



HAL
open science

Les conflits d'intérêts en santé

Nicolas Lechopier

► **To cite this version:**

Nicolas Lechopier. Les conflits d'intérêts en santé. Bonah, Christian; Kessel, Nils; Moutot, Gilles; Mouillie, Jean-Marc; Poma, Roberto; Visier, Laurent; Penchaud, Anne-Laurence. Médecine et Sciences Humaines. Manuel pour les études médicales, Les Belles Lettres, 2021. <hal-03701300>

HAL Id: hal-03701300

<https://hal.science/hal-03701300v1>

Submitted on 21 Jun 2022

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.



HAL Authorization

Les conflits d'intérêts en santé

Nicolas Lechopier (2021)

Copie auteur du chapitre n°48 de l'ouvrage *Médecine et Sciences Humaines. Manuel pour les études médicales*, 3^e édition, sous la direction de Christian Bonah, Nils Kessel, Jean-Marc Mouillie, Gilles Moutot, Anne-Laurence Penchaud, Roberto Poma, Laurent Visier, avec une préface de Tzvetan Todorov, Editions des Belles Lettres, Collection « Médecine et Sciences Humaines », dirigée par Jean-Marc Mouillie, 800 pages.

Les conflits d'intérêts en santé

Au cœur d'une constellation de questions sur les rapports entre sciences, argent, médecine et politique, les conflits d'intérêts touchent aux enjeux de l'intégrité professionnelle, de politiques de santé, et de rapports sciences-société. La notion de conflits d'intérêts commence à trouver sa place dans les formations de santé, notamment après qu'il ait été montré que la quasi-totalité des étudiants en médecine étaient en contact rapproché, dès le début de leurs études, avec des représentants des laboratoires pharmaceutiques. Mais la notion de conflits d'intérêts est encore loin de faire consensus, d'autant qu'on navigue ici entre jugements à l'emporte-pièce à l'égard des experts (« tous vendus ») et euphémisation (« il n'y a pas de conflits d'intérêts, il y a des partenariats et exceptionnellement des dérives »). Les contours incertains de cette notion expliquent peut-être autant son succès que son usage prudent dans la recherche en sciences humaines et sociales.

Un pneumologue chez Total

Commençons par un cas d'école, qui fut relaté dans la plupart des grands quotidiens nationaux, à la fin des années 2010. Le pneumologue Michel A. était chef de service à l'hôpital Bichat. Professeur reconnu et respecté, il était souvent invité à s'exprimer dans les médias. En 2015, il représenta l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris devant une commission sénatoriale chargée d'examiner le coût économique et financier de la pollution de l'air. Alors qu'il est bien établi que l'exposition aux particules fines augmente le risque de développer un cancer, le professeur déclara, lui, que la pollution due au diesel avait au contraire un impact minime sur la santé, et qu'il fallait plutôt incriminer le tabagisme ou les expositions professionnelles élevées.

Quelques mois plus tard, suite à l'alerte lancée par des associations de défense de l'environnement, on découvrit que le Professeur était en réalité employé et actionnaire de l'entreprise Total. Lors de son audition au Parlement, il avait pourtant déclaré sur l'honneur ne pas avoir de « conflit d'intérêts ». Le Sénat saisit alors la justice, et le pneumologue fut poursuivi pour « faux témoignage ». Lors du procès qui s'en suivit, son avocat plaida l'absence de situation de conflit d'intérêts, puisque son client exerçait les fonctions de médecin du travail chez Total, et non pas celle de conseiller en stratégie pétrolière. La juge estima qu'il aurait dû déclarer son lien avec l'entreprise, notamment en raison de l'ancienneté de ses contrats de travail, mais aussi en raison du montant de sa rémunération (de l'ordre de 100.000€ par an en moyenne). Condamné en première

instance puis en appel, il semblerait qu'il soit soit en France la première personne condamnée pour avoir menti sous serment lors d'une commission d'enquête parlementaire¹, et l'un des rares cas où la justice s'est prononcée directement sur la question des conflits d'intérêts en santé.

Cette affaire et certains des arguments qui y ont été échangés permettent de voir les grandes lignes et aussi certaines limites de l'analyse des situations en termes de conflits d'intérêts. Nous verrons dans ce chapitre que les conflits d'intérêts sont une notion relativement bien définie, mais difficile à manier, et qui renvoie à des enjeux variés, qu'il faudra examiner successivement : exigence de transparence, intégrité et impartialité, politique des partenariats, impact de santé publique et manipulation de la connaissance.

Déclarer de façon transparente ses liens d'intérêts

Le point le plus évident dans l'affaire présentée ci-dessus, c'est un manquement à l'obligation de déclarer ses liens d'intérêts. Notre professeur avait des liens d'intérêts d'autant plus incontestables qu'ils se chiffraient en centaines de milliers d'euros. Recevoir de l'argent n'est pas anodin, moralement, professionnellement, il aurait dû déclarer ce lien. Ce que le pneumologue a d'ailleurs fini par admettre en audience : il a été « un peu léger ».

C'était en fait une obligation légale. Dans le sillage du scandale du Médiateur, la loi « Bertrand » de 2011 a imposé la transparence des liens entre les industries de santé et les autres acteurs du champ de la santé, professionnels de santé, étudiants, sociétés savantes, associations, médias, etc². La base Transparence Santé contient en principe les déclarations de toutes les *rémunérations* versées par les entreprises à un professionnel de santé ou à une personne morale en contrepartie de la réalisation d'un travail ou d'une prestation³. On y trouve aussi trace des *avantages* alloués ou versés sans contrepartie par une entreprise à un acteur de la santé (don de matériel, repas, transport, hébergement, etc.), de même que les *conventions* qui lient les entreprises et les acteurs de la santé, par exemple pour leur permettre de participer à des essais cliniques, de contribuer à une formation, ou de voyager pour un congrès.

Au final, ces différents financements versés par des entreprises en direction des professionnels de santé et de leurs associations ne sont pas anodins, puisqu'ils totalisent au bas mot entre 7 et 8

1 Anne Jouan, « Six mois de prison avec sursis pour le médecin de Total », Le Figaro, 5 juillet 2017 (<https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2017/07/05/01016-20170705ARTFIG00270-6-mois-avec-sursis-pour-le-medecin-de-total.php>)

2 Rédaction, « Désastre du Mediator et diffusion de la notion de conflit d'intérêts en santé », La Revue Prescrire, 40, no 436, 2020, p. 143-44.

3 Base qui est consultable et en accès libre sur <https://www.transparence.sante.gouv.fr/>, mais dont les données ont été rendues plus accessibles et manipulables sur le portail <https://www.eurosfdocs.fr/>

milliards d'euros cumulés entre 2012 et 2021. Au sein des professionnels, la répartition de ces versements d'argent est loin d'être uniforme puisqu'une (petite) partie d'entre eux n'ont aucun lien d'intérêt visible sur cette base, et qu'une autre partie accumule avantages, rémunérations et conventions.

Une telle comptabilité des liens d'intérêts fait débat. D'abord, il n'y a pas que l'argent qui puisse entraîner des biais chez un professionnel ou un expert. Dans son ouvrage *Lobbytomie*, la journaliste spécialisée Stéphane Horel développe notamment l'idée que les déclarations des liens d'intérêts ne concernent qu'une trop petite partie des liens qui peuvent influencer et biaiser l'expertise⁴. Une transparence effective exigerait en effet de connaître aussi les diverses activités d'experts générant des liens de dépendance, par exemple les financements de thèses dirigées par l'expert, l'appartenance à des conseils d'administration, des conseils scientifiques, des comités de rédaction, des sociétés savantes, etc. D'autres auteurs ont, *a contrario*, suggéré un effet pernicieux des déclarations de liens d'intérêts, en termes de désinhibition et de déresponsabilisation : s'acquitter de l'obligation de déclarer ses liens d'intérêts financiers ou autres avantages, cela pourrait aussi laisser entendre qu'il n'est pas nécessaire d'en limiter le nombre ou de s'en prémunir. Comme on le voit, définir, gérer et sanctionner les conflits d'intérêts n'est pas une mince affaire⁵.

Les conflits d'intérêts sont-ils intrinsèquement mauvais ?

Ce qui est problématique dans une situation de conflit d'intérêt, c'est qu'elle produit une altération du jugement, ou encore des biais. C'est en tous cas ce qui découle de la définition élaborée par Dennis Thomson dans un article paru dans le *New England Journal of Medicine* en 1993, et qui a beaucoup contribué à stabiliser cette notion : il y a conflit d'intérêt quand le jugement d'un professionnel sur un sujet d'intérêt primaire (démarche diagnostique, utilisation d'une thérapeutique) est altéré par un sujet d'intérêt secondaire (gain financier, intérêt de carrière, rivalité de personne)⁶.

Les conflits d'intérêts sont donc mauvais au sens épistémique du terme : ils conduisent à des erreurs de diagnostic ou à une décision thérapeutique non optimale, ils biaisent un avis d'expert ou retardent une décision de santé publique.

Mais sur cette base, il est devenu habituel de faire un *distinguo* entre les *liens* d'intérêts (qui seraient mesurables, factuels, et dans leur majorité neutres) et les *conflits* d'intérêts. Ces derniers seuls

4 Stéphane Horel, *Lobbytomie: comment les lobbies empoisonnent nos vies et la démocratie*, Paris, La Découverte, 2018, 367p.

5 Joel Moret-Bailly, *Les Conflits d'intérêts. Définir, gérer, sanctionner*, Issy-les-Moulineaux, Lgdj, 2014, 232p.

6 Dennis Thomson, *Understanding financial conflicts of interests*, *New England Journal of Medicine*, 329, no 8, 1993, p. 573-76.

impliqueraient des altérations du jugement et des biais dans les décisions et seraient condamnables. Ainsi, les médecins auraient certes des *liens*, plus ou moins nombreux et forts avec des industries, mais ces liens n'occasionneraient des *conflits* que dans certaines circonstances particulières (malhonnêteté intellectuelle de leur part, manipulation, corruption, etc.)⁷. Dans la continuité de cet argument, le problème des conflits d'intérêts se cantonnerait au cas des plus malhonnêtes, de la minorité de « tricheurs »⁸.

Mais peut-être notre pneumologue, qui avait certes choqué son auditoire et suscité la controverse en estimant, à rebours du consensus professionnel, que le nombre de cancers liés à la pollution était « extrêmement faible », le pensait-il sincèrement ? Interrogé par *Libération*, il défendit effectivement sa bonne foi, affirmant qu'il soutenait la même position depuis 1995 avant même qu'il ne soit rémunéré par Total⁹. Devant le juge, il n'en démordit pas : « Pour moi, il n'y avait pas de conflit d'intérêt ». Cette défense n'est pas sans rappeler celle des laboratoires Servier dans le procès du Médiateur (2020). M^e Temine a en effet parlé de « déni de bonne foi » à propos de l'attitude de Jacques Servier, ex-patron de Servier. « Il était profondément convaincu des bienfaits du Mediator. Il y croyait »¹⁰. Si l'on peut évidemment douter de la véracité de cette ligne de défense – au cours du procès-fleuve du Médiateur, le laboratoire a été reconnu coupable en première instance de « tromperie aggravée » – il faut bien reconnaître que l'on serait bien en peine d'avoir des certitudes s'agissant de tel ou tel expert individuel : la psyché humaine nous réserve bien des surprises, on ne peut pas exclure qu'une personne se soit menti à elle-même.

Avérer l'altération du jugement est difficile, mais ce n'est peut-être pas le point crucial. L'article 2 de la loi du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique apporte une nuance qui vient nous permettre de mieux situer l'enjeu : « Constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou à *paraître influencer* l'exercice indépendant, impartial et objectif d'une fonction ». D'après cet article, le passage d'une situation où il y a des *liens* à une situation où il y a des *conflits* n'est pas aussi nette qu'on pouvait le penser. Les conflits d'intérêts ne commencent pas avec la corruption, l'altération du jugement, ni même avec le biais observable. Ils commencent bien en amont, là où le

7 F. Megerlin, Du lien d'intérêt au conflit d'intérêts, *Oncologie*, 12, no 11-12, 2010, p. 651-56 (<https://doi.org/10.1007/s10269-010-1959-7>)

8 Ce type d'arguments peut se retrouver par exemple dans les débats organisés par la Commission des affaires sociales du Sénat suite au rapport de la Cour des comptes sur la prévention des conflits d'intérêts en matière d'expertise sanitaire, 30 mars 2016 (https://www.senat.fr/rap/r15-513/r15-513_mono.html)

9 Stéphane Foucart, Diesel et cancer : un pneumologue accusé de conflits d'intérêts, *Le Monde*, 16 mars 2016 (https://www.lemonde.fr/planete/article/2016/03/16/le-pneumologue-michel-aubier-au-c-ur-d-une-affaire-de-conflits-d-interets_4884177_3244.html)

10 Fin du procès du scandale sanitaire du Mediator, *Le Monde*, 7 juillet 2020 (https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/07/07/fin-du-proces-du-scandale-sanitaire-du-mediator_6045419_3224.html)

lien de confiance est entamé, là où le crédit des experts, la confiance envers les professionnels est remise en question.

C'est donc plutôt du côté de l'éthique sociale qu'il faut se tourner pour comprendre ce qui ne va pas avec les conflits d'intérêts. D'ailleurs, l'enjeu de la confiance envers les experts, les médecins et l'institution est souvent au centre des travaux sur les conflits d'intérêts¹¹. Marc Rodwin a réalisé une généalogie de cette notion de conflits d'intérêts, qui s'inscrit dans le sillage de l'interdit de servir deux maîtres en même temps, ou encore dans les traditions judiciaires réclamant d'éviter d'être « à la fois juge et partie »¹². C'est peut-être aussi pour cette raison qu'on accorde une importance particulière aux liens *financiers*. Les conflits d'intérêt touchent à l'enjeu des rapports entre médecine et argent, et au risque de commercialisation de la santé. Si d'après le code de déontologie médicale en France, « la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce »¹³ c'est aussi parce que, plus que d'autres facteurs, l'appât du gain risque de saper la confiance envers toute une profession.

Une médecine façonnée par l'industrie

On peut aussi prendre le problème par l'autre bout, non celui des acteurs et des institutions prises dans les conflits d'intérêt, mais celui des logiques industrielles et des entreprises qui les produisent. Par quels mécanismes, et pour quels motifs les industriels en viennent-ils à s'associer avec des acteurs de terrain, universitaires, médecins, chercheurs, pour relayer leurs intérêts ? Dans le cas d'école décrit ci-dessus, il semble que l'entreprise ait effectivement coopté le professeur. La multinationale a investi sur lui, pour sa légitimité en tant que tel et en raison de ses affirmations et peut-être aussi des résultats de ses travaux, qui arrangeaient bien cette entreprise. La question de la sincérité du professeur devient secondaire. Ce qui devient significatif, c'est que son opinion d'expert est alignée sur les intérêts de l'industriel qui le financent.

Cela renvoie à un phénomène désormais bien documenté, notamment pour l'industrie du médicament, celui des leaders d'opinion¹⁴. Les spécialistes en relations publiques qui travaillent pour les industries pharmaceutiques prennent un soin particulier à entretenir des partenariats avec les acteurs clés, politiques, universitaires, médecins, étudiants, etc. Il est intéressant de regarder de près comment des entreprises s'y prennent pour nouer et conserver des relations de travail avec ces *Key Opinion Leaders* : pour miser sur les bonnes personnes, les entreprises du médicament

11 Howard Brody, Clarifying Conflict of Interest, *The American Journal of Bioethics* 11, no 1, 2011, p. 23-28 (<https://doi.org/10.1080/15265161.2010.534530>)

12 Marc A. Rodwin, *Conflicts of Interest and the Future of Medicine: The United States, France, and Japan*, Oxford University Press, 2011, 384p.

13 Art. R4127-19 du Code de la Santé Publique

14 Ray Moynihan, Key Opinion Leaders: Independent Experts or Drug Representatives in Disguise?, *British Medical Journal*, 336, no 7658, 2008, p. 1402-3 (<https://doi.org/10.1136/bmj.39575.675787.651>)

cherchent à identifier les « stars montantes » dès leur formation. Il n’y a pas forcément de corruption active, ni même systématiquement de versement d’avantages en nature. Mais un coup de pouce pour la carrière, le financement de thèses ou d’équipes de recherche, des propositions d’accès privilégié à des données de recherche. Des acteurs industriels accompagnent ces experts, souvent utilement, parfois subtilement. Ces pratiques finissent par générer tout un réseau d’interdépendances, de dettes et de captation. Certains auteurs soulignent l’ampleur et l’impact de ces stratégies, qui dessinent le tableau d’une médecine profondément structurée par les intérêts des laboratoires pharmaceutiques¹⁵.

De fait, aujourd’hui, les partenariats entre professionnels de santé et industriels sont vivement encouragés en raison des innovations que cela permet. Le portail gouvernemental d’accès à la base Transparence Santé l’indique explicitement : « Pour développer leurs produits, les entreprises sont amenées à nouer des relations avec des experts, des journalistes et des acteurs publics. *Il faut bien entendu conserver et développer cette complémentarité, qui fait avancer la science et permet le progrès thérapeutique* »¹⁶. Dans la promotion de la recherche translationnelle, les médecins doivent être en contact avec l’industrie, qui finance une grande partie de la recherche.

Mais paradoxalement, les repères professionnels, au premier rang desquels le Code de déontologie médicale, indiquent que « le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit »¹⁷. Or, il y a des preuves robustes établies dans des méta-analyses du fait que la nature des financements oriente les résultats de recherche dans un sens favorable au financeur¹⁸.

Force est de constater ici l’injonction contradictoire. D’un côté des « partenariats » encouragés et des financements industriels quasi-irremplaçables pour la recherche clinique, de l’autre une confiance entamée par le fait qu’on ne sait plus pour qui travaillent les experts, même s’ils déclarent leurs liens. On doute de l’impartialité des experts scientifiques et médicaux, et la confiance du public a tendance à s’éroder.

Un problème de santé publique

Dans certaines facultés de médecine, dans certains services hospitaliers, on s’inquiète de cette défiance et on regrette la tendance à dénoncer partout des conflits d’intérêts. Et comme par un

15 Sergio Sismondo, *Ghost-Managed Medicine: Big Pharma’s Invisible Hands*, Manchester, Mattering Press, 2018, 232p. (<https://www.matteringpress.org/books/ghost-managed-medicine>)

16 Page d’accueil du site <https://www.transparence.sante.gouv.fr/>

17 Article R.4127-5 du Code de la Santé Publique

18 Andreas Lundh et al., *Industry Sponsorship and Research Outcome: Systematic Review with Meta-Analysis, Intensive Care Medicine*, 44, no 10, 2018, p. 1603-1612 (<https://doi.org/10.1007/s00134-018-5293-7>)

renversement de perspective, c'est alors l'obligation de transparence qui est prise comme une menace pour la confiance. Les liens d'intérêts d'un médecin sont même présentés comme des « preuves d'intérêt », comme un signe positif de reconnaissance, comme un indice de qualité professionnelle. Mais aucune enquête sérieuse ne soutient la thèse d'une association positive entre liens d'intérêts et qualité professionnelle, bien au contraire. Une étude publiée dans le *British Medical Journal* a montré que plus les médecins généralistes français ont de liens avec l'industrie pharmaceutique, plus leurs prescriptions s'éloignent de certains critères de qualité : elles sont moins adéquates vis-à-vis des recommandations, elles concernent des produits qui sont plus chers pour la sécurité sociale sans être plus efficaces¹⁹. Une méta-analyse publiée en 2020 dans *Annals of Internal Medicine* démontre l'existence d'une corrélation forte et constante entre financement pharmaceutique et pratiques de prescription, au point que ses auteurs suggèrent qu'il s'agit d'un véritable lien causal²⁰. On le voit, indépendamment de tout jugement moral ou déontologique, les liens d'intérêts entre laboratoires et prescripteurs diminuent la qualité de la prescription et font augmenter le coût des soins.

Les financements par l'industrie pharmaceutique contribuent à orienter les questions posées par les essais cliniques, se répercutent sur la recherche académique comme sur les décisions des agences²¹. L'accès aux données permet parfois de découvrir à quel point certaines présentations arrangeantes, dissimulant des données importantes, conduisent à négliger de graves conséquences, comme la mort d'adolescents²². Une recension parue dans la revue *Nature*²³ soulignait le problème : malgré la succession d'affaires et la prise de conscience collective du problème, rien n'a vraiment changé en 20 ans. Une bonne partie des médicaments qui sont mis sur le marché le sont sur la base et sur la foi d'études conduites par les laboratoires et avec des biais importants. La médecine des preuves est paradoxalement largement biaisée par les intérêts des laboratoires. Les conflits d'intérêts doivent donc être regardés comme un problème de santé publique autant qu'un questionnement de l'intégrité morale des acteurs de terrain.

A ce stade, changer les choses n'est pas simple. A quelles conditions pourrait-on financer la recherche médicale en restreignant la participation, ou tout du moins l'influence des acteurs

19 Bruno Goupil et al., Association between Gifts from Pharmaceutical Companies to French General Practitioners and Their Drug Prescribing Patterns in 2016: Retrospective Study Using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System Databases, *British Medical Journal* BMJ, 367, 2019, p. 16015 (<https://doi.org/10.1136/bmj.l6015>)

20 Aaron P. Mitchell et al., Are Financial Payments From the Pharmaceutical Industry Associated With Physician Prescribing?, *Annals of Internal Medicine*, 174, no 3, 2020, p. 353-61 (<https://doi.org/10.7326/M20-5665>)

21 Joel Lexchin et al., Achieving Greater Independence from Commercial Influence in Research, *British Medical Journal*, 372, 2021, p. n370 (<https://doi.org/10.1136/bmj.n370>)

22 Rédaction, Dissimulation du risque de suicide : accès aux données brutes d'un essai de la paroxétine, *La Revue Prescrire*, 37, no 402, 2017, p. 305-6.

23 Laura Spinney, Drugs, Money and Misleading Evidence, *Nature*, 583, no 7814, 2020, p. 26-28 (<https://doi.org/10.1038/d41586-020-01911-7>)

industriels ? Les pouvoirs publics et les acteurs de santé peuvent-ils vraiment disposer, sur tous les sujets importants, d'avis de qualité émanant d'experts complètement indépendants ? Des marges de manœuvre existent à coup sûr, mais elles supposent une transformation en profondeur des pratiques, des déroulés de carrières, des institutions, et peut être aussi de requestionner la valeurs du champ des soins de santé et de l'expertise sanitaire.

Ignorances et intérêts

La notion de conflits d'intérêts est située comme on vient de le voir à la frontière du droit, de l'éthique et de la santé publique. Cette notion n'est, malgré tout, pas une catégorie analytique communément utilisée en sciences humaines et sociales. Elle n'est pas non plus particulièrement investie par le champ de la bioéthique. Un numéro de la revue *Sciences Sociales et Santé* a permis de faire le point sur les vertus heuristiques et analytiques de cette notion pour penser les trajectoires des technologies et les transformations de l'ethos des professions de santé. Le bilan est contrasté.

La dénonciation des conflits d'intérêts a, il est vrai, servi de levier pour transformer des situations problématiques. C'est le cas de l'histoire des promesses non-tenues concernant les médicaments anti-Alzheimer, étudiée par Sébastien Dalgalarondo et Boris Hauray. Suite à une mobilisation portant sur les conflits d'intérêts des experts, les recommandations de la HAS ont dû être modifiées, et le remboursement des médicaments concernés a finalement été remis en question²⁴. Si elle permet des mobilisations plurielles, la notion de conflit d'intérêts a aussi ses limites, en mettant l'accent sur les situations d'influence des experts individuels par l'échange d'argent ou d'avantages, sans donner accès à la compréhension de l'ampleur et de la nature des relations entre industriels et professions de santé.

Selon Jean-Paul Gaudillière, les études autour de la construction de *l'ignorance* complètent voire font mieux que l'approche par conflit d'intérêts²⁵. L'agnotologie (« l'étude de l'ignorance ») permet de penser comment la recherche (clinique, toxicologique, chimique etc.) peut être manipulée afin de laisser penser que le consensus scientifique sur un sujet donné n'est pas vraiment établi même si c'est le cas en réalité, ou que le débat persiste et les experts sont divisés, détournant l'expertise à l'aide d'un « rideau de fumée » afin de retarder la décision publique²⁶. La notion de « science non-faite » désigne elle des territoires délaissés de la connaissance, où l'investigation scientifique est négligée car jugée inintéressante, non-profitable, ou parce que les groupes sociaux particulièrement

24 Sébastien Dalgalarondo et Boris Hauray, Conflit d'intérêts et traitements anti-Alzheimer : de la construction à la contestation d'une promesse médicale, *Sciences sociales et santé*, vol. 38, no 3, 2020, p. 77-104.

25 Jean-Paul Gaudillière, Conflits d'intérêts, science industrielle et expertise dans les controverses américaines sur les usages des hormones sexuelles, *Sciences sociales et santé*, vol. 38, no 3, 2020, p. 21-47.

26 Mathias Girel, *Science et territoires de l'ignorance*, Versailles, Quae, 2017, 156 p. Voir aussi Emmanuel Henry, *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*, Paris, Les Presses de Sciences Po, 2017, 256 p.

concernés ne disposent pas de relais institutionnels suffisants pour générer de l'attention sur un problème²⁷. Ces approches permettent aux historiens et aux sociologues de regarder au-delà des liens d'influence, des mécanismes de loyauté ou de collaborations sur lesquels les conflits d'intérêts insistent. Elles permettent d'accéder à une compréhension plus large des mécanismes de production du consensus médical et scientifique.

Revenons pour finir au cas abordé au début de ce texte. Quand le pneumologue s'exprime en tant que professeur avec toute la légitimité de son expertise et dédouane des acteurs industriels de leur responsabilité concernant la pollution de l'air, ce qui est problématique n'est pas seulement la faute qu'il commet, celle d'occulter une situation de conflit d'intérêts. C'est aussi et surtout le fait qu'il tend à détourner le public de problèmes sociaux, politiques et sanitaires plus graves. S'agissant de la pollution de l'air comme de tant d'autres enjeux sociaux, sanitaires et environnementaux, les conflits d'intérêts nous invitent à aller au-delà et à comprendre comment nos ignorances, nos incertitudes, et parfois même certains savoirs, peuvent contribuer à nous faire tomber dans l'indifférence.

Nicolas LECHOPIER

27 Scott Frickel et al., *Undone Science: Charting Social Movement and Civil Society Challenges to Research Agenda Setting, Science, Technology, & Human Values*, 35, no 4, 2010, p. 444-473. (<https://doi.org/10.1177/0162243909345836>)