





# Médicaments dangereux :

à qui la faute ?

## DU MÊME AUTEUR

*Alertes grippales – Comprendre et choisir*, Dangles, 2009.

*Les contes de Grimm. Lecture psychanalytique*, Imago, 1990, 1999, 2009.

*Dictionnaire de médecine Flammarion* (Collectif sous la direction de S. Kernbaum), 8<sup>e</sup> édition, 2008.

*La passion de Charles Bovary*, Imago, 1995.

Liens d'intérêts (Art. L.4113-13 du Code de la santé publique) : le Dr Girard travaille comme consultant pour l'industrie pharmaceutique.

ISBN : 978-2-7033-0896-6

© Éditions Dangles, 2011.

Une marque du groupe éditorial Piktos,  
Z.I. de Bogues – rue Gutenberg – 31750 Escalquens  
Bureau parisien : 6, rue Régis – 75006 Paris

**[www.piktos.fr](http://www.piktos.fr)**

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays.

Dr Marc Girard

Médicaments  
dangereux :  
à qui la faute ?

*Dangles*  
DEPUIS 1924  
EDITIONS 



## **Abréviations**

AFSSAPS	agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM	autorisation de mise sur le marché
CAPI	contrats d'amélioration des pratiques individuelles
FMC	formation médicale continue
HAS	haute autorité de santé
IGAS	inspection générale des affaires sociales
OMS	organisation mondiale de la santé



# Introduction

S'assumant comme politique, la réflexion de mon précédent livre<sup>1</sup> s'était d'emblée référée au climat de *méfiance* à l'égard des autorités tel qu'il s'était cristallisé après que les Français eurent été froidement bafoués dans leur volonté pourtant démocratiquement exprimée à l'occasion du référendum sur la Constitution européenne. Qu'il me soit permis de dire comme je suis fier d'avoir contribué à cette magnifique expression de défiance citoyenne qu'a représentée, ensuite, le lamentable ratage de l'indécente campagne vaccinale anti-H1N1 – escroquerie dans laquelle les institutions européennes ont si bien joué leur rôle au service des lobbies.

Les choses évoluant plus vite que ne le croient nos politiques, le climat dans lequel j'entends placer ce nouvel ouvrage sera celui de *l'exaspération* : les gens n'en peuvent plus de constater non seulement que rien ne change malgré l'accumulation des scandales, mais

---

1. Marc Girard, *Alertes grippales – Comprendre et choisir*, Escalquens, Dangles, 2009.

encore que tout semble s'aggraver dans une ambiance révoltante d'impunité. Le hasard fait que, écrivant ces lignes, je suis en train de lire l'ouvrage récent de l'économiste Jacques Généreux, *La grande régression*<sup>1</sup> : je pourrais reprendre presque *mot pour mot* le propos de son premier chapitre – notamment lorsqu'il dénonce la « pétrification » des esprits qui réduit à l'impuissance la critique du système malgré l'évidence de ses tares et la flagrance de ses échecs.

Les déterminants généraux évoqués par J. Généreux s'appliquent évidemment au cas particulier des industries de santé. Citons sans esprit d'exhaustivité : la recherche d'une rentabilité maximale sans aucun souci de l'avenir, le remplacement d'une éthique professionnelle par une réglementation qui nourrit sa profusion tentaculaire de ses constants échecs, la privatisation de l'État (*via* une mainmise de fait sur l'assurance-maladie et l'administration sanitaire), « la colonisation des esprits » par l'exploitation intéressée des dérives morales contemporaines – à savoir l'obsession de jouissance à court terme, ainsi que le rejet narcissique de

---

1. Paris, Le Seuil, 2010.

toute limitation (à commencer par celles du corps) et de toute contrainte (à commencer par celles du transgénérationnel, du vieillissement et de la mort).

Ce nonobstant, les choses avancent... L'année suivant celle de la supercherie pandémique, la campagne contre la grippe saisonnière a débouché sur un nouvel échec, prenant au dépourvu les autorités sanitaires qui n'avaient manifestement pas anticipé que les citoyens ne sont pas aussi bêtes, ni oublieux, qu'elles l'imaginaient. C'est l'explication la plus claire de cette affaire Médiator où, à l'occasion d'un scandale minuscule toutes choses égales par ailleurs, on organise une grande cérémonie incantatoire et expiatoire visant à faire accroire aux gens qu'on les a reçus cinq sur cinq, qu'on va voir ce qu'on va voir et qu'ils peuvent se rendormir : il faudrait comprendre que, avant longtemps, on aura fait place nette pour qu'ils puissent retrouver la confiance dans un système entièrement remis à neuf et retourner, comme s'il ne s'était rien passé, dans le giron des « experts » et autres bienfaiteurs de l'humanité qui n'ont d'autre souci que la santé de leur prochain...

*C'est précisément pour contribuer à l'échec de cette mystification que le présent livre a été conçu : dire aux citoyens qu'ils ont raison d'être inquiets, leur montrer que la réponse qu'on leur propose aux scandales qui les révoltent ne vise rien d'autre que l'aggravation des conditions qui ont conduit à la situation présente, les convaincre enfin qu'ils n'ont aucun motif sérieux de retrouver la confiance. Bref : leur donner des éléments de fait suffisants pour inspirer leur protestation et alimenter leur résistance. Le propos est certes inscrit dans l'actualité française, mais il s'est fixé une généralité suffisante pour être utile ailleurs que dans notre pays : *mondialisation* oblige...*

Quoique ma précédente contribution – focalisée sur la colonisation des esprits (les fausses alertes de santé publique), la corruption du monde expertal et les perversions du principe de précaution – reste utilisable pour comprendre les scandales actuels, le point de vue adopté dans le présent ouvrage est un peu différent, et moins abstrait : on partira le plus souvent d'expériences concrètes dont l'interprétation saute déjà aux yeux du plus profane, pour en tirer matière à une réflexion plus globale, tout en essayant de caractériser

le rôle des différents acteurs à l'œuvre (les médecins, les experts, les journalistes, les fabricants...).

L'exigence méthodologique reste la même, ce nonobstant : référencement, impersonnalité, théorisation.

- Le référencement, c'est la *justification* transparente des sources (de telle sorte qu'idéalement, le lecteur puisse s'y reporter), de leur validité (certaines études sont clairement falsifiées), de leur pertinence (c'est un vieux truc du marketing pharmaceutique que de légitimer les allégations les plus folles par des références dont il apparaît, quand on se donne la peine d'aller les vérifier, qu'elles n'ont rien à voir<sup>1</sup>), ainsi que la *hiérarchisation* de leur crédibilité (certaines revues sont plus crédibles que d'autres<sup>2</sup>, certains auteurs

---

1. Pilar Villanueva et coll., « Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals », *The Lancet*, 2003, 361, pp. 27-32.

2. Même si Internet, indubitablement, est en train de faire bouger les frontières relativement à cette hiérarchisation des supports – et l'on commence à voir des scientifiques parmi les meilleurs qui ne publient *que* sur la toile : il est encore trop tôt pour

ont une compétence plus documentable que d'autres, certaines méthodes sont plus fiables que d'autres). À ce sujet, notons que qualifier autoritairement une source de « scientifique » ou affubler son auteur d'un titre ronflant de « Professeur » (éventuellement « grand » ou « bien connu »), ce n'est pas à proprement parler ce que j'entends par validation...

- L'impersonnalité n'empêche pas l'évocation d'expériences personnelles, mais à la condition qu'elles soient suffisamment exemplaires pour alimenter une réflexion générale propre à inspirer les autres expériences individuelles.
- La théorisation, ce n'est pas l'extrapolation égocentrique : tel médicament m'a rendu malade, donc il est toxique ; ma copine (ma mère / ma sœur) s'est fait diagnostiquer un cancer du sein à la mammographie, donc la mammographie est bien utile (quoi qu'en disent des cons comme qui vous savez...).

---

dire si les conséquences de cette révolution seront, ou non, favorables à la culture en général et à la science en particulier.

Ce n'est pas non plus le verbiage fumeux dont Sokal et Bricmont ont fourni une délicieuse réfutation<sup>1</sup>. C'est un effort *d'abstraction* qui cherche à découvrir, par delà le cas particulier, la ou les lois qui éclaireront d'autres cas particuliers – ou, le cas échéant, d'autres expériences individuelles : c'est, par excellence, un principe d'impersonnalité.

J'ai souvent soutenu que je ne croyais pas à l'efficacité politique d'une critique se limitant à *la faute des autres* et que, relativement à des problèmes aussi intriqués que ceux dont nous parlons, il fallait commencer par balayer devant sa propre porte. Cette position, dont je n'ai jamais varié, appelle quelques mots d'explication eu égard au ton plutôt vif des pages qui suivent. Qu'on me permette, en effet, de rappeler que je suis médecin (chap. 1) et que je me suis toujours assumé tant comme expert<sup>2</sup> (chap. 2) que comme professionnel de

- 
1. Alan Sokal, Jean Bricmont, *Impostures intellectuelles*, Paris, Odile Jacob, 1997.
  2. À l'opposé de ceux qui tiennent l'expertise *judiciaire* pour un modèle, j'ai toujours dit, par exemple, que ma critique de l'expertise *en général* s'enracinait dans mon expérience judiciaire.

l'industrie pharmaceutique (chap. 4) ; quant au journalisme (chap. 3), si je n'ai jamais eu ma carte de presse, je pense l'avoir pratiqué au moins autant que d'autres qui s'abritent derrière cette fonction pour justifier leur prétention à intervenir dans le débat public. Il en résulte que le présent livre mérite d'abord d'être considéré comme réflexion *autocritique* sur trente ans d'activité multiforme.

La crise sociétale qui justifie ce livre se solde entre autres par une atroce paupérisation des gens. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité que, dans la mesure du possible, le prix d'achat de cet ouvrage ne soit pas un obstacle à son acquisition. Il en résulte logiquement des limites de volume qui me contraignent à aller rapidement à ce qui me semble essentiel, tout en sacrifiant certains développements. On pourra me le reprocher. Mais, outre que – tant que la Providence me prête vie – je n'ai pas dit mon dernier mot, je cherche, dans ce travail, à disséminer des éléments significatifs généralement occultés du débat, en les reliant par le fil conducteur d'une pensée cohérente et en restant extrêmement vigilant relativement au risque de récupération.

## Les médecins

### Dérive vers le préventif

Imaginons le plus banal des médecins de campagne voici une quarantaine d'années : il ne lit pas l'anglais, n'a aucune notion de statistiques (il a d'ailleurs passé un bac littéraire), il ne sait pas ce qu'est un essai clinique – et, dernier handicap, il n'est pas abonné à la revue *Prescrire*<sup>1</sup>, qui va encore attendre dix ans (et les subventions du ministère de la Santé) pour voir le jour. Selon des modalités de visite médicale sur lesquelles la charité impose un minimum de discrétion,

---

1. Laquelle, comme chacun sait, ne s'est « jamais » trompée (Philippe Even, *Europe 1*, 04/01/01), même pas lorsqu'elle a attribué au vaccin contre l'hépatite B sa première « Pilule d'or » et que, depuis ce raté magistral qui date de 1981, elle s'est obstinément refusée à toute autocritique (Marc Girard, *L'irremplaçable Revue Prescrire – L'imposture derrière la bonne conscience*, <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article41>).

ce confrère a reçu toute l'information nécessaire concernant le lancement d'un nouvel antibiotique *génial*...

Cela tombe bien : il reçoit juste après une jeune patiente souffrant d'une infection urinaire et s'empresse de lui donner l'un des nombreux échantillons que lui a généreusement abandonnés la déléguée médicale. Mais il est bien embêté quand l'intéressée lui téléphone le lendemain pour dire qu'elle est couverte de boutons. Le second heureux élu ayant été un homme âgé consultant pour une vague infection respiratoire, c'est cette fois son épouse qui téléphone au second jour du traitement, avec dans la voix l'émotion d'une future veuve : son mari a tellement vomi qu'il a fallu l'hospitaliser en urgence et entreprendre une réhydratation. Quand au troisième, pris de diarrhées incoercibles, il aura l'un de ces sourires terribles où l'ironie méprisante le dispute à la colère glaciale en remontrant au malheureux prescripteur que l'économie réalisée avec l'échantillon du laboratoire ne compense même pas ce qu'il a dû dépenser en papier hygiénique et en eau...

Un peu cabossé par cette première expérience, notre médecin se rend sur invitation au meilleur restaurant de la région,

afin de s'adonner aux joies de la « formation médicale continue » : en discutant avec ses confrères, il apprend qu'il n'est pas seul dans son malheur et que, comme on dit dans ce type de situation en termes synthétiques, les autres toubibs également « n'ont eu que des merdes avec cette saloperie ». L'épreuve de réalité primant sur le principe de plaisir, le fabricant en question pourra bien inviter notre héros, ensuite, dans les colloques les plus exotiques, la priorité numéro un, pour un médecin – du moins s'il n'est pas hospitalier –, c'est quand même de rester en bons termes avec sa clientèle, de telle sorte que le nouvel antibiotique-génial ne deviendra jamais un « blockbuster<sup>1</sup> »...

Ce qui ressort de cette histoire inventée, mais globalement crédible, c'est que notre Diafoirus des champs *n'a eu besoin de personne* pour se faire une idée sur la valeur de ce nouveau médicament. Et s'il n'a eu besoin de personne, c'est tout simplement parce qu'il était dans une pratique *curative* : à partir du moment où l'on soigne des gens effectivement

---

1. En pharmacie, on appelle « blockbuster » un médicament qui génère un chiffre d'affaires annuel supérieur à 1 milliard de dollars.

*malades*, il est relativement facile de constater si l'on a guéri ou à tout le moins amélioré les signes ou les symptômes dont ils se plaignaient<sup>1</sup>. En d'autres termes, la pratique d'une médecine curative a un potentiel de *retour d'expérience*<sup>2</sup> : c'est pourquoi, naguère encore, des médecins qui n'avaient aucune prétention scientifique et qui n'avaient certainement pas été les meilleurs de la classe au lycée, pouvaient, moyennant un minimum d'observation et de compassion (les deux sont liées), devenir d'excellents praticiens.

Il en va bien différemment avec la médecine *préventive*, qui occupe aujourd'hui l'essentiel de mes confrères. Lorsqu'ils vaccinent contre l'hépatite B un nourrisson de quelques jours, quel retour d'expérience auront-ils sur l'efficacité de leur prescription, sachant

- 
1. Il y a également inefficacité quand les réactions indésirables imposent l'arrêt du traitement.
  2. Certes, la recherche clinique moderne nous a appris à nous défier de *l'impression personnelle* en thérapeutique, car on peut s'illusionner sur l'efficacité d'un médicament relativement à des symptômes plus ou moins inductibles psychologiquement ou qui tendent naturellement vers une rémission spontanée. En revanche, le retour d'expérience relativement au *manque d'efficacité* d'un médicament, ou à sa mauvaise tolérance, est bien plus fiable : ça permet déjà d'élaguer.

que, de toute façon, il sera vite perdu dans la nature, ce fils de cadre d'une multinationale qui ne reste jamais plus de trois ans au même poste ? Lorsqu'ils administrent un traitement de substitution à une femme ménopausée en lui expliquant que, comme avec la nouille française et au contraire de ce qui se passe aux USA, il n'y a « rien que du bon »<sup>1</sup> dans les hormones de notre pays et que, grâce à ça, elle gambadera comme un(e) lapin(e) quand elle aura 80 ans et plus, seront-ils encore là pour le vérifier ? Même chose *a fortiori* lorsqu'ils prescrivent à un sujet de 40 ans un médicament contre la tension ou un anti-cholestérol au motif que son risque cardiaque va dégringoler – sachant de toute façon qu'on n'a jamais vu un prescripteur se faire harakiri lorsque l'un de ses patients sous statine fait un infarctus...

Quel *retour d'expérience*, par conséquent, avec la médecine préventive ? Aucun. Pour apprécier la valeur de leurs prescriptions, les praticiens d'aujourd'hui dépendent donc *exclusivement* d'une « information » qui leur

---

1. Gotlib, « Superdupont à la rescousse de Félix Potin », *Rubrique-à-brac*, tome 5, Neuilly-sur-Seine, Dargaud Editeur, 1974.

est, pour l'essentiel, délivrée par ceux-là mêmes qui ont le plus intérêt à encourager la prescription de produits à usage préventif : les fabricants, bien entendu.

### **Information médicale**

Il existe, m'objectera-t-on, d'autres sources d'information que celles de l'industrie pharmaceutique, notamment celles de l'assurance-maladie. Cependant :

- plus ou moins inspirées par la Haute Autorité de Santé, les recommandations de l'assurance-maladie ne brillent pas toujours par leur intelligence : lorsque l'on voit, sous couvert de « contrats d'amélioration des pratiques individuelles » (CAPI), l'assurance-maladie *donner des primes* aux praticiens qui entraînent les femmes dans la mystification atterrante de la mammographie<sup>1</sup>, qui dilapident les fonds

---

1. Qui, rappelons-le, n'a jamais donné de preuve qu'elle permettait le moindre allongement de la durée de vie chez les femmes cancéreuses, alors que chez 2 000 femmes suivies sur 10 ans, 10 pourtant en parfaite santé seront dépistées à tort (faux positif) et traitées inutilement, selon des modalités

publics en prescrivant des statines<sup>1</sup> ou qui administrent *larga manu* les vaccins les moins bien étudiés, on se dit que, de fait, il y a quelque chose de pourri au Royaume d'Hippocrate ;

- dans leur majorité, les praticiens ont clairement leur préférence en matière de sources : si l'on en croit le récent rapport de l'IGAS consacré à « L'information des médecins généralistes sur le médicament »<sup>2</sup>, ces derniers « restent majoritairement attachés » à la visite médicale – par rapport à laquelle

---

sur la brutalité iatrogène (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) desquelles il n'est guère besoin d'insister (Peter C. Gøtzsche et coll., *Dépistage du cancer du sein par la mammographie*, [http://www.screening.dk/screening\\_fr.htm](http://www.screening.dk/screening_fr.htm)).

1. Pour faire bref sur le scandale de ces médicaments anti-cholestérol, je me contente de renvoyer aux travaux de mon ami Michel de Lorgeril, tout autant ceux parus dans la littérature « académique » (par exemple : Michel de Lorgeril et coll., « Cholesterol lowering, cardiovascular diseases, and the rosuvastatin-JUPITER controversy: a critical reappraisal », *Arch Intern Med*, 2010, 170, pp. 1032-6) que ceux destinés à un plus large public (par exemple : Michel de Lorgeril, *Cholestérol, mensonges et propagande*, Vergèze, Thierry Souccar Éditions, 2008).
2. Rapport n° RM 2007-136P (sept. 2007), présenté par Pierre-Louis Bras et coll.

ils estiment avoir le « recul critique » nécessaire – tandis qu'ils « craignent que les informations de [l'assurance-maladie] ne soient biaisées par un souci d'économie ».

Faut-il même commenter ?

- C'est un constat d'expérience et, de toute façon, identifié depuis déjà longtemps par des études plus formelles<sup>1</sup>, que plus un médecin s'estime « indépendant », plus il se révèle vulnérable aux galéjades de la promotion pharmaceutique.
- C'est un indicateur intéressant du « recul critique » allégué par les intéressés qu'ils justifient leurs préventions contre les délégués de l'assurance-maladie en évoquant la crainte que leurs recommandations « ne soient biaisées par un souci d'économie », tandis que l'insolente profitabilité de l'industrie pharmaceutique ne les conduit à aucun ostracisme symétrique !

---

1. Jerry Avorn et coll., « Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians », *Am J Med*, 1982, 73, pp. 4-8.

La triste réalité que les fonctionnaires de l'IGAS n'ont manifestement pas le cœur de formuler est double, également.

- À l'évidence, les pratiques d'hospitalité et de gratifications propres à la visite médicale sont sans commune mesure avec celles de l'assurance-maladie (abstraction faite des CAPI...) et contribuent certainement à une acceptabilité supérieure de la première comparée à la seconde...
- L'hypocrisie de fond à laquelle personne ne semble prêt à s'attaquer, c'est que les médecins français, en majorité, n'assument *que* les avantages de leur statut libéral. L'essence même de la pratique « libérale », c'est certes l'absence de hiérarchie, mais avec en contrepartie un constant souci tant en ce qui concerne la fixation des honoraires (ni trop cher, ni trop bon marché) que leur règlement : les médecins « libéraux » ne connaissent rien de tout cela, qui peuvent compter sur l'assurance-maladie pour leur garantir l'essentiel de leurs revenus et qui ont même, relativement aux salariés, le

confort *additionnel* de pouvoir jouer sur leur rémunération (en multipliant les actes).

J'ai promis, en introduction, d'alléger mon propos théorique d'anecdotes tirées de l'expérience, mais dont le caractère *exemplaire* justifie la narration : celle qui suit en est une. À la fin de l'année 2004, à l'initiative de certaines parties civiles (non tenues au secret de l'instruction), la presse médiatise le rapport d'expertise que je venais de rendre au Pôle santé relativement à « l'affaire Bayer », à savoir l'histoire de cet anti-cholestérol (céri-vastatine : Cholstat, Staltor) retiré du marché par son fabricant en août 2001 – à un moment où les journalistes n'ayant rien à faire, ils sont à l'affût du premier truc qui pourrait mousser. À quelques jours de là, un dimanche soir, je suis pris d'une violente douleur « rétro-sternale » extrêmement évocatrice d'une attaque cardiaque. Les symptômes sont suffisamment pénibles pour que, quoique naturellement peu porté sur la médicalisation, je me rende dans une clinique du coin, où les confrères de garde ne peuvent que me confirmer dans mon souci : douleur cédant à la trinitrine, électrocardiogramme atypique... Au cours

de notre entretien, je crois médicalement pertinent de leur signaler que je traverse une période d'intense surmenage, qui m'a laissé proprement épuisé et j'indique en passant que je suis l'auteur de ce récent rapport dont ils ont, bien sûr, entendu parler. Ils décident de me garder pour la nuit en soins intensifs et m'annoncent fièrement qu'ils vont m'administrer un cocktail associant le médicament X et le médicament Y : je n'aime déjà pas beaucoup Y, il faut le dire, mais si crispé de douleur que je sois à ce moment-là, je leur déclare – le plus aimablement qu'il m'est possible – que je ne prendrai *jamais* X, ajoutant spontanément que je suis prêt à leur signer toutes les décharges qu'ils veulent. Un peu surpris (« il y a eu une conférence de consensus » me disent-ils – mais j'ai trop mal pour rigoler, et suis d'un naturel poli de toute façon), ils me rétorquent que « ce n'est pas le Goulag » et je passe en soins intensifs. Le lendemain, à point d'heure, le chef de service (que je n'avais pas encore rencontré) débarque et, se dirigeant vers moi manifestement furibard, me dit d'emblée : « c'est VOUS qui avez refusé de prendre X ? », ce que je ne peux que confirmer d'une voix

humble (on n'est pas en position de force quand on est couché à poil avec des perfusions partout...) Il m'examine sans aménité (mais avec professionnalisme, il faut le dire) et, quoique j'aie de plus en plus mal, j'en ai tellement marre que je quitte le Service avant la fin de la matinée. Depuis lors – et sans médicament, ni suivi médical – cela ne va pas trop mal pour mes coronaires, merci (*touch wood*).

La morale de cette histoire minuscule, mais immensément incroyable, c'est celle-ci : alors que mon statut professionnel de spécialiste du médicament n'a jamais été remis en cause dans le cadre de cette clinique, à *aucun* moment, *aucun* membre de l'équipe médicale n'a même eu l'idée de me dire : « m'enfin, POURQUOI vous n'en voulez pas, de ce médicament ? ». Voilà donc des gens qui affichent au minimum un bac+12, qui opèrent comme spécialistes en principe éminents dans un établissement coté de l'ouest parisien, et qui n'ont *aucune* impulsion personnelle à interroger un pair – qui s'est présenté comme *expert* – sur une évaluation qui les surprend relativement à un médicament (d'ailleurs hors de prix)

qu'ils prescrivent à tour de bras, alors que dans le même temps, il ne se passe pas de journée sans qu'ils ne reçoivent avec amabilité (et un intérêt non dissimulé) des visiteurs ou visiteuses médicales dépourvus de toute authentique formation scientifique ou médicale – et dont certains ne sont quand même pas de grands esprits<sup>1</sup>... Voilà qui illustre, s'il en était encore besoin, la prétention des médecins rapportée par l'IGAS à conserver « un recul critique » devant la promotion des laboratoires pharmaceutiques...

### **Sens des sources**

À l'occasion d'une affaire judiciaire concernant une complication médicamenteuse pour laquelle j'ai été missionné dans un collège d'experts, mon collègue cardiologue – excellent clinicien en qui j'ai

- 
1. Je n'aime pas jeter l'opprobre sur une profession dans son ensemble et outre qu'il serait malséant d'insinuer que tous les visiteurs médicaux sont idiots, je n'ignore pas que certains essaient de faire leur boulot avec professionnalisme. Mais c'est aussi un fait d'expérience que d'entendre des visiteuses qui doivent plafonner à 80 de QI pouffer d'un rire gras au constat de la naïveté avec laquelle les médecins gobent des arguments dont l'incongruité ne leur échappe même pas à elles.

confiance et qui, lui, a déjà été désigné sur ce même médicament – accuse réception de ma contribution, me donne acte de la qualité du travail accompli tout en constatant placidement : « nous n'avons pas les mêmes références ». Mais alors que dans mon activité professionnelle ou expertale – le plus souvent fondée sur l'analyse d'une volumineuse bibliographie internationale –, je ne connais rien de plus anxiogène que l'évocation d'un désaccord relativement à mon inventaire des sources (article cité à mauvais escient, référence erronée, étude oubliée...) et qu'une telle évocation, par conséquent, suscite instantanément chez moi une fièvre de vérification, il n'y a aucune impulsion similaire chez mon confrère : nous n'avons pas les mêmes sources, c'est comme ça, et comme à la différence de la précédente affaire où il a été désigné, le collègue comporte cette fois un spécialiste du médicament, il se rangera aux miennes – lesquelles débouchent quand même sur une analyse substantiellement distincte de celle qu'il a précédemment signée<sup>1</sup>.

---

1. En fait, je sais très bien pourquoi « nous n'avons pas les mêmes références » : ne lisant pas l'anglais et peu

Pour comprendre cette étonnante indifférence à la question pourtant centrale des sources, il faut remonter à la formation reçue par les médecins, que ce soit à la faculté ou après. Faisons déjà un sort à la dernière, la fameuse formation médicale continue (FMC), sur la base, là encore, d'une anecdote qui, à elle seule, vaut bien un long discours. Autrefois inscrit à Versailles – ville où les praticiens ne sont pas des péquenots et sont supposés pouvoir se payer un restaurant sur leurs propres deniers – j'ai discuté avec un vieux confrère à la retraite qui s'est targué devant moi d'avoir longtemps été en charge d'organiser cette FMC : « En 30 ans, me dit-il, je n'ai *jamais* entendu la moindre objection d'un confrère sur le programme de formation que nous avons arrêté. Mais sur la qualité de la bouffe, je ne te dis pas... »

Pour en venir maintenant à la formation dispensée au cours des études, faisons le détour par une émission télé à laquelle j'ai récemment participé. L'un de mes interlocuteurs vient de

---

au fait tant de la recherche clinique que de l'épidémiologie, mon confrère s'était jusqu'alors contenté de sources très indirectes (type : *Le Quotidien du médecin*) lesquelles, sur cette affaire très politique, étaient fortement biaisées.

déplorer les insuffisances de « la formation » médicale – apparemment sans percevoir l'incongruité du propos dans la bouche de quelqu'un qui n'a pas craint de rappeler juste avant avoir été doyen de faculté durant douze ans. Peu après, alors que je suis en train de mettre en cause l'idée reçue que les Français seraient « les plus gros consommateurs de médicaments au monde », il m'interrompt avec la sauvagerie d'un tigre en me disant à peu près textuellement que je n'y connais rien et que lui, à la différence de moi, est informé des études attestant la réalité que j'ai la naïveté de mettre en doute.

Tout est là...

Il n'y a pas besoin d'être une bête de scène, en effet, pour comprendre que le genre télévisuel (ou radiophonique) impose un minimum d'autodiscipline si l'on veut respecter les autres intervenants ainsi que les téléspectateurs : car dire à un interlocuteur devant les caméras « moi je sais et toi tu n'y connais rien », cela ne permet pas aux assistants de trancher entre deux argumentations. Et c'est d'ailleurs pourquoi, en pareille occurrence, j'essaie toujours d'esquiver les « querelles d'experts » qui, le plus

souvent, appellent une analyse des sources absolument ingérable sur un plateau télé ou dans un studio<sup>1</sup>. En application de ce principe à l'espèce, les objections que je vais adresser à mon contradicteur seront toutes *vérifiables* par les téléspectateurs, à savoir : 1/ le remboursement, qui reste assez généreux dans notre pays, justifie que nos concitoyens achètent des médicaments sans trop de souci du coût ; 2/ il n'y a aucun moyen simple d'extrapoler les médicaments effectivement *consommés* à partir de ceux qui ont été *achetés*, et il suffit d'aller dans n'importe quelle armoire à pharmacie familiale pour constater qu'elle regorge de produits non utilisés ; 3/ dans un pays où même la vitamine C est considérée comme un « médicament », il est difficile de faire des comparaisons internationales, sachant que dans d'autres pays des médicaments extrêmement actifs peuvent être vendus hors de

- 
1. Il m'est certes arrivé une fois de renvoyer mes contradicteurs dans les cordes au nom de ma supériorité dans la connaissance des sources, mais c'était dans une situation où, notoirement chargé d'importantes missions pénales, j'avais eu suffisamment accès à des données confidentielles pour leur objecter que eux et moi « ne jouions pas dans la même cour » : ils ne m'ont d'ailleurs pas réfuté.

tout contrôle pharmaceutique<sup>1</sup>. Ajoutons pour le fun que, hors micro, je vais aimablement demander à mon contradicteur de bien vouloir m'adresser ces sources que je suis supposé ignorer – et que j'attends toujours (selon une expérience d'ailleurs constante en ce type de polémique : je n'ai *jamais* vu quelqu'un m'ayant reproché mon ignorance accéder à ma demande de bien vouloir m'adresser, pour vérification, ces sources réputées avoir échappé à mon attention).

On voit bien, dès lors, le naturel qui est si facilement ressorti à l'occasion de cette altercation exemplaire : en médecine, un

- 
1. J'aurais pu ajouter à mes arguments le souvenir du désastre de l'ouragan Katrina, aux USA. Alors qu'en France, des gens entourés d'eau réfugiés sur un toit se seraient probablement plaints de « ne plus rien avoir à manger », de ne plus avoir de pinard ou, à la rigueur, de ne plus avoir de télé, j'avais été frappé par le nombre d'Américains manifestement jeunes et en bonne santé (il fallait l'être, pour tenir en équilibre et dans de telles conditions !) qui revenaient préférentiellement à ce qui semblait leur préjudice central : « nous n'avons plus de médicaments ! ». Ceux qui s'obstinent à accréditer que nous serions des consommateurs pharmaceutiques compulsifs feraient bien de méditer sur la signification de telles images – qui, à elles seules, valent bien des « études »...

professeur est supposé savoir *de droit divin*<sup>1</sup>, et les autres (les étudiants, certes, mais tout autant les internes que les chefs de clinique ou même les agrégés) n'ont d'autre droit qu'acquiescer – attendu de toute façon que ceux qui ne supportent pas peuvent toujours quitter la filière, tant il est malheureusement vrai que *pour obtenir un diplôme de médecin, la docilité intellectuelle est un pré-requis extrêmement difficile à contourner*. Durant mes études, au chapitre « Occlusion artérielle du membre inférieur », le chirurgien qui nous traitait cette question – et qui n'était ni le plus bête, ni le plus rigide de nos enseignants – disait abruptement : « à l'examen, si vous m'écrivez "artériographie", je vous colle un zéro » – tout

- 
1. Sachant de plus que dans l'immense majorité des cas, il doit sa position de « patron » à l'héritabilité d'une situation *familiale* et à la docilité intellectuelle dont lui-même a su faire preuve en attendant qu'on lui transmette le pouvoir absolu : cette dynamique bien rodée contribue forcément à l'entretien d'une culture féodale qui résiste à l'écoulement des siècles. Une collègue m'a rapporté que le lendemain matin du jour où un éminent patron parisien – dont elle était alors la compagne – avait été nommé « professeur », il est arrivé dans « son » Service pour jeter à la tête de la surveillance la blouse portant la mention « agrégé » qu'il portait la veille, en lui demandant avec mépris ce que c'était que cette merde...

portant à croire qu'il l'aurait fait effectivement. Le seul problème, c'est que, à quelques kilomètres de là, à la Pitié, son homologue – alors auteur du classique *Abrégé Masson* de cardiologie – disait à peu près le contraire, avec le même sens des nuances... Il faut donc comprendre que selon que vous avez fait vos études à Necker Enfants-Malades ou à la Pitié (toutes deux situées à « Paris, capitale de la France » comme disait Fernand Raynaud...), vous êtes supposé, devant le même tableau clinique, précipiter le patient en salle d'op ou chez le radiologue. Et de fait, trente ans plus tard, j'ai été témoin d'une affaire médico-légale où le chirurgien impliqué – sans doute, lui, formé à la Pitié – a laissé poireauter le patient durant environ une semaine faute de pouvoir obtenir rapidement une artériographie en période de congés, situation qui s'est finalement soldée par une amputation à laquelle l'expert *judiciaire* désigné n'a rien trouvé à redire : il devait, lui, avoir gardé l'*Abrégé Masson* comme livre de chevet...

On le voit, huit à quinze ans d'un tel régime – surtout à l'époque de malléabilité normalement bienvenue où un jeune esprit est supposé « se former » –, cela laisse forcément

des traces. Les séquelles d'une éducation aussi clairement *sectaire* se détectent aisément dans la pratique excessivement majoritaire qui consiste, pour un jeune médecin, à consacrer sa thèse à *tous* ses maîtres de stage depuis le début de ses études (ce qui finit par faire beaucoup à la fin). Elles se retrouvent également dans cette étonnante inclinaison des médecins à se remémorer leurs maîtres comme autant de demi-dieux : on trouvera un exemple impressionnant de cette compulsion assez morbide dans les mémoires de Robert Debré<sup>1</sup>.

Outre celui des séquelles, l'autre inconvénient d'une telle formation, c'est qu'elle est apparemment très ancrée dans les mœurs médicales.

*Mais, sur toute chose, ce qui me plaît en lui, et en quoi il suit mon exemple, c'est qu'il s'attache aveuglément aux opinions de nos anciens [...]*<sup>2</sup>

Alors que sur la base des exemples qui viennent d'être cités, ce descriptif apparaît d'une parfaite actualité, il a été signé par

- 
1. Robert Debré, *L'honneur de vivre – Témoignage*, Paris, Stock-Herman, 1974.
  2. Molière, *Le Malade imaginaire*, II, 5.

Molière depuis maintenant trois siècles et demi<sup>1</sup>....

C'est une bien grande naïveté que de ravalier avec un sourire condescendant *Le malade imaginaire* à une pièce datée : à l'instar des plus grands dont il fait partie, le protégé de Louis XIV est parvenu à saisir quelque chose d'à la fois essentiel et « éternel » dans l'esprit médical. Certes, on peut sans doute s'intéresser au corps et aux maladies sans être intellectuellement (rigidité) et psychologiquement (analité) construit comme le jeune Diafoirus ; mais ce qui est affirmé – et illustré – dans les présentes lignes, c'est que, pour des raisons historiques, psychologiques et culturelles qui mériteraient sans doute d'être approfondies, la formation universitaire classique des médecins a, depuis des siècles, privilégié ce type de profil.

Certes, Diafoirus est une caricature ; mais comme toute caricature réussie, elle se contente d'amplifier certaines caractéristiques *patentes* du médecin moyen et devrait, à ce titre, nous renvoyer à une interrogation

---

1. La sempiternelle propension aux querelles d'écoles dont on vient de parler a également été appréhendée par Molière.

autocritique sur notre mode de fonctionnement et, plus encore, sur notre recrutement<sup>1</sup>, à savoir les penchants psychologiques et cognitifs qui nous ont conduits à choisir la formation que nous avons reçue, puis à en être jugés dignes<sup>2</sup>. C'est, là encore, un fait d'expérience, mais qui a également été documenté par diverses enquêtes, que le profil psychologique typique du médecin – abstraction faite des exceptions que l'on retrouvera toujours et dans n'importe quel groupe humain – tend vers la rigidité et l'obsessionnalité<sup>3</sup> – pour ne point parler de

- 
1. Sous un titre évocateur – « L'abrutissement » – un membre de l'éminente faculté dont a été durablement doyen le tigre qui m'a agressé à la télé juge que « d'une future élite, l'Université fait de médiocres médecins » (*Le Monde*, 29/09/81).
  2. Je tiens d'un de mes enseignants qu'à l'époque où existait encore le concours d'externat, à la question d'anatomie « Rapports antérieurs de l'œsophage » (c.-à-d. organes situés au contact antérieur de l'œsophage), 50% des étudiants oubliaient « le cœur » – organe d'intérêt anecdotique... – alors que le pourcentage de ceux qui avaient oublié « l'artère sous-thyroïdienne de Neubauer » – d'ailleurs inconstante – ne dépassait pas 5%...
  3. Emmanuelle Godeau, *L'« esprit de corps » – Sexe et mort dans la formation des internes en médecine*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2007.

ces autres investigations qui suggèrent une certaine propension des médecins et des étudiants en médecine à user de diverses substances psycho-actives, dont l'alcool<sup>1</sup>.

Certes, Diafoirus est une caricature, mais, reconnue comme telle par les plus bénignes des commissions d'enquête, la pandémie porcine de 2009 a également été une caricature de mystification : elle a néanmoins reçu le soutien du corps médical tant dans sa majorité que dans son éminence – incluant les plus prestigieux de ses représentants universitaires, ordinaires ou syndicaux<sup>2</sup>. Ne devrait-ce pas être la flétrissure de notre profession qu'une fois admis que cette alerte pandémique n'était qu'une escroquerie, les commissions d'enquête parlementaires aient

- 
1. Ameet A Shah et coll., « Prevalence of at-risk drinking among a national sample of medical students », *Subst Abus*, 2009, 30, pp. 141-9.
  2. On chercherait en vain la moindre réaction tant soit peu structurée de *Prescrire* – qui « ne se trompe jamais » – à l'inconcevable mystification d'un vaccin développé en deux mois, tandis que les adhérents du Formindep ont, eux, préféré botter en touche en consacrant l'*exclusivité* de leur critique à Tamiflu – qui n'était quand même pas l'enjeu primordial de toute cette escroquerie... Que dire, alors, du monde académique et de sa réaction très majoritairement acritique ?

imputé l'échec de la campagne vaccinale à la stratégie des autorités consistant à ne pas y associer les généralistes ? Il faut donc recevoir comme une évidence que quand, sous prétexte de maladie, on dresse un piège à cons, on peut – que dis-je ? on *doit*... – compter sur la profession médicale pour y précipiter les gens. Que ce soit relativement à notre intelligence ou à notre éthique, quelle honte pour nous médecins, quelle honte !...

La chronicité séculaire des caractéristiques « diafoiresques » qui viennent d'être évoquées trouve, par contraste, une éloquente confirmation dans la mode récente de l'*evidence-based medicine* (« médecine fondée sur les preuves »), apparue au début des années 1990, et qui privilégie tout particulièrement *le référencement* des pratiques et recommandations médicales. En soi, l'idée sous-jacente est simplissime : qu'il ne faille pas affirmer sans preuve et que toutes les sources ne se valent pas<sup>1</sup>, voilà un principe méthodolo-

---

1. Le pamphlet que j'ai jadis publié contre *Prescrire* (<http://www.rolandsimion.org/spip.php?article41>) était justement fondé sur l'indigence et l'hétéroclisme des sources utilisées par ce journal pour maintenir coûte que coûte la recommandation de vaccination contre l'hépatite B. Et, comme j'ai pu

gique élémentaire que n'aurait pas rejeté, par exemple, un historien même de l'Antiquité. Or, il est facile de vérifier qu'en médecine – qui tire son prestige social d'une réputation « scientifique » – une telle recommandation de simple bon sens est présentée comme un « changement de paradigme », voire une véritable « révolution culturelle » – laquelle suscite encore d'immenses résistances et d'incroyables méprises<sup>1</sup>.

---

le constater encore récemment, loin d'avoir l'élémentaire réflexe d'aller *vérifier* leur bibliographie (et encore moins d'assumer un débat contradictoire), les rédacteurs de la revue préfèrent accréditer auprès de qui veut l'entendre que « ce gars-là nous déteste » : c'est de la « Science » ou je ne m'y connais pas...

1. J'ai entendu nombre d'experts de l'AFSSAPS soutenir que l'*evidence-based medicine* (EBM), c'était l'exigence de procéder à des essais randomisés en double aveugle – ce qui est strictement faux. L'EBM privilégie la recherche systématique des *meilleures preuves disponibles* (David L Sackett et coll, *BMJ*, 1996, 312, p. 71), lesquelles peuvent être méthodologiquement très pauvres tant il est vrai qu'en médecine, nombre des situations rencontrées en pratique n'ont guère fait l'objet d'études rigoureuses.

## « Le roman de la médecine »

Les manuels d'histoire de la médecine sont pleins de précédents relativement à des pratiques qui nous paraissent aujourd'hui incroyables et qui, ce nonobstant, ont justifié, des siècles durant parfois, une adhésion incompréhensible. Mais point n'est besoin de creuser dans le passé, car c'est tous les jours que le monde médical nous offre l'exemple du déni ou de la falsification du Réel : faut-il revenir à cette récente « pandémie » porcine et à l'indécente adhésion qu'elle a suscitée dans le monde médical *international*<sup>1</sup> ? Faut-il parler des affaires médico-légales où l'expérience atteste que ce n'est généralement pas *une* erreur qui tue ou endommage irréversiblement un malade – mais bien plus souvent : une stupéfiante *obstination* dans l'erreur ?

Conditionné par ce mode de pensée dont l'indifférence aux sources nourrit la rigidité (et réciproquement), la dérive vers le préventif qui a introduit le présent chapitre a abouti, en un rien de temps, à une reconfiguration du pathologique gravement

---

1. Indicateur que les biais de pensée que je suis en train de décrire sont loin d'être exclusivement français, même s'ils sont sujets à des variations culturelles.

préjudiciable à la santé publique. Un de mes amis, ancien chef cuisinier d'ailleurs éminent, alors âgé de 65 ans environ, était, comme on dit en médecine, « pléthorique » – de mémoire : à peu près 140 kg pour 1,85 m – mais en parfaite santé au demeurant, et parfaitement énergique. Un soir, il se sent oppressé et fait appeler SOS Médecin : le gars lui prend la tension et le rassure en lui administrant un traitement véniel. Le lendemain, mon ami, qui se sent de plus en plus mal, rappelle le toubib, lequel, cette fois, prescrit des examens biologiques à réaliser le lendemain matin. Le seul problème, c'est qu'au beau milieu de la nuit, le malade va juste mourir au moment où sa femme était partie chercher le verre d'eau qu'il lui avait réclamé...

Il est facile de reconstituer la pensée diagnostique qui a conduit à une telle catastrophe. Conditionné aux risques de l'hypertension par la doxa industrielle – et absolument pas formé à en vérifier par lui-même la pertinence – notre intervenant médical, toutes affaires cessantes par ailleurs, a *d'abord* pris le soin de mesurer la pression artérielle, d'où il a tiré matière à réassurance. Intrigué le

lendemain par la persistance des symptômes, il a alors pensé « excès de cholestérol », et a prescrit un dosage des lipides – des fois qu’une « crise d’hypercholestérolémie »<sup>1</sup>... Mais à *aucun moment*, notre jeune médecin formé aux arcanes de l’épidémiologie telle que l’entend l’industrie pharmaceutique n’a eu l’idée qui se serait immédiatement imposée à l’esprit de mon Diafoirus des champs, voici quarante ans : réaliser un électrocardiogramme pour confirmer que mon copain était en train de faire un syndrome de menace et qu’il y avait intérêt à se magner si on ne voulait pas le voir faire un infarctus éventuellement massif.

Ainsi, lorsqu’avec quelques autres mauvais esprits, nous mettons en doute le bénéfique des médicaments « contre la tension » ou des anti-cholestérol du moins lorsqu’ils sont aussi massivement prescrits qu’aujourd’hui, notre questionnement suit deux lignes principales : 1/ nous mettons en doute la validité des investigations qui sont supposées avoir montré un bénéfique de ces traitements,

---

1. J’entends aujourd’hui des gens me dire qu’ils font des « crises d’hypercholestérolémie » : ils ne l’ont quand même pas inventé...

parce qu'elles ont été menées sous l'égide trop clairement intéressée des fabricants et que, techniquement, elles sont pleines d'incohérences<sup>1</sup> ; 2/ nous nous interrogeons sur l'éventuelle toxicité de ces mêmes traitements en affirmant que si les études qui ont montré les bénéfices ne sont pas crédibles, celles qui affirment une bonne tolérance ne le sont pas davantage. Mais même avec un œil aussi *exceptionnellement* critique, nous restons en deçà du dommage iatrogène inhérent, puisque, comme illustré par cette histoire malheureusement vécue, ce déport du curatif vers le préventif empêche tout retour d'expérience pour se solder, chez les praticiens, par l'effondrement du bon sens et, le cas échéant, de la prudence hippocratique.

Comme toutes celles qui ont précédé dans ce chapitre introductif, cette dernière anecdote tire sa légitimité à être narrée d'une portée tout à fait générale : il n'y a qu'à se baisser aujourd'hui pour trouver, dans les revues médicales ou pharmaceutiques les plus

---

1. Mais la formation accélérée des praticiens aux statistiques et à l'épidémiologie n'est généralement pas suffisante pour leur permettre d'appréhender les indicateurs de fraude dans ces études qui sous-tendent leur passion moderne pour le préventif.

lues, l'hypertension ou l'excès de cholestérol présentés comme « maladies » alors qu'il ne s'agit que de « facteurs de risque » et que, voici encore peu, on aurait brutalisé un étudiant de faire une telle confusion<sup>1</sup>. On retrouve ce type de méprise dans les nombreux textes consacrés par l'administration sanitaire aux gens vaccinés contre l'hépatite B – qui sont presque systématiquement qualifiés de « patients » alors que toute la logique présumée de cette vaccination consiste à immuniser des gens en bonne santé pour les maintenir... en bonne santé ! Dans de telles conditions, les faire aussi inconsidérément basculer dans la catégorie des « patients » n'est pas indifférent : c'est *le retour du refoulé* de la médicalisation. Inconsciemment rétrogradés du côté du pathologique, ils deviennent *de facto* cible médicale, perdent de ce fait leur

- 
1. Le « facteur de risque », c'est une notion purement *statistique* fondée sur l'observation que, *en moyenne*, les sujets qui ont ledit facteur feront plus facilement telle ou telle pathologie. Par exemple, il est largement admis, sur la base d'investigations épidémiologiques, que l'obésité est un facteur de risque pour les pathologies cardio-vasculaires (infarctus...). Mais c'est une notion fondée sur des *moyennes*, qui ne signifie en rien que l'obésité soit une maladie : on a tous connus des obèses qui nous enterreront tous.

droit à l'intégrité sanitaire et, notamment, celui d'études adéquates montrant que le risque d'une intervention ainsi opérée chez des sujets en parfaite santé est proche de zéro – comme il devrait l'être.

Les inconvénients d'une telle collusion professionnelle autour d'une médicalisation induite vont bien au-delà de simples risques iatrogènes – et méritent aussi d'être déchiffrés au niveau « politique » où entend se placer ma réflexion en dernière analyse. Car par leur prescription inconsidérée de médicaments surpayés, financés par les citoyens soit directement, soit indirectement (via l'assurance-maladie et les mutuelles, mais aussi par tous les mécanismes de réduction d'impôt sous prétexte de « recherche », etc.), les médecins sont aujourd'hui des agents essentiels de la perversion moderne qui consiste, aux antipodes du seul choix qui puisse fonder une démocratie, à rançonner les plus pauvres au bénéfice des plus riches.

## 2

# Les experts

### Conflits d'intérêts

Sur ce sujet, qu'on me permette de renvoyer le lecteur à l'analyse de mon précédent livre<sup>1</sup>, en soulignant néanmoins à nouveau que les conflits d'intérêts ne sont pas tous d'ordre financier, mais qu'ils peuvent relever de liens idéologiques ou d'affiliation<sup>2</sup>.

- 
1. Marc Girard, *Comprendre et choisir* (2009), *op. cit.*, chap. 2.
  2. C'est ce distinguo qui permet, par exemple, d'en rabattre sur l'insupportable arrogance de *Prescrire*. Il est évident, par exemple, que ce journal dégouline d'une foi vaccinaliste étonnamment primaire (lien idéologique) et qu'il peine, d'autre part, à reconnaître la portée de ses relations chroniques avec, entre autres, des experts de l'AFSSAPS (censément « indépendants » quoique bizarrement inamovibles), des collaborateurs de la Haute Autorité de Santé, ou des membres du Comité Technique des Vaccinations (liens d'affiliation).

## Rôle des décideurs

Si nombre de décideurs (parlementaires, ministres, responsables administratifs...) croient bon de hurler avec les loups pour dénoncer les manquements des experts, ils oublient simplement leur responsabilité dans les dérapages de ceux-ci. Sans entrer dans un détail déjà développé à l'occasion de divers articles antérieurs, rappelons que cette responsabilité des décideurs dans le potentiel de nuisance expertale peut se décliner selon au moins quatre axes :

1. la décision de recourir à une expertise ;
2. le choix des experts ;
3. la définition de la mission qui leur est confiée ;
4. l'exploitation de l'expertise une fois rendue<sup>1</sup>.

## Impunité et inamovibilité

Après le désastre de la grippe porcine, c'est vers les experts qui s'étaient le plus

---

1. Le Code de procédure civile, par exemple, stipule expressément (art. 246) qu'un juge n'est jamais tenu par les conclusions d'une expertise judiciaire, *même si c'est lui qui l'a ordonnée*.

grossièrement trompés que se sont préférentiellement tournés aussi bien les politiques que les responsables administratifs (à l'occasion de leurs enquêtes parlementaires ou pour mettre au point les nouvelles recommandations vaccinales<sup>1</sup>). Ainsi, alors même que les lois et réglementations en vigueur ne sont jamais appliquées pour punir les experts défaillants, ces derniers se voient même protégés de la sanction la plus bénigne qui soit : leur exclusion du système ou le non-renouvellement de leur mandat.

Cette survie effrontée des experts qui ont manqué à leurs devoirs n'est pas propre à la France : en Suisse, pour ne citer que cet exemple, les autorités fédérales ont commandé une *Évaluation de la stratégie de vaccination H1N1 de la Suisse* réalisée par un collectif de cinq experts placés sous la

- 
1. Ainsi en a-t-il été du Groupe de travail désigné par le Haut Conseil de la santé publique, sur saisine du directeur général de la santé, pour faire des recommandations concernant d'une part la poursuite de la campagne de vaccination A(H1N1) 2009 et, d'autre part, la stratégie de vaccination contre la grippe pour la saison 2010-2011 : on y retrouve l'essentiel des « experts » qui se sont trompés et qui, accessoirement, ont été pris la main dans le sac de conflits d'intérêts dissimulés.

houlette du cabinet d'audit Ernst & Young. Alors que ladite évaluation a constitué un élément clé pour mettre en place le cadre censé permettre aux autorités helvétiques de gérer les futures crises sanitaires, il est apparu ultérieurement que la majorité des experts choisis avaient des liens avec les fabricants ou l'OMS : ce, alors même que les responsables de l'audit avaient pris des engagements relativement à la crédibilité des spécialistes choisis pour cette évaluation<sup>1</sup>.

Cet exemple est intéressant à plus d'un titre. D'une part, parce qu'il est *a priori* étranger au cadre institutionnel de la CEE notoirement gangrené par les lobbies. Ensuite, parce que, pour une fois, les sélectionneurs d'experts n'étaient pas les décideurs – et que compte tenu de leur profession (cabinet d'audit), on aurait pu penser qu'ils auraient un minimum de *méthodologie* pour procéder à ce choix. Ce qui ressort donc de cette histoire, c'est l'effrayante adhésivité du corps expertal qui, d'une façon ou d'une autre, finit toujours par rester en place – voire par être promu à

---

1. Catherine Riva, « H1N1 – Des experts sous influence », *L'Hebdo*, 09/02/11 ([http://www.hebdo.ch/des\\_experts\\_sous\\_influence\\_86406\\_.html](http://www.hebdo.ch/des_experts_sous_influence_86406_.html)).

un ordre de responsabilités supérieures pour les réformes qu'appellent leurs précédentes malversations<sup>1</sup> !

Cet avantage sélectif des plus corrompus permet aussi de réfuter les inamovibles de l'expertise qui concilient leurs allégations de pureté avec la durabilité de leur présence dans des institutions déficientes (telles que l'AFS-SAPS) par leur prétention à être plus utiles à l'intérieur qu'à l'extérieur. L'argument ne tient pas : outre qu'il a l'inconvénient de recouper celui des collabos *après* la défaite<sup>2</sup>,

- 
1. Il en va ainsi lorsque l'Ordre des médecins est pressenti pour faire le ménage dans les conflits d'intérêts des experts, alors qu'avec la loi « anti-cadeaux », ledit Ordre dispose déjà de moyens réels pour imposer un minimum de déontologie et que, de toute façon, les malversations ordinales sont telles qu'elles ont déjà motivé l'ire de leur ministre de tutelle (*Libération*, 23/10/07).
  2. Ainsi de cette justification d'un proche collaborateur de Pierre Laval, mais qui n'est pas antérieure au 20/09/1944 : « J'ai cru et je crois encore qu'il y avait des intérêts français permanents à défendre, même et surtout dans les postes les plus exposés à faire suspecter ceux qui les acceptaient. Et je crois qu'en les tenant, quelques hommes comme moi non seulement sauvaient quelque chose, mais encore empêchaient (au moins jusqu'à fin 1943) l'arrivée à ces postes de quelques forcenés. Je ne renie rien de ces quelques années dont, au contraire, j'ai quelques

il affecte d'ignorer qu'*institutionnellement*, aucun expert n'est inamovible. La constitution d'un corps expertal quel qu'il soit passe par des procédures (généralement périodiques) de sélection, de renouvellement, de non-renouvellement, voire de radiation : le système sait très bien reconnaître les siens et ignorer, voire exclure les déviants – et rien n'est moins convaincant que de justifier son inamovibilité par son potentiel de résistance intérieure.

Au total, l'aveuglement des décideurs dans leur choix d'experts ne laisse pas d'inquiéter quant au bien-fondé des normes, réglementations, planifications ou jugements qui saturent notre quotidien collectif tout autant qu'individuel alors que leur *seule* justification est précisément qu'elles émanent des « experts ».

## **Incompétence**

Il en ira avec la compétence des experts comme il en a finalement été avec les liens d'intérêts : il faudra bien se poser la question

---

raisons d'être fier. » (Pierre Assouline, *Une éminence grise. Jean Jardin (1904-1976)*, Paris, Gallimard, 1988).

et s'apercevoir qu'en plus de tout, nombre de présumés experts sont strictement incompetents – que cette incompetente soit absolue (ils ne savent rien) ou relative (ils se prononcent sur des questions qui ne relèvent pas de leur compétence)<sup>1</sup>.

Au cours d'une émission télé de septembre 2009, l'animateur commence par me poser une question sur la grippe, que je m'empresse de repasser à l'un de mes interlocuteurs au motif avoué de mon incompetente (je ne suis ni virologue, ni infectiologue) ; mais à mesure que le débat progresse et va en arriver, cette fois, au cœur de ma compétence reconnue (les effets indésirables du vaccin...), ce même interlocuteur, lui, ne me cèdera pas un pouce de terrain. Lorsque nous discuterons hors micro, j'apprendrai que... l'intéressé est vétérinaire ! Que dire encore de cet éminent infectiologue, lui aussi très présent dans les médias, qui va prendre publiquement parti sur une question là encore de pure pharmacovigilance : « Les Suédois, qui avaient donné l'alerte les premiers, *se sont depuis rétractés*. On ne peut établir *aucun lien*

---

1. Marc Girard, *Comprendre et choisir* (2009), *op. cit.*, chap. 2.

entre les vaccins et ces cas de narcolepsie » (*Le Parisien*, 23/09/10). Je n'ai, pour ma part, aucune notion de quelque « rétractation » que ce soit et, comme chacun sait, le résultat des enquêtes épidémiologiques sur cette complication ne conforte pas vraiment ceux qui soutiennent l'absence de lien...

Cette propension à intervenir de façon aussi assertive sur des questions échappant à leur compétence documentable amène quand même à s'interroger sur la compétence tout court des experts en question. Car quand on connaît bien un domaine, on sent très bien – par contraste – ceux qu'on ne connaît pas (ou en tout cas, que l'on connaît insuffisamment pour revendiquer quelque « expertise » que ce soit à leur sujet) : c'est comme passer sans transition d'un sol bétonné à des sables mouvants... Quelles sont donc les procédures et exigences intellectuelles de ces gens-là pour qu'ils ne perçoivent même pas la frontière de ce qu'ils maîtrisent ou non ?

Pour les moins bêtes d'entre eux, la prévalence est sans doute le principal moteur : que ne ferait-on pas pour de l'argent ? Pour d'autres (qu'on cite parfois comme contre-exemples des corrompus eu égard à leur train

de vie apparemment modeste), le bénéfice de leurs compromissions tient simplement à une reconnaissance socioprofessionnelle qu'ils n'auraient pas eue sur la base de leur seule compétence, tant il est vrai – je viens de le rappeler – que le système a le pouvoir de promouvoir comme « experts » non les meilleurs, mais ceux qui gênent le moins<sup>1</sup>.

Plus profondément, cependant, il me semble que ce hiatus entre la reconnaissance socioprofessionnelle et la valeur intellectuelle relève d'une interprétation plus épistémologique. Nous vivons aujourd'hui une période de technicisation radicale caractérisée par les expériences les plus folles menées hors de toute maîtrise scientifique raisonnable : en d'autres termes, nous sommes aujourd'hui capables de créer des objets techniques (médicaments, bactéries, radio- ou nano-éléments...) sans la garantie d'un *background* scientifique suffisant pour en contrôler la diffusion et, moins encore, les risques. Cette situation où plus personne ne maîtrise quasiment plus rien de significatif crée les conditions de toutes les

---

1. Marc Girard, *Expert mongering*,  
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/329/7459/189#70360>.

usurpations expertales, rares étant les survivants possédant le mélange adéquat de culot et de culture scientifique pour mettre leur savoir en perspective, en apercevoir les limites et, le cas échéant, dénoncer les impostures de ceux qui n'ont pas opéré le même travail de délimitation.

Pour le dire de façon plus imagée, les laboratoires du monde entier – P4 ou non – sont aujourd'hui pleins de gens qui ont certainement acquis la maîtrise de techniques très fines ou très sophistiquées, mais qui, pour le reste, sont intellectuellement des bœufs – tel cet expert dont j'ai déjà parlé et qui ne craint pas de justifier sa prétention à dire le vrai en dépit de ses erreurs passées au motif que « personne ne met en doute le théorème de Pythagore »...

### **L'illusion du processus collégial**

C'est un argument fréquemment entendu que les évaluations expertales étant le plus souvent collectives, les défaillances de quelques-uns ne remettent pas en cause la légitimité « démocratique » du résultat final. C'est faux.

D'une part, parce qu'il est parfaitement démontré que la collégialité n'est nullement

une garantie démocratique : dans tout groupe humain, il y a des effets de leadership ou de séduction qui rendent compte d'une prise de pouvoir par une minorité, voire un individu isolé<sup>1</sup>. L'un des exemples les plus étudiés concerne le précédent de la navette Columbia, où pas une voix discordante ne s'est élevée malgré l'accumulation des motifs d'inquiétude, jusqu'au drame terminal qui a exterminé toute une équipe d'astronautes.

D'autre part, parce que les défaillances expertales que nous inventorions ici ne concernent pas une minorité : à l'occasion de l'affaire pandémique, on a bien vu que c'était *la majorité* (pour ne pas dire : la totalité) des experts impliqués qui avaient des liens d'intérêts. Si l'on ajoute à ce paramètre de l'indépendance celui de la compétence, ce n'est pas ironiser pour le plaisir de soutenir que l'expert à la fois indépendant *et* compétent est le représentant d'une espèce en voie de disparition.

---

1. J'ai déjà dénoncé depuis longtemps l'illusion collégiale, même appliquée au processus assez particulier de l'expertise *judiciaire* (Marc Girard, « L'environnement, facteur tératogène pour l'expertise », *Juris-Classeur, Environnement*, 2004, n° 4, pp. 9-11).

Enfin, parce que l'existence d'experts effectivement indépendants et compétents renvoie à la question déjà évoquée dans la section précédente, à savoir celle du *culot* – ou du cran, comme on veut. D'expérience là encore, il apparaît que l'expert indépendant et compétent correspond le plus souvent à un universitaire bourru et effacé, incapable de tenir tête au leader-type qui sait prendre le pouvoir au sein du collège. On arrive ainsi à la situation dont j'ai vu moult exemples lorsqu'éclate un scandale et que des journalistes me racontent que tel expert leur a confié « l'avoir toujours dit » : il l'a peut-être dit, mais à voix tellement basse que personne ne l'a entendu en temps utile...

### **Erreur et obstination**

C'est à nouveau le point de vue épistémologique qui éclaire le plus utilement l'insolente obstination des experts dans l'erreur. Ainsi de cet expert lourdement démenti par les faits qui ne craindra pas, au cours d'un débat public sur les vaccinations, de littéralement me *retirer* la parole pour soutenir qu'en pareille matière, le droit de parler n'est pas 50/50... Ainsi de cet autre expert non

moins ridiculisé par les faits dans sa prétention à avoir publié « La vérité sur le virus A(H1N1) » et qui, ce nonobstant, reviendra sans complexe la saison suivante dénoncer avec fougue les « contre-vérités » (*Le Figaro*, 01/11/10), voire « les idioties » (*20 Minutes.fr*, 21/12/10) de ses contradicteurs pourtant confortés par l'expérience.

Il n'est pas besoin d'entrer dans une analyse philosophique ardue pour opposer cette exaspérante obstination dans l'erreur avec les principes élémentaires de *vérification expérimentale* et de *méthode* qui conditionnent le caractère scientifique d'une activité : on peut donc affirmer que ce mode de fonctionnement à la fois arrogant et opaque signe une façon d'agir radicalement *antiscientifique*. Or, comme les intéressés tirent justement leur prestige de « la » science dont ils se présentent comme les pieux servants, force est de conclure qu'ils sont tout bonnement **des imposteurs.**

Ainsi plombés dans leurs conflits d'intérêts, sévèrement démentis par l'expérience quoique obstinés dans leurs erreurs, ces « experts » ne satisfont aucune caractérisation de l'activité dite « scientifique » : ils sont simplement **les hommes de paille des lobbies**. Et c'est précisément pourquoi ils sont inamovibles...

## Les journalistes

### Déontologie

Elle me l'avait dit en détachant les syllabes : « c'est une profession to-ta-le-ment dépourvue de déontologie ». Le propos était tellement congruent à ma propre expérience que je n'ai même pas éprouvé le besoin de réclamer la moindre justification de cette journaliste elle-même éminente, auteur de nombreux reportages à succès sur des sujets toujours très chauds. Il semble également congruent à l'opinion majoritaire, si j'en crois un sondage que j'avais vu passer et qui faisait du journalisme la profession la plus décrédibilisée à égalité avec... la politique : ce serait, de fait, une intéressante enquête que d'inventorier les lauréats du prix Albert Londres (l'une des récompenses journalistiques les plus prestigieuses) ou du prix Pulitzer (*idem*) qui

ont été ensuite impliqués dans une affaire de canular ou de reportage-bidon<sup>1</sup>.

L'expérience qui suit est trop récurrente pour n'être qu'anecdotique. Je viens de discuter – en général longuement – avec un(e) journaliste qui m'a interrogé sur un problème complexe, appelant des explications méthodologiques délicates et impliquant de nombreuses références. Quoique chroniquement surmené, je crois aimable de proposer à mon interlocuteur une relecture technique de son papier à venir, avant de réaliser que j'ai franchi la ligne jaune : jusqu'alors souriant, voire reconnaissant, il se braque soudain en dénonçant ma prétention d'attenter à « sa liberté »...

Tout est là : le journalisme est une profession où l'on confond censure et relecture *technique* (destinée à relever, hors de toute contrainte hiérarchique et de toute obligation d'obtempérer, des éléments de fait

---

1. Jean-Pierre Tailleur, *Le prix Albert Londres n'immunise pas contre le maljournalisme*, [http://maljournalisme.chez-alice.fr/albert\\_londres\\_bidon.htm](http://maljournalisme.chez-alice.fr/albert_londres_bidon.htm). Signalons que le même est l'auteur d'un ouvrage (*Bévues de presse – L'information aux yeux bandés*, Paris, Le Félin, 2002) apparemment boycotté par les médias : on en a vu d'autres...

– chiffres, méthodes, références – objectivement erronés)...

Cette confusion est d'autant plus regrettable qu'elle témoigne aussi d'une sensibilité toute *sélective* : car dans leurs rédactions respectives, ils sont bien rares, les journalistes qui se cabrent de façon aussi réflexe contre la réalité de la censure dont ils font l'objet tous les jours (pour ne point parler de l'autocensure). Combien d'interviews n'ai-je données qui n'ont jamais vu la moindre esquisse de publication, ou de participations audiovisuelles pressenties pour être précipitamment annulées au dernier moment (pour la raison, parfois explicite, des pressions exercées par la direction)...

L'absence de déontologie, c'est ça aussi : les interviews réclamées toutes affaires cessantes et qui ne seront jamais diffusées au motif (pour autant que quelqu'un prenne la peine d'en donner un) que du midi au soir, « l'actualité a changé », les *heures* d'enregistrement où l'on se sera épuisé de concentration pour essayer d'aller à l'essentiel et dont il ne restera, dans le reportage final, qu'une phrase de 15 secondes d'une affligeante banalité, les coupures hasardeuses qui anéantissent la

cohérence d'un point de vue nuancé (parfois au risque d'un procès pour l'interviewé), etc. Et que dire de l'insoutenable arrogance qui consiste à reformuler les réponses pourtant très claires de l'interviewé, tout en lui refusant le droit de relecture qui lui éviterait de se voir attribuer – avec des guillemets ! – des propos d'une révoltante incongruité ?

## Formation intellectuelle

Certes, les déficiences dans la formation des journalistes ne se distinguent pas fondamentalement de celles qui caractérisent une école désormais consacrée à « la fabrique du crétin<sup>1</sup> » – au terme d'une destruction méthodique évidemment planifiée<sup>2</sup> – et qui touchent notamment l'aisance dans la lecture, la qualité de l'expression<sup>3</sup>, l'entraînement de la mémoire, la maîtrise du calcul et du dénombrement, la critique des sources, la capacité de synthèse, enfin *l'attention* à

- 
1. Jean-Paul Brighelli, *La fabrique du crétin. La mort programmée de l'école*, Paris, Gallimard (Folio), 2005.
  2. Jean-Claude Michéa, *L'enseignement de l'ignorance et ses conditions modernes*, Castelnau-le-Lez, Climats, 2006.
  3. L'état actuel de la presse écrite atteste, s'il en était besoin, l'actualité de l'exhortation : « Ce qui se conçoit bien... ».

*autrui* telle que concrétisée tout autant par la morale du jour que par la fréquentation des Classiques ou par l'apprentissage effectif des langues étrangères, mortes ou vivantes.

Mais sur arrière-fond non spécifique de confusion intellectuelle et d'inculture, les étudiants-journalistes sont, en plus, dressés à réagir dans une urgence continuelle qui n'est certainement pas propice à l'approfondissement ou à l'autocritique. Contraints aussi de rapporter coûte que coûte des reportages sur des thèmes dont les principaux acteurs sont généralement saturés de demandes médiatiques, ils sont trop heureux de trouver la perle rare qui acceptera de leur répondre et se soucient comme d'une guigne (à l'instar de leurs enseignants) de savoir si leur interlocuteur providentiel dispose du moindre titre sérieux à intervenir sur le sujet : cela ne forme pas l'esprit à l'évaluation hiérarchisée des sources... Prisés, également, pour l'intérêt qu'ils suscitent (le futur audimat), ils n'auront d'autre choix que de privilégier le spectaculaire sur la profondeur : pareil entraînement les rendra bien utiles, ensuite, lorsqu'il s'agira de conforter un gouvernement par la peur fondé sur une constante *dramatisation de l'anecdotique* – le bébé mort d'on ne sait quoi,

mais certainement non vacciné, ou le méchant simplement suspect, mais forcément multirécidiviste – quand bien même pareille dramatisation est reconnue comme l'un des biais les plus pervers dans l'appréciation des risques.

L'immuable prestige de l'écrit, enfin, est un constat d'observation : il suffit de voir le nombre de personnalités surmédiatisées et qui, quoique présentes tous les jours à la télé, n'ont pas renoncé au rêve de voir leur nom sur la couverture d'un livre – fût-ce au prix d'une « collaboration » aussi discrète que possible avec un nègre. Ce narcissisme de l'écriture signée est un piège considérable pour les journalistes jeunes ou moins jeunes : quiconque a l'expérience du travail harassant que requiert la rédaction d'un article spécialisé (*a fortiori* d'un livre), de l'incertitude ravageante quant à la publication, enfin de la frustration d'une diffusion considérée comme réussie dès lors qu'elle passe le cap d'un petit millier d'exemplaires – quiconque a cette expérience comprend instantanément le piège psychologique et moral de papiers rédigés à la va-vite parce que voués, avant même d'avoir été conçus, à la publication dans des supports assurés d'une audience qui

se chiffre mécaniquement en centaines de milliers de lecteurs.

Le constat s'élargit sans peine à l'ordre audiovisuel. Quand on a vu les plus éminents érudits, parfois invités à des milliers de kilomètres par les plus prestigieuses universités, se satisfaire d'une audience d'une vingtaine de personnes dans des amphis par ailleurs déserts, on mesure le vertige de puissance qui peut s'emparer de pacotilleurs assurés que, même fugitivement, leur frimousse sera aperçue par des millions de badauds collés à leur lucarne.

Preuve s'il en était besoin que les défaillances ici rapportées ne sont pas toutes imputables à la dégradation contemporaine de l'enseignement mais qu'elles relèvent également de quelque chose de plus spécifique à la profession : à l'occasion de l'affaire Médiator<sup>1</sup>, je rencontre récemment une journaliste au moins aussi âgée que moi – c'est vous dire.... Elle m'explique que travaillant comme grand reporter dans un prestigieux quotidien national, elle s'est

---

1. Marc Girard, *Pondéral, Isoméride, Médiator : grand scandale deviendra petit – À qui profite la falsification ?*, <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article169>.

vu confier ce dossier dans l'urgence alors qu'elle ne connaît strictement « rien » aux questions de santé. Mais – et c'est ce qui m'apparaît significatif pour mon propos – cette conscientisation pourtant avouée d'une inexpérience radicale ne se traduit par *aucune* disposition en rapport, d'humilité, d'écoute ou d'apprentissage : moins de cinq minutes après le début de notre entretien, elle m'explique que ma perplexité quant à la validité des études menées par l'assurance-maladie au sujet de ce médicament vient de mon dépit devant une méthodologie révolutionnaire qui ridiculise les pharmaco-épidémiologistes « traditionnels » que je suis supposé représenter... Faut-il même commenter ?

### **Vérification des sources**

Dans le type de discussion qui fait l'objet de la précédente section, il est courant de se demander si le pourcentage de « crétins », justement, est comparable d'une profession à l'autre : vaste question, en vérité, et qui demanderait des études épidémiologiques fines pour élever le niveau de cette discussion au-dessus des poncifs... Il est plus facile, en revanche,

d'examiner le problème connexe de savoir si, toutes choses égales par ailleurs, *les conséquences* de la « crétinerie » – ou, plus simplement, de l'incompétence – sont plus graves dans certaines professions que d'autres.

Or, on voit bien que l'impact d'une syntaxe approximative (et de la pensée confuse qui la sous-tend) sera quand même plus important chez un journaliste qui rédige des articles lus par des milliers de gens que chez la comptable d'un garagiste qui commande des pièces aux grossistes.

Il en va de même pour les erreurs relatives aux sources, que ces sources soient des références erronées ou des informateurs (des experts, par exemple) dépourvus de toute crédibilité : j'ai déjà parlé du « grand cancérologue » qui n'avait jamais été cancérologue...

Il est évident, pour se limiter à cet exemple, que le mépris quasi systématique des journalistes à l'égard de l'article L. 4113-13 du Code de la santé publique (qui fait obligation à tout professionnel de santé intervenant dans un média de faire préalablement état de ses liens d'intérêts) relève, en dernière analyse, d'une consternante désinvolture à l'endroit d'une exigence pourtant élémentaire de

vérification des sources : lorsque vous interviewez un « expert » sur un médicament, il n'est quand même pas tout à fait indifférent de savoir si, d'une façon ou d'une autre, cet expert a un intérêt *personnel* à la vente (ou, au contraire, au retrait) de ce produit. On relèvera aussi en passant cette propension tristement désopilante des journalistes à aller chercher, pour commenter un scandale, des informateurs qui y sont le plus souvent impliqués jusqu'au cou – et sur lesquels il ne faut pas compter, par conséquent, pour éclairer les citoyens.

Quand on y réfléchit un peu, on voit que les journalistes partagent avec les magistrats la contrainte de devoir intervenir dans des situations humaines ou dans des circonstances tellement diversifiées qu'elles échappent nécessairement à tout idéal réaliste de formation : personne ne peut être formé à toutes les normes ou réglementations censées régir les objets de notre environnement ou les entreprises de notre vie professionnelle ou privée, à toutes les défaillances de l'âme humaine, aux dynamiques statistiques rendant compte de concours de circonstances parfois incroyables – bref, à tous les paramètres qui condition-

nent les litiges, drames et accidents qui sont le pain quotidien des deux professions<sup>1</sup>. Mais alors qu'une telle dérégulation de savoir et de méthode relativement à la réalité qu'ils sont supposés gérer devrait *naturellement* appeler – sur arrière-fond d'une vaste culture générale – des dispositions spirituelles d'écoute, d'humilité, d'autocritique, de vérification, on constate qu'il s'agit là précisément de celles qui font le plus défaut aux intéressés : j'en ai fourni ici suffisamment d'illustrations<sup>2</sup>.

- 
1. À ceci près, de plus, que si dans les bons cas, les magistrats peuvent parfois retrouver leurs marques dans une appréciation *juridique* des faits qui leur sont soumis, les journalistes, eux, n'ont aucun « cœur de métier » où se réfugier pour gérer la luxuriante profusion du réel qu'ils ont à examiner avec les moyens du bord. Cette difficulté à délimiter précisément ce qui constitue le « cœur de métier » journalistique rend compte du nombre considérable de gens qui s'intitulent « journalistes » dès lors qu'ils prétendent intervenir publiquement dans un domaine où leur titre à parler ne va pas de soi : il serait intéressant de faire un sondage pour dénombrer le nombre d'auteurs d'ouvrages qui sont présentés comme « journaliste » en quatrième de couverture tout en étant effectivement titulaires d'une carte de presse.
  2. Du moins pour ce qui concerne les journalistes ; mais personne n'a entendu dire que les qualités d'écoute, d'humilité ou d'autocritique soient parmi les plus valorisées à l'École de la Magistrature...

## Conflits d'intérêts

Évoquée le plus souvent en passant dans mes contributions antérieures, cette question des conflits d'intérêts *propres aux journalistes* a fait l'objet depuis peu d'un intérêt renforcé<sup>1</sup>. Au cours d'un débat télévisé, l'un de mes interlocuteurs – médecin-journaliste fort médiatisé, d'ailleurs nommément mis en cause dans le reportage suscité – balaie d'un revers de la main mes insinuations quant à ses éventuels conflits d'intérêts tout en admettant comme si cela allait de soi que l'industrie pharmaceutique est extrêmement utile à ses collègues comme à lui-même en raison des informations précieuses qu'elle leur fournit. Mais dans la mesure où le quotidien d'un journaliste consiste à produire de l'information, quoi de plus crucial, en vérité, que la fourniture *gratuite* d'informations ?

Les avantages d'une telle fourniture sont multiples : gain de temps, évidemment, mais aussi gain d'argent (il faut normalement payer pour obtenir des documents dans un centre

---

1. Nolwenn Le Blevenec, *Ces médecins-journalistes « clients » des laboratoires*, Rue89, 02/02/11 (<http://www.rue89.com/2011/02/02/ces-medecins-journalistes-clients-des-laboratoires-188616>).

de documentation). De plus – et mon interlocuteur ne le niait même pas – cette fourniture d'informations passe également par diverses invitations plus ou moins exotiques sous le prétexte bien décati de « congrès ». On a récemment pu entendre un journaliste médical avouer que lorsque l'on travaillait pour un journal aussi peu argenté que *Libération*, la participation à ces sauteriers scientifico-touristiques était sous le bon vouloir des firmes pharmaceutiques<sup>1</sup> : cela vaut bien un plat de lentilles...

Outre une hospitalité classiquement généreuse qui compense les émoluments parfois pingres d'une presse en crise, les bénéfices secondaires de telles invitations incluent une convivialité soutenue des journalistes avec les leaders d'opinion du monde médical, dont les avantages sont réciproques : les premiers – qui ont rarement été les meilleurs de leur promotion – sont fascinés de se trouver à tu et à toi avec des « sommités » qui n'auraient jamais voulu d'eux comme simple chef de clinique, tandis que les seconds ne disent

---

1. Assemblée Nationale, *Rapport d'information n° 2698 – La campagne de vaccination antigrippale 2009 : une expérience pour l'avenir*, juillet 2010, p. 570.

jamais non quand on parle d'eux – généralement en bien – dans le journal ou dans le poste, tant l'âme humaine est ainsi faite...

Mais il faut bien comprendre également qu'en se comportant ainsi en destinataires consentants – et même complaisants – des « informations » savamment concoctées par les services spécialisés des firmes, les journalistes mettent le doigt dans un bien dangereux engrenage. Ils se laissent dicter – sous un format généralement très séduisant et autrement plus facile à lire que les photocopies arides des sources primaires – et la nature, et la hiérarchisation, et *l'interprétation* des faits qui comptent dans le domaine de la santé : généralement, la découverte d'un médicament-miracle, ou l'étude providentielle qui réfute catégoriquement toute suspicion de toxicité portant sur tel ou tel produit<sup>1</sup>, ou encore la décision de justice bienvenue de nature à rassurer les prescripteurs, à dissuader les

---

1. Faut-il citer, parmi d'innombrables exemples, la médiatisation indécente de l'étude KIDMUS sur le risque pédiatrique de scléroses en plaques après vaccination contre l'hépatite B, malgré la méthodologie plus que problématique de cette investigation (Marc Girard, « Tell me who your friends are... », *Medical Veritas*, 2008, 5, pp. 1710-1712) ?

plaignants et à édifier les magistrats potentiellement récalcitrants. Et comme de toute façon, la plupart des journalistes (médecins ou non) sont incapables d'analyser par eux-mêmes ces sources primaires<sup>1</sup>, on comprend que des gens aussi pressés soient heureux, entre deux invitations, de pouvoir s'en remettre pour l'essentiel à une information aussi providentiellement prédigérée – « prête à l'emploi », pour dire...

Pour achever ce chapitre, rappelons qu'il existe des moyens plus caractérisés de rémunérer un journaliste : en lui commandant des rédactionnels (articles, brochures-produits, argumentaires, etc.) qui, compte tenu de leur manque de compétence spécialisée, ont toutes les chances de finir au pilon, mais offrent un excellent prétexte à une circulation d'argent pour des montants qui peuvent être considérables. L'autre moyen encore plus simple et tout à fait classique (d'ailleurs dûment évoqué

- 
1. Il faut bien voir qu'une bonne proportion des journalistes « médicaux » n'ont pas de formation médicale et que quand bien même ils auraient été recrutés sur des critères d'excellence médico-scientifique, ils ne peuvent être spécialistes de tout : ils sont donc extrêmement vulnérables aux influences occultes et aux torsions des données sources dans les domaines qu'ils ne maîtrisent pas.

dans l'article de *Rue89* susmentionné), c'est d'inviter un journaliste à « animer » une réunion, que ce soit de formation médicale continue (avec des praticiens) ou de motivation de l'équipe commerciale (avec des visiteurs médicaux) : ce n'est pas toujours d'un haut niveau scientifique, mais ça plaît bien entre deux attractions, surtout si l'heureux élu est de ce genre histrionique dont on croit savoir qu'il n'est pas en voie d'extinction dans le milieu de la presse. Cela se solde ensuite par des rémunérations qui, à ma connaissance, peuvent même se verser en liquide.

Faute de place, je n'ai pas développé le problème des conflits d'intérêts dans la presse spécialisée, qui gangrène les plus prestigieuses revues internationales et contribue à une dégradation effrayante et de l'éthique, et de la connaissance scientifiques<sup>1</sup>.

---

1. VeraHassnerSharav, «BMJ&LancetWeddedtoMerck CME Partnershiphttp », *Alliance for Human Research Protection*, 14/02/11, [www.ahrp.org/cms/content/view/766/9/](http://www.ahrp.org/cms/content/view/766/9/)

Au total, les journalistes – la majorité, disons – apparaissent comme des gens excessivement pressés. Doublement corrompus – par leurs conflits d'intérêts le plus souvent dissimulés comme par le contraste entre leur assertivité encyclopédique et la réalité de leur formation indigente ou de leur pauvre culture – ils s'en remettent à des indicateurs de crédibilité extrêmement problématiques qui privilégient le **pouvoir de séduction** de leurs informateurs, la superficialité (donc l'intelligibilité facile) des versions, le tout ou rien – au détriment du sérieux, de la profondeur et de la nuance. Ainsi payés pour disséminer, quoique le plus souvent impuissants à distinguer le vrai du faux, ils entretiennent une forte **hystérisation** de l'information, centrée sur des personnes – et pas n'importe lesquelles – bien davantage que sur des faits (encore moins sur une analyse approfondie des faits). À ce titre, ils ont une responsabilité écrasante dans la terrible inversion des valeurs – morales tout autant qu'épistémiques – qui asphyxie notre modernité et contamine jusqu'à la Science. Mais les citoyens commencent à s'en rendre compte...



## Les fabricants

### Un monde méconnu

Écrivant pour un grand éditeur, voici une vingtaine d'années, un livre de commande intitulé *Le médicament, produit industriel*, j'introduisais mon propos de la façon suivante :

*Le spécialiste du médicament ne manque pas d'être frappé par la contradiction suivante : alors que les citoyens se trouvent de plus en plus souvent impliqués dans des débats extrêmement vifs sur le sujet (le coût pour la collectivité, les risques pour la santé, l'efficacité comparée aux « médecines douces », etc.), la réalité du monde pharmaceutique demeure quasiment inconnue du grand public.*

Le bien-fondé d'une telle présentation allait bientôt trouver une éclatante confirmation puisque, entièrement rédigé au moment où j'écrivais cette introduction, le

livre en question... n'a jamais vu le jour par suite de la mésentente que le manuscrit allait immédiatement susciter avec mon interlocuteur (un de ces jeunes cons dont pullulent aujourd'hui les maisons d'édition et qui, convaincus que les gens sont prêts à tuer père et mère pour voir leur nom barrer la couverture d'un livre, se croient tout permis sans avoir jamais rien fait dans leur vie), laquelle me poussa rapidement à dénoncer mon contrat.

Il ne semble pas que la situation ait beaucoup évolué en France, ce qui est d'autant plus étonnant qu'il est facile de trouver, en langue anglaise, nombre d'ouvrages ou de contributions très éclairantes sur le monde pharmaceutique, dont malheureusement peu sont traduits. Les raisons de ce retard français dans la critique sont sans doute multiples.

- La recherche pharmaceutique est au carrefour d'une pratique très empirique (le *screening*) peu prisée au pays de Descartes, mais avec également des exigences de méthode (les essais cliniques) qui, quoi qu'on en dise, passent encore largement au-dessus de la plupart des professionnels de santé :

au chapitre 1, j'ai évoqué le nombre de médecins français qui se méprennent encore sur les exigences pourtant simplissimes de l'*evidence-based medicine*.

- Le hiatus traditionnel entre formations médicale et pharmaceutique fait que la plupart de ceux qui maîtrisent assez les deux pratiques pour comprendre ce qui se passe ont acquis cette double compétence *via* une expérience de terrain avec l'industrie pharmaceutique, ce qui crée forcément des liens, entretient des solidarités et ne facilite pas le déliement des langues<sup>1</sup>.
- La sclérose de la presse médicale française n'encourage pas la rédaction de travaux critiques, et mon expérience citée au début de ce chapitre illustre que le monde éditorial « académique » n'est guère plus ouvert.

---

1. Contrairement à ce que certains pensent (ou souhaiteraient ?), je ne suis pas du tout isolé dans mon milieu professionnel et nombre de collègues partagent mes analyses – quand ils ne les enrichissent pas de leur propre expérience : simplement, on me fait comprendre qu'il n'est pas convenable d'en parler publiquement...

- À l'inverse, la diabolisation contemporaine de l'industrie pharmaceutique justifie à peu près n'importe quel libelle pourvu qu'il soit accusateur : on reste frappé du nombre d'ouvrages consacrés à l'industrie pharmaceutique, rédigés par des auteurs qui n'ont aucun titre ou compétence documentables pour ce faire<sup>1</sup>, cette profusion de la médiocrité – pour rester gentil – noyant le débat dans l'insignifiant<sup>2</sup> et renforçant l'esprit de clan chez les accusés.

- 
1. Cette complaisance du public pour la critique facile n'étant, il faut le relever, aucunement incompatible avec la propension du même public à gober à peu près n'importe quelle promotion mensongère pour autant qu'elle fasse miroiter un allongement de l'espérance de vie ou un recul du vieillissement : j'ai l'expérience réitérée de supportrices dont l'enthousiasme initial dégringole très vite dès que j'en viens à exprimer des doutes sur la mammographie...
  2. Faut-il rappeler qu'en France, les deux scandales médicamenteux fondateurs – sang contaminé et hormone de croissance – *n'ont aucunement impliqué l'industrie pharmaceutique* ? On tombe donc à côté de la plaque en tapant indistinctement sur cette industrie (qui, en matière d'hormone, justement, avait plutôt montré la voie à suivre – du moins au niveau pharmaceutique). Faut-il rappeler, d'autre part, que le diéthylstilbestrol (« Distilbène ») n'avait pas été breveté par son inventeur, dans un esprit de service

- Une enquête approfondie sur le monde du médicament appellerait un travail de fond et une hiérarchisation des sources qui trancherait avec les pratiques journalistiques dominantes telles que décrites au chapitre 3...

## **Inflation réglementaire**

Je n'empêche personne de haïr la médecine allopathique, mais rappelle néanmoins que, sur une période de trente à quarante ans à partir des années 1930, nous avons vécu une authentique « révolution pharmaceutique ». Pour la première fois de son histoire, l'humanité disposait de produits à la fois efficaces et utilisables de façon tant soit peu prévisible, le développement s'étant fait d'abord dans deux secteurs thérapeutiques principaux, les anti-infectieux et les antalgiques : les premiers ciblant la grande menace qui pèse sur la vie depuis les origines, les seconds visant à soulager les hommes du facteur le

---

public ? On tombe aussi à côté de la plaque en incriminant l'esprit de lucre comme moteur exclusif des désordres dont nous parlons. C'est plus subtil, et je connais peu de contributions subtiles sur ces questions.

plus susceptible d'altérer la qualité de cette vie – la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique<sup>1</sup>.

Je rappelle également – la chose est généralement ignorée – que voici encore une vingtaine d'années, l'industrie pharmaceutique à elle seule comptait à peu près autant de Prix Nobel (de médecine) que le secteur public.

Quelles qu'aient pu être par ailleurs les défaillances ou compromissions du milieu pharmaceutique en cette glorieuse époque, il semble aller de soi que la rentabilité imputable – au moins en partie – à tant d'insignes exploits allait forcément attirer les prédateurs. La méthode utilisée est toujours la même, qu'il s'agisse de pharmacie, d'agro-alimentaire ou de n'importe quel secteur impliquant un haut niveau de technicité associé à une tradition de savoir-faire : éliminer les vrais

---

1. Incluons sous la rubrique « antalgie » les nouveaux anesthésiques qui ont permis le développement multidirectionnel de techniques chirurgicales ayant radicalement modifié notre horizon d'attente en matière de souffrance et de handicap. On pourrait également inclure dans la catégorie « antalgique » certains psychotropes qui, pour le meilleur et pour le pire, visent l'atténuation de la douleur psychique.

professionnels par une inflation délirante de réglementation implacable, puis instaurer le règne du *n'importe quoi* une fois liquidée la concurrence de ceux qui savaient faire. C'est ainsi, exemple parmi bien d'autres, que, malgré l'alerte de la vache folle, les meilleurs-experts de la CEE peuvent recommander un retour aux farines animales<sup>1</sup>, après avoir créé les conditions pour que l'on traite en délinquant tout restaurateur qui prétendrait faire lui-même ses fonds de sauces – et qu'il faut aujourd'hui une certaine intrépidité pour oser fabriquer du chocolat avec du cacao, des sorbets avec de vrais fruits ou du fromage avec du lait...

Pour s'en tenir à la pharmacie, cette inflation d'une réglementation visant exclusivement à augmenter *les coûts* du développement (pour éliminer les petits) va s'accompagner d'une assurance qualité démentielle, d'autant plus apte à déstabiliser les professionnels qu'elle sera généralement mise en œuvre par des gens strictement incompetents<sup>2</sup>.

- 
1. « La vache folle en voie de disparition », *Ouest-France*, 17/07/10.
  2. Au moment même où s'écrivent ces lignes, le site Rue89 (02/02/11) publie un article intitulé « Alexandra, deux enfants, 4007 € par mois

Des pharmaciens responsables qui savaient tout dans leur job et qui se seraient fait passer sur le corps plutôt que d'accepter la moindre anomalie susceptible de mettre en danger la santé publique vont se trouver ridiculisés

---

dans l'industrie pharma » (<http://eco.rue89.com/2011/02/02/alexandra-deux-enfants-4007-par-mois-dans-lindustrie-pharma-188724>). Le salaire ainsi octroyé à la « belle blonde de 36 ans » dépasse, et largement, celui d'un professeur agrégé des lycées en fin de carrière, pourtant recruté au terme d'un concours atrocement sélectif. Le job de notre « belle blonde » surpayée consiste à vérifier « le respect de la réglementation et des processus internes » relativement à la loi anti-cadeaux (les invitations des médecins à des vacances déguisées en congrès, etc.) : probablement bigleuse malgré son « regard franc et doux », la Belle ne craint pas d'affirmer que le Code de la santé public est déjà « très strict » tandis que son employeur – laboratoire américain – « l'est encore plus » (*comme tous les laboratoires américains*, dirait Nounours à l'émission « Bonsoir les petits »). La conclusion vaut son pesant de moutarde : « Il ne faut pas hésiter à faire des jobs où l'on se dit au départ qu'ils ne sont pas à notre niveau intellectuellement. Quand on veut progresser, des portes s'ouvrent. » C'est sûr que quand on en est à considérer que les relations d'hospitalité entre l'industrie pharmaceutique et les praticiens sont « très strictes », c'est qu'on n'est pas au « niveau intellectuellement » : cela n'empêche pas d'être surpayé – et cela est peut-être même la raison de ceci...

par de jeunes corniauds à cravate qui vont pointer comme préoccupant qu'un feuillet des 1342 pages de la procédure PV-NX0427i (version n° 7) n'ait pas été paraphé, ou encore qu'il soit impossible de trouver un CV actualisé de la femme de ménage dans les quinze armoires métalliques où sont rangées les procédures en leurs divers états ; sachant par ailleurs que les bornes de la faute professionnelle grave auront été franchies le jour où ayant réussi, par son impeccable sang-froid, à préserver les employés de graves émanations toxiques au cours d'un incendie sur le site de fabrication, le même pharmacien « responsable » aura du même coup oublié de déclarer à la maison-mère dans les 48 heures réglementaires l'histoire de cette mémé un peu fofolle qui se sera plainte d'une irritation anale « grave » après avoir oublié de sortir un suppositoire de son emballage. Car qu'on se le dise : dans les multinationales de la pharmacie, on ne rigole pas avec la pharmacovigilance...

Tous les professionnels qui liront ce passage savent que je ne plaisante pas – et que j'exagère à peine. Durant l'été 2010, l'administration sanitaire américaine a adressé au Laboratoire Abbott (alors huitième mondial)

un courrier pour s'étonner que dans la division « diabète », les responsables des affaires réglementaires ou de la qualité ne soit même pas titulaires d'une *licence* scientifique<sup>1</sup>...

La monstruosité du système réglementaire se reconstitue également de son irrépressible tendance à l'inflation : à chaque fois qu'un problème apparaît, on invente une nouvelle disposition au lieu de s'interroger sur l'échec de celles qui existaient déjà et sur les moyens d'y remédier. L'affaire de l'héparine contaminée apparaît d'autant plus éclairante à cet égard qu'elle est techniquement simple. Début 2008, on découvre aux USA qu'un médicament anticoagulant (héparine) fabriqué à partir de matières premières provenant de Chine, provoque des allergies parfois mortelles en raison d'un contaminant (la chondroïtine persulfatée). En soi – et eu égard aux dizaines de milliers de pages qui fixent la réglementation pharmaceutique de par le monde – l'histoire est déjà atterrante : en pharmacie, le risque d'une fabrication

---

1. Jim Edwards, *HR for Dummies: Abbott Labs Can't Find Anyone With a Science Degree*, <http://www.bnet.com/blog/drug-business/hr-for-dummies-abbott-labs-can-8217t-find-anyone-with-a-science-degree/5151>

frauduleuse ou inadéquate saute tellement aux yeux qu'il a de tout temps attiré l'attention inquiète des autorités, le principe du *formulaire* et de *l'inspection* des sites de fabrication datant chez nous du 14<sup>e</sup> siècle au moins<sup>1</sup>... Mais son issue l'est encore plus. L'affaire posait en effet un double problème : d'une part, la réactivité des autorités sanitaires, accusées d'avoir été bien longues à reconnaître l'émergence d'une nouvelle toxicité<sup>2</sup>, et d'autre part, bien entendu, la capacité des mêmes autorités à garantir la qualité d'une fabrication par des inspections adéquates. Or, on va découvrir à cette occasion que même les plus sourcilleuses des autorités – celles des USA, par exemple – ont depuis longtemps renoncé à leur devoir d'inspection<sup>3</sup> et qu'en tout état de cause, le coût de telles inspections serait

- 
1. René Fabre et Georges Dillemann, *Histoire de la pharmacie*, Paris, PUF (Que sais-je ?), 1963, pp. 22-23.
  2. Abstraction faite de la France, bien sûr, puisque sur cette histoire comme sur celle de Tchernobyl, les conséquences les plus graves du désastre vont s'arrêter à la frontière. Tant il est vrai que relativement aux drames de santé publique, Charles Martel continue d'inspirer nos autorités : « l'exception française », c'est ça aussi...
  3. *New York Times*, 30/04/08.

clairement trop élevé<sup>1</sup>... Bref et pour dire, les Chinois peuvent continuer à faire n'importe quoi et les majors de l'industrie pharmaceutique mondiale peuvent continuer à confier leur fabrication aux Chinois. En revanche – et c'est là tout le sel de l'histoire – les autorités sanitaires vont s'empresse d'ajouter à la réglementation deux étapes supplémentaires d'analyse, visant à la détection de la chondroïtine persulfatée dans les héparines<sup>2</sup> : comme si les Chinois n'étaient pas capables d'inventer d'autres contaminants et de les introduire dans d'autres médicaments !...

Effrayantes en soi, ces quelques observations permettent aussi d'inverser l'éternel argument des Docteurs Tant-mieux qui réfutent toute suspicion au motif que la réglementation n'aurait cessé de devenir de plus en plus contraignante, de telle sorte que la sécurité des populations n'aurait jamais été plus assurée qu'aujourd'hui. En fait, la réglementation n'a jamais été aussi *profuse*, ce qui rend compte et de son inefficacité, et – plus

- 
1. Ce qui amène, soit dit en passant, à se demander si l'imputation d'un tel coût au fabricant du produit ne serait pas une dissuasion efficace à la tentation de la délocalisation...
  2. SCRIP, 12/12/08, p. 26.

grave encore – des innombrables passe-droits *justifiés par cette profusion même*<sup>1</sup> : il suffit aujourd’hui d’invoquer l’urgence de santé publique pour que les responsables conviennent gravement qu’on ne va quand même pas emmerder ces bienfaiteurs de l’humanité que sont les fabricants de médicaments. C’est comme cela que l’on voit introduits sur le marché des vaccins « pandémiques » développés – et autorisés – en quelques semaines à peine au motif de « circonstances exceptionnelles » dont on rit encore dans tous les Cafés du Commerce, ou bien le Papa de Vioxx – formellement accusé de fraude dans cette histoire<sup>2</sup> – presque aussitôt autorisé à

- 
1. Cette perversion de l’esprit réglementaire n’est pas spécifique de la pharmacie, mais correspond bien à un trait d’époque : il est notoire, par exemple, qu’aucune agence de certification ou d’audit n’a détecté à temps les nombreux scandales qui ont récemment marqué le monde des finances.
  2. Kevin P. Hill et coll., « The ADVANTAGE Seeding Trial: A Review of Internal Documents », *Annals of Internal Medicine*, 2008, 149, pp. 251-8. Bruce M. Psaty, Richard A. Kronmal. « Reporting Mortality Findings in Trials of Rofecoxib for Alzheimer Disease or Cognitive Impairment: A Case Study Based on Documents From Rofecoxib Litigation », *JAMA*, 2008, 299, pp. 1813-7.

introduire Gardasil<sup>1</sup> sur le marché avant la fin du développement normalement *prévu par la réglementation...*

## **Innovation**

C'est dit et écrit partout : les charges de santé ne cesseront d'augmenter, parce que l'espérance de vie s'allonge d'une part, parce qu'on ne peut mégoter aux gens les bénéfices de « l'innovation » d'autre part. *Exit*, par conséquent, le cortège des misérables qui, faute d'argent pour compenser les défaillances d'une assurance-maladie qui a bien plus prestigieux à financer, vivent comme un martyr les inconvénients parfaitement attendus du vieillissement en termes de denture, de vue ou d'audition : les citoyens méritent d'être rançonnés pour plus glorieux qu'une couronne, une paire de lunettes ou un appareil auditif...

Que l'espérance de vie s'allonge, c'est bien possible, mais il ne s'agit pas d'un paramètre pertinent. En France, en 2008, l'espérance de vie *en bonne santé* (c'est-à-dire sans limitations

---

1. La spécialité la plus chère dans toute l'histoire des vaccinations (123,66 €), pourtant remboursée par la Sécurité sociale...

d'activités) est estimée à 64,2 ans pour les femmes et à 63,1 ans pour les hommes<sup>1</sup>. C'est extrêmement peu – antérieur à l'âge de la retraite – et l'on peut sérieusement s'interroger sur les causes de cette énorme frustration. Nombre d'entre nous ont l'expérience personnelle des inconvénients au jour le jour liés aux traitements « préventifs » supposés allonger l'espérance de vie – médicaments contre la tension ou le cholestérol, hormones, etc. Quant à la scandaleuse surmédicalisation des sujets âgés, je n'ai même pas besoin de référencer les innombrables dénonciations dont elle fait l'objet : il suffit de renvoyer tout individu de plus de 40 ans au déprimant spectacle du pilulier qui attend ses parents chaque jour – pour un bénéfice *démontré* plus que problématique.

Que dire de l'innovation, à présent ? Si l'on se tourne vers les anticancéreux – l'un des secteurs les plus rentables de la pharmacie et où le mot « innovation » est le plus souvent évoqué – on se rend compte qu'il existe des doutes majeurs sur l'intérêt des nouveaux produits relativement

---

1. [http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref\\_id=CMPECF02228&reg\\_id=98](http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=CMPECF02228&reg_id=98)

aux anciens pourtant bien moins onéreux<sup>1</sup>. Si l'on se plonge, à présent, dans la presse économique, on constate que l'incapacité d'innover est, depuis longtemps, le moteur *avoué* des opérations boursières menées par les majors de l'industrie pharmaceutique<sup>2</sup>, lesquels ne craignent même plus de licencier leurs équipes de recherche, au motif explicite que la recherche n'est pas – n'est plus – le cœur de leur métier<sup>3</sup> !...

A dire vrai, il n'est pas besoin d'être très calé en économie pour comprendre qu'un tel aboutissement correspond à l'évolution tout à fait classique d'un secteur naguère performant livré à des prédateurs boursiers qui n'ont d'autre objectif que la maximisation la plus rapide possible des profits : il suffit de penser aux services publics (poste, transports, énergie...) pour apercevoir bien d'autres exemples. Relativement à de telles évidences, le véritable problème, c'est l'aveuglement – je

- 
1. Livio Garattini, Vittorio Bertele, « Efficacy, safety, and cost of new anticancer drugs », *BMJ*, 2002, 325, pp. 269-71.
  2. Julie de Labrosse, « Sanofi fait-il une bonne affaire en s'offrant Genzyme ? », *L'Expansion*, 16/02/11.
  3. Daniel Cressey, « Pfizer slashes R&D », *Nature*, 2011, 470, p. 154.

devrais dire : la collusion – des politiques, des responsables de la fixation des prix, des organismes payeurs ou, bien entendu, des prescripteurs (cf. chap. 1). Dans le rapport parlementaire pourtant récent consacré aux dépenses de médicaments<sup>1</sup>, le mot « innovation » (ou ses dérivés) revient pas moins de 78 fois en 503 pages, et dans des formulations aussi peu critiques que « Nous sommes dans un pays où l'on a heureusement accès aux progrès thérapeutiques liés à l'innovation pharmaceutique et où l'on accepte le principe d'un marché ouvert » (p. 158).

Plus grave encore : à rançonner ainsi les citoyens sous le prétexte « d'innovations » (que les responsables du secteur n'ont même plus le cynisme d'invoquer quand ils parlent entre gens sérieux – je veux dire : avec leurs actionnaires), nos décideurs ne créent-ils pas les conditions d'un cercle vicieux, en donnant aux prédateurs les moyens de financer l'introduction et le maintien sur le marché de médicaments pourtant gravement

---

1. Assemblée Nationale, *Rapport d'information n° 848 – Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale. Médicaments : prescrire moins, consommer mieux*, mai 2008.

défectueux ? D'où les fabricants ont-ils tiré l'argent qui leur a permis de circonvenir autorités et praticiens pour vacciner les gens à leur *insu*<sup>1</sup>, les priver des protections légales auxquelles ils ont pourtant droit<sup>2</sup> et acculer les excités qui s'obstinent dans des actions judiciaires à s'excuser auprès de leurs bourreaux *via* la condamnation à des dépens exorbitants et à des articles 700 révoltants ?

La presse est restée étonnamment discrète sur le retrait, en décembre 2010, d'Arepanrix, le vaccin antigrippal dérivé de Pandemrix. Jusqu'à ce que le fabricant s'abaisse à communiquer une justification décente, nous sommes fondés à considérer que ce retrait – survenant juste au moment où le médicament était supposé être vendu – est en rapport direct avec la première évaluation épidémiologique des narcolepsies post-vaccinales, qui allait être rendue publique quelques jours plus tard, et qui incrimine, de fait, la spécialité Pandemrix.

- 
1. Marc Girard, *Couverture vaccinale : quand l'escroquerie tient lieu de politique sanitaire*, <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article161>
  2. Marc Girard, *Obligations vaccinales : écrire aux Parlementaires*, <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article187>

Alors que je n'ai cessé de dénoncer la prise de risque liée à l'autorisation de ce vaccin dans « des conditions exceptionnelles »<sup>1</sup> et que personne, par conséquent, ne saurait désormais exonérer sa responsabilité au motif d'un « défaut de développement » (la mise en évidence tardive d'une toxicité qui ne pouvait raisonnablement être détectée avant l'autorisation de mise sur le marché), on en conclut que nos autorités sanitaires ne se sont pas contentées d'introduire un produit *défectueux* tout en lui accordant un prix indécent : ayant sérieusement envisagé une vaccination *obligatoire*, elles ont usé de tous les moyens d'intimidation pour forcer les gens à se vacciner. Pis : elles n'ont pas craint d'avoir recours à la réquisition – la prérogative de contrainte sur les corps la plus lourde dans un État qui a renoncé à la peine de mort – pour faciliter la liquidation des stocks. C'est gravissime et scandaleux.

Et pendant ce temps-là, les inquisiteurs de Médiateur pompaient...

---

1. Marc Girard, *Lettre ouverte au Président de la commission d'enquête sur la grippe H1N1*,  
<http://www.rolandsimion.org/spip.php?article142>

## Un business insolent

En pratique, comment se réalise le scandale d'un secteur industriel qui maintient une rentabilité extraordinaire malgré son incapacité d'innover ?

L'un des deux secteurs actuellement les plus rentables de la pharmacie, c'est la cancérologie. Il est facile de comprendre pourquoi : la moindre étude-pilote, réalisée à la va-vite chez quelques patients et publiée sur un poster dans un congrès international tel celui de l'*American Society of Clinical Oncology* (ASCO) est immédiatement médiatisée par les journalistes à la botte (ceux-là même qui prétendent que leur invitation à des congrès remplit juste une fonction d'information : cf. chapitre 3). Dans le contexte d'émotivité exacerbée entretenue autour du cancer, les autorités se laissent vite convaincre (parfois, sous la pression additionnelle des « associations de patients » : cf. plus bas) qu'il s'agit de ne pas se montrer trop regardant relativement aux performances réelles de ces produits tout en récompensant par un prix en rapport un « effort de recherche » aussi éblouissant. Parfois presque par hasard, on peut apprendre ensuite que les malades

meurent plus et plus vite quand ils sont traités par la petite merveille<sup>1</sup>...

Le deuxième secteur le plus rentable de l'industrie pharmaceutique, c'est désormais celui des vaccins : les plus fidèles de mes lecteurs doivent commencer à comprendre pourquoi... Cette tendance illustre parfaitement la dérive vers le préventif, dont j'ai parlé au chapitre 1 et qui vise – elle – à faire tomber les barrières pourtant naturelles du marché pharmaceutique. Car si personne n'aurait l'idée de prendre des antimigraineux s'il ne souffre pas de migraine, il y a heureusement bien plus de bien-portants que de malades : que l'on compare la pauvreté extrêmement préoccupante de l'innovation dans le secteur antibiotique à l'incroyable créativité des fabricants en matière de vaccins contre tout et n'importe quoi.

Mais pour ruineux qu'il soit déjà, cet élargissement du marché vaccinal est loin de résumer à lui seul pareille dérive. Car même si les professionnels – et leurs journaux de « formation continue » – ont appris à l'oublier,

---

1. Vishal Ranpura et coll., « Treatment-Related Mortality With Bevacizumab in Cancer Patients » *JAMA*, 2011, 305, pp. 487-94.

il faut bien comprendre que la plupart des « traitements » qui entretiennent la fortune de l'industrie et qui motivent la majorité des prescriptions sont eux aussi à visée *préventive*, c'est-à-dire destinés à des gens en parfaite santé au motif problématique de leur épargner des désordres dont la probabilité est très faible moyennant des effets indésirables dont la probabilité l'est parfois nettement moins : médicaments contre la tension, le cholestérol ou l'ostéoporose, hormonothérapie de la ménopause, coupe-faim, etc.

À ce sujet, il faut quand même dire un mot du contre-argument classique consistant à soutenir gravement – par « expert » interposé – que les critiques d'un tel système sont des théoriciens qui ne connaissent pas, « en pratique clinique », la gravité désastreuse, disons, d'une hypertension artérielle sévère (on a le même type de réplique chaque fois qu'une étude vient remettre en cause la supériorité des antidépresseurs sur un placebo : « vous n'avez jamais vu un déprimé sévère »). La réponse va de soi : si l'activité de l'industrie pharmaceutique se limitait à fournir des traitements contre l'hypertension « sévère » ou contre la dépression « sévère », il n'y aurait

aucun problème – et le présent livre n’aurait aucune raison d’être...

L’élargissement du marché ne passe pas seulement par la prévention chez les bien-portants : on peut aussi rendre *vraiment malades* les gens jusqu’alors en parfaite santé, ou les traiter comme tels. Un exemple du premier processus est fourni par les victimes des scléroses en plaques post-vaccinales, dont l’accroissement exponentiel a magistralement boosté le marché des interférons – donc certains sont vendus par les mêmes fabricants. Le deuxième processus est illustré par ces campagnes de mammographies, qui n’ont jamais pu justifier le moindre bénéfice en termes d’espérance de vie et dont l’inconvénient le mieux documenté est leur propension à reconnaître comme cancéreuses des femmes en parfaite santé (faux positifs) pour les traiter ensuite comme telles – à vie bien entendu : on voit mieux pourquoi ces campagnes sont financées par certains fabricants d’anticancéreux<sup>1</sup>.

La progression des ventes peut également passer par l’élimination – plus ou moins

---

1. Marc Girard, *La face obscure de la mammographie*,  
<http://www.rolandsimion.org/spip.php?article162>.

loyale – de la concurrence. Prenons l'exemple des veinotoniques. La revue-qui-ne-se-trompe-jamais nous l'a dit, les mutuelles ont renchéri et tout ce qui se fait de bienséant a applaudi : le déremboursement de ces sous-médicaments a été une grande victoire de la rationalité pharmaco-économique. Or, juste au même moment, apparaissait à l'horizon clinique une entité au moins nouvelle par sa fréquence, le « syndrome des jambes sans repos », dont les symptômes ressemblent à s'y méprendre à ceux des « jambes lourdes » (qui avaient justifié jusqu'à présent la prescription de veinotoniques) et dont le plus ardent promoteur n'est autre que le fabricant de Requip®, comme par hasard le traitement qu'appelle ce nouveau syndrome. Mais outre que ce traitement est *bien plus cher* que les veinotoniques et qu'il expose à des effets indésirables bien plus fréquents et bien plus graves, on vient de s'apercevoir qu'en plus de tout, il est susceptible de provoquer des « troubles du contrôle des impulsions (incluant jeu pathologique et hypersexualité) » : la presse a déjà rapporté le cas d'un homme se retournant contre le fabricant après s'être ruiné au jeu et avoir commis

divers délits sexuels<sup>1</sup>. Reste à savoir si en sus du coût additionnel – direct et indirect – de cette « innovation » pharmaceutique, la Sécu et les mutuelles accepteront de rembourser la bombe lacrymogène dont il va falloir se munir désormais avant d’entrer dans une salle d’attente de phlébologue...

Outre par sa tragique cocasserie, cet exemple est intéressant à plusieurs titres. Il illustre la jobardise de nos grands apparatchiks du médicalement correct et le risque de *récupération* inhérent aux positions peu nuancées. Il documente l’incompétence obstinée des organismes payeurs<sup>2</sup> et des autorités de tutelle. Mais il éclaire également d’un jour particulier la vaste problématique des conflits d’intérêts : car si les diverses commissions qui ont recommandé le déremboursement des veinotoniques ont le plus probablement veillé aux conflits de leurs membres relativement aux fabricants de ces produits, il n’est que trop patent que personne n’a imaginé d’en exclure ceux qui avaient des liens...

- 
1. « Devenu accro au sexe et au jeu à cause d’un médicament », *Le Parisien*, 30/01/11.
  2. Lesquelles ne peuvent plaider l’ignorance, ayant été alertées par mes soins de cette supercherie à plusieurs reprises.

avec *la concurrence* de ces derniers – à savoir le fabricant de Requip®...

Quant au constat accablant qu'on trouvera toujours des « experts » pour se faire les chevaliers des plus grotesques galéjades – ici, l'apparition brutale dans le paysage clinique d'un syndrome jusque là inaperçu en dépit de sa prometteuse fréquence<sup>1</sup> – on peut en trouver un exemple plus récent et encore plus cocasse avec Gardasil®. Sans entrer dans le détail<sup>2</sup> des approximations plus que douteuses

- 
1. À dire vrai, un « syndrome des jambes sans repos » avait été décrit depuis longtemps et est répertorié, par exemple, comme complication de certains psychotropes. Mais – d'ailleurs bien classique en pareille espèce –, l'astuce a été de concocter une définition assez vague pour permettre d'y rapporter tout et n'importe quoi, notamment la population considérable des ignorants qui, jusqu'alors, se plaignaient bêtement de « jambes lourdes » ou d'« insuffisance veineuse ». Moyennant quoi, le fabricant bienfaiteur de l'humanité peut gloser, dans ses documents promotionnels, sur sa contribution au traitement d'un « mal fréquent et méconnu » : c'est fou ce qu'on a besoin de l'industrie pharmaceutique pour appréhender tout ce que nous avons été trop nuls pour ne pas voir avant elle (elle nous avait déjà fait le même coup avec l'hépatite B : cf. Marc Girard, *Comprendre et choisir* (2009), *op. cit.*, p 170).
  2. Catherine Riva, Jean-Pierre Spinosa, *La piqure de trop ? Pourquoi vaccine-t-on les jeunes filles contre le cancer du col de l'utérus ?* Vevey, Xenia, 2010.

qui ont permis de présenter ce vaccin hors de prix comme « le premier vaccin protégeant contre un cancer<sup>1</sup> », celui de l'utérus, constatons qu'avec une promotion aussi clairement ciblée, certaines limites du marché auraient dû aller de soi – et exclure, notamment, cette pauvre moitié d'humanité privée d'utérus par nature et constitution anatomique. Eh bien, que nenni ! Il s'avère que – comme le savent d'ailleurs les femmes qui, parfois, l'apprécient – la plupart des hommes sont des cochons et qu'ils ont des pratiques sexuelles orales que la morale réprouve : de telle sorte que ces inconscients vicieux sont, *eux aussi*, les victimes toutes désignées du sinistre *Human Papillomavirus* (HPV) responsable de *certaines* cancers féminins que le vaccin en question est supposé éradiquer. Jusqu'alors, sur la base d'une épidémiologie tellement patente qu'elle était presque constamment vérifiée par l'expérience, les médecins avaient pris l'habitude de considérer que l'association alcool-tabac

- 
1. On rappelle que dix ans auparavant, le vaccin contre l'hépatite B avait lui aussi été promu comme « le premier » vaccin protégeant contre un cancer (celui du foie). L'industrie pharmaceutique est, avec ses « innovations », comme les viticulteurs dont chaque vendange est « celle du siècle »...

était *LE* grand pourvoyeur des cancers « des voies aéro-digestives supérieures » (en gros : les cancers de la gorge) ; en un rien de temps et grâce à *Big Pharma*, cet acquis des siècles a changé, ouvrant les perspectives d'une vaccination éventuellement obligatoire de tous les petits garçons : car si l'éducation ne peut garantir leur chasteté à venir, du moins la science moderne permet-elle de les préserver contre les risques de leurs futurs vices...

Ce qu'il y a de pitoyable, dans cette histoire, ce ne sont pas les efforts désopilants d'un fabricant pour refourguer son produit sous n'importe quel prétexte : c'est qu'il soit si facile de trouver des revues, parmi les plus éminentes, et des experts pour disséminer de telles conneries – pour ne point parler des journalistes qui les relaient dans la grande presse<sup>1</sup>.

## **Associations de patients**

On ne peut décrire le business actuel de l'industrie pharmaceutique sans évoquer, même brièvement, les associations de patients et, par delà, la préoccupante propension des

---

1. « La fellation et le cunnilingus dangereux pour la santé ? » *France-Soir*, 21/02/11.

fabricants à adresser leur message promotionnel directement au public – par exemple sous le pieux prétexte d'éducation à la santé<sup>1</sup> : comme si les fabricants, dont la capacité à désinformer des professionnels de santé est notoire (cf. le rapport de l'IGAS évoqué au chap. 1), avaient quelque crédit pour « éduquer » des profanes !

Cependant, l'indicateur le plus inquiétant du succès rencontré par cette stratégie éminemment perverse est la facilité avec laquelle cette industrie licencie désormais ses équipes de visiteurs – naguère tenus pour « le nerf de la guerre » de tout succès commercial : grâce, notamment, à son expérience de la promotion directe vers le consommateur (DTCA pour « *Direct to consumer advertisement* ») telle qu'actuellement autorisée aux USA et en Nouvelle-Zélande, elle a parfaitement compris que le meilleur visiteur médical auprès des prescripteurs, c'est

---

1. On n'a pas suffisamment vu, par exemple, comment, dans le cadre des SVT (Sciences de la vie et de la terre), l'industrie a déjà solidement pris pied dans notre école publique, moyennant une collusion naïve et enthousiaste de la majorité des enseignants : cela concerne la contraception, « l'hygiène féminine », les vaccinations, mais également les OGM...

encore le consommateur moyen adéquate-  
ment manipulé.

En l'attente de l'effondrement des dernières barrières susceptibles de brouiller le dialogue direct entre les fabricants et le public et auquel travaillent – non sans efficacité – les lobbies bruxellois, le noyautage et la manipulation des « associations de patients » fait désormais partie des outils promotionnels éprouvés du secteur : c'est, notamment, la raison pour laquelle la question le plus clairement interdite dans les associations de sclérosés en plaques serait de comprendre pourquoi elles se sont à ce point multipliées depuis une quinzaine d'années. En cherchant un peu sur Internet, on verra aussi qu'il existe aux USA des associations de patients souffrant du « syndrome des jambes sans repos » (*restless legs syndrome*) et – en cherchant encore mieux – on pourra constater que qui de droit participe effectivement à leur financement. Quant aux liens d'argent entre certaines associations gays et les fabricants, ils sont notoires également<sup>1</sup> – et

---

1. Didier Lestrade, *Grippe A versus sida*,  
<http://www.minorites.org/index.php/3-lagence/652-grippe-a-versus-sida.html>.

justifient, par exemple, l'engagement forcené (sinon totalement rationnel) des premières en faveur du vaccin contre l'hépatite B.

De nouveau, ce qu'il y a de plus inquiétant, dans tout cela, ce ne sont pas les efforts – attendus – d'une industrie quelle qu'elle soit pour élargir la cible de ses messages promotionnels : c'est la collusion perverse des autorités sanitaires et l'exaspérante jobardise des politiques qui présentent comme une grande victoire de la « démocratie sanitaire » chaque insertion de « consommateurs » dans le processus d'évaluation (par exemple : la pharmacovigilance), de vérification ou de décision, quand il est patent et facilement documentable que les risques de manipulation sont infiniment plus probables que les bénéfices d'un authentique contrôle citoyen<sup>1</sup>.

- 
1. S. Katrina Perehudoff, Teresa L. Alves, « The patient & consumer voice and pharmaceutical industry sponsorship », Heath Action International (HAI) Europe, 31/01/11, <http://www.haiweb.org/31012011/31%20Jan%202011%20HAI%20EUROPE%20Research%20Article%20Patient%20&%20consumer%20voice%20and%20pharmaceutical%20industry%20sponsorship.pdf>

## Risque zéro

Pour terminer sur ce chapitre qui ne prétend nullement à l'exhaustivité, qu'on me permette de dire un mot sur le leitmotiv apaisant de tous les avocats du *statu quo* : « il n'y a pas de risque zéro ». En praticien expérimenté de la pharmacovigilance – et observateur attentif du monde technologique –, je ne peux que confirmer le constat : mais, eu égard notamment à cette *dérive vers le préventif* que je ne cesse de dénoncer, j'en tire une conclusion exactement inverse.

De fait : à partir du moment où des substances aussi « naturelles » que les cacahuètes, le lait ou le sperme peuvent déclencher chez une personne des réactions d'intolérance immunologique parfois gravissimes, qui peut croire sérieusement que quelque médicament que ce soit – avec ses principes actifs, ses excipients, ses conservateurs, parfois ses erreurs de fabrication, pour ne point parler du risque d'interactions (avec d'autres médicaments ou même avec l'alimentation) – puisse offrir une sécurité absolue ? Il faut donc tenir pour acquis que le risque d'un traitement pharmaceutique est de toute façon *incompressible*, et tout porte à penser que celui

inhérent aux principaux traitements préventifs dont nous parlons est loin d'être infinitésimal : Guillain-Barré, morts inexpliquées, fausses-couches, maladies auto-immunes, narcolepsies avec les vaccins, rhabdomyolyses, mais aussi complications oculaires, hépatiques, pancréatiques, psychiatriques, voire cancéreuses avec les anti-cholestérol, accidents cardio-vasculaires et cancers pour les hormones de la ménopause<sup>1</sup>, etc.

Le problème, c'est que de l'autre côté, le bénéfice attendu tend, lui, de plus en plus vers zéro. Par rapport à une grippe que vous ne contracterez probablement pas<sup>2</sup>, et dans une forme sévère encore moins probablement, le bénéfice d'un vaccin qui n'a jamais donné de preuve convaincante de son efficacité sur la grippe en général, et sur la grippe *sévère* en particulier, est effectivement proche de zéro,

- 
1. La place me manque pour référencer ces allégations qui ne prétendent nullement à l'exhaustivité : il suffit de se reporter au Vidal ou aux ouvrages internationaux de référence, tel que Martindale, *The complete drug reference*, Londres, Pharmaceutical Press, 37<sup>e</sup> édition, 2011.
  2. On considère généralement que moins de 10% des « syndromes grippaux » (qui ne touchent déjà pas la majorité de la population) sont dus aux virus *influenzae* normalement ciblés par le vaccin.

pour ne pas dire infinitésimal à l'échelle des choses humaines. Pour fixer les idées, rappelons qu'avec n'importe quel médicament, des effets indésirables éventuellement graves survenant à une fréquence de 1/1 000 ou de 1/10 000 sont parfaitement envisageables. Or, dans nos pays, chez un sujet en bonne santé, le risque de faire une grippe *grave* est clairement inférieur. Il n'y a donc pas besoin d'entrer dans des considérations statistiques élaborées pour constater que le risque *a priori* d'un tel vaccin est bien supérieur au risque de contracter sous une forme grave la maladie qu'il est supposé prévenir. Et le raisonnement précédent – qui pourrait être détaillé et référencé sans aucune difficulté – s'étendrait facilement aux autres pathologies censément graves que les traitements préventifs en général sont supposés éviter<sup>1</sup>.

- 
1. Sur la quantification du risque cardio-vasculaire en particulier (qui justifie la prescription ruineuse de médicaments contre la tension ou le cholestérol), on consultera le chapitre 5 (*Making risks into medical conditions. High blood pressure*) d'un livre par ailleurs excellent : Ray Moynihan, Alan Cassels, *Selling sickness. How drug companies are turning us all into patients*, Crows Nest, Allen & Unwin, 2005.

Secteur professionnel naguère prestigieux, mais depuis pressuré par la goinfrerie des lobbies et autres fonds de pension, l'industrie pharmaceutique a perdu l'essentiel de son savoir-faire et de son professionnalisme. Grâce à la connivence des administrations de tutelle et à la niaiserie des politiques, elle compense son incapacité d'innover par une fébrilité promotionnelle en faveur de produits à usage censément préventif dont le bénéfice tend de plus en plus vers zéro ; en parallèle, les dangers de ces produits résultent du risque iatrogène incompressible propre à tout médicament, auquel s'ajoutent des défauts de plus en plus patentés (narcolepsies...) imputables, en dernière analyse, à l'amateurisme du management. Il en résulte que le **rapport** bénéfice/risque de ces thérapeutiques est tout simplement inacceptable. Le corollaire le plus sûr du leitmotiv qui a donné son titre à la précédente section (« pas de risque zéro »), c'est tout simplement que l'on doit éviter les médicaments dont le bénéfice, lui, tend vers zéro : cela fait déjà un paquet...



## Conclusion

Les limites de volume que je me suis fixées excluent au moins deux chapitres qui s'inscriraient pourtant naturellement dans la présente réflexion.

Le premier concernerait les instances de contrôle et de sanction, à savoir l'administration sanitaire, les ordres professionnels ainsi que la justice : toutes institutions dont les dysfonctionnements sont au cœur du sentiment évoqué dès l'introduction – l'exaspération des citoyens devant la répétition des scandales et l'impunité des responsables. Cependant, dans la mesure où je pense qu'*in fine* la clé du problème échoit aux politiques (qu'il s'agisse de clarifier ou de renforcer les lois et les réglementations), j'espère avoir fourni dans les pages qui précèdent suffisamment d'éléments pour alimenter la revendication critique de mes concitoyens et contribuer à l'expression efficace de leur volonté démocratique.

Le deuxième chapitre concernerait les censeurs du système, à savoir notamment

les disciples d'Illich, les associations de victimes, ainsi que les zéloteurs des médecines « douces » ou « alternatives ». Mais même si, par une bizarre erreur de perception, je suis le plus souvent tenu en certaine estime par la plupart des intéressés, il suffit de me lire attentivement pour reconnaître, au moins en creux déjà, une critique à leur égard – et tout aussi sévère qu'à l'encontre de l'industrie pharmaceutique actuelle.

- Les disciples d'Illich, pour la pauvreté de leur dénonciation, dont l'extrémisme primaire les dispense d'une argumentation rigoureuse tout en révulsant les professionnels : la Vérité n'est jamais dans les extrêmes, et il ne faut pas confondre intransigeance et extrémisme.
- La plupart des associations de victimes (abstraction faite de celles qui sont des organisations de forbans et en laissant, à l'opposé, ses chances à l'exception) pour l'égoïsme lamentable de « responsables » galvanisés par les bénéfices secondaires de la victimisation, pour leurs méprisables jeux de pouvoir tirant parfois vers une dynamique

de secte, ou encore pour la stupidité obtuse de leur action – qui n'est pas pour rien dans le climat d'impunité qui prévaut dans notre pays. J'aurais un livre à écrire sur tout ça, et il ne serait pas triste.

- Les zéloteurs des médecines « douces », d'abord pour leur incohérence dans l'exigence de preuves : on ne peut pas me priser d'avoir alerté le public sur l'anarchie technico-réglementaire qui a présidé au développement des vaccins anti-H1N1 (*France-Soir*, 26/08/09) tout en tenant pour acceptable que cette même anarchie soit *légalisée*, cette fois depuis des décennies, afin de justifier le remboursement de médicaments homéopathiques carrément dispensés de toute évaluation tant soit peu rigoureuse. Ensuite, pour leur incapacité brouillonne à hiérarchiser les sources, pour leur propension à dénommer « théorie » les plus extravagantes élucubrations, ainsi que pour leur imprudente arrogance à qualifier de « scientifique » n'importe quelle déjection de n'importe quel

plumitif quand la majorité d'entre eux serait dans l'incapacité de spécifier la moindre caractérisation du « scientifique » et que la minorité qui pourrait essayer s'obstine, de toute façon, dans une méconnaissance bornée de la recherche clinique ou de l'épidémiologie et de leurs méthodes spécifiques. Ensuite, encore, pour leur insupportable impudence interdisciplinaire, qui les conduit à conforter n'importe quoi par tout, et réciproquement, sans le moindre souci de délimitation<sup>1</sup>. Ensuite, toujours, pour leur entêtement à ne pas comprendre que la science n'est pas la logique, encore moins la logique analogique et que, sans cumuler les DESS de biophysico-machin-chose qui impressionnent les bourgeois, Molière – lui encore – avait déjà parfaitement bien appréhendé la situation :

- 
1. Et, réciproquement, à dénoncer tout et n'importe quoi avec la même arrogante assertivité, de Tchernobyl aux nanotechnologies en passant par *tous* les vaccins, les OGM, les adjuvants, les pesticides, l'industrie nucléaire, etc.

*Il est ferme dans la dispute, fort comme un Turc sur ses principes, ne démord jamais de son opinion, et poursuit son raisonnement jusque dans les derniers coins de la logique (II, 5).*

Mais le reproche le plus rédhibitoire que j'adresserais aux promoteurs des médecines « alternatives » viserait leur terrifiante prétention à appréhender l'homme dans sa totalité, de façon *holistique* comme ils disent – et à fonder leur critique du système sur l'incapacité réciproque de la médecine académique à faire de même. « De quel côté dormez-vous ? » me suis-je vu demander un jour de vague indisposition par une amie homéopathe qui prétendait m'aider : j'avoue qu'en plus d'un demi-siècle, je ne m'étais *jamais* posé la question... Mais si un minimum de familiarité avec l'épidémiologie amène à s'interroger avec scepticisme quant à l'existence d'investigations permettant de discriminer *significativement* entre ceux qui dorment à droite et ceux qui dorment à gauche (après exclusion des agités qui

ne restent jamais en place), on aperçoit sans difficulté, à l'inverse, le profil de ceux qui peuvent répondre sans hésitation à une question aussi incongrue ainsi qu'à toutes celles du même genre, lesquelles les confortent dans leur obsession en leur laissant accroire qu'on peut trouver le sens de la moindre aigreur, du moindre gratouillis, du moindre borborygme. On en revient, cette fois-ci, à Knock :

*Ça vous chatouille ou ça vous gratouille ?*  
(II, 1).

L'industrie pharmaceutique contemporaine n'a certainement pas inventé la médicalisation. Mais pour semer – avec un tel succès – ses pseudo-innovations si inutilement toxiques, elle a pu s'installer sur le terreau des hypocondriaques et compter sur ceux qui les confortent dans une vision pitoyablement physiologique de la vie : aujourd'hui, la plus simple des ménagères s'interroge avec anxiété sur le niveau de graisses insaturées qui va suinter de sa cuisine<sup>1</sup>... En ce sens, on

---

1. Extraordinaire lapsus : j'ai d'abord tapé « sa clinique » à la place de « sa cuisine » !!!

peut dire que les promoteurs des médecines holistiques ont été, et depuis des siècles, *aux avant-postes de cette médicalisation qui nous asphyxie* : par un juste retour des choses, elle menace aujourd'hui notre santé et jusqu'à notre vie, mais parmi bien d'autres, Argan et Knock sont là pour attester que le processus est bien antérieur.

Exerçant moi-même la psychanalyse qui, sous l'impulsion de Freud, s'est toujours farouchement assumée comme pratique « parallèle »<sup>1</sup>, je ne suis guère suspect d'intolérance sectaire à l'endroit de ce qui n'est pas validé par l'Académie. Mais ce que la psychanalyse nous a appris, justement, c'est *la séparation radicale entre les soins du corps et ceux de l'âme* : un psychanalyste, fût-il médecin, ne procède jamais à un examen physique de ses patients et il ne leur prescrit jamais de médicaments<sup>2</sup>.

- 
1. Freud ne s'est-il pas battu bec et ongles pour que la pratique de la thérapie ne soit pas l'apanage des médecins ?
  2. Ne serait-ce que parce que le suivi de ces médicaments imposerait un minimum de contact physique, verbal (interrogatoire médical) ou instrumental (prise de tension, auscultation cardiaque). Pour catégorique qu'il soit, cet impératif d'abstention est malheureusement bien oublié par certains

Refuser le point de vue holistique, ce n'est pas s'enfermer sur le vieux dualisme du corps et de l'âme<sup>1</sup> : c'est s'imposer, comme thérapeute, une limite *par respect* du patient. C'est reconnaître humblement les fulgurations du Sacré qui s'actualise en chaque personne : il n'y a que Dieu pour savoir sonder « les reins et les cœurs »...

Au total, la pensée qui traverse ce livre ne date pas d'hier<sup>2</sup> et peut se ramener à deux points focaux.

- Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, les méthodes modernes de la recherche clinique et de l'épidémiologie ouvrent la voie d'une pratique médicale relativement scientifique : à l'aune de ces méthodes, les produits actuels de l'industrie pharmaceutique

---

thérapeutes, d'enfants notamment : il suffit de lire F. Dolto (*Le cas Dominique*, Paris, Seuil, 1971) pour s'en apercevoir.

1. Sachant qu'une bonne part de ceux qui prétendent avoir surmonté ce dualisme se bornent à escamoter leur incapacité de penser le symbolique en affectant d'être parvenus à maîtriser la physiologie de l'âme...
2. Marc Girard, « Technical expertise as an ethical form. Towards an ethics of distance », *J Med Ethics*, 1988, 14, pp. 25-30.

apparaissent de plus en plus intolérablement *défectueux* – au sens légal du terme (ils n'ont pas « le niveau de sécurité auquel on peut légitimement s'attendre »<sup>1</sup>).

- Malgré une incapacité d'innover de plus en plus radicale, l'industrie pharmaceutique a pu conserver une rentabilité insolente parce que, pour grossièrement mensongère qu'elle soit, sa promotion commerciale s'inscrit dans l'horizon d'attente d'une médicalisation de plus en plus démente, alimentée bien sûr par le consumérisme de l'époque, mais également par l'hypocondrie ambiante telle qu'exacerbée par la prétention exorbitante des médecines « parallèles » ou « holistiques » à gérer du moindre tracàs à la plus infime flatulence<sup>2</sup>.

- 
1. L'appréciation de ce niveau de sécurité imposant forcément une évaluation rigoureuse des bénéfices attendus : des risques « légitimes » pour lutter contre une maladie mortelle ne le sont plus s'il s'agit d'améliorer un vague symptôme bénin.
  2. Attendu que, comme il est facile de l'observer, les plus ardents consommateurs des médecines parallèles, dans leur immense majorité, sont bien les premiers à se précipiter vers la médecine académique

Le rapport entre ces deux réflexions va de soi : la prétention de la médecine à intervenir sur tout et n'importe quoi rétrécira en proportion de sa scientification – parce qu'il faudra **des preuves** –, et les gens seront bien obligés d'aller chercher la clé de leur souci contemporain<sup>1</sup> ailleurs que dans une prise en charge (para)médicale impliquant prévention, « innovations » allopathiques, médicaments homéopathiques, extraits de plantes plus ou moins exotiques, huiles essentielles, compléments alimentaires ou je ne sais quoi de la même eau.

---

dès qu'ils contractent une « vraie » pathologie (infection grave, cancers...) ou qu'ils ont besoin d'une chirurgie (accidents de la voie publique, prothèses...). Je ne parle même pas ni de leur contraception, ni de leurs mammographies, ni de leur prostate !...

1. Chantal Delsol, *Le souci contemporain*, Bruxelles, Complexe, 1996.

# Table des matières

<b>Abréviations</b>	7
<b>Introduction</b>	9
<b>1 – Les médecins</b>	17
Dérive vers le préventif	17
Information médicale	22
Sens des sources	29
« Le roman de la médecine »	43
<b>2 – Les experts</b>	49
Conflits d'intérêts	49
Rôle des décideurs	50
Impunité et inamovibilité	50
Incompétence	54
L'illusion du processus collégial	58
Erreur et obstination	60

<b>3 – Les journalistes</b>	63
Déontologie	63
Formation intellectuelle	66
Vérification des sources	70
Conflits d'intérêts	74
<b>4 – Les fabricants</b>	81
Un monde méconnu	81
Inflation réglementaire	85
Innovation	94
Un business insolent	100
Associations de patients	108
Risque zéro	112
<b>Conclusion</b>	117