

**DOCUMENTATION : QUI, QUOI, COMMENT**

[ *Documentation: Whom, What, How* ]

Annexe anglais-français de l'*Alter dictionnaire médico-pharmaceutique bilingue*,  
[ English-French Annex to the *Alternative Bilingual Medico-Pharmaceutical Dictionary* ]

Mise à jour

12.11.2022

[ 237 entrées ]

Téléchargeable en libre accès / Free on line

[http://alterdictionnaire.homovivens.org/fr/nouveaux\\_documents](http://alterdictionnaire.homovivens.org/fr/nouveaux_documents)

**On trouvera les occurrences d'un terme/locution/titre anglais/français par le raccourci Recherche )**

[Click on the Research shortcut to find all occurrences of a term, expression or title in either language]

**AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ**

Cet ouvrage ne doit en aucun cas être assimilé à un conseil médical personnalisé,  
ni servir de guide de pratique clinique pour traiter un patient, mais être considéré  
comme source de connaissances générales en pharmacologie sociale

[ **DISCLAIMER** : This work should in no circumstances be construed as a source of personalised medical advice or serve as clinical practice guideline to treat a patient, but be construed as a source of background information on social pharmacology issues ]

**ABANDONED, INVISIBLE AND MISREPORTED TRIALS** *Ethique de la recherche – Transparence – Comment lire*

\* A trial can become abandoned in two ways :

a) Firstly, a published trial can become *abandoned* when it is documented to be misreported and its authors do not correct their trial publication. In the worst case scenario, when there is evidence of fabrication of data or gross misrepresentation, the published trial can be *retracted*. Too many trials that should be retracted are not.

b) Secondly, an unpublished trial (i.e. invisible) can become *abandoned* when its sponsors are not working to ensure the trial is published. Detecting this form of abandonment is difficult. Trials with negative results often remain unpublished, thus *betraying* participating patients, pharmaceutical knowledge, health professionals and patients. By hiding the results, sponsors and authors commit of form of *cheating*. Advocates of transparency such as the *alltrials* initiative aim to combat such a shameful behavior

« This crisis of hidden or misreported information from clinical trials—and the resulting distortion of the clinical evidence base—is widely recognized and commonly decried. It is one of the leading scientific problems of our time, but few solutions have been put forward. ... Doshi and colleagues offer a bold remedy in the form of the RIAT<sup>1</sup> (Restoring Invisible and Abandoned Trials) proposal.<sup>2</sup> »

<sup>1</sup> <https://www.bmjjournals.org/content/361/bmj.k1742.full?ijkey=uDvpRrvjrYeF7zz&keytype=ref>  
<http://blogs.plos.org/speakingofmedicine/2018/04/26/revealing-the-rest-of-the-iceberg-the-restoring-invisible-and-abandoned-trials-riat-support-center-grant-competitions/>

<sup>2</sup> <https://restoringtrials.org>

« Not all trials conducted are published (*invisible* trials) and many trials that are published are inaccurately reported (*misreported* trials). Something must be done to prevent further erosion of this essential literature and bring hidden trial results to the surface.<sup>3</sup> »

« The RIAT initiative was launched in 2013 to tackle two fundamental problems that threaten the reliability of the scientific literature: incomplete and poor reporting of clinical trials. RIAT offers an open and transparent methodology for responsibly correcting the record. Peter Doshi and Tom Jeferson are two of the founders »

« In this 2019 study<sup>4</sup>, *over half* of clinical trials initiated for *rare diseases* were either discontinued or not published 4 years after completion, resulting in large numbers of patients with rare diseases exposed to interventions that did not lead to informative findings »

« RIAT is an international effort to tackle bias in the way research is reported with the goal of providing more accurate information to patients and other healthcare decision makers. Randomized controlled trials are known as medicine's "gold standard" for reliable evidence. However, they are falling short of that standard, in large part due to two fundamental problems:

- a) misreporting: many trials that are published are inaccurately or incompletely reported (misreported trials)
- b) invisibility: not all trials conducted are published (unpublished trials)

When the original investigators or sponsors do not correct misreporting, or even leave the entire trial unpublished, they can be considered to have abandoned their trial. And the downstream effects can be substantial, drawing to false conclusions about the effectiveness and safety of medical interventions. The RIAT initiative aims to address these problems by offering a methodology that allows other people to responsibly correct the record. Anyone who can access trial data and document trial abandonment can use RIAT to:

- a) correct misreporting by republishing a trial (or just those sections of a trial where misreporting has occurred)
- b) correct invisibility by publishing an unpublished trial

Although publication bias (invisibility) is perhaps the most notorious form of reporting bias there are other types of reporting bias which distort contemporary clinical trial literature. The evidence for this has been accumulating in the last decade or so. Below is a non systematic collection of the review papers which have looked at how different types of reporting bias affect clinical trials literature across a whole range of interventions. The reviews did this by comparing different sources of information (usually regulatory) with publications. Grouping is by study main finding, but many of the conclusions overlap :

- a) Reviews showing *differences between* submissions to regulators and published equivalent trials. The differences are enough to change the study conclusions: [Turner 2008](#), [Eyding 2010](#), [Jefferson 2014](#), [Beaumier 2015](#), [Mayo Wilson 2017](#)
- b) Reviews showing under and *non reporting of harms* associated with interventions: [Coyne 2012](#), [Golder 2016](#), [Hodkinson 2016](#), [Schroll 2016](#)
- c) Reviews showing the different *degree of data granularity* between data sources, especially clinical study reports compared to register entries and publications : [Wieseler 2012](#), [Wiesler 2013](#), [Doshi 2013](#), [Kohler 2015](#)
- d) Reviews showing early *publications misreporting* of an interventions' profile in its favour: [Rodgers 2013](#), [Fu 2013](#)
- e) Reviews showing major *unexplained discrepancies* between trial protocols and subsequent publication: [Chan 2004](#), [Vedula 2013](#), [Jureidini 2016](#)
- f) Reviews showing *selective reporting* of the effects of invasive cardiovascular devices: [Chang 2015](#)

<sup>3</sup>Doshi et al. [http://blogs.plos.org/speakingofmedicine/2018/04/26/revealing-the-rest-of-the-iceberg-the-restoring-invisible-and-abandoned-trials-riat-support-center-grant-competitions/?utm\\_source=feedburner&utm\\_medium=feed&utm\\_campaign=Feed%3A+plos%2FMedicineBlog%28B](http://blogs.plos.org/speakingofmedicine/2018/04/26/revealing-the-rest-of-the-iceberg-the-restoring-invisible-and-abandoned-trials-riat-support-center-grant-competitions/?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+plos%2FMedicineBlog%28B)

<sup>4</sup> Reese et al, 2019 - <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002966>

g) Reviews or case studies showing the impact of accessing underlying clinical study reports on study conclusions: [Vedula 2009](#), [Maund 2014](#) [Le Noury 2015](#) [Cosgrove 2016](#)

#### **essais abandonnés, invisibles ou mal rapportés**

\* La pandémie 2019 covidienne a forcé l'abandon de pratiquement tous les essais cliniques, causant des pertes humaines et financières énormes ; on aurait dû se concentrer sur les mesures préventives comme les masques, la distanciation, les fermetures, la sécurité des locaux fermés, les moyens naturels pour mieux résister aux infections.

La bonne nouvelle est qu'on risque moins d'être inondés de nouveautés inutiles, chères et risquées ; depuis plus d'une décennie la revue *Prescrire* n'a pas accordé de Pilule d'Or à aucun nouveau produit (ou indication) sauf en 2020 où le vaccin contre l'Ebola a remporté cette palme (2021 ;41(448) :143)

\* L'abandon des essais visant des maladies rares est aussi un gâchis humain (*Prescrire* 2021 :41(448) :147 et Rees et al *PloS Med* 2019 :16(11) :e1002966)

« On en arrive au point où les plus éminents chercheurs lancent une initiative (RIAT : Restoring invisible and abandoned trials: a call for people to publish the findings) pour republier les données caviardées par l'industrie<sup>5</sup>. Exemple concret : plus de 12 ans après la commercialisation du Gardasil, Peter Doshi en appelle à ré-examiner les essais de ce vaccin tant les études cliniques le concernant sentent mauvais<sup>6</sup>. »

\* En fin 2019, RIAT ajoute les essais mal rapportés, qu'il convient de dénoncer, signaler et corriger<sup>7</sup>

\* En Europe entre 2014 et 2019, plus de 80% des essais cliniques (exactement 778) conduits en milieu universitaire sont demeurés non publiés malgré la réglementation en vigueur depuis Juillet 2014... 14 universités de France, Italie, Norvège et Suède ne rapportèrent aucun essai et les autres universités de ces pays n'en rapportèrent que de 2 à 33 %.<sup>8</sup>

#### **TIDYING-UP OF A TEXT** Comment écrire toilettage d'un texte

##### **AIMSIB (FR)** Blogue multidisciplinaire à lire

##### **Association internationale de médecine scientifique, indépendante et bienveillante**

\* Pour de franches discussions et critiques tant par des médecins que des non médecins  
International Association of Scientific, Independent and Enevolent Medicine

#### **STATISTICS, MEDICAL Documentation suspecte**

##### **les statistiques médicales**

« Il n'y a aucune raison d'accorder plus d'objectivité aux statistiques médicales qu'aux statistiques scolaires ou policières »<sup>9</sup>

#### **ACRONYMS (FOR CLINICAL TRIALS)** Comment lire

« The rhetorical naming of the *Breast Cancer Prevention Trial* in the first place and of the class of drugs as *Chemoprevention*<sup>10</sup>» is based on the misleading assumption that prevention works and that chemoprevention works; better read the lines of the methodology, results and interpretation, and understand the lies between the lines ... Acronyms have become promotional tools

#### **acronymes / surnoms / noms de baptême / noms de fantaisie (des essais cliniques)**

\* Des noms comme HOPE, DREAM, ILLUMINATE, JUPITER, STAR, SPRINT, RESPOND, ADVANCE, REALIZE... ne sont pas choisis

<sup>5</sup> [BMJ](#) 2013;346:f2865

<sup>6</sup> <https://aimsib.org/2019/02/03/vaccin-hepatite-b-et-sclerose-en-plaque-comment-bien-sorganiser-pour-ne-rien-voir/>

<sup>7</sup> <https://restoringtrials.org/whatisriat/>

<sup>8</sup> FDA News, 2019 May 10th

<sup>9</sup> Jean Peneff, *La profession médicale*, 2007

<sup>10</sup> Joseph Dumit. *Drugs for life*, page 144

au hasard, il doivent être faciles à retenir, donner un a priori favorable quant aux résultats<sup>11</sup>; ils émanent directement du marketing et ne sont pas prometteurs d'une grande rigueur scientifique; ils sont devenus des outils promotionnels souvent trompeurs

#### **FILTRATION OF RAW DATA *Transparence***

##### **épuration des données brutes**

\* manœuvre souvent trompeuse de la part des sponsors d'un essai clinique; les figures et tableaux d'une demande d'AMM et d'une publication sont souvent l'objet d'une sélection des données. Les agences du médicament n'ont pas les ressources nécessaires et les promoteurs sont empressés.

#### **IN PRINT**

in press

**en impression; en attente de publication**

#### **AWARENESS ADVERTORIAL *Quoi ne pas lire***

« Quasi-educational message whose function is to teach about specific disease symptoms and mechanisms, used to build awareness of disease, and to create an urgency to treat diseases earlier and more aggressively »<sup>12</sup>

**publireportage / publi-rédactionnel de sensibilisation**

#### **COMPLETED ADR REPORT FORM *Pharmacovigilance***

**fiche d'observation (clinique) renseignée ; fiche de pharmacovigilance renseignée**

\* dont l'*informativité* est suffisante pour la croire valide

#### **CLINICAL PRACTICE GUIDELINES (CPGs) WE CAN TRUST (USA)**

Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines; Editors: Robin Graham, Michelle Mancher, Dianne Miller Wolman, Sheldon Greenfield, and Earl Steinberg. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. ISBN-13: 978-0-309-16422-1 - ISBN-13: 978-0-309-16423-8

Advances in medical, biomedical and health services research have reduced the level of uncertainty in clinical practice. Clinical practice guidelines (CPGs) complement this progress by establishing standards of care backed by strong scientific evidence. CPGs are statements that include recommendations intended to optimize patient care. These statements are informed by a systematic review of evidence and an assessment of the benefits and costs of alternative care options. Clinical Practice Guidelines We Can Trust examines the current state of clinical practice guidelines and how they can be improved to enhance healthcare quality and patient outcomes.

Clinical practice guidelines now are ubiquitous in our healthcare system. The Guidelines International Network (GIN) database currently lists more than 3,700 guidelines from 39 countries. **Developing guidelines presents a number of challenges including lack of transparent methodological practices, difficulty reconciling conflicting guidelines, and conflicts of interest.** Clinical Practice Guidelines We Can Trust explores questions surrounding the quality of CPG development processes and the establishment of standards. It proposes eight standards for developing trustworthy clinical practice guidelines emphasizing transparency; management of conflict of interest ; systematic review--guideline development intersection; establishing evidence foundations for and rating strength of guideline recommendations; articulation of recommendations; external review; and updating.

Clinical Practice Guidelines We Can Trust shows how clinical practice guidelines can enhance clinician and patient decision-making by translating complex scientific research findings into recommendations for clinical practice that are relevant to the individual patient encounter, instead of implementing a one size fits all approach to patient care. This book contains

<sup>11</sup> Prescrire 2012 ; 32(339) : 5

<sup>12</sup> Joseph Dumit. Drugs for life, page 63

information directly related to the work of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), as well as various Congressional staff and policymakers. It is a vital resource for medical specialty societies, disease advocacy groups, health professionals, private and international organizations that develop or use clinical practice guidelines, consumers, clinicians, and payers.

#### **des directives cliniques inspirant confiance**

\* On sait qu'elles ne sont pas immunisées contre l'influence de l'industrie mais malgré cela elles guident les praticiens dans leurs décisions cliniques affectant la diversité de leur patientèle et des circonstances spécifiques entourant leurs maladies

#### **ADVERSE DRUG REACTION DATABASE ; ADR database Document – Quoi lire**

##### **base (de données) de pharmacovigilance**

= Base informatisée où des notifications spontanées sont gérées, i.e. saisies, codées, classées, validées (contrôle de qualité), interrogées pour la génération et l'analyse de signaux

\* La plus grande base nationale est celle de la FDA au Maryland (É.-U.), la *FDA Adverse Event Reporting System*, siglée FAERS depuis 2012. La première fut celle du R.-U., alors dite *Yellow Card System* implantée après l'affaire thalidomide

\* Ces bases constituent la matière première des enquêtes de pharmacovigilance. Une telle 'banque' peut être publique (mondiale, nationale), industrielle, universitaire.

\* La plus grande base publique est celle de l'OMS en Suède, nommée *Vigibase au Uppsala Monitoring Center* (UMC) car elle regroupe et analyse les notifications nationales des pays qui collaborent

\* Pour un produit en particulier, la plus grande base est celle du fabricant novateur, mais elle n'est pas publique, malheureusement protégée par des lois déplorables, et il faut trop souvent passer par des recours légaux ou la loi de l'accès à l'information pour connaître tous les risques d'un produit.

#### **ADVERSE DRUG REACTION REPORT Document**

\* *spontaneous* when filed by a health professional in the course of his practice or by a patient; *mandatory / compulsory* when filed during clinical trials

##### **notification / déclaration / signalement / annonce (CH) d'effet indésirable médicamenteux**

\* spontanée quand elle origine d'un professionnel de santé au cours de sa pratique, ou d'un patient; obligatoire durant les essais cliniques

#### **ADVERTORIAL Document - Promotion cachée - Collusion rédactionnelle**

TN : from advertisement and editorial

##### **publiréactionnel; éditorial promotionnel**

= éditorial rédigé pour des fins purement commerciales

\* rédigé par un meneur d'opinion de premier plan (*key opinion leader*, KOL) aux liens d'intérêt déclarés ou non, ou par un rédacteur professionnel anonyme (*ghostwriter*)...

\* Par exemple Manson & Faich rédigèrent - sans divulguer leurs liens d'intérêt avec le fabricant Servier et le distributeur Wyeth - un éditorial<sup>13</sup> dans le *New England* en faveur des coupe-faim malgré leur corrélation avec l'hypertension pulmonaire (le risque relatif approché est multiplié par 23 !) révélée par l'enquête internationale cas-témoins menée par le Pr Lucien Abenham, ('One of the smokiest guns in the history of drug safety studies'<sup>14</sup>)...

Puis seulement quelques heures après la publication du *New England*, plusieurs médias rapportaient que les éditorialistes avaient été payés comme consultants auprès de compagnies intéressées à la vente d'anorexiennes. Le *New England* a dû s'expliquer<sup>15</sup>. Pour la petite histoire, Gérald Faich fut directeur de la pharmacovigilance et des statistiques à la FDA de 1983 à 1990, coprésident du groupe CIOMS et membre fondateur de la Société internationale de pharmacoépidémiologie (ISPE),

<sup>13</sup> *N Engl J Med* 1996; 335: 659

<sup>14</sup> Jerry Avorn, 2004, *Powerful Medicines*, page 78

<sup>15</sup> Angell & Kassirer. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NewEngland199610033351410>

avant de passer au privé chez Quintiles (fusionné depuis avec IMS) et plusieurs autres sociétés de développement clinique (CRO)

**ALERT NOTICE Document - Réglementation - Pharmacovigilance**

**avis / message d'alerte**

= message public à l'intention des professions de santé, provenant d'une Agence ou d'un fabricant, pour avertir d'un retrait du marché, d'un rappel de lot, d'une nouvelle mise en garde, précaution ou contre-indication, concernant un produit pharmaceutique, biologique ou un dispositif médical

« Information reçue ou émise dont le contenu présente un caractère de gravité potentiel ou avéré tel qu'il nécessite la mise en oeuvre, en urgence, d'actions correctives ou préventives - Informations destinées à des professionnels, ou, le cas échéant, à une population plus large, et dont le contenu présente un caractère de gravité potentiel ou avéré nécessitant la mise en oeuvre, en urgence, d'actions correctives ou préventives »<sup>16</sup>

**ALERT REPORT Pharmacovigilance - Document**

**15-day alert report**

\* ADR case report submitted by licence holder to the FDA who makes it mandatory for Serious Unexpected Adverse Experiences / Events or SUAE<sup>17</sup>

**notification accélérée**

\* en parlant du document de pharmacovigilance, pas de la procédure d'AMM

**ALLTRIALS CAMPAIGN Transparency – Essais – Éthique de la recherche – Comment lire – Mouvement critique**

« The UBC Therapeutics Initiative<sup>18</sup> was among the 50 patient support groups, medical societies, universities and consumer groups that came together In July 2015 to launch the AllTrials campaign in the US<sup>19</sup> and to say: “We are calling on everyone in our sector to join us in supporting the *AllTrials* campaign...”

Hundreds of thousands of patients have taken part in clinical trials which have never reported results. For every day that passes, more information is at risk of being lost forever. We have to make every clinical trial count. Join us today.” Campaign co-founder Dr Ben Goldacre explains: “Patients want the treatments that are best for them. This needs good quality evidence on what works...

Unfortunately, we now know that *around half of all clinical trials*, on the treatments we use today, are *withheld* from doctors, researchers, and patients. This makes a mockery of our efforts to make truly informed decisions. It also puts the reputation of the entire medical profession—and pharma—on the line.” “We provided our bodies, our tissue samples, our data,” says patient activist AnnaMarie Cicarella :

“I’ve heard the same sentiment expressed many times from patients in clinical trials, ‘This may not help me, but it may help another person.’ It’s time to honor that sentiment.” “Imagine there was an election,” says Steven Woloshin MD, a professor at the Dartmouth Institute for health policy and clinical practice...

“Would you trust the results if only half of the votes were reported? Imagine if the winner of the election was the one who decided which half of the voting was reported? That would be crazy, but that’s what the situation is when trials are not reported.” Since 2013, *AllTrials*<sup>20</sup> has won support from almost 600 patient groups, professional societies, and academic institutions, and 85 K members of the public...

---

<sup>16</sup> Afssaps

<sup>17</sup> <http://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/Vaccines/ucm074850.htm>

<sup>18</sup> <http://ti.ubc.ca>

<sup>19</sup> <http://www.alltrials.net/news/usa-launch/>

<sup>20</sup> <http://www.alltrials.net/>

The global campaign now represents 500 M patients, and it has helped change the law in Europe so that, starting in 2016, all drug clinical trials will be publicly registered and their results reported. In July 2015, AllTrials announced that pharmaceutical investors representing more than \$3.8 trillion in assets are supporting the campaign<sup>21</sup> »

#### **campagne AllTrials**

\* Les résultats d'un essai non publié constituent une trahison pour les participants, c'est un document qui doit être public.

Note éthique : Un consentement éclairé signé par les participants devrait contenir la notion que les résultats ne seront publiés qu'une fois sur deux et que la décision de cacher ou divulguer revient au commanditaire de l'essai. On peut parler qu'un tel ajout soit trop gênant et jamais mentionné lors du recrutement

#### **APPROVAL PACKAGE (USA) Document réglementaire**

« Approval Packages at the FDA are the decisional documents generated from the data, often 'raw' data submitted by manufacturers in support of new drug approvals. These documents are rigorous analyses, not simple reviews of application submissions. They are accessible on the Internet<sup>22</sup> for drugs approved since 1998...»

In addition, Briefing Documents are prepared for discussion for drugs that are, in general, not yet approved in the US, as well as for agents discussed by advisory committees for drugs requiring advisory committee meetings since 2000. These documents are important outside the US as some drugs denied approval by the FDA on safety grounds might be marketed in other countries. A few examples :

- a) The FDA analysis found that the atypical antipsychotic *sertindole* increased the risk of sudden cardiac death compared to *risperidone* with no trade-off in improved efficacy
- b) Safety issues involving *rofecoxib* (Vioxx™) were already identifiable in Approval Packages and Briefing Documents
- c) Safety issues involving *rosiglitazone* were already identifiable in Approval Packages and Briefing Documents
- d) The 1999 Approval Package of *oseltamivir* indicated the manufacturer had not submitted evidence of serious complications of influenza. This has been reflected in the product labeling for the drug since at least 2000 »<sup>23</sup>

#### **dossier d'AMM / d'approbation**

#### **ACADEMIC PUBLISHING**

**I'édition universitaire / scientifique / académique calque sémantique**

#### **ARZNEI-TELEGRAMM ; A-T (DE) - Bulletin pharmaco-thérapeutique indépendant, en Allemand**

\* If you can read German<sup>24</sup>, possibly the most critical independent drug appraisal available<sup>25</sup> - « Facts and comparisons for rational therapy are provided by the Arznei-Telegramm, which was founded in 1970 as an independent information service for German doctors and pharmacists ; its most important concern is the critical evaluation of benefits, risks and costs of medicines and therapeutic treatments »<sup>26</sup>

**Faits et comparaisons pour une thérapie rationnelle** (Traduction libre) N.d.T. Télégramme du médicament serait la traduction littérale

= mensuel pharmacothérapeutique allemand indépendant produit à Berlin ; ce service d'information fut créé en 1970 pour les médecins et les pharmaciens. La plus grande préoccupation du A-T est l'évaluation critique du bénéfice, des risques et des coûts des produits pharmaceutiques et des interventions thérapeutiques. Les Français disent que c'est un peu le pendant allemand de Prescrire (fondée en 1981) et les Allemands disent l'inverse...

<sup>21</sup> <http://www.alltrials.net/news/pharma-company-investors-call-for-clinical-trials-transparency>

<sup>22</sup> <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm>

<sup>23</sup> Larry Sasich at <http://www.bmjjournals.org/content/347/bmj.f1880/rr/653909>

<sup>24</sup> <http://www.arznei-telegramm.de>

<sup>25</sup> Elena Pasca

<sup>26</sup> <http://www.deutschland.de/en/health/health-services.html>

« La revue médicale allemande A-T est une véritable institution en Allemagne et dans l'espace germanophone. Elle est éditée par un institut indépendant d'information sur le médicament de Berlin. A-T est indépendante de l'industrie pharmaceutique, n'accepte aucune publicité d'aucune sorte et n'est financée que par les abonnements...

Elle se bat depuis 49 ans pour un usage rationnel du médicament, pour une information médicale transparente et indépendante, pour que le seul critère qui importe soit la santé des patients et non les intérêts financiers ou autres des médecins, de l'industrie pharmaceutique, des pharmaciens, etc. Ses analyses font date et sont considérées comme des références...

Elle a dans son comité de rédaction des professionnels de santé très réputés. A-T fait partie de l'[ISDB](#), union internationale de bulletins thérapeutiques indépendants »<sup>27</sup>

« *Arznei-Telegramm*, c'est près de 50 ans d'un parcours sans faute, toujours en première ligne dans la bataille pour un usage rationnel du médicament, contre les COIs et autres influences sur les prescripteurs. On trouve soit la revue soit l'un de ses rédacteurs, dans toute action règlementaire significative dans ce domaine...

Ils déconstruisent aussi un par un les mythes et fictions du marketing par lesquels l'industrie pharmaceutique cherche à justifier ses excès et son *ghost management* (gestion souterraine) de tous les rouages du système de recherche, de formation et d'information médicales »<sup>28</sup>

« La revue a été fondée par un groupe de médecins qui avaient d'abord distribué des tracts lors d'un congrès de médecine à forte présence publicitaire pharmaceutique. Devant tous les stands commerciaux, ils appelaient tous les professionnels de santé à chercher des sources d'information indépendantes et offraient des analyses indépendantes des médicaments vantés dans les publicités. L'esprit est resté le même...

Preuve de sa totale indépendance, A-T toujours été financée exclusivement par les abonnés, sans aucune subvention publique, ni financement industriel ou autre...

Très respectée en Allemagne et dans les pays germanophones [OE, CH], où elle constitue la principale référence pharmacologique indépendante, la revue est depuis > 40 ans toujours en première ligne dans le combat pour un usage rationnel du médicament, contre les COI et contre toute forme de biais et d'influence sur les professionnels de santé...

A-T est membre de l'*Union internationale des journaux pharmacologiques indépendants* (International Society Of Drug Bulletins ou ISDB), ainsi que du *Collectif Europe et médicament* (Medicines in Europe Forum), qui réagissent en commun à des questions d'actualité internationale, s'opposant par exemple aux dérives contenues dans le 'paquet pharmaceutique', une proposition de directive de la CE tendant à favoriser l'industrie en matière de pharmacovigilance et d'information des usagers...

A-T contient régulièrement aussi des articles thématiques à la fois synthétiques et avec des références détaillées qui déconstruisent un par un les mythes et fictions du marketing pharmaceutique, mettant à nu toutes les composantes du *ghost management* pharmaceutique, à tous les niveaux du système de recherche, de formation et d'information médicales...

Le travail est fait au moyen d'analyses qui ne sont pas militantes, mais toujours parfaitement argumentées et actualisées en fonction de toute la documentation scientifique disponible et des critères de la médecine fondée sur le niveau de preuve »<sup>29</sup>

**ATOUTE (FR)** - Site web avec forums - Consultation recommandée (FR)

---

<sup>27</sup> Elena Pasca, 25/02/2008, *Pharmacritique*

<sup>28</sup> <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/tag/arznei-telegramm+wolfgang+becker-brüser>

<sup>29</sup> Elena Pasca 2012, communication

DUPAGNE, Dominique. Abonnement gratuit<sup>30</sup>

\* Contient des forums d'échanges médicaux et des articles sur la pratique, l'enseignement et la déontologie médicale, l'éthique de l'information médicale. Mis en oeuvre en 2000 par le généraliste Dominique Dupagne, sans vocation commerciale... Fréquentation moyenne de 1,4 M de visiteurs uniques par mois, essentiellement sur les forums. *Atoute* se veut la figure de proue de la 'Médecine 2.0' francophone. La partie éditoriale s'intéresse à la santé publique, à l'indépendance de l'information et à l'éthique de la profession médicale

#### AUTHORSHIP : HONORARY, GHOST OR GENUINE? *Auteurs de documents*

« Claiming authorship for ghostwritten publications<sup>31</sup> » - « Authorship accountability »- « Academic authorship »

\* when a trial report is written by an anonymous professional hired by the sponsor, he is referred to as a *ghostwriter*

« Evidence of *honorary* and *ghost authorship* in 21% of articles published in major medical journals in 2008 suggests that increased efforts by scientific journals, individual authors, and academic institutions are essential to promote responsibility, accountability, and transparency in *authorship*, and to maintain integrity in scientific publication »<sup>32</sup>

#### autorat/paternité d'un article : honorifique, *prête-nom* ou intègre?

« Réclamer la paternité de publications rédigées en sous-main - « Responsabilité de la paternité (d'un article) » - « Paternité universitaire »

\* quand un compte-rendu d'essai est rédigé par un écrivain professionnel (nègre) à l'emploi du commanditaire, on le qualifie de rédacteur *anonyme*, en *sous-main*. L'auteur apparent devient un *prête-nom*

NDT : auteur *fantôme* est un emprunt discutable...

« L'usage de 'co-auteurs honoraires' constitue fraude et duperie; la propriété intellectuelle étant un bien indivisible et non transférable ... La publication qui traditionnellement consacrait la valeur d'un travail de recherche, constitue désormais une marchandise au même titre que les *Big Macs* et les boissons gazeuses »<sup>33</sup>

« Dans 6 grandes revues médicales internationales, un article sur cinq n'est pas correctement signé : soit des 'fantômes' n'apparaissent pas comme auteurs, soit des 'potiches' font office de caution honorifique sans avoir contribué aux recherches. C'est une forme de fraude scientifique moins spectaculaire que le bidouillage de résultats, mais tout aussi regrettable... Comme la littérature en général, la littérature scientifique est truffée de 'faux' auteurs. Avec, d'un côté, des auteurs fantômes (nègres), qui participent activement à une publication mais ne sont pas cités ; et, de l'autre, des auteurs honorifiques, également appelés 'invités' ou 'potiches', qui à l'inverse sont signataires' »<sup>34</sup>

#### AUTHORSHIPS IN CLINICAL TRIALS OF HYPOGLYCEMICS *Rédaction en sous-main – Meneurs d'opinion – Comment lire*

« The past two decades have seen an explosive increase in the number of published clinical trials regarding glucose lowering treatment. Some authors have made a disproportionate contribution to the therapeutic evidence base; one third of the RCT evidence base on glucose lowering drug treatment for diabetes was generated by <1% of authors. Of these, 44% were company employees and 56% were academics who work closely with the pharmaceutical companies...»

3782 articles from 13 592 authors were identified. The top 110 authors were named in 1227 (32.4%) of all articles, and the top 11 authors in 397 (10.5%) of all articles. The top 110 authors published 991 RCTs for a median of 20 RCTs per author; the top 11 published 354 RCTs for a median of 42 RCTs per author...

Of the **110 top authors, 48 (43.6%) were employed by a pharmaceutical company**. Of the **991 RCTs, 906 (81%) were commercially sponsored**. Of 704 articles that could be assessed for conflicts of interest, **only 42 (6%) were considered fully**

<sup>30</sup> <http://www.atoute.org>

<sup>31</sup> Institute of Medicine, op cit

<sup>32</sup> Wislar et al. *BMJ* 2011;343:d6128, <http://www.bmjjournals.org/content/343/bmj.d6128.full.pdf>

<sup>33</sup> Bernard Boudreau. *Med Fam Can* 1999;45(Mai) :1141

<sup>34</sup> Sandrine Cabut. *Le Monde* 20.10.2011 – Site [http://www.lemonde.fr/cgi-bin/ACHATS/acheter.cgi?offre=ARCHIVES&type\\_item=ART\\_ARCH\\_30J&objet\\_id=1172139](http://www.lemonde.fr/cgi-bin/ACHATS/acheter.cgi?offre=ARCHIVES&type_item=ART_ARCH_30J&objet_id=1172139)

independent. Medical writing assistance [ ghostwriting ] was acknowledged in 439 (44.3%) of 991 RCTs »<sup>35</sup>

#### **les paternités d'auteurs dans les essais d'hypoglycémiants**

\* Ces chiffres témoignent de l'influence des fabricants en diabétologie et expliquent que la *conflation* de l'intérêt des nouveaux hypoglycémiants soit si répandue. Ce n'est pas avec les publications d'essais commandités, signés par des auteurs sponsorisés, qu'on aura l'heure juste sur le nouvelle vague d'hypoglycémiants; les situations de COI sont vraisemblablement comparables dans les comités émetteurs de guides de pratique clinique

#### **READING LIST OF BARY BLACKWELL** *Quoi lire - Sur la corruption généralisée –*

« There is an overwhelming amount of information in books documenting the damage but little, and now less, in scientific journals whose editors publish flawed and corrupt data they are slow to retract but also reject submissions that seek to expose the truth for fear of losing advertising revenue.

In the 12 years between 2004 and 2016, the nine volumes listed below provided a compelling indictment of the industry at large, much of it about psychopharmaceutical “blockbuster” drugs generating billions of dollars annually. The authors of these books are leading scientists, researchers, physicians, two former journal editors and investigative reporters. Every book is copiously referenced from primary sources and all have been well and enthusiastically reviewed :

- a) *Overdosed America*. John Abramson, M.D. Harper Press. 2004
- b) *The Truth about Drug Companies: How they deceive us and what to do about it*. Marcia Angel, M.D. Random House. 2005
- c) *Selling Sickness*. Ray Moynihan and Alan Cassells. Nation Books. 2005.
- d) *On The Take*. Jerome P. Kassirer, Oxford University Press, 2005
- e) *Law and Ethics in Biomedical Research: Regulation, conflict of Interest, Liability*. Trudo Lemmens and Duff Waring. University of Toronto Press. 2006.
- f) *Our Daily Meds*. Melody Peterson, Picador, 2008.
- g) *The Anatomy of an Epidemic: Magic bullets, Psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America*. Robert Whitaker. Crown Publishing. 2010.
- h) *Pharmageddon*. David Healy, University of California Press, 2012.
- i) *A.D.H.D. Nation*. Alan Schwartz. Scribner, 2016<sup>36</sup> »

#### **liste de lecture de Bary Blackwell**

\* l'auteur est psychopharmacologue retraité et historien amateur

NDT : *The Truth about Drug Companies* a été traduit (par Philippe Even), ainsi que *On the Take* (par Paul Longpré)

#### **BIG PHARMA, BAD MEDICINE : How Corporate Dollars Corrupt Research and Education – Comment lire**

ANGELL, Marcia. Boston Review, May/June 2010 – From a conference at Harvard on 10.12.2009

<http://bostonreview.net/angell-big-pharma-bad-medicine>

« The companies are supposed to develop profitable drugs, not necessarily important or innovative ones, and paradoxically enough, the *most profitable* drugs are the *least innovative*. Nor do drug companies aim to educate doctors, except as a means to the primary end of selling drugs. Drug companies don't have education budgets; they have marketing budgets from which their ostensibly educational activities are funded...

Until the mid-1980s, drug companies simply gave grants to medical centers for researchers to test their products, and then waited for the results and hoped their products looked good. Usually the research was investigator-initiated, that is, the question was something the academic researcher thought scientifically important...

Sponsors had no part in designing or analyzing the studies, they did not claim to own the data, and they certainly did not write the papers or control publication. Grants were at arm's length...

<sup>35</sup> Frits Holeman et al. 1.7.2015 - BMJ 2015; 351: h2638 - doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h2638> - <http://www.bmjjournals.org/content/351/bmj.h2638>

<sup>36</sup> <http://inhn.org/controversies/barry-blackwell-corporate-corruption-in-the-psychopharmaceutical-industry-revised.html>

Nowadays, to a remarkable extent, medical centers have become supplicants to the drug companies, deferring to them in ways that would have been unthinkable even 20 years ago. Often, academic researchers are little more than *hired hands* who supply human subjects and collect data according to instructions from corporate paymasters...

The sponsors keep the data, analyze it, write the papers, and decide *whether and when and where* to submit them for publication. In multi-center trials, researchers may not even be allowed to see all of the data, an obvious *impediment to science* and a *perversion of standard practice*...

Highly influential faculty physicians—referred to by the industry as “thought leaders” or “key opinion leaders” are the people who *write textbooks and medical-journal papers*, issue *practice guidelines* (treatment recommendations), sit on FDA and other governmental *advisory panels*, head *professional societies*, and speak at the innumerable meetings and dinners that take place every day to teach clinicians about prescription drugs...

In addition to grant support, academics may now have a variety of other financial ties to the companies that sponsor their work. They serve as consultants to the same companies whose products they evaluate, join corporate *advisory boards* and *speakers bureaus*, enter into patent and royalty arrangements, agree to be the listed authors of *articles ghostwritten* by interested companies, *promote drugs* and devices at company-sponsored symposia...

And allow themselves to be plied with expensive gifts and trips to luxurious settings. Many also have equity interest in sponsoring companies... Increasingly, industry is setting the research agenda in academic centers, and that agenda has more to do with industry's mission than with the mission of the academy...

Researchers and their institutions are focusing too much on targeted, applied research [aka translational], mainly drug development, and not enough on non-targeted, basic research into the causes, mechanisms, and prevention of disease. There's a high scientific opportunity cost in serving the aims of the pharmaceutical industry...

For example, new antibiotics for treating infections by resistant organisms are an urgent medical need, but are not economically attractive to industry because they are not likely to generate much return on investment. In addition to *distorting the research agenda*, there is overwhelming evidence that drug-company influence *biases the research*. Industry-supported research is far more likely to be favorable to the sponsors' products than if publicly supported ...

An important cause of bias is the suppression of *negative results*. But clinical trials are also biased through research protocols designed to yield favorable results for sponsors. There are many ways to do that... The truth is that COIs distort medical research, and advances occur *in spite of* them, not because of them...

COIs affect more than research. They also directly shape the way medicine is practiced, through their influence on practice guidelines issued by professional and governmental bodies and through their effects on FDA decisions

**BLOGPOST** *Écrit*  
**billet de blogue**

**BLOGUES FRANCOPHONES ÉDUCATIONNELS GRATUITS**

- \* Elena Pasca sur [pharmacritique.20minutes-blogs.fr](http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr)
- \* Luc Perino sur [lisperino.com](http://lisperino.com)
- \* Alexis Clapin sur [etudes-et-biais.com](http://etudes-et-biais.com)
- \* Jean-Claude Grange sur [docteurdu16.blogspot.com](http://docteurdu16.blogspot.com)
- \* Dominique Dupagne sur [atoute.org](http://atoute.org)
- \* Collectif de généralistes sur [forminddep.fr](http://forminddep.fr)
- \* Jean-Louis Montastruc et coll. sur [BIP31.fr](http://BIP31.fr)

\* Hervé Maisonneuve sur [redactionmedicale.fr](http://redactionmedicale.fr)

\* Marc Girard sur [rolandsimion.org](http://rolandsimion.org)

#### **BOOKS ON OVERMEDICALIZATION Quoi lire**

##### **livres sur la surmédicalisation**

- a) Brawley O. *How we do harm*. St Martins Press, 2012
- b) Welch et al. *Overdiagnosed*. Beacon Press, Boston, 2011
- c) Moynihan R. *Selling sickness*. Nation Books, NY, 2005
- d) Cassels A. *Seeking sickness*. Greystone, 2012
- e) Brownlee S. *Overtreated*. Bloomsbury, 2007
- f) Hadler N. *Worried Sick*. UNC Press, 2012 ; *The Last Well Person*. McGill-Queens, 2007 and numerous other related books

#### **BREGGIN, PETER Qui lire - Psychiatrie**

« Peter R. Breggin, MD, is a Harvard-trained psychiatrist and former Consultant at NIMH and for the FAA. He is known as "The Conscience of Psychiatry" for his many decades of successful efforts to reform the mental health field. His work provides the foundation for modern criticism of psychiatric diagnoses and drugs, and it also leads the way in promoting more caring and effective therapies. His research and educational projects have brought about major changes in the FDA-approved Full Prescribing Information, or labels, for dozens of antipsychotic and antidepressant drugs. He continues to educate the public and professions about the tragic psychiatric drugging of America's most vulnerable citizens including women, children, and the elderly.

Dr. Breggin's earliest reform efforts in the 1970s brought an almost complete stop to lobotomy and psychosurgery in the Western World. Then in the 1990s, he and his wife Ginger prevented a federal eugenics project on the nation's inner-city children. Both his anti-lobootomy and their anti-eugenics campaigns are described in his book co-authored with Ginger, *The War Against Children of Color*, as well as in many scientific articles. He has authored more than 70 scientific articles and more than 20 books, including medical books and bestsellers »

\* parmi ses articles, faut lire comment la psychiatrie officielle américaine fut la complice de la psychiatrie allemande dans l'Holocauste en aidant à l'extermination des malades mentaux et en approuvant l'eugénisme et l'euthanasie<sup>37</sup>

#### **CENTRE BELGE D'INFORMATION PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE ou CBIP (BE) Bulletin indépendant**

« Le CBIP est une association sans but lucratif, une structure comme une Loi 1091 en France. Elle est dirigée par des médecins et pharmaciens très orientés EBM et est très appréciée scientifiquement. Son travail est d'une fantastique utilité. La base de données des médicaments belges est toujours à jour, avec lien vers les notices boîte et lien vers les RCP (icônes bleues petite et grande à côté de chaque médicament) ainsi que les prix et les modalités de remboursement. De plus le CBIP édite des avertissements, des fiches d'information (les folias). La base est publique : [www.cbip.be](http://www.cbip.be)

La même base de données sert dans les logiciels de médecine générale. Quand je choisis une prescription dans mon logiciel, c'est la base de données CBIP qui me sert et j'ai accès aux mêmes informations. Nous sommes passés à la prescription électronique et la base est indispensable pour ce faire. De plus la base de données est aussi consultable sur une application dédiée pour smartphone. Elle est bilingue (néerlandais- français)

Le financement du CBIP est entièrement pris en charge par l'état belge, qui n'a rien à dire dans le contenu. (C'est comme ça que ça marche souvent en Belgique) L'état est obligé de faire ça car les médecins et pharmaciens soutiennent fortement le CBIP et cela depuis des années. Le CBIP a un historique qu'il faut trouver dans le formulaire thérapeutique du Dr Roelands, qui faisait autorité en Belgique dans les années 70-90. Il n'y a aucune publicité dans la base de données ni dans les systèmes d'information dans lesquels elle est exprimée.

<sup>37</sup> Psychiatry's role in the holocaust. Int J Risk Saf Med. 1993;4(2):133-48 - doi: 10.3233/JRS-1993-4204

Cette base n'est pas d'usage obligatoire et elle a des concurrents comme en France, type Vidal, financée par les firmes et avec pub incorporée. De temps en temps, au gré de la force des lobbies respectifs qui dominent le paysage politique belge, on entend que le CBIP pourrait être menacé. Mais pour le moment (2018), on est tranquille de ce côté. Le CBIP est quasiment reconnu comme un organisme d'intérêt public.<sup>38</sup> »

#### **ABSOLUTE RISK DIFFERENCE** *Comment lire et écrire*

##### **différence de risque absolu**

\* provient d'une *soustraction* entre deux taux, deux risques : celui observé chez les traités et celui des témoins.

\* l'inverse algébrique est le Nombre Nécessaire de Traiter ou NNT, variable plus intuitive et pertinente à une décision médicale.

Si la supériorité d'un traitement exprimée en différence absolue est de +20% (1 sur 5 patients est amélioré), le NNT est de 5

\* le NNT devrait toujours être présenté dans l'interprétation *pragmatique* d'un essai clinique, et annualisé dans la grande majorité des situations de traitements au long cours; c'est lui qui doit apparaître dans le résumé, avec son intervalle de confiance, plutôt que l'amélioration relative accompagnée de sa valeur de P

#### **BAD PHARMA : How Drug Companies Mislead Doctors and Harm Patients (UK) – Livre**

Ben GOLDACRE. London (UK) : Fourth Estate; 2012 – Faber & Faber ; 2012 - 448 pages / McClelland & Stewart/Signal – 430 pages

##### *Lecture recommandée*

\* His best book so far. A must read. In the tradition of John Abramson, Marcia Angell, Jerome Kassirer, Jerry Avorn, David Healy, Joseph Dumit... « Everyone who has not already purchased and read Ben Goldacre's book *Bad Pharma* should do so forthwith. Beautifully written, in a journalistic style accessible to a wide public , packed with insightful analysis and a devastating critique of Big Pharma »<sup>39</sup>

« Ben Goldacre made his name with an earlier book *Bad Science*. *Bad Pharma* is equally well written, strikes the right note of outrage, tackles the problems pharmaceutical companies pose to medical care and Evidence Based Medicine ... It targets the clinical trial data missing in company vaults, like Roche's withholding of key data on Tamiflu™, leading governments worldwide to hand over billions of our money to stockpile Tamiflu™ in recent years...

*Regulatory capture* of drug agencies fails patients and doctors, the system [ user fees ] can't be trusted to ensure that medications on the market are safe and effective...

Companies *game the system* of Randomized Clinical Trials, by a) selected reporting, b) selected patients and c) selected comparators ; d) trials are too short, e) too long or f) too small ; g) outcomes are surrogate, h) composite, i) incomplete or j) from subgroup analysis ; clinicians are misled by k) dramatic relative risk reduction when l) the absolute risk reduction is close to non-existent... Marketing is described in the juiciest details and the reddest meat... »<sup>40</sup>

« It takes only three words to sum up the key message of Ben Goldacre's new book, *Bad Pharma: Missing data kills*. In other words, what we don't know about the drugs we take every day can hurt us, even cause our deaths. Goldacre writes that 'there would be no medicine without medicines,' and those medicines, the fruit of the worlds' research-based pharmaceutical companies, will keep us healthy and well, but only when the drugs' worth has been proved by science, by data...

Where pharmaceutical research is hidden from sight, skewed or plain wrong, the implications for everyone's health can be dire.

---

<sup>38</sup> Marc Jamoulle, 2018

<sup>39</sup> Arthur Schafer, 2012

<sup>40</sup> David Healy, 2013 at <http://davidhealy.org/not-so-bad-pharma/>

Antidepressants are only the appetizer in Goldacre's scathing critique of the modus operandi of drug research, where, he writes,

'Drugs are tested by the people who manufacture them, in poorly designed trials, on hopelessly small numbers of weird, unrepresentative patients, and analyzed using techniques which are flawed by design, in such a way that they exaggerate the benefits of treatments...

Unsurprisingly, these trials tend to produce results that favour the manufacturer.' The book could very well be the one that initiates a game-changing global rethink of what we expect from medicine...

Probably the most insightful sentence in Goldacre's book is: 'The most dangerous tactic of all is the industry's enduring claim that these problems are all in the past.' The pharmaceutical companies and their many apologists will say major reforms are already under way, so why is Goldacre getting so huffy?

We heard that when *Selling Sickness* came out in 2005, and that all the nasty tricks we documented were all part of a bygone era. Well, they are not. As Goldacre's book shows, we've been through so many 'fake fixes' in the past that we are all starting to look like dupes...

In the early 1990s, when most everyone in the research world was beginning to get on the EBM bandwagon, extolling the virtues of RCTs, systematic reviews of evidence and prescribing guidelines for physicians, *Good Pharma* was way out front, doing what a good cat should do: using the new paradigm to catch mice (and producing immense wealth for shareholders)...

Where we go wrong is in assuming that Big Pharma and the many well-meaning researchers in its employ are in the health business. They are not. They are in the wealth-creation business »<sup>41</sup> - « Terrifying and true. You may never look at your medicine cabinet the same way again »<sup>42</sup> - « This shocking book shows how people have suffered and died because the medical profession has allowed industry's interests to trump patients' interests »<sup>43</sup>

« A page-turner. No mincing of words. Written for the ordinary person in a conversational style, but extremely angry, hard-hitting, well-documented. Could be a game-changer. Present scathing critiques of the \$800-billion pharmaceutical industry, including evidence of its routine suppression of negative clinical trial results, something Goldacre calls 'a global scandal that puts patients at risk' »<sup>44</sup>

« Warning : The pharmaceutical industry has serious side effects : flawed clinical trials, suppression of unfavourable results, poor regulation, diseases invented for profit, swollen marketing budgets, doctors and academics on the payroll of manufacturers. Goldacre dissects the drug industry, offering a simple and effective remedy for the sick business of Big Pharma »<sup>45</sup>

« Medicine is broken. This is the pharmaceutical industry as it has never been seen before. We like to imagine that :  
a) it's based on evidence and the results of fair tests. In reality, those tests are often profoundly flawed  
b) doctors are familiar with the research literature surrounding a drug, when in reality much of the research is hidden from them by drug companies  
c) doctors are impartially educated, when in reality much of their education is funded by industry  
d) regulators let only effective drugs onto the market, when in reality they approve hopeless drugs, with data on side effects casually withheld from doctors and patients »<sup>46</sup>

---

<sup>41</sup> Alan Cassels. *Globe and Mail* (Toronto) 22 Feb 2013, at <http://www.theglobeandmail.com/arts/books-and-media/book-reviews/ben-goldacre-and-big-pharmas-big-betrayal/article8964112/?service=mobile>

<sup>42</sup> Dara O Briain, 4<sup>e</sup> de couverture

<sup>43</sup> Sir Ian Chalmers, Founder of the Cochrane Library, en 4<sup>e</sup> de couverture

<sup>44</sup> Leonore Tiefer 2012, communication

<sup>45</sup> 4<sup>e</sup> de couverture

<sup>46</sup> <http://www.goodreads.com/book/show/15795155-bad-pharma>

« *Bad Pharma* specifically targets the problems with medicines. Although drug companies are the main target, the book also details problems with government regulators, patient advocate organisations, doctors, medical colleges, governments, journals, universities, academics and even ethics committees. The central thesis is that we do not reliably know what drugs, if any, we should be using to treat patients because the evidence on which we rely is so distorted at so many levels...

The distortions come from biases in study design, analysis and reporting, the latter including such things as selective outcome reporting, ghost writing, company spin and, worst of all, withholding of unfavourable study results by industry who sponsor most of the drug trials. All of these separate biases are in one direction: they favour the drug in question, leading to an overestimation of the benefits and an underestimation of the harms...

The problems listed include drug company influence over prescribing, both directly by drug rep contact, gifts and sponsored *medical education*, and via the patients by sponsorship of patient *advocate groups* and by direct to consumer advertising (DTCA)

Drug regulators and other government institutions are criticised as being *misdirected*, lacking authority, *lacking enforcement* and of being biased due to '*regulatory capture*' whereby a state regulator ends up promoting the interests of the industry it is supposed to monitor »<sup>47</sup>

« The stated aims of this openly polemic book are to explain how the relationship between the pharmaceutical industry and the field of medicine has distorted the practice of medicine. The author strongly emphasises the important issue of *missing data*. He describes how negative clinical trial data, that are not published due to strong *industry bias* and some academic *journal bias*, *distort the evidence* regarding the benefits and adverse effects of drugs...

This book has chapters covering the flaws in the drug *development process*, in the *design and reporting* of drug trials, and in the *inability of regulators* to carry out their roles. There is also an extensive discussion of *drug marketing practices*. He goes on to describe the role *prescribing doctors* and *key opinion leaders* play in the practice of medicine, which is now strongly influenced by pharmaceutical companies »<sup>48</sup>

**Méchantes pharmaceutiques : Comment elles trompent les médecins et nuisent aux patients** (Traduction libre)

\* *Deadly Medicines* (Gotsche), *Bad Pharma* (Goldacre), *Pharmageddon* (Healy), *Drugs for Life* (Dumit) et *La vérité sur les médicaments* (Borch-Jacobsen) sont des ouvrages phares pour comprendre comment l'industrie manipule le savoir médical et pharmaceutique et comment la profession se laisse manipuler mais en tire profit...

Ils aident le lecteur à mieux penser par lui-même et à exercer son sens critique face aux info-publicités, aux éditoriaux par meneurs d'opinion compromis, aux déclarations laconiques gouvernementales, aux soi-disant nouveaux paradigmes promus par les publicitaires des mondiales du médicament, aux guides de pratique clinique qu'on croit souvent dictés par le marketing des fabricants concernés, aux publications rédigées en sous-main de méga-essais cliniques nécessaires pour démontrer une différence statistiquement significative mais cliniquement futile et de sécurité douteuse, signées par des 'vedettes universitaires' aux liens d'intérêts qu'en principe ils sont maintenant tenus de déclarer mais dont ils se glorifient en privé et en nient l'influence sur leur jugement

**COBERT, Barton & Pierre BIRON. PHARMACOVIGILANCE FROM A TO Z : Adverse Drug Event Surveillance (USA, QC)** Malden MA : Blackwell Scientific; 2002 – 235 pages – ISBN 0-632-04586-8 - Foreword by Ralph Edwards, WHO/UMC Director in Uppsala

« Pharmacovigilance, the study of the adverse drug reactions which appear during a product's normal use for therapeutic purposes, is fast gaining the attention of the medical community. Aimed primarily at making drugs safer and improving drug surveillance, pharmacovigilance is currently a field of premier importance. The book provides a table of contents for use as a textbook of all vital aspects of this fast-growing field...

<sup>47</sup> [http://doctorskeptic.blogspot.ca/2012/12/book-review-bad-pharma.html?utm\\_source=feedburner&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=Feed%3A+TheSurgicalSkeptic+\(Doctor+Skeptic\)](http://doctorskeptic.blogspot.ca/2012/12/book-review-bad-pharma.html?utm_source=feedburner&utm_medium=email&utm_campaign=Feed%3A+TheSurgicalSkeptic+(Doctor+Skeptic))

<sup>48</sup> Laura Ahmad. *Aust Prescr* 2013; 36: 55 at <http://www.australianprescriber.com/magazine/36/2/artid/1392>

The alphabetized work provides the reader with information about the concepts, terms, methods, tools, definitions, and issues in pharmacovigilance. The referenced websites provide links to the changing information, such as local and international harmonization initiatives, changes in regulation, and new techniques...

This handbook is aimed not only at professors and students in the academic setting, but also at newcomers to the field of pharmacovigilance who must learn on their own the basics of this complex field »

**Abécédaire de pharmacovigilance : La surveillance des événements indésirables médicamenteux** (Traduction libre du titre du livre)

« Ce dictionnaire en langue anglaise regroupe plus de 400 entrées qui recouvrent de multiples facettes de la pharmacovigilance au niveau international. On y trouve des définitions de termes utilisés en pharmacoépidémiologie ou en pharmacovigilance, couvrant des concepts, des méthodes, des pathologies iatrogènes, des aspects réglementaires. Ces définitions sont référencées et illustrées d'exemples...

Diverses ‘affaires’ de pharmacovigilance, significatives mais trop vite oubliées, sont résumées et référencées ; elles contribuent à la connaissance historique de la discipline. Une sélection de groupes internationaux actifs dans le domaine est répertoriée, avec une présentation de leurs activités, des documents qu’ils produisent, de leurs coordonnées. Il s’agit d’organismes de pharmacovigilance, d’agences du médicament, d’associations de consommateurs, de revues indépendantes...

Les grandes actions en pharmacovigilance et les grandes actions de communication en matière d'EIM sont citées, telles les déclarations d'Uppsala ou d'Erice. La présentation sous forme d'un dictionnaire permet d'avoir accès rapidement à un panorama actualisé des activités en pharmacovigilance de par le monde, avec références et coordonnées pour prolonger les recherches...

En anglais simple et accessible, c'est un bon ouvrage d'autoformation et de pratique pour professionnels du médicament, et en première ligne les médecins et les pharmaciens »<sup>49</sup>

**COBERT, Barton, William GREGORY & Jean-Loup THOMAS. COBERT'S MANUAL OF DRUG SAFETY AND PHARMACOVIGILANCE.**  
(Livre) World Scientific; 2019 – 524 pages - <https://doi.org/10.1142/11228> – Quoi lire - Pharmacovigilance réglementaire

\* Completely revised and updated, the book is a how-to manual for those working in the fields of drug safety, clinical research, pharmacology, regulatory affairs, risk management, quality/compliance, and in government and legal professions. This comprehensive and practical guide discusses the theory and the practicalities of drug safety (also known as pharmacovigilance), and provides essential information on drug safety and regulations in the United States, Europe Union, and more, including: recognizing, monitoring, reporting, and cataloging serious adverse drug reactions. This Third Edition teaches the daily practice of drug safety in industry, hospitals, the FDA and other health agencies — both in the US and around the world — and provides critical information about what to do when confronted with a drug safety problem<sup>50</sup> ».

**COLLOQUES DE BOBIGNY (FR)** Quoi lire - Surmédicalisation diagnostique et thérapeutique

\* Les actes des éditions 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 et 2018 du Colloque sont tous accessibles en suivant le lien : [ici](#).

Organisé en 2019 par le groupe Princeps, la Faculté de Médecine de Bobigny, la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) et l'association Civic Santé, le thème est *L'intérêt public face à l'extension du domaine du pathologique*. Nous prenons le parti d'examiner cette thématique sous l'angle de l'intérêt public ou général, celui-ci compris comme le compromis le plus progressiste, pour la société. Nous partons aussi du constat largement partagé d'une spirale de diagnostics, d'actes médicaux, de traitements, inflationniste, coûteuse sur tous les plans, dangereuse et surtout dommageable pour tous.

<sup>49</sup> Rev Prescrire cité par e-med sur <http://www.essentialdrugs.org/emed/archive/200209/msg00021.php>

<sup>50</sup> <https://www.worldscientific.com/worldscibooks/10.1142/11228>

Tout aussi préoccupant, de nouvelles maladies sont formalisées, classifiées, envahissant nos corps, nos esprits et nos métiers. G. Canguilhem notait déjà en 1966 que « le vivant normal est celui qui est conforme à des normes déterminées par des moyennes. Mais devons-nous tenir tout écart pour anormal ? ». Aujourd’hui l’abaissement des normes (cholestérol, tension artérielle...), de même que certains dépistages de cancers (sein, prostate...), font entrer dans la catégorie des malades, des parts toujours plus grandes de la population.

Des « maladies » sont inventées pour trouver une utilisation à certaines molécules (comme dans le DMS V). La chimère de la « médecine personnalisée » laisse croire au public que chacun sera assuré de (et devra ?) bénéficier d’un traitement unique... L’industrie du médicament et de la santé et ses impératifs financiers pèse de tout son poids sur nos sociétés, largement promue par les médias et le mythe de l’innovation. La pathologisation non scientifiquement fondée est socialement inutile et difficile à maîtriser

En mai 2019 devait se tenir à la faculté de médecine de Bobigny le 8<sup>e</sup> Colloque portant sur la surmédicalisation en France et ses aspects controversés (dépistages, vaccins, dépenses...) mais sa tenue fut annulée de façon inattendue et injustifiée par la nouvelle doyenne de la faculté ; pourtant le précédent doyen parrainait le colloque depuis 2012<sup>51</sup>. La revue *Prescrire* a par la suite offert ses locaux.

La rencontre organisée le 12 janvier 2016 par le groupe Princeps et la SFTG sur le « Dépistage organisé des cancers du sein » est accessible [ici](#) et la rencontre du 16 octobre 2016 « Le prix, le coût et la valeur des médicaments » [ici](#).

**COMPENDIUM OF PHARMACEUTICALS AND SPECIALTIES: A Critical Analysis (CA)** – (Article) – *Comment lire*  
BELL RW, OSTERMAN JW. *Int J Health Serv* 1983; 13(1): 107-18

« *The Compendium of Pharmaceuticals and Specialties* (CPS) is the most widely used source of drug information in Canada, and is heavily financed by the pharmaceutical industry. A close examination of its contents comparing a computer-drawn, randomized sample of monographs from its "White Pages" to standard pharmacological reference works demonstrates certain of its characteristics:

- a) it uncritically includes many *inadequate* preparations;
- b) it *overstates the benefits*
- c) it *understates the adverse qualities* of many preparations; and
- c) it contains little or no information on *relative indications, efficacy, or price*

These characteristics serve to promote the marketing goals of the drug manufacturers and severely limit the volume's usefulness as an objective source of drug information. The role of the CPS and similar publications in the overall context of current drug company marketing strategies is discussed...

Finally, suggestions for improvements are made involving the elimination of direct manufacturer financing, and the creation of an objective, independent, nonprofit publishing agency supported by professional and governmental organizations<sup>52</sup> »

« This paper critically analyzes the CPS for its *misleading* and *biased* content -- based on the fact that it is an *advertising* document, not an *informational* resource. Companies pay for inclusion in each section, and they and they alone determine which preparations will be listed. Most of the submissions in recent years in the White Pages are either close to or simple reproductions of package inserts...

At the very least, from this paper, you can state that the CPS is not a reliable source of information, and will tend to minimize adverse effects, overstate benefits, and leave information out -- or supply so much, or in such a general form, that it is

---

<sup>51</sup> François Pesty

<sup>52</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6832868>

impossible to use reliably...

The paper was published in a Harvard journal, the *International Journal of Health Services*. My co-author John Osterman found the journal and facilitated its publication after 8 years of fruitless attempts to have the *Can Med Assoc J* or any other journal with pharmaceutical advertising, take it on »<sup>53</sup>

#### **Compendium Des Produits et Spécialités Pharmaceutiques (CA)**

\* le refus par le *Journal de l'Association médicale canadienne* de publier cet article publié en 1983 témoigne de la complicité entre le journal officiel de la profession médicale canadienne et l'industrie pharmaceutique. Les principales lacunes sont :

- a) le bruit (on noie les EIM important parmi les autres)
- b) le silence sur les effets indésirables observés en essais cliniques, on ignore les plus importants ;
- c) l'ignorance des EIM recueillis par notification spontanée ou le retard (coupable) de plusieurs années avant de les libeller ;
- d) une présentation sans hiérarchie, sans sévérité, sans fréquence approximative, sans la façon de les prévenir, dépister et corriger
- e) le manque d'évaluation de la pertinence des résultats (par une analyse à visée pragmatique), de la balance bénéfice-risque et des contraintes, substituant une seule mesure de contrôle d'ordre explicatif (le sempiternel  $P < 0,05$ ) aux nombreux biais affectant la pertinence clinique
- f) l'insistance sur l'indication sans évoquer l'importance du contexte clinique individuel des patients porteurs de cette indication
- g) l'absence de présentation du service médical rendu ou de son amélioration par rapports aux traitements existants
- h) le retard à réduire la dose de départ (primoprescription) suggérée lors du lancement du produit, afin de l'adapter aux patients fragiles

\* Note historique (FR)<sup>54</sup>: dans les années '70, Henri Pradal<sup>55</sup>, auteur d'un *Dictionnaire critique des médicaments*, et du livre *Le guide des médicaments les plus courants*, sortes d'alter-Vidal de l'époque, fut attaqué 14 fois en justice pour avoir osé publier des noms commerciaux et qualifier certaines spécialités d'inefficaces ou de toxiques ; les juges lui donnèrent raison. Le guide Pradal a ouvert la voie à une information critique du grand public. Pradal classait dès 1978 le Pondéral (fenfluramine de Servier) comme *certainement toxique et franchement cher*

#### **COMPPLICITY OF LEARNED JOURNALS** *Intégrité éditoriale – Comment lire*

« Most people trust that medical and scientific journals are reliable sources of knowledge. In the age of fake news and junk science nothing could be further from the truth. Most medical and scientific journals are owned by large publishing corporations and there is growing evidence that those corporations serve the private interests of their client corporations rather than the medical and scientific community. In other words, the corruption of science and the corruption of the journals are parts of the same phenomena. Science counts for very little when there is big money at stake.

The journals, with a few exceptions, are part of the problem rather than the solution. Instead of demanding rigorous peer review of a submissions and an independent analysis of the data, editors submit to pressures to publish favorable articles of industry-sponsored trials and rarely publish critical deconstructions of ghostwritten clinical trials. This is due to the simple fact that medical journals and their owners have become dependent upon pharmaceutical revenue and have failed to adhere to the standards of science.

Good news, i.e., the drug is safe and effective in journal submissions and press releases, means more pharmaceutical advertising and more orders of reprints which are disseminated by the sales force. The pharmaceutical industry and the medical journals make millions of dollars, especially from the publication of an allegedly positive trial of a blockbuster drug.

Bad news, i.e., that the drug is unsafe and ineffective does not result in increased revenue for the manufacturer, the journal or

---

<sup>53</sup> First author Warren Bell, 2016

<sup>54</sup> Catherine Sokolsky, Prescrire 2020 ; 40(435) : 72

<sup>55</sup> Pradal H. Éditions du Couloir de Gaube 1978 : 610-611

the publisher. Published reports of unfavorable outcomes or serious adverse events have been directly linked to sharp fluctuations in stock prices.<sup>56</sup> »

#### **complicité des revues savantes**

\* La première partie à lire dans un article est l'origine du financement de l'étude et les liens des auteurs avec les sponsors

\* Les articles publiés 'en primeur', pour correspondre à la présentation des résultats dans un congrès, sont immanquablement favorables au produit sans mentionner ses méfaits

#### **COMPRESSION FACTOR IN PUBLISHED TRIALS** *Transparence rédactionnelle*

« Our reliance on journal articles needs a redefinition, if not a shift. In the last decade, evidence has accumulated, across a spectrum of different interventions, that journal publications cannot be trusted. Article reports of clinical trials suffer from a grave illness which is curable, but needs a concerted approach to prevent the growing threat of *reporting bias*. When some of us started looking at the alternative sources of evidence for our Cochrane review of neuraminidase inhibitors for influenza nearly a decade ago, we discovered that below every 10-page trial report lies a far deeper and more complex web of data and information needing attention...»

That is, if the trial was published in the first place. The first problem is sheer bulk. For every page of journal article, there may be up to 8000 pages of regulatory data on the same clinical trial. We call it a *compression factor*<sup>57</sup> »

#### **facteur de compression dans les essais publiés**

#### **COMPROMISSIONS IN ACADEMIC LITERATURE** *Comment lire*

« Journal editors are expected to clean out the Augean stables of an increasingly *compromised* academic literature »<sup>58</sup> believes a former Chief Editor of the *New England*, Marcia Angell

#### **compromissions dans la documentation savante**

NDT : *compromissions de la littérature académique* est un double emprunt sémantique répandu

#### **CONFLATION** *Comment lire*

= exaggeration of benefits and minimisation of risks when discussing study results ; overinterpretation in favor of the research hypothesis; aka *spin*

#### **conflation**

= amplification des bienfaits dans les sommaires et conclusions d'articles de revues savantes et professionnelles, dans les médias de tout niveau

NDT : antonyme *déflation / amenuisement / minimisation* (des méfaits)

#### **CONFFLICT VITAE** *fam*

= portion of a curriculum vitae disclosing relevant COI of authors (real or ghosted) of clinical research results or clinical guidelines. It is insufficient to protect against COI but is a first step towards transparency in medical articles<sup>59</sup>

#### **déclaration d'intérêts conflictuels**

#### **CONFORMITY BETWEEN LABEL AND PATIENT NOTICE** *Documents réglementés*

#### **conformité entre le RCP et la notice patient**

#### **CONGRUENCE** *Éthique rédactionnelle*

#### **congruence**

\* Entre les données rapportées et les conclusions, le manque de *congruence* est trop fréquent et exige de lire la méthodologie avant le résumé des articles de recherche, après avoir vérifié ses sources de financement et les COI des signataires

---

<sup>56</sup> Leemon McHenry, 2019 - <https://davidhealy.org/villains-and-heroes-academic-thuggery/>

<sup>57</sup> Jefferson & Jorgensen. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2018-110918>

<sup>58</sup> Healy & Thase. *Brit J Psychiatry* 2003; 182 : 388

<sup>59</sup> GD Rubenfeld, *Lancet* 2007

**CONSPIRACY OF HOPE: THE TRUTH ABOUT BREAST CANCER SCREENING (CA)** *Quoi lire*

PELLERIN, Renée. Fredericton, NB (CA) : Goose Lane Editions ; 2018.

\* Le surdiagnostic du dépistage mammographique y est dénoncé brillamment par une journaliste d'enquête canadienne chevronnée, primée, indépendante et courageuse.

**CONTINUED MEDICAL EDUCATION (CME) MONTHLY** *Quoi lire*

**mensuel en formation médicale continue (FMC)**

« *Prescrire* est la plus exhaustive revue mensuelle pour les généralistes et les pharmaciens, et sans égal à cet égard même parmi les mensuels anglophones »

**CORPORATE SCIENCE AND THE HUSBANDRY OF SCIENTIFIC AND MEDICAL KNOWLEDGE BY THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY (UK) – Quoi lire - Épistémologie – Éthique scientifique**

MATHESON, Alastair. *BioSocieties* 2008; 3: 355-382<sup>60</sup> - doi: 10.1017/S1745855208006297

**CORRUPT TO THE CORE : Memoirs of a Health Canada Whistleblower (CA) – Quoi lire**

Shiv CHOPRA. Alton ON : Kos Publishing ; 2009 – 340 pages - ISBN-10: 097319457X - ISBN-13: 978-0973194579

Par un lanceur d'alerte en nutrition, muselé puis congédié par Santé Canada

« Dr. Shiv Chopra's name has become synonymous with food safety. To protect the integrity of our food, he has waged many battles against a succession of Canadian Prime Ministers and federal ministries of health. He refused to approve various *harmful drugs* to be used in meat and milk production. He defied *governmental gag orders*, spoke publicly to the media, and testified at many Senate and parliamentary committees.

Time and again the courts supported Dr. Chopra and ruled against government attempts to silence him. Also, time and again the government allowed dangerous drugs, agricultural practices, and carcinogenic pesticides to enter the food supply. Here is the full account of how government corruption endangers the food supply and how Dr. Chopra and his colleagues continue to speak the truth »

**CHOPRA, Shiv. CORROMPU JUSQU'A LA MOËLLE : Les mémoires d'un scientifique qui a choisi de sonner l'alarme (CA) – Quoi lire** Éditions Mieux-Être : 2009 – ISBN : 9782922969245 (292296924X)

« Le cancer de la corruption, par les grandes entreprises, de la science et de la réglementation en matière de sécurité, constitue de plus une menace sérieuse pour la santé publique, tant nationale qu'internationale. Le présent livre décrit comment un scientifique de premier plan a été témoin d'une telle corruption.

Son courage d'écrire injecte une dose de résistance dans tous ceux et celles qui se soucient de l'intégrité scientifique, de l'indépendance de la réglementation gouvernementale de l'influence des grandes entreprises et de la protection des citoyens contre des aliments et des médicaments dangereux »

**DAILYMED (USA) – Quoi lire – Monographies de la FDA**

<https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/>

DailyMed provides trustworthy information about marketed drugs in the United States. DailyMed is the official provider of FDA label information (package inserts). This Web site provides a standard, comprehensive, up-to-date, look-up and download resource of medication content and labeling found in medication package inserts.

The National Library of Medicine (NLM) provides this as a public service and does not accept advertisements. The drug labeling information on this Web site is the most recent submitted to the Food and Drug Administration (FDA) and currently in use; it may include, for example, strengthened warnings undergoing FDA review or minor editorial changes. These labels have been

<sup>60</sup> [http://www.law-lib.utoronto.ca/ghostwriter/Matheson\\_BioSocieties08.pdf](http://www.law-lib.utoronto.ca/ghostwriter/Matheson_BioSocieties08.pdf)

reformatted to make them easier to read.

#### **Dailymed**

\* Ouvrage de référence de la *National Library of Medicine* présentant des monographies de la FDA ; compendium de plus de 113 322 produits enregistrés auprès de la FDA (en 2019). Excellente ressource technique pour les prescripteurs et les consommateurs

#### **DEADLY PSYCHIATRY AND ORGANISED DENIAL Quoi lire**

GØTZSCHE, Peter C. Copenhague DK : *People's Press* ; 2015<sup>61</sup> – 403 pages - ISBN: 978-87-7159-623-6

Lecture recommandée

#### **PSYCHIATRIE MORTELLE ET DÉNI ORGANISÉ** – (Livre traduit)

GØTZSCHE, Peter C. Québec : Presses de l'Université Laval ; 2017 – 430 pages - ISBN : 978-2-7637-2844-5 – Traduction par Fernand Turcotte<sup>62</sup>

« Dans cet ouvrage, en se basant sur les faits disponibles, l'auteur montre que la manière dont nous utilisons habituellement les médicaments psychiatriques inflige beaucoup plus de tort qu'elle ne fait du bien. Le professeur et médecin Peter C. Gøtzsche calcule que les médicaments psychiatriques tuent chaque année plus d'un demi-million de gens de 65 ans et plus aux États-Unis et en Europe...

Ces médicaments sont une cause de décès importante, après les maladies cardiaques et le cancer. Or, la consommation actuelle de psychotropes pourrait être réduite de 90 %, tout en améliorant la santé mentale et physique ainsi que la survie des patients...

Dans son livre, Gøtzsche soutient aussi que les chefs de la psychiatrie – souvent à la solde de l'industrie pharmaceutique – ont créé et promu de nombreux mythes pendant des décennies pour mieux cacher le fait que la psychiatrie biologique a été généralement un échec...

La psychiatrie biologique croit que les médicaments sont la " solution " à presque tous les problèmes, en contradiction marquée avec les opinions des patients, car plusieurs ne réagissent pas bien aux médicaments qu'ils reçoivent »

#### **DEATH OF A WHISTLEBLOWER AND COCHRANE'S MORAL COLLAPSE Quoi lire – Livre choc**

Peter C. GØTZSCHE. Denmark : *People's Press*; 2019 – 263 pages - ASIN : B07N927GXC

« Professor Gøtzsche co-founded the Cochrane Collaboration in 1993 and has become one of the most respected academics of his time. His career has exposed malfeasance in the pharmaceutical industry, human clinical trials and drug regulatory agencies, empowering Cochrane to evolve into one of the world's most trusted scientific institutions. However, in September 2018, he was unceremoniously *expelled* after what can only be described as a *show trial* that left the rest of the world wondering what happened.

Gøtzsche fought to uphold Cochrane's original values of transparency, rigorous science, free scientific debates, and collaboration. But instead of maintaining scientific integrity, Cochrane's leadership had become consumed with managing the charity like a business, promoting its brand and products and demanding the censorship of dissenting views.

For the first time, Gøtzsche pulls back the covers on this unscrupulous process, giving us all access to secret recordings, which reveal how his own organisation betrayed him and mislead millions of people after Cochrane cowered to the threats and intimidation from his critics. This is the fascinating story about institutional corruption in one of the world's most venerated charities, which ultimately led to the worst show trial in academia you can imagine. »

<sup>61</sup> <http://www.deadlymedicines.dk/wp-content/uploads/2014/10/Gøtzsche-Deadly-Psychiatry-chapter-1.pdf>

<sup>62</sup> <https://www.pulaval.com/produit/psychiatrie-mortelle-et-deni-organise>

#### WORDS FROM THE AUTHOR

« This book, released two days ago, gives readers access to secret recordings, which reveal how the Cochrane leadership betrayed the charity's mission and values; misled millions of people about the facts; and trampled over all sorts of rules and agreements for charities and Cochrane in the process to get its way. I pull back the covers on this unscrupulous process. This is the fascinating story about institutional corruption in one of the world's most venerated charities, the Cochrane Collaboration, which ultimately led to the worst show trial in academia you can imagine. There were three main reasons why I was expelled from Cochrane:

1. Although I was a democratically elected member of the Governing Board, Cochrane's CEO, Mark Wilson, wanted me out not only from the board but from Cochrane because I had criticised his management.
2. My criticism of psychiatry and psychiatric drugs.
3. My criticism of the prestigious Cochrane HPV vaccine review, which my co-workers and I published in another scientific journal.

Mark Wilson did not stop by having me expelled. He even succeeded to get me fired from my job in Denmark two days ago, although Cochrane's own legal investigation showed I had done nothing wrong. Cochrane cannot survive without the altruistic contributions of thousands of volunteers. I have contributed a lot to Cochrane, including over 4 million Euros to software development. When the CEO can get people like me fired whose activities were paid for by a government in another country, it raises questions about whether this is an organisation you would want to belong to.

I fought to uphold Cochrane's original values of transparency, rigorous science, free scientific debates, and collaboration. But instead of maintaining scientific integrity, Cochrane's CEO is consumed with managing the charity like a business, promoting its brand and products and demanding the censorship of dissenting views. This is detrimental to a scientific organisation and action is therefore needed.

My book released on 31 January 2019 can be bought on Amazon for £22,19<sup>63</sup>:

See comments below :

\* This is like capital punishment what we're doing (Gerald Gartlehner)  
\* We are offering Peter's head on a platter and we'll be able to open up ourselves to a unified brand and more funding - The big winner in this conflict has been the pharmaceutical industry, having succeeded in weakening the voice of one of its greatest critics and having consolidated a Cochrane leadership closer to industrial interests with fewer audible critical voices (David Hammerstein)

\* A researcher is making inquiries about the suppression of information regarding children who died in a clinical trial and everyone is worried about what letterhead it is written on? (Ryan Horath)  
\* The CEO of the Collaboration, rather than finding that pursuit worthwhile, finds reason to think it might provide cause to expel the director from the collaboration (Robert Whitaker)  
\* This whole process really questions whether this would still be an organisation that you would want to contribute to (Karsten Juhl Jørgensen)

\* Peter is undoubtedly a giant, one of the greatest scientists of our times and one of the most influential, impactful, and useful voices in medicine at large. I cherish enormously his contributions (John Ioannidis, most cited medical scientist in the world)  
\* If your review is made up of studies which are biased and in some cases are ghost written or the studies are cherry picked and you don't take that into account in your review, then it's garbage in and garbage out with a nice little Cochrane logo on it" (Tom Jefferson)

*La mort d'un lanceur d'alerte et l'effondrement moral de la Cochrane* (Traduction libre)

---

<sup>63</sup> [https://www.amazon.co.uk/Death-whistleblower-Cochrane-moral-collapse-ebook/dp/B07N927GXC/ref=sr\\_1\\_15?s=books&ie=UTF8&qid=1549013946&sr=1-15&keywords=death+of+a+whistleblower](https://www.amazon.co.uk/Death-whistleblower-Cochrane-moral-collapse-ebook/dp/B07N927GXC/ref=sr_1_15?s=books&ie=UTF8&qid=1549013946&sr=1-15&keywords=death+of+a+whistleblower)

NDT : C'est le livre de l'année 2019 en ce qui concerne l'éthique scientifique en médecine, une histoire d'horreur du début à la fin. Depuis 2018 on ne peut plus se fier à l'impartialité légendaire de la Cochrane

**DECEITFUL AND CONFLICTED CLAIMS** *Comment lire - COI affirmations mensongères et intéressées*

**DECEPTIVE**

deceitful

« Deceptive manipulation of images / figures in a paper »

**trompeur ; fourbe**

« Manipulation trompeuse d'images / de figures dans un article »

NDT : *fourbe* s'applique à une personne responsable de *tromperie*

**DETAILED DOCUMENT**

**document** détaillé / circonstancié

**DISCLOSURE OF RESULTS** *Transparence*

**mise à disposition des résultats**

**DRUG INDUSTRY DOCUMENT ARCHIVE ; DIDA (USA)** – (Portail de documents internes d'entreprises attestant de collusions, tricheries et scandales entourant la scène médico-pharmaceutique) -  
University of California, San Francisco, Library. < <https://www.industrydocumentslibrary.ucsf.edu/drug/> > (accessed 2020)

« DIDA was created by the UCSF Library in collaboration with faculty members C. Seth Landefeld and Michael Steinman. Originally established to house documents from an off-label marketing lawsuit against Parke-Davis (United States of America ex rel. David Franklin vs. Parke-Davis), the archive has grown to include documents from additional sources illustrating how the pharmaceutical industry, academic journals and institutions, continuing medical education organizations and regulatory/funding agencies operate in ways that are detrimental to public health. For a full listing of these sources, see The Collections »<sup>64</sup>

« Contains internal corporate documents from large pharmaceutical companies including Merck, Parke-Davis, Wyeth, and Pfizer. These documents reveal questionable drug industry practices concerning clinical trials, publication of study results, pricing, marketing, relations with physicians and involvement in continuing medical education »

**DRUGS FOR LIFE: How Pharmaceutical Companies Define Our Health (USA)** – *Quoi lire - Surmédicalisation*

DUMIT, Joseph. Durham (NC) and London (UK) : Duke University Press ; 2012 – 282 pages – ISBN 978-0-8223-4860-3

\* The author teaches anthropology at the *University of California* in Davis where he heads *Science and Technology Studies*  
« It becomes natural and imperative to treat one's body with more and more drugs for the duration of one's life »<sup>65</sup> thanks to direct-to-consumer advertising and the new meanings given by Big Pharma to illness, risk, health, disease, experience and treatment

« Every year the average number of prescriptions purchased by Americans increases, as do healthcare expenditures, which are projected to reach one-fifth of the U.S. gross domestic product by 2020. In *Drugs for Life*, Joseph Dumit considers how our burgeoning consumption of medicine and cost of healthcare not only came to be, but also came to be taken for granted...

For several years, Dumit attended pharmaceutical industry conferences; spoke with marketers, researchers, doctors, and patients; and surveyed the industry's literature regarding strategies to expand markets for prescription drugs...

<sup>64</sup> <https://www.industrydocumentslibrary.ucsf.edu/drug/about/>

<sup>65</sup> page 55

He concluded that underlying the continual growth in medications, disease categories, costs, and insecurity is a relatively new perception of ourselves as inherently ill and in need of chronic treatment. This perception is based on clinical trials that we have largely outsourced to pharmaceutical companies. Those companies in turn see clinical trials as investments and measure the value of those investments by the size of the market and profits that they will create...

They only ask questions for which the answer is more medicine. *Drugs for Life* challenges our understanding of health, risks, facts, and clinical trials, the very concepts used by pharmaceutical companies to grow markets to the point where almost no one can imagine a life without prescription drugs »<sup>66</sup>

« Anthropologist Joe Dumit has written one of the most **important and radical** (going to the heart of things) books about health, marketing, medical research, and the pharmaceutical industry in recent decades...

It needs to be on the shelf of every follower of Angell, Abramson, Avorn, Greene, Cassels, Welch, Hadler, Healy, Brody, Conrad, Goldacre, Dukes, Heath, Gotzsche, Dukes, Poses and all the other doctors, journalists and social scientists broadcasting wake-up calls about how our current social perspective on health has been hijacked and turned on its head...

Even better than many of the others, Dumit explains how it came about that we no longer think of health as freedom from treatment, but think of health as getting treatment for asymptomatic risks that are somehow endangering our future...

This new paradigm of health - permanent risk and permanent treatment - is a catastrophe, because we are, always, perpetually, at risk of dying, and therefore if research (by the ever-growing pharmaceutical industry) is directed at uncovering risks, it will always succeed and there will be no future but more life-long pill regimens, more self-diagnoses, more screens, more tests, more side effects, more false results, more expense, and much much more worry...

And for what - precious little gain in longevity, symptom-free days, or genuine understanding of our minds and bodies. Seeing the obvious is the first step towards resistance and change, but we are deep in the pocket and it will be a long road out »<sup>67</sup>

« *Drugs for Life* is simply superb, a major accomplishment in the study of pharmaceuticals and their expanding relation to life itself. There is no recent scholarly work that attempts or accomplishes what Joseph Dumit does here, tackling the relation between big pharma and *clinical epistemology* in such a comprehensive and satisfying way...

He deftly links critical debates across the life and human sciences, making an important and compelling argument on a matter central to contemporary public debate »<sup>68</sup>

« In this provocative and important book, Joseph Dumit brings a new approach to bear on critiques of the pharmaceutical industry and U.S. healthcare. He marshals ethnographic research among drug company executives and marketing strategists, along with the analysis of scientific and popular representations of their products, showing how consumers have been tutored into a proactive stance toward health...

Over the past few decades, we have come to live by 'the numbers' and 'risk factors' that make embracing lifelong pharmaceutical regimes seem like common sense. But is it? Dumit explores the pharmaceuticalization of American culture and consciousness with a light, accessible touch that belies the depth of his knowledge »<sup>69</sup>

#### ***Lecture recommandée aux initiés en surmédicalisation***

***Des médicaments pour toute la vie : Comment les firmes pharmaceutiques définissent notre santé*** (Traduction libre)

---

<sup>66</sup> <http://www.amazon.com/Drugs-Life-Pharmaceutical-Companies-Experimental/dp/0822348713>

<sup>67</sup> Leonore Tiefer at [http://www.amazon.com/Drugs-Life-Pharmaceutical-Companies-Experimental/product-reviews/0822348713/ref=dp\\_db\\_cm\\_cr\\_acr\\_txt?ie=UTF8&showViewpoints=1](http://www.amazon.com/Drugs-Life-Pharmaceutical-Companies-Experimental/product-reviews/0822348713/ref=dp_db_cm_cr_acr_txt?ie=UTF8&showViewpoints=1)

<sup>68</sup> Lawrence Cohen, 2012

<sup>69</sup> Rayna Rapp, 2012

« On comprend pourquoi des esprits libres comme Joseph Dumit dans *Drugs for life* s'indignent de ce qu'on réduise la santé à des facteurs de risque chiffrés sans raisons de l'être<sup>70</sup> » - Un regard éclairant sur la surmédicalisation et la corruption du savoir médical

**EVEN, Philippe. CORRUPTIONS ET CRÉDULITÉ EN MÉDECINE (FR) Quoi lire**

Paris : Cherche-Midi ; 2015

\* Selon la FNAC : 'Par inconscience, naïveté, suivisme, paresse et pour certains, corruption, les médecins, et non l'industrie pharmaceutique', peut-on lire dans la présentation de l'éditeur, 'sont les premiers responsables des dérives et scandales concernant les médicaments' : 50 % de médicaments inefficaces, 5 % à haut risque, 30.000 morts par an et un scandale national tous les 2 à 3 ans...,

Ordonnances de 2 à 10 médicaments par consultation, Consommation 1,5 à 2 fois plus élevée que celle des autres pays. 37 milliards d'€ de dépenses, dont 10 à 15 milliards inutiles et au seul bénéfice d'une industrie qui, depuis 25 ans, ne se préoccupe plus de la santé des patients mais exclusivement de ses profits et qui est ainsi devenue de loin la plus rentable du monde, ...

parce qu'elle joue sur les espoirs et les peurs qu'elle suscite en inventant des pseudo-maladies destinées à lui ouvrir de vastes marchés dans les pays riches, alors qu'elle a cessé toute recherche, n'a sorti aucun grand médicament, et ne commercialise plus que des copies ou des médicaments non ou peu utiles vendus à des prix exorbitants...

Cette situation ne peut exister qu'avec la complicité des agences de santé, lentes, incomptentes, irresponsables, noyautées ou corrompues, et surtout avec celle des médecins eux-mêmes. Non pas les généralistes, plus victimes – trop souvent consentantes – que coupables, désinformés pendant leurs études et laissés ensuite aux mains de l'industrie à travers ses visiteurs médicaux, ses journaux, la formation médicale continue que l'État lui abandonne et les recommandations de ses agences téléguidées...

Néanmoins, 20 %, plus lucides, y échappent, à travers des associations comme FORMINDEP ou la lecture de Prescrire, seule revue fiable et indépendante que tous devraient lire, mais ne lisent pas. Or, et c'est l'objet essentiel de ce livre, les vrais responsables de toutes ces dérives sont nos mille cliniciens universitaires, dont le bagage scientifique, contrairement à ce qu'ils prétendent, est extraordinairement réduit, spécialement dans les disciplines liées au médicament et à son évaluation, biochimie, pharmacologie et statistiques...

La plupart n'ont pas la moindre idée de la réalité. Ils ne lisent, au mieux, que le titre et la brève conclusion des articles scientifiques et croient s'informer à travers les bavardages de couloir ou les présentations-minute des congrès médicaux, sans jamais remonter aux sources ni faire de lecture critique, attentive, calculette en main, des grands journaux anglo-saxons falsifiés par l'industrie et présentés de façon à la servir...

Ces universitaires-là constituent une masse inerte, toujours prête à avaler les couleuvres et convaincus que les médicaments les plus récents et les plus chers sont les meilleurs, alors que c'est malheureusement presque toujours l'inverse.

Le véritable danger vient de 5 % d'entre eux, baptisés leaders d'opinion clé, achetés et inféodés à l'industrie, à coup de contrats personnels, déclarés ou non, d'enveloppes en liquide, en général à l'étranger, et qui atteignent de 20.000 à 500.000 € par an ou plus, selon l'importance des marchés qu'ils assurent à l'industrie dans leur pays...

Ils la servent à toutes les étapes du parcours d'un médicament nouveau. Ils cosignent les yeux fermés les articles rédigés par les firmes, les présentent dans les congrès qu'elles financent, déterminent la position des sociétés savantes qui, financièrement, dépendent à 90 % de l'industrie, et sont toujours choisis, à cause de la notoriété médiatique que leur assurent les firmes,...

comme experts par les agences d'État, imposant ainsi les autorisations de commercialisation (AMM), empêchant les retraits du

<sup>70</sup> [http://encyclopedie.homovivens.org/documents/longue\\_vie\\_a\\_angeline\\_mort\\_aux\\_brevets\\_sur\\_ses\\_genes](http://encyclopedie.homovivens.org/documents/longue_vie_a_angeline_mort_aux_brevets_sur_ses_genes)

marché, assurant le remboursement maximal des médicaments et déterminant les recommandations officielles des agences, de telle sorte qu'en pratique, à travers eux, c'est l'industrie qui tient elle-même la plume des médecins prescripteurs...

Ce livre raconte l'histoire des leaders d'opinion clé aux É-U ou ailleurs dans le monde et en sélectionne, en France, une trentaine, dans les disciplines représentant les plus grands marchés, cardiologie, cancérologie, rhumatologie et psychiatrie. Pièces en main et nominalement, sont décrites leurs activités au service d'une industrie dont, universitaires et fonctionnaires de l'État, ils sont devenus les employés »

**EXPURGATION OF ADRS** *Comment lire - Censure*  
expunging / redacting / censuring of adverse reactions  
**expurgation / caviardage / censure des effets indésirables**

**EXTERNAL REVIEWER** *Rédaction*  
**examinateur / réviseur / relecteur externe**  
NDT : peut concerner, au sujet d'un manuscrit, le fond ou la forme ou les deux – Les maisons d'édition se constituent souvent une liste (*roster*) de relecteurs externe à consulter, qu'on appelle les *pairs*, d'où l'expression 'révision par les pairs'

**FACTS BOX** *Document*  
\* Drug Facts Box = a one-page summary of benefit and harm data for each indication of a drug<sup>71</sup>  
**fiche de synthèse**

**FACTSHEET, CLINICAL**  
**fiche de pratique clinique**

**FAILLIE, Jean-Luc & Dominique HILLAIRE-BUYS. EXAMPLES OF HOW THE PHARMACEUTICAL INDUSTRIES DISTORT THE EVIDENCE OF DRUG SAFETY: The Case Of Pioglitazone And The Bladder Cancer Issue** – Pioglitazone (Actos)– Cancer de la vessie  
Pharmacoepidemiol Drug Saf 2015 - DOI: 10.1002/pds.3925

« Hidden and untruthful animal data... Hidden cohort study analysis... The hidden disproportionality signal... The 'ghost' meta-analysis study ... Ghostwriting... The examples presented here prompt us to be aware that every level of data production by the firms (basic pharmacology, animal studies, and epidemiological research) could be subject to misconduct such as hiding and manipulating data that eventually results in delay or lack of crucial safety »

**FAULTY ABSTRACTS** *Comment lire*  
\* the last portion to read in a research report is the abstract, most often conflated (spinned) and misleading (biased) for the inexperienced reader. Read first the methods and the results, and make your own mind (à la Emmanuel Kant) before looking at the conclusion and the abstract  
**résumés fautifs**  
\* à lire *en dernier* car une majorité des résumés en recherche médicale sont faux, non publiés, non confirmés ou plus tard contredits - En cardiologie par exemple, les résumés sont de mauvaise qualité<sup>72</sup> et ne reflètent pas le contenu de l'article  
\* En médecine d'urgence on retrouve le même phénomène<sup>73</sup>

**FDA APPROVED DRUG PRODUCTS** – (Répertoire interrogable des AMM étatsuniennes) *Références*  
Drugs@FDA: FDA Approved Drug Products. At  
<http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/index.cfm>  
**Médicaments / spécialités autorisés par la FDA** (Traduction libre)

<sup>71</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3752172/>

<sup>72</sup> <https://www.redactionmedicale.fr/2019/05/en-1998-roy-pitkin-avait-montré-que-les-abstracts-des-essais-randoisés-ne-réflétaient-pas-le-contenu-des-articles-sa-c.html>

<sup>73</sup> [https://www.anneemergmed.com/article/S0196-0644\(19\)30230-6/fulltext](https://www.anneemergmed.com/article/S0196-0644(19)30230-6/fulltext)

\* Recommandé par Larry Sasich pour atteindre un dossier d'évaluation pré-AMM bien documenté

**FDA. DECISIONAL DOCUMENTS IN APPROVAL PACKAGES (USA)** – (Dossiers publics d'évaluation étatsuniens)

Food and Drug Administration. <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/>

« Approval Packages are the decisional documents generated from the data, often 'raw' data submitted by manufacturers in support of new drug approvals. These documents are rigorous analyses, not simple reviews of application submissions. They are accessible on the Internet for drugs approved since 1998 »<sup>74</sup>

« The FDA does not release clinical trial data but makes approval packages freely available. Approval packages contain additional information of the licensing application including detailed FDA officers' reviews of the trials, but they never contain the actual clinical study reports »<sup>75</sup>

#### EXAMPLE

« The following is the list of *decisional documents* in the *Drug Approval Package* for the Januvia (sitagliptin), a drug approved to manage blood glucose levels, at :

[http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/nda/2006/021995s000TOC.cfm](http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2006/021995s000TOC.cfm):

- a) Approval Letter(s)
- b) Printed Labeling
- c) Medical Review(s)
- d) Chemistry Review(s)
- e) Pharmacology Review(s)
- f) Statistical Review(s)
- g) Clinical Pharmacology Biopharmaceutics Review(s)
- h) Administrative Document(s) & Correspondence »

#### Dossiers d'évaluation (É.-U.) - (Traduction libre du titre du site)

\* Ce sont les dossiers étatsuniens d'évaluation clinique pré-AMM. Le site de la FDA est énorme, produit par la plus grande agence nationale du médicament au monde. Constitue une source importante de renseignements trop peu utilisée et dont on ne peut qu'encourager la consultation par les observateurs de la scène médicopharmaceutique, notamment par les Canadiens qui souffrent des lacunes et réticences de Santé Canada quant au partage de ces dossiers avec les prescripteurs<sup>76</sup>

Bien meilleur que les compendias nationaux (PDF, Vidal, CPS...) et les monographies sur le net

*Consultation recommandée.*

#### FIRST AUTHOR AND MANAGER

##### premier auteur et maître d'œuvre

\* il y a ceux qui le sont vraiment

\* et d'autres dont la position en tête d'un article sponsorisé n'est qu'honorifique (*ghosted author, ghosted trial managers*)

#### FLAGSHIP MEDICAL JOURNAL *Lire les essais sponsorisés avec méfiance*

##### périodique médical phare; journal médical vedette; fleuron de la presse médicale

\* Le NEJM est un fleuron parmi les revues savantes médicales généralistes mais malheureusement il côtoie de trop près l'industrie; le Lancet est lui aussi trop près des firmes. Il s'ensuit une dégradation de la rigueur scientifique dans les deux 'fleurons'. Désolant.

<sup>74</sup> Larry Sasich at <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f1880/rr/653909>

<sup>75</sup> <http://www.cebm.net/access-trial-data-done-dusted/>

<sup>76</sup> Larry Sasich, 2017

**FORMINDEP (FR)** – (<http://www.formindep.org>) – Collectif de FMC indépendante des généralistes - Consultation recommandée (FR)

= Association de médecins pour promouvoir une formation et une information médicales indépendantes de tout autre intérêt que celui de la santé des personnes en France. Acronyme de formation médicale indépendante au service des seuls professionnels de santé et des patients a été lancé en mars 2004 à l'initiative de Philippe Foucras, à l'époque médecin dans le Nord, formateur en médecine générale. En 2017 le CA est présidé par Anne Chailleu,

« Ils sont environ 200 résistants, médecins qui militent au grand jour contre l'emprise de l'industrie pharmaceutique sur le système de santé français, parce qu'ils la trouvent aussi dangereuse que coûteuse. Leur collectif, le *Formindep* (pour une formation et une information médicales indépendantes), est méconnu du grand public...

Pourtant, depuis quelques années et l'affaire du Mediator, ses combats trouvent un écho croissant dans le monde médical et commencent à porter leurs fruits, jusqu'à modifier les pratiques des plus hautes autorités sanitaires »<sup>77</sup>

« Les soignants reçoivent de la société la mission d'exercer leurs activités dans le seul intérêt de la santé des patients. Cette visée éthique implique des engagements précis des professionnels, des citoyens et des autorités sanitaires, en particulier concernant la recherche de l'indépendance vis-à-vis d'intérêts autres que ceux des patients. Les professionnels de santé sont de plus en plus au centre de multiples conflits d'intérêts compte tenu des enjeux économiques, financiers et politiques qui se cristallisent autour de la santé.

Le collectif *Formindep* tente en France de combattre les influences qui altèrent parfois gravement la qualité de la formation des professionnels et de l'information des patients. Il veut également favoriser l'élaboration et l'utilisation des moyens permettant aux professionnels, accompagnés par les patients, de résister à ces influences. Il soutient que cette attitude de résistance éthique relève des compétences nécessaires à une pratique professionnelle de qualité.<sup>78</sup> »

Le *Formindep* s'oppose à l'influence omniprésente des intérêts économiques du secteur de la santé, sensibilise professionnels de santé et étudiants en médecine à la réalité de l'influence du marketing et des liens d'intérêts sur leur pratique et s'engage pour une médecine fondée sur les meilleures preuves scientifiques et le seul intérêt du patient

#### **FRAMING OF HEALTH RISKS Comment lire - Statistique - FMC**

« When communicating risk, framing is important, influential and potentially misleading – Choosing relative risk over absolute risk is a good example of misleading communication »

#### **formulation des risques pour la santé**

« La formulation importe quand on communique un risque, elle est influente et potentiellement trompeuse – Préférer un risque relatif à un risque absolu est un parfait exemple de communication trompeuse »

#### **GHOST-MANAGED MEDICINE : BIG PHARMA'S INVISIBLE HANDS**

Sergio SISMONDO. Manchester UK: Mattering Press; 2018 – Free pdf

« Hidden from the public view, the many invisible hands of the pharmaceutical industry and its agents channel streams of drug information and knowledge from contract research organizations (that extract data from experimental bodies) to publication planners (who produce ghostwritten medical journal articles) to key opinion leaders (who are sent out to educate physicians about drugs) to patient advocacy organizations (who ventriloquize views on diseases, treatments and regulations), and onward. The goal of this ‘assemblage marketing’ is to establish conditions that make specific diagnoses, prescriptions and purchases as obvious and frequent as possible. While staying in the shadows, companies create powerful markets in which increasing

<sup>77</sup> Pascale Krémer. [http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/04/18/medecine-les-incorruptibles\\_3162091\\_1650684.html](http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/04/18/medecine-les-incorruptibles_3162091_1650684.html)

<sup>78</sup> Philippe Foucras - <https://journals.openedition.org/ethiquepublique/1818>

numbers of people become sick and the drugs largely sell themselves.<sup>79»</sup>

**Une médecine téléguidée : Les mains invisibles des grands laboratoires** (Traduction libre)

**GØTZSCHE, PETER C : BIOGRAPHY** Qui lire

Professor Peter C Gøtzsche graduated as a Master of Science in biology and chemistry in 1974 and as a physician 1984. He is a specialist in internal medicine; worked with clinical trials and regulatory affairs in the drug industry 1975-1983, and at hospitals in Copenhagen 1984-95. With about 80 others, he co-founded the Cochrane Collaboration in 1993 (the founder is Sir Iain Chalmers), and established the Nordic Cochrane Centre the same year. He became professor of Clinical Research Design and Analysis in 2010 at the University of Copenhagen and has been a member of the Cochrane Governing Board twice. Founded the Institute for Scientific Freedom in 2019. Currently works free-lance as researcher, lecturer, author and expert witness in lawsuits. Is visiting professor, University of Newcastle.

Peter has published more than 75 papers in "the big five" (BMJ, Lancet, JAMA, Annals of Internal Medicine and New England Journal of Medicine) and his scientific works have been cited about 50,000 times (his H-index is 70 according to Web of Science, April 2019, which means that 70 papers have been cited at least 70 times). Peter is author of several books. The most recent ones are:

- \* Vaccines: truth, lies and controversy (2019) (in several languages)
  - \* Survival in an overmedicated world: Find the evidence yourself (2019) (in at least 7 languages).
  - \* Death of a whistleblower and Cochrane's moral downfall (2019).
  - \* Deadly psychiatry and organised denial (2015) (in 9 languages).
  - \* Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care (2013) (**Winner**, British Medical Association's Annual Book Award in the category Basis of Medicine in 2014; in 16 languages).
  - \* Mammography screening: truth, lies and controversy (2012) (**Winner** of the Prescribe Prize 2012).
  - \* Rational diagnosis and treatment: evidence-based clinical decision-making (2007).
- \* Peter has given numerous interviews. One, about organised crime in the drug industry, has been seen about 300,000 times on YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=dozpAshvtsA>. Peter was in *The Daily Show* in New York on 16 Sept 2014 where he played the role of Deep Throat revealing secrets about big pharma. A documentary film about Peter's reform work in psychiatry, *Diagnosing Psychiatry*, appeared in 2017. Peter has an interest in statistics and research methodology. He has co-authored CONSORT for randomised trials ([www.consort-statement.org](http://www.consort-statement.org)), STROBE for observational studies ([www.strobe-statement.org](http://www.strobe-statement.org)), PRISMA for systematic reviews and meta-analyses ([www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org)), and SPIRIT for trial protocols ([www.spirit-statement.org](http://www.spirit-statement.org)). Peter was an editor in the Cochrane Methodology Review Group 1997-2014. Peter is Protector for the *Hearing Voices Network* in Denmark.

Peter's websites: [deadlymedicines.dk](http://deadlymedicines.dk) and [scientificfreedom.dk](http://scientificfreedom.dk). Email: [pcg@scientificfreedom.dk](mailto:pcg@scientificfreedom.dk).

**GUIDELINE PANELS AND CONFLICTS OF INTEREST Documents**

"The finding that most current members of guideline panels and half of chairs of panels have COI is concerning and suggests that a risk of considerable influence of industry on guideline recommendations exists... COI were highly prevalent among panel members of guidelines produced by Canadian specialty societies and US specialty societies but were significantly higher among Canadian panels (83% v 58%)..."

We found no statistically significant difference in the prevalence of COI among panel members of diabetes compared with hyperlipidaemia guidelines (56% v 44%)<sup>80</sup> - "Conflicted panels widen diseases, lower treatment thresholds"<sup>81</sup>

« Authors of guidelines frequently have undisclosed industry ties »<sup>82</sup> - « Can we no longer find 15 experts in the entire USA

<sup>79</sup> <https://www.matteringpress.org/books/ghost-managed-medicine>

<sup>80</sup> BMJ 2011;343:d5621 - Site <http://www.bmjjournals.org/content/343/bmj.d5621.abstract?etoc>

<sup>81</sup> Ray Monihan. BMJ 2001; 322: d2548

<sup>82</sup> Sierles FS et al. JAMA 2005 ; 294(9) : 1034

without financial links to industry? »<sup>83</sup>

"In a 2009 statement on type 2 diabetes, 11 of the 12 authors were heavily conflicted... working for an average of 9 companies each<sup>84</sup>", for a total of 99 conflicts around the same table writing 'authoritative' guidelines... Not much difference en 2019

« As defined by WHO, people with prediabetes have impaired fasting glucose, with a fasting plasma glucose concentration between 6·1 and 7·0 mmol/L; the *American Diabetes Association* (ADA) uses a lower cutoff value for impaired fasting glucose : 5·6—6·9 mmol/L »<sup>85</sup>, a lowering of 0.5 and 0.1 mmol/L by the pharma funded ADA

#### **comités de recommandations / panels de directives en conflits d'intérêts ; comité de lignes directrices en COI**

\* Selon le *BMJ* en 2011, 56% des membres qui produisent les recommandations sur le *diabète* sont en COI, tout comme 44% de ceux qui établissent les directives sur le *cholestérol* .... Les situations de COI sur ces comités sont 43% plus fréquentes au Canada qu'aux É.-U.

« Normes, règles et seuils sont déterminés par des comités d'experts dont les liens avec les producteurs de médicaments ou de biens technologiques sont constants bien que dissimulés ou vécus avec la plus inconsciente des bonnes fois »<sup>86</sup>

#### **GUIDELINES FOR REPORTING TRIALS Comment écrire**

##### **standards dans la rédaction d'essais**

« Vous pouvez accéder aux versions françaises en cliquant sur les acronymes suivants :

- a) [CONSORT](#) pour écrire des articles sur des essais contrôlés randomisés
- b) [STROBE](#) pour écrire des articles sur des études observationnelles

c) [PRISMA](#) pour écrire des articles sur des synthèses méthodiques (systematic reviews)

d) [STARD](#) pour écrire des articles sur des tests diagnostiques

e) [COREQ](#) pour écrire des articles sur des recherches qualitatives

f) [ENTREQ](#) pour écrire des articles sur une synthèse méthodique des études qualitatives

g) [SQUIRE](#) pour écrire des articles sur des études sur l'amélioration de la qualité des soins

h) [CARE](#) pour écrire des articles sur des observations cliniques

i) [SAMPL](#) pour aider la rédaction des méthodes statistiques

j) [SPIRIT](#) pour rédiger des protocoles d'essais cliniques »<sup>87</sup>

#### **HEALTH ACTION INTERNATIONAL ; HAI (NL) Organisation sans but lucratif**

« A non-profit, independent, global network of over 200 consumer groups, public interest NGOs, healthcare providers, academics and individuals in more than 70 countries, operating from four regional offices (Amsterdam, Penang, Lima and Nairobi) and HAI Europe (Amsterdam)... HAI promotes increased access to *essential medicines* and their rational use, through research excellence and evidence-based advocacy, and works to achieve a world in which all people, particularly the poor and disadvantaged, are able to exercise their human right to health »<sup>88</sup>

#### **Action internationale pour la santé; AIS**

= réseau informel de près de 200 unions de consommateurs, organismes de santé, organismes d'aide au développement et autres groupes d'intérêt public et d'individus, qui s'occupent de questions sanitaires et pharmaceutiques dans près de 70 pays. L'AIS promeut activement un usage plus rationnel des médicaments par la recherche, la formation, les campagnes d'aide, le plaidoyer et le dialogue<sup>89</sup>

<sup>83</sup> Fiona Godlee. BMJ 2013; 347: f7022 - <http://www.bmjjournals.org/content/347/bmj.f7022>

<sup>84</sup> Rodbard H et al. Endcr Pract 2009;15 :540-59

<sup>85</sup> Editorial. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2960960-X/fulltext?elsca1=ETOC-LANCET&elsca2=email&elsca3=>

<sup>86</sup> Marc Jamouille

<sup>87</sup> Hervé Maisonneuve, 21.1.2015, sur <http://www.h2mw.eu>

<sup>88</sup> <http://hai-europe.org/wp-content/uploads/2013/03/Project-Officer-TOR-March-2013-6.pdf>

<sup>89</sup> <http://haiweb.org>

On promeut l'accès aux médicaments essentiels (surtout au tiers monde), l'usage rationnel des médicaments, la rigueur en science clinique et en communication. On y dénonce notamment l'indifférence et la cupidité des labos envers les pays sous-développés. La Direction inclut le canadien Joel Lexchin, ses membres incluent *Prescrire*, le réseau ISDB de bulletins indépendants et le *Collectif Europe et Médicaments*. Les définitions des médicaments essentiels y sont à l'abri de l'influence des labos que l'on perçoit dans la liste de ces médicaments produite par l'OMS.

On peut faire confiance à ses publications et prises de position

***HEALTH ADVOCACY, Inc : How Pharmaceutical Funding Changed the Breast Cancer Movement (CA)*** – Quoi lire – Surdiagnostic – Associations sponsorisées de patientes

BATT, Sharon. Vancouver (CA): University of British Columbia Press ; 2017 – 368 page - ISBN: 9780774833844

[http://www.ucpress.ca/search/title\\_book.asp?BookID=299175484](http://www.ucpress.ca/search/title_book.asp?BookID=299175484)

"Sharon Batt was a pioneer of the breast-cancer patients' movement. No one is better positioned to tell the ultimate insider story of how the movement grew, feuded, and was slowly sundered by Big Pharma's clever seductions. It's a blistering but balanced study of the impossible strains imposed on our medical system and those who struggle within it – a cautionary but constructive tale for our times." – Michele Landsberg, journalist, breast cancer survivor, and author of *Writing the Revolution*

Sharon Batt catalogues with exquisite and agonizing precision the predatory funding by drug companies of breast-cancer–patient advocacy groups and the consequent loss of authenticity and trustworthiness of breast cancer advocates. It is an alarming historical record and inseparable from government cuts to patient groups and the infiltration of corporate values into patient care and activism." – Philip B. Berger, MD, long-time downtown Toronto physician

"This is a powerful insider account, coupled with excellent scholarship, of Big Pharma's doings in relation to the breast cancer movement. After reading this book, the only thing I wanted was more – more information on how this work applies to other countries and to other health advocacy movements. This is a vitally important book." – Evelyne de Leeuw, director of the Centre for Health Equity Training Research and Evaluation (CHETRE) at the University of New South Wales, AU

"This riveting history of the breast cancer movement chronicles, analyzes, and evaluates the relationship between patient advocacy organizations and the pharmaceutical industry. The author's auto-ethnographic observations shine brilliantly, and the issues she raises should incite debate about the need for medical reform and new health policy." – Sergio Sismondo, professor of philosophy, Queen's University, and co-editor of *The Pharmaceutical Studies Reader*

"Sharon Batt, herself a breast cancer survivor, weaves the personal with the political to tell the story of how most of the breast cancer movement ended up in the arms of the pharmaceutical industry. Abandoned by the federal government as it increasingly adopted a set of neoliberal values, the patient breast cancer groups turned to the drug companies for funding, and in doing so lost their way." – Joel Lexchin, MD, Professor Emeritus, Faculty of Health, York University and author of *Doctors in Denial: Why Big Pharma and the Canadian Medical Profession Are Too Close for Comfort*

"I recommend this book to anyone who wants to understand the government policy changes and the manipulations, conflicts of interest, and very human dynamics that undermined the integrity of the breast cancer patient/survivor movement and skewed patient advocacy towards pharmaceutical industry interests. Sharon Batt's meticulous research lays bare the troubling dynamics of drug industry funding and explores better ways to protect women's health." – Ann Silversides, award-winning health policy journalist and author of *AIDS Activist: Michael Lynch and the Politics of Community*

"Sharon Batt has given us a riveting account of how health advocacy in Canada became colonized by the pharmaceutical industry. As a leader in the breast cancer and women's health movement, she provides a compassionate and scholarly overview of the moral and ethical dilemmas many health activists faced when Big Pharma came knocking at the door. *Health Advocacy, Inc.* describes the public policies that were behind these heart-wrenching debates on the front lines and provides a roadmap

back to independence." – Colleen Fuller, cofounder and president, *PharmaWatch Canada*

"A searing indictment of industry subversion of 'patient' groups. Batt chronicles the rise of industry fronts and industry-influenced patient groups that arose in parallel with (and as a result of) the rise of neoliberalism. She demonstrates how the same tools used by industry to influence doctors are used to influence key patient groups in ways that patients may not recognize. Required reading for all lay groups tempted by industry money." – Jeanne Lenzer, associate editor, *British Medical Journal*, and author of *The Danger within Us: America's Untested, Unregulated Medical Device Industry and One Man's Battle to Survive It*

"As a public intellectual whose work spans the worlds of journalism, the women's movement, breast cancer advocacy, and the social studies of medicine, Sharon Batt provides a nuanced analysis of the vexing problem of political advocacy and industry funding. This book has important implications not only for health policy and patient advocacy but also for the broader political conversation about neoliberalism, democracy, social movements, and social fairness." – David J. Hess, professor of sociology, Vanderbilt University, and author of *Undone Science: Social Movements, Mobilized Publics, and Industrial Transitions*

"Sharon Batt's thorough and detailed book revisits some key history around breast cancer activism, pointing out, for example, the serious conflict of interest that shaped the work of the prominent women's health movement advocate Rose Kushner. Batt both 'follows the money' and also offers a sympathetic analysis of the challenges facing public interest groups seeking to educate the public in the face of well-financed opposition.

A must for any social justice activist wishing to learn from the past, as well as why there is no such thing as a free lunch and how hard it can be to avoid biting the hand of those that feed us. I was particularly pleased to see the chronicling of how several long-time principled activists within the Canadian women's health movement laid the foundation for important crossborder collaboration with US feminist activists that extends even to this day." – Judy Norsigian, cofounder of the *Our Bodies, Ourselves* organization and co-author and co-editor of *Our Bodies, Ourselves*

**Promotion Santé Inc. : Comment les subventions des laboratoires ont modifié le mouvement contre le cancer du sein**  
(Traduction libre)

**HEALTH CARE RENEWAL (USA)** – (Blogue de Roy Poses) *Politiques de santé*

« In the last 15 years, our concept of the causes and dimensions of health care dysfunction has enlarged and is still in flux. Our latest version included:

- a) threats to the integrity of the clinical evidence base; deceptive marketing; distortion of health care regulation and policy making;
- b) bad leadership and governance;
- c) abandonment of health care as a calling;
- d) perverse incentives that put money ahead of patients, education, and research;
- e) the cult of leadership;
- f) managerialism;
- g) impunity enabling corrupt leadership; and
- h) taboos.

Within each of these were multiple sub-issues. Although the concept of health care dysfunction, and some pieces of the issues we discuss, e.g., conflicts of interest (COI) affecting the integrity of the clinical evidence base and of health care organizational leadership, have entered the public consciousness, much of what we discuss on Health Care Renewal remains taboo<sup>90</sup> ».

« While blogging for Health Care Renewal over the years, I have heard lots of people who are unhappy about the issues we cover, mainly as they affect health care, but also as they affect the larger political economy, for example:

---

<sup>90</sup> Roy Poses, 2019

a) concentration and abuse of power  
b) conflicts of interest and health care corruption  
c) health care leadership that is ill-informed, fails to uphold health care professionals' values and is mission hostile, self-interested, conflicted or corrupt

d) health care governance that is opaque, unaccountable, or dishonest  
e) deceptive marketing, public relations, propaganda and disinformation  
f) threats to the integrity of science, including manipulation and suppression of research  
g) threats to dissenters and whistle-blowers, and generally to free speech and expression, to free association

***Le renouveau en soins de santé*** – (Traduction libre)

\* l'abonnement à ce blogue est gratuit

« Roy Poses est le fondateur et principal auteur du meilleur site sur le complexe médico-industriel.

<http://hcrenewal.blogspot.com> Parmi les thèmes abordés sur ce blog très documenté figurent :

- a) le marasme éthique et moral en médecine ;
- b) la perte du professionnalisme (au sens anglo-saxon, qui met l'accent sur la déontologie et sur les modalités d'application d'un savoir technique, dont la simple maîtrise théorique n'est que le degré zéro) ;
- c) la dévalorisation des valeurs éthiques en médecine au profit d'un appât du gain croissant ; la dégringolade morale de la médecine universitaire (et pas seulement...);
- d) les diverses formes de corruption, conflits d'intérêts et lobbying et leurs conséquences ;
- e) les leaders d'opinion et autres formes d'asservissement à l'industrie pharmaceutique ;
- f) les influences, manipulations et biais plus ou moins directs de l'industrie pharmaceutique à tous les niveaux (formation initiale et formation médicale continue, presse et information médicale en général, recherche clinique...)

Le blogue Health Care Renewal s'est imposé comme LA meilleure référence américaine sur ces sujets, sans aucun équivalent français comparable<sup>91»</sup>

\* Abonnement gratuit, *fortement recommandé*

***HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT ; HTA (UK)*** – (Base britannique de données d'évaluations de technologies de la santé)

University of York Centre for Reviews and Dissemination (UK). - *Références*

<https://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/Homepage.asp>

« The focus of the HTA database is on completed and ongoing health technology assessments from around the world. The HTA database is a valuable source for identifying grey literature as much of the information it contains is generally only available directly from individual funding agencies. Database content is supplied by the 52 members of the *International Network of Agencies for Health Technology Assessment* (INAHTA) and 20 other HTA organisations around the world...»

Details of other on-going systematic reviews are also registered on the HTA database. The scope for inclusion is broad, encompassing any study designated as a health technology assessment by the contributing organisation »

***Évaluation des technologies de la santé*** – (Traduction libre)

\* Ouvrage de référence en recherche évaluative et en matériovigilance

***HEALTHCARE RENEWAL (USA)*** – (Site web sur la bonne gouvernance des soins de santé) *Quoi lire*

POSES, Roy.

\* Subscription is recommended, and free<sup>92</sup>.

<sup>91</sup> Elena Pasca, 4.10.2011 - <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/tag/roy+poses>

<sup>92</sup> <http://hcrenewal.blogspot.com> - <http://hcrenewal.blogspot.ca>

« Addressing threats to health care's core values, especially those stemming from concentration and abuse of power.  
Advocating for *accountability, integrity, transparency, honesty and ethics* in leaderships and governance of health care »

**Pour un renouveau des soins de santé** (Traduction libre) – (*Politique et gouvernance des soins de santé* (É-U)

Abonnement recommandé

\* Un excellent site, un des meilleurs du genre, sur l'éthique, la responsabilisation, l'intégrité, la transparence, l'honnêteté et l'éthique dans l'organisation des soins aux É-U, des politiques de santé, des nouvelles technologies (par exemple l'informatisation des dossiers médicaux et l'usage abusif des méga-bases de données de santé)

**HEALTHY SKEPTICISM (AU)** – (Site web d'un observatoire en publivigilance) *Comment lire la promotion*

MANSFIELD, Peter and Worldwide Collaborators.

<http://www.healthyskepticism.org/global/>

= international non-profit membership association incorporated in South Australia, advocating against misleading health information<sup>93</sup>, that aims to improve health by reducing harm from misleading health information<sup>94</sup>

« What? Our main aim is improving health by reducing harm from *misleading health information*. Why? Because misleading health information harms health and wastes resources. Who? We have 214 members who live in 31 countries... Many of us are health professionals but everyone is welcome to become a member if they support our aims. Naturally this includes the general public (patients, consumers, users)... We also have 15 674 subscribers who live in 215 countries.

Where? Mostly this website and email groups but we also have some meetings in person at many locations around the world.  
How? We share information via our website, forums, email discussion lists, academic journal publications and informing the media. Members may join task groups.

When? Since 1983 »

#### HEALTHY SKEPTICISM AIMS

1. Improving health by reducing harm from inappropriate, misleading or unethical marketing of health products or services, especially misleading pharmaceutical promotion
  2. Investigating and communicating about marketing practices
  3. Promoting healthy skepticism about marketing practices via advocacy, research and education
  4. Developing, supporting and evaluating initiatives to reduce harmful marketing practices, including reform of regulations and incentives
  5. Developing, implementing and evaluating educational strategies to improve health care decision making, including evaluation of drug promotion
  6. Supporting compassionate, appropriate, sustainable, evidence-based health care, provided according to need, for optimal health outcomes
  7. Providing practical opportunities to advance the aims of Healthy Skepticism Inc.<sup>95</sup>
- Le scepticisme en santé / Pour un sain scepticisme** (Traduction libre du titre du site)  
N.d.T. : *healthy* a ici un double sens, pronant un *sain* scepticisme à l'égard de la publicité trompeuse, pour demeurer une personne *saine*
- \* Il s'agit d'un réseau de *publivigiles* animé depuis l'Australie par son fondateur médecin généraliste

---

<sup>93</sup> <http://www.healthyskepticism.org/global/sitemap>

<sup>94</sup> <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001785>

<sup>95</sup> <http://www.healthyskepticism.org/global/about/us/aims> - June 2012

**HEALY, DAVID et coll. LA SANTÉ DÉCAPITÉE: Brève histoire de l'avènement et de la chute du système de soins.** Samizdat Health ; 2020 (Livre sur la surmédicalisation, moratoire) - <https://www.amazon.com/dp/1777056527>

#### **HOODWINCKED META-ANALYSTS** *Comment lire*

Meta-analysts are hoodwincked by :

- a) ghostwritten trials,
- b) limiting themselves to published trials and being denied access to unpublished trials,
- c) not having access to clinical study reports and individual patient data of published and unpublished trials
- d) not consulting the other sources of evidence besides controlled trials

#### **méta-analystes bernés**

\* Même si en principe la mété-analyse doit représenter le plus haut niveau de rigueur scientifique, ce n'est pas toujours le cas en pratique, soit par l'influence de liens d'intérêts des auteurs, soit en se limitant aux seuls essais cliniques contrôlés comme sources de preuves

**HOW WE DO HARM : A Doctor Breaks Ranks About Being Sick in America (USA)** – Surdiagnostic et surtraitement en oncologie  
BRAWLEY, Otis Webb & Paul GOLDBERG. St-Martin's Griffin ; 2012 - 320 pages - ISBN 1250015766

« *How We Do Harm* exposes the pharmaceutical companies concerned with selling drugs, regardless of whether they improve health or do harm, that seek out patients to treat even if they are not actually ill; a public primed to swallow the latest pill, no matter the cost; and rising healthcare costs for unnecessary—and often unproven—treatments that we all pay for. Brawley calls for healthcare drawn from results-based, scientifically justifiable treatments, and not just the peddling of hot new drugs »

« Doctors very frequently confuse what they believe with what they know. The poor fellow I talk about in the book [ who died from complications of cancer treatment after being screened at a health fair ] — keep in mind that when he went in for his prostate-cancer screening, there had not been a single study showing that it saves lives ...

We are being given drugs we have no business taking, tests that do more harm than good, radiation we don't need. Many people die from cancer treatments long before the disease can do its work » says Brawley, chief medical and scientific officer of the American Cancer Society

#### **ILL INFORMED PAPER** *Publication*

« ... on both substance/content and form »

#### **article mal renseigné**

« ... sur le fond et la forme »

#### **INDEPENDENT DRUG BULLETIN**

Voir aussi INTERNATIONAL SOCIETY OF DRUG BULLETINS (ISDB)

**bulletin de thérapeutique indépendant** ; journal pharmacologique indépendant

a) À titre d'exemple de bulletin *national* : au plus haut niveau on peut citer *Arznei-Telegram* fondé en 1970 et disponible en allemand<sup>96</sup> ; et la revue *Prescrire*, qui fut fondée en 1981 et demeure le chef de file de l'union internationale des bulletins thérapeutiques indépendants (ISDB) et est disponible en version écourtée en anglais, *Prescrire in English / Prescrire International*. Sans oublier *Worst Pills Best Pills* aux É.-U. et *Therapeutics Initiative Newsletters* au CA

b) À titre d'exemple de bulletin *régional*, les *Bulletins d'Informations de Pharmacologie*<sup>97</sup> du Service Hospitalo-Universitaire de Pharmacologie Clinique au CHU de Toulouse, dont les analyses et textes sont l'œuvre d'une équipe multidisciplinaire de pharmacologues médecins ou pharmaciens. Le bulletin est strictement financé par des crédits universitaires et ne reçoit aucun

<sup>96</sup> <http://www.arznei-telegramm.de/>

<sup>97</sup> Site BIP31.fr

subside autre

#### **INDEPENDENT SOURCES OF PRESCRIBING INFORMATION**

\* List of sources in English provided by the University of British Columbia's *Therapeutics Initiative*<sup>98</sup> :

- a) *Prescribe International* (FR), \$ - <http://english.prescribe.org/en>
- b) *Drugs and Therapeutics Bulletin of Navarre* (ES), free -  
[https://www.navarra.es/home\\_en/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/BIT/](https://www.navarra.es/home_en/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/BIT/)
- c) *Drugs and Therapeutics Bulletin* (UK), \$ - <http://dtb.bmj.com>
- d) (NICE (UK), free - <https://www.nice.org.uk>) Unfortunately industry pressure is getting stronger
- e) *Worst Pills, Best Pills* (USA), \$ - <http://www.worstpills.org>
- f) (*Cochrane Database of Systematic Reviews*, free abstracts, \$ - <http://www.cochranelibrary.com>) Since Gotzsche's dismissal, some topics may suffer from industry influence, especially in vaccinology (Bill Gates' influence) and psychiatry
- g) *RxISK – Making Medicines safer*, free - <https://rxisk.org>
- i) *Institute for Safe Medication Practices Newsletter* (USA), free - <http://www.ismp.org>
- j) *Therapeutics Letters* (CA), free - <http://ti.ubc.ca/letter>
- l) CADTH – *Common Drug Review* (CA), free - <https://www.cadth.ca/about-cadth/what-we-do/products-services/cdr>

**sources indépendantes d'information pharmacothérapeutique**

#### **INFANTILIZING PATIENT INSERT** *Pharmacie*

##### **notice patient infantilisante**

\* surtout celles produites par la pharmacie, et souvent celles du fabricant

#### **INFOMERCIAL** *Promotion*

**publicité rédactionnelle; informercial emprunt**

\* promotion camouflée en journalisme

#### **INFORMATION AWARDS** *Analyse*

##### **palmarès de l'information**

\* une initiative louable de *Prescrire*

#### **INNUMERACY OF PHYSICIANS** *Comment lire*

« Most general medicine residents in this study lacked the knowledge in biostatistics needed to interpret many of the results in published clinical research »<sup>99</sup>

##### **l'innombrabilité des médecins**

\* même les médecins meneurs d'opinion, quand ils servent de prête-noms dans la paternité d'essais cliniques sponsorisés publiés dans des revues savantes, ignorent parfois : (a) pourquoi telle ou telle analyse statistique fut choisie, (b) ses conditions de validité et (c) les limites de son interprétation. C'est pourquoi, lorsqu'ils présentent les résultats lors de congrès médiatisés, il ne faut pas trop les questionner à ce sujet...

#### **INTERNATIONAL SOCIETY OF DRUG BULLETINS ; ISDB** (Association des bulletins thérapeutiques indépendants) - *Quoi lire*

« The ISDB is a world wide network of bulletins and journals on drugs and therapeutics that are financially and intellectually independent of pharmaceutical industry. It was founded in 1986, with the support of the WHO Regional Office for Europe. The rationale for the Society is that drug bulletins independent of funding from industry experience problems not faced by editors and publishers of other journals..

<sup>98</sup> <http://ti.ubc.ca/letter91>

<sup>99</sup> Windish et al. JAMA 2007 ;298(9) :1010

The main priorities of ISDB are to encourage and assist in the development of independent drug bulletins throughout the world and to promote and maintain cooperation and communication among them »<sup>100</sup> »

#### EXAMPLES OF FULL MEMBERS

In France, *Prescrire International*, by Association Mieux Prescrire

<http://english.prescrire.org/en/>

In the USA, *Worst Pills Best Pills*, by Public Citizen Health Research Group

<http://www.worstpills.org/listing.cfm>

In Canada, *Therapeutics Newsletter*, by Therapeutics Initiative<sup>101</sup>

<http://www.ti.ubc.ca/TherapeuticsLetter>

In Japan, MedCheck TIP

[www.npojip.org](http://www.npojip.org)

**Société internationale des bulletins indépendants du médicament ; ISDB (Traduction libre)**

= Réseau international de revues indépendantes d'information et de formation sur le médicament et la thérapeutique. Les membres de l'ISDB publient des informations comparatives indépendantes sur le médicament, reposant sur des données probantes afin d'aider les professionnels de santé à améliorer leurs pratiques de prescription tout en servant au mieux les intérêts des patients<sup>102</sup>...

\* Fondée en 1986 à Stockholm, sous l'impulsion 'décisive' de Graham Dukes et sous l'animation contagieuse de Andrew Herheimer (DTB, R.-U.) et de Danielle Bardelay (*Prescrire*, FR), plus d'une cinquantaine de bulletins répartis sur les cinq continents finirent par être inclus<sup>103</sup>. Pour certains d'entre eux il demeure difficile de persister dans l'indépendance totale

\* Il constitue un réseau mondial de bulletins et revues de thérapeutique indépendants des firmes pharmaceutiques, dans 33 pays sur les cinq continents. *Prescrire* est membre de l'ISDB depuis sa création et depuis 2008 assura le Secrétariat général (Christophe Kopp), gère la bibliothèque des bulletins ISDB, coordonne le bulletin de liaison des membres de l'ISDB (*Newsletter*). Voici quelques uns de ses membres à part entière:

a) en France : *La revue Prescrire*<sup>104</sup>, le *Bulletin d'information du médicament et de pharmacovigilance* de Renne, les *Bulletins d'informations de pharmacologie* (BIP) d'Occitanie<sup>105</sup>

b) au Canada : *Therapeutics Initiative*<sup>106</sup> à Vancouver et dont un financement provincial fut coupé sous pression du lobby pharmaceutique en septembre 2012

c) aux É-U : *Worst Pills Best Pills*<sup>107</sup> (Sidney Wolfe fondateur)

d) en Suisse : *Pharma-Kritic* (Etzel Gysling) et *Pharma-Flash*;

e) en Australie : *Australian Prescriber*<sup>108</sup> et *Therapeutic Guidelines*<sup>109</sup>

f) en Belgique : *La Lettre du GRAS*<sup>110</sup>

g) en Nouvelle-Zélande : *Prescriber Update*<sup>111</sup>

<sup>100</sup> [http://www.isdbweb.org/documents/uploads/Manual/ISDBBooklet2008EnglishUpdate\\_000.pdf](http://www.isdbweb.org/documents/uploads/Manual/ISDBBooklet2008EnglishUpdate_000.pdf)

<sup>101</sup> University based

<sup>102</sup> JL Montastruc

<sup>103</sup> *Prescrire* 2016 ; 36(391) : 393

<sup>104</sup> Site [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org)

<sup>105</sup> [www.BIP31.fr](http://www.BIP31.fr)

<sup>106</sup> Site [www.ti.ubc.ca](http://www.ti.ubc.ca)

<sup>107</sup> Site [www.worstpills.org](http://www.worstpills.org)

<sup>108</sup> Site <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/>

<sup>109</sup> Site [www.tg.org.au](http://www.tg.org.au)

<sup>110</sup> [www.grouperesearcheactionsante.com](http://www.grouperesearcheactionsante.com)

<sup>111</sup> [www.medsafe.govt.nz](http://www.medsafe.govt.nz)

h) en Angleterre : *Drugs and Therapeutics Bulletin* (Andrew Herxheimer fondateur)  
i) en Espagne : *Butlleti Groc* (Joan-Ramon Laporte fondateur)

j) au Pays-Bas : *Geneesmiddelenbulletin* (Dick Bijl)  
k) en Allemagne : *Pharma-Brief* (Jörg Schaaber)

**IOANNIDIS, JOHN PA. EVIDENCE-BASED MEDICINE HAS BEEN HIJACKED: A Report To David Sackett** – (Article) - Quoi lire  
*J Clin Epidemiol* 2016<sup>112</sup>

« As EBM became more influential, it was also *hijacked* to serve agendas different from what it originally aimed for.

- a) Influential randomized *trials* are largely done by and for the **benefit of the industry**.
- b) *Meta-analyses* and *guidelines* have become a factory, mostly also serving **vested interests**.
- c) National and federal research *funds* are funneled almost exclusively to research with **little relevance** to health outcomes
- d) *Diagnosis* and *prognosis* research and efforts to individualize treatment have fueled recurrent **spurious promises**.
- e) *Risk factor* epidemiology has excelled in salami-sliced data-dredged articles with **gift authorship** and has become adept to dictating policy from **spurious evidence**.
- f) Under market pressure, *clinical* medicine has been transformed to **finance-based** medicine.
- g) In many places, medicine and health *care* are **wasting** societal resources and becoming a threat to human well-being.
- h) Science *denialism* and quacks are also flourishing and leading more people **astray** in their life choices, including health

EBM still remains an unmet goal, worthy to be attained

**La médecine factuelle a été détournée : Un état des lieux adressé à David Sackett** (Traduction libre)

**KENDRICK, Malcolm. DOCTORING DATA : How to sort out medical advice from medical nonsense (SC)** – Quoi lire – Tamiflu – Statines – Hypothèse lipidique – Vaccin grippal – Pharma-co-dépendance  
Colombus Publishing (UK); 2014 – 279 pages – ISBN-13 : 978-1-9077974-6-0  
BLOG : <https://drmalcolmkendrick.org> (accédé 2020)

« A rollicking rant about everything that is suspect in modern medicine » [ Iona Heath, past president of the Royal College of General Practitioners, London, UK ]

« Is coffee good for you? Will sausages kill you? Should you avoid sugar, fat, salt, or all three? Booked your smear test yet? Checked your balls? Considering bariatric surgery? Are you taking statins like a good boy or girl? ... Or should you just ignore this relentless bombardment of medical advice and remember that no one gets out of life alive...»

With the same brilliance and humour that bowled us over in "The Great Cholesterol Con", Dr Kendrick takes a scalpel to the world of medical research and dissects it for your inspection. He reveals the tricks that are played to make minute risk look enormous. How the drug trials are hyped, the data manipulated, the endless games that are played to scare us into doing what, in many cases, makes the most money...

After reading this book you will know what to believe and what to ignore. You'll have a much greater understanding of the world of medical research. A world in crisis...

« It is simply no longer possible to believe much of the clinical research that is published, or to rely on the judgment of trusted physicians or authoritative medical guidelines. I take no pleasure in this conclusion, which I reached slowly and reluctantly over my two decades as an editor of *The New England Journal of Medicine* [ Dr. Marcia Angell ] »..

<sup>112</sup> <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.02.012>

« The truth toolkit: Ten things to remember, to help you make sense of a medical story; they are also the chapters of this book.

- a) Association does not mean causation,
- b) Lives cannot be saved; we're all going to die,
- c) Relative mountains are made out of absolute molehills,
- d) Things that are not true are often held to be true,
- e) Reducing numbers does not equal reducing risk,
- f) Challenges to the status quo are crushed – and how!,
- g) Games are played and the players are...,
- h) Doctors can seriously damage your health,
- i) Never believe that something is impossible,
- j) ‘Facts’ can be, and often are, plucked from thin air » [page 26]

#### **Lecture hautement recommandée**

***La falsification des données : Comment différencier le judicieux de l'absurde dans les avis médicaux*** (Traduction libre)

- \* Pour un public averti qui se pose des questions sur la médecine moderne, la prévention coercitive, la pharma-co-dépendance, l'opacité et la tromperie de la science telle qu'appliquée aux produits de santé les plus rentables
- « Une joyeuse diatribe sur tous les aspect suspects de la médecine moderne », commente Iona Heath, chroniqueuse au BMJ, ex-présidente du Collège royal des médecins de famille (R.-U.) et ‘grande dame’ de la médecine familiale mondialement respectée
- \* En statinologie il convient aussi de lire *The Great Cholesterol Con* du même auteur

**KEY OPINION LEADER-LADEN PAPER** *Comment lire*

KOL-laden article

**article empreint de l'influence d'un meneur d'opinion / portant la marque d'un influenceur**

***KNOCK : LE TRIOMPHE DE LA MÉDECINE*** - (Livre : Pièce de théâtre en trois actes) - *Surmédicalisation*

ROMAINS, Jules. Paris : Gallimard ; 1924 – ISBN 2-07-036060-1 - Téléversement gratuit en ligne

\* Créée par Louis Jouvet en 1923, *Knock* est l'une des pièces les plus célèbres de Jules Romains, de l'Académie française. Cette comédie est écrite en 1923, à une époque où l'emprise de la publicité intensive sur le modèle d'outre-Atlantique commence à gagner l'Europe. L'idée de l'appliquer au domaine de la médecine relevait, alors, de l'effet comique. Près de 9 décennies plus tard, Romains et Jouvet apparaissent comme des précurseurs

***L'ENVERS DE LA PILULE : Les dessous de l'industrie pharmaceutique (QC) – Quoi lire***

ST-ONGE, Jean-Claude. Montréal : Écosociété; 2008, Nouvelle édition - 310 pages – ISBN 978-2-923165-40-0

Cet ouvrage a lancé sur la place publique québécoise le débat sur l'influence néfaste de l'emprise des mondiales du médicament sur le savoir médical, la formation médicale continue, les guides de pratique clinique, la législation et la réglementation pharmaceutiques, les dépenses médicamenteuses et la réalité souvent cachée des effets indésirables. Le succès en librairie de la première version en 2004 a inspiré cette 2<sup>e</sup> édition

« En écrivant *L'envers de la pilule*, l'auteur a ouvert une véritable boîte de Pandore. Tant de choses ne tournent pas rond dans notre système de santé, l'industrie pharmaceutique et nos rapports à la médecine ! L'auteur dévoile dans ce nouvel ouvrage le fruit de ses recherches, une mine d'informations fouillées, claires et souvent choquantes »<sup>113</sup>

« Les succès de l'industrie pharmaceutique ne doivent pas nous fermer les yeux sur des pratiques devenues injustifiables. Que faut-il penser quand nous apprenons qu'un fabricant:

<sup>113</sup> [http://www.passeportsante.net/fr/P/Bibliotheque/Fiche.aspx?doc=Biblio\\_9265](http://www.passeportsante.net/fr/P/Bibliotheque/Fiche.aspx?doc=Biblio_9265)

- a) supprime volontairement les données sur les effets indésirables de son produit ou embellit les résultats d'une étude
- b) continue de commercialiser un produit qu'il sait à l'origine de nombreux décès
- c) tente de bâillonner des chercheurs dont les découvertes mettent en question l'efficacité et la sécurité de son médicament
- d) verse le prix fort à des médecins et des pharmaciens pour faire la promotion d'un produit
- e) engrange, bien sûr, chaque année des milliards de profits sans payer sa juste part d'impôts...

La situation est d'autant plus inquiétante que le retrait de produits potentiellement dangereux est en hausse depuis les années 1980 et 1990 et que la part des budgets consacrée au remboursement de médicaments est en train d'entamer sérieusement la portion qui reste pour payer médecins et infirmières. À petites doses, on finit par digérer ces faits. Mais, mis bout à bout, la pilule devient difficile à avaler...

Dans *L'envers de la pilule*, nouvelle édition revue et augmentée, l'auteur dresse un portrait aussi clair qu'inquiétant de l'industrie pharmaceutique et de notre rapport au médicament. De sa plume cynique et alerte, il présente des analyses plus affolantes les unes que les autres: de l'invention de pathologies aux essais cliniques en passant par les vitamines, le Vioxx, le Prozac et autres... Il nous guide au sein de l'empire du médicament et de ses fabricants où la surconsommation et la rentabilité sont reines »<sup>114</sup>

#### ***LA FACE CACHÉE DES MÉDICAMENTS (FR) – Quoi lire***

DELÉPINE, Nicole. Paris : Michalons Éditions ; 2011

\* L'auteure est médecin responsable d'une unité d'oncologie pédiatrique en France et son père a été l'un des fondateurs de la Sécurité Sociale

« Les scandales successifs du Distilbène (DES), du Vioxx ou du Mediator, retirés très tardivement du marché, ne sont pas arrivés par hasard. La « chaîne du médicament » de la recherche préclinique aux essais thérapeutiques en passant par l'autorisation de mise sur le marché (AMM), la fixation des prix, le taux de remboursement et la surveillance post-AMM souffre d'innombrables dysfonctionnements.

Désormais les firmes pharmaceutiques contrôlent presque tout, et la pression populaire, instrumentalisée par la propagande publicitaire, a conduit à une accélération du processus de commercialisation. Le médicament est devenu une marchandise qui obéit essentiellement à l'économie de marché.

Nicole Delépine dresse ici un tableau sans complaisance de la dérive du système de santé français, orienté par les lobbies pharmaceutiques. Elle tente de sensibiliser les patients aux dangers des médicaments et d'alarmer médias et politiques sur leur passivité. Une analyse argumentée et courageuse qui propose des solutions pour sortir de ce cercle infernal et imposer une véritable démocratie sanitaire. »

#### ***LA FRANCE MALADE DE SES MÉDECINS (FR) – Quoi lire***

PENEFF, Jean. Paris : Les empêcheurs de tourner en rond / Le Seuil ; 2005 - 360 pages – EAN/ISBN : 9782846711388

*Lecture recommandée (FR)*

« Son œuvre majeure est certainement *La France malade de ses médecins*, qui représente, sous l'angle sociologique, une véritable mise en accusation du corps professionnel médical et du système de sécurité sociale français<sup>115</sup> »

\* Un professeur émérite de sociologie pénètre de l'intérieur (littéralement) le monde médical et y pose un regard d'une lucidité

---

<sup>114</sup> <http://www.ecosociete.org/t119.php>

<sup>115</sup> <http://wwwbabelio.com/auteur/Jean-Peneff/97164>

déconcertante. Un livre décapant et unique en son genre. Une présentation disponible en ligne donne le ton du livre<sup>116</sup>. Ses étudiants utilisent des identités de faux malade, cobaye, brancardier, visiteur médical, journaliste en salle de réanimation... pour mieux dresser un portrait "de l'intérieur" du système médical (en France), le tout accompagné d'une réflexion éclairante

« Contrairement à ce que laissent présager le titre racoleur et la page de couverture, ce livre n'est pas un pamphlet contre la médecine ni un essai polémiste. C'est un *ouvrage majeur* de sociologie qui déplace l'axe traditionnel du questionnement disciplinaire sur la santé. Dense, inventif, contre intuitif au possible, il est susceptible de fournir une ligne de repères aussi stimulante que féconde pour toutes formes de réflexion sur l'*institution médicale*.

De prime abord, on croirait pouvoir ranger ce travail du côté des théories d'Illich en compagnie de quelques autres critiques radicaux. On aurait bien tort. Le canevas empirique est autrement plus serré et l'objectif incomparablement plus subtil. Mais voilà, les conclusions de Peneff mettent mal à l'aise. Personne n'est véritablement prêt à assumer la déconstruction du mythe du médecin : vocation, dévouement, désintéret, compétence, scientificité, sagesse, éloquence, confidentialité, etc...

Peneff n'entend pas s'attaquer aux praticiens, ni même à la médecine... Il est modérément pertinent de détailler ici l'inventaire des thématiques abordées par l'auteur tant nos propres préjugés nous interdisent face à de tels énoncés d'accorder foi à l'objectivité de l'auteur :

l'auto administration de la profession médicale, la stimulation de la demande médicale par l'offre, les profits induits par le secret médical, la politisation de la profession et la défense des revenus, la gestion de l'euthanasie à l'hôpital, la production des applications de la science, etc. ...

Peneff commence par un examen critique des notions de « maladies » et de « santé » au cours duquel il met à jour la polysémie de la notion. Il poursuit par une réflexion sur les conditions d'enregistrement des données par les institutions chargées des statistiques médicales. Il insiste sur le flou des taxinomies courantes, les biais possibles dans les mesures des inégalités de santé et propose en sociologue, le remplacement de l'évaluation de la « santé » par l'évaluation de « l'activité médicale »

Peneff ne se prive d'aucun outil et surtout pas des siens : ceux de l'observation de terrain, utilisés avec une maîtrise aboutie. Tour à tour *brancardier, faux malade, visiteur médical*, il pénètre en ethnographe dans les lieux les plus fermés. Il entraîne avec lui ses étudiants : l'un s'infiltre comme cobaye pour des tests médicamenteux, l'autre s'immisce à la CNAM pour vérifier les feuilles de sécurité sociale et le troisième, C. Andréo, s'installe en réanimation.

L'option retenue par J. Peneff, en adepte de l'école de Chicago, est de récolter des informations plutôt que de collecter des discours. Son attitude se caractérise par une méfiance absolue que certains dénonceront comme de la suspicion paranoïaque mais où l'on peut surtout lire une curiosité d'enquêteur pointilleux et l'esprit critique du scientifique obstiné. Par-dessus tout, elle exprime le rejet total et sans compromis des commandes institutionnelles et des sujétions qui les accompagnent

On pourrait critiquer à certains moments l'effet involontaire d'accusation produit à l'encontre des médecins. Car si le corps professionnel dispose d'instruments efficaces pour défendre ses avantages, ses positions et occulter les buts qu'il poursuit, si le cynisme et la mauvaise foi existent bel et bien, les dispositions éthico-pratiques des médecins ne constituent pas une invention consciente et délibérée

Un point particulièrement intéressant tient dans la révélation de la difficulté, voire de l'impossibilité structurelle, qu'il y aurait à se procurer certains chiffres, ceux de la consommation médicale en fonction des variables sociologiques liées à l'appartenance de classe. L'auteur fournit un faisceau d'indices convergents prouvant presque que cette élision masquerait la nature actuelle de l'assurance maladie :

---

<sup>116</sup> Pierre Biron. <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2011/02/01/entrevue-virtuelle-avec-jean-peneff-la-france-malade-de-ses.html>

une entreprise de redistribution à l'envers qui « ferait payer l'addition aux travailleurs pauvres » au profit des consommations médicales déraisonnables des classes moyennes et des classes supérieures. Le tout produit par la dynamique de la profession médicale, aveugle aux effets de son propre mouvement de maintien d'une autonomie et d'un monopole.

*Il faut absolument le lire<sup>117</sup>»*

« Après de nombreux travaux sur les urgences, le sociologue Jean Peneff signe un livre polémique et militant. Portrait sévère de notre système de soins : 360 pages qui viennent briser les idées toutes faites sur l'échec des réformes de la Sécurité sociale en soulignant des disparités et *immunités médicales*, des déconnexions entre les besoins et l'offre de soins, et la faiblesse des études statistiques sur la santé en France...

Il est possible que l'auteur, qui n'hésite pas à *désacraliser une profession* qu'il estime toujours 'dominante', ne se fasse pas que des amis parmi les médecins...

Donc à consommer avec... modération et esprit critique, mais les yeux grands ouverts. Grâce à son regard très référencé, Jean Peneff aborde frontalement des thématiques difficiles. La formation médicale initiale prépare peu les étudiants à aborder la diversité des genres de vie, la variabilité des ressentis à l'égard de la douleur et des risques de santé.

Le 'groupe' médical reste caractérisé par ses traditions du secret (donc de pouvoir), mais des praticiens éprouvent aussi de nombreuses hantises et des sentiments de solitude, notamment en termes de responsabilité professionnelle. Les difficultés relatives aux positionnements médicaux à l'égard des tests de médicaments mériteraient à elles seules d'autres développements. La publication de cet auteur très indépendant mérite en tout cas d'être connue<sup>118</sup> »

**LA LETTRE DU GRAS (BE)** – (Bulletin indépendant trimestriel, membre de l'ISDB) *Quoi lire*

Groupe de Recherche & d'Action pour la Santé. Roux (BE)<sup>119</sup>, association sans but lucratif.

« Le GRAS étudie les références scientifiques des messages publicitaires contestés et interpelle les firmes concernées et les instances responsables en cas d'abus persistant. Depuis sa création, il a développé plus de 130 ACTIONS dans ce domaine...

La Lettre du GRAS résume le suivi des actions de publivigilance en cours; annonce les publications et les recherches du GRAS et présente différents flashes d'information ou brefs renvois vers des articles, publications, sites web ou émissions tv intéressantes qui concernent les médicaments — avec une attention particulière pour des thématiques qui nous tiennent à cœur telles que la solidarité Nord-Sud, l'Europe et le médicament ou le disease mongering...

« Le GRAS regroupe des médecins et des pharmaciens soucieux de promouvoir le bon usage du médicament et qui pratiquent entre autres la "Publivigilance" [comme le fait *healthyskepticism*]. Le GRAS étudie les références scientifiques des messages publicitaires contestés, interpelle les firmes concernées et les instances responsables en cas d'abus persistant. Il a développé plusieurs ACTIONS dans ce domaine...

Le GRAS publie trimestriellement *La Lettre Du Gras* qui résume le suivi des actions en cours, annonce nos recherches et publications, présente différents flash d'information sur des articles ou publications intéressantes concernant les médicaments et propose une *lecture critique* d'un article publié sur une étude d'un médicament...

Cette lettre propose également une réflexion et un tour d'horizon de différentes *Recommandations Pour La Pratique* à propos d'une pathologie courante (mal de gorge, otite moyenne aiguë, cholestérol,...). Certains articles peuvent être téléchargés au format pdf. N'hésitez-pas à nous les demander aussi par *courriel*...

Le GRAS s'associe à la revendication internationale de pouvoir prescrire en D.C.I. (Dénomination Commune Internationale). Le

<sup>117</sup> <https://lectures.revues.org/267>

<sup>118</sup> Anne Vega, site <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/4B/35/article.phtml>

<sup>119</sup> [www.gras-asbl.be](http://www.gras-asbl.be)

GRAS vit des cotisations de ses membres, est insensible à toutes pressions, sauf à celle de la *raison* et du *bon sens critique* »

Extrait de l'éditorial du no. 85, avril-mai-juin 2015 : « Alors que la saga Servier/Mediator continue de défrayer la chronique avec le délit de fuite judiciaire du laboratoire, nous faisons également écho au débat sur les mérites relatifs de la *médecine personnalisée* dont le développement nuit aux principes de distribution équitable des bénéfices de la santé publique... »

En effet l'idée de ne produire des molécules que pour certains groupes d'individus risque d'en augmenter les coûts et d'en limiter ainsi l'accès à une population déjà pénalisée par ses disparités socio-économiques. La *médecine personnalisée* peut déraper vers la création de deux catégories de la population, la première pouvant s'offrir les traitements »

***LA PIQURE DE TROP ? Pourquoi vaccine-t-on les jeunes filles contre le cancer du col de l'utérus ? Vaccination HPV***

Catherine RIVA & Jean-Pierre SPINOSA. Vevey (CH): Éditions Xenia ; 2010 – 245 pages - ISBN 978-2-88892-090-8

Préface Abby Lippman & Martin Winckler – Postface Pierre-Yves Dubuis & Bernard Kunz (Riva est journaliste et Spinoza gynécologue ; Lippman est professeur en épidémiologie ; Winckler, Dubuis et Kunz sont médecins)

« Les auteurs estiment que le public est mal informé. Ils dénoncent d'une part l'emprise des fabricants dans le processus ayant mené de la découverte du vaccin à la mise en place des campagnes de vaccination ainsi que les nombreux conflits d'intérêts discréditant le travail des experts... »

Et d'autre part, le manque d'esprit critique tant du monde médical que de celui des médias. Mais ils se défendent de se poser contre ce vaccin. Ils affirment vouloir simplement relativiser l'engouement général en mettant 'les vrais chiffres' en exergue et en analysant le contexte des prises de décision »<sup>120</sup>

Le vaccin anti-HPV, également appelé 'vaccin contre le cancer du col de l'utérus' a été salué comme une avancée médicale extraordinaire. Mis sur le marché en 2006 aux É-U, dans l'UE et en Suisse, il a rapidement été inclus dans les calendriers vaccinaux de nombreux pays industrialisés, au motif que le cancer du col représentait le 'deuxième cancer le plus meurtrier chez la femme'.

Aujourd'hui, plusieurs dizaines de millions de doses ont déjà été distribuées et de nombreuses campagnes nationales de vaccination sont en cours. Jusqu'à il y a peu, les jeunes femmes qui envisageaient de séjourner aux É-U devaient montrer la preuve qu'elles étaient vaccinées. Mais le cancer du col est-il véritablement un problème de santé publique dans les pays riches ?

Que sait-on de l'efficacité et de la sécurité des deux vaccins disponibles ? De quelles données cliniques dispose-t-on réellement ? Et surtout, comment ce vaccin a-t-il pu s'imposer à une vitesse aussi foudroyante, en dépit de son *prix record* ? Ce livre remonte la piste d'une success story inédite.

Il fait le point sur les connaissances, détaille les résultats des études disponibles, les questions qui restent sans réponse et le fantastique dispositif de 'sensibilisation' mis en place par les fabricants. Enfin, il pose la question de la vaste nébuleuse de conflits d'intérêt qui entoure ces vaccins et souligne la difficulté d'obtenir des informations à ce sujet. De nombreux éléments mis à jour dans cette enquête n'ont pas été communiqués au grand public.

Cet ouvrage est destiné notamment à tous les parents que l'on encourage à faire vacciner leurs filles afin qu'ils puissent prendre leur décision en toute connaissance de cause »

***One jab too many ? Why do we vaccinate young girls against cervical cancer ?*** - (Traduction libre)

<sup>120</sup> <http://www.lesquotidiennes.com/sante/les-dessous-du-vaccin-contre-le-cancer-du-col-de-l'uterus>

**LA PROPRIÉTÉ ET SES MULTIPLES (QC)** *Brevets – Pharmacoéconomie – Propriété intellectuelle*

BOUCHER, Marie-Pierre. Montréal : Collection Société Éditions Nota bene ; 2012 - 282 pages<sup>121</sup> - ISBN 978-2-89518-359-4

« Le droit de propriété se trouve constamment au cœur des mutations historiques du capitalisme. Accompagnant l'avènement de la modernité politique, il stimule et structure la révolution capitaliste, car il porte en lui une logique de libération : l'indifférenciation normative. Il forme ensuite la pierre angulaire de l'avènement du capitalisme avancé, lorsque son expansion devient l'affaire des personnes morales et de leur efficacité organisationnelle plutôt que des individus et de leur liberté... »

Aujourd'hui, il est lié aux nouvelles modalités d'accès caractérisant le capitalisme financier et il est partie prenante, par le biais des droits de propriété intellectuelle et des *brevets*, d'une mutation qui affecte notre conception du vivant et de la vie. Plus radicalement, il accomplit son processus d'abstraction dans la foulée de la spéculation autoréférentielle de la valeur...

Nous permet-il donc de penser réellement, comme au temps de Marx et des 'origines du capitalisme', les bouleversements majeurs touchant les rapports de disposition et d'appropriation, les dynamiques de valorisation et d'accumulation, et la domination qu'ils entraînent ? Mais surtout, ces rapports continuent-ils d'être aussi structurants socialement qu'ils l'étaient alors ? »<sup>122</sup>

« Les *brevets* dans l'industrie pharmaceutique ont une face cachée. En accordant le monopole sur des idées et des procédés, l'utilisation du brevet finit par contrevenir à la nature intrinsèquement collective du savoir et ralentit l'innovation. Depuis les 30 dernières années, l'industrie pharmaceutique applique de manière massive et généralisée des brevets à tout ce qui peut recevoir de telles restrictions...

Les profits de ce secteur ont été les premiers à en bénéficier : le domaine du médicament étant désormais parmi les plus rentables au monde – tous secteurs économiques confondus. Or, cette accélération des profits n'a pas livré la marchandise en matière d'innovation pharmaceutique, car 90% des nouvelles molécules brevetées n'offrent aucune avancée thérapeutique. L'industrie, quant à elle, investit trois fois plus en marketing et promotion qu'en recherche et développement...

Dans le livre *La propriété et ses multiples*, Marc-André Gagnon, professeur de politiques publiques à l'Université Carleton (ON, CA), met au jour l'instrumentalisation contemporaine des *brevets* au service d'une nouvelle forme de *cartel* qui menace de plus en plus le financement public des services de santé »<sup>123</sup>

**LA STRATÉGIE DE LA BACTÉRIE : Une enquête au cœur de l'industrie pharmaceutique** – (Livre)

Quentin RAVELLI. Paris : Seuil; 2015 – 368 pages

« C'est au plus près des acteurs et de leurs pratiques que le sociologue Quentin Ravelli est allé chercher le matériau constitutif de cette analyse critique de l'industrie pharmaceutique et du marché du médicament. La qualité ethnographique de ce travail permet d'approcher au plus près de la capacité d'influence des laboratoires pharmaceutiques, souvent dénoncée, mais rarement l'objet d'observations directes...

L'exposition de la diversité des stratégies mises en œuvre est nourrie par un sens aigu de l'auteur pour les détails révélateurs. Les conclusions sont fermes et critiques : les risques de *capture des instances réglementaires*, des *communautés scientifiques* ainsi que la *domination politique, scientifique et culturelle* qu'exerce cet acteur puissant sont clairement énoncés »<sup>124</sup>

**LA VÉRITÉ SUR LES MÉDICAMENTS : Comment l'industrie pharmaceutique joue avec notre santé** – (Livre)

BORCH-JACOBSEN, Mikkel et coll. Paris : Les Arènes 2013 / Montréal : Édito (Gallimard) ; 2014 – 524 pages – ISBN 978-2-924402-00-9 – EAN 978 2352032594

<sup>121</sup> [http://www.editionsnotabene.ca/fiche.php?no\\_livre=683](http://www.editionsnotabene.ca/fiche.php?no_livre=683)

<sup>122</sup> [http://www.editionsnotabene.ca/fiche.php?no\\_livre=683](http://www.editionsnotabene.ca/fiche.php?no_livre=683)

<sup>123</sup> <http://www.publications-universitaires.qc.ca/?p=979>

<sup>124</sup> Sébastien <http://www.laviedesidees.fr/Le-lobby-des-labos.html>

### **Lecture hautement recommandée en pharma-co-dépendance**

\* Que vous soyez ou non un initié en matières biomédicales et souhaitez ne lire qu'un seul livre en français sur la corruption médico-pharmaceutique, cet ouvrage demeure en 2018 mon premier choix. L'auteur est philosophe, historien de la psychanalyse, cosmopolite (DK, FR, USA), professeur de littérature. Écrit en collaboration avec :

- a) John Abramson de Harvard (É-U),
- b) Kalman Appelbaum, anthropologue médical (É-U),
- c) Jeremy Greene, historien et interniste au Johns Hopkins (É-U),
- d) David Healy, psychopharmacologue renommé, historien, auteur, pharmacovigilant et lanceur d'alerte (R-U),
- e) Iona Heath, généraliste et auteure engagée (R-U)...
- f) Irving Kirsch, professeur de psychologie (É-U),
- g) Philippe Pignarre, ex-industriel, éditeur et auteur (FR),
- h) Antoine Vial, politologue du médicament (FR),
- i) Jerome Wakefield, philosophe et auteur (É-U),
- j) Hans Weiss, journaliste médical (OE),
- k) Peter J Whitehouse, professeur de neurologie (É-U, CA) et
- l) Wolfgang Wodarg, épidémiologiste, politicien et lanceur d'alerte (DE, UE)

\* *Remèdes mortels et crime organisé* de Gotzsche paru en 2015 aux PUL (QC) est plus approfondi que *La vérité sur les médicaments*, mais destiné aux initiés et de lecture moins fluide. Les deux sont à lire par tous les francophones soignants et soignés, chercheurs et enseignants, législateurs et règlementateurs, journalistes et rédacteurs

« Ne soyons plus les cobayes d'une industrie devenue folle. Vous imaginez que votre santé est bien protégée. Vous pensez que votre médecin dispose d'une formation objective sur les molécules qu'il vous prescrit. Vous supposez que nous vivons plus longtemps grâce aux médicaments...

Vous croyez que le prix exorbitant de certains médicaments est justifié. Ce livre démontre que ces croyances sont illusoires. Le dévouement et l'honnêteté de la plupart des professionnels de la santé sont indubitables, mais la corruption s'est installée au cœur du système...

La logique du profit a détourné la science. Chaque année, des centaines de milliers de personnes décèdent des suites des effets qualifiés de 'secondaires' des médicaments. Les surdoses d'antidouleurs tuent plus que l'héroïne et la cocaïne réunies. L'abus de médicaments pollue l'eau du robinet, devenue un cocktail de Prozac, d'antibiotiques, d'anticancéreux et de perturbateurs endocriniens<sup>125</sup>... Plus de 1.000 médicaments et traitements passés en revue. Un livre choc pour ne plus être les cobayes d'une industrie devenue folle et redonner à la médecine son visage humain »

« Malgré quelques scandales retentissants comme celui du Mediator (benfluorex), vous imaginez que votre santé est bien protégée. Vous pensez que votre médecin dispose d'une formation objective sur les molécules qu'il vous prescrit. Vous supposez que nous vivons plus longtemps grâce aux médicaments. Vous croyez que le prix exorbitant de certains médicaments, et d'abord celui des anticancéreux, est justifié...

Ce livre démontre que ces croyances sont illusoires. Le dévouement et la probité de la plupart des professionnels de la santé sont indubitables, mais la corruption s'est installée au cœur du système.... Ce livre réunit 12 experts internationaux, lanceurs d'alerte et journalistes de référence »<sup>126</sup>

<sup>125</sup> <http://mireillebertrand.com/ed-arenes-11/>

<sup>126</sup> <http://livre.fnac.com/a5962084/Mikkel-Borch-Jacobsen-Big-pharma>

« Une critique violente mais étayée. Le livre ne cherche pas à faire consensus. Coordonné par Mikkel Borch-Jacobsen, philosophe, historien et enseignant à l'université de Washington, avec l'aide de 12 experts, lanceurs d'alerte et journalistes (dont Philippe Pignarre, ancien directeur de la communication de Sanofi-Synthélabo, et Antoine Vial, expert en santé publique), il décortique une par une les mauvaises pratiques auxquelles peuvent avoir recours les laboratoires pour vendre à tout prix...»

Avec un parti-pris évident... en évoquant en détail certains cas dramatiques »<sup>127</sup> - « Ne soyons plus les cobayes d'une industrie devenue folle. Vous imaginez tous que votre santé est bien protégée. Vous pensez que les médecins disposent d'une formation objective sur les molécules qu'ils prescrivent. Vous supposez que nous vivons plus longtemps grâce aux médicaments...»

Vous croyez que le prix exorbitant de certains médicaments, comme les anticancéreux, est justifié. Ce livre démontre que ces croyances sont illusoires. Le dévouement et l'honnêteté de la plupart des professionnels de la santé sont indubitables, mais la corruption s'est installée au cœur du système....

La logique du profit a détourné la science. Chaque année, des centaines de milliers de personnes décèdent des suites des effets qualifiés de 'secondaires' des médicaments. Les overdoses d'antidouleurs tuent plus que l'héroïne et la cocaïne réunies ; l'abus de médicaments a pollué jusqu'à l'eau du robinet, devenue un cocktail de Prozac, d'antibiotiques, d'anticancéreux et de perturbateurs endocriniens<sup>128</sup> »

#### **LE CORPS-MARCHÉ : La marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bioéconomie**

LAFONTAINE, Céline. Paris : Seuil (La Couleur des idées) ; 2014 – 288 pages - ISBN : 9782021038880

« Sang, tissus, cellules, ovules : le corps humain, mis sur le marché en pièces détachées, est devenu la source d'une nouvelle plus-value au sein de ce que l'on appelle désormais la *bioéconomie*. Sous l'impulsion de l'avancée des biotechnologies, la généralisation des techniques de conservation *in vitro* a en effet favorisé le développement d'un marché mondial des éléments du corps humain.

Ce livre passionnant éclaire les enjeux épistémologiques, politiques et éthiques de cette économie particulière. Ainsi montre-t-il que la récupération des tissus humains promulguée par l'industrie biomédicale et l'appel massif au don de tissus, d'ovules, de cellules ou d'échantillons d'ADN cachent une logique d'appropriation et de brevetage.

De même fait-il apparaître que, du commerce des ovocytes à la production d'embryons surnuméraires, l'industrie de la procréation assistée repose sur une exploitation du corps féminin. Et inévitablement dans notre économie globalisée, le capital issu de la 'valorisation' du corps parcellisé se nourrit des corps des plus démunis, avec la sous-traitance des essais cliniques vers les pays émergents, ou le tourisme médical.

Ainsi, ce n'est plus la force de travail qui produit de la valeur, mais la vie en elle-même qui est réduite à sa pure productivité. Un livre essentiel sur les implications méconnues de l'industrie biomédicale<sup>129</sup>»

#### **LEAKAGE OF DATA Transparency**

##### **fuite de données**

\* Parfois le seul moyen de découvrir la vérité sur un produit; ces données doivent être incluses dans une synthèse méthodique qui se veut exhaustive

#### **LEARNED JOURNAL'S AVERSION TO DRUG SAFETY Complicité éditoriale et rédactionnelle**

« A kind of *de facto* censorship occurs because of the premium put on controlled trials : the hazards of treatments are virtually never discovered in controlled trials, and faced with a choice between a ghostwritten account of a controlled trial

<sup>127</sup> <http://www.usinenouvelle.com/article/big-pharma-un-pamphlet-violent-mais-etape-contre-l-industrie-pharmaceutique.N204143>

<sup>128</sup> <http://mireillebertrand.com/ed-arenes-11/>

<sup>129</sup> <http://www.seuil.com/livre-9782021038880.htm>

demonstrating a trivial benefit or a detailed account of a new and potentially serious hazard in a small number of patients, journals will opt for the controlled trial account each time<sup>130»</sup>

#### **aversion des revues savantes pour la pharmacovigilance**

#### **LEARNED JOURNALS AND MARKETING**

scholarly / academic journals and promotion

“Almost 90% of authors published in the *JAMA* have received research funding from - or acted as a consultant for - a drug company<sup>131”</sup>

“A crisis of trust in the medical literature is emerging. Take two voices from former chief-editors of prestigious medical journals:

- a) Richard Horton, former editor of *The Lancet* said Journals have devolved into information laundering operations for the pharmaceutical industry in an article titled *The Dawn of McScience*,
- b) Richard Smith was for 25 years an editor at the *British Medical Journal*, the last 13 of those he was editor-in-chief. He titled a paper *Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies*<sup>132”</sup>

#### **revue savante; journal savant**

= caractérisée par des articles de recherche originale, et par des réflexions et synthèses méthodiques ou statistiques de la documentation

\* les 3 plus prestigieuses en recherche médicale généraliste – évaluées en fonction de son ‘facteur d’impact’, sont le *NEJM*, le *Lancet*, le *JAMA*

#### **LECTURE CRITIQUE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DES ESSAIS CLINIQUES POUR LA PRATIQUE MÉDICALE (Livre)**

Michel CUCHERAT et coll. Paris : Flammarion; 2004 – 392 pages – ISBN 9782257111760

#### **LES INVENTEURS DE MALADIES : *Manœuvres et manipulations de l’industrie pharmaceutique* (DE)**

BLECH, Jörg. Arles (FR); Actes-Sud : 2005 - 282 pages – ISBN 2-7427-5527-6

Traduit de l’allemand par Isabelle Liber - Original publié en 2003 à Francfort-sur-le-Main chez Fischer - Postface de Martin Winckler (Dr Marc Zaffran)

#### **LES MÉDICAMENTEUX : *Labos, médecins, pouvoirs publics : Enquête sur des liaisons dangereuses* (FR)**

HOREL, Stéphane. Paris : Éditions du Moment; 2010 - 316 pages

\* L'auteure est journaliste indépendante et documentariste. Un commentaire est paru en 2010 – intitulé *Les Médica-Menteurs* - dans l'Encyclopédie de l'Agora<sup>133</sup> - « Façonner de nouvelles maladies pour créer et développer le marché. Influencer tous les niveaux du circuit du médicament pour vendre, vendre encore et toujours plus, au risque de la santé des populations<sup>134</sup> »

#### **LES SERVITUDES DU DROIT DE SAVOIR : *Autour du diagnostic présymptomatique* (FR)<sup>135</sup> – (Article commenté) – *Critique de la médecine prédictive – Pour un contre-savoir garant de liberté***

WEIL-DUBUC, Paul-Loup. *La vies des idées*, 15.10.2013

« Le savoir contemporain ne porte plus seulement sur les symptômes des maladies mais étend son spectre aux multiples facteurs de risques... Quant au *diagnostic présymptomatique*, il est de la plus grande importance de garder un rapport critique avec le savoir que nous délivre un tel diagnostic... C'est le défenseur du ‘droit de savoir’ qui est paternaliste [ fabricant, autorité, médecin ]. C'est lui qui juge à ma place que j'aimerais avoir le choix de savoir ou de ne pas savoir que j'ai un risque...

C'est lui qui juge qu'il doit me ‘responsabiliser’ (empower) selon un terme abondamment employé dans les rapports publics.

<sup>130</sup> *Pharmageddon*, page 119

<sup>131</sup> David Healy. Is academic psychiatry for sale? *Br J Psychiatry* 2003;182: 388-9

<sup>132</sup> Peter Parry. <http://blogs.crikey.com.au/croakey/2010/03/01/evidence-based-medicine-or-marketing-based-medicine/>

<sup>133</sup> Biron P. [http://agora-2.org/thematiques/inaptitude.nsf/Documents/Vieillesse--Les\\_medica-menteurs\\_par\\_Pierre\\_Biron](http://agora-2.org/thematiques/inaptitude.nsf/Documents/Vieillesse--Les_medica-menteurs_par_Pierre_Biron)

<sup>134</sup> Formindep. <http://formindep.org/Les-Medicamenteux-le-film>

<sup>135</sup> Paul-Loup Weil-Dubuc, 15 octobre 2013 - <https://laviedesidees.fr/Les-servitudes-du-droit-de-savoir.html>

'Responsabiliser', cela veut dire 'rendre responsable' une personne d'un choix qu'elle n'a pas choisi comme si, sans cette possibilité de choix, elle n'était pas vraiment 'responsable'... Le savoir prédictif prétend non seulement me dire ce que je *suis* mais aussi me dire comment je dois me *comporter*. Il m'assigne non seulement une identité mais aussi une direction à suivre...

En effet, tout se passe comme si cette potentialité de développer la maladie, sous prétexte qu'elle est connue et mise en exergue par un test, devait prendre le pas sur toutes les autres potentialités de mon existence. Tout se passe comme si, une fois le verdict du diagnostic tombé, je devais me représenter mon identité et mon existence par ce prisme restreint<sup>136</sup> ... Le savoir prédictif, au lieu de générer de la certitude, génère de l'incertitude...

C'est là tout le paradoxe de cette médecine dite *prédictive*.<sup>137</sup> Elle ne délivre pas des informations certaines en réponse à des questions que l'on se pose. C'est plutôt rigoureusement l'inverse : la médecine prédictive délivre des informations **incertaines** en réponse à des questions que l'on ne se pose pas. Ce savoir incertain constitue, en outre, une réponse à des questions que la personne ne se pose pas et, serait-on tenté de dire, qui ne lui appartiennent pas...

La raison en est que l'annonce d'un diagnostic de prédisposition n'est pas un savoir vécu mais un savoir strictement intellectuel. La personne ne peut pas l'éprouver dans son corps et n'y a pas un accès privilégié. Au fond, les médecins et ses proches peuvent en avoir la même connaissance, même si les perceptions diffèrent. Autrement dit, non seulement ce savoir est pourvoyeur d'incertitude, mais aussi il vient s'immiscer en nous sans que nous l'ayons convoqué...

Tout se passe comme si l'incertitude venait se substituer à l'ignorance... La condition de la préservation de la liberté est le droit à la critique du savoir – le *contre-savoir*. Il importe ainsi qu'une *culture critique* se diffuse dans la société qui puisse tenir lieu de contre-pouvoir et de contre-savoir face à ce savoir prédictif. L'injonction au savoir prédictif [ peut résulter ] d'intérêts mercantiles comme ceux des *pharmaceutiques*, des secteurs assurantiels et bancaires... [et de leurs vénaux collaborateurs dans les médias, les universités, les organismes gouvernementaux et professionnels]

Le *contre-savoir* doit quant à lui permettre que le *savoir prédictif* soit démythifié et ne se présente pas lui-même comme une réponse certaine à une question posée de toute éternité, mais comme une réponse incertaine à une question *inventée* et suscitée par une volonté de savoir provisoire et culturellement construite. Ce devoir de pédagogie incombe aussi bien aux pouvoirs politiques que médicaux...

Le savoir prédictif donne une réponse incertaine à une question inventée et suscitée par une volonté de savoir provisoire et culturellement construite<sup>138</sup> »...

\* La pharmacovigilance, bien assumée, constitue une sorte de contre-savoir pharmaceutique qui doit mener, dans l'intérêt public, à un contre-pouvoir enjoignant les autorités de réglementation à bannir un produit, une indication, un mode d'emploi jugés trop défavorables en situation clinique

\* Le diagnostic présymptomatique est basé sur un savoir qui relève de la médecine prédictive et préventive que Sackett, un des pères de la médecine factuelle, qualifiait de péremptoire, présomptueuse et tyannique

#### **LESS MEDICINE, MORE HEALTH : 7 Assumptions That Drive Too Much Medical Care – (Livre) - Médicalisation**

Gilbert Welch. Boston : Beacon Press ; 2015 - ISBN: 978-080707164-9

"Gil Welch's book shows us exactly how too much medical care can be harmful and even deadly. This is a needed corrective to the American attitude that the more screening and testing, the healthier we will be" thinks Marcia Angell, author of *The Truth About Drug Companies*

<sup>136</sup> On lira de Joseph Dumit, *Drugs for life*, où cette idée est bien développée

<sup>137</sup> Que David Sackett a bien fustigée sur <http://www.cmajopen.com/content/167/4/363.full>

<sup>138</sup> Paul-Loup Weil-Dubuc. 15.10.2013 sur <http://www.laviedesidees.fr/Les-servitudes-du-droit-de-savoir.html>

« The author of the highly acclaimed *Overdiagnosed* describes seven widespread assumptions that encourage excessive, often ineffective, and sometimes harmful medical care. You might think the biggest problem in medical care is that it costs too much. Or that health insurance is too expensive, too uneven, too complicated—and gives you too many forms to fill out. But the central problem is that too much medical care has too little value...

Welch is worried about too much medical care. It's not to deny that some people get too little medical care, rather that the conventional concern about "too little" needs to be balanced with a concern about "too much": too many people being made to worry about diseases they don't have—and are at only average risk to get; too many people being tested and exposed to the harmful effects of the testing process; too many people being subjected to treatments they don't need—or can't benefit from...

The American public has been sold the idea that seeking medical care is one of the most important steps to maintain wellness. Surprisingly, medical care is not, in fact, well correlated with good health. So more medicine does not equal more health; in reality the opposite may be true...

The general public harbors assumptions about medical care that encourage overuse, assumptions like it's always better to fix the problem, sooner (or newer) is always better, or it never hurts to get more information. *Less Medicine, More Health* pushes against established wisdom and suggests that medical care can be too aggressive...

Drawing on his twenty 25 years of medical practice and research, Welch notes that while economics and lawyers contribute to the excesses of American medicine, the problem is essentially created when the general public clings to these powerful assumptions about the value of tests and treatments—a number of which are just plain wrong...

By telling fascinating (and occasionally amusing) stories backed by reliable data, Dr. Welch challenges patients and the health-care establishment to rethink some very fundamental practices. His provocative prescriptions hold the potential to save money and, more important, improve health outcomes for us all »

**Moins de médecine, plus de santé : Sept suppositions qui conduisent au surcroît de soins** – (Traduction libre du titre du livre)  
« Un livre brillant, décapant, fascinant, drôle, qui se lit comme un roman et qui peut nous ouvrir les yeux sur les excès de la médecine moderne. Welch est un de mes héros, un homme réfléchi, intelligent, un professeur extraordinaire, auteur de plusieurs articles dans le NEJM, JAMA etc. Sa lecture est à recommander à tous les médecins, tous les patients et aux décideurs du réseau de la Santé... »

Pour garder notre précieux système de santé viable. Pour cibler ce qui peut aider sans nuire et ne pas surconsommer des soins inutiles (quand ils ne sont pas carrément nuisibles) qui ne font qu'encombrer nos bureaux sans plus value et réduire l'accès aux vrais malades. Pour qu'on soit enfin disponible et accessible et qu'on offre une totale attention à ces vrais malades trop souvent négligés ou laissés-pour-compte »<sup>139</sup>

#### **LESS-IS-MORE-MEDICINE** <sup>140</sup>— (Site web, répertoire de livres)

« If you are interested in the *Less is More* approach, you may already be providing or seeking healthcare at least somewhat in this way. But you might also be wondering: "what more can I do?" A good first step is to get reading! Other than the articles highlighted on this site, or exploring the websites of various projects to do with Less is More, there are some really good books on the subject »

**la pratique du moins pour le mieux** ; le moins est le mieux en médecine ; moins de soins pour le mieux ; la pratique de la prévention quaternaire (P4)

\* très bonne source de références, de livres à lire. Quelques uns ont été traduits aux PUL par Fernand Turcotte

#### **LEXCHIN Joel. DOCTORS IN DENIAL : Why Big Pharma And The Canadian Medical Profession Are Too Close For Comfort (CA)**

<sup>139</sup> Robert Béliveau, médecin de famille, Montréal

<sup>140</sup> <http://www.lessismoremedicine.com/read>

*Quoi lire*

Toronto : Lorimer ; 2017 - ISBN 978-1-4594-1244-6 (imprimé) - ISBN 978-1-4594-1245-3 (EPUB)

*Lecture recommandée en pharma-co-dépendance canadienne*

L'histoire des alliances intéressées entre tous les acteurs du médicament au Canada au détriment des consommateurs volontaires ou obligés. L'auteur, urgentologue et expert en politique du médicament, peint une fresque historique des alliances entre la profession médicale, l'industrie et les gouvernements au Canada. Voici quelques observations et réflexions choisies dans son livre:

- a) Cette « alliance » est antérieure à l'amorce du néolibéralisme ouvertement mise en œuvre par Reagan aux É.-U. et Thatcher au R.-U.; elle en fut renforcée et continue de l'être. En même temps la privatisation de la santé a commencé à s'installer au pays dans les années 1980 et continue de le faire : frais accessoires en cabinet et à l'hôpital; privatisation de la collecte de sang, de la radiologie pointue, des polycliniques, de laboratoires biomédicaux; désaffiliation du régime public par des médecins; PPP dans la construction et la gérance d'hôpitaux (pourtant avérés désastreux à l'étranger et au pays), PPP ou financement privé en recherche clinique et en formation médicale continue; tous des indicateurs fermement dénoncés par *Médecins québécois pour un régime public* (*Canadian Doctors for Medicare* dans le reste du Canada).
- b) L'alliance et la privatisation convergent pour justifier que l'on trouve éthiquement normales de nombreuses situations conflictuelles liées aux soins, à la formation, à la recherche et à la santé publique. L'alliance et les PPP se ressemblent en assumant que des fonds privés soient nécessaires pour « servir le public », une aberration en soi car le privé ne vise que le profit et le public vise le meilleur service au meilleur cout.
- c) Toute bonne pratique de soins doit reposer sur un savoir médical et une habileté clinique dont l'objectif doit demeurer *soignant* alors que les pharmaceutiques dominées par le marketing n'hésitent pas à enfreindre leurs propres codes, à tricher, à encourir des condamnations civiles et criminelles, à corrompre politiques, agences, médias, instances médicales, revues savantes, chercheurs cliniques, associations de patients et prescripteurs. Les engagements de l'industrie à se comporter en firmes socialement responsables ne sont que des fausses promesses alors qu'on y pratique une marchandisation socialement irresponsable.
- d) *Consumers International* a découvert que sur 20 firmes américaines prétendant suivre un tel code de marketing, seulement 2 ont bien voulu dévoiler les infractions et les sanctions et seulement 12 ont bien voulu divulguer ledit code. Au Canada le code de *Médicaments novateurs Canada* (ex Rx&D) est peu spécifique et n'a que peu de conséquences pratiques pour les firmes individuelles; il a pourtant été endossé par des membres élargis de « l'alliance » : *Best Medicines Coalition, Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé inc., l'Association médicale canadienne, L'Association des infirmiers et infirmières du Canada, L'Association des pharmaciens du Canada*.
- e) Sans cette évolution déplorable de l'industrie, l'alliance aurait eu peu de conséquences, mais en cotoyant de telles entreprises, on finit par penser comme elles aux niveaux politique, réglementaire, professionnel, éditorial, médiatique. La promotion aux médecins ne peut demeurer responsable et impartiale quand nos élus permettent l'autorégulation, que ce soit par les firmes elles mêmes ou par un organisme dominé par les firmes, comme c'est le cas au Canada avec le *Conseil consultatif de publicité pharmaceutique*; pourtant, les lois et règlements permettent en théorie à Santé Canada de réglementer la promotion.
- f) La promotion directe aux consommateurs des produits ordonnancés est illogique et injustifiée. Cette promotion se pratique indirectement au Canada; elle utilise les associations de patients, les réseaux sociaux, les médias de masse, l'accompagnement des patients, et en est d'autant plus insidieuse. On annonce les vaccins à la télé quand ils ne sont pas couverts par des fonds publics.

g) Les *directives* cliniques devraient être impartiales et rédigées sans COI. Les facultés de médecine et les centres de recherche médicale devraient prendre leur distance des commanditaires qui ont un intérêt certain dans les résultats. Il faudrait refuser les chaires professorales et les bourses aux stagiaires financées par les firmes. Les associations de *spécialistes* devraient divulguer dans un premier temps et refuser dans un deuxième temps les avances des firmes, tout comme les responsables de l'accréditation des activités de FMC (Collège Royal pour les spécialistes et Collège des médecins de famille, pour le Canada; Conseil québécois de développement professionnel des médecins, pour le Québec).

h) La direction et la rédaction des revues savantes ne devraient avoir aucun lien d'intérêt avec les firmes, directement et indirectement. Dans un premier temps elles devraient divulguer leurs revenus et les sources (tirés à part, publicités, suppléments) et dans un second temps les éliminer. Les articles rédigés anonymement (*ghostwritten*) par des employés des firmes et signés par des meneurs d'opinion prête-noms (même s'ils ont utilisé leurs propres patients), ne devraient plus être considérés la norme et devraient être refusés. C'est ainsi que *Emergency Medicine Australasia* n'accepte plus aucun avantage de l'industrie, que le *BMJ* depuis 2015 refuse les synthèses, éditoriaux et directives cliniques rédigés par des médecins en conflits d'intérêts. Oui c'est faisable.

\* Commentaire d'un expert canadien en matériovigilance : « Faut rappeler le rôle néfaste des agences gouvernementales qui se présentent comme les protecteurs du public mais qui sont simplement des organisations promotrices pour des activités commerciales douteuses. On oublie facilement que des produits médicaux défectueux et mal conçus ont des répercussions économiques qui consument tout apport fiscal que ce commerce rapporte<sup>141</sup> »

#### **LITERATURE SOURCES IN PHARMACOVIGILANCE (SW)** – (Site web)

Olson, Sten. WHO-Uppsala Monitoring Center

#### *Pharmacovigilance*

\* Powerpoint web site<sup>142</sup>, to introduce newcomers to the field of drug safety. The Center in Uppsala (SW) collects ADR reports from national pharmacovigilance centers around the world and runs the global pharmacovigilance program of the WHO

#### **MAD IN AMERICA : Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill (USA)** – (Livre)

Robert WHITAKER. New York : Basic Books ; 2002 – 304 pages

#### *Lecture recommandée en psycho-pharmacologie*

« The MIA site is designed to serve as a resource and a community for those interested in rethinking psychiatric care in the USA and abroad. We want to provide readers with news, personal stories, access to source documents, and the informed writings of bloggers that will further this enterprise »

« *Mad in America* is a history of the treatment of the severely mentally ill in the US colonial times until today. The book tells of the introduction of moral therapy in the early 1800 by the Quakers; the eugenic attitudes toward the mentally ill embraced by American society in the first half of the 20th century; and the various somatic therapies--the shock therapies and frontal lobotomy--embraced by psychiatry in the 1930s and 1940s...

Finally, it tells of the poor outcomes for schizophrenia patients in the modern psychopharmacology era...

Conventional histories of psychiatry tell of how Thorazine and other antipsychotic medications 'revolutionized' the care of the severely mentally ill. These drugs made it possible for people with schizophrenia to leave the asylum and live in the community--or so the story is told. *Mad in America* puts that story of progress under a historical and scientific microscope. The history told in *Mad in America* will surprise many readers...

In its review of the scientific literature, the book reveals that long-term outcome studies of antipsychotics regularly showed that

---

<sup>141</sup> Pierre Blais, CA, 2019

<sup>142</sup> [http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/safety\\_efficacy/trainingcourses/literature\\_references.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/trainingcourses/literature_references.pdf)

the drugs increased the likelihood that people diagnosed with schizophrenia would become chronically ill. The book also investigates the marketing of the new atypical antipsychotic medications in the 1990s, and uncovers the scientific fraud at the heart of that enterprise »<sup>143</sup>

\* Whitaker is an investigative reporter, speaker and author in psychiatry and psychopharmacology, best known for his books *Anatomy of an Epidemic* and *Mad in America*, and his blog : <https://www.madinamerica.com>

## MAJOR PUBLISHERS

### grands éditeurs

\* En 1917 quatre d'entre eux publient plus de 2000 revues, tels Elsevier, Springer, Wiley, Taylor (Prescrire 2019) – la Belle époque fut de 1880 à 1914, avant la censure (guerre obligé) puis la commercialisation – La première revue savante en anglais remonte à 1665, *Philosophical Transactions of the Royal Society*.

\* le monde de l'édition scientifique médicale est devenu trop mercantile

## MASTHEAD Édition

### ours

= encadré contenant les coordonnées de l'éditeur et la liste des contributeurs

**ME MEDICINE vs. WE MEDICINE : Reclaiming Biotechnology for the Common Good - Médecine personnalisée – Santé publique – Amélioration de soi – Dépistages génétiques – Médicaments de niche – Marchandisation du corps**  
DICKENSON, Donna. New York : Columbia University Press; 2013 – 296 pages - ISBN: 9780231159746

« Dickenson explores how *personalized medicine* illustrates capitalism's protean capacity for creating new products and markets where none existed before--and how this, rather than scientific plausibility, goes a long way toward explaining private umbilical cord blood banks and retail genetics. Whatever is behind the rise of *Me Medicine*, it isn't just science. So why is *Me Medicine* rapidly edging out *We Medicine*, and how has our commitment to our collective health suffered as a result?

Drawing on the latest findings from leading scientists, social scientists, and political analysts, she critically examines 4 possible hypotheses driving our *Me Medicine* moment: a growing sense of threat; a wave of patient narcissism; corporate interests driving new niche markets; and the dominance of personal choice as a cultural value. She concludes with insights from political theory that emphasize a conception of the commons and the steps we can take to restore its value to modern biotechnology »  
**Médecine personnalisée contre santé publique : Récupérer la biotechnologie au profit du bien commun** (Traduction libre)  
« Le développement de la médecine personnalisée nuit aux principes de distribution équitable des bénéfices de la santé publique. En effet l'idée de produire des molécules que pour certains groupes d'individus risque d'en augmenter les coûts et d'en limiter ainsi l'accès à une population déjà pénalisée par ses disparités socio-économiques... La médecine personnalisée peut déraper vers la création de deux catégories de la population, la première pouvant s'offrir les traitements... Donna Dickinson analyse quatre facteurs favorisant la médecine personnalisée aux É-U :

- a) un sentiment de menace dans la collectivité
- b) la création de nouveaux marchés de niche dans une optique néolibérale
- c) les principes dominants d'autonomie et de choix personnel
- d) une tendance narcissique, ultra-individualiste, en quête d'amélioration de soi (*self enhancement*) »<sup>144</sup>

« L'auteure philosophe et éthicienne américaine entend critiquer la manière quasi-exclusive dont la médecine personnalisée (qu'elle appelle *Me Medicine*) se concentre sur l'individu. Sa préoccupation est que sont souvent négligés les impératifs de santé publique et d'accès aux bienfaits de la médecine de manière équitable pour tous (la *We Medicine*)... Elle montre comme Iona Heath (R.-U.) ne cesse de la clamer comment la médecine dite préventive est porteuse d'inéquités sociales

<sup>143</sup> <http://robertwhitaker.org/robertwhitaker.org/Mad%20in%20America.html>

<sup>144</sup> *La Lettre du Gras*, avril-mai-juin 2015,no 85, page 10

L'auteure combine les compétences et l'érudition universitaires d'une part, et un engagement militant d'autre part ; engagement dans le sens d'une attention diligente, devant l'évolution ultra-rapide de la bioscience, aux enjeux sociaux et au besoin de maintenir une solidarité entre tous au sein de la collectivité. Sa demande appuyée est que la biotechnologie soit mieux mise au service du bien commun<sup>145</sup> »

**MED CHECK IN ENGLISH : THE INFORMED PRESCRIBER (JA)<sup>146</sup>** – (Bulletin de thérapeutique indépendant)

\* The original Japanese version of *Med Check + The Informed Prescriber* is bimonthly and member of ISDB, launched in January 2015. The English edition at least quarterly. Rigorously Independent and reliable Information for informed decision-making on treatment and healthcare, published by Non-Profit Organization Japan Institute of Pharmacovigilance. Financed by its subscribers

\* No advertising, No shareholders, No sponsors. More or less an Asian equivalent of *Prescrire International* and *Arznei Telegramm*

« Rokuro Hama and the group behind *MedWatcher Japan* are the most extraordinary courageous scientists and lawyers and all round safety advocates there are. Their *MedCheck Bulletin* is being made available in English for the first time May 2015 and will be worth following »<sup>147</sup>

**MÉDECINE (FR)** - (Périodique mensuel pour médecins généralistes : De la médecine factuelle à leur pratique)

Paris. John Libbey Eurotext. – Certains articles sont en accès libre<sup>148</sup>

**Lecture et abonnement recommandés aux généralistes**

« Depuis sa création en 2005, Médecine est un titre médical indépendant dont le financement n'est assuré que par l'abonnement payant de ses lecteurs (sans aucune publicité de l'industrie pharmaceutique). Militante, la revue défend une médecine centrée sur le patient et une médecine par la preuve, la médecine factuelle...

Elle apporte des avis argumentés sur tous les aspects de la pratique (pas seulement la prescription), comme les produits de santé et les stratégies thérapeutiques ou encore les éléments contextuels de la relation médecin-patient. Écrite pour des médecins par des médecins en exercice, elle est un outil indispensable tous les acteurs de soins primaires, notamment les médecins généralistes...

Elle réunit un comité de rédaction interdisciplinaire s'assurant de la qualité des articles proposés à travers une relecture des manuscrits par peer-review. Médecine répond aux exigences et aux besoins de la Formation, couvrant les obligations réglementaires de l'OGDPC, permettant ainsi à tous de débuter un programme DPC-Médecine complet, à tout moment »

« Médecine a pour objectif d'apporter aux acteurs de soins primaires, et en particulier aux médecins généralistes, une information objective axée sur l'évaluation de la pratique médicale, notamment sur les produits de santé et les stratégies thérapeutiques. Médecine se fonde sur les principes de la médecine factuelle afin de fournir une information didactique et fiable, centrée sur le patient...

*Indépendante de l'industrie pharmaceutique, Médecine ne propose pas de publicité émanant des laboratoires et bénéficie d'un comité de lecture.* Médecine répond aux exigences et aux besoins de la FMC obligatoire, en proposant des avis argumentés au plus près de l'exercice réel du médecin généraliste »

---

<sup>145</sup> Jean Martin. *Santé publique* 2013 ; 25(6)

<sup>146</sup> <http://www.npojip.org/english/MedCheck/medchecktip.html>

<sup>147</sup> David Healy at <http://davidhealy.org/the-couric-incident-hpv-vaccine-mass-bullying/>

<sup>148</sup> <http://www.jle.com/fr/revues/med/revue.phtml>

## MEDICAL BOOK REVIEW

### **critique / recension de livre de médecine**

NDT : éviter *révision de livre*, calque de *book review*

## MEDICAL BREAKTHROUGH OR COMMERCIAL ? *Publicité mensongère*

### **percée médicale ou mirage médical ?**

## MEDICAL DEVICE BOOK WRITTEN UNDER THE INFLUENCE (FR)

### **livre de matériovigilance écrit sous influence**

\* En 2009 un ouvrage publié aux Presses Universitaires de France<sup>149</sup> est coécrit par un responsable de l'Afssaps et un de la firme Medtronic – fabricant de dispositifs médicaux - et si ce n'était pas assez, le livre est préfacé par le directeur de l'Afssaps<sup>150</sup>

## **MEDICAL NEMESIS : The Expropriation Of Health Livre fondateur sur la surmédicalisation**

ILLICH, Ivan. London (UK): Calder & Boyars 1974, 1975, 2000 ; Marion Boyars 1976 ; Penguin 1976, 1991

Work of a visionary ; one of the first thinkers to see the coming of medicalization and iatrogenic harm. A seminal book

« In the 30 years since Ivan Illich wrote his seminal and, at the time, shocking book *Medical Nemesis*, the idea that medicine can do clinical and societal harm as well as good has become commonplace »<sup>151</sup> writes the BMJ editor in 2012

« In the 1975 book *Limits to medicine: Medical nemesis* (1975), Ivan Illich put forth one of the earliest uses of the term 'medicalization'. The philosopher argued that the medical profession harms people through iatrogenesis, a process in which illness and social problems increase due to medical intervention. Illich saw iatrogenesis occurring on three levels:

- a) the *clinical*, involving serious side effects worse than the original condition [ *quaternary medicine* aims at protecting patients from it ]
- b) the *social*, whereby the general public is made docile and reliant on the medical profession to cope with life in their society
- c) the *structural*, whereby the idea of aging and dying as medical illnesses effectively 'medicalized' human life and left individuals and societies less able to deal with these 'natural' processes »<sup>152</sup>

## **NEMESIS MÉDICALE : L'expropriation de la santé**

ILLICH, Ivan. Paris : Seuil ; 1975 - 1981

\* Ce visionnaire fut l'un des premiers à voir venir la *médicalisation* des bien-portants et les méfaits iatrogènes. Un livre phare

## **MÉDICAMENTS : EFFETS SECONDAIRES, LA MORT (SW) – (Livre)**

John VIRAPEN. Paris : Cherche-Midi ; 2014 - ISBN : 9782749136219 - Préface, traduction et notes du Pr Even – Les laboratoires nous trompent - Best-seller mondial

« Pour la première fois, un haut dirigeant d'une grande firme internationale témoigne de l'intérieur et se révolte. Ce livre criant de vérité se lit comme un roman policier, un roman noir, mais ce n'est pas un roman...

Il décrit, pièces en main, la falsification des études cliniques, la dissimulation des accidents mortels aux agences de contrôle, les mensonges systématiques aux généralistes par les visiteurs médicaux et surtout la corruption des experts universitaires infiltrés dans les agences d'État et celle des politiques...

Scandales incessants – Opren™, Vioxx™, Isoméride™, Mediator™, antidépresseurs... 60 % de prescriptions ou de médicaments inutiles vendus 10 à 100 fois leur prix de revient à 25 millions de bien-portants, "souffrant" de maladies qui n'existent guère, inventées par l'industrie pour son profit : pré-hypertension artérielle, pré-diabète, pré-ostéoporose, cholestérol élevé,

<sup>149</sup> Audry & Ghislain. *Le dispositif médical*. Paris : Presses Universitaires de France ; 2009

<sup>150</sup> Rev Prescrire 2012 ; 32(339) : 69

<sup>151</sup> Fiona Godlee. BMJ 2012;345:e6684

<sup>152</sup> Wikipedia

ostéopénie, etc...

Résultat par an : 30 000 morts en France (3<sup>e</sup> cause de mortalité après les cancers et maladies cardio-vasculaires) et 12 milliards d'euros au seul bénéfice de cette industrie devenue ainsi première du monde (+ 20 % par an !) et qui, selon l'ONU, **corrompt à tous les niveaux, gouvernements, parlements, agences de santé, experts, sociétés scientifiques et médias médicaux...**

Rien ne changera *si les patients ne se mobilisent pas*, avec leurs médecins, pour exiger qualité, sécurité et juste prix des médicaments. Bouleversant et effrayant »

« Dans la famille "Les Repentis de Big Pharma", voici John Virapen, ancien directeur de la firme Eli Lilly en Suède, qui a rédigé dans sa 64<sup>e</sup> année une confession professionnelle peu ordinaire... Il raconte les petits pactes inavouables qui se scellent dans ce milieu feutré, et la main mise des firmes sur les leaders d'opinion, ces grands professeurs renommés et gardiens de la doxa...

Ainsi l'entre eux, appelons-le le Dr Z., spécialiste du traitement de la douleur et expert au ministère de la santé, recevait de Lilly un salaire fixe, moyennant conseil, relecture de brochures et autres conférences. On faisait surtout appel à lui en cas d'attaque contre nos produits dans les médias, souvent à propos d'effets secondaires...

Il écrivait immédiatement des articles en notre faveur dans les journaux médicaux. Le microcosme médical était rassuré, la grande presse n'en parlait plus" ... Par exemple pour obtenir l'AMM du Prozac™ en Suède, l'expertise du Dr Z. en fut quelque peu orientée, il avait reçu 20 000\$ pour favoriser une autorisation rapide...

Dans le dossier initial, voici un exemple de ce qu'on pouvait lire : "Sur 10 personnes ayant pris le principe actif, 5 eurent des hallucinations et firent une tentative de suicide dont 4 avec succès." A la place on lisait désormais : "Les 5 derniers ont présentés divers effets secondaires." Escamotés, les suicidés sous Prozac™, au cours de la phase d'expérimentation »<sup>153</sup>

#### **MÉDICAMENTS DANGEREUX : À qui la faute ? Ce que les missions d'enquête ne vous diront jamais (FR)**

GIRARD, Marc. Escalquens (FR) : Dangles ; 2011 – ISBN 978-2-7033-0896-6

L'auteur est mathématicien, médecin pharmaceutique, expert judiciaire, pharmacovigilant, psychanalyste, blogueur et auteur

« Sang contaminé, hormone de croissance, Distilbène™ (DES), cérivastatine (Baycol), Vioxx™, Acomplia™, Avandia™, Di-Antalvic™, vaccins contre l'hépatite B, la grippe ou le cancer du col de l'utérus : les gens n'en peuvent plus de constater que rien ne change malgré l'accumulation des scandales pharmaceutiques, et qu'en plus, tout semble s'aggraver dans une ambiance révoltante d'impunité...

Il s'agit donc de dire aux citoyens qu'ils ont raison d'être inquiets, de leur montrer que les réformes qu'on leur propose n'ont d'autre objectif que d'aggraver les conditions qui ont rendu possibles tous ces scandales, de les convaincre enfin qu'ils n'ont aucun motif sérieux de retrouver la confiance...»<sup>154</sup>

#### **MÉDICAMENTS MORTELS ET CRIME ORGANISÉ.** Peter Götzsche. Traduction Fernand Turcotte aidé de Pierre Biron. PUL,

Québec, Qc, 2015

COMMENTÉ PAR HERVÉ MAISONNEUVE (Juin 2021) sur <redactionmedicale.fr> :

« J'ai la version originale de ce livre, et je viens de la relire. Ce livre a été traduit en français, par le même traducteur que celui du livre *Surdiagnostic*. Son titre en français : '**Remèdes mortels et crime organisé**' avec un sous-titre : *Comment l'industrie pharmaceutique a corrompu les services de santé*. Livre parfois épousé dans certaines librairies. **La version anglaise de 2013 avec 322 pages est disponible.**

<sup>153</sup> <http://tempsreel.nouvelobs.com/sante/20140418.OBS4469/industrie-du-medicament-j-ai-vendu-mon-ame-au-diable.html>

<sup>154</sup> <http://www.rolandsimion.org/>

L'auteur fait parfois un parallélisme entre les stratégies des industries du tabac et des industries des produits de santé. Il s'oppose au dépistage du cancer du sein et ses arguments méritent attention... Il a été invité par La Revue Prescrire en 2012 pour s'exprimer. Sur d'autres dépistages, il est aussi très très réservé. Comment avoir des parts de voix dans un environnement où malades, décideurs, politiques et professionnels de santé semblent satisfaits d'un business bien organisé ?

Ce livre de 310 pages est extrêmement bien documenté et argumenté. Il est très dense avec beaucoup de références bien choisies, ce qui soutient assez bien les arguments de Peter. Il y a 22 chapitres qui ont entre 50 et 100 références ; il y a deux préfaces d'anciens rédacteurs en chef : Richard Smith (BMJ), et Drummond Rennie (JAMA). Richard Smith a écrit un livre 'The trouble with medical journals' dont les thèses sont reprises par P Gotzsche.

Les titres des chapitres sont informatifs : *Confessions from an insider ; Organized crime, the business model of big pharma ; Very few patients benefit from the drug they take ; Conflicts of interests at medical journals ; The corruptive influence of easy money ; What do thousands of doctors on industry payroll do ?...* Des chapitres sur la complaisance des tutelles, des agences, et sur des domaines thérapeutiques très investis par l'industrie comme la psychiatrie.

C'est un livre de 2013 et depuis des marchés pharmaceutiques ont envahi d'autres domaines. Dans un chapitre introductif, l'auteur décrit les 10 plus gros scandales ayant conduit des tribunaux à condamner les plus grandes industries à des amendes de 1 à 3 milliards de dollars.

Un chapitre original tend à démontrer, et c'est argumenté, 10 mythes à propos de l'industrie pharmaceutique :

- 1) Les médicaments sont chers car les coûts de recherche et développement sont élevés ;
  - 2) Si nous n'utilisons pas les médicaments chers, la recherche s'assèchera ;
  - 3) les économies sont plus importantes que les coûts pour les médicaments chers ;
  - 4) les grandes découvertes proviennent de la recherche financée par les industries ;
  - 5) les industries pharmaceutiques sont en compétition dans un marché libre ;
  - 6) les partenariats public-privé sont bénéfiques pour les patients ;
  - 7) les essais cliniques sont faits pour améliorer les traitements des patients ;
- 8) nous avons besoin de nombreux médicaments semblables (me-too drugs) car les malades ont des réponses variables ; 9) il ne faut pas utiliser les médicaments génériques car leur efficacité varie ; 10) l'industrie paye la formation médicale continue car les fonds publics ne payeront pas. Le livre original est de 2013, mais peu ou pas de progrès en 8 ans ! Il est d'actualité.

Source : <https://www.redactionmedicale.fr/2021/06/surdiagnostic-peter-est-le-roi-pour-denoncer-le-crime-organisé-par-les-industries-des-produits-de-santé>

**Deadly Medicines and Organised Crime.** Peter Gøtzsche, London, Radcliffe, 2013

#### **MEGA TRIALS Comment lire**

« The number of patients included is only high if there is an expectation that there will be minimal differences between treated and untreated patients, in order to ensure that there is sufficient statistical power to show them [and to obtain marketing authorization even when the superiority to the trial control group is not sufficient to be relevant!] Any trial involving thousands of patients is an admission of therapeutic ineffectualness and a non starter » (Traduit)

#### **méga-essais ; essais de grande amplitude / de grande taille**

« Le nombre de malades inclus n'est élevé qu'en cas [d'une attente] de différences ponctuelles entre traités et non traités, de façon à s'assurer une puissance statistique suffisante pour les faire apparaître [ et obtenir l'AMM même si la supériorité au groupe témoin de l'essai n'est pas suffisante pour être pertinente ! ]... Tout essai portant sur des milliers de malades est un aveu d'impuissance thérapeutique et une montagne qui accouche d'une souris<sup>155</sup> »

---

<sup>155</sup> Even, page 119

**META-ANALYSIS : Statistical Alchemy for the 21st Century** – (Article) – Critique de la mét-a-analyse

Alvan R FEINSTEIN. *J Clin Epidemiol* 1995 ; 48(1) : 71-79

\* a severe criticism of the scientific limitations of meta-analysis, comparing some of its features with those of alchemy :

- a) a *free lunch*, getting ‘something for nothing’, hoping to convert existing things [like a  $P > 0.05$ ] into something better [such as a  $P < 0.01$ ]

- b) working with heterogeneous data, a kind of *mixed salad*

« Major intellectual and scientific effort should be devoted not to methods of meta-analyzing flawed results but to improving the basic structure and evidence of trials » - « Cui bono : who benefits from what is found in meta-analyses ? Pharmaceutical companies, regulatory agencies and public-policy makers, but not practicing clinicians and patients »

*Lecture recommandée*

**META-RESEARCH : The Art of Getting it Wrong** Critique de la mét-a-analyse -

IOANNIDIS, John Pa. *Research Synthesis Methods* 2010; 1 : 169

**La mét-a-recherche : L'art de se fourvoyer / de se tromper** (Traduction libre du titre de l'article)

\* Une synthèse magistrale des faiblesses inhérentes à la mét-a-analyse, surtout quand elles servent les intérêts des promoteurs de produits de santé, mais aussi ceux des chercheurs carriéristes. Par un des grands méthodologues de la mét-a-analyse et des méthodes de la recherche médicale

*Lecture recommandée*

**MINTZES, Barbara et al. PHARMACEUTICAL SALES REPRESENTATIVES AND PATIENT SAFETY : A Comparative Prospective Study of Information Quality in Canada, France and the United States** – Quoi lire - Promotion – Visiteurs médicaux

*J Gen Intern Med* 2013; 28(10): 1368-75 – online 5.4.2013 – DOI 10.1007/s11606-013-2411-7

Mintzes, B., Lexchin, J. The “Nuts and Bolts” of Opioid Marketing: Promotional Messages to Family Doctors in Sacramento, Vancouver, Montreal, and Toulouse. *J Gen Intern Med* (2020). <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05584-5>

« Introduction: The information provided by pharmaceutical sales representatives has been shown to influence prescribing. To enable safe prescribing, medicines information must include harm as well as benefits. Regulation supports this aim, but relative effectiveness of different approaches is not known. The United States (US) and France directly regulate drug promotion; Canada relies on industry self-regulation. France has the strictest information standards.

Methods: This is a prospective cohort study in Montreal, Vancouver, Sacramento and Toulouse. We recruited random samples of primary care physicians from May 2009 to June 2010 to report on consecutive sales visits. The primary outcome measure was "minimally adequate safety information" (mention of at least one indication, serious adverse event, common adverse event, and contraindication, and no unqualified safety claims or unapproved indications).

Results: Two hundred and fifty-five physicians reported on 1,692 drug-specific promotions. "Minimally adequate safety information" did not differ: 1.7 % of promotions; range 0.9-3.0 % per site. Sales representatives provided some vs. no information on harm more often in Toulouse than in Montreal and Vancouver: 61 % vs. 34 %, OR = 4., or Sacramento (39 %), OR = 2.4. Serious adverse events were rarely mentioned (5-6 % of promotions in all four sites), although 45 % of promotions were for drugs with US Food and Drug Administration (FDA) "black box" warnings of serious risks. Nevertheless, physicians judged the quality of scientific information to be good or excellent in 901 (54 %) of promotions, and indicated readiness to prescribe 64 % of the time.

Discussion: "Minimally adequate safety information" did not differ in the US and Canadian sites, despite regulatory differences. In Toulouse, consistent with stricter standards, more harm information was provided. However, in all sites, physicians were rarely informed about serious adverse events, raising questions about whether current approaches to regulation of sales representatives adequately protect patient health »

NOTE : Enfin des données dures sur ce qu'on savait déjà : il n'y a rien à apprendre d'utile aux patients, quand on reçoit ces visiteurs

**MONTASTRUC, Jean-Louis et son équipe. BULLETINS D'INFORMATIONS DE PHARMACOLOGIE DE LA RÉGION OCCITANIE; BIP31.FR (FR) – (Bulletin de thérapeutique indépendant) Quoi lire**

En accès libre. CRPV de Toulouse et CRPV de Montpellier

<http://www.bip31.fr> - [https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/bip\\_no1\\_2019\\_compressed.pdf](https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/bip_no1_2019_compressed.pdf)

**Consultation recommandée**

\* Un des meilleurs du genre en France

« Les BIP sont publiés par le Service de Pharmacologie Clinique et le Centre Midi-Pyrénées de PharmacoVigilance, de Pharmacopédiologie et d'Information sur le Médicament (Centre Régional de Pharmacovigilance ou CRPV) du CHU de Toulouse, et le Département de Pharmacologie Médicale et Toxicologie du CHU de Montpellier, à destination des professionnels de Santé.

Dans chaque numéro, le lecteur trouvera des informations *récentes, validées et indépendantes* sur le médicament dans les divers domaines de la Pharmacologie : Mécanisme d'action des médicaments, Pharmacologie Fondamentale, Pharmacologie Clinique, PharmacoVigilance, Pharmacodépendance, Pharmacopédiologie, Évaluation des médicaments pendant la grossesse / l'allaitement, Apport des nouveaux produits, Interactions médicamenteuses, Pharmacéconomie, Pharmacologie Sociale...

Les analyses et textes sont l'œuvre d'une équipe multidisciplinaire de Pharmacologues médecins ou pharmaciens, soucieux de toujours mieux évaluer le médicament dans ses nombreuses composantes *scientifiques, médicales ou sociétales*. Ce site est strictement financé par des crédits universitaires et ne reçoit aucun subside autre...

Ce site indépendant n'accepte et ne contient aucune publicité. Les textes de Bip31.fr sont donc écrits en l'absence de tout conflit d'intérêt... Les actualités se retrouvent dans diverses grandes rubriques : pharmacologie clinique, pharmacovigilance, pharmacopédiologie, addictovigilance, pharmacologie sociale, médicaments et reproduction sans oublier les rubriques habituelles : bon usage du médicament, médicaments à éviter, brèves de l'Ansm et de l'Ema, et l'amélioration du service médical rendu des nouveaux médicaments<sup>156»</sup>

**MOORE, Thomas. DEADLY MEDICINE - Why Tens Of Thousands Of Heart Patients Died In America's Worst Drug Disaster - Quoi lire, Thomas. New York: Simon & Schuster, 1995 (Épuisé<sup>157</sup>) - 350 pages – ISBN 0684804174 - NDT : Ne pas confondre avec le Deadly Medicines de et tout aussi choquant**

« Although randomized controlled trials have been utilized since the 1940s, the ability of the RCT to truly upend current medical practice was not realized until the early 1990s with the publication of the *Cardiac Antiarrhythmic Suppression Trials* or CAST (Echt et al. *N Engl J Med* 1991; 324: 781). CAST tested whether prevailing management—the use of Class 1c antiarrhythmic agents (flecainide, encainide, and later moricizine) improved outcomes for patients who recently suffered a MI...

Cardiac dysrhythmia was (and remains) one of the most common causes of early death post-MI. Prior research had implicated the frequency of premature ventricular contractions (PVCs) to these arrhythmic deaths, and anti-arrhythmic agents consistently suppressed PVCs...

Thus, the idea that these drugs would improve outcomes was widely held. In fact, cardiologists were so confident these agents improved outcomes that recruitment to the CAST trial was slow, as many felt it was unethical to allow patients a chance of receiving placebo (Moyé & Tita, *Circulation* 2002; 105: 3062)...

---

<sup>156</sup> BIP31.fr

<sup>157</sup> <http://www.amazon.com/Deadly-Medicine-Thousands-Patients-Americas/dp/0684804174>

CAST trialists however reached the exact opposite conclusion, showing increased rates of death from the use of these drugs, contradicting nearly a decade of widespread practice, and showing that even the best mechanistic reasoning could be wrong...

The results of CAST imply that premature ventricular contractions are either

- (a) not causally related to death or
- (b) the off target effects of treating PVCs with these drugs outweigh the benefits.

Some estimate that 50,000 Americans died because of this erroneous practice during the years it was in favor »<sup>158</sup>

***Médication Mortelle – Pourquoi des dizaines de milliers de cardiaques périrent au cours de la pire catastrophe médicamenteuse des États-Unis* (Traduction libre)**

\* Probablement le meilleur livre de ce journaliste Américain, et un des meilleurs livres pour comprendre les rouages de la FDA dans les années 1990. Dossier noir de certains anti-arythmiques qui tuent, une dizaine voire des dizaines de milliers d'américains cardiaques furent victimes d'un décès prématué. La lecture est un pur délice, l'auteur est un des grands du journalisme d'enquête médical étatsunien. On y apprend comment des jeux de coulisse à la FDA peuvent s'avérer mortels pour des milliers de patients...

Un livre des plus fouillés sur les complicités entre la FDA, les firmes et les experts universitaires. L'un des deux anti-arythmiques incriminés fut retiré (encaïnide), l'autre (flécaïnide ou Tambocor) n'est pratiquement plus utilisé et ce, seulement en cardiologie de soins secondaires ou tertiaires (rythmologie). Ce livre est exceptionnellement bien écrit et bien documenté, destiné à un lectorat élargi et aux historiens de la cardiopharmacologie

**NATIONAL ADR REPORTING** *À qui déclarer un effet indésirable iatrogène*

\* It is important for adverse drug reactions to be reported to government regulators of the pharmaceutical industry. Here are the reporting websites for a few countries<sup>159</sup>:

- a) Australia – Department of Health: Therapeutic Goods Association
- b) Canada – Health Canada
- c) New Zealand – Pharmacovigilance Centre
- d) United Kingdom – Yellow Card System
- e) United States – Food and Drug Administration: MedWatch Program

**notification nationale de pharmacovigilance**

- a) France -
- b) Belgique -
- c) Suisse -

**O'MAHONY, Seamus. CAN MEDICINE BE CURED? THE CORRUPTION OF MEDICINE (IR). Apollo ; 2019 – Livre - Critique de la médecine moderne**

"Seamus O'Mahony, a gastroenterologist from Cork, has written the most devastating critique of modern medicine since Ivan Illich in *Medical Nemesis* in 1975. O'Mahony cites Illich and argues that many of his warnings of the medicalisation of life and death; runaway costs; ever declining value; patients reduced to consumers; growing empires of doctors, other health workers, and researchers; and the industrialisation of healthcare have come true. There is a widespread feeling that medicine has lost its way, and this book published in 2019, describes the loss. The book is as readable as O'Mahony's last book *The Way We Die Now*, and provides a strange cocktail of pleasure and despair.<sup>160</sup> »

**OMERTA DANS LES LABOS PHARMACEUTIQUES : Confessions d'un médecin**

DALBEGUE, Bernard, avec Anne-Laure BARRET. Paris : Flammarion / Enquête; 2014 – 304 pages – ISBN-10 : 2081312646 - ISBN-

<sup>158</sup> <http://www.thecdt.org/article/view/2854/3787>

<sup>159</sup> <https://knowyourdrugs.org/about/>

<sup>160</sup> Richard Smith. <https://blogs.bmjjournals.com/bmjjournals/2019/02/13/richard-smith-most-devastating-critique-medicine-since-medical-nemesis-ivan-illich/>

« Alors que l'actualité a révélé au grand jour des scandales médicamenteux, le docteur Bernard Dalbergue brise la loi du silence. Cet ancien cadre qui a travaillé pour plusieurs laboratoires pharmaceutiques dévoile une des causes de ces drames : le soutien d'experts médicaux rémunérés peut biaiser la politique de santé. Un secret de famille souvent tu. Le jour où il a refusé de jouer le jeu, la carrière du docteur Dalbergue s'est arrêtée net... »

Son témoignage, sincère et percutant, dresse un constat terrible : obnubilée par un marketing débridé, surfant sur les failles du système de sécurité du médicament, l'industrie perd parfois de vue sa mission principale, soigner. La journaliste Anne-Laure Barret étoffe ce récit d'une enquête où elle revisite le scandale oublié du Vioxx™ et montre comment le vaccin Gardasil™ a été recommandé à la population contre l'avis de nombreux spécialistes »

***ON THE TAKE: How Medicine's Complicity with Big Business can Endanger your Health (USA)***

Jerome P KASSIRER. New York: Oxford University Press; 2005 – xx + 251 pages – ISBN 0195300041

*Livre recommandé sur la corruption médico-pharmaceutique*

\* Author was an academic physician at Tufts University and edited the *NEJM* for 8 years - « As the former Editor-in-Chief of *The New England Journal of Medicine* reveals in this shocking expose, innocuous-seeming gifts are just the tip of an iceberg that is distorting the practice of medicine and jeopardizing the health of millions of Americans today... »

He offers an unsettling look at the pervasive payoffs that physicians take from big drug companies and other medical suppliers, arguing that the billion-dollar onslaught of industry money has deflected many physicians' moral compasses and directly impacted the everyday care we receive from the doctors and institutions we trust most.

Underscored by countless chilling untold stories, the book illuminates the financial connections between the wealthy companies that make drugs and the doctors who prescribe them. Kassirer details the shocking extent of these financial enticements and explains how they encourage bias, promote dangerously misleading medical information, raise the cost of medical care, and breed distrust...

A brilliant diagnosis of an *epidemic of greed*, *On the Take* offers insight into how we can cure the medical profession and restore our trust in doctors and hospitals »<sup>161</sup>

« Some physicians become known as whores. *Whore* is a strong descriptor but I heard it repeatedly from colleagues about physicians who tour the country for drug companies. Still I held back using the 'W' word until the wife of a prominent academic physician in a major medical center used it to describe her husband »<sup>162</sup>

***LA MAIN DANS LE SAC : MÉDECINE + AFFAIRES = Danger pour la santé – (Livre traduit)***

Jerome P KASSIRER. Montebello (QC): Les Éditions le Mieux-Être; 2007 - 317 pages - Traduction Paul Longpré

N.d.T. *to be on the take* signifie *toucher des pots de vins*

\* Cet éminent clinicien universitaire dénonce sans retenue la complicité médico-pharmaceutique (alias pharma-co-dépendance) et n'hésite pas à qualifier de 'putes' certains meneurs d'opinion qui parcourent le pays pour des entreprises du médicament

« Bourré de véritables histoires d'horreurs, ce livre met en lumière les manigances financières entre les grosses compagnies qui fabriquent les médicaments et les médecins qui les prescrivent. Diagnostic brillant porté sur une **épidémie de cupidité**, cet ouvrage suggère aussi une thérapie susceptible de remettre sur pied la profession médicale et de restaurer la confiance du public... »

<sup>161</sup> <http://www.oup.com/us/catalog/general/subject/Economics/Health/~~/dmldz11c2EmY2k9OTc4MDE5NTMwMDA0OA==>

<sup>162</sup> Page 25 of *Money-Warped Behavior*, the title of Chapter Two

Son analyse donne à réfléchir sur les graves conflits d'intérêts qui ont envahi les relations entre l'industrie pharmaceutique et la profession médicale. L'auteur propose un regard inquiétant sur les pots-de-vin que des médecins acceptent des géants de l'industrie pharmaceutique et d'autres fournisseurs...

Il fait valoir que les milliards déversés par l'industrie ont détraqué la boussole morale de plusieurs médecins et que ces combines ont miné la qualité des soins que nous prodiguent au jour le jour les médecins et les institutions qui avaient toute notre confiance. Le temps est venu de se demander si tout cet argent qui envahit le monde médical n'a pas plutôt donné naissance à des habitudes de corruption...

Éminent professeur à la faculté de médecine de l'Université Tufts et assistant professeur de médecine et de bioéthique à l'Université Case Western Reserve, il a été rédacteur en chef du *New England Journal of Medicine* pendant plus de 8 ans...

Conflits d'intérêts, pots-de-vin, gratifications et traitements de faveur de toutes sortes, bref les conséquences de la complicité croissante entre deux 'industries' majeures, celle de la médecine et celle de la pharmaceutique, peuvent s'avérer très néfastes voire dangereuses pour la santé des patients et forcément consommateurs de médicaments »<sup>163</sup>

**OP-ED Rédaction**

**billet d'opinion**

**OUTSOURCED MEDICAL WRITER**

outsourced ghostwriter

**rédacteur médical sous-traité**

#### ***OVERDIAGNOSED : Making People Sick in the Pursuit of Health (USA)***

WELCH, H Gilbert, Lisa SCHWARTZ, Steve WOLOSHIN. Boston : Beacon Press; 2011 – 256 pages - ISBN 978-080702200-9

"This book makes a compelling case against excessive medical screening and diagnostic testing in asymptomatic people" writes an editor-in-chief emeritus of the NEJM<sup>164</sup> - Overdiagnosis occurs when individuals are diagnosed with conditions that will never cause symptoms or death - Overdiagnosis started with hypertension when 'normal' thresholds started to be lowered and lowered...

« Within just a few pages, you'll be recommending it to family and friends, and, hopefully, your local physician. If every medical student read it, there is little doubt that a safer, healthier world would be the result" says the author of Selling Sickness »<sup>165</sup>

"We've all been made to believe that it is always in people's best interest to try to detect health problems as early as possible. Dr. Welch explains, with gripping examples and ample evidence, how those who have been overdiagnosed cannot benefit from treatment; they can only be harmed. I hope this book will trigger a paradigm shift in the medical establishment's thinking" thinks the editor of WorstPills.org<sup>166</sup>

« After the criteria used to define osteoporosis were altered, 7 M American women were turned into patients-literally overnight. The introduction of prostate cancer screening resulted in over a million additional American men being told they have prostate cancer, and while studies disagree on the question of whether a few have been helped - there's no disagreement that most have been treated for a disease that was never going to bother them...

As a society consumed by technological advances and scientific breakthroughs, we have narrowed the definition of normal and increasingly are turning more and more people into patients. Diagnoses of a great many conditions, including high blood

<sup>163</sup> <http://www.amazon.fr/La-Main-dans-sac-Médecine/dp/2922969150>

<sup>164</sup> Arnold S Relman

<sup>165</sup> Ray Moynihan

<sup>166</sup> Sidney Wolfe

pressure, osteoporosis, diabetes, and even cancer, have skyrocketed over the last few decades. Drawing on 25 years of medical practice and research, the authors have studied the effects of *screenings* and presumed *preventative measures* for disease and 'pre-disease'...

Welch argues that while many Americans believe that more diagnosis is always better, the medical, social, and economic ramifications of unnecessary diagnoses are in fact seriously detrimental. Unnecessary surgeries, medication *side effects*, debilitating anxiety, and the overwhelming price tag on health care are only a few of the potential harms of overdiagnosis...

The popular media promotes *fear* of disease and perpetuates the myth that early, aggressive treatment is always best. Inevitably, profits are being made from *screenings*, a wide array of medical procedures, and, of course, *pharmaceuticals* »<sup>167</sup>

#### ***LE SURDIAGNOSTIC : Rendre les gens malades par la poursuite de la santé***

WELCH, H Gilbert, Lisa SCHWARTZ, Steve WOLOSHIN. Québec (QC) : Presses de l'Université Laval; 2012 – 323 pages - (Livre traduit par Fernand Turcotte) – ISBN 978-2-7673-9659-8 – Gagnant du Prix Prescrire 2012<sup>168</sup> - Lire la recension du livre dans Prescrire<sup>169</sup>

« Le surdiagnostic survient quand, chez une personne, on diagnostique une maladie qui ne causera jamais ni symptôme ni mort ... notamment par l'abaissement des valeurs-seuil de diagnostic et d'intervention »<sup>170</sup>

« Le livre le plus important que j'ai lu dans les 20 dernières années. Pour nous aider à sortir de l'impasse »<sup>171</sup>

« Après qu'on eut modifié les critères utilisés pour définir l'ostéoporose, 7 M d'Américaines ont été transformées en patientes, du jour au lendemain. L'introduction du dépistage du cancer de la prostate a résulté en ce que plus d'un million d'Américains se soient fait dire qu'ils avaient un cancer de la prostate ; alors que les études cherchant à vérifier s'il s'en trouve quelques-uns qu'on aurait aidés se contredisent, il y a consensus que la plus grande partie ont été traités pour une maladie qui ne les aurait jamais affectés... »

En tant que société fascinée par les progrès techniques et les percées de la connaissance scientifique, nous avons rétréci la définition de ce qui est *normal* et nous transformons en patients de plus en plus de bien portants. Les diagnostics d'un grand nombre de conditions, dont l'hypertension artérielle, l'ostéoporose, le diabète et même le cancer, ont explosé au cours des dernières décennies tandis que les décès provoqués par ces maladies sont restés constants... Le Dr Welch montre comment surviennent le surdiagnostic et les pièges liés aux examens réguliers faits sur des bien portants »<sup>172</sup>

#### ***OVERDIAGNOSIS AND OVERTREATMENT: Generalists - It's Time for a Grassroots Revolution* – (Article)**

Treadwell J & McCartney M. Br J Gen Pract 2016; 66(644): 116-7 - doi: 10.3399/bjgp16X683881

*Surdiagnostic et surtraitement : Généralistes, c'est le temps pour une révolution de la base* – (Traduction libre)

#### ***OVERDO\$ED AMERICA : The Broken Promise of American Medicine (USA)***

ABRAMSON, John. New York : HarperCollins ; 2004

« Some of the nation's worst drug dealers aren't peddling on the street corners, they're occupying corporate suites. *Overdo\$ed America* reveals the greed and corruption that drive health care costs skyward and now threatens the public health »<sup>173</sup>

« The untold crisis in American medicine, with side effects that may be hazardous to your health. We all know that health care and prescription drug costs are skyrocketing, but few doubt the excellence of American medicine. Abramson reveals, in the

<sup>167</sup> <http://www.beacon.org/productdetails.cfm?PC=2174>

<sup>168</sup> Prescrire 2012 ; 32(348) : 787

<sup>169</sup> Prescrire 2012 ; 32(342) : 309

<sup>170</sup> Prescrire 2012 ; 32(342) :309

<sup>171</sup> Robert Béliveau, 2014

<sup>172</sup> <http://www.pulaval.com/catalogue/surdiagnostic-rendre-les-gens-malades-par-9834.html>

<sup>173</sup> Eric Schlosser

same clear language that he used with his patients, how the corporate takeover of clinical research and medical practice is compromising Americans' health...

His role as family doctor was undermined as pressure mounted to use the latest drugs and high-tech solutions for nearly every problem. Drawing on his background in statistics and health policy research, he began to investigate the radical changes that were quietly taking place in American medicine. At the heart of the crisis, he found, lies the *changed purpose of medical knowledge* -- from seeking to optimize health to searching for the greatest profits...

The lack of transparency that has become normal in commercially sponsored medical research now taints the scientific evidence published in even our most prestigious medical journals. And unlike the recent scandals in other industries that robbed Americans of money and jobs, this one is undermining our health...

Commercial distortion now pervades the information that doctors rely upon to guide the prevention and treatment of common health problems, from heart disease to stroke, osteoporosis, diabetes, and osteoarthritis...

The good news is that the real scientific evidence shows that many of the things that you can do to protect and preserve your own health are far more effective than what the drug companies' top-selling products can do for you -- which is why the drug companies work so hard to keep this information under wraps. Abramson offers conclusive evidence that American medicine has broken its promise to best improve our health and is squandering more than \$500 billions each year in the process »<sup>174</sup>

#### ***OVERDOING PREVENTION*** - (Billet)

BIRON, Pierre.<sup>175</sup>

\* D'abord publié en français, puis en anglais, espagnol et portugais

#### ***OVERDOSE: The Case Against the Drug Companies (USA)*** – *Doses suprathérapeutiques – Ordonnance rationnelle*

COHEN, Jay S. New York : Putnam/Tarcher/Penguin ; 2001 – 318 pages - ISBN 978-1-58542-123-7

« Drug companies seek approval for dosages at the highest levels, he argues, because high doses are more likely to show rapid and significant results. The problem is that higher doses cause more frequent and severe side effects. The companies then make their drugs in *one-size-fits-all* pills, with the one size being a *supersize*, which they tell doctors is the recommended dose...

The manufacturer's recommendation, including through its appearance in the *Physician's Desk Reference*, is the de facto standard for doctors. In repeated instances, Cohen finds that the manufacturer's recommended dosage is higher than that urged by independent medical reviewers, or even than the manufacturers' own data suggest is necessary. The sensible means of prescription is to start with the lowest effective dosage, except in emergency or acute situations...

Cohen's mantra is '*start low and go slow*' -- meaning slowly increase the dose if and as necessary. That enables many to avoid side effects they would experience at higher doses while still gaining the drug's benefits, and establishes a system for tailoring of dosages to meet individual variation »<sup>176</sup>

#### ***Surdosages : C'est la faute des laboratoires*** (Traduction libre du titre du livre)

\* Plus de 500 références pour aider le médecin à abaisser les posologies de départ et ne les augmenter que lentement et prudemment

#### ***OVERTREATED : Why too much medicine is making us sicker and poorer (USA)***

BROWNLEE, Shannon. New York: Bloomsbury; 2007 - 342 pages

« Patients are practically drowning in diagnostic tests. And yet in too many cases, the results simply don't justify the rising

<sup>174</sup> <http://www.amazon.com/Overdosed-America-Promise-American-Medicine/dp/0060568526>

<sup>175</sup> <https://pharmawatchcanada.wordpress.com/2013/02/12/overdoing-prevention/>

<sup>176</sup> <http://www.thefreelibrary.com/Overdose,+The+Case+Against+the+Drug+Companies%3A+Prescription+Drugs,...-a082014373>

number of CT, MRI, and PET imaging tests. In her 2007 book *Overtreated*, health policy expert Shannon Brownlee argued that “for every scan that helps a physician come to the right decision, another scan may cloud the picture, sending the doctor down the wrong path.”<sup>177</sup>

***Surtraités : Pourquoi trop de médecine nuit à la santé et nous appauvrit* (Traduction libre)**

\* L'auteure est journaliste d'enquête. « Les patients sont trop souvent noyés dans des examens à visée diagnostique mais les résultats sont loins de justifier l'escalade des imageries par tomodensitométrie ou scan (CT en anglais), résonnance magnétique (MRI en anglais) et tomoscintigraphie par émission de positrons (PET en anglais). Elle soutient que pour chaque scan avéré utile dans une prise de décision, un autre scan peut venir brouiller les cartes et orienter le médecin vers une fausse piste »<sup>178</sup>...

**PATIENTS AND THE PUBLIC DESERVE BIG CHANGES IN EVALUATION OF DRUGS (IT, UK)**

Silvio GARATTINI & Iain CHALMERS. *BMJ* 2009 ; 338 : b1026

\* Authors argue that ending the *secrecy* surrounding drug trials would benefit all parties. Both authors are at the top of their class for competence and integrity in clinical research

**PATIENTS, SI VOUS SAVIEZ : Confessions d'un médecin généraliste (FR) – (Livre)**

LEHMANN, Christian. Paris : Robert Laffont; 2003 - 300 pages

« L'auteur, dans son modeste cabinet de banlieue, se trouve en première ligne de ce système de soins que l'on nous vante comme étant le meilleur au monde. Voici le récit en forme de confession du quotidien banal d'un médecin de base... Ce récit parfois hallucinant permet aussi de dénoncer les travers et les dégradations auxquels conduit immanquablement l'approche gestionnaire et comptable qui prédomine depuis des décennies dans les questions de santé publique...

Enfin, il nous offre une dénonciation solidement argumentée des agissements scandaleux de l'industrie pharmaceutique, le grand acteur silencieux des questions de santé en France »<sup>179</sup>

**PAYER, Lynn. DISEASE-MONGERS: How Doctors, Drug Companies, And Insurers Are Making You Feel Sick Quoi lire.** Hoboken

NJ : Wiley ; 1994 - 291 pages - ISBN 0 471 00737 4

**Les façonniers de maladies : Comment les médecins, les laboratoires et les assureurs vous font sentir malade** (Traduction libre)

**PAYWALL Politique éditoriale**

\* Canadian Medical Association Journal lifts online paywall to health-care material (Jan 2020)

**péage**

\* trop d'articles numérisés essentiels à une bonne FMC et aux synthèses méthodiques demeurent *payants*

**PAYWALLED JOURNAL**

**journal payant**

**PEER REVIEW**

**validation par les pairs**

**PHARMACRITIQUE (FR)**

<http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr> devenu <https://archive.ph/6xAJa>

**Consultation hautement recommandée pour la critique de la pharma-co-dépendance corruptrice et de la surmédicalisation déshumanisante**

\* L'un des meilleurs blogues francophones – sinon l'un des mieux écrits – portant sur la critique des laboratoires et de ses

<sup>177</sup> Jamie Holmes. 7.102016 - <http://nymag.com/scienceofus/2016/10/how-inconclusive-medical-tests-spiral-into-overtesting.html>

<sup>178</sup> Ibidem

<sup>179</sup> <http://www.formindep.org/Patients-si-vous-saviez.html>

complices, de la surmédicalisation et de la surmédication. Expression libre sur la santé et tous les lobbies et conflits d'intérêts qui la mettent en danger. Les rapports entre industrie pharmaceutique, médecine et usagers sont sous la loupe critique. Le site est populaire et influent (1 893 180 visites dès 3,5 ans d'existence) et des lecteurs répartis dans 23 pays...

Régulièrement classé par *Wiki* parmi les 10 blogues francophones *Santé et Bien-Être* les plus cités dans les mois suivant un article. Environ 1.500 visites par jour. Membre de *ALTER-EU* et *Fondation Sciences Citoyennes*.<sup>180</sup> Traite de façon totalement indépendante des dessous de l'interface médico-pharmaceutique, à-la journaliste d'enquête, toujours de façon magistrale, et à la fine pointe de l'actualité. 715 textes en date de janvier 2017.

« Des sujets tout aussi pertinents qu'impertinents, relevant des actualités liées à la santé où sont pointées du doigt les incohérences d'un système privilégiant les intérêts financiers<sup>181</sup> »

Voilà quelques extraits d'un billet fort édifiant signé Elena Pasca<sup>182</sup>:

*CAUSES DE LA SURMÉDICALISATION : Dont le dévoilement de la fonction sociale de la médecine*

**1. Surmédicalisation résultant de défauts qui relèvent de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et de soins:**

- a) paiement à la performance (et ancien CAPI), formes de paiement à l'acte, tarification à l'activité (hôpital), gestion comptable des soins et des coûts
- b) ratio inadapté entre spécialistes d'organe et généralistes
- c) mauvaise coordination hôpital/ambulatoire
- d) pratiques professionnelles mal coordonnées et mal évaluées (pertinence des prescriptions, évaluation de la qualité des actes)
- e) système de soins inexistant ; en majorité : une juxtaposition horizontale de pratiques hétérogènes non coordonnées ; la médecine libérale sous sa forme actuelle est-elle adaptée aux défis actuels ?
- f) conception arbitraire de la 'liberté de prescription' [quasi sacré, et qui mène à des profils de prescription frisant l'absurde, notamment en pharmacologie dite préventive et en oncothérapie pré-terminale]
- g) pression inflationniste des moyens au lieu d'une prise en compte de la qualité des actes et de leur utilité en termes de résultats thérapeutiques;
- h) dysfonctionnements ponctuels à distinguer des structurels et systémiques, pour ajuster l'agir ; distinguer entre causalité et corrélation ; distinguer entre épiphénomènes et structures...
- i) rôle des lobbies et des organisations médicales dans le blocage du système, malgré des critiques anciennes et répétées
- j) mauvaise articulation entre la politique définissant les moyens de soins pour les individus (et leur accès aux soins) et les politiques de santé publique (pensée en termes de populations, d'utilité et efficacité globale d'un programme de prévention...)
- k) absence d'évaluation en termes de coût/efficacité et efficience
- l) absence de politique globale de prévention des causes et risques environnementaux et des expositions professionnelles

**2. Causes de surmédicalisation d'origine extérieure au système de santé :**

- a) influences industrielles (conflits d'intérêts, biais, corruption...) induisant des actes non justifiés selon le rapport bénéfices/risques et coût/efficacité;
- b) formes de *disease mongering* (invention de maladies, redéfinition d'anciennes maladies selon des critères marketing, élargissement des critères de diagnostic (et d'identification par les usagers), baisse des seuils de 'normalité' de tel paramètre, standards arbitraires et uniformisants, médicalisation des états physiologiques (vieillissement, ménopause...) et des émotions et affects;
- c) définition laxiste de la 'santé' ('droit' individuel) concevant médicalisation et médicament comme producteurs de santé; OMS:

<sup>180</sup> <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/>

<sup>181</sup> <http://droit-medical.com/actualites/evolution/236-pharmacritique-blog-qui-derange>

<sup>182</sup> <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2012/06/24/actes-du-colloque-surmedicalisation-surdiagnostics-surtraite.html>

- santé comme vague ‘bien-être des individus’
- d) l’offre médicale qui crée la demande des usagers (ex: corrélations entre la démographie médicale et la médicalisation et le nombre d’actes par région);
- e) comportement consumériste de patients sans esprit critique et sans éducation critique à la santé [l’illettrisme sanitaire]
- f) rôle social changé de la médecine et de sa perception par les usagers : argument d’autorité et position moralisatrice des médecins qui surmédicalisent (appelant à la prévention, etc.)

### *3. Dysfonctionnements dans la dyade médecin-patient:*

- a) qualité de la relation médecin-patient et nomadisme médical [on lira *Le patient et le médecin* par Marc Zaffran];
- b) écoute insuffisante et examen clinique négligé (technicisation, déshumanisation);
- c) erreur médicale et cascade de prescription pour les effets indésirables;
- d) conformisme consumériste des patients confondant nouveauté et intervention technique avec progrès thérapeutique...; pression sur les médecins
- e) médicament et intervention médicale conçus comme producteurs de santé par définition (y compris en médecines alternatives et homéopathie)

### *4. Dévoilement de la fonction sociale de la médecine*

- a) vers une médecine outil de contrôle social, de normalisation, de gestion et de maintenance des populations, de maintien de l’ordre établi
- b) moyen d’adaptation aux rôles socio-économiques dont la violence n’est pas perçue comme telle, les patients réclament l’intervention, la ‘correction’ pharmacologique [que Joseph Dumit désigne ‘surplus de santé’ dans *Drugs for Life*]
- c) la médecine étend sa juridiction à des domaines où elle n’est pas légitime (médecine préventive, prescriptive / proscriptive, prédictive...[domaines où la *prévention quaternaire* a un rôle à jouer]
- d) scientifcité de la médecine (qui s’affirme au détriment de l’éthique) réduite à une science de gestion des corps et des masses

« Elena Pasca est philosophe sociale, germaniste, administratrice de l’association Sciences Citoyennes, lanceuse d’alerte sur des sujets de santé et sur les dérapages médico-pharmaceutiques. Outre ses essais sur des thématiques philosophiques, psychosociologiques, littéraires et critiques des technosciences, elle tient le blog *Pharmacritique*. Dans plus de 720 articles, elle y fait de l’expertise citoyenne et lance des alertes surtout sur des sujets médico-pharmaceutiques, des questions d’éthique, de conflits d’intérêts et lobbying.

Elle a été souvent auditionnée par des institutions sanitaires et politiques, a participé à de nombreux débats et colloques et a fait partie du comité d’organisation du colloque de Bobigny sur la surmédicalisation et le surdiagnostic. C’est elle qui a fait connaître en France le dispositif de transparence Sunshine Act, qui a inspiré la loi Bertrand de 201 »

« Je suis philosophe et milite pour une ‘expertise citoyenne’ qui s’appliquerait à tous les domaines du savoir et casserait les monopoles corporatistes. *Pharmacritique* est un espace d’expression libre sur la santé et tous les lobbies et conflits d’intérêts qui la mettent en danger. J’essaie d’être un passeur d’informations grâce à un réseau international et de poser un regard vigilant sur les liens malsains entre médecins et industrie pharmaceutique, dans l’intérêt des usagers » déclare Madame Pasca dans AgoraVox - « Elena Pasca est philosophe sociale, germaniste, membre du conseil d’administration de Sciences Citoyennes, lanceuse d’alerte sur des sujets de santé, sur la scène médico-pharmaceutique »

### ***PHARMAGEDDON (UK)***

HEALY, David. Berkeley (CA): University of California Press ; 2012 - 320 pages – ISDB 0520270983  
<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0020138>

### **Livre hautement recommandé sur la pharma-co-dépendance**

\* A remarkable book, **one of the best on the subject**, in both style and content, of the husbandry of medical knowledge by industry. Documents the riveting and terrifying story of how pharmaceutical companies have **hijacked** healthcare in America and the **life-threatening** results

« RxISK is pleased to announce that Dr. David Healy's latest book, *Pharmageddon*, was named by *Maclean's* magazine (CA) as **one of the best non-fiction books of 2012**. 'David Healy's exposé of the **pharmaceutical industry's control of modern medicine** is a chilling, essential read' »<sup>183</sup>

« This searing indictment, David Healy's most comprehensive and forceful argument against the pharmaceuticalization of medicine, tackles problems in health care that are leading to a growing number of deaths and disabilities. Healy, who was the first to draw attention to the now well-publicized suicide-inducing side effects of many anti-depressants, attributes our current state of affairs to three key factors:

- a) product rather than process *patents* on drugs,
- b) the classification of certain drugs as *prescription-only*, and
- c) industry-controlled *drug trials*...

These developments have tied the survival of pharmaceutical companies to the development of blockbuster drugs, so that they must overhype benefits and deny real hazards. Healy further explains why these trends have basically ended the possibility of universal health care in the USA and elsewhere around the world. He concludes with suggestions for reform of our **currently corrupted evidence-based medical system** »<sup>184</sup>

« Where once the pharmaceutical industry made its money from drugs that cured, the big money now lies in marketing chronic diseases for which the current best-selling drugs in medicine offer little benefit. We are quite literally taking pills to save the lives of companies who have a greater interest in the vitality of the diseases they market for than in our well-being »<sup>185</sup>

« Everyone who has not already purchased and read David Healy's book, *Pharmageddon*, should do so forthwith. Beautifully written for the scientifically literate, packed with insightful analysis and a devastating critique of Big Pharma »<sup>186</sup>

#### ***Pharmaguédon* (R-U)**

« Quel livre intelligent ! Les médecins ont perdu pour la plupart (ou n'ont jamais eu ...) leur esprit scientifique ! On laisse l'industrie définir et créer des entités (maladies) pour lesquelles il y a des médicaments tout prêts sur leur comptoir ! Même ces médicaments sont le fruit d'une recherche non pas fondamentale mais une recherche commandée par les spécialistes du marketing ! Quand et qui osera faire cesser cette immense tromperie dans laquelle les médecins sont les dupes ? » s'indigne un médecin de famille en région<sup>187</sup>

« On comprend pourquoi des esprits libres comme David Healy dans *Pharmageddon* s'indignent de ce qu'on réduise la santé à des facteurs de risque chiffrés sans raisons de l'être »<sup>188</sup> s'indigne, lui aussi, le philosophe-journaliste Jacques Dufresne

\* Un des cinq meilleurs livres sur ce sujet qu'il m'ait été donné de lire, tant par le fond que la forme. Les quatre autres étant **DEADLY MEDICINES AND ORGANISED CRIME, DRUGS FOR LIFE, BAD PHARMA** et **LA VÉRITÉ SUR LES MÉDICAMENTS**

#### ***PHYSICIAN'S DESK REFERENCE ; PDR (USA)*** – (Compendium pharmaceutique national étatsunien)

= US pharmaceutical compendium, a commercially published compilation of manufacturers' prescribing information (package

<sup>183</sup> <http://wp.risk.org/risk-founder-dr-david-healy-makes-macleans-list-of-2012-best-non-fiction-books-with-pharmageddon/>

<sup>184</sup> <http://www.ucpress.edu/book.php?isbn=9780520270985>

<sup>185</sup> *Pharmageddon*. Cité par David Carmichael, 2012

<sup>186</sup> Arthur Schafer, 2012

<sup>187</sup> René Laviguerre, 2013, communication

<sup>188</sup> [http://encyclopedie.homovivens.org/documents/longue\\_vie\\_a\\_angeline\\_mort\\_aux\\_brevets\\_sur\\_ses\\_genes](http://encyclopedie.homovivens.org/documents/longue_vie_a_angeline_mort_aux_brevets_sur_ses_genes)

insert, labeling) on prescription drugs, updated annually<sup>189</sup>

« Provides critical information on the most commonly prescribed drugs in the US. This title includes: dosages; indications; warnings and precautions; side effects; safety information such as contraindications, and pregnancy ratings; interactions with other drugs, food, or alcohol; clinical trials data; and, more », claims the publisher PDR Network, but ...

“The official descriptions of prescription drugs are notoriously user-hostile and the agency has acknowledged the linguistic toxicity of these documents known as package inserts or labeling. The current labeling is poorly organized, stuffed with often irrelevant information...”

The *compendium* makes it difficult to compare drugs within a class and impossible to compare their efficacy or prices (which are not listed). Data on risks often lag behind the available evidence by as much as several years, a reflection of manufacturers' reluctance to accelerate the inclusion of new data about rates of side effects<sup>190</sup> – The same can be said of the Canadian CPS, the French Vidal...

#### **Pdr (É-U)**

\* contrepartie du Vidal (FR) et du CPS (CA), c'est le répertoire étatsunien des médicaments d'ordonnance regroupant ce que les fabricants veulent bien nous dire tout en respectant la lettre de la réglementation. Un mal nécessaire pour le prescripteur étatsunien. Ne pas utiliser comme guide thérapeutique mais comme source d'informations techniques sur les produits ordonnancés commercialisés. Vaut mieux consulter la documentation des AMM par la FDA (Drug Approval Package) pour en savoir plus long sur les caractéristiques des produits approuvés.

**POPULAR MEDICAL SCIENCE WRITER**  
**vulgarisateur en science médicale**

**PORTÉE, ÉTUDE DE LA**  
synthèse systématique (exploratoire)  
**scoping review**

**POSITION PAPER**  
**exposé de (prise) position**

#### **PRACTICAL DRUG SAFETY FROM A TO Z (USA; QC)**

Barton COBERT & Pierre BIRON. Sudbury (MA) : Jones & Bartlett; 2009 – 402 pages – Searchable CD-ROM included

\* An alphabetical guide to drug safety monitoring (pharmacovigilance), covering literally, the A to Z of maintaining drug safety. Written by experts in the field – an industry pharmaceutical physician and an academic medical pharmacologist, this book is a perfect companion to Cobert's *Manual of Drug Safety and Pharmacovigilance* and an essential reference for pharmacists, pharmacologists, hospital administrators, medical liability lawyers, CROs, advocacy groups, poison control centers, regulatory apprentices, etc.

\* Appendix 1 provides a practical guide to *causality assessment* and a scale for quantifying the final assessment; covering

- a) *previous documentation*, labelling of the suspect product and the adverse event, and a scale for quantifying it
  - b) *patient's history* such as prior adverse events, pharmaceutical history, patient related risk factors
  - c) *case details*, clinical presentation : drug exposure, drug related risk factors ; chronology and clinical features of adverse event
- Abécédaire de la pratique de la pharmacovigilance** (Traduction libre du titre du livre)

---

<sup>189</sup> <http://www.pdr.net>

<sup>190</sup> Jerry Avorn. NEJM 2006;354(23) :2409

**PRASAD, Vinayak K. & Adam S. CIFU. ENDING MEDICAL REVERSAL** Quoi lire

Baltimore : John Hopkins University Press ; 2015<sup>191</sup>

**Mettre fin aux renversement des directives cliniques** (Traduction libre)

#### **PREDATORY JOURNALS** Éthique éditoriale

« Predatory journals and publishers are entities that prioritize self-interest at the expense of scholarship and are characterized by false or misleading information, deviation from best editorial and publication practices, a lack of transparency, and/or the use of aggressive and indiscriminate solicitation practices<sup>192</sup> »

#### **revues prédatrices**

« Les revues et les éditeurs prédateurs sont des entités qui privilégient l'intérêt personnel au détriment de l'érudition et se caractérisent par des informations fausses ou trompeuses, un écart par rapport aux bonnes pratiques rédactionnelles et de publication, un manque de transparence et/ou le recours à des pratiques de sollicitation agressives et sans discernement<sup>193</sup> »

**PRESCRIBING BY NUMBERS : Drugs And The Definition Of Disease (USA) – Pharmaco-prévention – Dépistage – Santéisme biologique – Diagnostic présymptomatique**

GREENE, Jeremy A. Baltimore (MD, USA) : Johns Hopkins University Press; 2007 – 318 pages - ISBN: 978-0-8018-8477-1

« We live in a time when much disease is measured not by symptoms but by numbers »<sup>194</sup>

**PRESCRIRE (FR)** – (Mensuel de FMC surtout pour généralistes, pharmaciens et formateurs)

revue Prescrire; Rev Prescrire

Association Mieux Prescrire. [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org) - <http://www.prescrire.org/fr/Summary.aspx>

**Abonnement hautement recommandé - Lecture recommandée des extraits en accès libre**

\* Le meilleur mensuel pharmaco-thérapeutique indépendant en français, et un des meilleurs mensuels de FMC au monde par l'ampleur des sujets traités et son indépendance (toutes langues confondues) à l'intention surtout des généralistes et des pharmaciens. Dans la catégorie de *Arznei Telegrannm* mais avec plus de synthèses, de variété et d'utilité des sujets abordés.

\* A servi d'inspiration initiale à la création du présent *Alter-dictionnaire médico-pharmaceutique bilingue*, un abécédaire de pharmacologie sociale<sup>195</sup>, notamment depuis la création de *Prescrire International*

« La Revue Prescrire est l'une des meilleures revues médicales françaises, et certainement la plus indépendante des lobbies du fait de son financement exclusif par ses abonnés<sup>196</sup> ... Seule revue indépendante de thérapeutique en langue française<sup>197</sup> ... Le *Canard enchaîné* de la presse médicale<sup>198</sup> » - « Dans l'industrie, ce mensuel qui passe les médicaments au crible en toute indépendance est notre *bête noire*<sup>199</sup> »

« J'ai appris la lecture critique de la documentation médicale, d'abord en m'abonnant à la revue Prescrire, puis en y devenant un collaborateur pendant 6 ans. Au moment même où les patients m'enseignent la médecine de famille, La Revue Prescrire m'initie à la complexité du monde de la santé...

Les collaborateurs de la revue, médecins et pharmaciens, commentent collectivement des articles des revues de référence, résument les articles en anglais pour les non-anglophones, les intègrent dans des revues générales et produisent, à l'intention

<sup>191</sup> [http://www.nytimes.com/2015/11/03/science/book-review-ending-medical-reversal-laments-flip-flopping.html?emc=edit\\_tnt\\_20151030&nlid=51046376&tntemail0=y&\\_r=0](http://www.nytimes.com/2015/11/03/science/book-review-ending-medical-reversal-laments-flip-flopping.html?emc=edit_tnt_20151030&nlid=51046376&tntemail0=y&_r=0)

<sup>192</sup> 11.12.2019 - <https://www.nature.com/articles/d41586-019-03759-y>

<sup>193</sup> <https://www.redactionmedicale.fr/2019/12/enfin-une-définition-des-REVUES-PREDATRICES-SUR-CONSENSUS-D-EXPERTS-PAR-METHODE-DELPHI.html>

<sup>194</sup> Ray Moynihan 2011, op. cit.

<sup>195</sup> [http://alterdictionnaire.homovivens.org/fr/nouveaux\\_documents](http://alterdictionnaire.homovivens.org/fr/nouveaux_documents)

<sup>196</sup> Dominique Dupagne. <http://www.atoute.org/n/forum/showthread.php?t=79015>

<sup>197</sup> JL Goriaux. *Prescrire* 2006 ;26(270) :230

<sup>198</sup> <http://www.rue89.com/2010/12/07/prescrire-la-revue-medicale-qui-dit-non-merci-aux-labos-179472>

<sup>199</sup> Bernard Dalbergue, *Omerta*, page 141

des praticiens de terrain, un corpus de textes originaux...

En toute indépendance des industries et des instances gouvernementales. La revue vit de ses abonnements. Seul moyen d'éviter l'influence du sponsoring. Ses 80 pages par mois sont rédigées surtout pour les médecins en première ligne et les pharmaciens. Cette revue de FMC est unique, sans égal dans son genre, documentation anglophone comprise. Disponible en version électronique. Une partie est en accès libre sur [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org) »<sup>200</sup>

\* Les co-fondateurs, le généraliste Gilles Bardelay et la pharmacienne Danielle Bardelay, se sont vite entourés dès 1981 d'une équipe du tonnerre partageant les même idéaux – la revue fêta ses 30 ans en 2011

\* Le promoteur est l'*Association mieux prescrire* (AMP), vouée à la FMC indépendante, éditrice des versions imprimées, en CDRom et en ligne, membre de l'ISDB. C'est aussi un groupe de pression - pour les patients et consommateurs - au niveau des autorités françaises et européennes. Ni subvention, ni publicité. Ni actionnaire, ni sponsor. Elle appuie les bulletins thérapeutiques indépendants par l'intermédiaire de leur association ISDB, ainsi que le *Collectif Europe et Médicament...*

Elle dénonce la FMC sponsorisée, le laxisme et l'hermétisme des agences de santé (FR, UE), la publicité directe et les programmes d'accompagnement, la panne d'innovation thérapeutique et les prix exorbitants, les ordonnances irrationnelles, la corruption du savoir médical, les AMM hâtives et les retraits du marché tardifs, les liens d'intérêts avoués ou cachés des auteurs, des éditeurs, des agences, de la médecine organisée ...

**PREScrire INTERNATIONAL (FR)** - (Traduction partielle et selective de la revue *Prescrire*, imprimée et numérique)

*Prescrire in English; Prescrire Int* <sup>201</sup>

Produced by Association Mieux Prescrire since 1992

**Highly recommended to those who do not read French**

Get free monthly Newsletter at [Receive the free, monthly "Independent Drug & Healthcare Newsletter"](http://Receive the free, monthly "Independent Drug & Healthcare Newsletter")

- a) 11 issues per year containing zero advertising and 28 pages of unbiased, evidence-based reviews in printed and electronic versions; **free** subscription for monthly **newsletter** by email, just click on 'Sign up to receive the newsletter' on the website
- b) New Products: comparative assessments of new drugs and new indications
- c) Adverse Effects: rigorous, evidence-based analysis of the harms caused by drugs and other treatment options
- d) Reviews: balanced assessments of therapeutic strategies
- e) Outlook: a look at key issues including professional ethics, healthcare policy and regulatory matters

« For independent information on drugs and other treatment options, this site provides top-quality reviews and informed views on the crucial issues facing healthcare professionals today » - « The *Association Mieux Prescrire* (AMP), a non-profit organisation registered under the French law of 1901, manages all of Prescrire's programmes and publications. The AMP is structured so as to be free of any influence from pharmaceutical companies or healthcare institutions »

« Reliable, rigorously independent information on treatments and healthcare strategies, to enable fully informed decision-making. *Prescrire* is financed by its subscribers. No grants, no advertising. No shareholders, no sponsors »<sup>202</sup>

\* The absence of any direct or indirect financial links to the pharmaceutical industry is an absolute requirement to be a member of the *Prescrire* team. Any such link is cause for dismissal from the *Prescrire* Editorial Staff

« Disseminates quality drug reviews translated from its flagship French periodical *La Revue Prescrire* that since inception in 1981 has grown to 20,000 subscriptions internationally. Among drug bulletins this probably has the *most elaborate scrutiny*, including

<sup>200</sup> <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2012/05/08/la-medecine-generale-a-l-honneur-dans-profession-medecin-de.html>

<sup>201</sup> <http://english.prescrire.org/en/Summary.aspx>

<sup>202</sup> <http://english.prescrire.org/en/>

many family medicine reviewers, and the strongest statements about the value of a medication. Its 26 pages make it look like a journal. An abstract appears at the beginning of each article »<sup>203</sup>

« There are a number of groups that think government money can lead to pressures and distortions, with cases to back them up. *Prescribe International in English* has gained such a high reputation for the integrity of its evaluations of drugs in part because it will take no money from government (which it has shown has dependency ties to companies) or anyone else - only individual subscribers »<sup>204</sup>

Rating of new drugs :

- a) *Bravo*: the product is a *major therapeutic advance* in an area where previously no treatment was available [ 15 times in 36 years, 1981-2017, about once every two and a half years<sup>205</sup> ]
- b) *A real advance*: the product is an important therapeutic innovation but has certain limitations
- c) *Offers an advantage*: the product has some value but does not fundamentally change the present therapeutic practice
- d) *Possibly helpful*: the product has minimal additional value, and should not change prescribing habits except in rare circumstances
- e) *Nothing new*: the product may be a new substance but is superfluous because it does not add to the clinical possibilities offered by previous products available (in most cases, it concerns a me-too product)
- f) *Judgement reserved*: the editors postpone their rating until better data and a more thorough evaluation of the drug are available
- g) *Not acceptable*: product without benefit but with potential or real disadvantages [ in other words, *black listed* ]

#### ***Prescribe International***

« Une sélection de textes, 11 numéros par année de 28 pages. On peut s'abonner à la version numérique et avoir accès à l'intégralité des textes depuis sa création. On peut s'abonner gratuitement à la lettre d'information envoyée chaque mois sur le site web <http://english.prescrire.org/en/Summary.aspx> à la rubrique **Receive the free, monthly "Independent Drug & Healthcare Newsletter"**

#### ***PREVENTION OF COMPLICATIONS IN TYPE 2 DIABETES: is drug glucose control evidence based?*** – (Article)

Rémy BOUSSAGEON, Denis Pouchain and Vincent Renard. *Br J Gen Pract* 2017; 67 (655): 85-87 - DOI:

<https://doi.org/10.3399/bjgp17X689317>

« As the risk–benefit ratio of glycemic control remains uncertain, the benefit–risk ratio of each antidiabetic drug is the key point of the therapeutic decision, independently of its glucose-lowering action. Patients have to be informed about the absence of evidence of the effectiveness of diabetes drugs regarding macro- and microvascular complications, metformin and insulin included »

*La prévention des complications du diabète type 2 : Le contrôle glycémique est-il basé sur les faits ?* (Traduction libre)  
Lecture recommandée

#### **PREVENTIVE MEDICINES INFORMATION** *Pharmacoprévention - Formation*

##### **information sur les produits à usage préventif**

« Les praticiens d'aujourd'hui dépendent exclusivement d'une 'information' qui leur 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<sup>206</sup>»

#### ***PRIVATE PATENTS AND PUBLIC HEALTH: Changing intellectual property rules for access to medicines*** – (Livre)

<sup>203</sup> <http://ti.ubc.ca/newsletter/sources-drug-therapy-information>

<sup>204</sup> Donald W Light, communication, 2012

<sup>205</sup> <http://www.prescrire.org/Fr/109/393/ReportList.aspx>

<sup>206</sup> Marc Girard, cité sur <http://www.centpapiers.com/medicaments-dangereux-a-qui-la-faute/67105>

Ellen 't Hoen. Health Action International, 2016<sup>207</sup> – Imprimé sur demande à [manual@haiweb.org](mailto:manual@haiweb.org)  
« The book illustrates the impact of intellectual property (IP) on access to medicines. Ellen 't Hoen chronicles parallel developments in global health and international patent laws. She warns that trends in international IP law are hindering many of the policy tools that were successfully used to scale up antiretroviral treatment during the HIV/AIDS crisis of the late 1990s... »

To avoid a similar access to medicines crisis, she offers numerous solutions to restore balance in the current biomedical R&D system...

The main purpose of the site is to provide those who are new to the access to medicines field with a basic level of knowledge about the relationship between IP and access to medicines; however, experienced advocates, policy-makers, consumers and journalists may also find it useful given that it provides more in-depth analyses into key IP issues, as well as infographics and links to resources that are relevant to their work »

*Lecture recommandée de ce rapport sur les brevets*

#### **PUBLICLY AVAILABLE EXCERPT Évaluation clinique pré-AMM**

##### **extrait en accès libre**

« Extrait en accès libre d'une base de données de pharmacovigilance, du compte-rendu d'un essai clinique » - Pourquoi le reste demeure-t-il caché ? C'est pour ne pas nuire à la promotion et cacher ce qui défavoriserait le produit étudié

Q – Et la vaccination anti HPV?<sup>208</sup>

R – Ces vaccins abusivement appelés vaccins contre le cancer du col de l'utérus ont été mis sur le marché à des prix prohibitifs mais déjà remboursés dans certains pays riches grâce à un lobbying intensif des firmes auprès des ministères compétents. L'efficacité, et en tout cas l'efficience, font toujours débat.

Q – Vous plaidez pour la valorisation de la médecine de première ligne?

R – L'expérience apprend qu'il est bien plus important et difficile de former un généraliste qu'un spécialiste. Une médecine de première ligne performante serait le meilleur garant de soins de qualité pour tous et d'une sécurité sociale viable. Les étudiants les mieux classés devraient être sélectionnés pour la formation en médecine générale, on devrait les rétribuer aussi bien que leurs collègues spécialistes. Il faut valoriser l'acte intellectuel plutôt que les actes techniques, cela vaut aussi pour les spécialistes.

#### **RAPPORT DE LA MISSION SUR LA REFONTE DU SYSTEME FRANÇAIS DE CONTRÔLE DE L'EFFICACITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES MÉDICAMENTS (FR) – (Rapport public)**

\* Par Bernard DEBRÉ et Philippe EVEN, 2011<sup>209</sup>

Malgré le rapport, les problèmes subsistent

#### **READABLE**

1. De lecture agréable pour l'esprit

**lisable**

2. De lecture facile pour les yeux (mal imprimé, trop petits caractères, mal écrit à la main)

**lisible**

#### **REDACTION**

**caviardage; expurgation**

#### **RÉDACTION MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE (FR)** (Veille documentaire éducationnelle destinée aux auteurs, formateurs,

<sup>207</sup> [www.accesstomedicines.org/resources](http://www.accesstomedicines.org/resources)

<sup>208</sup> Gardasil®

<sup>209</sup> <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000141/>

rédacteurs)

MAISONNEUVE, Hervé. Site maintenu par un médecin pharmaceutique, analyste critique de la documentation médicale scientifique; on y trouve des billets et des analyses d'ouvrages traitant des pièges, fraudes et tromperies entourant toutes les formes de comptes-rendus de la recherche biomédicale.

\* Le meilleur du genre en français et en anglais toute langue condondu

\* Abonnement gratuit sur <http://www.redactionmedicale.fr> - aucune excuse de s'en passer

#### **Consultation hautement recommandée**

#### **REDUNDANT PUBLICATION Revues savantes**

duplicate publication

#### **publication redondante**

\* le marketing s'en charge ; à titre d'exemple l'essai dit Jupiter sur le Crestor™ (rosuvastatine) fut l'objet de quelques dizaines d'articles, après l'article princeps dans le NEJM, question de faire passer un message promotionnel dans plusieurs milieux professionnels. Les carriéristes et les leaders d'opinion s'en servent aussi pour gonfler leur CV et avancer dans leur carrière. Les promoteurs engagent des rédacteurs professionnels pour multiplier les publications et convaincre les prescripteurs d'adopter leurs dernières nouveautés.

#### **REPORTING BIAS Comment lire**

« There is increasing evidence that trial literature is affected by *reporting bias*. The effects of such bias are seen at single study level and in systematic reviews of pharmaceuticals, biologics and devices. This situation undermines any evidence-based decision making and calls into question the use of most trial evidence for ethical decision-making...»

Lack of transparency and complex interplay between researchers, grant giving bodies, government and the pharmaceutical and publishing industries exasperate the situation and ultimately call into question the reliability of the EBM movement and its products »<sup>210</sup>

The list includes publication bias, time lag bias, multiple (duplicate) publication bias, location bias, citation bias, language bias, outcome reporting bias<sup>211</sup>

- a) Publication bias : The *publication or non-publication* of research findings, depending on the nature and direction of the result
- b) Time lag bias : The *rapid or delayed* publication of research findings, depending on the nature and direction of the results
- c) Multiple / duplicate publication bias : The *multiple or singular* publication of research findings, depending on the nature and direction of the results
- d) Location bias : The publication of research findings in journals with different *ease of access or levels of indexing* in standard databases, depending on the nature and direction of results
- e) Citation bias : The *citation or non-citation* of research findings, depending on the nature and direction of the results
- f) Language bias : The publication of research findings *in a particular language*, depending on the nature and direction of the results
- g) Outcome reporting : The *selective reporting* of some outcomes but not others, depending on the nature and direction of the results (incompleteness, inconsistency, bias). See also REPORTING OF TRIAL OUTCOMES

\* One can add :

- h) Reprint orders bias: the printing orders and distribution of reprints when results are favorable to the sponsor are a subtype of *publication bias*; see also REPRINT ORDER and REPRINTS
- i) Funding bias : results are more often favorable for the study drug when its promoter also finances the study

<sup>210</sup> Tom Jefferson. Oxford, 2016 - <http://evidencelive.org/speaker/tom-jefferson/>

<sup>211</sup> <http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-11-37>

## **biais de présentation**

\* Ils concernent les résultats de recherches cliniques. Ce sont les biais de publication, de décalage temporel, de publications multiples, de lieu de publication, de citation, de langue et de critères d'efficacité. On peut y ajouter les biais de tirés à part (sous-type de biais de publication) et les biais de financement

## **REVIEW**

### **1. In science**

systematic / narrative review

« A review of drug-induced violence »

#### **synthèse ; synthèse méthodique**

« Une synthèse de la violence d'origine médicamenteuse »

### **2. In literature, art**

« A review of Gotzsche's new book on Deadly Medicines »

#### **critique**

« Une critique du dernier livre de Gotzsche sur les Médicaments mortels »

### **3. Update**

#### **révision ; mise à jour**

## **REVIEW ARTICLE**

« A critical and systematic review article »

#### **article de synthèse**

« Un article de synthèse méthodique et critique »

## **REVIEWS WITH META-ANALYSES**

“Higher evidence standards, with careful prospective meta-analyses of individual-level data may reach closer to the truth and clinically useful evidence<sup>212</sup>”

#### **synthèses (méthodiques) avec mété-analyses**

« Les synthèses basées uniquement sur des documents publiés ne sont pas fiables »<sup>213</sup> car les promoteurs refusent de divulguer les données au niveau individuel. Ce problème continue d'affecter la validité des synthèses Cochrane

## **REVUES SAVANTES FRANCOPHONES AVEC EXTRAITS EN ACCÈS LIBRE**

\* revue Prescrire sur [prescrire.org](http://prescrire.org)

\* Médecine (John Libbey Eurotext) sur [jle.com/fr/revues/med/revue.phtml](http://jle.com/fr/revues/med/revue.phtml)

## **RHETORIC, POSITIVE** Comment lire

« Uniformly positive rhetoric is present in all vendor-supported RCT... in the primary research literature on donepezil (Aricept®) for Alzheimer's disease<sup>214</sup>»

#### **discours positif / favorable**

## **RISK SAVVY : How to Make Good Decisions – Statistiques**

GIGERENZER, Gerd. Allen Lane : 2014 – 336 pages - ISBN 9781846144745

« The director of the Harding Center for Risk Literacy in Berlin, is an expert in uncertainty and decision-making. His new book, Risk Savvy, takes aim at health professionals for not giving patients the information they need to make choices about healthcare. But it's not just that doctors can't reel off the relevant stats for every treatment option. Even when the information is placed in

<sup>212</sup> JP Ioannidis. *Philos Ethics Humanit Med.* 2008 May 27;3:14

<sup>213</sup> Prescrire 2009;29(311):649

<sup>214</sup> Gilstad JR & Finucane TE. J Am Geriatr Soc 2008;56 :1556-62

front of them, Gigerenzer says, they often can't make sense of it »<sup>215</sup>

**Futé en évaluation des risques : Comment prendre de bonnes décisions** (Traduction libre)

**RxISK Site de pharmacovigilance**

\* Free, independent drug safety website to help you weigh the benefits of any medication against its potential danger, making medicines safer for us all, at <https://rxisk.org/>

**RxISK**

\* Consultation et abonnement recommandés

**SANTÉ, JUSQU'OÙ IRONS-NOUS? Fabriquer des patients pour tuer la sécu.** Charleroi BE; Couleur livres : 2005, 117 pages. *Livre recensé, toujours d'actualité en 2019*

\* Un ouvrage décapant qui décrit les choses telles qu'elles sont devenues en matière de santé et de médecine. Un ouvrage sur la médecine d'aujourd'hui, débordant de constatations surprenantes et de questions impertinentes comme de savoir si les examens et soins proposés aujourd'hui, de plus en plus nombreux et coûteux, sont utiles à notre santé. Son regard critique nous rappelle celui des américains Nortin Hadler (*Malades d'inquiétude ?*) et Gilbert Welch (*Dois-je me faire tester pour le cancer ?*).

\* L'auteur est criminologue et médecin de formation, chirurgien de profession, belge de nationalité, enseignant et chercheur. Il a effectué plusieurs missions chirurgicales au tiers monde. Son signe particulier est qu'il n'a pas la langue dans sa poche. Il a aussi publié : *Victimisation et soins de santé : Comprendre, prévenir et réparer*. Mardaga; 2002 et *La santé à quel prix ?* Charleroi BE : Couleur livres; 2005

**ENTRETIEN VIRTUEL**

Q – Contre quoi fustigez-vous ?

R - Les dépistages, la médicalisation, la médicamentation, la médecine reproductive, l'acharnement sur les prématuress, l'acharnement en fin de vie, la privatisation des soins, la disparition du secret médical, la césarienne de convenance, les programmes d'accompagnement pour fidéliser les patients, l'eau embouteillée, et bien d'autres dérapages de la conception de la santé et de la pratique médicale modernes

Q – Pourquoi l'histoire de la médecine est si peu enseignée?

R – Elle est étroitement liée aux religions qui lui ont fixé ses limites, ses règles et sa place dans nos sociétés. Mais il est temps de démythifier la médecine, ses appareils et son appareil, comme l'ont été les religions, leur cérémonial et leur clergé.

Q – Comment hiérarchisez-vous les déterminants de la santé?

R – Les facteurs médicaux n'y contribuent que 11%, loin derrière le style de vie (43%), la qualité de l'environnement (19%), le génome et le comportement individuel (27%). La santé est inégalement répartie au départ par le génome et elle s'use plus ou moins vite au fil du temps selon l'environnement de vie et de travail.<sup>216</sup>

Q – Les budgets gouvernementaux reliés à la santé sont-ils mal répartis?

R – On multiplie les campagnes de dépistages de toutes sortes, les vaccinations discutables<sup>217</sup> et les procréations médicalement assistées<sup>218</sup> plutôt que de financer la recherche fondamentale, l'enseignement et l'éducation<sup>219</sup>. On investit dans les promesses commerciales d'innovations diagnostiques et thérapeutiques.

Q – Comment se promeuvent les nouveaux produits et les nouvelles indications?

R – Par des campagnes de dépistages et de journées dédiées aux maladies; par le démarchage auprès des Agences du médicament pour autoriser des médicaments inutiles ou nocifs, par le dénigrement des produits génériques. La menace

<sup>215</sup> <http://www.bbc.com/news/magazine-28166019>

<sup>216</sup> Alias statut socio-économico-environnemental-éducatif

<sup>217</sup> On se croirait au Québec...

<sup>218</sup> On se croirait au Québec...

<sup>219</sup> On se croirait au Québec...

rampante de rendre obligatoires les dépistages, régulièrement proférée par des politiciens sous influence de l'industrie, est contraire aux droits humains et à ceux des patient qui doivent pouvoir choisir librement en ces matières.

Q – Quelles sont les conséquences des budgets alloués à la médicalisation et la médicamentation?

R – Leur inutilité et leur inefficience rendent inaccessibles au plus grand nombre les soins de santé indispensables, utiles et nécessaires. Ils détruiront le caractère de service public de la santé<sup>220</sup> comme font de tous les services publics les puissances financières qui veulent les soumettre aux règles inhumaines et anti-démocratiques de l'Organisation mondiale du commerce.

Q – La relation patient-médecin en est-elle affectée ?

R – La relation soignant-soigné et la notion même de maladie ont pris un caractère commercial qui fait du patient un client.

Q – D'où viennent surtout les pressions à la privatisation?

R – De l'Organisation mondiale du commerce (OMC). De la Coalition des industries de service américaines (United States Coalition of Service Industries). On milite pour enfoncer toutes les barrières à la libéralisation et donner ainsi l'occasion aux entreprises américaines de s'étendre vers les marchés de soins de santé à l'étranger.<sup>221</sup> On milite pour faire sauter les réglementations jugées excessives en ce qui concerne le secret médical; ainsi à l'OMC on souhaite reclassifier du domaine de la santé vers le traitement informatique les bases de données concernant les patients.

Q – Que pensez-vous de la médecine reproductive?

R – L'infertilité n'est pas un si grand malheur et les pouvoirs publics ne devraient pas financer le désir de se reproduire à tout prix. La procréation médicalement assistée est un véritable chemin de croix. Une litanie de manipulations attend la future mère. Inséminations artificielles, prélèvement d'ovules, fécondations in vitro, réimplantation... en fait une hyper-médicalisation douloureuse pour la personne, le couple, l'enfant. Avec le risque de grossesses multiples, de prématurité, de bébés fragiles.

Q – Et de la prématurité?

R – Certains progrès sont des régressions : en 1960, un prématuré de moins d'un kilo avait 95% de chances de mourir; en 2009, il a 95% de malchances de survivre. Assurer la santé des jeunes mères et de leur nouveau-nés est infiniment moins onéreux que les acrobaties de la procréation médicalement assistée et des soins intensifs aux prématurés.

Q - Et des fins de vie?

R – Aux santés défaillantes des riches vieillissants répond une médecine à la fois défensive et vorace qui se nourrit de dépistages, de bilans de santé et de traitements anti-âge. Il est devenu interdit de vieillir. Tant pis pour ceux qui n'entrent pas dans le format, ils n'avaient qu'à se faire dépister pour échapper aux cancers, au diabète, aux maladies cardiovasculaires, aux aléas de la ménopause et de l'andropause, à l'ostéoporose, aux démences. Nos vieux courrent à toutes les consultations, se soumettent à des interventions et avalent des médicaments comme les croyants invoquaient les saints et recourraient aux eaux miraculeuses<sup>222</sup>. La longévité dans nos pays fait que l'esprit s'éteint de plus en plus tôt que le corps dont la médecine prolonge la survie.

Q – La chirurgie est-elle parfois inutile?

R – Dans certaines régions, sans aucune raison, on pratique beaucoup plus de thyroïdectomies totales, de chirurgies de l'obésité, d'hystérectomies, de prostatectomies totales.

Q – Quel rôle peuvent jouer les omnipraticiens pour protéger leurs patients?

R – Un médecin de famille bien formé, mieux honoré et doté de pouvoirs décisionnels pourrait tempérer cette frénésie d'actes inappropriés ou injustifiés. Ce professionnel intègre est pour l'instant encore réduit à clamer dans le désert.

---

<sup>220</sup> Comme le clame au Québec le groupe Médecins québécois pour le régime public (MQRP)

<sup>221</sup> Québec inclus

<sup>222</sup> Prendre une statine quand on ne souffre pas de maladie coronaire revient pratiquement à prendre un placebo qui pèse lourd dans le budget santé, surtout chez les femmes

Q – Que pensez-vous de l'aide à l'observance par des programmes industriels d'accompagnement ?

R – Généralisée et légalisée, cette aide constituerait une atteinte à la vie privée et aux droits des patients; elle court-circuiterait médecins et pharmaciens. On prévoit des relances téléphoniques, des numéros de téléphone sans frais; une 'éducation personnalisée'; des visites infirmières à domicile. Pour fidéliser la clientèle à la marque et contraindre les patients à suivre les ordonnances. La législation serait aussi dangereuse pour la santé et les finances publiques que l'est déjà la publicité directe pour les médicaments de prescription qui pollue la relation médecin-patient. Demander aux entreprises de s'occuper d'observance, c'est demander aux loups de garder les moutons. L'industrie concentre ses efforts sur les médicaments onéreux et innovants. Les projets dérivés vont des dépistages à la télévigilance.<sup>223</sup>

Q - Le gouvernement du Québec vient d'approuver en 2011 l'exportation d'amiante aux Indes malgré les protestations de centaines de médecins, toxicologues, épidémiologistes et environnementalistes...

R – Les industries chimiques toxiques, explosives, polluantes sont refoulées vers les pays pauvres où les lois et règlements sur la protection des hommes et de l'environnement sont rudimentaires ou monnayables. Le scandale de l'amiante est autant dans la toxicité démontrée de certaines de ses formes que dans les bénéfices colossaux générés par le désamiantage là où il ne s'impose pas vraiment.

Q – Et le tabagisme?

R – Les cigarettiers peuvent acheter à n'importe quel prix les décideurs politiques : directement dans les dictatures, en finançant les campagnes électorales dans les démocraties.

Q – Et les frites?

R – En 1960, un cornet de frites commercial faisait 200 calories... pour arriver à 610 calories en 2003 et ce n'est pas fini. Le saupoudrage de sel a aussi triplé...

Q – Pourquoi le fructose est-il 'le mauvais sucre'?

R - Le sirop de fructose (extrait du maïs) a un pouvoir sucrant bien supérieur à celui de la canne à sucre... on le trouve dans toutes les boissons gazeuses. Mais le métabolisme du fructose diffère de celui du glucose, il augmente triglycérides, mauvais cholestérol et résistance à l'insuline, et mène au syndrome métabolique, à la stéatose hépatique, au diabète gras

Q – Que penser des dépistages? R – Cesser de fabriquer des malades à force de dépistages, de bilans de santé et d'inventions de maladies, réduirait bien des couts et souffrances inutiles sans accroître la mortalité globale. Ils font l'objet de promotions à la limite du harcèlement alors que leur efficacité est controversée. Ils sont la cause de sur-diagnostic et de sur-traitements. Ils partent de bonnes intentions fondées sur des idées fausses pour parvenir à des résultats absurdes.

Q – Même pour le cancer?

R - Les études bien conduites et statistiquement significatives n'ont jamais établi que le dépistage réduisait la mortalité globale, quel que soit le cancer ciblé. La plupart des personnes qui se font dépister n'auront jamais de cancer et ne tirent donc aucun bénéfice des dépistages tandis que d'autres mourront du cancer malgré des dépistages assidus. On dépiste surtout les lésions à évolution lente... il en va ainsi de nombre de cancers du sein, du poumon, de la prostate et du côlon. L'histoire montre une diminution spectaculaire de la mortalité par cancers du corps utérin, des testicules, de l'estomac, de la maladie de Hodgkin... sans doute par modification de l'environnement, du mode de vie, de l'alimentation... Ce résultat n'a absolument rien à voir avec les dépistages puisque les cancers dont la mortalité a le plus baissé au cours des dernières décennies n'étaient pas dépistés.

Q – Et le dépistage génétique?

R – Jamais un seul gène n'est impliqué dans le développement d'un cancer ou d'autres maladies non spécifiquement héréditaires. Ces tests génétiques ne sont d'aucune aide. Il est trop tôt pour tirer des choix diagnostiques et thérapeutiques

---

<sup>223</sup> Novartis met au point présentement une « puce dans la pilule » qui communique avec sa jumelle réceptrice implantée sous la peau du patient, laquelle permet le relais à un téléphone intelligent ou un ordinateur. Elle émet le signal de sa présence quotidienne dans l'intestin, c'est en quelque sorte un bracelet électronique médical à l'instar de celui des criminels en liberté surveillée. On commence par des greffés, où l'observance se justifie médicalement, mais jusqu'où dérivera cette surveillance?

individuels depuis le décryptage actuel du génome humain. Un moratoire sur les dépistages des cancers simultanément à une évaluation rigoureuse de leur efficience, en dehors de toute influence commerciale et politique, s'impose avant des les promouvoir.

Q – Et les bilans sanguins?

R – Suite à leur mode de calcul, les marges des valeurs de référence rétrécissent sans tenir compte de l'âge ni du mode de vie. Il en va ainsi des glycémies, triglycérides, cholestérols... et autres valeurs fétiches en sorte que peu de personnes en bonne santé ont la chance d'avoir aujourd'hui un bilan d'apparence normale. On finit par donner des chiffres ou images hors normes qui rendent anxieux sinon malade.

Q – Et la tension artérielle?

R – Une pression de 140 / 90 était, jusqu'à il y a peu, normale, elle est maintenant à traiter si la glycémie, le cholestérol dépassent la 'normale'. Ce n'est pas raisonnable. Pourtant l'utilisation de la pression artérielle 'moyenne' – le tiers de la différence entre systolique et diastolique + la diastolique<sup>224</sup> – mènerait à beaucoup moins de pseudo hypertendus sous traitement. Au delà de 80 ans un sevrage des antihypertenseurs devrait être envisagé systématiquement, pour éviter des chutes, déficits cognitifs ou pertes d'élan vital résultant d'hypotension induite médicalement.

Q – Et les vaccins antigrippaux?

R – Dans les pays riches certaines vaccinations à l'efficacité discutable sont encouragées et mises à charge de la communauté : l'influenza saisonnier et le virus du papillome humain (dit HPV). Pour la vaccination contre la grippe saisonnière, aucune étude épidémiologique de grande ampleur n'a démontré à ce jour son impact sur la mortalité globale là où elle est encouragée.

Q – Et les antiviraux contre la grippe?

R – Ils se vendent et se stockent de façon délirante alors que leur utilité est controversée<sup>225</sup>

#### ***SEEKING SICKNESS : MEDICAL SCREENING AND THE MISGUIDED HUNT FOR DISEASE***

CASSELS, Alan. Vancouver (CA) : Greystone Books; 2012 – 192 pages - ISBN 978-1-77100-032-1

« But is all this screening good for our health? Is it actually saving our lives? Or is it putting us in jeopardy? The author tackles this touchy topic, looking at it test by test. His overarching message is that modern medicine has 'overpromised' with claims that screening will save our lives...

He contends that with the lack of hard evidence on benefits, the evidence of harm from such screening, as well as the multi-billion dollar interests at stake, we should approach this kind of screening with great precaution »<sup>226</sup>

« 'Screen early, screen often' has become the hallowed mantra in our medicalized culture. Screening healthy people for signs of sickness is increasingly promoted to prevent disease and save lives. The list of tests given to healthy people at younger and younger ages is prodigious: whole body scans, cholesterol tests, PSA tests, mammograms, colonoscopy, depression and ADHD tests, and the list is growing...

#### ***TRAQUER LA MALADIE : Les dérives contemporaines du dépistage des maladies – (Livre traduit)***

Alan CASSELS. Québec : PUL ; 2016<sup>227</sup> – 198 pages – Traduction Fernand Turcotte - ISBN : 978-2-7637-2649-6<sup>228</sup> –

« Dans notre culture médicalisée, le 'dépistage précoce et fréquent' est devenu une règle sacro-sainte. On préconise de plus en plus le dépistage de signes pathologiques chez les gens en santé afin de prévenir la maladie et de sauver des vies...

<sup>224</sup> Pour 140 / 90,  $17 + 90 = 107$  mmHg (puisque  $140-90=50$ , et  $50/3 = 17$ )

<sup>225</sup> Tamiflu®

<sup>226</sup> Alex Merrill. <http://www.cwhn.ca/en/network/seekingsickness>

<sup>227</sup> <https://www.pulaval.com/produit/traquer-la-maladie-les-derives-contemporaines-du-depistage-des-maladies>

<sup>228</sup> <https://www.pulaval.com/produit/traquer-la-maladie-les-derives-contemporaines-du-depistage-des-maladies>

Et la liste des examens auxquels on soumet des personnes en santé, à un âge de plus en plus jeune, est impressionnante : scintigraphies du corps entier, analyses du taux de cholestérol, tests de l'APS, clichés mammaires, coloscopie, tests pour diagnostiquer la dépression et le Tdah, et la liste s'allonge...

Mais est-ce que tous ces examens de dépistage sont bons pour notre santé? Sauvent-ils vraiment nos vies? Ou représentent-ils un danger pour nous? L'auteur s'attaque à ce sujet délicat, en passant en revue les examens en cause, un par un. L'essence de son message est que la promesse faite par la médecine moderne qui prétend que le dépistage permettra de sauver nos vies est largement exagérée...

Il soutient que nous devrions faire preuve de la plus grande des prudences à l'égard du dépistage en raison de l'absence de données irréfutables sur les bienfaits, de l'existence de données sur les effets nocifs et de la présence d'enjeux et d'intérêts financiers représentant plusieurs milliards de dollars »<sup>229</sup>

« Pourchasser les maladies nous introduit dans le monde du dépistage médical où des praticiens bien intentionnés et une industrie à but lucratif offrent de nous sauver la vie en exploitant ingénieusement nos craintes. Les promoteurs du dépistage exagèrent ses avantages et minimisent les torts qu'il inflige...

Quand on doit se soumettre aux examens de dépistage du cancer du sein ou de la prostate, du cholestérol élevé ou de l'insuffisance de la testostérone, il y a quelqu'un qui s'apprête à nous transformer en patient. Il faut alors se demander si on est vraiment prêt à faire face à tout ce qui pourrait mal fonctionner »

#### **SEMANTIC SHIFT** *Manipulation du savoir médical – Comment lire*

shift of meaning

#### **glissement sémantique**

\* manœuvre couramment utilisée par les scribes d'entreprises (*ghostwriters*), les relationnistes d'entreprise (*spin doctors*) et les leaders d'opinion, pour mousser la *médicalisation* et la *médicamentation*. Malheureusement cette manœuvre est contagieuse et maintenant utilisée par les institutions gouvernementales, professionnelles, médiatiques ou associatives tous genres

« Remporter la bataille des mots, c'est déjà gagner la guerre. On sait que celui qui impose son vocabulaire a déjà une longueur d'avance. Car les mots sont tout sauf neutres »<sup>230</sup>

\* *traiter le cholestérol* au lieu de *maitriser le cholestérol*, c'est déjà prétendre que le cholestérol est une maladie, avant même de parler de sa concentration sanguine

#### **SEMINAL BOOKS ON BIG PHARMA'S INFLUENCE**

a) *Deadly Medicines and Organised Crime* (Gotzsche, 2013), the most comprehensive and outright

b) *Pharmageddon* (Healy, 2012), superbly written

c) *Bad Pharma* (Goldacre, 2012), easy to read

d) *Drugs For Life* (Dumit, 2012), heavy but forceful

e) *The Truth about the Drug Industry* (Angell), 2004, a pioneer in the field

#### **livres phares sur l'influence des mondiales du médicament**

a) *Remèdes et crime organisé* (Peter Gotzsche, traduction, 2015),

b) *La vérité sur les médicaments* (Borch-Jacobsen et coll., 2013, version originale), recommandé aux non-initiés

c) *La vérité sur les compagnies pharmaceutiques* (Angell, traduction, 2005)

#### **SEQUSTRATION OF DATA** *Comment lire - Pharmacovigilance*

« Clinical practice has been and should remain an exercise in judgment driven by the evidence that a doctor and patient have in front of them, rather than by thoughtless adherence to what a manual says. When it comes to wider debate about a drug's

<sup>229</sup> Ibidem. <http://www.cwhn.ca/fr/node/46129>

<sup>230</sup> Christian Rioux, *Le Devoir* (QC) 8.11.2013

effects, we may need to designate RCTs as offering hearsay evidence, at least in respect of adverse events, given the limitations of RCTs and *current sequestration of their data*.<sup>231»</sup>

#### **séquestration des données**

##### **SIDE EFFECTS : DEATH - Confessions of a Pharma-Insider**

VIRAPEN, John. Texas : Virtualbookworm Publishing ; 2010 - 252 pages - ISBN 978-1-60264-517-2

« I bribed a Swedish professor to enhance the registration of Prozac in Sweden' writes John Virapen. Pharmaceutical companies want to keep people sick. They want to make others think that they are sick. And they do this for one reason: money. Did you know that :

- a) Pharmaceutical companies invest more than 35,000 Euro (over \$50,000) per physician each year to get them to prescribe their products?
- b) More than 75% of leading scientists in the field of medicine are 'paid for' by the pharmaceutical industry?
- c) Corruption prevailed in the approval and marketing of drugs in some cases?
- d) Illnesses are made up by the pharmaceutical industry and specifically marketed to enhance sales and market shares for the companies in question?
- e) Pharmaceutical companies increasingly target children?

*Side Effects: Death* is the true story of *corruption, bribery and fraud* written by Dr. John Virapen, who has been called THE Big Pharma Insider. During his 35 years in the pharmaceutical industry internationally (most notably as general manager of Eli Lilly and Company in Sweden), Virapen was responsible for the marketing of several drugs, all of them with side effects. Now, Virapen is coming clean and telling all of the little secrets you were never intended to know! »

##### **MÉDICAMENTS, EFFETS SECONDAIRES: LA MORT – Les laboratoires nous trompent** – (Livre traduit par Philippe Even)

VIRAPEN, John. Paris : Le Cherche Midi ; 17.4.2014 - 363 pages - ISBN : 978-2-7491-3621-9

\* Un médecin pharmaceutique repentant prend la parole... « C'est la première fois qu'un cadre de l'industrie pharmaceutique avec ce niveau de responsabilité raconte, de l'intérieur, les pratiques condamnables de ces entreprises qui inventent des maladies pour se créer artificiellement des marchés et cachent les dangers de leurs médicaments. On voit, d'un seul coup, l'envers du décor »<sup>232</sup>

« Explosif, il l'est, car il prétend dévoiler les rouages terribles des marchés du médicament : 'invention' de pathologies pour vendre des remèdes, essais cliniques biaisés, lobbying intense auprès des autorités et, bien sûr, des médecins prescripteurs »<sup>233</sup>

#### **SITE WEB DU DR MARC GIRARD**

<rolandsimion.org>

« Les problèmes régulièrement abordés sur le présent site sont

- a) les mensonges éhontés de l'administration sanitaire,
- b) l'influence délétère de la réglementation européenne,
- c) les occultations intéressées des discours officiels concernant l'équivalence thérapeutique des génériques ou les excipients,
- d) le laxisme des contrôles de qualité effectués,
- e) la nullité – une fois encore – de la pharmacovigilance<sup>234</sup>. »
- f) La brutalisation médicale du corps féminin

---

<sup>231</sup> Juan Gérvás, 2019

<sup>232</sup> [http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/medicaments-les-patients-ne-doivent-plus-etre-dupes\\_1509330.html#bsi5Vp4zjWV1VPAd.99](http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/medicaments-les-patients-ne-doivent-plus-etre-dupes_1509330.html#bsi5Vp4zjWV1VPAd.99)

<sup>233</sup> [http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/medicaments-manips-dans-les-labos\\_1509204.html#Kp2HKo5z8fGrtD7f.99](http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/medicaments-manips-dans-les-labos_1509204.html#Kp2HKo5z8fGrtD7f.99)

<sup>234</sup> <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article154>

\* L'auteur et son style sont parfois controversés, il peut exagérer dans l'expression de faits et situations pourtant véridiques, mais la lecture en est recommandée pour bien appréhender les failles dans le système français (et occidental) du développement et de l'utilisation des produits de santé et des conséquences sur la santé individuelle et publique

**SKRABANEK, Petr & McCORMICK James. FOLLIES AND FALLACIES IN MEDICINE – Quoi lire**

Amherst NY : Prometheus; 1990 – 137 pages

« The book has been translated into 6 languages and is on the reading list of medical schools around the world, to encourage an appropriate scepticism about medical dogma. For example, could strict adherence to EBM practice be harmful to patients? This is the intriguing hypothesis suggested in the first section of this subversive book. It points out that although the placebo effect is very powerful, to work best it requires both the patient and the doctor to believe in it...

As most of the common conditions that disturb our equanimity are self limiting, arguably the priority is for treatments that make us feel better, thereby boosting our activity (speeding recovery from musculoskeletal disorders) and immune response (hastening recovery from infectious disease). So the placebo effect is an important therapeutic weapon.

Unfortunately, while it is invariably maximised by believers in complementary medicine (which Skrabanek and McCormick devastatingly rubbish in section 6), it is rendered impotent by those expressing doubt in treatments they know to be ineffective in double blind, randomised trials (where the differential effect of the placebo is neutralised). This may be honest but destroys the placebo effect, thereby denying its advantages to the patient..

The second section is a humbling account of the many fallacies that beset medical practice—too many to enumerate here. As a longtime clinical teacher I am hugely irritated by those who confuse association with causation or assume that what a senior person tells you is correct, but to fight the underlying human desire for certainty is difficult. “Conviction politicians” may be popular, but conviction doctors are potentially dangerous.

Our understanding of risk is universally poor. Allowing yourself to be disproportionately influenced by a single bad (or good) outcome can deny hundreds of patients appropriate treatment.

The third section is about diagnosis and the risk of false positives. Treating people who are not actually ill exposes them to interventions and side effects. Together with therapeutic errors, this fills 10% of all hospital beds in the United Kingdom.

In the fourth section Skrabanek and McCormick point out that the holy grail of medicine, prevention, is limited more by our failure to understand how to influence self damaging behaviour than by knowledge of pathology (think only of smoking, drinking, and obesity to understand this point).

Section five points out that it is ethically questionable to promote expensive treatments that have not been shown to be *substantially* effective. Self delusion by practitioners of faith healing, homoeopathy, manipulation, occultism, and quack devices is roundly condemned<sup>235</sup> »

**IDÉES FOLLES ET IDÉES FAUSSES EN MÉDECINE – (Livre traduit par Yves Morin)**

SKRABANEK, Petr. Paris : Odile Jacob ; 1997 – 196 pages - ISBN-13: 978-2738105226

« Tous ceux qui veulent comprendre pourquoi les "conférences de consensus" ne sont pas de la science, ou pourquoi la plupart des politiques dites de "promotion de la santé" (qu'elle soit "somatique" ou "mentale") sont un lamentable gâchis, plus destiné à jeter de la poudre au yeux du public et à satisfaire l'ego des administrations qu'à réellement assurer la santé des populations, auraient intérêt à lire ce petit livre écrit avec humour, incisif et divertissant mais néanmoins fort sérieux »

**SPIN n**

---

<sup>235</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2270959/>

spinning / embellishment / conflationing / *making up* (of results) / photoshopping of results *fam*

« Spin has become a standard concept in public relations and politics in recent decades. "Spin doctors" modify the perception of an event to reduce any negative impact or to increase any positive impact it might have on public opinion. For this purpose, spin doctors could attempt to bury potentially negative information or selectively "cherry-pick" specific information or quotes...»

The concept of spin can also be applied to scientific communications. Spin can also be defined as a specific reporting that fails to faithfully reflect the nature and range of findings and that could affect the impression that the results produce in readers, a way to distort science reporting without actually lying. Spin could be unconscious and unintentional.<sup>236</sup> »

« [Advertisement] images create a *spin* that no data can overcome. Myths always have the last word »<sup>237</sup> - « Misleading *spin* » - « Putting a positive *spin* on negative results » - « Scientific *spin* » - « There are some studies that no amount of *spin* will fix »<sup>238</sup> - « Spinning of negative results » - « Some trials *spinned* as the acts of a successfull play look more like pieces of a bad joke »...

« How data is *spinned* can affect how a drug effect is perceived » - « No one wants to see the harms [of treatments]. This bias provides a *spin* that in some instances no data can overcome »<sup>239</sup> - « To give a new spin to a drug » - « The story will be *spun* by the manufacturer on how its drugs are safe »

**embellissement des données; manipulation de langage; changement / falsification de sens; conflation;** représentation favorable ; présentation / représentation / façonnage / arrangement / maquillage / embellissement / réarrangement des résultats / des données / des faits / des messages; image; pirouette; falsification de messages

NDT : littéralement le *tournoiement*, comme celui d'un toupie ; ou encore le *sens* ou le *changement de sens* du tournoiement (pirouette) – La *conflation* (inflation des conclusions) en est un aspect ou un équivalent selon les textes

= petit arrangement pour rendre des résultats d'études plus attrayants, en les présentant un peu plus beaux qu'en réalité; conclusion allant au-delà des données (Hervé Maisonneuve)

= présentation falsifiée des échecs transformés en réussite (Peneff, page 73)

\* dans les *publications médicales*, notamment dans les comptes-rendus de recherche clinique, c'est une façon de donner l'impression d'une démonstration convaincante d'efficacité et de sécurité, alors que ce n'est pas le cas

\* dans les *relations publiques*, le 'spin' est une technique de propagande, réalisée en fournissant une interprétation particulière d'un événement afin de faire adhérer l'opinion publique en faveur ou contre une organisation ou une personnalité

« Présentation sous un jour favorable de résultats négatifs » - « Des essais présentés comme les actes d'une pièce à succès ressemblent à une mauvaise farce »<sup>240</sup> - « Comment les données sont présentées peut affecter la perception des effets d'un médicament » ...

« Les images [publicitaires] créent une telle *représentation* qu'aucunes données factuelles ne peuvent effacer »

« *Représentation trompeuse* » - « Donner un *sens favorable* à des résultats défavorables » - « *Manipulation* scientifique »

« Donner une autre image d'un médicament »

\* On lira les recherches de Isabelle Boutron et le blogue de Hervé Maisonneuve, Revues et Intégrité sur *redactionmedicale.fr*

## SPIN DOCTOR

professional data-massager

= person skilled in public relations who advises employers on how to present their products and their indications, or a paradigm that will indirectly support the use of an intervention; employers may be governments, corporations, universities,

<sup>236</sup> Boutron & Ravaud. <http://www.pnas.org/content/pnas/early/2018/03/08/1710755115.full.pdf>

<sup>237</sup> Pharmageddon, page 83

<sup>238</sup> Pharmageddon, page 112

<sup>239</sup> Pharmageddon, page 112

<sup>240</sup> Rev Prescrire 2012 ; 32(339) : 5

professionnals who have a stake in the message

\* included are *professional medical writers, ghost-writers*

**relationniste** ; rédacteur / faiseur d'image / communicateur d'entreprise

**SPIN IN MEDICAL LITERATURE : Isabelle BOUTRON** *Qui lire – Comment lire*

a) Boutron, I et al. (2008) *Ann Intern Med.* **148** (4): 295–309. doi:10.7326/0003-4819-148-4-200802190-00008

b) Boutron, I et al. (2010) *JAMA.* **303** (20): 2058–2064. doi:10.1001/jama.2010.651

c) Yavchitz, A; Boutron, I et al. *PLoS Med* doi:10.1371/journal.pmed.1001308

d) Boutron, I et al. (2014) *J Clin Oncol.* **32** (36): 4120–4126. doi:10.1200/JCO.2014.56.7503

e) Boutron I et al. *BMC Med* 2019 ; 17(105) 10 pages

f) Boutron & Ravaud. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2018 ;115(11): 2613–2619 - doi: 10.1073/pnas.1710755115

**la manipulation dans la documentation médicale**

\* La professeure Boutron est chercheuse en épidémiologie, statistique et santé publique à Paris

\* Pour bien lire entre les lignes, ne pas oublier Hervé MAISONNEUVE dont le blogue *Rédaction médicale et scientifique* est gratuit en ligne

**SPIN v DATA, TO** *Comment lire*

« Numbers spun by vested interests »

**manipuler les données**

« Chiffres manipulés par des intérêts particuliers »

**SPIN, POSITIVE** *Comment lire*

= more or less equivalent to *conflation; to change the meaning*

TN : metaphor from '*to spin a top in the other direction*'

« Public relation agencies know how to give a *positive spin* to unfavourable data »

**tour positif**

« Les relationnistes savent donner un *tour positif* à des résultats négatifs »

**SPONSORSHIP BIAS IN CLINICAL TRIALS : Growing Menace Or Dawning Realisation?**

JEFFERSON, T. James Lind Library Bulletin, 2019 (UK) - <https://www.jameslindlibrary.org/articles/sponsorship-bias-in-clinical-trials-growing-menace-or-dawning-realisation/>

« If therapeutic decisions in healthcare are to be informed by the results of clinical research, patients and prescribers must be able to trust the research evidence presented to them. In recent decades the credibility of much of the evidence base for some of the most popular therapeutic and preventive interventions has been undermined by the identification of sponsorship bias. Sponsorship bias is the distortion of design and reporting of clinical experiments to favour the sponsor's aims. By using the word 'sponsor' I am not implying here that the origins of bias are solely or principally commercial. Sponsors are the funders and stakeholders active within the design, setting-up, running and reporting of clinical trials, including the members of research teams.

**STEPHENS' DETECTION AND EVALUATION OF ADVERSE DRUG REACTIONS : Principles and Practice, 6<sup>th</sup> Edition**

TALBOT J, ARONSON JK, editors., Oxford : Wiley-Blackwell; 2011 – 750 pages - ISBN: 978-0-470-98634-9

« The detection and evaluation of ADRs is crucial for understanding the safety of medicines and for preventing harm in patients. Not only is it necessary to detect new ADRs, but the principles and practice of pharmacovigilance apply to the surveillance of a wide range of medicinal products... The book provides a comprehensive review of all aspects of ADRs throughout the life cycle of a medicine, toxicology, clinical trials, pharmacovigilance, risk management, legal and regulatory requirements. It also covers safety of biotherapeutics and vaccines, pharmacogenetics, proactive risk management, societal considerations, oncology and herbal medicines »

***Le Stephens sur la découverte et l'évaluation des effets indésirables médicamenteux : Principes et pratique, 6<sup>e</sup> édition*** -

(Traduction libre du titre du livre)

\* Il ne s'écrit plus de livres de ce genre

### **STUPID CONCLUSIONS IN GUIDELINES**

#### **conclusions stupides dans les directives cliniques**

« Thus, all guidelines should be evidence-based, even when the evidence is of very low quality » est un non sens car, quand les preuves sont de mauvaise qualité, il n'y a pas de preuves<sup>241</sup>

« Considering the uncertainty of this procedure, the physician should share the decision with the patient » est peu rationnel car premièrement le médecin ne devrait pas prescrire une intervention non validée, et en second lieu c'est impossible pour le patient de faire un choix éclairé lorsque le médecin n'est pas éclairé lui-même

### **SUMMARY OF PRODUCT CHARACTERISTICS; SPC Document technico-règlementaire**

package insert; label; product monograph

= A regulatory document attached to the marketing authorization which forms the basis of the product information made available to prescribers and patients<sup>242</sup>... A summary of drug specifications

#### **résumé des caractéristiques du produit; RCP**

\* Ce document règlementaire précise, selon L'Ansm<sup>243</sup> :

- a) la dénomination du médicament
- b) la composition qualitative & quantitative
- c) la forme pharmaceutique

d) les données cliniques: indications thérapeutiques, posologie et mode d'administration, contre-indications, mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi, interactions avec d'autres médicaments, grossesse et allaitement, effets sur l'aptitude à conduire et à utiliser des machines, effets indésirables, surdosage

e) les propriétés pharmacologiques: propriétés pharmacodynamiques, propriétés pharmacocinétiques, données de sécurité préclinique

f) les données pharmaceutiques: liste des excipients, incompatibilité, durée de conservation, précaution particulière de conservation, nature et contenu de l'emballage extérieur, instruction pour l'utilisation, la manipulation et l'élimination  
g) le titulaire de l'autorisation d'utilisation

h) la présentation et le numéro d'identification administrative

i) la date de première autorisation / renouvellement de l'autorisation

j) la date de mise à jour du texte

### **SUPPORTING DATA**

**données à l'appui**

### **TAKE-AWAY MESSAGE Comment lire**

**message principal / à retenir**

### **TERTIARY LITERATURE Comment lire**

**mainstream literature / press**

**littérature tertiaire; presse médicale grand public**

<sup>241</sup> Axel Elldrot, 2019

<sup>242</sup> <http://www.who-umc.org/graphics/25301.pdf>

<sup>243</sup> [http://www.afssaps.fr/Glossaire/\(filter\)/R](http://www.afssaps.fr/Glossaire/(filter)/R)

= destinée à un public élargi, écrite par des journalistes qui s'inspirent de la littérature secondaire. Il est parfois difficile de distinguer les messages *scientifiques* des messages *publicitaires* et trop de journalistes n'ont pas la formation scientifique nécessaire pour distinguer entre les deux. La majorité des 'nouvelles' dans le domaine de la santé sont *fausses* et partant, trompeuses

**THE COMPELLING NEED FOR GAME-CHANGING INFLUENZA VACCINES : An Analysis of the Influenza Vaccine Enterprise and Recommendations for the Future** - (Rapport percutant disponible en ligne)

Michael T OSTERHOLM et al. *Center for Infection Disease Research and Policy* (CIDRAP). University of Minnesota : Minneapolis ; 2012<sup>244</sup>

« Evidence for 'consistent high-level protection is elusive,' the researchers concluded. Although vaccination was found to provide modest protection from infection in young healthy adults who rarely have complications of flu, the authors found that 'evidence for protection in adults 65 years of age and older [who represent over 90% of deaths from flu] . . . is lacking' »<sup>245</sup>

**Le besoin impératif de vaccins antigrippaux qui changeraient la donne : Une analyse de l'entreprise de la vaccination antigrippale et recommandations pour l'avenir** (Traduction libre)

\* Un rapport percutant que devrait lire tout porte-parole en santé publique avant d'ouvrir la bouche - ou toucher son clavier - pour discuter de vaccination antigrippale saisonnière ou pandémique. Un rapport clair et implacable qui dénonce la surestimation de l'efficacité et de l'effectivité de ces vaccins par les autorités étatsuniennes de santé publique et plaide pour l'innovation en créant une nouvelle génération de vaccins plus efficaces

**THE CONSTANT GARDENER (UK)** – (Roman; film) *Dénonciation – Médicaments mortels*

Le CARRÉ, John. London : Hodder & Stoughton / Simon & Schuster ; 2001 - 496 pages - ISBN 0-340-73337-3

\* Inspired by the scandalous story of Pfizer's deadly testing of Trovan (trovafloxacin) in Nigeria<sup>246</sup>

« Compared to the reality of the drug industry, my book reads like a vacation post card » - « The subject of *The Constant Gardener* — is the dilemma of decent people struggling against the ever-swelling tide of heedless *corporate greed*, and our own complacency in letting the corporations get away with it »<sup>247</sup>

« The worst fears of pharmaceutical drug testing are depicted in this 2005 film, an adaptation of a John Le Carré 2001 novel. Lead character Justin Quayle's investigation of his wife's murder uncovers the practices of a fictional pharma KDH that tests its drugs on poor Kenyans in exchange for free health care. Tuberculosis drug Dypraxa has serious side effects but the company is willing to accept the deaths of Kenyans in its pursuit of new products...

While the story is fiction, a perception persists that pharma companies withhold safety information about their drugs. *The Constant Gardener* spins its tale for dramatic effect. But what is particularly haunting in the minds of many viewers is just how real the story could be »<sup>248</sup> - « Portrays pharmaceutical companies as willing to sacrifice people in Third World countries and to engage in murder in order to protect profits »<sup>249</sup>

**LA CONSTANCE DU JARDINIER** - (Roman et film traduits) *Persécution des dénonciateurs – Délocalisation au tiers-monde – Secret, corruption et cupidité*

Le CARRÉ, John. Paris : Le Seuil; 2001

\* Porté à l'écran, il présente une histoire d'amour tragique sur fond de scandale pharmaceutique inspiré par la réalité. Du

<sup>244</sup> [http://www.cidrap.umn.edu/sites/default/files/public/downloads/ccivi\\_report.pdf](http://www.cidrap.umn.edu/sites/default/files/public/downloads/ccivi_report.pdf)

<sup>245</sup> Jeanne Lenzer. BMJ 2012; 345: e7856 at <http://www.bmjjournals.org/content/345/bmj.e7856>

<sup>246</sup> [https://www.washingtonpost.com/archive/politics/2000/12/17/where-profits-and-lives-hang-in-balance/90b0c003-99ed-4fed-bb22-4944c1a98443/?utm\\_term=.3c3ebcae4df2](https://www.washingtonpost.com/archive/politics/2000/12/17/where-profits-and-lives-hang-in-balance/90b0c003-99ed-4fed-bb22-4944c1a98443/?utm_term=.3c3ebcae4df2)

<sup>247</sup> John LeCarré interviewed by *The Spectator*

<sup>248</sup> Frank Vinluan, 26.12.2011 - Site <http://www.medcitynews.com/2011/12/the-top-10-movies-that-big-pharma-loves-to-hate/?edition=pharmaceuticals>

<sup>249</sup> <http://www.bcam.qc.ca/content/prescription-games-money-ego-and-power-inside-global-pharmaceutical-industry>

romancier britannique John Le Carré, abordant le thème de la responsabilité sociale des grandes entreprises et des méga-profits dans l'un des plus importants secteurs de l'économie mondiale : l'industrie pharmaceutique<sup>250</sup>. Dans la *Note de l'auteur* à la fin du livre (pages 517 à 519), Le Carré écrit :

« À mesure que j'avancais dans mon périple à travers la jungle pharmaceutique, je me suis rendu compte que, au regard de la réalité, mon histoire est aussi anodine qu'une carte postale de vacances... Un médecin ayant pratiqué dans le tiers-monde m'a ouvert les yeux sur la coûteuse campagne de séduction que les firmes pharmaceutiques orchestrent savamment à destination du corps médical...

BUKO Pharma-Kampagne de Bielefeld en Allemagne est un organisme en fonds privés dont les employés compétents et honnêtes s'acharnent à dénoncer les méfaits de l'industrie, notamment dans le tiers-monde... Les données médicales étant encore insidieusement et systématiquement falsifiées par les géants de l'industrie pharmaceutique, la survie de BUKO est plus cruciale que jamais...

Plusieurs cas, notamment au Amérique du Nord, de chercheurs en médecine hautement qualifiés ayant osé contredire leurs mécènes pharmaceutiques se sont fait, pour leur peine, persécuter et vilipender [ l'auteur avait rencontré Nancy Olivieri, persécutée par Apotex et des collègues de l'Université de Toronto ]...

La question n'est pas de savoir si leurs découvertes gênantes étaient exactes. Ce qui est en question, c'est la conscience individuelle face à la cupidité des entreprises. Ce qui est en question c'est le droit élémentaire des médecins d'exprimer des opinions scientifiques en toute intégrité et leur devoir d'avertir leurs patients des risques qu'ils pensent inhérents aux traitements prescrits »

Dans un article publié par plusieurs journaux à l'époque de la parution de l'ouvrage (2001), l'auteur écrit « J'aurais pu évoquer le scandale des cigarettes trafiquées... J'aurais pu évoquer les compagnies pétrolières... mais le monde des multinationales pharmaceutiques m'a pris à la gorge et ne m'a plus lâché, dès que j'y ai mis le nez...

Big Pharma, comme on l'appelle souvent, réunit tout ce qu'on peut imaginer : les espoirs et les rêves que ce secteur incarne, sa capacité - en partie concrétisée - à faire le bien, et sa face cachée, terriblement sombre, entretenue par des sommes d'argent colossales, une obsession du **secret** pathologique, la **corruption** et la **cupidité** »

\* L'auteur s'est inspiré de la mésaventure de Nancy Olivieri avec Apotex et du scandale du Trovan de Pfizer au Nigeria

#### **HOW JOHN LE CARRÉ CHANGED MY LIFE**

(By Dr Nancy Olivieri's who's saga inspired *The Constant Gardener*<sup>251</sup>)

#### **Comment John Le Carré a changé ma vie**

\* Cet article est émouvant et inspirant, rédigé par Olivieri dans le Toronto Star juste après la mort de *Le Carré* en 2020.

#### **THE CULT OF STATISTICAL SIGNIFICANCE**

ZILIAK ST & McCloskey DN. Ann Arbor (MI) : University of Michigan Press; 2008 – 321 pages – ISBN 978-0-472-05007-9

\* How the most important statistical method used in many of the sciences doesn't pass the test for basic common sense<sup>252</sup>

#### **THE END OF HUMANE MEDICINE AND THE RISE OF COERCIVE HEALTHISM (UK) – (Livre en ligne gratuit)**

SKRABANEK, Petr. UK : Social Affairs Unit; 1994 - ISBN 0 907631 59 2 - Preface by Robin Fox – Free on line<sup>253</sup> at :

« The pursuit of health is a symptom of unhealth. When this pursuit is no longer a personal yearning but part of state ideology, **healthism** for short, it becomes a symptom of political sickness »

<sup>250</sup> <http://www.cinemotions.com/article/4038>, accédé le 7.4.2011

<sup>251</sup> *Toronto Star* 22.12.2020 - <https://www.thestar.com/opinion/contributors/2020/12/22/nancy-olivieri-how-john-le-carr-changed-my-life.html>

<sup>252</sup> <http://www.press.umich.edu/script/press/186351>

<sup>253</sup> <https://bradtaylor.files.wordpress.com/2009/06/death-of-humane-medicine.pdf>

« Medicine, as we know it, is dying. It is entering a terminal phase. The ‘disease’ is caused by conflict of interest, tainted research, greed for big bucks, pretentious doctors and scientists, lying, cheating, invasion by the morally bankrupt marketing automatons of the drug industry, derelict politicians and regulators - all seasoned with huge doses of self-importance »<sup>254</sup>

« The iconoclastic former *BMJ* editor Richard Smith has mused that medicine might need to feel utterly defeated for it to undergo much needed radical renewal. Whether or not defeat is imminent, a culture shift is being debated, and renewal is inevitable... The current medical-industrial paradigm—fragmented, technocratic, mechanistic, inhuman, and imperial—is neither healthy nor sustainable. While there’s much that is hopeful in debates about clinical medicine, public health, and beyond »<sup>255</sup>

**LA FIN DE LA MÉDECINE À VISAGE HUMAIN ET LA NAISSANCE DU SANTÉISME COERCITIF – (Livre traduit par Robert de Wilde)**

*Acharnement préventif - Santéisme*

SKRABANEK, Petr. Paris: Odile Jacob; 1995 – ISBN 2-7381-0343-X

« Le Dr Skrabaneck a entrepris une salutaire opération de démythification en dénonçant les ‘promotions de la santé’ et les institutions de ‘santé préventive’, cette dernière qu'il rebaptise avec bonheur la ‘médecine anticipative’. Il nous montre l’escroquerie intellectuelle sur laquelle sont basées les définitions de la santé selon les grandes organisations mondiales qui prétendent la promouvoir et nous en convaincre »

« La médecine est à un carrefour. Traditionnellement, les praticiens aidait les patients qui venaient chercher un soutien, un recours contre la souffrance. Les progrès accomplis depuis plusieurs décennies ont tout changé. On prétend désormais lutter contre la mort elle-même, on croit aux pouvoirs illimités de la médecine, on cherche à prévenir les maladies en modifiant les comportements... Dès lors, toute notre existence se trouve *surmédicalisée*. Au nom de la santé à tout prix, le médecin désormais dicte, prescrit, légifère ; il en oublie le sens même de son métier : aider, soigner. Une violente critique de l’hygiénisme contemporain »

« La médecine telle qu'on la connaît, se meurt. Elle entre en phase terminale. La ‘maladie’ résulte des conflits d’intérêt, de la recherche tendancieuse, de la cupidité pour des gros sous, de la prétention des médecins et des chercheurs, du mensonge, de la tricherie, de la présence envahissante de pions moralement déchus du marketing pharmaceutique, de décideurs et règlementeurs délabrés - tous bien assaisonnés d'une bonne dose de suffisance<sup>256</sup> »

**THE FDA IS HIDING REPORTS LINKING PSYCH DRUGS TO HOMICIDES (USA) – (Blogue)**

Andrew THIBAULT. 6.5.2016 at

<http://www.madinamerica.com/2016/05/the-fda-is-hiding-reports-linking-psych-drugs-to-homicides/>

\* The blog is a must read - Here are examples of medication-linked homicide case narratives that were being withheld, redacted and finally released lesser-redacted versions by the FDA VAERS after persistent pressure and federal *Freedom Of Information Act* lawsuits by Thibault :

a) In 2014 a 3-month old female infant died of asphyxia and suffocation while in the care of a 10-year old prescribed lisdexamfetamine (Vyvanse™). The autopsy concluded to homicide and the infant's blood contained traces of lisdexamfetamine. Since, a homicidal ideation warning was added to the Vyvanse™ label and to Adzenys XR-DOT™, a bioequivalent of Adderall XR™

b) A psychiatrist reported homicide, self-injurious behavior, manic symptoms and worsening of his condition in a 16-year old male from Canada and linked it to taking triazolam (Prozac™). In a previously redacted version of the report the FDA had hidden the psychiatrist's causality assessment

<sup>254</sup> Nicholas Regush. Chronique intitulée The Death of Medicine écrite en 2002

<sup>255</sup> Ray Moynihan. BMJ 2012; 345 doi: 10.1136/bmj.e6042

<sup>256</sup> Regush, op. cit.

c) A 35-year old woman from Australia killed her daughter. She reported that when taking nortriptyline she immediately wanted to kill herself, became more depressed, felt awful, did not sleep for two nights, then slept for maybe 3 hours and dreamt that her daughter was possessed by a bad spirit, felt like a zombie, picked up a knife, stabbed her and woke up. She was not herself, controlled by dark forces. She asked her husband to kill her...

She felt better in the police cells without the pills but the pills started again and thoughts of killing herself returned. The FDA had redacted signs of suicidal ideation, parasomnia, hallucinations, delusions, automatism, homicide, depersonalization, positive dechallenge and positive rechallenge

d) Joseph Wesbecker armed with an AK-47 shot 8 people dead and wounded 12, then shot and killed himself. He had a long history of depression and had been placed on fluoxetine one month before the shootings. This well-known case dating back to 1989 has been the subject of a book<sup>257</sup>. Survivors and relatives sued Eli Lilly, the jury ruled in favor of Eli Lilly who had made a secret deal with the plaintiffs during the trial, paying them a huge sum of money to deliberately lose the case

d) At one time the FDA would not allow Wyeth to place a suicidal ideation warning on venlafaxin (Effexor™) although in the premarketing evaluation of safety the company had received reports of homicidal ideation

***La FDA dissimule des notifications associant des psychotropes à des homicides – (Traduction libre)***

\* La lecture de ce blogue est indispensable

***THE GOOSE THAT LAID THE GOLDEN EGG: ACCUTANE - THE TRUTH THAT HAD TO BE TOLD – Médicament mortel – Lanceur d'alerte percésuté***

BREMNER, Doug. Atlanta : Createspace ; 2011

« In 2001 Hoffmann-La Roche's drug Accutane was selling in its billions worldwide as a treatment for acne. For those who suffered from extreme scarring acne, it was something of a miraculous treatment, however evidence started to mount that for others it was a death sentence. Over the next few years it was estimated that between 300 and 3,000 young people being prescribed Accutane since its launch had committed suicide or killed others. In 2001 the father of young man in Ireland who had committed suicide approached Dr. Doug Bremner as Professor of Psychiatry & Radiology at Emory University to see if he could find a causal link between the drug and depression.

His findings were that the drug did have an effect on the brain likely to cause acute depression in some patients, which was not surprising as it is a molecular cousin of Vitamin A which is known to cause depression in excessive quantities. One might think that Hoffmann-La Roche would have welcomed these findings. After all, no-one was doubting that Accutane was an extremely effective remedy in many cases, it was just that it appeared to have lethal side-effects in others. You might like to think again on that one. 'The Goose That Laid The Golden Egg' is the account of what Hoffmann-La Roche did next, which was to prosecute a determined, energetic and vindictive campaign against Dr. Bremner designed to suppress his findings and destroy his career and livelihood.

Nonetheless, Dr. Bremner persisted and Hoffmann La-Roche have since withdrawn Accutane from the US market, not only for its potentially depressive effects, but also for the likelihood of its causing birth defects and stunting growth. From the pen of the author of 'Before You Take That Pill: Why the Drug Industry May Be Bad for Your Health: Risks and Side Effects You Won't Find on the Label of Commonly Prescribed Drugs, Vitamins, and Supplements', this is a truly riveting and emotional read detailing just what it costs to take on the full might of one of the largest corporations in the world when you have never claimed to be a saint and have no desire to become a martyr. »

***THE GREAT PROSTATE MISTAKE*** (Titre d'article) Santé publique – Dépistage du cancer de la prostate

Richard J ABLIN. New York Times 9.03.2010

---

<sup>257</sup> John Cornwall. The Power to Harm.

« The test's popularity has led to a hugely expensive public health disaster. It's an issue I am painfully familiar with — I discovered P.S.A. in 1970. As Congress searches for ways to cut costs in our health care system, a significant savings could come from changing the way the antigen is used to screen for prostate cancer. Last year (2009), *The New England Journal of Medicine* published results from the two largest studies of the screening procedure, one in Europe and one in the United States.

The results from the American study show that over a period of 7 to 10 years, screening did not reduce the death rate in men 55 and over. The European study showed a small decline in death rates, but also found that 48 men would need to be treated to save one life. That's 47 men who, in all likelihood, can no longer function sexually or stay out of the bathroom for long »<sup>258</sup>

***La grande erreur du dépistage par le PSA* (Traduction libre du titre de l'article)**

« Il y a quatre décennies, je n'ai jamais pensé que ma découverte conduirait à une telle catastrophe de santé publique, axée sur le profit », écrit le 10.3.2010 Richard Ablin, celui qui a découvert l'APS<sup>259</sup>

**THE INFLUENCE OF THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY (UK)** – (Rapport accablant sur la pharma-co-dépendance institutionnelle britannique)

HOUSE OF COMMONS HEALTH COMMITTEE (UK). London : The Stationery Office; 2005 – Open Access<sup>260</sup>

\* On page 8, Sir Richard Sykes is quoted: "Today the industry has got a very bad name. That is very unfortunate for an industry that we should look up to and believe in, and that we should be supporting. I think there have to be some big changes"

***Commission parlementaire sur la Santé : L'influence de l'industrie pharmaceutique (R.-U.)*** – (Traduction libre)

\* Important document gratuit pour quiconque s'intéresse à la pharmacologie sociale et à l'influence des firmes, un classique parmi les rapports du genre

**THE MASS PRODUCTION OF REDUNDANT, MISLEADING, AND CONFLICTED SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES** -

(Article sur les statistiques trompeuses des synthèses méthodiques avec mété-analyse)

IOANNIDIS, John PA. *Milbank Quarterly* 2016 ; 94(3) : 485-514

« The production of systematic reviews and meta-analyses has reached epidemic proportions. Possibly, the large majority of produced systematic reviews and meta-analyses are unnecessary, misleading, and/or conflicted. Some fields produce massive numbers of meta-analyses; for example, 185 meta-analyses of antidepressants for depression were published between 2007 and 2014... These meta-analyses are often produced either by industry employees or by authors with industry ties and results are aligned with sponsor interests »

**THE MYTH OF OSTEOPOROSIS : What Every Women Should Know About Creating Bone Health (NZ)** – (Livre)

Gillian SANSON. MCD Century Publications; 2011

\* The book explains how the *World Health Organization*'s controversial decision to change the definition of osteoporosis effectively labeled millions of well women as having osteoporosis. Sanson's research casts doubt on the bone densitometry technology that supposedly screens for osteoporosis and questions the use of drug treatments that may do more harm than good<sup>261</sup>

**THE OLIVIERI REPORT (CA)** - (Rapport accablant sur le harcèlement d'une chercheuse hospitalo-universitaire qui refusa d'être baillonnée)

THOMPSON J et al. *Canadian Association of University Teachers Series*, Toronto: Lorimer; 2001; free on-line<sup>262</sup>

\* Le rapport Olivieri fut produit par l'*Association canadienne des professeurs d'université* pour faire la lumière sur le bâillonnement et le harcèlement d'une chercheuse médicale torontoise – Nancy Olivieri, pédiatre et hématologue - par

<sup>258</sup> [http://www.nytimes.com/2010/03/10/opinion/10Ablin.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2010/03/10/opinion/10Ablin.html?_r=0)

<sup>259</sup> Braillon A et coll. *Press Med* 2012

<sup>260</sup> <https://www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf>

<sup>261</sup> <http://gilliansanson.wordpress.com/>

<sup>262</sup> <https://www.caft.ca/docs/af-reports-independent-committees-of-inquiry/the-olivieri-report.pdf?sfvrsn=0>

le sponsor commercial d'un essai clinique (Apotex) et par ses complices institutionnels généreusement subventionnés,

à propos de la propriété intellectuelle des EIM potentiels d'un médicament expérimental destiné aux enfants souffrant de thalassémie, remettant en question la *liberté universitaire*. Bien que réhabilitée, sa carrière en recherche médicale prit fin et la courageuse pédiatre dut se réorienter en droit et en éthique...

Furent blâmés dans le rapport, produit pour l'Association canadienne des professeurs d'université, la firme Apotex, le ponce Gideon Koren, le Hospital for Sick Children et l'Université de Toronto

**THE PERILS OF PARTNERSHIP: INDUSTRY INFLUENCE, INSTITUTIONAL INTEGRITY, AND PUBLIC HEALTH (UK)** - *Quoi lire*  
MARKS, Jonathan, Oxford University Press, 2019

« In his ambitious new book, Jonathan Marks argues that far too much baggage is being piled on an old workhorse, conflict of interest. It's an important concept, he asserts, but public-sector actors can transgress their ethical obligations even when their relations with industry don't create COIs.

Yet policy-makers have been immersed in public-private partnerships for so long that they do not see the broader implications of such relationships. Marks aims to move the discourse from reassuring terms like "engagement" and "inclusiveness" to concepts that capture the problematic side of the liaisons, like "webs of influence" and "agenda distortion."

Above all, he issues a challenge to public health policy-makers: Ditch the comfortable hand-in-hand industry relationships, which prioritize efficacy over ethics, threatening both the public's health and the integrity of public health institutions. Adopt instead a paradigm that is "mano a mano," involving tension, struggle, and, at times, direct conflict with private industry<sup>263</sup> »

**Les périls du partenariat : influence industrielle, intégrité institutionnelle et santé publique** (Traduction libre)

**THE PROFESSIONAL GUINEA-PIG : Big Pharma and the Risky World of Human Subjects (USA)** – *Essais Phase I – Éthique de la recherche*

ABADIE, Roberto. Durham NC : Duke University Press ; 2010

\* Presents the emergence of the professional research subject in Phase I clinical trials testing the safety of drugs in development. Drawing on ethnographic research among self-identified 'professional guinea pigs' in Philadelphia, Roberto Abadie examines their experiences and views on the conduct of the trials and the risks they assume by participating...

While the professional guinea pigs tended to believe that most clinical trials pose only a moderate health risk, Abadie contends that the hazards presented by continuous participation, such as exposure to potentially dangerous drug interactions, are discounted or ignored by research subjects in need of money...

Arguing that financial incentives compromise the ethical imperative for informed consent to be freely given by clinical-trials subjects, Abadie confirms the need to reform policies regulating the participation of paid subjects in Phase I clinical trial

**THE REAL PUSHERS : A critical analysis of the Canadian drug industry off the shelf (CA)** – (Livre)

Joel LEXCHIN. Vancouver : New Star Book ; 1984 – 272 pages - ISBN-13: 978-0919573277

« This is the first comprehensive analysis of the pharmaceutical drug industry in Canada. Focusing on the power and the adverse effects of the industry, it tells the side of the story which is not well known, arguing that it is an industry dominated by foreign corporations which search out worldwide markets and profits while benefitting from the stress and disease of people who lack access to safer and more effective alternatives...

---

<sup>263</sup> Sharon Batt, The Hastings Center Report, 2019

Lexchin acknowledges that drugs can play an important role in medical treatment. He points out, however, that many of today's most serious medical problems, such as hypertension, are rooted in socio-economic and industrial stresses but are nonetheless treated with drugs. Many non-medical problems -- including family crisis, unemployment and problems related to the secondary status of women -- have increasingly been labelled in medical terms and managed with drug products...

In these cases, drug consumption, health costs, and drug companies' profits all go up. Lexchin argues that it is the expansion of the pharmaceutical markets by the multinational corporations, and not the advancement of pharmacological research per se, which explains the escalating number of prescriptions and over-the-counter drugs to which the public is exposed...

As in other commercial sectors, brand name marketing, not fundamental innovations, is the core strategy behind the drive toward power and profits in that industry. Medical students and doctors are subjected to an endless barrage of advertising, "information, and social pressure by drug companies; the public is led by massive advertising to demand prescriptions for any ill, and the government cooperates closely with the companies". Fundamental changes are needed in this system »

***Les vrais revendeurs : Une analyse critique de l'industrie canadienne du médicament*** – (Traduction libre)

***THE ROLE OF MEDICINE: DREAM, MIRAGE OR NEMESIS? Livre fondateur sur la surmédicalisation***

McKEOWN, Thomas.

\*Formerly Professor of Social Medicine at the University of Birmingham, UK

\* L'auteur est le pendant britannique de Ivan Illich

***THE TRANS-PACIFIC PARTNERSHIP AGREEMENT AND IMPLICATIONS FOR ACCESS TO ESSENTIAL MEDICINES*** – (Article)

LUO J & KESSELHEIM AS. JAMA 2015 ; 314(15) : 1563<sup>264</sup>

***L'entente de partenariat trans-pacifique et les conséquences sur l'accès aux médicaments essentiels*** – (Traduction libre)

\* Dans sa forme actuelle (2015) l'entente pourrait diminuer les exigences pour breveter des innovations pharmaceutiques et rendre tangiblement plus difficile la tâche des génériqueurs pour entrer sur le marché des pays membres en plus de les exposer à des amendes civiles et criminelles salées

***THE TRUTH ABOUT THE DRUG INDUSTRY: How They Deceive Us and What to Do About It (USA)***

Marcia ANGELL. New York: Random House ; 2004 – 305 pages

\* A summary appeared in *The New York Review*<sup>265</sup> - « A landmark book »

*Lecture recommandée sur la pharma-co-dépendance*

***LA VÉRITÉ SUR LES COMPAGNIES PHARMACEUTIQUES: Comment elles nous trompent et comment les contrecarrer*** – (Livre traduit)

Marcia ANGELL. Montebello (QC) : Éditions le mieux-être ; 2005 - ISBN 978-2922405323 – (Traduction Philippe Even)

« L'ancienne rédactrice en chef du *New England Journal of Medicine*, professeur de médecine sociale à Harvard, a rédigé un livre marquant »

« Pendant plus de deux décennies à la barre du NEJM, assise aux premières loges, elle a pu observer le spectacle des plus épouvantables offert par l'industrie... Elle a vu de ses yeux comment les pharmaceutiques ont dérivé de leur mission originale, soit celle de découvrir et de fabriquer des médicaments utiles, choisissant plutôt de se transformer en énormes machines de marketing, dotées d'un contrôle sans précédent sur leur propre fortune... »

Elle les a vues s'assurer une *influence quasi illimitée* sur la recherche médicale, sur l'éducation et sur la pratique médicale »

« Angell considère que la FDA est aujourd'hui si dépendante des firmes qu'elle en est devenue la servante et que tout se passe comme si la FDA était au service de l'industrie et non du public. Les compagnies ne devraient plus contrôler les essais de leurs

<sup>264</sup> <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2430590> - doi:10.1001/jama.2015.10872

<sup>265</sup> <http://www.nybooks.com/articles/17244>

propres molécules. Il est clairement prouvé que ces pratiques faussent les résultats en faveur des compagnies qui les subventionnent. Ils distorsionnent également le type de recherche effectué »<sup>266</sup> déplore l'historien médical Othmar Keel

**THE WHISTLEBLOWER : Confessions of a Health Care Hitman (USA)** - (Livre) - *Confessions de lanceur d'alerte*  
ROST, Peter. Berkeley (CA) : Soft Skull Press ; 2006 - 224 pages

« Starting in 2003, the book details the illegal, even **criminal** business practices the author witnessed at his corporation, as well as his crusade to legalize the reimportation of drugs...

It also explains how in this post-Enron world whistle-blowers can't simply be fired, and what the author's corporation did to coerce and silence him. A story of a battle that continues today, one which any American who takes or will take prescription drugs has a stake in, *The Whistleblower* is a powerful testimony »

« *The New York Post* wrote, 'A drug company executive is about to blow the lid off the pharmaceutical industry . . . revealing everything from sex in the corner office to private investigators spying on employees, company phone surveillance, FBI investigations and financial shenanigans [*combines*, en français] resulting in million-dollar payouts.' And the *Library Journal* wrote :

'Here is a chilling tale from a former Pfizer exec about his decision to expose corporate activities, including **takeovers and layoffs, physician payoffs, marketing to juvenile patients, and tax dodging**. This blow-by-blow account amply supports his statement that the current U.S. healthcare system is certainly the best system for the drug companies' »<sup>267</sup>

**Le lanceur d'alerte : Confessions d'un homme de main des soins de santé** (Traduction libre du titre du livre)

\* L'auteur, médecin de formation, était vice-président marketing de la plus grande mondiale du médicament et fut congédié en 2005 après ses révélations. Il est devenu expert judiciaire dans ce domaine<sup>268</sup>

**THERAPEUTICS LETTER (CA)** – (Bulletin de thérapeutique indépendant membre de l'ISBN)

Therapeutic Initiative (CA).

<http://www.ti.ubc.ca/TherapeuticsLetter>

*Seule source indépendante d'avis thérapeutiques au Canada*

\* As of 2020, The *Therapeutics Initiative* maintains an e-subscriber list of over 4,000 people who signed up for receiving email notices regarding newly published *Therapeutics Letters*, upcoming continuing education events, and new reports or videos posted to our website. About 1,500 of them are BC residents, the rest are mostly from other Canadian provinces, the US, Latin America and Europe. This includes readers of the Spanish translation of the *Therapeutics Letter*.

= Bi-monthly e-letter targeting identified problematic therapeutic issues (brief, simple, practical messages). The process involves a literature review and development of the message by different working groups of the *Therapeutics Initiative*. Member of the *International Society of Drug Bulletins* (ISDB). The 100<sup>th</sup> issue appeared in Summer 2016

\* The UBC *Therapeutics Initiative* remains committed to its original mission to provide physicians and pharmacists with up-to-date, evidence-based, practical information on prescription drug therapy

« The *Therapeutics Letter* presents *critically appraised* summary evidence primarily from controlled drug trials. Such evidence applies to patients similar to those involved in the trials, and may not be generalizable to every patient. We are committed to evaluate the effectiveness of our educational activities using the PharmaCare/PharmaNet databases without identifying individual physicians, pharmacies or patients...

---

<sup>266</sup> Othmar Keel, page 134

<sup>267</sup> [http://en.wikipedia.org/wiki/Peter\\_Rost\\_\(doctor\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Peter_Rost_(doctor))

<sup>268</sup> <http://peterrost.blogspot.ca/>

The *Therapeutics Initiative* is funded by the BC Ministry of Health through a grant to the University of BC. The *Therapeutics Initiative* provides evidence-based advice about drug therapy, and is not responsible for formulating or adjudicating provincial drug policies »<sup>269</sup>

« *Therapeutics Initiative* was established in 1994 by the *Department of Pharmacology and Therapeutics* in cooperation with the *Department of Family Practice* at *The University of British Columbia* with its mission to provide physicians and pharmacists with up-to-date, evidence based, practical information on prescription drug therapy...

To reduce bias as much as possible the TI is an *independent* organization, separate from government, pharmaceutical industry and other vested interest groups. We strongly believe in the need for independent assessments of evidence on drug therapy to balance the drug industry sponsored information sources.

Over the years the TI has substantially enhanced its ability to assess the clinical evidence presented in published articles, meta-analyses by the *Cochrane Collaboration* and scientific material presented by the pharmaceutical industry. In pace with the extensive assessment of clinical evidence, the TI has developed effective ways of knowledge translation and dissemination of this evidence to all active players involved in drug therapy: physicians, pharmacists, nurses and policy-makers »

« In June 2012, all *drug safety evaluations* carried out by the *Therapeutics Initiative* (TI) were halted [under industry pressure]. Funded by the provincial government, the TI has been providing an independent voice on pharmaceuticals since the mid 1990s and has gained an international reputation for its meticulous and thorough drug reviews... Pharmaceutical firms are among the larger donors to the BC Liberals »<sup>270</sup>

« April 2013's announcement by Adrian Dix, leader of the B.C. New Democrats, that he plans to rescue the *Therapeutics Initiative* concludes (hopefully) one of the more **disgraceful** episodes in our recent political history [unfortunately the Liberals were re-elected in 2013]. The TI is a small watchdog agency at the University of B.C. It tracks new drugs after they're introduced and reports on their effectiveness...

The agency has discovered lethal side-effects in several highly touted pharmaceuticals, preventing an estimated 50 deaths in B.C. alone. By finding cheaper treatments that work just as well, it has also saved taxpayers tens of millions of dollars. But that has brought down on the handful of researchers who do this work the undying hatred of the drug industry...

Throughout the lifespan of the current B.C. Liberal government, unrelenting pressure was brought by the industry to kill the TI »<sup>271</sup> writes a former deputy British Columbia health minister

« After more than a year of intrigue that involved accusations of privacy breaches, staff firings, an apparent suicide and lawsuits, the BC health ministry in Canada has restored funding to a controversial program called *Therapeutics Initiative*, which evaluates a government database for drug safety and effectiveness »<sup>272</sup>

#### ***La lettre thérapeutique* (Traduction libre)**

= unique bulletin de thérapeutique *indépendant* au Canada, membre de l'ISDB. Disponible gratuitement, mis en ligne par un collectif indépendant à l'Université de Colombie Britannique à Vancouver, la *Therapeutics Initiative*

\* L'industrie pharmaceutique aimeraient bien avoir la tête de *Therapeutics Initiative*, et grâce à la complicité du gouvernement provincial Libéral en place en 2012, a mis fin à ses évaluations de pharmacovigilance au profit du ministère de la Santé et à son financement... mais la *Therapeutics Letter* continue et son 100<sup>e</sup> numéro est paru à l'été 2016

---

<sup>269</sup> <http://www.ti.ubc.ca/sites/ti.ubc.ca/files/88.pdf>

<sup>270</sup> Alan Cassels, 2013. <http://focusonline.ca/?q=node/516>

<sup>271</sup> Lawrie McFarlane. <http://www.timescolonist.com/opinion/lawrie-mcfarlane-therapeutics-initiative-worth-rescuing-1.140051>

<sup>272</sup> Ed Silverman, 24.10.2013 at <http://www.pharmalive.com/canadian-agency-restores-funding-to-drug-safety-group>

**THINCS : THE INTERNATIONAL NETWORK OF CHOLESTEROL SKEPTICS** – (Groupe de réflexion sur le cholestérol et les statines)  
« For decades, enormous human and financial resources have been wasted on the cholesterol campaign, more promising research areas have been neglected, producers and manufacturers of animal food all over the world have suffered economically, and millions of healthy people have been frightened and badgered into eating a tedious and flavorless diet or into taking potentially dangerous drugs for the rest of their lives... »<sup>273</sup>

As the scientific evidence in support of the cholesterol campaign is non-existent, we consider it important to stop it as soon as possible... THINCS is a steadily growing group of scientists, physicians, other academicians and science writers from various countries. Members of this group represent different views about the causation of atherosclerosis and CV disease, some of them are in conflict with others, but this is a normal part of science...

What we all oppose is that animal fat and high cholesterol play a role. The aim with this website is to inform our colleagues and the public that this idea is not supported by scientific evidence; in fact, for many years a huge number of scientific studies have directly contradicted it »<sup>273</sup>

« Skepticism is very far from denial, the stubborn refusal to admit the truth in the face of overwhelming evidence for it. Statinators are deniers. Skeptics beg to be convinced but they are adepts of the philosophy of English-Austrian philosopher Karl Popper whose most famous saying is ‘Science is not to prove, but to disprove’. Healthy skepticism, especially if scientifically and rigorously argued is essential for the evolution of science and of conscience, because without the latter science will be ruinous »<sup>274</sup>

#### **Le réseau international des sceptiques du cholestérol** (Traduction libre du titre de l'association)

\* Leur porte-parole Uffe Ravnskov est danois, interniste, néphrologue, ancien professeur de l'Université de Copenhague, devenu chercheur indépendant. Il a obtenu une reconnaissance internationale pour ses recherches et de nombreuses études scientifiques, menant à la publication d'un livre déclarant que l'hypothèse lipidique largement popularisée est scientifiquement invalide. Sa pensée va dans le même sens que celle Michel de Lorgeril, cardiologue grenoblois

#### **THRUST, MAIN**

##### **idée principale; objet principal**

\* se dit d'un rapport, d'une présentation

#### **TORTURED AND MASSAGED DATA** *Comment lire*

“Unfounded assertions, tortured and massaged data, and egregious marketing has always been present but is now industrialized”<sup>275</sup>

##### **données triturées**

« Il y a toujours eu des allégations non fondées, des données triturées, et des promotions exagérées, mais elles ont maintenant pris des proportions industrielles »

#### **TRIAL CREDIT** *Rédacteurs en sous-main - Comment lire*

= list of authors (or ghosted authors for a sponsored trial) given credit for a clinical trial

\* the clinicians named as authors of a company-sponsored trial usually have participated by recruiting and following patients during the study, but can hardly have written the results of a mega-multipcenter trials when they don't even have access to the whole of the accumulated data (as stipulated in their research contract) and even less, have the expertise and time to analyse it properly

#### **TRIAL CREDITS** *Paternité d'article – Financement - Comment lire* **générique (d'un essai clinique); commanditaires / sponsors de l'essai**

---

<sup>273</sup> <http://www.thincls.org/>

<sup>274</sup> Paul v Nguyen, 2014

<sup>275</sup> Norton D Hadler. *Worried Sick*. Chapel Hill : University of North Carolina Press, 2008

N.d.T. analogie avec le *générique* d'un film, sauf que dans un film ce sont les vrais responsables de l'œuvre entière, alors que dans les essais commandités, le rôle du commanditaire est souvent occulté

**TROP SOIGNER REND MALADE** – (Livre) - *Surmédicalisation*

Jean-Pierre THIERRY et Claude RAMBO. Paris : Albin-Michel ; 2016 – 304 pages

« Comment expliquer qu'en dépit des progrès de la médecine, de l'incitation à réduire les graisses et les sucres dans l'alimentation et à pratiquer une activité physique, le nombre de diabètes de type 2 ait été multiplié par trois en vingt ans ? que 7 millions de Français prennent tous les jours des statines pour réduire leur taux de cholestérol ? que dès 35 ans un Français sur trois soit considéré comme hypertendu?... »

C'est très simple : il a suffi de déplacer un peu les curseurs, c'est-à-dire de baisser les seuils de dépistage. Il en va de même pour le cancer du sein ou de la prostate, ou même de l'obésité. Désormais, tout facteur de risque est traité comme une maladie. Les auteurs interrogent ici les effets pervers de ces surdiagnostics. Pour les patients : examens et traitements inutiles génèrent des effets secondaires et des complications...

Pour notre système de santé : des dépenses superflues quand nous avons tant besoin d'argent pour soigner les vrais malades et financer la recherche »

« Mieux vaut raisonner en valeur absolue qu'en risque relatif... Les manipulations statistiques ont permis un abaissement injustifié des seuils d'intervention (tension, glycémie, lipidémie, poids...<sup>276</sup>).. »

**COMPRENDRE LA PROMOTION PHARMACEUTIQUE ET Y RÉPONDRE : Un manuel pratique** – (Rapport traduit)

MINTZES, Barbara et coll. et OMS/AIS 2013, 181 pages, accès gratuit sur :

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre\\_la\\_promotion\\_pharmaceutique\\_et\\_y\\_repondre\\_-\\_un\\_manuel\\_pratique.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf)

« Ressource pédagogique précieuse pour faire face à l'influence promotionnelle des firmes »<sup>277</sup>

\* Devrait être une lecture obligatoire en FMI ou en FMC

**UN VRAI-FAUX MIRACLE** – (Chapitre de livre)

Anne-Laure BARRET. Pages 249-301, In : **OMERTA DANS LES LABOS PHARMACEUTIQUES : Confessions d'un médecin**. Bernard DALBERGUE. Paris : Flammarion / Enquête; 2014 – 304 pages – ISBN-10 : 2081312646 - ISBN-13: 978-2081312647

\* La journaliste Anne-Laure Barret montre comment le vaccin Gardasil™ a été recommandé à la population contre l'avis de nombreux spécialistes

« Vignette clinique : Le calvaire d'Océane Bourguignon de Bordeaux : À 15 ans, 15 jours après la première piqûre administrée de Gardasil™ le 11.10.2010, Océane ressent des fourmillements bizarre dans les bras... Seconde injection le 13.12.2010. Février et mars 2011, 2 attaques de vomissements, vertiges, état comateux puis paralysie des membres... »

Elle atterrit sur un lit d'hôpital, les spécialistes hésitent entre sclérose en plaques ou encéphalomyélite aiguë disséminée, l'équipe médicale suggère un lien avec le Gardasil™...

Après une autre hospitalisation, de lourds traitements et une éprouvante rééducation, Océane demeure clouée dans un fauteuil roulant. En juin 2011 il faut reprendre le chemin de l'hôpital, une nouvelle attaque, la jeune fille ne voit plus, n'entend plus, ne marche plus. Elle se rétablit partiellement à l'été 2012, plus de fauteuil roulant mais toujours une sensation d'épuisement et un lourd traitement...

<sup>276</sup> Prescrire 2017 ; 37(403) : 386

<sup>277</sup> Prescrire 2014 ; 34(370) : 637

Le père demande indemnisation et pour la première fois en France la *Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux* reconnaît en septembre 2013 un lien de causalité entre le vaccin et la survenue d'une réaction inflammatoire aiguë »

« Le vaccin sauve moins de vies que l'organisation du dépistage... Le pharmacologue Bernard Bégaud de Bordeaux déplore les campagnes vaccinales qui partent sur de mauvaises base... Merck a mis au point d'un nouveau vaccin ciblant neuf virus du papillome humain au lieu de quatre pour le Gardasil™, preuve par l'absurde que son produit initial n'était pas efficace à 100%... »

***UNDER THE INFLUENCE: The Interplay Among Industry, Publishing, And Drug Regulation – (Article)***

Cosgrove L et al. *Accountability in Research* 2016; 23(5) : 257-279<sup>278</sup> - DOI : 10.1080/08989621.2016.1153971

*Réglementation – Orchestration dissimulée – COI – AMM – Essais – Médecine pseudo-factuelle*

« The relationships among academe, publishing, and industry can facilitate commercial bias in how drug efficacy and safety data are obtained, interpreted, and presented to regulatory bodies and prescribers. Through a critique of published and unpublished trials submitted to the FDA and the EMA for approval of a new antidepressant, vortioxetine, we present a case study of the “ghost management” of the information delivery process...

We argue that currently accepted practices undermine regulatory safeguards aimed at protecting the public from **unsafe** or **ineffective** medicines. The *economies of influence* that may intentionally and unintentionally produce *evidence-biased*—rather than evidence-based—medicine are identified. This is not a simple story of author financial COI, but rather a complex tale of ghost management of the entire process of bringing a drug to market...

This case study shows how weak regulatory policies allow for design choices and reporting strategies that can make marginal products look novel, more effective, and safer than they are, and how the selective and imbalanced reporting of clinical trial data in medical journals results in the marketing of expensive “me-too” drugs with questionable risk/benefit profiles. We offer solutions for neutralizing these economies of influence »

***UNIVERSITIES IN THE MARKETPLACE : The Commercialization of Higher Education (USA) – Privatisation universitaire***

BOK, Derek. Princeton NJ : Princeton University Press; 2004

« Is everything in a university for sale if the price is right ? A comprehensive book at the growing commercialization of our academic institutions (USA)... Commercialization has many causes [such as] the recent, rapid growth of money-making opportunities in a knowledge-based economy [where] enterprising professors can turn specialized knowledge into profit... Universities are jeopardizing their fundamental mission in their eagerness to make money by agreeing to more and more compromises with basic academic values »<sup>279</sup>

*Universités sur le marché : La commercialisation de l'éducation supérieure* (Traduction libre)

***UNSAFE DRUGS WERE PRESCRIBED MORE THAN ONE HUNDRED MILLION TIMES IN THE U.S. BEFORE BEING RECALLED (USA)***

SALUJA et al. *Int J Health Serv* 2016; 46(3): 523-530 - DOI : 10.1177/0020731416654662

*Autorisations accélérées – Retraits tardifs – Laxité réglementaire*

« For some drugs, safety concerns are only discovered after they have been on the market, sometimes for several years. The FDA has adopted several policies that could increase the likelihood of *approving a potentially unsafe medication*. We attempted to quantify the number of exposures in the USA to drugs that were newly approved but later *withdrawn* from the market.

<sup>278</sup> <http://dx.doi.org/10.1080/08989621.2016.1153971>

<sup>279</sup> <http://press.princeton.edu/titles/7484.html>

We obtained a list of all drugs approved and subsequently withdrawn from the U.S. market due to safety concerns between 1993 and 2010. Using a representative sample of outpatient physician office visits in the *National Ambulatory Medical Care Survey*, we estimated the number of visits in the USA at which these unsafe drugs were prescribed. 17 drugs were approved and later withdrawn during this 18-year period and were prescribed at 112 million physician office visits in the USA...

9 of these drugs were prescribed more than 1 million times before their market withdrawal. New drugs that are later withdrawn due to being unsafe are frequently prescribed in the USA. To minimize the negative health consequences of prescribing potentially unsafe medications, we should reconsider some of the FDA policies that encourage the *rapid approval and dissemination* of new drugs »<sup>280</sup>

**des médicaments non sécuritaires furent prescrits plus d'un million de fois aux É-U avant d'être retirés**

#### **USER HOSTILE LABELING** *Comment lire*

##### **monographie / résumé des caractéristique / étiquetage non convivial**

\* se dit des monographies contenues dans les compendias pharmaceutiques nationaux tels que le CPS (CA), le Vidal (FR), le PDR (É-U)

**WHISTLEBLOWER DAVID GRAHAM AT FDA (USA)** *Lanceur d'alerte intra-muros : on peut se fier sur ses écrits – Qui croire*  
« Graham has a long-standing reputation as a FDA whistleblower, who has testified at Congressional hearings investigating the marketing of Merck's arthritis pain drug Vioxx™ (rofecoxib), withdrawn after it was linked to heart attacks, and the diabetes drug Avandia™ (rosiglitazone), a GlaxoSmithKline drug, which was linked to increased risk of heart attacks<sup>281</sup> »

##### **le lanceur d'alerte David Graham à la FDA**

« Quand David Graham démontre les effets délétères du Vioxx, l'un de ses supérieurs hiérarchiques l'accusa d'inconduite scientifique alors qu'il savait que cette accusation ne tenait pas la route<sup>282</sup> »

**WHITAKER, Robert. ANATOMY OF AN EPIDEMIC : Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and The Astonishing Rise of Mental Illness In America (USA)** New-York : Crown / Random House ; 2010 - 404 pages - Reviewed by Marcia Angell<sup>283</sup>  
*Lecture recommandée en psycho-pharmacologie*

\* Winner of 2010 *Investigative Reporters and Editors* award - « An enthralling and frighteningly persuasive book . . . one whose astonishing intellectual punch is delivered with the gripping vitality of a novel » writes the *New Scientist*<sup>284</sup> - Since its publication, an increasing number of psychiatric researchers have come to agree with his conclusions

« This eye-opening investigation of the pharmaceutical industry and its relationship with the medical system lays out troubling evidence that the very medications prescribed for mental illness may, in increasing measure, be part of the problem. Whitaker marshals evidence to suggest medications 'increase the risk that a person will become disabled' permanently by disorders such as depression, bipolar illness and schizophrenia...

This book provides an in-depth exploration of medical studies and science and intersperses compelling anecdotal examples. In the end, Whitaker punches holes in the conventional wisdom of treatment of mental illness with drugs »<sup>285</sup>

##### **Anatomie d'une épidémie** (Traduction libre)

\* Traité de la maladie mentale aux États-Unis et de l'idéologie de sa médicalisation et de sa médication à outrance. Son message rejoint ceux de Philippe Pignarre (*Comment la dépression est devenue une épidémie*, 2001), de David Healy, de Peter Gøtzsche...

<sup>280</sup> Saluga et al. *Int J Health Serv* 2016 - <http://m.joh.sagepub.com/content/early/2016/06/10/0020731416654662.abstract> - doi: 10.1177/0020731416654662

<sup>281</sup> [medpagetoday.com](http://medpagetoday.com)

<sup>282</sup> Peter Gøtzsche. *Prescribe* 2013 ; 33(355) : 392

<sup>283</sup> <http://www.nybooks.com/articles/2011/06/23/epidemic-mental-illness-why/>

<sup>284</sup> <http://robertwhitaker.org/robertwhitaker.org/Anatomy%20of%20an%20Epidemic.html>

<sup>285</sup> <http://ifyouregoingthroughhellkeepgoing.blogspot.ca/2011/04/ire-award-winner-robert-whittaker.html>

**WHO CARES ? THE LOST LEGACY OF ARCHIE COCHRANE** – (Article) *Dévoiement de la médecine factuelle*

ASKHEIM , SANDSET T, ENGBRETSEN E. *Med Humanit* 15.9.2016 ; 0 : 1<sup>286</sup>

« Through a close reading of Cochrane's book *Effectiveness and Efficiency* we show that the principal aim of modern EBM, namely to warrant clinical decisions based on evidence drawn from RCTs, is *not* part of Cochrane's original project. He had more modest ambitions for what RCTs can accomplish, and, more importantly, he was more concerned with *care* and *equality* than are his followers in the EBM movement...»

Cochrane used the word *effective* to the results obtained when a therapy is applied in routine clinical practice in a defined community, as opposed to research results... He saw trials as a means to disclose ineffective treatments (sic)... He pointed to the *overvaluing* of effectiveness from RCTs relation to the *undervaluing* of care... He did not expect that *scientification* of medicine would exclude *care* from the science of medicine... *Care* is an object of medical epistemology...

Cochrane described five aspects of medicine : (a) prevention, (b) cure (e.g. surgery), (c) palliation, (d) care, compassion, respect of values, (e) equality, access »

**Peu importe ! L'héritage perdu de Archie Cochrane** – (Traduction libre)

\* Cochrane croyait que la décision clinique relevait de la science clinique, de l'habileté clinique et du respect des valeurs du patient ; il souligna l'amoindrissement de effectivité sur le terrain par rapport à celle en conditions expérimentales (d'où il faut augmenter l'amplitude des NNT rapportés en cours d'essais) et les couts (*efficience*, terme de pharmacoéconomie) souvent sources d'inéquité

\* La Collaboration Cochrane, même si elle fait des synthèses méthodiques de haut niveau, trahit en quelque sorte l'héritage épistémologique de Cochrane en sacralisant l'ECC sans tenir compte des faiblesses inhérentes de sa pertinence sur le terrain, de l'oubli des préférences des patients ou bien portants, et des couts directs et indirects qui mènent à l'inégalité dans l'accès aux traitements. **Le congédierement brutal injustifié de Peter Gøtzsche fin 2018 va réduire sa rigueur scientifique**, la lecture n'est plus recommandable

**WHO FINGERED FOR MULLING CLOSER TIES**

*Pharma-co-dépendance des institutions publiques*

**WHY MOST PUBLISHED RESEARCH FINDINGS ARE FALSE** – (Article phare d'importance historique en documentation scientifique)

IOANNIDIS, John PA. *PLoS Med* 2005; 2(8): e124<sup>287</sup> - doi:10.1371/journal.pmed.0020124

\* The most-downloaded article in the history of the Public Library of Science and has been described by the Boston Globe as an instant cult classic. A landmark paper

« Most scientific studies are wrong, and they are wrong because scientists are interested in funding and careers rather than truth. John Ioannidis' report 'Why most published research findings are false' is the most cited paper in *PLOS Medicine* and has contributed to him being profiled in the *New York Times* and becoming famous »<sup>288</sup>

« The paper has been viewed more than 2.5 M times (2018). Since then, Dr. Ioannidis has gone on to show that the best scientists don't always get funded, why neuroscience is unreliable, why most clinical research is useless, and that most economics studies are exaggerated. There has been something of a crisis in science. It has become apparent that an alarming number of published results cannot be reproduced by other people. That is what caused John Ioannidis to write his now famous

<sup>286</sup> <http://mh.bmjjournals.org/content/early/2016/10/06/medhum-2016-011037.abstract>

<sup>287</sup> <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0020124>

<sup>288</sup> Richard Smith. <http://blogs.bmjjournals.org/bmjjournals/2013/09/09/richard-smith-time-for-science-to-be-about-truth-rather-than-careers/>

paper<sup>289</sup> »

« There is increasing concern that most current published research findings are false. The probability that a research claim is true may depend on study power and bias, the number of other studies on the same question, and, importantly, the ratio of true to no relationships among the relationships probed in each scientific field...»

In this framework, a research finding is less likely to be true when the studies conducted in a field are smaller; when effect sizes are smaller; when there is a greater number and lesser preselection of tested relationships; where there is greater flexibility in designs, definitions, outcomes, and analytical modes; when there is greater financial and other interest and prejudice; and when more teams are involved in a scientific field in chase of statistical significance...

Simulations show that for most study designs and settings, it is more likely for a research claim to be false than true. Moreover, for many current scientific fields, claimed research findings may often be simply accurate measures of the prevailing bias »

**Pourquoi la plupart des résultats scientifiques sont faux** (Traduction libre)

\* L'article le plus téléchargé de *PLoS Medicine* depuis sa création, un classique du genre, ayant dépassé 2,5 M de lectures fin 2018. L'auteur conclut que si la majorité des résultats publiés dans les revues savantes biomédicales sont faux c'est que les chercheurs sont plus motivés par le financement par les entreprises ou le succès professionnel que par la recherche de la vérité. Ce que les industries de santé exploitent à fond avec la connivence des médecins meneurs d'opinion

**WORST PILLS, BEST PILLS : A Consumer's Guide to Avoiding Drug-Induced Death or Illness ; WPPB (USA) – (Livre et bulletins payants)**

Health Research Group / Public Citizen (HRG / PC)

[http://www.worstpills.org/includes/page.cfm?op\\_id=65](http://www.worstpills.org/includes/page.cfm?op_id=65)

**Subscription recommended (only \$15)**

« An expert, independent second opinion on more than 1,800 prescription drugs, over-the-counter medications, and supplements »

« At *Public Citizen*, we fight Big Pharma's attempts to put its profits above patient safety by pushing dangerous or ineffective drugs. We continue building momentum for single-payer, Medicare-for-All health care — to end the national disgrace that sees millions of our fellow Americans suffer and millions more die because they can't afford the insane and immoral costs demanded by the private, for-profit insurance regime...»

We investigate improper practices by medical researchers who lose sight of their duty to protect the most vulnerable among us. If the *Public Citizen* mindset were to prevail, research would be carried out with absolute honesty and transparency. Here are some other things that are part of our mindset and, more to the point, the work we do day in and day out:

- a) Health care is a right, period
- b) Doctors should make decisions based solely on what's best for their patients, not what boosts some insurance or pharmaceutical company's bottom line
- c) All medicines should be safe, effective and affordable »<sup>290</sup>

« *Worst Pills, Best Pills* was first published in 1988, with subsequent editions in 1993, 1999 and, most recently, in 2005. Total sales of the book, for all editions combined, have amounted to more than 2.2 M copies. The underlying principle of the book, of our monthly publication (*Worst Pills, Best Pills News*) and our website (*WorstPills.org*) is that new (or old) drugs that offer no unique benefit but have unique risks should not be prescribed...»

---

<sup>289</sup> <https://www.acsh.org/news/2018/08/24/john-ioannidis-aims-his-bazooka-nutrition-science-13357>

<sup>290</sup> Robert Weissman, president, 2015

We therefore describe such drugs as *Do Not Use*. Fortunately, as the book and newsletter titles imply, there are always alternatives for these *Do Not Use* drugs or “*Worst Pills*” — usually older and safer drugs »

« Following the publication of the first editions of our best-selling book, *Worst Pills, Best Pills*, in 1988 readers began to ask us for more frequent updates to such information. Our response was to start publishing *Worst Pills, Best Pills News* in 1995, now in its 20th year, followed by the launch of *WorstPills.org* in 2003 »<sup>291</sup>

\* Yearly subscription is only \$15 (2017). By a non-profit group that advocates for health, safety and democracy, the most influential one in the USA. Takes no money from industry or government. Printed and electronic, critically analysing new drugs from the consumer point of view and closely watching the FDA

« For my own work, which focuses on overmedication of the elderly, I have found that the worstpills.org database of drug information is one of the best formats around »<sup>292</sup>

**Des meilleures aux pires pilules : Un guide pour éviter la maladie ou la mort par iatrogénie médicamenteuse** (Traduction libre)  
\* C'est le volet médicamenteux du *Health Research Group* de *Public Citizen*. Le Groupe de recherche sur la santé de cette association de consommateurs prend leur défense avec, entre autres, des interventions auprès de la FDA. Sous la direction magistrale de son fondateur Sidney Wolfe pendant 42 ans, jusqu'en février 2014. C'est le meilleur du genre aux É-U et y est le seul membre de l'ISDB. La souscription annuelle de seulement 15\$ vaut son pesant d'or

**WORST PILLS BEST PILLS NEWS ; WPBP NEWS (USA)** (Bulletin pharmacothérapeutique indépendant)

Health Research Group / Public Citizen (HRG / PC)

\* monthly newsletter with a circulation of over 180,000<sup>293</sup>

\* Full member of the *International Society of Drug Bulletins* (ISDB)

« Published monthly, WPBP News provides the latest information about prescription and over-the-counter drugs. This newsletter informs readers as to how they can protect themselves from drugs on the market without proper warning labels, discusses which drugs consumers should avoid, and warns consumers about potentially dangerous drug interactions...

You can't always rely on your doctor or pharmacist to be up-to-date on the risks and benefits of every drug you take. Knowledge is power and WPBP News gives you the power to take better control over decisions that affect your health »

**WPBP RULES FOR SAFER DRUG USE** (Comment rendre la pharmacothérapie plus sécuritaire)

[http://www.worstpills.org/public/page.cfm?op\\_id=48](http://www.worstpills.org/public/page.cfm?op_id=48)

- a) Brown Bag Session with primary doctor
- b) Drug really needed ?
- c) Low starting dose in elderly
- d) When adding new drug, check if another may be discontinued
- e) Stopping a drug as important as starting
- f) Record any ADR in patient's file
- g) Check if any new symptom may be an ADR
- h) Make sure instructions are clear and understood
- i) Discard old drugs since comedication and comorbidity change over time
- j) Ask primary doctor to coordinate care and drugs prescribed by specialists

---

<sup>291</sup> Sidney Wolfe, farewell message in February 2014

<sup>292</sup> Johanna Trimble, 2013

<sup>293</sup> Site <http://www.citizenarchive.org/hrg/worstpills/newsletter/>

**YOUNG, Terence H. DEATH BY PRESCRIPTION : A father takes on his daughter's killer, the multi-billion-dollar pharmaceutical industry (CA) Quoi lire**

Toronto : Key Porter Books; 2009 - 374 pages

TN : Author was a Canadian federal Conservative Member of Parliament at the time of the drama

"In *Death by Prescription*, Terence Young puts the complexities of how profit in Big Pharma corrupts medical training, medical care, government regulation (and lack thereof) and makes it nearly impossible, even for truly, well-meaning health care providers, to be sufficiently informed to make safe choices<sup>294</sup>" « The best book published in English in 2009 in pharmacovigilance »

Epilogue : thanks to the tenacity of Terence Young, the Canadian parliament passed the C-17 bill short-titled *Protecting Canadian from Unsafe Drugs Act* (Vanessa's Law), obtaining Royal Assent on 6.11.2014<sup>295</sup> - Time will tell whether implementation will follow and replace lip-service. Only in 2019 are there signs that the bill will be translated into regulations and implemented

**MOURIR SUR ORDONNANCE : Un père enquête sur l'industrie pharmaceutique** – (Livre traduit)

YOUNG, Terence H. Montréal : Écosociété; 2011 - 352 pages – Très bien traduit par Françoise Forest et Geneviève Boulanger - Préface de Jean-Claude St-Onge, auteur de *l'Envers de la pilule* - Distribution en France et Belgique: DG Diffusion, dg@dgdiffusion.com – Diffusion en Suisse : Servidis S.A. : commandes@servidis.ch

*Lecture recommandée en pharmacovigilance canadienne*

\* Ce député fédéral canadien a vécu le pire cauchemar de tout parent : sa fille Vanessa est morte subitement sous ses yeux. L'ouvrage est digne du meilleur journalisme d'enquête. Se lit comme un roman, sauf que tout est vrai - « Le meilleur livre publié en français en 2011 sur la pharmacovigilance »

« Ceux qui croient que notre pays (CA) s'en tire mieux [ que les É.-U. ] déchanteront en lisant *Mourir sur ordonnance* écrit par le député fédéral Conservateur Terence Young. Ce dernier a perdu sa fille à cause des effets secondaires d'un médicament contre le reflux gastrique. Grâce à l'enquête détaillée qu'il a menée, on découvre que le système canadien de pharmacovigilance est encore pire que celui de nos voisins du Sud. Notre système de gestion des risques des médicaments est scandaleux... »

En janvier [ 2011 ], Santé Canada a tenu des audiences en vue d'améliorer [sic] la façon de réglementer les médicaments. Au nom de la modernisation, et sous la pression des firmes, le ministère a proposé de relâcher les exigences en matière de sécurité avant la mise sur le marché d'un nouveau médicament. Adieu principe de précaution! On accélère la mise sur le marché en espérant qu'il ne s'avérera pas dangereux...

Le député Terence Young était présent et a pris la parole. Il a qualifié le processus de 'sinistre farce' et a quitté la salle avec toute la dignité d'un père qui se bat pour que sa fille ne soit pas morte en vain »<sup>296</sup> déclare le professeur de politiques publiques Marc-André Gagnon (Université Carleton, Ottawa, ON) qui est aussi chercheur pour le *Centre d'éthique de l'Université Harvard* et le *Consortium de recherche en politiques pharmaceutiques*

« Fin 2004, Janssen-Cilag retire mondialement le Prepulsid™ mis en cause depuis > 10 ans dans des troubles graves du rythme cardiaque, parfois à l'origine de décès »<sup>297</sup> - 10 ans trop tard, 4 ans après le décès de Vanessa

\* La persévérance de Terence Young a mené à l'adoption du projet de loi C-17, dite *Loi de Vanessa*, par le parlement canadien

<sup>294</sup> Peggy Kleinplatz (Ottawa)

<sup>295</sup> <http://www.parl.gc.ca/LegisInfo/BillDetails.aspx?Mode=1&billId=6365510&Language=E>

<sup>296</sup> Marc-André Gagnon. Site <http://www.protegez-vous.ca/sante-et-alimentation/mourir-sur-ordonnance.html>, Août 2011

<sup>297</sup> *Prescrire* 2007 ; 27(289) : 816

(Chambre des communes) le 16.6.2014, et la sanction royale fut accordée le 6.11.2014 à la *Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses*<sup>298</sup> mais ne fut pas appliquée dans l'immédiat. En 2019 les autorités sentent la pression et s'engagent à commencer à l'appliquer, on verra bien...

---

<sup>298</sup> <http://www.parl.gc.ca/LegisInfo/BillDetails.aspx?Mode=1&billId=6365510&Language=F>