affirmer la bienveillance qui motive notre démarche constructive en faveur d'une médecine davantage éthique.

Dans un premier temps, par souci de faisabilité, nous avons choisi, à l'instar du *Formindep*, de ne prendre en compte qu'un seul lieu de la formation médicale : les facultés de médecine dans leur ensemble. De ce fait, nous avons écarté les autres lieux de formation que sont les hôpitaux universitaires, lieux de stage des futurs étudiants ainsi que les autres endroits où se déroule la formation médicale continue (FMC). Il serait intéressant de poursuivre cette démarche en appliquant une méthodologie similaire aux autres endroits de la formation médicale comme l'ont fait, par la suite, les chercheurs français²⁵² et américains²⁵³ pour les Centres Hospitaliers Universitaires. Ceci permettrait de faire un état des lieux des politiques de lutte contre les CI tout au long du processus de formation des futurs médecins et d'émettre des recommandations globales afin de mener des politiques plus cohérentes en la matière.

²⁴⁹ Dubois Randé, J.-L., Taddei-Gross, C., « Charte éthique et déontologique des Facultés de médecine et d'odontologie », 2017

²⁵⁰ Voir Annexe 2 pour la version francophone du courrier, il en existe également une version anglophone.

²⁵¹ Mintzes, B., Laing, R., Reed, T., Ewen, M., Hayes, L., & Piriou, C., *op. cit.*, 2013

²⁵² Guy-Coichard, C., Perraud, G., Chailleu, A., Gaillac, V., Scheffer, P., Mintzes, B., « Inadequate conflict of interest policies at most French teaching hospitals: A survey and website analysis », 2019

²⁵³ La Revue Prescrire, « Etats-Unis : moins de firmes dans les facultés de médecine grâce aux étudiants », 2016, p. 60

c. L'adaptation des critères

L'enjeu central de cette étude consistait en l'élaboration de critères pertinents sur base desquels évaluer les politiques mises en place, ou non, par les facultés de médecine. A l'instar des chercheurs français qui se sont inspirés des critères utilisés par Shnier *et al.* pour établir leur système de cotation,²⁵⁴ nous nous sommes inspirés des critères de l'étude française et nous les avons adaptés au contexte propre à la Belgique. Sur la base de ces critères, nous avons établi un système de notation global afin de départager les facultés. Voici la liste des différents critères que nous avons retenus :

- 1- Cadeaux et échantillons de médicaments.
- 2- Repas.
- 3- Relations de conseil et de consultance des médecins pour les firmes.
- 4- Services de conférencier financés par l'industrie.
- 5- Activités d'éducation à la faculté.
- 6- Indemnisation pour les déplacements ou la participation aux conférences et réunions à l'extérieur de la faculté.
- 7- Auteurs fantômes (ghostwriting).
- 8- Représentants commerciaux de l'industrie.
- 9- Politique de restriction de liens d'intérêts.
- 10- Existence d'une formation adéquate sur les liens d'intérêts dans le curriculum des écoles de médecine.
- 11- Financement de l'école de médecine par l'industrie pharmaceutique.
- 12- Activités des facultés de médecine visant à promouvoir les critères belges pour un enseignement indépendant dans les hôpitaux d'enseignement affiliés.
- 13- Utilisation de la Dénomination Commune Internationale (DCI).
- 14- Critères de transparence des financements.
- 15- Exécution et sanction.

Sur les 14 critères utilisés par Scheffer *et al.*, nous en avons conservé 11 à l'identique, nous n'en avons pas retenu un et nous en avons ajouté trois. La législation française interdisant les échantillons de médicaments, l'équipe de Scheffer *et al.* avait exclu le critère numéro 11 de l'étude canadienne de Shnier *et al.* portant sur les échantillons gratuits. La législation belge autorisant les échantillons dans les conditions fixées par l'Arrêté royal du 11 janvier 1993²⁵⁵ ainsi que les primes et avantages de valeur négligeable (maximum 50 EUR par cadeau et maximum 125 EUR par année) qui ont un lien avec l'exercice de la profession,²⁵⁶ nous avons choisi de réintégrer les échantillons au critère numéro 1. Nos critères numéros 2 à 8 et numéros 10 à 12 sont directement repris de l'étude de Scheffer *et al.* Nous n'avons pas repris leur critère numéro 12, intitulé : « Soutien de l'industrie aux internes pour la publication d'articles scientifiques. » car nous avons souhaité, dans un premier temps, nous cantonner aux activités de formation des futurs médecins et pas à la recherche scientifique médicale. Les critères numéros 9, 13 et 14 de notre liste ont été rajoutés par rapport aux critères utilisés pour le classement de 2016 du *Formindep*. Le critère numéro 13 porte sur l'utilisation de la

²⁵⁴ Scheffer, P., Guy-Coichard, C., Outh-Gauer, D., Calet-Froissart, Z., Boursier, M., Mintzes, B. *et al.*, *op. cit.*, 2017, p. 4

²⁵⁵ Arrêté royal du 11 janvier 1993 fixant les conditions dans lesquelles la remise de médicaments à usage humain sous forme d'échantillons peut être effectuée

²⁵⁶ Mdéon, *op.cit.*, 2018, p. 7

Dénomination Commune Internationale (DCI),²⁵⁷ cette mesure a été intégrée aux critères de l'étude française pour l'édition 2018 de leur classement. Nous avons donc décidé de les intégrer également à nos critères car ils constituent une recommandation de l'OMS.²⁵⁸ Il en va de même pour le critère numéro 14 de notre liste, sur la transparence des financements au sein des facultés, qui correspond au critère 15 du millésime 2018 du classement du *Formindep* et qu'il nous a semblé pertinent d'intégrer également.²⁵⁹

Pour certains critères, nous avons apporté des précisions relatives aux dispositions prévues dans la législation belge. C'est le cas pour les critères numéros 1 (voir *supra.*), 2, 5 et 6. Pour le critère numéro 2 concernant les repas, nous avons précisé ce qui est stipulé dans le Code de Déontologie de Mdéon. Il y est indiqué que les repas pris en charge par les entreprises dans le cadre de la participation à une manifestation scientifique ne peuvent excéder 40 EUR pour un lunch (boissons comprises) et 80 EUR pour un dîner (boissons comprises).²⁶⁰ Pour le critère numéro 5, concernant les activités d'éducation à la faculté et notamment la formation médicale continue, le Code de Déontologie de Mdéon indique que le financement d'une activité éducative nécessite une demande de visa Mdéon (voir *supra.*). Celui-ci vérifie le respect du Code de Déontologie, dont principalement les deux points suivants : 1) Le programme scientifique constitue l'essentiel de l'évènement ; 2) Les orateurs, au vu de leur fonction, sont supposés être objectifs et scientifiques.²⁶¹ Enfin, pour le critère numéro 6 concernant l'« Indemnisation pour les déplacements ou la participation aux conférences et réunions à l'extérieur de la faculté », des précisions sont également données dans le Code de Déontologie Mdéon. Dans ce cas, l'indemnisation par une entreprise, soit du déplacement, soit de la participation, est conditionnée. Le lieu et les déplacements doivent être justifiés ; il doit y avoir une cohérence entre l'origine des participants et le lieu choisi ; le lieu choisi doit présenter un avantage en termes de compétences ou d'infrastructures et ne peut comporter d'activité sportive ou de loisirs ; enfin, le séjour ne peut se prolonger à des fins privées (sauf sous certaines conditions) et l'intervention dans les frais de déplacement doit être limitée à la durée officielle de l'évènement scientifique.²⁶²

Comme l'ont fait les études américaine, canadienne et française, nous avons choisi d'intégrer un dernier critère « d'Exécution et sanction » afin de prendre en compte l'existence d'une instance responsable de surveiller les règles et les politiques énoncées pour chacun des différents critères ; et l'existence éventuelle de sanction en cas de non-respect de ces dernières. Dans l'échelle de cotation de ce critère, nous avons instauré une gradation : la cotation la plus haute traduit l'existence « d'un comité responsable de la surveillance générale des règles énoncées » et de « sanctions [...] définies en cas de non-compliance » ; la cotation intermédiaire traduit l'existence « soit [d']un comité responsable de la surveillance des critères, soit des sanctions en cas de non-respect » et, enfin, la cotation la plus faible dénote l'absence « de politique de surveillance et de sanction ». A l'instar de l'étude française, nous n'avons pas été plus loin en vérifiant si les mesures avaient effectivement été violées ni la sévérité des sanctions.

²⁵⁷ « Les dénominations communes internationales (DCI) identifient les substances pharmaceutiques ou les principes actifs pharmaceutiques. Chaque DCI est une appellation unique reconnue au niveau mondial et qui relève du domaine public. On parle aussi de nom générique. » (OMS)

²⁵⁸ OMS, « Les dénominations communes internationales (DCI) »

²⁵⁹ Formindep, « Classement des facultés françaises en matière d'indépendance »

²⁶⁰ Mdéon, « Frequently Asked Questions »,

²⁶¹ Mdéon, *op.cit.*, 2018, p. 10

²⁶² Mdéon, *op.cit.*, 2018, p. 15-17

En effet, cela demande un suivi de terrain et une méthodologie contextuelle coûteuse en temps et en ressources.

d. Le système de notation

Chaque critère est doté d'une échelle de cotation standardisée graduée de 0 à 2. La note de 0 correspond à l'absence de politique ou à une politique permissive ; la note de 1 correspond à une politique en la matière limitée et la note de 2 correspond à une politique exemplaire. A l'instar des chercheurs français et canadiens,²⁶³ nous avons additionné les notes individuelles obtenues par chaque université sur les 15 critères de notre étude, pour une note maximale de 30 chaque critère ayant le même poids.

Nous avons l'opportunité, via le GRAS, d'obtenir un budget afin de financer la réalisation d'un site internet sur lequel nous publierons nos résultats sous la forme d'un tableau. Afin de rendre ce tableau plus lisible et ergonomique, nous avons opté, à l'instar de l'AMSA et du *Formindep*,²⁶⁴ pour un système de graduation de type « A,B,C,D » :

- A : Un A est attribué aux facultés mettant en place des politiques estimées excellentes en matière d'encadrement des CI. Ce grade correspond à un score égal ou supérieur à 26 points selon nos critères, soit un résultat égal ou supérieur à 85% du score maximum.
- B : Un B est octroyé à des facultés disposant de politiques modérées de gestion des CI. Ce grade correspond à un score situé entre 22 et 26 points et entre 72% et 85% du score maximal.
- C : Un C correspond à des politiques faibles et peu efficaces. Les facultés se voyant octroyer ce grade ont obtenu un score situé entre 17 et 22 points, soit entre 56% et 72% du score maximum.
- D : Ce grade est attribué aux facultés réalisant un score inférieur à 17 points. Il correspond à des politiques insuffisantes en matière de gestion des CI.
- I : Les facultés pour lesquelles nous n'avons trouvé aucun résultat et pour lesquelles nous n'avons pas reçu de réponse se sont vues attribuer une note I pour « Insuffisant ». Celles-ci seront invitées à nous communiquer leurs éventuelles rectifications et politiques afin que nous puissions ajuster nos résultats dans le cadre d'un futur classement.

Veillez trouver la liste complète avec nos différents critères et leur système de notation graduel à l'annexe numéro 3.

Une fois que nous avons rassemblé toutes les informations et les données que nous avons pu obtenir - via les deux recherches sur les sites internet des facultés, via les contacts avec les Doyens et par le biais des contacts personnels avec les étudiants et les enseignants dans le cadre de nos entretiens semis-directifs – nous nous sommes réunis le 16 novembre 2019. Deux personnes ont attribué, de manière non concertée, des scores aux facultés pour chacun de nos critères. Bien que ceux-ci soient objectifs, cette méthode d'attribution des points a été choisie afin d'écartier d'éventuels biais d'interprétation qui auraient pu subsister. Les membres du GRAS travaillant sur ce projet et nous-même avons, ensuite, validé les résultats obtenus et les désaccords ont été résolus par le biais de discussions. Cette pratique fait, elle-aussi, écho à la

²⁶³ Scheffer, P., Guy-Coichard, C., Outh-Gauer, D., Calet-Froissart, Z., Boursier, M., Mintzes, B. *et al.*, *op. cit.*, 2017, p. 5

²⁶⁴ Formindep, « Méthodologie »

méthodologie utilisée par Scheffer *et al.*²⁶⁵ Enfin, nous avons additionné les scores obtenu à chacun des critères pour chacune des facultés et nous sommes arrivés à un score final compris entre 0 et 30 points.

2. Les entretiens menés auprès des étudiants de médecine

La seconde partie de ce chapitre présente l'explication de la méthodologie employée afin de réaliser nos entretiens auprès d'étudiants de médecine afin de prendre connaissance de leurs expériences et de leurs ressentis sur la thématique des CI et des interactions avec les PHARMAS.

a. Le choix de la méthode

Les techniques de récolte de données mentionnées ci-dessus présentent certaines lacunes. En effet, une recherche sur les sites internet des facultés, généralement incomplets, ne permet pas de rendre compte d'éventuelles pratiques ayant lieu sur le terrain, de façon plus ou moins informelle et ne faisant pas nécessairement l'objet de traces écrites. De même pour les sollicitations envoyées par courrier et par courriel aux Doyens qui suppose une réaction volontaire de leur part sur un sujet qui peut leur paraître secondaire vu l'ensemble des sollicitations dont ils font constamment l'objet. Le cas français nous montre qu'en 2016, sur les 37 bureaux de Doyens contactés, seuls trois ont pris la peine de répondre à l'équipe des chercheurs, dont un pour dénier la légitimité Scheffer *et al.* à mener cette enquête.²⁶⁶

Dans ce contexte, afin de pouvoir rendre compte de la réalité de terrain au sein des facultés, il nous a fallu employer d'autres méthodes afin d'appréhender et de comprendre au mieux le climat réglementaire effectivement en place, en matière de CI et d'éthique, au sein des facultés de médecine. Ainsi, nous avons souhaité établir un contact plus direct avec les premiers concernés par la question de l'indépendance, les étudiants en médecine et les membres du personnel des facultés. Ce sont eux, selon nous, qui pouvaient parler de la manière la plus objective des réalités auxquelles ils sont confrontés au quotidien ainsi que des rouages institutionnels inhérents aux facultés de médecine.

Afin de sonder les expériences, les impressions et les ressentis des étudiants et des académiques vis-à-vis de la présence de l'industrie pharmaceutique au sein des facultés de médecine, des entretiens semi-structurés nous ont semblés les plus appropriés. L'intérêt de cette méthodologie est qu'elle permet d'approfondir le sujet pour approcher l'expérience de ces publics, leurs sentiments et leurs attentes par rapport au phénomène de la formation à l'indépendance dans la médecine. Une approche qualitative s'est donc imposée. Bien que plus gourmande en temps et en énergie qu'une enquête quantitative, elle permet une meilleure compréhension du sujet et permet aux personnes interrogées d'exprimer plus librement leurs opinions sans être cantonnées à des réponses trop succinctes ou trop dirigées.²⁶⁷ Les entretiens semi-structurés permettent d'avoir une ligne conductrice commune à tous les entretiens avec les grands axes qui doivent être abordés. Avec ce type d'entretien, nous avons pu mettre la focale sur les éléments qui nous semblaient essentiels, approfondir certains sujets et demander des clarifications ou des explications aux personnes interrogées quand cela leur paraissait pertinent ou quand cela nous

²⁶⁵ *Ibid.*

²⁶⁶ Scheffer, P., Guy-Coichard, C., Outh-Gauer, D., Calet-Froissart, Z., Boursier, M., Mintzes, B. *et al.*, *op. cit.*, 2017, p. 5

²⁶⁷ Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., Chadwick, B., « Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups », 2008, p. 292

semblait nécessaire. En suivant une grille d'entretien préalablement créée, nous pouvions laisser libre cours aux réponses de la personne interrogée tout en recadrant l'entretien sur des questions pertinentes pour répondre à notre question de recherche. De plus, cette méthode de récolte de données permettant une plus grande marge d'expression aux intervenants, elle amène parfois, à soulever des points nouveaux et intéressants auxquels nous n'aurions pas nécessairement pensé spontanément. Cela nous a permis de découvrir de nombreuses facettes de la thématique de l'indépendance, apportée par le vécu ou l'expertise de la personne, auxquelles nous n'aurions pas eu accès sans cette flexibilité dans la manière de questionner.

Ces entretiens permettent d'apporter des éclairages complémentaires aux résultats de la méthode plus quantitative que constitue le classement des différentes facultés en fonction de critères objectifs préalablement définis. Ces deux approches combinées permettent une compréhension plus large du sujet étudié, les deux méthodes se combinant et s'enrichissant l'une et l'autre : les différents critères utilisés pour le classement des facultés ayant servi de bases à certaines des questions de nos entretiens.²⁶⁸

b. La sélection des personnes interviewées

Par souci de faisabilité et afin de ne pas excéder la charge de travail qu'il est raisonnable d'attendre pour la réalisation d'un TFE, nous avons choisi de nous concentrer sur les étudiants de médecine francophones pour la conduite des entretiens qualitatifs. Cette décision tient compte de la différence linguistique et du temps nécessaire à la réalisation et la retranscription des entretiens semi-directifs. Contrairement au classement des facultés de médecine belges réalisé avec le GRAS qui, lui, inclut les deux communautés linguistiques, ce deuxième volet de notre travail ne concerne donc que les universités suivantes : l'UCLouvain, l'ULB, l'ULiège, l'UMons et l'UNamur.

Au départ, nous avons fait le choix d'interroger des académiques et des étudiants issus des différentes facultés de médecines francophones. Nous avons prévu d'interroger deux étudiants et deux membres des autorités facultaires par université. Dans un premier temps, les personnes interrogées ont été sélectionnées en fonction du poste qu'elles occupaient, au sein du CHU et de la Faculté de Médecine de Liège, par souci de proximité. Cependant, deux raisons nous ont obligé à revoir nos ambitions à la baisse. D'abord, la quantité de travail et le temps nécessaire à la réalisation de chaque entretien et de sa retranscription. Ensuite, après quelques entretiens exploratoires menés auprès de personnes exerçant des responsabilités au sein de la faculté de Liège, nous nous sommes rendu compte qu'il était prématuré de rencontrer cette catégorie de répondants à ce stade de l'étude. En effet, en l'absence de résultats du classement, à ce moment, il y avait peu d'espace pour une confrontation de points de vue. Cela s'est traduit par un discours convenu et marqué par la représentation de l'institution. Les responsables peuvent ne pas être au courant des initiatives de certains professeurs engagés en faveur de l'indépendance, du contenu de certains cours ou de certains modules. Il y a également la possibilité de ne pas vouloir ternir l'image de l'institution pour laquelle on travaille sur un sujet sensible comme les CI. Enfin, il se peut qu'ils ne perçoivent pas toujours l'influence du secteur privé sur la formation des médecins comme nécessitant un encadrement ou comme pouvant présenter des effets négatifs potentiels.

²⁶⁸ Cambrosio A., Keating P., Mogoutov, A., « Mapping Collaborative Work and Innovation in Biomedicine: A Computer-Assisted Analysis of Antibody Reagent Workshops », 2004, p. 334

Ces entretiens exploratoires nous ont permis d'avoir un aperçu du discours institutionnel sur le problème de l'indépendance. Dès lors, nous avons pu constater que cette question, précisément, n'était pas identifiée comme problématique à ce stade, du point de vue de l'institution. Pour cette raison, nos entretiens préliminaires nous ont conduit à rectifier quelque peu nos positionnements méthodologiques en nous posant la question : « auprès de quel public l'indépendance de la formation médicale est-elle susceptible de constituer une réelle problématique ? ». Nous nous sommes concentrés sur les étudiants et sur deux experts spécialisés de cette question. Le premier est un médecin généraliste, actif au Département de Médecine Générale de la Faculté de l'ULiège, qui nous a été conseillé par plusieurs étudiants interviewés en raison de sa connaissance approfondie sur le sujet et de son implication dans l'enseignement de l'indépendance aux étudiants (voir *infra*). La deuxième personne est le chercheur qui a coordonné la réalisation du classement français des facultés du *Formindep* et qui a beaucoup travaillé sur le sujet. Il a notamment écrit une thèse, en 2017, faisant l'état des lieux de la formation à l'indépendance des étudiants de médecine en France.²⁶⁹ Il nous a beaucoup aidé, renseigné et aiguillé tout au long de la réalisation de notre étude au niveau de la Belgique. Sa légitimité en tant que répondant nous est donc apparue comme forte en raison de son expertise sur le sujet.

Contrairement aux autorités facultaires, les étudiants n'ont pas de réserve à pointer les éventuels problèmes du doigt, ils ne subissent pas de pression hiérarchique et leur parole est plus libre. Ils sont au contact des réalités du terrain et peuvent témoigner de leurs ressentis sur ces questions. Ils connaissent le contenu des cours, des modules et savent quelles sont les thématiques qui ont été abordées ou non. De plus, ils sont les premiers concernés par cette problématique car c'est la qualité de leur enseignement qui est en jeu. Comme l'ont montré plusieurs exemples en Belgique²⁷⁰ mais aussi en France et aux Etats-Unis,²⁷¹ ce sont généralement les étudiants eux-mêmes qui portent une volonté de changement en faveur d'un enseignement plus indépendant et éthique. Ils sont de plus en plus réceptifs aux questions d'indépendance et d'éthique en santé. Cette intuition nous a été confirmée par l'un des responsables de la Faculté de Médecine de l'ULiège au terme de notre entretien sur la question :

« Interviewer : Vous avez peut-être quelque chose à ajouter auquel je n'aurais pas pensé ? Un domaine que je pourrais investiguer, peut-être ? [...] La formation des étudiants et la formation à l'indépendance, les liens avec l'industrie, c'est vraiment mon créneau.

Répondant : Je pense que ce serait vraiment intéressant que tu interrogues des étudiants.

I : Voilà, c'est ça, histoire de voir un peu leur ressenti. C'est ce qui est prévu.

R : Oui, interroge les étudiants. Je dirais, soit master 3 en médecine, puisque maintenant ça se termine au troisième master ou bien des jeunes assistants.

Si tu as du mal à les contacter, je peux t'aider pour l'une ou l'autre personne. »²⁷²

²⁶⁹ Scheffer, P. « Quelle formation à l'indépendance est-elle possible pour les étudiants en médecine, par rapport à l'influence de l'industrie pharmaceutique ? », 2017

²⁷⁰ GRAS, *op. cit.*, 2013

²⁷¹ Aux Etats-Unis c'est l'Association des Etudiants de Médecine Américains (AMSA) qui a initié le classement dès 2007.

²⁷² La retranscription complète de l'ensemble des entretiens est disponible sur simple demande (Dropbox, etc.)

Grâce à un contact au sein de l'antenne liégeoise du BeMSA, l'Association des Etudiants Belges de Médecine, nous avons pu avoir accès aux étudiants des facultés de médecine belges francophones. La sélection des personnes interrogées s'est donc réalisée en fonction des réponses aux appels émis par notre contact sur les réseaux sociaux internes à l'association d'étudiants et par le biais de contacts et de connaissances personnelles au sein des facultés. Dans certains cas, nous avons invité les répondants à nous faire des suggestions d'autres personnes susceptibles d'être intéressantes pour l'étude, générant ainsi un effet « boule de neige » dans la sélection des candidats potentiels.²⁷³ Un critère de sélection a cependant été instauré : les étudiants répondants devaient être au moins en première année de master afin d'avoir un minimum d'expérience et de vécu sur ce sujet. Une exception a été faite pour les étudiants de Mons et de Namur où seul le grade de bachelier est enseigné.

La totalité des personnes contactées a accepté de répondre à nos questions. Nous leur laissons le choix de la manière de mener l'entretien ainsi que l'endroit : en face à face, par Skype ou encore par téléphone. A l'UMons, nous avons réalisé un focus group²⁷⁴ avec quatre étudiants. Lorsque nous nous sommes rendus sur place, l'étudiant avec qui nous devions avoir un entretien était accompagné de trois collègues de classe. Ces derniers étaient également intéressés par l'idée de discuter de la thématique de l'indépendance et de répondre à nos questions. Cette technique s'est avérée intéressante car elle permet de générer de l'intelligence collective en confrontant différents points de vue. Les témoignages des étudiants se nourrissent de leurs expériences et de leurs exemples mutuels. Les autres entretiens se sont réalisés en face à face ou par Skype car il était compliqué de se déplacer pour les étudiants lors des périodes d'examen de juin et de décembre 2019. L'interview avec l'initiateur du classement français, a été réalisée par téléphone par souci de faisabilité.

c. Le guide d'entretien

Pour assurer une certaine cohérence au travers de nos interviews deux types de guide d'entretien comportant une vingtaine de questions ont été élaborés. Le premier est adressé au personnel des facultés, aux académiques²⁷⁵ et, le second, aux étudiants des facultés de médecine.²⁷⁶ Nous avons fait le choix de réaliser deux questionnaires distincts car les thématiques abordées avec chacun des groupes cibles sont différentes. Certaines questions abordées dans les entretiens avec le personnel des facultés ne concernent pas les étudiants et inversement.

Afin d'introduire notre propos et d'établir le contact, après avoir demandé formellement le consentement de la personne pour l'enregistrement de l'entretien, nous commençons nos entretiens en donnant des informations de contexte quant à notre profil et le but de notre recherche.²⁷⁷ Nous expliquons l'objectif final de réaliser un classement des facultés belges, conjointement avec des médecins membres du GRAS, après leur avoir demandé s'ils ont entendu parler des expériences américaines et françaises dans le domaine. Cela permet d'apporter une légitimité à notre démarche et de montrer la dynamique enclenchée autour de cette question.

²⁷³ Gray, D., « Doing Research in the Real World », 2013, p. 223

²⁷⁴ Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., Chadwick, B., *op. cit.*, 2008, p. 293

²⁷⁵ Voir Annexe 4

²⁷⁶ Voir Annexe 5

²⁷⁷ Diccico-bloom, B., Crabtree, B. F., « The qualitative research interview », 2006, p. 318

Le but du guide d'entretien est de disposer d'une structure permettant de relier les différentes interviews tout en laissant un espace d'expression suffisamment large aux répondants. Des questions ouvertes sont posées de manière à organiser la conversation autour des thématiques les plus pertinentes pour la recherche, de recentrer la discussion sur les points centraux. Afin de ne pas casser cette dynamique de conversation, nous avons été attentifs à ne consulter notre guide d'entretien qu'avec parcimonie, pour relancer la discussion ou lorsque le répondant digressait en s'éloignant trop du sujet.

Le questionnaire destiné aux académiques et aux membres des facultés se concentre davantage sur les questions institutionnelles propres à la faculté. Nous abordons également le contexte économique actuel, au sein duquel évoluent les universités, qu'il est commun d'appeler le « néolibéralisme » (voir *supra.*). Ce contexte façonne la manière dont sont prises les décisions au sein des universités et notre hypothèse de travail est que ce contexte influence fortement la capacité d'indépendance des facultés envers les organismes privés. Ensuite, nous nous y intéressons aux mesures légales prises en Belgique en faveur de l'indépendance de la formation médicale et de la gestion des CI, notamment les mesures d'autorégulation. Enfin, nous demandons l'avis du professionnel quand à cette thématique de l'indépendance.

Le questionnaire adressé aux étudiants aborde davantage l'expérience personnelle de ceux-ci en matière d'interactions avec l'industrie tout au long de leur parcours universitaire. Quels types de liens ou d'interactions qu'ils ont pu avoir avec les entreprises privées tout au long de leur cursus. La question du curriculum est soulevée, afin de savoir si la problématique des CI est traitée au travers d'un cours ou d'une activité éducative. Nous abordons davantage leurs impressions et leur vécu quant à l'indépendance de la médecine et comment ils envisagent leur profession par rapport aux liens avec les industriels du médicament. Recueillir leurs expériences, que ce soit sur les bancs de la faculté ou lors des stages permet de voir s'il existe des politiques d'encadrement ainsi que comment elles sont effectivement appliquées. Ces entretiens offrent une réelle compréhension du terrain, là où les méthodes quantitatives peuvent passer à côté d'informations non évidentes sans approfondir le sujet.

Chaque entretien est enregistré à l'aide d'un enregistreur vocal (avec consentement systématique de la personne) et retranscrits de manière intégrale. Les retranscriptions ayant été effectuées rapidement après les entretiens, nous avons également retranscrit la gestuelle au fil du propos, lorsque cela s'avérait pertinent. Les entretiens durent entre 25 minutes et une heure et demi. Dans un cas, les répondants (étudiants de l'UMons) nous ont demandé de garder l'anonymat, mais l'ensemble des répondants a accepté que nous exploitions les données récoltées pour la réalisation du présent TFE.

3. Dewey, Bourdieu et la posture du « chercheur engagé »

Cette étude et le classement qui en découle ont été réalisés avec le soutien de l'ASBL *Groupe pour la Recherche et l'Action en Santé* (GRAS). Cette association financée sur fonds propres regroupe des médecins et des pharmaciens qui promeuvent l'indépendance, le bon usage des médicaments et pratiquent la « publivigilance ». C'est-à-dire qu'ils réalisent une lecture critique des messages de promotion pharmaceutique et interpellent les firmes et les instances responsables en cas d'abus. Ils publient une lettre d'information sur une base mensuelle ou bimensuelle qui reprend un suivi des actions en cours et une série d'articles et de publications intéressantes concernant les médicaments. Le GRAS fait partie de la campagne *All Trials* qui réclame plus de transparence dans la publication des essais cliniques. Ils sont également

membres du réseau *International Society of Drug Bulletins* (ISDB) qui regroupe des revues sur les médicaments et les traitements médicaux qui sont financièrement et intellectuellement indépendants de l'industrie pharmaceutique.²⁷⁸

Dans son livre intitulé *Le public et ses problèmes*, John Dewey aborde la question du public.²⁷⁹ Selon lui, un public est un ensemble de personnes qui ont un libre accès aux informations (données) sur les affaires qui les concernent. Elles définissent la conduite à adopter et forment des jugements communs sur base de ces données. L'autorité du public lui vient de son droit d'exercer son jugement et de le faire entendre par différents moyens : opinion publique, presse, internet, associations, etc. Un public se construit donc autour de la définition d'un intérêt commun. Il n'y a donc pas un public mais des publics au pluriel.²⁸⁰ Pour Dewey, le public se constitue autour de l'identification d'une problématique qui l'affecte. Cette problématique est le résultat, des actions humaines conjointes d'autres personnes. Le public est alors formé d'individus qui ont pour point commun de pâtir des conséquences des actions menées par d'autres individus qui les affectent. D'abord passif et affecté par les actions d'autres, le public va devenir actif et participer afin d'influer sur les conditions qui l'affectent. Lorsque les personnes affectées ont conscience du préjudice qu'elles subissent, elles peuvent mettre en place des activités qui leur permettront de transformer ces affections en une action politique.²⁸¹

Afin d'identifier les conditions qui l'affectent, le public concerné va devoir mobiliser une démarche d'enquête expérimentale. Cette posture suppose une interaction entre l'enquêteur et la situation problématique. L'enquête est le moyen par lequel les publics passifs et spectateurs ont l'opportunité de retrouver une capacité d'action d'influence sur les conditions de leur existence. La logique de l'enquête ainsi que les méthodes expérimentales décrites par Dewey sont destinées aux citoyens, au public concerné. Pour lui, un public moderne est un public d'enquêteurs.²⁸² Dès lors, le rôle de l'enquête en sciences sociales va être d'identifier, d'appréhender et de relayer les problèmes publics tels qu'ils sont posés et instruits par les groupes directement concernés. Dans le cas de notre étude, les médecins du GRAS – les étudiants de médecine pour les études américaines et allemandes et le *Formindep* pour l'étude française – identifient l'influence de l'industrie pharmaceutique comme étant une problématique qui les affecte. Dès lors, ils constituent le public « concerné » par les conséquences des actions entreprises par d'autres personnes, à savoir l'industrie pharmaceutique et ses activités de promotion. Ils entrent alors dans une démarche de recherche sociale afin d'identifier clairement l'étendue et la nature de l'influence qui leur porte préjudice et de pouvoir émettre une opinion à son sujet. L'expression publique de cette opinion va aboutir à une demande auprès des institutions compétentes de mettre en place une réglementation afin d'encadrer le problème.²⁸³ Dans le cas de notre étude, il va s'agir d'identifier les lieux où s'exerce l'influence de l'industrie et de demander aux autorités facultaires le déploiement de normes visant à en contenir les effets négatifs potentiels.

Le double volet prescriptif et normatif de notre recherche permet de l'inscrire dans une démarche que Bourdieu a identifiée comme étant les « sciences sociales engagées » et dont

²⁷⁸ GRAS, « Qui sommes-nous ? », 2017

²⁷⁹ Dewey, J., « Le public et ses problèmes », 1915

²⁸⁰ Zask, J., « Le public chez Dewey : une union sociale plurielle », 2008, p. 177

²⁸¹ Zask, J., « Présentation de l'édition française », dans Dewey, J., « Le public et ses problèmes », Gallimard, coll. « Folio essais », (2010), p.57

²⁸² Zask, J., « Le public chez Dewey : une union sociale plurielle », 2008, p. 180

²⁸³ Zask, J., « Le public chez Dewey : une union sociale plurielle », 2008, p. 179

l'objectif est la production d'une connaissance engagée. Dans un article de 2002, il dénonce comme artificielle la dichotomie généralement faite par le monde académique, entre le savoir et l'engagement, qui pousse à l'inaction. Il rappelle l'importance pour le chercheur de valoriser le fruit de son travail intellectuel, de ses recherches en s'impliquant dans le façonnement de la société qui l'entoure.²⁸⁴ Bourdieu remet alors en cause la neutralité axiologique du chercheur, dont l'engagement s'appuie sur les savoirs et connaissances produits par ses recherches. Dans ce cadre, notre étude s'attèle à rendre compte et à décrire la situation des facultés de médecine concernant les interactions avec l'industrie pharmaceutique. Nous dressons un état des lieux des politiques et des activités éducatives relatives à la question des CI dans les facultés de médecine. A la manière – toute proportion gardée – de Bourdieu et Passeron qui identifient dans leur livre *Les Héritiers*²⁸⁵ la problématique de l'université comme moyen de reproduction des élites et des inégalités sociales, nous avons tenté – à notre niveau – de faire prendre conscience de la problématique des CI au sein des facultés, qui peuvent découler d'une absence de régulation. Les résultats de notre travail font le constat d'une certaine influence et appellent les autorités concernées à prendre des mesures, à agir dans le sens d'une plus grande indépendance de la formation médicale. Les recommandations que nous permettent de faire les expériences nord-américaines, qui ont conduit à des changements positifs, constituent des exemples efficaces de réglementation et de préparation des étudiants sur cette question. Dès lors, les connaissances produites dans le cadre cette recherche pourraient constituer une base de légitimité à d'éventuels changements de politiques au sein des facultés de médecine afin de garantir une plus grande indépendance de la formation des médecins.

6. Résultats

Nous avons dénombré au total dix facultés de médecine sur le territoire de la Belgique. Toutes les facultés de médecine disposent d'un site internet.

1. Les recherches sur internet

En décembre 2018, nous avons effectué une première recherche sur les sites internet des facultés de médecine à l'aide des mots-clés indiqués dans la méthodologie ci-dessus. Cette recherche ne nous avait pas permis d'identifier un quelconque document faisant état de politiques d'encadrement des CI ou une quelconque mention des CI dans le curriculum de médecine, sur aucun des sites internet. Nous avons donc décidé de réitérer cette recherche, en novembre 2019, de manière plus approfondie. Nous avons traduit les mots clés en Anglais, en plus du Néerlandais et du Français et nous sommes remontés plus loin dans les résultats de nos recherches. Cette seconde recherche nous a permis de trouver des informations publiques – à côté desquelles nous étions passés ou non-existantes lors de notre première recherche – au sujet de politiques sur les CI et sur l'indépendance de la formation médicale. Ce fut le cas pour les facultés de médecine de la KU Leuven, de l'UCLouvain, de la UGent et de la UHasselt. Dans cette partie, nous avons repris en citation les passages des documents de politiques que nous avons pu obtenir et qui se sont révélés intéressants pour notre étude. Lorsque ces documents étaient rédigés en néerlandais, nous avons intégré la citation directement traduite en français pour le confort du lecteur. Les citations en anglais sont reprises telles quelles.

²⁸⁴ Bourdieu, P., « Pour un savoir engagé », 2002

²⁸⁵ Bourdieu, P., Passeron, J.-P., « Les Héritiers », 1964

KU Leuven : Nous avons pu mettre la main sur un document intitulé : *Beleid en Richtlijnen voor Auteurschap van Wetenschappelijke Publicaties* (« Politique et lignes directrices pour la paternité des publications scientifiques »).²⁸⁶ Celui-ci met en avant l'importance de l'intégrité scientifique au sein de la recherche et lors de la rédaction de publications scientifiques. Au sein de ce document, nous avons retenu un passage traitant de la question du *ghostwriting* ou des « auteurs fantômes ».

« Comportement contraire à l'éthique à l'égard de la paternité

Les situations suivantes sont considérées comme inacceptables:

[...]

Le *ghostwriting* se produit lorsqu'une personne apporte une contribution substantielle à la recherche ou à la rédaction d'un rapport et répond aux critères de paternité, mais ne souhaite pas être répertoriée comme auteur (il peut exister un accord implicite selon lequel elle ne sera pas répertoriée). Cette pratique peut être utilisée, par exemple, dans des collaborations avec un partenaire industriel dans le but de masquer un conflit d'intérêts. Il convient de noter que les chercheurs qui autorisent la non-divulcation des auteurs « fantômes » commettent eux-mêmes un comportement contraire à l'éthique. »

Bien que ce document concerne les publications scientifiques de l'ensemble des facultés de la KU Leuven, nous avons choisi de le retenir car il concerne également *de facto* la faculté de médecine de cette université. Nous avons décidé d'accorder un point à cette faculté au regard de notre critère numéro 7 concernant le *ghostwriting*. Nous avons estimé qu'en considérant le *ghostwriting* comme « inacceptable », ce document ne l'interdit pas de manière formelle. Ainsi, nous leur avons accordé 1 point sur une échelle graduée de 0 à 2, considérant la pratique du *ghostwriting* comme déconseillée mais pas interdite.

UCLouvain : Dans la section *Mission, vision et valeurs* du site internet de la faculté de médecine de l'UCLouvain, nous avons relevé deux éléments intéressants dans le cadre de notre étude. Ces éléments semblent avoir été ajoutés sur la page entre notre première et notre seconde recherche et suite à nos échanges de courriels avec la Doyenne. Un paragraphe de la page internet fait mention de la sensibilisation des étudiants et des enseignants aux CI avec l'industrie pharmaceutique.

« La faculté s'engage, dans le respect de ses valeurs et de celles de l'université, et en conformité avec la législation communautaire et fédérale, à sensibiliser ses étudiant·es et ses enseignant·es aux possibles liens et/ou conflits d'intérêts liés à l'industrie pharmaceutique. »²⁸⁷

Nous avons estimé, dans le cadre de notre critère numéro 10 sur l'existence d'une formation adéquate sur les liens d'intérêts dans le curriculum des écoles de médecine, que l'UCLouvain obtenait le score de 1 point. En effet, si le programme des cours traite des CI, il le fait de manière limitée, sans s'inspirer du modèle du *PharmFree Curriculum* de l'AMSA (cette condition est nécessaire pour obtenir le score le plus élevé). Ce fait nous a été confirmé lors d'une interview avec une étudiante de l'UCLouvain. Les étudiants sont amenés à suivre obligatoirement le

²⁸⁶ KU Leuven, « *Beleid en Richtlijnen voor Auteurschap van Wetenschappelijke Publicaties* », 2015

²⁸⁷ UCLouvain, « *Mission, vision et valeurs* », <https://uclouvain.be/fr/facultes/mede/missions.html>

module en ligne *Infocritique*²⁸⁸ de l'Université Laval au Canada, dont l'un des chapitres traite de la question du représentant de l'industrie pharmaceutique. Cette étudiante nous a cependant affirmé que ce module n'était parfois pas pris au sérieux par certains étudiants qui choisissent de s'échanger les solutions afin de privilégier d'autres matières.

Un second paragraphe mentionne l'utilisation de la *Dénomination Commune Internationale* (DCI) dans le cadre des activités d'enseignement.

« La faculté prône le respect des règles de compliance (art. 10 de la loi sur les médicaments), et recommande à ses enseignant·es l'utilisation de la dénomination commune internationale (DCI) lors de l'évocation nécessaire de traitements médicamenteux dans le cadre de leur enseignement. »²⁸⁹

Notre critère numéro 13 aborde cette question de la DCI et précise que celle-ci doit être utilisée « sur tous les supports utilisés lors des enseignements, des examens, et des préparations aux examens » afin d'obtenir le meilleur score. Le site internet de l'UCLouvain ne faisant que la recommander, nous lui avons attribué un score de 1 point sur 2, considérant son utilisation comme partielle. La même étudiante nous a confié, lors de notre entretien, qu'à sa connaissance, la DCI était toujours utilisée lors des activités éducatives au sein de la faculté. Cependant, comme nous n'avons pu trouver aucun document ou politique publique attestant de cette obligation, nous sommes restés sur l'attribution d'un score de 1 point.

UGent : C'est sur le site internet de la faculté de médecine de l'UGent que nous avons pu obtenir le document contenant la politique en matière de CI la plus aboutie de toutes les facultés étudiées. Ce document, intitulé *Gedragcode: relatie tussen artsen en industrie* (« Code de conduite: relations entre les médecins et l'industrie »)²⁹⁰ et qui aborde la question de l'intégrité du médecin, apporte des informations sur plusieurs points en lien avec nos critères. Le premier élément concerne les services de conférencier financés par l'industrie, ce qui correspond à notre critère numéro 4.

« Les médecins au sein d'une université et/ou d'un hôpital universitaire participent à l'organisation de différentes formes d'enseignement, telles que les études supérieures de médecine et la formation médicale continue. De telles initiatives sont souvent soutenues de différentes façons par l'industrie (don de ressources financières, paiement d'imprimés, honoraires de conférenciers, etc.). Il est inacceptable que l'industrie dispose d'un pouvoir décisionnel quant à la désignation du ou des conférenciers. Une distinction claire doit être faite ici entre une information objective et scientifiquement fondée et des messages promotionnels. Les responsables des initiatives de formation doivent s'assurer que l'hospitalité offerte par l'industrie reste dans des limites acceptables. Les honoraires et défraiements des conférenciers doivent également rester raisonnables. Les médecins d'une université et/ou d'un hôpital universitaire jouent souvent un rôle de premier plan dans les

²⁸⁸ Université Laval, « Infocritique – Modules d'auto-apprentissage des habiletés de lecture critique et de gestion de l'information »

²⁸⁹ UCLouvain, *op. cit.*

²⁹⁰ Universiteit Gent, « Gedragcode: relatie tussen artsen en industrie », 2006

associations scientifiques de leur domaine. Les principes énumérés ci-dessus s'appliquent également dans ce contexte et la transparence est nécessaire. »

Considérant ces informations, nous avons attribué un score de 1 point à l'UGent pour ce critère, ce qui signifie que les relations de prise de parole subventionnées par l'industrie sont régulées mais avec des limites moins strictes que celles nécessaires pour l'obtention du score maximum. Il existe tout de même une limitation au pouvoir décisionnel de l'industrie sur le choix des conférenciers et donc sur le contenu de celles-ci. Il y a également mention d'une limitation des honoraires des orateurs. Nous convenons, cependant, que ces limitations restent floues, en ce sens qu'elles ne s'accompagnent pas de critères permettant d'évaluer de manière objective ce que peuvent représenter des honoraires « raisonnables ». Il n'est pas non plus fait mention de standards permettant de juger du caractère scientifique ou promotionnel des informations communiquées. Ces mesures et doivent être renforcées.

Le second passage du document qui a attiré notre attention concerne la pratique du *ghostwriting* et donc, notre critère numéro 7.

« Etre mentionné en tant qu'auteur ou coauteur d'une publication écrite par une entreprise ou par une autre personne (auteur fantôme) doit être rejeté si aucune contribution n'a été apportée à l'étude [...] »

Comme pour la KU Leuven, nous avons estimé que ces dispositions, bien qu'elles en découragent la pratique, n'interdisent pas formellement le *ghostwriting*. L'UGent obtient donc, également, un score de 1 point sur un total de 2. Il ne s'agit ici que d'une simple invitation des praticiens à refuser d'être mentionné en tant qu'auteur si aucune contribution n'a été apportée à la réalisation d'une publication.

Enfin, le dernier élément que nous avons retenu pour notre étude concerne le financement de l'école de médecine par l'industrie pharmaceutique et concerne notre critère numéro 11.

« L'organisation de certaines activités de formation ou d'autres initiatives implique souvent la faculté, l'hôpital ou l'un de ses services. Les frais payés pour cela aux services ou à l'institution doivent être justifiés. À cet égard, les institutions universitaires rencontrent deux problèmes spécifiques: les bourses et les chaires parrainées par l'industrie. En ce qui concerne les bourses, des accords peuvent être conclus sur le type de recherche qui sera menée, mais il convient de veiller à ce que, lors de l'obtention et de l'acceptation d'une telle bourse, aucune condition ne soit attachée au comportement de prescription dans le service ou l'organisation où sont prévues les activités de formation. Le problème des chaires parrainées par l'industrie est plus difficile à résoudre: il semble pratiquement impossible de prétendre à l'indépendance du titulaire de la chaire en cause si elle est parrainée par une entreprise ayant de forts intérêts commerciaux dans le domaine en question. Le financement d'une chaire à partir d'un fonds alimenté par plusieurs sociétés est acceptable. »

Selon le critère numéro 11, le score de 1 point est attribué à une faculté qui accepte le financement tout en le limitant et en prêtant attention à ce que ce financement n'interfère pas avec la mission de l'école de médecine d'éduquer les étudiants et de les préserver de l'influence. Nous avons considéré que la politique de l'UGent mentionnée ci-dessus rentrait dans cette

volonté de limiter l'influence liée aux financements des entreprises dans la formation des médecins.

UHasselt : Sur le site internet de l'UHasselt, nous avons trouvé une charte reprenant la politique d'intégrité de l'université intitulée *Integrity charter*.²⁹¹ Elle rappelle l'importance de l'intégrité et la qualité scientifique et éthique de l'enseignement et de la recherche. Tous les membres du personnel de l'Université d'Hasselt sont tenus de respecter les dispositions de cette charte, elle n'est donc pas limitée à la faculté de médecine. Nous avons cependant décidé d'en retenir un élément pour notre étude.

« In contacts or collaborations with others, Hasselt University staff are careful not to act in their personal interest and they avoid conflicts of interest. In case of potential conflicting interests, the necessary transparency is to be displayed. Staff take timely measures to discuss and/or report problems, when relevant, to the authorities concerned. »²⁹²

Nous avons retenu ce passage de la charte dans le cadre de notre critère numéro 9 relatif aux politiques de restriction des CI. Pour obtenir le score intermédiaire de 1 point, les membres du personnel de la faculté doivent déclarer leurs CI et les rendre accessibles au public. Nous avons considéré que le passage de la charte mentionné ci-dessus rentrait bien dans ce contexte de divulgation des CI sans aller jusqu'à les interdire, ce qui est nécessaire pour obtenir le score de 2 points.

Notre recherche sur les sites des facultés ne nous a pas permis d'identifier un cours ou un élément du curriculum traitant explicitement de la question des CI. Pour l'UCLouvain, le site internet ne mentionnait qu'une « sensibilisation » à la question des CI et l'existence du module *Infocritique* nous été signalée par une étudiante par la suite.

2. Contacts par courrier et courriel avec le Bureau du Doyen des facultés de médecine

Nous avons contacté les autorités de chaque faculté de médecine belge par le biais du bureau décanal en mai 2019 afin de leur demander plus d'informations quant à des politiques au sujet de l'indépendance ou des CI au sein de leur faculté. Après avoir exposé aux Doyens les tenants et aboutissants de notre enquête, nous leurs demandions s'il existait de telles politiques, accessibles au public, à côté desquels nous aurions pu passer lors de notre recherche sur les sites internet. Nous avons obtenu un taux de réponse assez élevé de 70% (7 faculté sur 10) à la suite du premier rappel.

Le doyen de la faculté de médecine de l'Universiteit Antwerpen nous communiqué le souhait du *College van de Vlaamse decanen geneeskunde* (« Collège des Doyens de médecine flamands »), de ne pas répondre à notre demande. Il nous informe que cette décision a été prise lors d'une consultation, par l'ensemble des doyens de médecine flamands. Il nous a également signalé qu'une lettre officielle nous serait envoyée afin de nous notifier de cette décision (nous ne l'avons toujours pas reçue à ce jour).

La nouvelle doyenne de la faculté de médecine de l'UCLouvain – prenant ses fonctions au début de l'année scolaire 2019-2020 – nous a également répondu. Reprenant ce dossier en main,

²⁹¹ UHasselt, « Responsible Research - Integrity charter », 2018

²⁹² UHasselt, *op. cit.*, 2018 ,p. 2

elle nous a affirmé que la faculté était très sensible à ce sujet et que les autorités facultaires souhaitaient très clairement participer à notre projet. Occupée par d'autres tâches plus urgentes, elle nous a demandé un délai afin de pouvoir faire le cadastre des projets existants et de ce qui était mis en place au sein de la faculté en matière de politique sur les CI et d'indépendance. Par la suite, nous avons reçu un mail nous invitant à nous rendre sur l'onglet *Mission, vision et valeurs*²⁹³ du site internet de la faculté de médecine de l'UCLouvain afin d'y trouver des informations publiques à propos du sujet de notre étude. Elle ajoutait qu'il lui était difficile, à cette période de l'année, de nous fournir de plus amples informations à ce sujet. Selon elle, la question de l'indépendance de la formation médicale et des CI sera étudiée en profondeur cette année lors de la préparation de l'évaluation de l'Agence pour l'évaluation de la qualité de l'enseignement (AEQES). Il est très intéressant de constater que la thématique de notre enquête soit au cœur des préoccupations de la faculté de médecine de l'UCLouvain. Nous suivrons attentivement la manière dont est traitée la question pour l'évolution des classements à venir.

Le doyen de la faculté de médecine de l'ULiège nous a également répondu afin de nous demander plus de précisions sur le groupe avec lequel nous menions cette enquête. Nous lui avons donc fourni des informations sur le GRAS et nous l'avons renvoyé vers le site internet de l'association afin qu'il puisse prendre connaissance de leurs actions. Nous n'avons pas reçu d'autre réponse par la suite.

Les contacts avec les bureaux de doyens des facultés de médecine, malgré un taux de réponse important, ne nous ont donc pas permis d'obtenir des informations supplémentaires pertinentes pour notre étude. Les doyens de médecine flamands, nous ont informé de leur refus de participer au projet via leur réponse commune. Cela représente un chiffre de 50% des facultés qui n'ont pas souhaité nous répondre favorablement. Il y a ensuite 30% des facultés pour lesquelles nous n'avons obtenu aucune réponse : les facultés de médecine de l'ULB, de l'UMons et de l'UNamur. Enfin, il y a 20% des facultés : UCLouvain et ULiège pour lesquelles nous avons reçu des réponses partielles ou incomplètes.

En décembre 2019, nous avons envoyé, par email, notre classement provisoire aux bureaux des Doyens des facultés de médecine afin de leur permettre de nous apporter des informations supplémentaires, des suggestions ou des précisions quant à nos résultats. Le Collège des Doyens de médecine flamands nous a réitéré son souhait de ne pas participer à notre étude. Ils nous ont signalé qu'ils renonçaient explicitement aux résultats de cette enquête ainsi qu'au classement qui l'accompagne. La Doyenne de la faculté de l'UCLouvain nous a répondu et nous a communiqué une information pertinente que nous n'avions été en mesure d'identifier sur leur site internet. L'ensemble des autres facultés (40%) n'y ont pas répondu.

UCLouvain : La Doyenne de la faculté de médecine de l'UCLouvain a répondu notre confirmation des résultats intermédiaires. Elle nous a renvoyé vers une page du site internet de la faculté que nos recherches ne nous avaient pas permis de mettre au jour. Cette page s'intitule *Masters et Certificats de spécialisation*²⁹⁴ et donne des informations sur les offres de formation spécialisées offertes par la faculté de l'UCLouvain. Nous y avons trouvé une information pertinente correspondant à la thématique abordée par notre critère numéro 5 sur les *Activités d'éducation à la faculté*.

²⁹³ UCLouvain, *op. cit*

²⁹⁴ UCLouvain, « Masters et Certificats de spécialisation », <https://uclouvain.be/fr/facultes/mede/specialites.html>

« Au sein de ces différents programmes de formations, certaines activités accréditées (INAMI) peuvent être en partie financées par l'industrie, toujours sous le couvert d'un visa Mdéon. Aucun profit n'est engendré par l'organisation de ces formations rassemblant plusieurs sponsors. »

Nous avons retenu ce passage qui concerne les activités de formation de spécialisation et notamment, de formation continue (FMC). Dans le critère numéro 5 de notre grille, le score maximal est obtenu par une faculté qui interdit à l'industrie de financer, directement ou indirectement, les activités d'enseignement dont la FMC, ce qui n'est pas le cas ici. Cependant, pour obtenir le score intermédiaire de 1 point, il est requis que les activités de formation financées par l'industrie fassent l'objet d'une demande de visa Mdéon, soient accréditées et qu'au moins deux critères sur une liste de cinq soient respectés²⁹⁵. L'absence de profit financier engrangé par l'organisateur et le soutien de plusieurs sponsors à l'activité font partie de ces cinq critères. Comme cette mesure est publiquement accessible sur le site internet de la faculté, avons considéré que les conditions étaient remplies pour octroyer à l'UCLouvain un point au regard du critère numéro 5.

3. Données récoltées via des contacts personnels avec des étudiants ou des enseignants

Lors d'un entretien que nous avons mené avec un professeur du Département de médecine générale de la faculté de l'ULiège, nous avons parlé de l'existence d'initiatives afin de préparer les étudiants aux interactions avec l'industrie. Il nous a fait mention d'un cours de lecture critique de l'information de BAC3 où il évoque, dans un sous-chapitre, la problématique des liens avec l'industrie, des CI et de l'indépendance. Il nous a ensuite parlé du module *Infocritiques* de l'Université Laval que nous avons déjà évoqué ci-dessus dans le cas de l'UCLouvain. Ce module a été testé durant l'année scolaire 2018-2019 mais la façon de l'inscrire dans le cursus des étudiants n'est pas encore résolue à ce jour. Il a également évoqué l'existence d'un module d'une heure et demi, en master de spécialisation en médecine générale. Un ancien délégué pharmaceutique « retourné » venait y exposer les techniques de marketing des firmes. Le sujet y était abordé sous la forme de jeux de rôles, etc. Il n'était pas certain que ces activités soient maintenues pour les années à venir. Enfin, il nous a parlé de la création d'une cellule d'*Evidence Based Practice* où il serait question de mettre en place des ateliers de lectures critiques et des e-learning sur la délégation pharmaceutique. Cependant, comme il ne s'agit que d'ébauches d'initiatives, de projets, de sous-section dans des cours (avec une portée limitée) et que cela ne concerne que le Département de Médecine générale – et donc pas tous les étudiants de la faculté de médecine – nous avons choisi de ne pas les retenir pour la réalisation de notre classement. Cela nous indique, cependant, que certains médecins et Professeurs prennent ce problème très au sérieux et réfléchissent à des moyens de préparer les futurs médecins aux relations avec les industriels. Nous constatons tout de même, dans ce cas-ci, qu'il ne s'agit que d'initiatives isolées portées par des professeurs sensibles à la question de l'indépendance et nullement une volonté institutionnelle de la faculté de traiter cette thématique dans le curriculum.

Lors d'un échange de mails avec un professeur à la faculté de médecine de l'ULiège, celui-ci nous a informé de l'existence d'un cours de *Bioéthique et de Médecine Sociétale* organisé pour les étudiants de dernière année. Des représentants de l'industrie, des autorités sanitaires et du

²⁹⁵ Voir Annexe 3 pour plus d'information sur le critère numéro 3.

Conseil de l'Ordre y sont invités. Cependant, comme le contenu du cours varie et n'est pas clair sur la question des CI, nous avons choisi de ne pas le retenir.

Enfin, lors de notre entretien avec une étudiante en médecine à l'UCLouvain, celle-ci nous a informé de l'obligation des étudiants de master de participer au module *Infocritiques* de l'Université Laval, comme nous l'avons déjà mentionné ci-dessus.

Ce sont les seules informations pertinentes que nos échanges directs avec le personnel ou les étudiants des facultés de médecine nous ont permis d'obtenir, dans le cadre de la réalisation du classement. L'ensemble des entretiens avec les étudiants nous a permis de constater que si le sujet est, dans la majorité des cas, un sujet important selon eux, il n'est que très peu abordé dans le cursus des facultés de médecine francophones. On ne les prépare que très peu aux interactions qu'ils seront amenés à avoir avec les PHARMAS durant leur pratique professionnelle. On ne leur apprend pas de manière systématique à identifier les discours qui visent à les influencer, à repérer les messages promotionnels derrière un discours en apparence scientifique. Ils ne sont guère mieux informés des alternatives qu'il existe à la visite des délégués médicaux comme source d'information sur les nouveaux traitements, etc. Lorsque nous lui demandons si ces questions sont abordées durant la formation, une étudiante à l'ULB nous répond :

« Très honnêtement, il n'y a pas de cours spécifique par rapport à cette question-là. [...] je vais dire qu'on en a un peu parlé, mais ce n'est pas hyper présent dans nos études, ce n'est pas quelque chose que l'on aborde régulièrement pendant nos études. »

Cette sensation de n'être pas assez préparés durant leur formation, de manière adéquate, aux CI, aux interactions avec les PHARMAS et à leurs techniques marketing a déjà été identifiée à l'étranger par différentes études.^{296,297}

Ils ne sont pas non plus assez préparés à rechercher les informations sur les médicaments et traitements via des bases de données ou des guides de pratique clinique indépendants ni à se tenir informés de manière autonome – hors visite des délégués médicaux – sur les nouveaux dispositifs et pratiques cliniques. Voici ce que nous a déclaré, au sujet de la recherche des sources d'information indépendantes, une étudiante de l'ULiège :

« Nous, en cours, on a eu une heure où on nous en a parlé. C'était entre le cours de neuro et celui d'ortho donc clairement ce n'était pas la priorité. »

Par contre, au sujet des cadeaux et des échantillons promotionnels offerts par les représentants médicaux, l'ensemble des étudiants que nous avons pu rencontrer nous a affirmé n'en avoir reçu, à la faculté ou à l'hôpital que de manière très limitée voire jamais dans la plupart des cas.

4. Analyse du score des facultés

Lors du travail d'attribution des points aux facultés, nous sommes bien conscients d'avoir parfois été très généreux voire optimistes dans certains cas. Cette réflexion a été longuement discutée et nous en avons référé aux auteurs du classement français pour connaître leur opinion sur cette question. Si nous avons choisi de prendre ce parti pour ce premier classement, ce n'est pas par générosité naïve. Il s'agit, en fait, de se montrer encourageant envers les petites

²⁹⁶ Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2011, p. 6

²⁹⁷ Etain, B., Guittet, L., Weiss, N., Gajdos, V., Katsahian, S., *op. cit.*, 2014, p. 1

initiatives existantes, afin d'en susciter d'autres. Nous avons voulu, dans le cadre de cette étude, valoriser le travail des universités et des facultés qui s'étaient déjà penchées sur la question afin de produire des recommandations, des codes de conduites, des chartes d'intégrité, etc. Loin de penser que rien n'est mis en place, que tout serait à jeter, nous avons choisi de mettre en avant ce qui a déjà été fait pour que ces petites mesures puissent s'améliorer et servir d'exemple pour l'évolution vers une formation médicale plus indépendante. Aux Etats-Unis, la réalisation des classements a eu un réel impact positif sur l'indépendance de la formation médicale. Entre 2008, date du premier classement et 2013, le nombre de facultés obtenant la note la plus élevée de « A » est passé de 5% à 26%. Cette démarche a attiré une attention médiatique considérable et a influencé le développement et le renforcement des politiques sur les CI au sein des institutions académiques.²⁹⁸ En Belgique, il existe déjà l'amorce d'une réflexion sur cette question et l'objectif de notre démarche est d'encourager ce processus.

Aussi, sans vouloir donner l'impression de tomber dans le piège des belles « déclarations d'intentions » – pouvant donner l'impression que les problèmes de CI sont sous contrôle ou en passe de l'être – nous avons choisi de valoriser certaines déclarations ou recommandations qui n'ont pas la forme de règles ou normes officielles ayant une valeur légale au sein de l'institution. Ainsi, nous serons d'autant plus vigilants, dans les classements à venir, à l'application, au suivi de ces recommandations et à leur transposition dans un règlement ou un code officiel avec la mise en place de comités de contrôle, voire de sanction le cas échéant.

Comme mentionné précédemment, l'attribution des scores s'est effectuée sur base de notre grille de critères. Nous avons ensuite attribué une note alphanumérique aux facultés en fonction du score obtenu.²⁹⁹ En décembre 2019, nous avons donc pu obtenir des documents écrits reprenant des politiques – plus ou moins complètes, précises et pertinentes pour notre enquête – pour quatre facultés de médecine (40%) dont une avec un cours obligatoire sur les CI dans son curriculum (10%). Deux facultés (20%) disposent d'une politique concernant le *ghostwriting*. Une faculté (10%) dispose d'une recommandation sur l'utilisation de la DCI. Une faculté (10%) a développé une politique d'encadrement des financements reçus par l'industrie. Une faculté (10%) a mis en place des recommandations pour encadrer le financement des services de conférencier par les firmes. Une faculté (10%) dispose d'une politique en matière d'encadrement du financement des activités d'éducation à la faculté. Enfin, une faculté (10%) dispose d'une politique de restriction des liens d'intérêts. Dans tous les cas (100%) ces politiques constituaient des initiatives « modérées » et pas ou peu « contraignantes ».

Deux universités arrivent en première position du classement avec chacune un score 3 points sur 30, l'UGent et l'UCLouvain. L'UGent dispose d'une politique d'encadrement des services de conférencier rémunérés par l'industrie et du financement de la faculté par l'industrie. De plus, elle encourage son personnel à ne pas pratiquer le *ghostwriting*. La faculté de l'UCLouvain, elle, dispose d'un module obligatoire dans son curriculum pour préparer les étudiants à la question des CI. Elle encourage les enseignants à utiliser la *Dénomination Commune Internationale* (DCI) et a développé une politique d'encadrement des activités d'éducation de la faculté financées par l'industrie. Elles obtiennent chacune la note de D. Enfin, les facultés des universités de la KU Leuven et de l'UHasselt se partagent la deuxième position du classement avec un score de 1 point. La KU Leuven déconseille la pratique du *ghostwriting*

²⁹⁸ Carlat, D.J., Fagrelus, T., Ramachandran, R., Ross, J.S., Bergh, S., « The updated AMSA scorecard of conflict-of-interest policies: a survey of U.S. medical schools », 2016, p.2

²⁹⁹ Voir Annexe 6 pour le tableau de répartition des points à chaque faculté.

et la faculté d'Hasselt encourage ses membres à divulguer leurs CI potentiels. Elles obtiennent toutes deux la note D. Les six autres facultés de médecine – celles de l'ULB, de l'ULiège, de l'UMons, de l'UNamur, de l'Universiteit Antwerpen et de la VUB – pour lesquelles nous n'avons trouvé aucune information pertinente totalisent un score de 0 point et obtiennent la note de I (60%).

5. Discussion

Les résultats de notre étude traduisent le faible intérêt que portent actuellement les facultés de médecine à la question de l'exposition des étudiants de médecine aux CI au cours de leur formation. Bien que nous ayons trouvé des politiques sur les CI dans 4 facultés (40%), ces politiques ne sont pas réellement contraignantes, pas clairement restrictives et constituent plutôt des recommandations ayant une portée moindre. Aucune d'entre elles ne couvre l'ensemble des critères évalués dans cette étude et, dans la moitié des cas (20%), elles ne se focalisaient pas explicitement sur les études de médecine. De plus, les informations sur ces politiques ne sont accessibles que difficilement par le biais de longues recherches sur les sites internet des facultés. Malgré un taux de réponse des bureaux de doyens assez élevé, seule une faculté (10%) s'est montrée intéressée par notre étude en acceptant de nous communiquer des informations (UCLouvain). Les neuf autres facultés (90%) n'ont pas répondu ou nous ont notifié leur refus de participer à notre étude pour cinq d'entre elles (50%).

Comme nous l'avons vu pour le cas de la faculté de médecine de l'ULiège avec le médecin du Département de Médecine générale, les activités d'apprentissage traitant de la question des CI émanent d'initiatives isolées de membres du corps enseignant de la faculté. Il n'y a pas de soutien ou d'impulsion de l'administration de la faculté pour développer de tels enseignements. Elles sont limitées à une sous-section d'un cours traitant d'un autre sujet et n'en sont donc pas l'objet central. Ces activités sont réservées aux étudiants de médecine générale, ne sont pas obligatoires et donc ne sont pas intégrées de manière transversale au cursus des étudiants, ce qui en limite l'impact. Dans le cas du module proposé aux étudiants de l'UCLouvain, nous n'avions pas pu l'identifier et retrouver des informations à son sujet sur le site de la faculté.

Nous constatons le manque d'intérêt pour la thématique de la part des doyens de médecines belges et le peu d'effort réalisé sur cette matière par les facultés. Cela contraste avec la situation en Amérique du Nord et en France. Aux Etats-Unis, dans un rapport de 2008,³⁰⁰ l'*Association of American Medical Colleges* (AAMC) s'est positionnée en faveur de la régulation des CI. Elle y rappelle l'urgence pour l'ensemble des centres médicaux académiques d'adopter des politiques d'encadrement voire d'interdiction des relations avec l'industrie lorsque celles-ci peuvent conduire à des CI et nuire aux standards du professionnalisme. Dans la foulée, l'*Association of Faculties of Medicine in Canada* (AFMC) s'est associée à la démarche de l'AAMC et a approuvé les conclusions de son rapport, appelant ses membres à adopter des changements. En France, suite à la première publication du classement des facultés par Scheffer *et al.*, les Conférences nationales des Doyens de facultés de médecine et des Doyens de facultés d'odontologie se sont dotées d'une charte éthique et déontologique abordant, entre autres, la gestion des liens d'intérêts.³⁰¹ Ce manque d'intérêt pour la question des CI détonne d'autant

³⁰⁰ AAMC, *op. cit.*, 2008

³⁰¹ Dubois Randé, J.-L., Taddei-Gross, C., *op. cit.*, 2017

plus que l'*Académie royale de Médecine de Belgique* (ARMB) a attiré, dès 2002, dans une note, l'attention sur le problème des relations entre médecins et entreprises du secteur de la santé.³⁰²

Bien qu'il n'existe pas d'étude et peu d'information sur l'influence de l'industrie pharmaceutique dans la formation des étudiants en médecine belges, des études à l'étranger existent et démontrent l'impact négatif de ces interactions sur les habitudes de prescription.^{303,304} De plus, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, le BeMSA s'est clairement positionné en faveur d'une formation plus indépendante vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.³⁰⁵ Ces éléments devraient clairement amener les doyens de médecine et les autorités facultaires à prendre des mesures dans ce sens.

En France, la question des financements reçus par l'industrie est un sujet tabou qu'il est parfois difficile d'aborder. En cause, la part du financement des écoles de médecine issue des PHARMAS ou encore les liens financiers qui lient les membres du personnel des facultés à des entreprises du médicament.³⁰⁶ L'Université Laval, à Québec, constitue un exemple de la difficulté à mettre en place des politiques pour encadrer ces interactions, dans un contexte de raréfaction des ressources publiques – inhérent aux politiques économiques néolibérales occidentales. L'université avait adopté, en 2009, une politique restrictive sur des CI. En 2015, elle a dû revoir à la baisse ses ambitions en raison d'un manque de subventions publiques suffisantes pour les activités d'enseignement et de recherche au sein de la faculté.

« Au Québec, le milieu universitaire souffre d'un sous-financement qui favorise le rapprochement du monde universitaire et des partenaires du secteur privé. Par le biais de différentes formes de partenariat, de commandite et de soutien financier, les entreprises ont le potentiel d'agir sur la formation des étudiantes et étudiants et d'influencer les professeurs tant dans leurs enseignements et le contenu de leurs cours que dans leurs activités de recherche. [...] On a également observé qu'il est parfois difficile de trouver d'autres sources de revenus pour des activités dont le financement était, jusque-là, assumé ou complété par des ententes avec des organisations à but lucratif, ce qui a un effet démobilisateur. [...] Les acteurs qui se sont manifestés auprès du sous-comité souhaitent, de façon générale, que les propositions de la Faculté évitent de diaboliser les organisations à but lucratif, considérées comme partenaires, et que ces propositions balisent plutôt leurs relations avec ces dernières. De plus, ils maintiennent qu'il ne faut pas faire de concession en matière de professionnalisme, tout en s'assurant de ne pas indisposer les organisations à but lucratif, de plus en plus considérées comme source de financement incontournable. »³⁰⁷

Après ces modifications de la politique, les partenariats de financement d'activités par les PHARMAS se sont multipliées au sein de l'université. Comme nous pouvons le constater ci-

³⁰² Académie royale de Médecine de Belgique, « Relations entre médecins et entreprises en Belgique », 2002

³⁰³ Holloway, K., *op. cit.*, 2014

³⁰⁴ Etain, B., Guittet, L., Weiss, N., Gajdos, V., Katsahian, S., *op. cit.*, 2014

³⁰⁵ Barcho Montes de Oca, E.A., Delcroix, S., Fouarge, E., *op. cit.*, 2019

³⁰⁶ Scheffer, P., Guy-Coichard, C., Outh-Gauer, D., Calet-Froissart, Z., Boursier, M., Mintzes, B. *et al.*, *op. cit.*, 2017, p. 9

³⁰⁷ Université Laval, « Politique en matière de conflits d'intérêts dans les activités de formation, d'évaluation et de recherche », 2015, p. 1-4

dessus, les industriels sont considérés comme des partenaires. La nouvelle politique considère qu'il est préférable pour les étudiants d'être en contact avec les PHARMAS pour savoir comment gérer ces interactions plutôt que de ne pas y être confrontés.³⁰⁸ Cela va à l'encontre des nombreuses recommandations sur les CI et les interactions entre les écoles de médecine et l'industrie pharmaceutique, notamment celles du *Model PharmFree Curriculum* de l'AMSA.³⁰⁹

L'Académie royale de Médecine de Belgique conclut son article sur les relations entre médecins et entreprises en Belgique en soulignant l'importance que les autorités publiques soutiennent les activités de recherche afin de leur garantir la meilleure indépendance possible :

« Enfin, on peut et on doit également attendre des autorités qu'elles soutiennent les activités des chercheurs cliniques et des centres universitaires, de telle manière que ceux-ci puissent remplir parfaitement leur rôle en toute indépendance dans la production et la diffusion des informations. »³¹⁰

Ces différents exemples offrent une illustration claire de la situation dans laquelle se trouvent les universités et, dans le cas présent, les facultés de médecine en l'absence de fonds publics suffisants pour assurer les activités de recherche et d'enseignement. Les réformes néolibérales ont poussé les universités à diversifier leurs sources de financements, notamment vers le secteur privé. Les universités doivent arbitrer entre deux obligations contradictoires. D'un côté, se conformer aux recommandations internationales sur l'encadrement des interactions avec les PHARMAS et aux aspirations de plus en plus marquées des étudiants en faveur d'une formation indépendante. De l'autre, la nécessité de trouver des financements afin de mener leurs activités de la manière la plus efficace possible tout en conservant leur intégrité et leur indépendance vis-à-vis du secteur privé. L'exercice n'est pas simple et, comme nous le montre l'exemple de l'Université Laval, des politiques ambitieuses peuvent être adoptées mais doivent être revues à la baisse en raison de l'impératif du financement. Cependant, vu les nombreuses études démontrant l'effet négatif des interactions entre les entreprises du médicament et les étudiants en médecine,^{311,312} ce n'est pas l'indépendance de la formation médicale qui devrait servir de variable d'ajustement mais plutôt une revue à la hausse des budgets alloués à l'enseignement supérieur et à la recherche.

Comme des études similaires utilisant la même méthodologie que la nôtre ont été menées aux Etats-Unis, en Australie, au Canada, en France et en Allemagne, nous pouvons réaliser, ici, une comparaison internationale des résultats obtenus. Globalement, les facultés de médecine Nord-américaines se saisissent de la problématique des CI dans la formation médicale de manière proactive. En 2013, l'étude canadienne a montré l'existence d'une forme – plus ou moins élaborée – de politique sur les CI dans 16 des 17 facultés de médecine existantes.³¹³ En 2014, aux Etats-Unis sur les 161 écoles de médecine, 133 étaient connues pour disposer de politiques

³⁰⁸ Université Laval, *op. cit.*, 2015, p. 4

³⁰⁹ AMSA, *op. cit.*, 2015

³¹⁰ Académie royale de Médecine de Belgique, *op. cit.*, 2002

³¹¹ Yeh, J.S., Austad, K.E., Franklin, J.M., Chimonas, S., Campbell, E.G. *et al.*, « Association of Medical Students' Reports of Interactions with the Pharmaceutical and Medical Device Industries and Medical School Policies and Characteristics: A Cross-Sectional Study », 2014

³¹² Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., *op. cit.*, 2011

³¹³ Shnier, A., Lexchin, J., Mintzes, B., Jutel, A., Holloway, K., *op. cit.*, 2013, p.6-7

sur les CI.³¹⁴ En Australie, des politiques sur les CI – également plus ou moins élaborée – ont pu être identifiées au sein de 17 facultés sur un total de 20.³¹⁵

En France et en Allemagne, la situation s’est avérée plus ou moins similaire à celle révélée au travers de notre étude. L’étude menée, en 2016, auprès des facultés de médecine françaises a montré que seules 2 d’entre elles sur 37 disposaient de politiques sur les CI. De plus, il ne s’agissait que de politiques informelles, non publiées plutôt que de politiques claires et formulées par écrit.³¹⁶ Le classement a été réitéré en 2018 avec une adaptation des critères afin de pouvoir rendre compte de l’application effective ou non de la charte éthique adoptée par les Doyens suite à la publication du premier classement. Les résultats ont montré une nette amélioration de la situation avec un total de huit facultés qui ont obtenu un score supérieur ou égal à 10 points sur un total de 36.³¹⁷ En Allemagne également, seulement 2 facultés ont été identifiées comme disposant de politiques sur les CI.³¹⁸ Pourtant, les étudiants de médecine y sont également demandeurs de changements dans la manière de pratiquer la médecine, à commencer par une formation exempte de biais et indépendante.³¹⁹

Les faibles scores obtenus par les facultés de médecine belges par rapport aux facultés Nord-Américaines pourraient s’expliquer par le fait qu’en Belgique, mis à part le rapport du *Conseil de l’Europe*,³²⁰ un article du GRAS³²¹ et une note de l’Académie royale de Médecine de Belgique,³²² il n’existe pas de recommandation officielle en faveur d’une formation médicale plus indépendante. Il y a un manque de soutien des pouvoirs publics, des autorités sanitaires et universitaires en faveur des politiques d’encadrement des CI, contrairement à la France³²³ ou aux Etats-Unis.³²⁴ De plus, les étudiants de médecine belges sont demandeurs d’une formation plus indépendante.³²⁵

Nous espérons que les résultats de cette étude attireront l’attention des autorités facultaires de médecine sur la problématique des CI. Les facultés de médecine belges pourraient bénéficier des initiatives déjà prises par leurs homologues américaines³²⁶ et françaises,³²⁷ en matière de prise de position, de recommandations et de rapports. Elles pourraient également s’inspirer du travail rigoureux réalisé par l’AMSA afin de réduire autant que possible l’influence des firmes sur la formation médicale initiale.³²⁸ L’AMSA a mis au point un modèle de curriculum « *pharmfree* » afin de fournir aux étudiants les connaissances et les compétences nécessaires afin de reconnaître les CI, leur impact sur la pratique médicale et de gérer leurs relations avec

³¹⁴ Carlat, D.J., Fagrelus, T., Ramachandran, R., Ross, J.S., Bergh, S., *op. cit.*, 2016, p.4

³¹⁵ Mason, P., Tattersall, M.H.N., *op. cit.*, 2011, p. 124

³¹⁶ Scheffer, P., Guy-Coichard, C., Outh-Gauer, D., Calet-Froissart, Z., Boursier, M., Mintzes, B. *et al.*, *op. cit.*, 2017, p. 9

³¹⁷ Formindep, « Classement des facultés françaises en matière d’indépendance », <https://facs2018.formindep.fr/>

³¹⁸ Grabitz, P., Friedmann, Z., Gepp, S., Hess, L.U., Specht, L. *et al.*, *op. cit.*, 2019, p. 2

³¹⁹ Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, « BVMD Positionspapier Beeinflussung der Freiheit von Lehre », 2013

³²⁰ Maury Pasquier, L., *op. cit.*, 2015, p. 9

³²¹ GRAS, *op. cit.*, 2013

³²² Académie royale de Médecine de Belgique, *op. cit.*, 2002

³²³ Lemorton, C., Robinet, A., *op. cit.*, 2013, p. 96

³²⁴ Suzanne Murrin, « NIH Has Made Strides in Reviewing Financial Conflicts of Interest in Extramural Research, But Could Do More », 2019

³²⁵ Barcho Montes de Oca, E.A., Delcroix, S., Fouarge, E., *op. cit.*, 2019

³²⁶ AAMC, *op. cit.*, 2008

³²⁷ Dubois Randé, J.-L., Taddei-Gross, C., *op. cit.*, 2017

³²⁸ AMSA, « Just Medicine Campaign », <https://www.amsa.org/advocacy/just-medicine-campaign/>

les firmes dans l'intérêt du patient et de la société.³²⁹ Ce guide s'adresse aux étudiants, aux enseignants et aux responsables des facultés de médecine qui souhaitent intégrer ces thématiques au sein de leur cursus. Cet outil a été traduit en français par l'association *Formindep*,³³⁰ et il pourrait servir de base à l'élaboration d'un tel curriculum adapté pour la formation des médecins belges. En France, un collectif d'étudiants en médecine appelé *La Troupe du RIRE*³³¹ a réalisé un livret en 2015 de sensibilisation sur l'influence de l'industrie pharmaceutique au cours de la formation médicale afin de rendre cette problématique accessible aux étudiants.³³² Le livret aborde ce sujet sensible avec beaucoup d'humour, des illustrations et des exemples tout en restant très sérieux sur le fond. Il a déjà été largement diffusé en France et il serait intéressant d'en faire bénéficier les étudiants de médecine belges. L'*Organisation Mondiale de la Santé* (OMS) et la *Health Action International* (HAI) ont publié, en 2005, une revue des connaissances sur la promotion des médicaments.³³³ Ensuite, en 2009, un manuel pratique, traduit en français en 2013,³³⁴ intitulé « *Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre* ». Il présente de manière extrêmement claire et didactique le sujet de la promotion pharmaceutique, ses impacts sur la pratique médicale, comment y répondre et comment s'informer de manière indépendante. Enfin la HAI a également publié deux rapports. Le premier, en 2016, est intitulé *Fact or Fiction ? What Healthcare Professional Need to Know about Pharmaceutical Marketing in the European Union*³³⁵ qui aborde de manière très précise les dessous du marketing des PHARMAS. Le second, publié en 2017, est intitulé *Report on Education on Pharmaceutical Promotion in Medical Training* se concentre davantage sur la question de l'impact de ce marketing sur la formation médicale.³³⁶ La Belgique n'est pas en reste dans ce domaine. Le *Centre belge d'information pharmacothérapeutique* (CBiP) a été créé afin de fournir aux professionnels de la santé une information sur les médicaments indépendante, neutre et objective, fondée sur les preuves scientifiques. Ils publient des feuilles d'information mensuelles et tiennent un répertoire commenté des médicaments mis à jour annuellement.³³⁷ En collaboration avec l'asbl Farmaka, ils publient des *Fiches de transparence* qui sont mises à jour chaque année. Ils y synthétisent les données disponibles concernant les meilleurs traitements (qu'ils comparent entre eux) – médicamenteux ou non – concernant un problème particulier, en établissant le rapport entre les bénéfices, les risques et les coûts. Pour ce faire, ils se basent sur des sources d'information indépendantes.³³⁸ Le personnel des facultés, les enseignants et les étudiants eux-mêmes disposent donc de nombreuses ressources et outils afin de se former sur la question. Il serait intéressant de s'inspirer de ces initiatives pour développer des politiques et des activités formatives sur la question et de les diffuser afin d'élever les consciences sur la problématique de l'indépendance et de l'influence de l'industrie dans la médecine.

Le fait de rendre public l'absence d'encadrement des CI au sein des facultés de médecine pourrait les amener à prendre des mesures comme ce fût le cas aux Etats-Unis. Depuis 2007, la

³²⁹ AMSA, *op. cit.*, 2015

³³⁰ Formindep, « Argumentaire et recommandations pour un programme d'enseignement type Pharmfree, visant l'indépendance vis-à-vis des firmes pharmaceutiques », 2016

³³¹ Le RIRE, « Manifeste du R.I.R.E », <https://sites.google.com/site/rirelibre/>

³³² Le RIRE, « Le Livret de la Troupe du RIRE », 2014

³³³ Norris, P., Herxheimer, A., Lexchin, J., Mansfield, P., *op. cit.*, 2005

³³⁴ Mintzes, B., Laing, R., Reed, T., Ewen, M., Hayes, L., & Piriou, C., *op. cit.*, 2013

³³⁵ HAI, *op. cit.*, 2016

³³⁶ La Santos, A., *op. cit.*, 2017

³³⁷ CBiP, « Centre belge d'information pharmacothérapeutique », <https://www.cbip.be/fr/start>

³³⁸ CBiP, « Fiches de Transparence », <https://ft.cbip.be/fr>

tenue de classements annuels des facultés a permis une amélioration constante des politiques de gestion des CI au sein de ces dernières.³³⁹ Il serait intéressant de réitérer ce classement de manière régulière, en Belgique, afin d'avoir un suivi de l'évolution des politiques et du curriculum dans les facultés de médecine sur la question des CI.

6. Limites de l'étude

Notre étude est confrontée à de nombreuses limites. Tout d'abord, seulement une faculté sur les dix que nous avons contactées nous a répondu et nous a fourni des informations. Comme les sites internet des facultés peuvent s'avérer incomplets et que des documents de politiques peuvent ne pas y figurer, il se peut que nous soyons passés à côté d'informations pertinentes pour notre étude. Cependant, il faut remarquer que des politiques non formulées par écrit et difficiles d'accès ne peuvent pas avoir le même impact qu'une politique officielle et publique. Cela peut en limiter la connaissance par le personnel académique et accroître le risque de non-respect de son contenu. Nous n'avons pas pu vérifier le résultat de nos recherches internet pour les facultés de la KU Leuven, de l'UGent et de l'UHasselt comme elles ne nous ont pas répondu pour compléter ou corriger nos résultats intermédiaires. Seule la faculté de l'UCLouvain a répondu à nos résultats intermédiaires afin de nous apporter des informations complémentaires.

La recherche sur les sites internet s'est effectuée via les outils de recherche intégrés aux sites des facultés. Ces outils de recherche fonctionnaient de manière très différente en fonction du site internet. Dans certains cas, ils donnaient un très grand nombre de résultats – pertinents ou non. Dans d'autres cas, ils ne donnaient presque aucun résultat et étaient limités à des termes et expressions prédéfinis. L'efficacité variable de ces outils de recherche nous a peut-être fait passer à côté de certains documents, politiques ou activités d'enseignement disponibles publiquement.

Certaines facultés pourraient être en train de développer des politiques et des prises de position, au moment où nous réalisons cette étude, et qui ne sont pas encore effectives à ce jour. C'est le cas de la faculté de l'UCLouvain, dont la doyenne nous a affirmé que la question des CI serait étudiée et suivie de près au cours de cette année.

Pour les facultés de la KU Leuven et de l'UHasselt, nous avons retenu des politiques qui ne s'appliquent pas exclusivement à la faculté de médecine. Nous sommes, cependant, conscients que les CI dans la médecine peuvent mettre en danger la santé des patients³⁴⁰ et qu'ils doivent faire l'objet d'une attention toute particulière. Les facultés de médecine doivent donc mettre en place des politiques plus restrictives que les autres départements au sein des universités.

Comme cela apparaît très clairement dans nos entretiens auprès des étudiants de médecine, le stage en hôpital est le moment où les étudiants sont le plus exposés à l'influence des PHARMAS. C'est également ce que soulignent Scheffer *et al.* dans leur conclusion.³⁴¹ Dès lors, il serait judicieux de réaliser une étude, basée sur une méthodologie similaire, au sein des hôpitaux universitaires belges. Les hôpitaux universitaires assurent, en complémentarité avec les facultés de médecine, la formation des médecins. Une recherche pour évaluer la manière dont ils gèrent les CI avec l'industrie viendrait donc compléter les résultats de notre présente

³³⁹ Carlat, D.J., Fagreluis, T., Ramachandran, R., Ross, J.S., Bergh, S., *op. cit.*, 2016

³⁴⁰ Institute of Medicine (US), « Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice », 2009

³⁴¹ Scheffer, P., Guy-Coichard, C., Outh-Gauer, D., Calet-Froissart, Z., Boursier, M., Mintzes, B. *et al.*, *op. cit.*, 2017, p. 11

étude. Ce travail a été réalisé en France afin d'évaluer l'existence ou non de politiques pour encadrer les CI au sein des centres hospitaliers universitaires. Il en ressort que seulement 13 hôpitaux sur un total de 32 avaient des règles concernant au moins l'un des objets de l'étude.³⁴² Aux Etats-Unis, l'AMSA a pu également conduire une enquête sur les CI dans les hôpitaux universitaires. Elle nous apprend que sur 204 hôpitaux, 177 disposaient, en 2014, de politiques relatives aux CI.³⁴³ Cela indique une tendance similaire que celle observée pour les classements des facultés, avec de meilleurs scores obtenus aux Etats-Unis en raison des actions répétées, par l'AMSA, en faveur de l'indépendance de la formation médicale, depuis environ deux décennies. Cela contribue à encourager les actions du même type que celle-ci afin de pousser les facultés de médecine et les hôpitaux universitaires à poser des gestes forts en faveur de la lutte contre les CI et de garantir une formation indépendante à leurs étudiants.

³⁴² Guy-Coichard, C., Perraud, G., Chailieu, A., Gaillac, V., Scheffer, P., Mintzes, B., *op. cit.*, 2019, p. 6

³⁴³ AMSA, « Fewer than one in five teaching hospitals make the grade on conflict-of-interest policies », 2014

7. Conclusion

Le concept de néolibéralisme nous a permis d'appréhender le caractère parfois inéluctable des relations entre l'industrie et le monde médical. Ces relations semblent inhérentes à la nature même de ce système socio-économique au sein duquel nous évoluons. Comme nous l'avons vu, les liens d'intérêts sont pratiquement inévitables dans la médecine contemporaine. Les étudiants sont exposés dès le début de leur formation aux interactions avec l'industrie du médicament et continueront de l'être durant leur parcours professionnel. Les contacts des firmes avec les facultés de médecine sont à situer dans cette perspective plus générale. Il ne faut cependant pas perdre de vue qu'une autre vision de la médecine, plus indépendante, existe et que des outils peuvent être mis en place afin de limiter et/ou d'encadrer les liens d'intérêts afin d'éviter des situations potentiellement dommageables pour la santé des patients, l'image de la médecine et l'intégrité des médecins. C'est ce que nous avons tenté de démontrer par la réalisation de notre classement des facultés.

Nous partions dans cette aventure de classement des facultés forts des résultats et des expériences étrangères. En Belgique, la question de l'indépendance de la formation médicale semble être déjà bien amorcée. Des politiques d'encadrement des conflits d'intérêts existent au sein de certaines facultés et des activités visant à préparer les étudiants à de telles interactions et pratiques d'influences voient le jour. Des modules sont proposés à certains étudiants, d'autres reçoivent les enseignements de professeurs sensibilisés à ces questions. Cependant, beaucoup reste à faire. De nombreuses initiatives sont encore à prendre et les exemples de franches réussites ne tarissent pas. Nous avons tenté d'en exposer quelques-uns dans ce travail mais il existe bien d'autres possibilités pour porter la thématique de l'indépendance à la conscience du plus grand nombre.

Enfin, s'il nous a été rapporté par les étudiants que l'influence au sein des facultés est assez limitée, en comparaison à ce qu'il a pu se passer ailleurs, il n'en est pas de même pour les lieux de stage et plus particulièrement les hôpitaux universitaires. Il est de notre avis qu'il serait d'autant plus intéressant de creuser cette hypothèse car il semblerait que c'est au cours de ces stages cliniques que se forment les habitudes. Les médecins y sont considérés comme des exemples par les étudiants, ce qui implique pour eux une nécessité de prêter une attention toute particulière à l'éthique et à la déontologie. Il serait une opportunité formidable pour la qualité de la formation médicale belge de pouvoir pérenniser la tenue de ce classement des facultés tout en approfondissant le champ de la recherche et en investiguant les autres lieux de formation des médecins. Cet élan d'intérêt porté à travers le monde pour l'éthique et l'indépendance de la médecine ne doit nullement se garder de poser un regard sur la Belgique.

8. Bibliographie

Articles de revues scientifiques

- Austad, K.E., Avorn, J., Franklin, J.M., Kowal, M.K., Campbell, E.G., Kesselheim, A.S., « Changing interactions between physician trainees and the pharmaceutical industry: a national survey », *J Gen Intern Med*, Vol. 28(8), 2013, p. 1064-1071
- Austad, K.E., Avorn, J., Kesselheim, A.S., « Medical students' exposure to and attitudes about the pharmaceutical industry: a systematic review », *PLoS Med*, Vol. 8 (5), 2011
- Batifoulier, P., « Davantage d'État pour plus de marché. L'orientation marchande de la politique de santé », *Savoir/Agir*, (n° 5), 2008/3, p. 49-56
- Bouchez, J.-P., « Autour de « l'économie du savoir » : ses composantes, ses dynamiques et ses enjeux », *Savoirs*, (n° 34), 2014/1, p. 9-45.
- Cambrosio A., Keating P., Mogoutov, A., « Mapping Collaborative Work and Innovation in Biomedicine: A Computer-Assisted Analysis of Antibody Reagent Workshops », *Social Studies of Science*, Vol. 34(3), 2004, p. 325–364.
- Carlat, D.J., Fagrelus, T., Ramachandran, R., Ross, J.S., Bergh, S., « The updated AMSA scorecard of conflict-of-interest policies: a survey of U.S. medical schools », *BMC Med Educ*, Vol. 16(1):202, 2016
- De Visscher, C., « Le coup dans l'eau de Copernic : réforme de la haute fonction publique, gestion publique et participation en Belgique », *Politiques et management public*, 23(4), 2005, p. 33-51
- Diccio-bloom, B., Crabtree, B. F., « The qualitative research interview », *Medical Education*, Vol. 40(4), 2006, p. 314-321
- Domin, J.-P., « L'État et le marché au chevet de l'hôpital public », *Savoir/Agir*, 3 (n° 5), 2008/3, p. 65-73
- Etain, B., Guittet, L., Weiss, N., Gajdos, V., Katsahian, S., « Attitudes of medical students towards conflict of interest: A national survey in France », *PLoS ONE*, Vol. 9(3), 2014
- Fickweiler, F., Fickweiler, W., Urbach, E., « Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: a systematic review », *BMJ open*, Vol. 7(9), 2017
- Fischer, M.A., Keough, M.E., Baril, J.L. *et al.*, « Prescribers and pharmaceutical representatives: why are we still meeting? », *J Gen Intern Med*, Vol.24(7), 2009, p. 795–801
- Fugh-Berman, A., « Doctors must not be lapdogs to drug firms », *BMJ*, Vol. 333(7576), 2006, p. 1024-1027
- Gagnon, M.A., Lexchin, J., « The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States », *PLoS Med*, Vol. 5(1), 2008, p. 29-33
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., Chadwick, B., « Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups », *Br Dent J*, Vol. 204, 2008, p. 291–295

- Goethals, C., Wunderle, M., « Le secteur pharmaceutique en Belgique », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, (n° 2366-2367), 2018/1, p. 5-90.
- Goupil, B., Balusson, F., Naudet, F., Esvan, M., Bastian, B., Chapron, A. *et al.*, « Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016: retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases », *BMJ*, Vol. 367 :l6015, 2019
- Grabitz, P., Friedmann, Z., Gepp, S., Hess, L.U., Specht, L. *et al.*, « Conflict of Interest Policies at German medical schools - A long way to go », *bioRxiv* 809723, 2019
- Guy-Coichard, C., Perraud, G., Chailleu, A., Gaillac, V., Scheffer, P., Mintzes, B., « Inadequate conflict of interest policies at most French teaching hospitals: A survey and website analysis », *PLoS ONE*, Vol. 14(11), 2019
- Holloway, K., « Uneasy subjects: Medical students' conflicts over the pharmaceutical industry », *Social Science & Medicine* Vol. 114, 2014, p. 113-120
- Jahnke, K., Stephan, M., Schmidt, C.O., Kochen, M., Chenot, J.-F., « German medical students' exposure and attitudes toward pharmaceutical promotion : A cross-sectional survey », *GMS Zeitschrift Für Medizinische Ausbildung*, Vol. 31(3), 2014
- Kesselheim A.S., « Drug company gifts to medical students: the hidden curriculum », *BMJ*, Vol. 346, 2013
- Keys, T., Ryan, M.H., Dobie, S., Satin, D., Evans, D.V., « Premedical Student Exposure to Pharmaceutical Marketing: Too Much, Too Soon? », *Fam Med*, Vol. 51(9), 2019, p. 722-727
- La Revue Prescrire, « Etats-Unis : moins de firmes dans les facultés de médecine grâce aux étudiants », *Rev Prescrire*, Vol. 36(387), 2016
- Laval, C., « L'économie de la connaissance et la transformation de l'enseignement supérieur et de la recherche », *Bulletin de l'ASES*, Vol. 42, 2015, p. 7-20
- Lea, D., Spigset, O., Slørdal, L., « Norwegian medical students' attitudes towards the pharmaceutical industry », *Eur J Clin Pharmacol*, Vol. 66(7), 2010, p. 727-733
- Lieb, K., Koch, C., « Medical students' attitudes to and contact with the pharmaceutical industry: a survey at eight German university hospitals », *Deutsches Arzteblatt international*, Vol. 110(35-36), 2013, p. 584-590
- Lieb, K., Scheurich, A., « Contact between Doctors and the Pharmaceutical Industry, Their Perceptions, and the Effects on Prescribing Habits », *PLOS ONE*, Vol. 9(10), 2014
- Mason, P., Tattersall, M.H.N., « Conflicts of interest: a review of institutional policy in Australian medical schools », *Med J Aust*, Vol. 194 (3), 2011, p. 121-125
- Mintzes, B., Lexchin, J., Sutherland, J.M. *et al.*, « Pharmaceutical sales representatives and patient safety: a comparative prospective study of information quality in Canada, France and the United States », *J Gen Intern Med*, Vol. 28(10), 2013, p. 1368-1375
- Moncrieff, J., « Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism », *British Journal of Psychiatry*, Vol. 188(4), 2006, p. 301-302
- Moore, K., Kleinman, D.L., Hess, D. *et al.*, « Science and neoliberal globalization: a political sociological approach », *Theory and Society*, Vol. 40(5), 2011, p. 505-532
- Muth, C.-C., « Conflict of Interest in Medicine », *JAMA*, Vol. 317(17), 2017, p. 1812
- Pierru, F., « La santé au régime néolibéral », *Savoir/Agir*, (n° 5), 2008/3, p. 13-24

- Polster, C., « The future of the liberal university in the era of the global knowledge grab », *Higher Education*, Vol. 39(1), 2000, p. 19-41
- Sagarin, B.J., Serna, S.B., Cialdini, R.B., Rice, W.E., « Dispelling the Illusion of Invulnerability: The Motivations and Mechanisms of Resistance to Persuasion », *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 83, No. 3, 2002, p. 526–541
- Sah, S., Fugh-Berman, A., « Physicians under the Influence: Social Psychology and Industry Marketing Strategies », *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, Vol. 41(3), 2013, p. 665–672.
- Sayaka, S., Takami, M., Yasushi, M., Tetsuhiro, M., « Medical students' attitudes toward interactions with the pharmaceutical industry: a national survey in Japan », *BMC Medical Education*, Vol. 18(286), 2018
- Scheffer, P., « Préparer les étudiants en médecine à affronter l'influence de l'industrie pharmaceutique : un enjeu éthique, professionnel et éducationnel », *Pédagogie Médicale*, Vol. 17(3), 2017, p. 189-197
- Scheffer, P., Guy-Coichard, C., Outh-Gauer, D., Calet-Froissart, Z., Boursier, M., Mintzes, B. *et al.*, « Conflict of Interest Policies at French Medical Schools: Starting from the Bottom », *PLoS ONE*, Vol. 12(1), 2017
- Shahu, I. *et al.*, « Attitudes Of Medical Students Towards Relationship With Pharmaceutical Company: Do We Need A Change? », *International Journal of Pharma Sciences and Research (IJPSR)*, Vol.2(2), 2011, p. 49-57
- Shnier, A., Lexchin, J., Mintzes, B., Jutel, A., Holloway, K., « Too Few, Too Weak: Conflict of Interest Policies at Canadian Medical Schools », *PLoS ONE*, Vol. 8(7), 2013
- Sierles, F.S., Kessler, K.H., Mintz, M. *et al.*, « Changes in medical students' exposure to and attitudes about drug company interactions from 2003 to 2012: a multi-institutional follow-up survey », *Acad Med*, Vol. 90(8), 2015, p. 1137-1146
- Soyk, C., Pfefferkorn, B., McBride, P., Rieselbach, R., « Medical Student Exposure to and Attitudes about Pharmaceutical Companies », *WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin*, Vol. 109(3), 2010, p. 142-148
- Springuel, A., « L'influence dans la stratégie des entreprises », *Revue internationale d'intelligence économique*, Vol. 3, no. 2, 2011, p. 153-160
- Spurling, G.-K., Mansfield, P.-R., Montgomery, B.-D. *et al.*, « Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review », *PLoS Med*, Vol. 7(10), 2010
- Steinman, M.A., Shlipak, M.G., McPhee, S.J., « Of Principles and Pens: Attitudes and Practices of Medicine Housestaff toward Pharmaceutical Industry Promotions », *The American Journal of Medicine*, Vol. 110, Issue 7, 2001, p. 551-557
- Thompson, D.-F., « Understanding Financial Conflicts of Interest », *New England Journal of Medicine*, Vol. 329 (8), 1993, p. 573-576
- Vainiomäki, M., Otto, H., Lauri, V., « A national survey on the effect of pharmaceutical promotion on medical students », *Medical Teacher*, Vol. 26(7), 2004, p. 630-634
- Williams, S.J., Martin, P., Gabe, J., « The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis » *Sociology of Health and Illness*, Vol. 33, 2011, p. 710-725
- Yeh, J.S., Austad, K.E., Franklin, J.M., Chimonas, S., Campbell, E.G. *et al.*, « Association of Medical Students' Reports of Interactions with the Pharmaceutical

and Medical Device Industries and Medical School Policies and Characteristics: A Cross-Sectional Study », *PLoS Med*, Vol. 11(10), 2014

- Zask, J., « Le public chez Dewey : une union sociale plurielle », *Tracés. Revue de Sciences Sociales*, Vol. 15(2), 2008, p. 169-189
- Zetterqvist, A.V., Merlo, J., Mulinari, S. « Complaints, Complainants, and Rulings Regarding Drug Promotion in the United Kingdom and Sweden 2004–2012: A Quantitative and Qualitative Study of Pharmaceutical Industry Self-Regulation », *PLoS Med*, Vol. 12(2), 2015
- Zipkin, D.A., Steinman, M.A., « Interactions between pharmaceutical representatives and doctors in training. A thematic review », *J Gen Intern Med*, Vol. 20(8), 2005, p. 777-786

Articles d'un ouvrage collectif

- Abraham, J., « The sociological concomitants of the pharmaceutical industry and medications », dans: C. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont, & S. Timmermans, Eds., *Handbook of medical sociology*, Nashville, Vanderbilt University Press, 2010, 512 p.
- Garai, P., « Advertising and promotion of drugs », dans: Talalay, P., Eds., *Drugs in our society*. Baltimore, John Hopkins Press, 1964
- Institute of Medicine (US), « Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice », dans : Lo, B., Field, M.J., Eds., *Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice*. Washington (DC), National Academies Press (US), 2009 [Disponible sur] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22942/>
- Pierru, F., « 8. Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratization néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », dans : Hibou, B., éd., *La bureaucratization néolibérale*. Paris, La Découverte, « Recherches », 2013, p. 203-230.
- Van Horn, R., Mirowski, P., « The Rise of the Chicago School of Economics and the Birth of Neoliberalism », dans: Mirowski, P., Plehwe, D., Eds., *The Road from Mont Pelerin: The Making of the Neoliberal Thought Collective*. Cambridge, Harvard University Press, 2009, p. 139-178

Monographies

- Bourdieu, P., Passeron, J.-P., « Les Héritiers », Les Editions de minuit, coll. « Le sens commun », 1964, 192 p.
- Chamayou, G., « La société ingouvernable. Une généalogie du libéralisme autoritaire », Paris, La Fabrique, 2018, 326 p.
- Danet, F., « Où va l'hôpital ? », Paris, Desclée de Brouwer, 2008, 220 p.
- Dardot, P., Laval, C., « La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale », Paris, La Découverte, 2009, 497 p.
- Davies, W., « The Limits of Neoliberalism: Authority, Sovereignty and the Logic of Competition », 2017, London, Sage, 248 p.
- Dewey, J., « Le public et ses problèmes », (1915), Trad. de l'anglais (États-Unis) par Zask, j, Gallimard, coll. « Folio essais », (2010), 336 p.

- Gray, D., « Doing Research in the Real World », Sage, 2013
- Pollitt, C., Bouckaert, G., « Public Management Reform: A Comparative Analysis », Oxford: Oxford University Press, 2011, 362 p.
- Slaughter, S., Leslie, L., « Academic capitalism: Politics, policies, and the entrepreneurial university », Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1997, 296 p.
- Stengers, I., James, W., « Une autre science est possible ! Manifeste pour un ralentissement des sciences », Paris, La Découverte, coll. « Sciences humaines et sociales », 2017, 211 p.

Documents d'organismes officiels

- Commission européenne, « Vers un marché des connaissances », RDT info, n° 34, Bruxelles, 2002, p. 16
- Dave, D., M., « Effects of pharmaceutical promotion : a review and assessment », National Bureau of Economic Research, 2013 [Disponible sur] <https://www.nber.org/papers/w18830>
- European Commission, « Pharmaceutical Sector Inquiry - Final Report », Competition DG, 2009 [Disponible sur] https://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff_working_paper_part1.pdf
- FAMHP, « Regulations regarding advertising for medicinal products for human use. General dispositions » [Disponible sur] <https://www.fagg-afmps.be/sites/default/files/downloads/Advertising%20general%20rules%20EN.pdf>
- Haute Autorité de Santé, « Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts », 2013 [Disponible sur] https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_dpi.pdf
- Hermange, M.T., Payet, A.M., « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments », Rapport d'information fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments, Sénat, n°382, 2006 [Disponible sur] <https://www.senat.fr/rap/r05-382/r05-3821.pdf>
- Lemorton, C., Robinet, A., « Rapport d'information sur la mise en oeuvre de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé », Rapport d'information déposé par la Commission des Affaires sociales, Assemblée nationale, 2013 [Disponible sur] <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1281.pdf>
- Leyh, D., « BRAS. Advertising for medicines addressed to the public », FAMHP, 2014 [Disponible en ligne] <https://www.fagg-afmps.be/sites/default/files/downloads/expos%20A9-2-PUB-EN-2014-12-09-OK.pdf>
- Maury Pasquier, L., « La santé publique et les intérêts de l'industrie pharmaceutique : comment garantir la primauté des intérêts de santé publique? », Rapport de la Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable du Conseil Européen, 2015 [Disponible sur] <http://www.assembly.coe.int/nw/Page-FR.asp?LID=2019SC3>

- Mintzes, B., Laing, R., Reed, T., Ewen, M., Hayes, L., & Piriou, C., « Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre - Un manuel pratique », OMS et HAI, 2013 [Disponible sur] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf
- Norris, P., Herxheimer, A., Lexchin, J., Mansfield, P., « Drug promotion : what we know, what we have yet to learn. Reviews of materials in the WHO/HAI database on drug promotion », OMS et HAI, 2005 [Disponible sur] <https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s8109e/s8109e.pdf>
- OECD, « Health at a Glance 2019: OECD Indicators », OECD Publishing, Paris, 2019 [Disponible sur] <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Suzanne Murrin, « NIH Has Made Strides in Reviewing Financial Conflicts of Interest in Extramural Research, But Could Do More », U.S. Department of Health and Human Services, 2019, [Disponible sur] <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-03-19-00150.pdf>

Rapports

- AAMC, « Industry Funding of Medical Education. Report of an AAMC Task Force », Association of American Medical Colleges, 2008, Washington, D.C. [Disponible sur] <https://www.aamc.org/system/files/c/2/482220-industryfundingofmedicaleducation.pdf>
- AMSA, « Evidence and Recommendations for a Model PharmFree Curriculum », PharmFree campaign, American Medical Student Association, 2015 [Disponible sur] <https://www.amsa.org/wp-content/uploads/2015/03/ModelPharmFreeCurriculum.pdf>
- HAI, « Fact or Fiction. What Healthcare Professionals Need to Know about Pharmaceutical Marketing in the European Union », Health Action International, Amsterdam, 2016 [Disponible sur] <https://haiweb.org/wp-content/uploads/2016/10/Fact-or-Fiction-1.pdf>
- IHSP, « The R&D Smokescreen - The Prioritization of Marketing & Sales in the Pharmaceutical Industry », Institute for Health and Socio-Economic Policy, 2016 [Disponible sur] https://nurses.3cdn.net/e74ab9a3e937fe5646_afm6bh0u9.pdf
- IQVIA Institute, « The Global Use of Medicine in 2019 and Outlook to 2023 », 2019 [Disponible sur] <https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/the-global-use-of-medicine-in-2019-and-outlook-to-2023>
- La Santos, A., « Pharmaceutical Marketing. Report on Education on Pharmaceutical Promotion in Medical Training », Health Action International, Amsterdam, 2017 [Disponible sur] <https://haiweb.org/wp-content/uploads/2017/12/Report-on-Education-on-Pharmaceutical-Promotion-in-Medical-Training.pdf>
- Smith, A., Bervelt, P., « Discover pharma promotional spend in 2018 », IQVIA, 2018 [Disponible sur] <https://cib-pharma.be/uploads/iqvia-cib-promotional-overview-20181543077660.pdf>
- Smith, S.-R., Hams, M., Wilkinson, W., « Conflict of interest policy guide for medical schools and academic medical centers », Community Catalyst, Toolkit series, 2013 [Disponible sur] <https://www.communitycatalyst.org/initiatives-and-issues/initiatives/prescription-reform/body/COI-toolkit-Policy-implementation.pdf>

- Terry, C., & Lesser, N., « Ten years on Measuring the return from pharmaceutical innovation 2019 », Deloitte Centre for Health Solutions, 2019 [Disponible sur] <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/life-sciences-health-care/deloitte-uk-ten-years-on-measuring-return-on-pharma-innovation-report-2019.pdf>

Chartes/Policy documents

- Barcho Montes de Oca, E.A., Delcroix, S., Fouarge, E., « Medicine and the Involvement of the Pharmaceutical Industry. Policy document », Belgian Medical Student Association (BeMSA), 2019
- Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, « BVMD Positionspapier Beeinflussung der Freiheit von Lehre », 2013, consulté le 17 novembre 2019, [Disponible sur] https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Positionspapiere/2013-11-02_Beeinflussung_der_Freiheit_von_Lehre.pdf
- Dubois Randé, J.-L., Taddei-Gross, C., « Charte éthique et déontologique des Facultés de médecine et d'odontologie », 2017 [Disponible sur] http://unice.fr/faculte-de-medecine/contenus-riches/documents-telechargeables/doc_faculte/V3_Charte_facultes_medecine_odontologie_2017.pdf
- IFMSA, « IFMSA Policy Document Integrity and transparency in medical education », International Federation Medical Student Association, 2019 [Disponible sur] <https://ifmsa.org/wp-content/uploads/2019/09/AM19-Integrity-and-transparency-in-medical-education.pdf>
- Mosch, L.-K., Balciunas, J., de Jong, R., Réka Süli, O., « EMSA European Health Policy Pillar. Conflicts of Interest in Medical Education Settings », European Medical Student Association, 2019 [Disponible sur] <https://emsa-europe.eu/wp-content/uploads/2019/05/Policy-Statement-Conflicts-of-Interest-in-Medical-Education-Settings-1.pdf>
- UHasselt, « Responsible Research - Integrity charter », 2018 [Disponible sur] <https://www.uhasselt.be/Documents/UHasselt/onderzoek/Integrity%20charter.pdf>
- Université Laval, « Politique en matière de conflits d'intérêts dans les activités de formation, d'évaluation et de recherche », Faculté de médecine, politique n°14, 2015 [Disponible sur] <https://www.fmed.ulaval.ca/fileadmin/documents/faculte-reseau/documents-officiels-et-promotionnels/documents/politique-conflits-interets-activites-formation-recherche.pdf>

Cours

- Foucault, M., « Naissance de la biopolitique - Cours au Collège de France (1978-1979) », Paris: Gallimard, 2004

Entretien

- « Le néolibéralisme entre théorie et pratique. Entretien avec André Orléan », Cahiers philosophiques, 2013/2 (n° 133), p. 9-20.

Thèse de mémoire

- Tielrooij, B., « Internship report. Pharmaceutical promotion in medical and pharmacy education in the Netherlands: Readiness for curriculum change », Vrije Universiteit Amsterdam et HAI, 2016

Dissertation doctorale

- Piron, D., « Des régions qui comptent. La reconfiguration néolibérale de la Belgique fédérale saisie par les finances publiques », Thèse de sciences politiques et sociales, Université de Liège, 2018
- Scheffer, P. « Quelle formation à l'indépendance est-elle possible pour les étudiants en médecine, par rapport à l'influence de l'industrie pharmaceutique ? », Thèse de sciences de l'éducation, Université Paris 8, 2017

Communiqués de presse

- betransparent.be, « Les entreprises, prestataires de soins, institutions de soins et organisations de patients jouent à nouveau pleinement la carte de la transparence. Deuxième publication des collaborations conformément au nouveau cadre légal (Sunshine Act) », 24/06/2019, [Disponible sur] <https://www.betransparent.be/wp-content/uploads/2019/06/COMMUNIQUE-DE-PRESSE-betransparent.be-FR.pdf>
- CEDEGIM, « Worldwide Pharma Industry Marketing investment flat in 2013 », press release, 2014, [Disponible sur] https://www.cegedim.com/Communique/CSD_WWPharmaMarketingInvestmenst2014_eng.pdf
- De Block, M., « Plus de transparence dans l'industrie pharmaceutique et des technologies médicales », Communiqué de presse, 23/06/2017, [Disponible sur] <https://pharma.be/fr/concentrer/valeurs-pharma/be-transparent-be.html>

Textes de loi

- Arrêté royal du 11 janvier 1993 fixant les conditions dans lesquelles la remise de médicaments à usage humain sous forme d'échantillons peut être effectuée
- Arrêté royal du 14 juin 2017 portant exécution du Sunshine Act (M.B. du 23 juin 2017)
- Arrêté Royal du 31 juillet 2017 portant agrégation de l'organisation visée à l'article 44, §1er de la loi du 18 décembre 2016 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B. du 22 août 2017)
- Loi portant des dispositions diverses en matière de santé du 18 décembre 2016 (M.B. du 27 décembre 2016)
- Loi sur les médicaments du 25 mars 1964 (M.B. du 06 septembre 1964)
- Mdéon, « Code de déontologie », MDEON ASBL, Zaventem, 2018

Pages de sites internet

- Académie royale de Médecine de Belgique, « Relations entre médecins et entreprises en Belgique », armb.be, 2002, page consultée le 19 août 2019, [En ligne] <http://www.amb.be/index.php?id=1559>
- AG Interessenkonflikte, « Interessenkonflikte Ranking 2019 », interessenkonflikte.com, page consultée le 16 décembre 2019, [En ligne] <http://interessenkonflikte.com/ranking/>
- AMSA, « Fewer than one in five teaching hospitals make the grade on conflict-of-interest policies », amsa.org ; 2014, page consultée le 3 décembre 2019 [En ligne]

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

- AMSA, « Just Medicine Campaign », amsa.org, page consultée le 15 septembre 2019, [En ligne] <https://www.amsa.org/advocacy/just-medicine-campaign/>
- betransparent.be, « betransparent.be: la transparence dans l'intérêt du patient », betransparent.be, page consultée le 25 novembre 2019 [En ligne] <https://www.betransparent.be/fr/a-propos-du-registre-transparence/>
- CBiP, « Centre belge d'information pharmacothérapeutique », page consultée le 26 septembre 2019, [En ligne] <https://www.cbip.be/fr/start>
- CBiP, « Fiches de Transparence », cbip.be, page consultée le 17 novembre 2019, [En ligne] <https://ft.cbip.be/fr>
- Formindep, « Nous connaître », formindep.fr, page consultée le 10 octobre 2019, [En ligne] <https://formindep.fr/nous-connaître/>
- Formindep, « Classement des facultés françaises en matière d'indépendance », facs2018.formindep.fr, page consulté le 25 juin 2019, [En ligne] <https://facs2018.formindep.fr/>
- Formindep, « Méthodologie », facs2016.formindep.fr, page consultée le 17 mai 2019, [En ligne] <https://facs2016.formindep.fr/metho.html>
- GRAS, « Former à l'indépendance dès l'université : une nécessité ! », La Lettre du GRAS n°77, 2013, page consultée de le 10 octobre 2019, [En ligne] <http://www.gras-asbl.be/spip.php?article361>
- GRAS, « Qui sommes-nous ? », gras-asbl.be, 2017, page consultée le 19 décembre 2019, [En ligne] <http://www.gras-asbl.be/spip.php?rubrique1>
- IFMSA-Spain, « Farmacriticxs », ifmsaspain.org, page consultée le 16 décembre 2019, [En ligne], <http://ifmsaspain.org/proyectos/farmacriticxs/>
- KU Leuven, « Beleid en Richtlijnen voor Auteurschap van Wetenschappelijke Publicaties », kuleuven.be, 2015, page consultée le 16 novembre 2019, [En ligne] <https://www.law.kuleuven.be/home/onderzoek/beleidsdocument-auteurschap-2015>
- Le RIRE, « Manifeste du R.I.R.E », Réseau des Initiatives et Réponses Étudiantes, page consultée le 26 septembre, [En ligne] <https://sites.google.com/site/rirelibre/>
- Mdéon, « Cadre légal et Code de déontologie », mdeon.be, page consultée le 23 novembre 2019, [En ligne] <https://www.mdeon.be/fr/cadre-legal/>
- Mdéon, « Frequently Asked Questions », mdeon.be, page consultée le 24 juin 2019, [En ligne] <https://www.mdeon.be/fr/faq/>
- Mdéon, « Plateforme déontologique santé », mdeon.be, page consultée le 2 décembre 2019, [En ligne] <https://www.mdeon.be/fr/plateforme-deontologique-sante/>
- OMS, « Les dénominations communes internationales (DCI) », who.int, page consultée le 25 juin 2019, [En ligne] <https://www.who.int/medicines/services/inn/innguidance/fr/>
- Pharma.be, « betransparent.be & Sunshine Act », pharma.be, page consultée le 2 décembre 2019, [En ligne] <https://pharma.be/fr/concentrer/valeurs-pharma/betransparent-be.html>
- Pharma.be, « L'article 10 de la Loi sur les médicaments », pharma.be, page consultée le 25 novembre 2019, [En ligne] <https://pharma.be/fr/130-french/valeurs-pharma/220-l-article-10-de-la-loi-sur-les-medicaments.html>

- UCLouvain, « Mission, vision et valeurs », uclouvain.be, page consultée le 16 novembre 2019, [En ligne] <https://uclouvain.be/fr/facultes/mede/missions.html>
- UCLouvain, « Masters et Certificats de spécialisation », page consultée le 20 décembre 2019, [En ligne] <https://uclouvain.be/fr/facultes/mede/specialites.html>
- Université Laval, « Infocritique – Modules d’auto-apprentissage des habiletés de lecture critique et de gestion de l’information », Faculté de médecine, infocritique.fmed.ulaval.ca, page consultée le 8 décembre 2019, [En ligne] <https://infocritique.fmed.ulaval.ca/Cours/infocritique/index.aspx?MID=0>
- Universiteit Gent, « Gedragscode: relatie tussen artsen en industrie », Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, ugent.be, 2006, page consultée le 16 novembre 2019, [En ligne] <https://www.ugent.be/ge/nl/faculteit/gedrcode>

Document de sites internet

- betransparent.be, « Sunshine Act. La transparence dans l’intérêt du patient », betransparent.be, 2017, [Disponible sur] <https://www.betransparent.be/wp-content/uploads/2017/07/Flyer-Sunshine-Act-fr.pdf>
- Formindep, « Argumentaire et recommandations pour un programme d’enseignement type Pharmfree, visant l’indépendance vis-à-vis des firmes pharmaceutiques », formindep.fr, 2016 [Disponible sur] <https://formindep.fr/wp-content/uploads/2016/07/Curriculum-AMSA-VF1.pdf>
- Le RIRE, « Le Livret de la Troupe du RIRE », 2014, [Disponible sur] https://latroupeduriredotfr.files.wordpress.com/2016/04/livretltdr-v7_6-sans-trait-de-coupe.pdf

Article de périodique en ligne

- Bourdieu, P., « Pour un savoir engagé », dans : *Le Monde diplomatique*, page consultée le 3 janvier 2019, [En ligne] <https://www.monde-diplomatique.fr/2002/02/BOURDIEU/8602>