



HAL
open science

Trafic d'influence : le rôle de l'industrie pharmaceutique dans la controverse sur le traitement médical de la Covid

Laurent Mucchielli

► **To cite this version:**

Laurent Mucchielli. Trafic d'influence: le rôle de l'industrie pharmaceutique dans la controverse sur le traitement médical de la Covid. Les Cahiers du CEDIMES, 2021, 16 (Hors-Série), pp.76-86. halshs-03146976

HAL Id: halshs-03146976

<https://shs.hal.science/halshs-03146976v1>

Submitted on 16 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Trafic d'influence : le rôle de l'industrie pharmaceutique dans la polémique sur le traitement médical de la Covid

Laurent MUCCHIELLI, directeur de recherche au CNRS, Laboratoire Méditerranéen de Sociologie (UMR 7305, CNRS & Aix-Marseille Université)

Résumé

Cet article explore un aspect de la très intense polémique qui s'est développée en France autour du traitement médical du Covid-19. Cette controverse s'est concentrée sur la proposition thérapeutique d'un médecin marseillais, devenu une "star" très clivante dans le débat public. L'auteur montre que la concurrence entre la proposition de ce médecin et les espoirs commerciaux d'un grand groupe pharmaceutique a joué un rôle en réalité très important. Cette entreprise a réussi à créer des liens d'intérêt avec de nombreux autres médecins, dont certains sont au cœur du processus de décision concernant la gestion de la crise sanitaire, tandis que d'autres ont joué un rôle important dans les médias. Enfin, l'auteur situe cet épisode dans la question plus large de l'emprise de l'industrie pharmaceutique sur la production scientifique dans le domaine médical.

Mots-clefs

Covid-19, Industries pharmaceutiques, Débat public français, Trafic d'influence, Production scientifique; Traitement médical

Abstract

This article explores one aspect of the very intense polemic that has developed in France around the medical treatment of Covid-19. It centres on the therapeutic proposal of a Marseilles doctor, who has become a very divisive 'star' in public debates over the efficacy of treatment. The author shows that competition between this doctor's proposal and the commercial hopes of a major pharmaceutical company plays indeed an important role. This company has managed to create links of interest with many other major doctors, some of whom are at the heart of the decision-making process concerning the management of the health crisis. Finally, the author places this episode within the broader question of the hold the drug industry has on scientific production within the medical field.

Keywords

Covid-19, drug industry, French public debate, influence peddling, scientific production; therapeutics

« la médecine affronte depuis presque trois décennies une crise de confiance croissante liée à la question de l'influence industrielle et aux difficultés à y trouver des réponses »¹.

« En temps de crise, les dirigeants des grands groupes industriels redoublent d'efforts sur plusieurs fronts à la fois : ils cherchent à séduire les consommateurs, à augmenter la productivité de leurs salariés, à neutraliser les contestataires, à trouver de nouveaux produits pour conquérir les marchés. À ce jeu, l'industrie pharmaceutique fait preuve d'une rare efficacité, car elle conserve sa puissance malgré la tourmente économique, les scandales répétés, les pertes de brevets, une recherche scientifique qui tâtonne et une opinion publique particulièrement défavorable »².

En France, la question du traitement médical de la Covid a donné lieu à une intense polémique tournant notamment autour de la personnalité et des idées d'un professeur de médecine et virologue, Didier Raoult, qui dirige à Marseille un important Institut Hospitalo-Universitaire (IHU), *leader* français dans la lutte contre les maladies infectieuses³. Comme aux Etats-Unis, cette polémique contient des aspects politiques importants car Raoult est étiqueté « homme de droite », ce qui lui attire d'emblée la défaveur de la majorité des élites intellectuelles et des journalistes. La polémique a également pris une « dimension *People* » en raison de la personnalité singulière de cet homme anticonformiste, refusant certains standards de la méthodologie statistique (en particulier la randomisation), exprimant des avis sur de nombreux sujets (y compris des sujets très éloignés de son domaine d'expertise) et intervenant avec un grand succès populaire sur les réseaux sociaux depuis le début de l'épidémie de coronavirus. Toutefois, une grande partie des commentateurs du débat public semblent ignorer qu'un aspect essentiel des clivages que le médecin marseillais suscite dans son propre milieu professionnel et au sein du ministère de la Santé est d'une toute autre nature. Ceci est lié au fait que le traitement proposé par son équipe contre la Covid (des médicaments anciens, hors-brevets et ne coûtant presque rien) a fait subir une terrible concurrence à un médicament anti-viral breveté (le *Remdesivir*) fabriqué par le géant pharmaceutique américain Gilead Science, pour qui la crise du Covid constituait potentiellement une aubaine financière. Or, depuis une dizaine d'années, cet industriel avait développé une vaste stratégie de trafic d'influence en direction du milieu médical, en prévision d'une épidémie de cette nature.

¹ S. Dalgalarondo, B. Hauray, « Conflits d'intérêts et traitements anti-Alzheimer : de la construction à la contestation d'une promesse médicale », *Sciences sociales et santé*, 2020, 38 (3), p. 79.

² Q. Ravelli, *La stratégie de la bactérie. Une enquête sur la fabrication d'une marchandise médicale*, Paris, Seuil, 2015, p. 7.

³ L. Mucchielli, « Que révèle la polémique Raoult ? », *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, 2020, n°91, p. 76-79. Lauréat en 2011 du concours national « Investissement d'avenir », l'IHU a finalement ouvert ses portes en 2016. Sur l'histoire interne de cette institution, on lira pour ses informations factuelles le récit a-critique d'un journaliste (H. Vaudoit, *L'IHU Méditerranéen Infection. Le défi de la recherche et de la médecine intégrées*, Paris, Michel Lafon, 2018).

Big pharma is treating us

Avec près de 1 200 milliards de dollars américains de chiffre d'affaire en 2019, soit une multiplication par 3 depuis le début du 21^{ème} siècle, l'industrie pharmaceutique est devenue au cours des 30 dernières années l'un des plus grands secteurs industriels du monde et peut-être le plus rentable de tous⁴. Les grands groupes pharmaceutiques qui se sont constitués au fil des dernières décennies rivalisent désormais avec l'industrie pétrolière, les groupes bancaires, les GAFAs, l'industrie du luxe, l'industrie automobile et les cigarettiers. Ils font partie de ces multinationales interconnectées par le jeu des participations croisées dans l'actionnariat, qui dominent le monde et y imposent leurs intérêts⁵. Ils développent également les mêmes stratégies de maximisation des profits que la plupart de ces multinationales (rachats, licenciements dans les pays d'origine, délocalisation dans les pays pauvres, tricherie sur les prix, évasion fiscale, lobbying intense, utilisation des aides publiques à leur profit, etc.).

Le marché mondial du médicament est dominé principalement par quatre pays : les Etats-Unis (Pfizer, Merck, Eli Lilly, AbbVie, Amgen, Gilead Science, Johnson & Johnson), la Suisse (Novartis, Roche), la France (Sanofi) et la Grande-Bretagne (GlaxoSmithKline, AstraZeneca). Les patrons de ces firmes sont parmi les mieux payés du monde (10 millions d'euros pour le patron de Sanofi en 2017⁶). Cotées en bourse, elles participent fortement aux évolutions des marchés financiers et les dividendes qu'elles reversent à leurs actionnaires sont parmi les plus importants du monde (près de 1 000 milliards de dollars de bénéfices ces dix dernières années). Ils sont donc devenus un acteur central du nouveau capitalisme financier dominant la planète⁷. Ces très grands groupes pharmaceutiques dominent non seulement le marché mondial des médicaments, mais ils influencent aussi de plus en plus la recherche médicale, au point de la contrôler en partie dans certains domaines. Les fameux essais cliniques (ou essais thérapeutiques) sont depuis longtemps financés et réalisés très majoritairement par ces industriels, parfois à la demande des agences réglementaires comme la *Food and Drug Administration* aux USA. Ceci pose depuis longtemps un problème croissant de fiabilité des

⁴ P. Abecassis, N. Coutinet, *Économie du médicament*, Paris, La Découverte, 2018.

⁵ S. Vitali, J.-B. Glattfelder, S. Battiston, « The Network of Global Corporate Control », *PLoS ONE*, 2011, 6 (10), e25995.

⁶ O. Petitjean, « Les patrons du CAC40 ont gagné en moyenne 4,68 millions d'euros en 2017 », *Observatoire des multinationales*, 8 juin 2018.

⁷ M. Montalban, « La financiarisation des *Big Pharma*. De l'insoutenable modèle *blockbuster* à son dépassement ? », *Savoir/Agir*, 2011, 16 (2), p. 13-21.

recherches médicales en lien avec la question des conflits d'intérêts⁸. Au fil du temps, la fameuse *Evidence Based Medicine* (« médecine fondée sur des preuves »), reposant sur le principe de la substitution du calcul statistique à l'expérience clinique, de la démonstration mathématique à la pratique médicale, a ainsi vu sa domination remise partiellement en question. D'abord pour les raisons éthiques évoquées à l'instant. Ensuite parce que nombre de travaux sont venus montrer que les méthodes statistiques telles que la fameuse randomisation ne devraient pas être une fin en soi, qu'elle donne trop souvent l'illusion d'une démonstration mathématique infalsifiable, devenant au fond une sorte d'argument d'autorité cachant des contenus d'études souvent contestables, parfois même frauduleux⁹. Le problème persiste cependant, et la « crise sanitaire » actuelle l'illustre pleinement.

Les mécanismes de la corruption

Depuis plusieurs décennies, un nombre croissant de médecins-chercheurs multiplie donc les publications sur les maladies et les médicaments lors même qu'ils n'ont plus nécessairement de pratique de médecins, ou que cette dernière est devenue accessoire dans leur activité professionnelle. Les laboratoires leur payent des études testant leurs médicaments, ils en déterminent les protocoles et vont jusqu'à payer plusieurs milliers d'euros par patients inclus dans l'étude¹⁰. Ils organisent également des *boards* et autres « réunions stratégiques » dans lesquels les médecins sont associés à la détermination des projets des laboratoires et pour lesquels les mêmes médecins sont fréquemment payés entre 1 000 et 2 000 euros la journée. Les laboratoires financent également les voyages et tous les frais d'hôtellerie et de restauration (plusieurs milliers d'euros à chaque fois) de ces médecins-chercheurs pour qu'ils aillent présenter leurs résultats dans des colloques internationaux dont l'organisation globale est elle-même largement financée par les laboratoires. Dans certains cas, les groupes industriels vont jusqu'à réaliser eux-mêmes les études dans leurs laboratoires et proposer ensuite à des médecins universitaires plus ou moins renommés de les signer de leurs noms. Cela s'appelle le

⁸ M. Rodwin, *Conflicts of interest and the future of medicine. The United States, France and Japan*, New York, Oxford University Press, 2011; B. Hauray, « Introduction. Conflits d'intérêts et santé publique : l'apport des sciences sociales », *Sciences sociales et santé*, 2020, 38 (3), p. 5-19.

⁹ R. D. Capraş, A. E. Urda-Cimpean, S. D. Bolboaca, « Is Scientific Medical Literature Related to Endometriosis Treatment Evidence-Based? A Systematic Review on Methodological Quality of Randomized Clinical Trials », *Medicina (Kaunas)*, 2019, 55 (7), p. 372-387. Sur les fraudes scientifiques et les façons de modifier les méthodes de calcul en fonction des résultats que l'on souhaite obtenir, voir aussi D. Fanelli, « How Many Scientists Fabricate and Falsify Research? A Systematic Review and Meta-Analysis of Survey Data », *PLoS ONE*, 2009, 4 (5), p. e5738

¹⁰ B. Bégau, *La France, malade du médicament*, Paris, éditions de l'Observatoire, 2020 ; L. Mucchielli, « Crise du Covid et querelle sur la méthode : interview exclusive du prof. Jean Roudier », *Blogs.Mediapart*, 18 April 2020.

ghostwriting et cela a donné lieu à de nombreuses fraudes et pratiques dangereuses pour la santé publique au cours des trente dernières années ¹¹.

Les sommes dépensées à ces effets sont colossales. En France, il y a quelques années, le collectif « regards citoyens » (créé en 2009 ¹²) avait examiné attentivement le site Internet gouvernemental « Transparence Santé » créé après le scandale du Mediator ¹³. Ils avaient alors exhumé la bagatelle de 2,5 millions de cadeaux faits entre janvier 2012 et juin 2014 par les laboratoires, essentiellement à des médecins, pour un montant total d'environ 245 millions d'euros.

La question ici posée est ainsi celle d'un vaste système de trafic d'influence organisé par les industries pharmaceutiques, que l'on peut également qualifier de « corruption systémique » de la recherche médicale ¹⁴. Contrairement à un préjugé répandu, ces pratiques ne sont pas seulement le fait d'auteurs et de revues de second ordre. Elles affectent autant sinon davantage les revues les plus prestigieuses du monde scientifique (que l'on appelle parfois le « big five » ¹⁵) car ce sont ces dernières qui donnent le plus de légitimité aux publications. C'est pourquoi le prof. John Ionnadis (Université de Stanford) avait publié en 2005 un très célèbre article intitulé « Pourquoi la plupart des résultats de recherche scientifique publiés sont faux » ¹⁶. C'est aussi pourquoi, en 2009, le docteur Marcia Angell, ancienne éditrice en chef du très célèbre *New England Journal of Medicine* déclarait qu'« il n'est tout simplement plus possible de croire une grande partie des recherches cliniques publiées, ni de se fier au jugement de médecins de confiance ou à des directives médicales faisant autorité. Je ne prends aucun plaisir à cette conclusion, à laquelle je suis parvenu lentement et à contrecœur au cours de mes deux décennies en tant que rédacteur en chef du NEJM » ¹⁷. C'est encore ce pourquoi, en 2015, le

¹¹ J. R. Lacasse, J. Leo, « Ghostwriting at Elite Academic Medical Centers in the United States », *PLoS Medicine*, 2010, 7 (2); L. McHenry, « On the Proposed Changes to the Credibility Gap in Industry-Supported Biomedical Research: A Critical Evaluation », *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 2012, 14 (3), p. 156-161; et finalement S. Sismondo, *Ghost-managed medicine. Big pharma's invisible hands*, Manchester, Mattering Press, 2018.

¹² <https://www.regardscitoyens.org/sunshine/>

¹³ Pour rappel, le Mediator est un médicament fabriqué depuis 1976 par la société pharmaceutique française Servier. La revue médicale *Prescrire* a révélé en 1997 qu'il présentait un danger mortel, mais le médicament n'a été retiré de la vente qu'en 2009, suite à plusieurs plaintes judiciaires pour fraude, homicide involontaire (au moins 500 morts) et corruption (I. Frachon, *Mediator 150mg. Combien de morts?*, Brest, Dialogues, 2010). L'affaire a également révélé que la corruption s'était étendue à l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments. Le dernier procès a commencé en septembre 2019 et il est toujours en cours au moment où nous écrivons ces lignes.

¹⁴ D. W. Light, J. Lexchin, J. J. Darrow, « Institutional corruption of pharmaceuticals and the myth of safe and effective drugs », *Journal of Law and Medicine Ethics*, 2013, 41 (3), p. 590-600 ; J.-D. Michel, *Covid : anatomie d'une crise sanitaire*, Paris, HumenSciences, 2020, p. 109.

¹⁵ Il s'agit du *British Medical Journal* (BJM), du *Lancet*, du *Journal of the American Medical Association* (JAMA), des *Annals of Internal Medicine* et du *New England Journal of Medicine* (NEJM).

¹⁶ J. P. A. Ioannidis, « Why Most Published Research Findings Are False », *PLoS Med*, 2005, 2 (8), e124.

¹⁷ M. Angell, « Drug Companies and Doctors: A Story of Corruption », *New York Review of Books*, 15 janvier 2009.

rédacteur scientifique du tout aussi prestigieux journal médical britannique *The Lancet* (celui-là même qui sera au cœur du plus gros scandale scientifique de cette année 2020¹⁸) écrivait pour sa part : « une grande partie de la littérature scientifique, peut-être la moitié, est peut-être tout simplement fausse. Affligée par des études portant sur des échantillons de petite taille, des effets minuscules, des analyses exploratoires non valables et des conflits d'intérêts flagrants, ainsi que par une obsession à poursuivre des tendances à la mode d'importance douteuse, la science a pris un virage vers l'obscurité. [...] L'endémicité apparente des mauvais comportements en matière de recherche est alarmante. Dans leur quête d'une histoire convaincante, les scientifiques sculptent trop souvent des données pour les adapter à leur théorie du monde préférée. Ou bien ils modifient leurs hypothèses pour les adapter à leurs données »¹⁹. Enfin, on peut regarder comme un symbole de cette évolution le *clash* majeur survenu en septembre 2018 au sein de la célèbre organisation Cochrane – fondée en 1993, dont les méta-analyses d'essais randomisés ont largement fait la réputation mondiale – à l'initiative de l'un de ses cofondateurs, le médecin danois Peter Gøtzsche²⁰.

Le prix des « bonnes » choses

Pour l'industrie pharmaceutique, le contrôle de la production scientifique dans l'univers de la recherche médicale n'est qu'un élément d'une stratégie globale de contrôle de l'information. Aussi étonnant que cela puisse paraître, cette stratégie s'exprime d'abord dans la mainmise des laboratoires pharmaceutiques sur la formation continue obligatoire des médecins. Cette pratique ancienne a été officialisée en France en novembre 2006, lorsque le ministre de la santé de l'époque (Xavier Bertrand) signa un accord et un code de bonnes pratiques avec le syndicat des firmes pharmaceutiques (« Les entreprises du médicament », LEEM), accord vivement dénoncé à l'époque par Formindep (association luttant contre « l'interférence d'intérêts commerciaux ou d'injonctions administratives dans la formation et l'information médicales, ainsi que dans la chaîne de soins »²¹). Ensuite, cette stratégie se prolonge naturellement dans un très intense lobbying à destination des élus et des agences gouvernementales nationales et internationales

¹⁸ L. Mucchielli, « 'Fin de partie' pour l'hydroxychloroquine ? Une escroquerie intellectuelle », *Blogs.Mediapart*, 26 mai 2020.

¹⁹ R. Horton, « Offline: What Is Medicine's 5 Sigma? », *The Lancet*, 2015, 385, p. 1380.

²⁰ S. Foucart, « La Cochrane, paragon mondial de la 'médecine fondée sur la preuve', en pleine crise », *Le Monde*, 21 septembre 2018 ; P. Biron, « L'intégrité scientifique médicale décapitée », *La Presse*, 11 mars 2019. P. Gøtzsche s'en explique dans un livre : *Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse*, Copenhagen, Peoples's Press, 2019.

²¹ Form Indep, « Le ministre de la santé livre la formation continue des Médecins à l'industrie pharmaceutique », *formindep.fr*, 1 décembre 2006.

réglémentant le domaine de la santé publique²². En France, la Haute Autorité pour la Transparence de la Vie Publique (HATVP) recense ces lobbies. On y apprend par exemple que le LEEM, représentant 266 laboratoires ou entreprises pharmaceutiques du monde entier, a dépensé près de 1 million d'euros en lobbying officiel en France en 2018²³. On y apprend aussi que, en 2019, le groupe Gilead Science emploie 4 personnes et a dépensé entre 400 et 500 000 euros pour son activité de lobbying auprès des seuls parlementaires français. Et ce n'est là qu'un petit volet de la stratégie globale d'influence de cet industriel qui, au total, aura dépensé la somme colossale de 65 millions de dollars sur les 7 dernières années pour asseoir son influence en France, tant auprès des praticiens que des institutions²⁴. Le site gouvernemental déjà cité (Transparence Santé) est toutefois compliqué à utiliser. Grâce au site « Euro for Docs »²⁵, on peut examiner bien plus aisément la répartition de ces dizaines de millions d'euros dépensés par le laboratoire. Sans surprise, l'essentiel est allé 1) à des médecins (dont la plupart de ceux qui ont manifesté une opposition à Didier Raoult dans les médias durant les premiers temps de l'épidémie²⁶), 2) à des organismes de formation initiale ou continue des professionnels de santé, 3) aux médias, 4) à des académies, fondations, sociétés savantes et organismes de conseil (à l'image de la Société de pathologie infectieuse de langue française [SPILF] qui attaquera D. Raoult en justice au début du mois de septembre 2020²⁷).

Qui est donc Gilead ? Ce groupe américain emploie près de 12 000 personnes et au chiffre d'affaires de 22,5 milliards de dollars en 2019²⁸. Parmi ses actionnaires, on remarque certains des plus gros fonds d'investissement américains. Le premier est Vanguard Group, concurrent direct de Black Rock (le plus gros gestionnaire d'actifs du monde et l'un des plus importants actionnaires du CAC40). Vanguard est par ailleurs le premier actionnaire d'Apple et possède 5% d'Amazon (et il est entré au capital de nombre de grandes entreprises françaises). Même chose pour le second actionnaire de Gilead, Capital Research and Management, qui possède

²² S. Horel, *Lobbytomy : Comment les lobbies empoisonnent nos vies et la démocratie*, Paris, La Découverte, 2018.

²³ <https://www.hatvp.fr/fiche-organisation/?organisation=784668543>

²⁴ E. Verhaeghe, « L'affaire Didier Raoult est-elle une nouvelle affaire Black Rock ? », *Le Courrier des stratèges*, 28 mars 2020.

²⁵ <https://www.eurosfordocs.fr>

²⁶ L'équipe de l'IHU n'a évidemment pas manqué de le remarquer : Y. Roussel, D. Raoult, « Influence of conflicts of interest on public positions in the COVID-19 era, the case of Gilead Sciences », *New Microbes and New Infections*, 2020, Volume 38, 100710.

²⁷ *France Soir* révélera quelques jours plus tard que la SPILF a reçu 1,7 million d'euros des laboratoires pharmaceutiques entre 2012 et 2020, et les membres de son bureau et de son conseil d'administration plus de 1,6 millions d'euros (<http://www.francesoir.fr/societe-sante/didier-raoult-attaque-par-la-spilf-quest-ce-que-cela-peut-il-cacher>).

²⁸ <https://www.zonebourse.com/GILEAD-SCIENCES-4876/societe/>

des parts du capital de la Caisse des Dépôts et Consignations, de Veolia, de Bouygues, de Schneider, de la Société Générale, de Pernod, d'Air France. Nous sommes donc bien ici au cœur du capitalisme financier actuel (c'est-à-dire celui qui est entièrement dominé par les banques et autres fonds d'investissements contrôlant l'actionnariat des grandes entreprises et ayant pour logique fondamentale la maximisation de la valeur pour l'actionnaire, indépendamment de tout autre objectif) et de sa domination américaine ²⁹.

Gilead propose donc un médicament antiviral pour traiter le Covid : le *Remdesivir*. Le laboratoire y travaille depuis l'épidémie du virus Ebola qui ravagea l'Afrique de l'Ouest en 2014-2015. Face à la pandémie actuelle, tout l'enjeu pour Gilead est de convaincre que sa nouvelle molécule est nettement plus efficace que l'hydroxychloroquine (un antipaludéen très ancien) et l'azithromycine (un antibiotique bactéricide) constituant le protocole du prof. Raoult. Avec toutefois une différence de taille : l'hydroxychloroquine (HCQ) est depuis longtemps tombée dans le domaine public, n'importe quel industriel peut donc en fabriquer des génériques et les vendre partout dans le monde (c'est d'ailleurs ce que le géant du générique Mylan annonça dès le mois de mars 2020 ³⁰). En France, la boîte de Plaquénil (HCQ) était vendue aux environs de 2,20 euros en janvier 2020. De son côté, le prix du Remdesivir est à ce jour inconnu mais le médicament est breveté. On sait seulement que la production de base de la molécule qu'il utilise coûte environ 12 fois plus cher que celle de l'HCQ ³¹. Il s'agit par ailleurs d'une injection intraveineuse beaucoup plus coûteuse à mettre en œuvre et d'un traitement plus long. De sorte que l'Institute for Clinical and Economic Review (ICER) estime le seuil de rentabilité de ce médicament à environ 4 500 dollars par traitement ³². De quoi gagner des milliards de plus avec la Covid, d'autant que Gilead est connu pour pratiquer une exagération des prix à des fins d'enrichissement maximum.

Il y a un peu plus de cinq ans (novembre 2014) Gilead lançait en effet un médicament baptisé *Sovaldi* sur le marché de la lutte contre l'hépatite C. Et tandis que son coût de fabrication se situerait entre 100 et 200 euros, mais le *Sovaldi* sera facturé à des prix variant d'au moins 1 à 100 en fonction de la richesse des pays avec lesquels le laboratoire négociait. En France, le traitement sera vendu par Gilead jusqu'à 42 000 euros par patient. De sorte que, en moins de trois ans, il aura coûté plus de 700 millions d'euros à l'assurance maladie française. Ce qui en

²⁹ L. Batsch, *Le capitalisme financier*, Paris, La Découverte, 2002.

³⁰ N. Viudez, « Covid-19: Mylan augmente sa production de chloroquine », *Industrie Pharma*, 23 March 2020.

³¹ A. Hill, J. Wang, J. Levi, K. Heath and J. Fortunak, « Minimum costs to manufacture new treatments for COVID-19 », *Journal of Virus Eradication*, 2020, 6 (2).

³² A. Liu, « Fair Price for Gilead's COVID-19 Med Remdesivir? \$4,460, Cost Watchdog Says », *www.fiercepharma.com*, 4 May 2020.

fait l'un des médicaments les plus chers de toute l'histoire de notre système d'assurance maladie³³. Avant de se lancer dans son achat, les autorités politico-sanitaires avaient pourtant eu tout le loisir de réfléchir. En 2013, la ministre de la santé (Marisol Touraine) avait commandé un rapport sur cette affaire au Professeur Dhumeaux, lequel avait des liens d'intérêt avec Gilead à ce moment même³⁴.

Au final, en l'espace de trois ans (2014-2016), Gilead a engrangé près de 44 milliards de profit net accumulés. Une aubaine inespérée qui fit passer ce groupe de la 40^{ème} à la 6^{ème} place du classement économique des laboratoires pharmaceutiques. Et il y a fort à parier, sinon qu'il aura encore progressé après la crise du coronavirus, du moins que ses actionnaires se seront fortement enrichis. C'est en effet ce que suggère fortement la lecture d'un court article analysant l'évolution du cours en bourse de l'action des principaux industriels pharmaceutiques (Gilead, Sanofi, Roche, GlaxoSmithKline et Abbvie) entre janvier et mai 2020³⁵. Le résultat est éloquent. Les actions de quatre de ces industriels du médicament ont connu une évolution assez similaire à peu près au même moment : une baisse au mois de mars, suivie d'une remontée en avril. Pour le cinquième industriel, en revanche, la courbe d'évolution boursière de l'action n'a rien à voir. Et il s'agit de Gilead. L'évolution de son action en bourse se présente comme une progression continue mais en dents de scie, avec de fortes hausses à chaque annonce publique valorisant d'une manière ou d'une autre le Remdesivir, suivies de fortes baisses à chaque annonce valorisant au contraire son concurrent (l'HCQ). Calculant que, au total, les échanges boursiers de l'action de l'industriel se montent à 10,7 milliards de dollars en ces quelques mois de crise sanitaire, l'auteur pose logiquement la question des délits d'initiés, c'est-à-dire de « la connaissance préalable par certains actionnaires de Gilead de la publication d'articles écrits par Gilead lui-même ou de déclarations ou de fuites provenant de diverses institutions leur permettrait d'obtenir d'énormes avantages ». En d'autres termes, il y aurait deux façons de s'enrichir avec ce médicament : s'assurer des commandes du plus grand nombre de gouvernements possible, mais aussi spéculer sur son cours en bourse en anticipant ses rebonds.

Le « tout petit monde » gouvernant la crise sanitaire en France

³³ M. Rivasi, S. Rader, M.-O. Bertella-Geffroy, *Le racket des laboratoires pharmaceutiques. Et comment en sortir*, Paris, Les Petits Matins, 2015 ; S. Guin, « Comment les labos amassent des fortunes grâce à des médicaments aux prix exorbitants », *Basta!*, 5 oct. 2017.

³⁴ F. Pesty, « Conflits d'intérêt en hépatologie », *FormIndep*, 15 juin 2015.

³⁵ E. Chabrière, « Does IHU Mediterranean Infection influence Gilead stock price? », *New Microbes and New Infections*, 2020, <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2020.10071>

La gouvernance sanitaire de la crise de la Covid est un maillage politico-administratif très complexe. Elle associe en effet des organismes dépendants directement du ministère de la Santé comme le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) et l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP), des autorités publiques indépendantes comme la Haute Autorité de Santé (HAS), des établissements publics comme l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) et l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), et des groupements d'intérêt public comme par exemple l'Institut National du Cancer. Quatre ensembles d'acteurs y interagissent dans une logique globale de régulation marquée par le *New public management* : les professionnels (surtout les médecins), les gestionnaires publics, les acteurs de la sphère marchande (laboratoires pharmaceutiques, sociétés d'assurances...) et les responsables politiques³⁶. Compte tenu de la lourdeur de cette bureaucratie, face à la crise de la Covid et à la nécessité de prendre des décisions dans l'urgence, le président de la République a décidé de créer un « Conseil scientifique » (CS-COVID) le 11 mars 2020, puis un « Comité analyse, recherche et expertise » (CARE) le 24 mars, pour conseiller le gouvernement dans les choix sanitaires et thérapeutiques. En moins de deux semaines, le lieu de la décision s'est donc considérablement réduit. Et dans ces petits réseaux, les liens d'intérêt peuvent jouer un rôle d'autant plus important qu'ils ne sont plus contrebalancés ou contrôlés par d'autres forces.

L'influence des laboratoires pharmaceutiques s'exerce au sein même des groupes de travail et des lieux d'expertise mis en place par les autorités publiques au sein des administrations publiques. Dans l'un des principaux groupes de travail constitués à l'occasion de l'examen du traitement de l'Hépatite C (évoqué plus haut), les collectifs de vigilance citoyenne avaient pu montrer que 12 des 20 experts réunis avaient participé à des *board* de GILEAD Sciences pendant la période d'élaboration des recommandations qui allaient être faites au ministre de la santé³⁷. L'un de ces principaux experts était le Dr Yazdanpanah (chef de Service des maladies infectieuses à l'hôpital Bichat, Paris), qui se trouve actuellement être membre à la fois du CS-COVID et du CARE. Il est donc l'un des acteurs-clés dans la gestion de la crise du Covid-19 en France. C'est également à lui qu'a été confié le pilotage de l'essai clinique baptisé Discovery, lancé par le gouvernement pour prétendument décider quel est le meilleur traitement médical

³⁶ A.-P. Contandriopoulos, « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance », *Santé Publique*, 2008, 20 (2), p. 191-199 ; F. Pierru, « Bureaucratization néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », in B. Hibou (ed.), *La bureaucratization néolibérale*. Paris, La Découverte, 2013, p. 203-230.

³⁷ Ibid.

du Covid, mais qui a été abandonné en cours de route ³⁸. Or ses liens avec Gilead sont nombreux et importants. On peut donc dire que les essais cliniques officiels « *sont menés en France par un homme qui a reçu des sommes d'argent de la part des laboratoires dont les médicaments sont testés* » ³⁹.

Toujours à propos de l'affaire de l'Hépatite C, en 2013 le professeur Dhumeaux s'était vu confier le rapport sur le traitement de l'Hépatite C sur la recommandation du professeur Delfraissy qui était à l'époque directeur de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), qui avait lui aussi des liens avec Gilead ⁴⁰. Or M. Delfraissy n'est autre que l'actuel président du CS-Covid.

M. Yazdanpanah est depuis 2014 à la tête d'un important consortium français de recherches (REACTing) sur les maladies infectieuses en compagnie de M. Delfraissy. Dans le comité de pilotage de ce consortium, on trouve d'ailleurs également une anthropologue qui, comme M. Yazdanpanah, cumule le Conseil scientifique et le CARE. Et parmi les personnalités impliquées à des degrés divers dans la gouvernance de REACTing, on trouve également un sociologue, un épidémiologiste, un infectiologue, un virologue et une médecin-réanimatrice qui sont tous membres du CS-COVID. On peut donc dire que ce conseil est en réalité quasiment une annexe de REACTing pilotée par MM. Delfraissy et Yazdanpanah. Ces deux hommes ont organisé leur domination de ces deux conseils en cooptant des membres de leur réseau.

Il y a plus encore. M. Yazdanpanah dirige aussi un gros institut thématique de recherche de l'INSERM où il a été nommé en 2017 par le directeur général de cet organisme public de recherche, le Dr Yves Lévy, qui n'est autre que le mari de l'ancienne ministre de la Santé Agnès Buzyn, et qui ont été tous les deux des adversaires institutionnels de M. Raoult dans les années précédentes ⁴¹).

Enfin, après avoir été nommé dans le CS-COVID parce qu'il est le virologue français le plus reconnu dans le monde, M. Raoult a démissionné au bout de quelques jours du fait de ses désaccords avec ce réseau. Et il a été remplacé par le F. Chauvin, président du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Cette agence publique abrite notamment une importante

³⁸ R. Korda, « Etude Discovery sur le coronavirus : 5 minutes pour comprendre un fiasco annoncé », *Le Parisien*, 9 mai 2020. Au moment où nous écrivons ces lignes, un rebondissement inattendu s'annonce avec la découverte du fait que les premiers résultats de l'Etude Discovery étaient peut-être favorables à l'hydroxychloroquine et que ce fait a pu être dissimulé (« Discovery, une faute grave de la recherche française en plus d'une faute médicale ? », *France Soir*, 7 octobre 2020).

³⁹ E. Verhaeghe, « Lacombe, Yazdanpanah, ces médecins du service public qui cachent dans le privé », *Le Courrier des stratèges*, 30 mars 2020.

⁴⁰ F. Pesty, « Conflits d'intérêt en hépatologie », *Op.cit.* ; M. Hajdenberg, P. Pascariello, « Le virus des conflits d'intérêts touche les experts de l'hépatite C », *Mediapart*, 17 juin 2015.

⁴¹ E. Campion, « Didier Raoult et le milieu médical parisien : histoire d'une détestation réciproque », *Marianne.net*, 26 mars 2020.

« Commission spécialisée maladies infectieuses et maladies émergentes » dont le président (C. Chidiac), la vice-présidente (C. Cazorla) et un troisième membre (B. Hoen) ont tous les trois de forts liens d'intérêts avec Gilead⁴². Quelques jours avant le remplacement de M. Raoult par M. Chauvin, le HCSP avait recommandé à son tour le médicament de Gilead comme « *seule option thérapeutique formalisée* » pour les malades hospitalisés⁴³.

Pour conclure

Quelques mois avant le surgissement du coronavirus, dans un numéro spécial de revue consacré au système de santé publique français, le sociologue Boris Hauray estimait que la création d'outils de transparence n'avait pas résolu la crise de confiance dans l'indépendance des autorités sanitaires françaises vis-à-vis des industries pharmaceutiques⁴⁴. Il faisait notamment référence à la crise du Mediator qui avait compromis l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Le moins que l'on puisse dire est que la crise du Covid a hélas totalement confirmé ce diagnostic.

⁴² E. Campion, « Ambiguïté gouvernementale, liens d'intérêts au sommet de l'Etat : enquête sur la guerre secrète de la chloroquine », *Marianne.net*, 9 avril 2020.

⁴³ C. Demarti, « COVID-19 : en France, le Remdesivir recommandé dans les formes graves », *Le Quotidien du médecin*, 11 mars 2020.

⁴⁴ B. Hauray, « Une médecine détournée ? Influences industrielles et crise de confiance dans le domaine du médicament », *Mouvements*, 2019, 98 (2), p. 53-66.