

RÉFLEXION

Les conflits d'intérêts à l'hôpital public

L'ouvrage *Les Conflits d'intérêts à l'hôpital public : le débat*, dirigé par Joël Moret-Bailly et Dominique Thouvenin, est issu d'un colloque où la question des conflits d'intérêts à l'hôpital public a été posée pour la France, la Suisse, le Canada et les États-Unis avec, en perspective, les modalités de régulation qui s'esquissent.

Le thème des conflits d'intérêts n'est pas nouveau en France, mais il rebondit particulièrement sous l'effet des questions posées dans le domaine de la santé par la proximité entre l'expert médecin, le soignant médecin, le chercheur médecin. Par profession, l'expertise du médecin le place au carrefour des intérêts des patients qu'il soigne, de ceux des entreprises pour les essais de techniques ou de médicaments, et de ceux des institutions de recherche. Ces trois niveaux s'entrechoquent car si l'industrie a besoin d'accéder aux patients pour tester ses produits, le malade a besoin de nouveaux médicaments, le chercheur a besoin des soutiens financiers de l'industrie qui a besoin des travaux des chercheurs; l'administration a aussi besoin d'experts... Or, ce sont souvent les mêmes acteurs médicaux qui sont au carrefour de tous ces intérêts. On ajoutera que l'exercice libéral médical à l'hôpital public est aussi une source de conflits d'intérêts dont la particularité est d'être organisés par les textes!

En introduction, Joël Moret-Bailly reprend ses travaux sur le sujet⁽¹⁾ et aborde la question des définitions: de quoi parle-t-on? De liens, de conflits, d'opposition d'intérêts. Ce travail de clarification est central pour balayer le champ de réflexion. L'intérêt direct est facilement perceptible; plus complexes sont les intérêts indirects tels les transferts financiers vers les institutions auxquelles sont rattachés les experts (universités ou leurs laboratoires). Une fois les intérêts identifiés, la notion de conflit prime, car

Jean RIONDET

Ancien cadre de direction des Hospices civils de Lyon
Vice président fondateur du réseau de santé gériatrique Cormadon, Lyon

il ne s'agit pas tant des conséquences de situations dans lesquelles un agent fait prévaloir des intérêts autres que ceux qu'il est censé défendre que d'éviter que de telles situations adviennent. Mais la complexité de la tâche apparaît à l'évidence lorsque certaines situations ne sont évitables: l'exemple classique est le cas des experts en maladies rares, tout aussi rares que ces maladies elles-mêmes. Écarter les experts en situation de conflits d'intérêts reviendrait à ne plus disposer d'experts. La solution retenue renvoie à l'idée de transparence: il s'agit de faire en sorte que les éventuels conflits d'intérêts soient connus, assumés et traités de manière à en limiter la portée.

En Suisse, les auteurs insistent sur la relation patient/praticien dans le contexte de la tarification à l'acte pour toutes les prestations médicales. Ce système incite à la production d'actes, à l'inverse de celui de la capitation, qui conduirait à réduire le volume des soins pour accroître les gains. Les orientations prises pour limiter les effets pervers sont en partie le passage obligé par le « médecin de famille » comme porte d'entrée vers la médecine de spécialité et hospitalière, en lien avec la constitution de réseaux des soins intégrés (ou *managed care*).

Jusqu'alors les consultations sur ces propositions n'ont pas abouti, tant les réformes structurelles sont soumises au risque de recours au vote populaire pas toujours conscient des enjeux qui animent les réformes. Le rappel de la dimension éthique de l'activité de soins devient alors un *leitmotiv*, à défaut de pouvoir modifier les règles juridiques!

Dans le cadre de la recherche biomédicale, les investigateurs doivent tenir informée la commission d'éthique de la recherche (CER) chargée d'évaluer les projets de recherche et de connaître les liens d'intérêts entre les praticiens, les chercheurs et les laboratoires. La question la plus complexe à résoudre est celle des relations médecins/industrie pharmaceutique – celle-ci assurant l'essentiel de la formation postuniversitaire des médecins.

Les auteurs notent la faiblesse des dispositions légales, en particulier du fait que les obligations pèsent sur les praticiens et non sur l'industrie pharmaceutique.

Aux États-Unis, la question est abordée sous l'angle du développement des *health maintenance organization* (HMO), système de mise en concurrence à deux étages. L'assureur organise la concurrence entre les offreurs de soins – sur la base d'un cahier des charges qui régule le rapport prestations/qualité/prix – et un second marché, celui des assurés qui mettent en concurrence les HMO. Le fondement de ce système repose sur la gestion des asymétries informationnelles qui rendent le patient peu apte à juger de la pertinence de l'offre des divers prestataires de soins mais qui, avec l'aide des associations de consommateurs, est mieux à même de juger de l'offre concurrentielle des assureurs.

Là où les HMO ne peuvent réguler les conflits d'intérêts, c'est sur le choix des soins non pris en compte dans leur panier de soins. Ces choix peuvent être influencés par la position du HMO face au rendement financier. Est-il soumis aux exigences d'actionnaires ou est-il de type coopératif ; est-il employeur de médecins ou simple coordonnateur de professionnels libéraux sur un territoire donné?

À l'hôpital public français, le secteur privé libéral fut introduit en 1958 pour attirer dans la nouvelle réforme hospitalière les médecins, en instaurant le temps plein de l'activité médicale (les médecins hospitaliers qui n'étaient pas rémunérés par l'hôpital exerçaient en ville; le titre de médecins des hôpitaux, acquis par le biais de concours très sélectifs, autorisait des tarifs élevés de leurs consultations en ville). Cette situation engendre une confusion constante entre clientèle publique et clientèle privée, entre tarifs conventionnels et dépassements d'honoraires, entre temps consacré aux consultations privées et temps consacré aux consultations publiques.

Dans le domaine de la recherche biomédicale, outre les risques identifiés précédemment, s'ajoute le fait que les comités de protection des personnes sont composés d'« experts » qui, s'ils n'ont pas de lien avec l'industrie pharmaceutique, peuvent appartenir à des équipes de recherche concurrentes. Les règles applicables à la recherche biomédicale sont en pleine évolution. D'une part sous l'effet de la volonté de protéger les personnes qui y sont soumises et de mieux identifier les positions d'acteurs; d'autre part sous la pression des politiques de développement de la recherche et des industries

Il faut lutter contre les conflits d'intérêts à l'hôpital public pour assurer l'impartialité et la loyauté des processus de décision et du comportement des acteurs. Pour donner confiance aux destinataires de la recherche, voire à l'opinion publique.

de santé. C'est une imbrication de plus en plus poussée d'intérêts publics et privés. Les textes ont tenté d'apporter des réponses, notamment ceux de 2012, mais ils ne sont pas appliqués, les décrets n'ayant pas été pris, dans l'attente de règles européennes à venir qui devraient harmoniser un ensemble de pratiques au niveau européen.

Au Québec, l'auteur rapporte le cas Olivieri, une chercheuse qui découvrit les effets néfastes d'un médicament lors d'un essai thérapeutique et qui enfrenait la règle de la confidentialité qu'elle avait signée en publiant, lors d'un congrès, ses observations et conclusions. L'entreprise lui retira la charge des essais qu'elle conduisait et la traîna en justice. Son hôpital universitaire ne la soutint pas, au motif de la préservation de ses intérêts financiers avec cette entreprise. Au terme d'une longue procédure, elle fut réhabilitée. Ce qui importe dans cette histoire, ce sont les limites du choix qui prévalait à ce moment : l'« autorégulation intégrale ». Ce type de régulation « impose d'écarter toute référence à l'imposition de normes d'origine étatique, pour s'en remettre exclusivement à l'émergence spontanée d'un encadrement issu du milieu social générateur d'une activité ». C'est un modèle assez classique, fréquent dans le monde de la recherche,

NOTE

(1) J. Moret-Bailly, *Les Conflits d'intérêts: définir, gérer, sanctionner*, LGDJ, 2014 (cf. J. Riondet, « Note de lecture », *Gestions hospitalières*, n°539, octobre 2014, pp.475-477).

Les conflits d'intérêts à l'hôpital public : le débat

Sous la direction de
Joël Moret-Bailly
Dominique Thouvenin

PRESSES
de l'EHESP

Sous la direction de J. Moret-Bailly et D. Thouvenin. Contributions de J. Moret-Bailly, O. Guillo, L. Amey, M. A. Rodwin, M.-L. Moquet-Anger, M. Morel, D. Thouvenin, A.-M. Savard, D. Truchet.

Presses de l'EHESP, 2015, 24 €

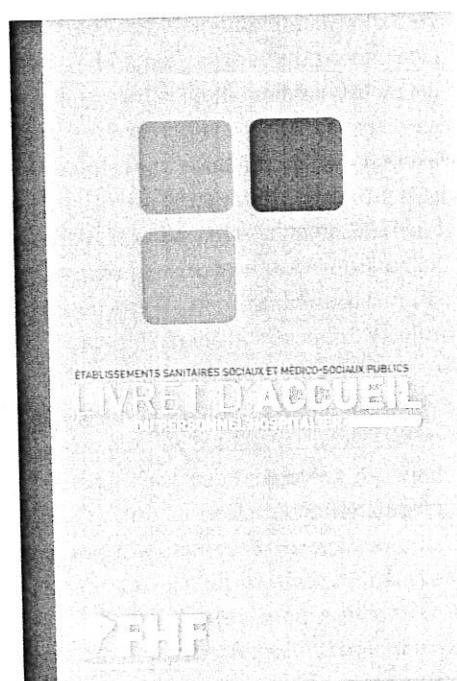
(2) J. Moret-Bailly,
Les Conflits d'intérêts :
définir, gérer, sanctionner, op. cit.

dont l'élément distinctif réside dans son caractère endogène et donc présumé consenti. Les acteurs de la recherche sont soumis à diverses règles plus ou moins contraignantes, tels la déclaration d'Helsinki, le « Guide d'éthique de la recherche et d'intégrité scientifique » (Québec, 1998), l'« Énoncé des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains » (Canada, 2010) et des textes publiés par l'Association médicale canadienne (code de déontologie, recommandations, guides...). Prenant acte de l'affaire Olivieri, l'Association médicale canadienne énonce dans son code de déontologie de 2007 que *« les médecins ne doivent pas conclure d'ententes qui limitent leur droit de publier ou de divulguer des résultats de l'étude ou de signaler des effets indésirables qui se produisent pendant celle-ci. Des limites raisonnables*

ne mettant pas en danger la santé et la sécurité des patients peuvent être admissibles ».

La limite de l'argumentation réside dans l'absence de tout processus de sanction en cas de non-respect de ces principes. Les évolutions imposent aux établissements et aux comités d'éthique davantage d'obligations tout en énonçant des principes généraux incontournables. Il reste un pan de la recherche non régulée, celle subventionnée par l'industrie. L'État ne pouvant se substituer à l'industrie pour financer la recherche est mis en défaut dans sa capacité normative. En conclusion, Didier Truchet fait ressortir l'intérêt de ce travail. À la question « Dans quels buts faut-il lutter contre les conflits d'intérêts à l'hôpital public ? », il répond qu'il s'agit d'assurer l'impartialité et la loyauté des processus de décision et du comportement des acteurs ; de donner confiance aux destinataires de la recherche, voire à l'opinion publique ; d'apporter la garantie que les actes sont pratiqués dans l'intérêt des patients et non dans l'intérêt managérial de l'hôpital ou des médecins ou des industriels.

Contre quoi lutter ? L'ouvrage ne répond pas à cette interrogation mais propose une feuille de route. Les cas de conflits d'intérêts relevant d'infractions pénales ou illicites sont aisément identifiables. Plus complexes sont les situations légales (l'activité libérale à l'hôpital par exemple), d'où l'importance du travail de qualification engagé par Joël Moret-Bailly dans son précédent ouvrage (2).



FHF
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX PUBLICS LIVRET D'ACCUEIL DU PERSONNEL HOSPITALIER ÉDITION 2015

1 exemplaire	14,00 € TTC* l'unité
de 2 à 9 exemplaires	10,00 € TTC* l'unité
de 10 à 50 exemplaires	6,50 € TTC* l'unité
de 51 à 150 exemplaires	5,00 € TTC* l'unité
de 151 à 500 exemplaires	4,00 € TTC* l'unité
501 et +	3,20 € TTC* l'unité

à commander auprès de

héral

44, rue Jules-Ferry - CS 80012

94408 Vitry-sur-Seine Cedex

Tél. : 01 45 73 69 20

Fax : 01 46 82 55 15

* TTC prix franco de port- TVA en vigueur incluse
Pour les commandes à destination des DOM-TOM ou des pays étrangers, les frais de port sont facturés en sus