

Fabriquer des maladies pour vendre des médicaments

● La première conférence internationale sur la “fabrication de maladies pour vendre des médicaments” par les firmes pharmaceutiques (“disease mongering”) s’est tenue en Australie en avril 2006.

● Il existe de nombreux moyens pour les firmes de fabriquer des maladies : redéfinir des vicissitudes de l’existence comme autant de pathologies, requalifier des troubles bénins en maladies graves, utiliser un mode d’action hypothétique pour faire concorder des médicaments avec un trouble précis, exagérer la prévalence des troubles en abaissant les “normales”, etc.

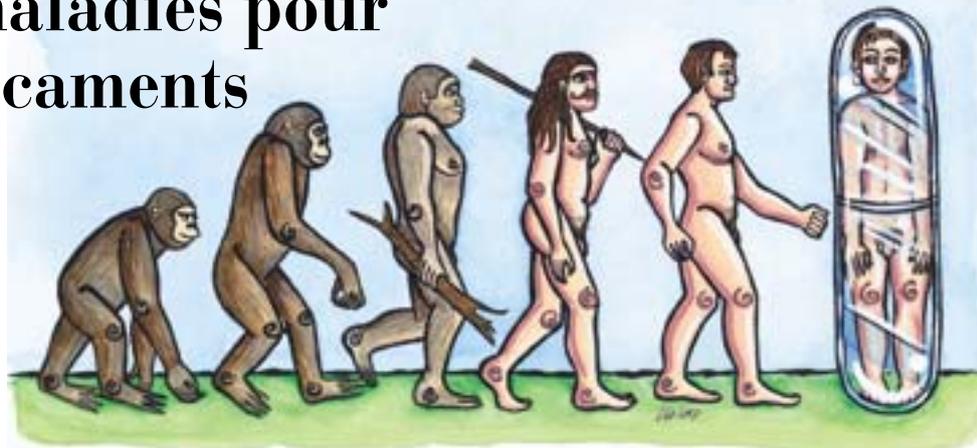
● Le psychisme se prête particulièrement bien à la fabrication de maladies, comme le montre par exemple l’apparition récente de médicaments “régulateurs de l’humeur”. La peine ou la douleur consécutives à des aléas de l’existence humaine sont de plus en plus considérées comme “anormales” et justiciables d’un traitement antidépresseur.

● La sexualité est aussi un domaine où des médicaments sont présentés comme permettant d’atteindre ou de retrouver une “normalité”.

● Le syndrome des jambes sans repos englobe des personnes dont la gêne réelle est extrêmement différente.

● Les firmes pharmaceutiques ont intérêt à ce que tout dans la vie soit considéré comme “pathologique”. Mais en fait, il n’y a pas à rechercher de réponses médicamenteuses à tout.

C’est la journaliste étatsunienne Lynn Payer qui a inventé l’expression “disease mongering”, alias “fabrication de maladies pour vendre des médicaments”, dans un livre publié en 1992. Elle nommait ainsi divers moyens de « convaincre des personnes fondamentalement bien portantes qu’elles sont malades, ou des personnes souffrant de troubles bénins qu’elles sont en très mauvaise santé », dans le but de vendre un produit ou un service. Malheureusement, cette pratique s’est répandue depuis la publication de cet ouvrage.



Toujours en quête de croissance, les firmes pharmaceutiques rivalisent d’ingéniosité pour élargir leurs marchés au plus grand nombre de personnes solvables possible. Parmi les tendances lourdes observées aujourd’hui, on remarque la volonté des firmes de promouvoir directement leurs médicaments auprès des patients (en court-circuitant les professionnels de santé, trop critiques), et d’élargir toujours plus les limites de ce qui est considéré comme pathologique, et donc susceptible d’un traitement médicamenteux, de préférence chronique.

Pour la première fois en 2006, un congrès international a été consacré à cette dernière dérive des firmes, la “fabrication de maladies” pour vendre des médicaments. Barbara Mintzes, épidémiologiste et chercheur en politique de santé au Canada, intervenait dans ce congrès sur les liens entre la publicité grand public et la fabrication des maladies. Elle résume ici certaines des interventions marquantes de ce congrès (a).

Fabrication de maladies, promotion pharmaceutique et santé publique

De plus en plus, au lieu de mettre au point des médicaments contre des maladies, on fabrique des troubles et des maladies pour développer un marché pour des médicaments.

Une conférence internationale. La première conférence internationale sur la “fabrication de maladies à des fins commerciales”, qui s’est tenue à Newcastle en Australie en avril 2006, avait pour thème les conséquences sur la santé humaine de la fabrication de maladies par les firmes pharmaceutiques. Cette conférence était organisée par David Henry, professeur de pharmacologie clinique à l’Université de Newcastle et Ray Moynihan, journaliste et co-auteur de l’ouvrage intitulé “Selling Sickness”, “Maladies à vendre” (Nation Books, New York, 2005). Ces deux spécialistes ont par ailleurs coordonné la publication d’un numéro spécial de la revue *PLoS Medicine* (en libre accès sur le site <http://medicine.plosjournals.org>), qui reprend les principales interventions de cette conférence.

« Tout bien portant est un malade qui s’ignore ». Pour les firmes, il existe de nombreux moyens de fabriquer des maladies : on peut considérer des périodes normales de la vie, telles que la ménopause, comme étant des maladies qui nécessitent des traitements médicamenteux ; on peut considérer des problèmes souvent bénins, tels que le syndrome du côlon irritable, comme étant des maladies graves ; on peut encore considérer des facteurs de risque de morbidité, tels que l’hypercholestérolémie et la faible densité osseuse, comme étant des états pathologiques. On peut également faire croire que la quasi-totalité de la population a besoin d’un traitement, en gonflant les estimations de taux de prévalence. C’est ainsi par exemple que, sur son site internet, la firme Pfizer affirme, sans citer de référence, que « la moitié des hommes âgés de plus de 40 ans » souffrent de dysfonction érectile. ▶▶

a- La traduction en français, le titre, le résumé, les intertitres, les notes et les références sont de la Rédaction de la revue *Prescrire*. Le texte original a été publié en anglais dans la Newsletter de l’International Society of Drug Bulletins (réf. 1).

POSITION

Médicaliser les vicissitudes de l'existence

David Healy, psychiatre à l'Université de Cardiff (pays de Galles), a analysé l'intérêt qui s'est subitement manifesté pour les troubles bipolaires après qu'Abbott ait commercialisé le *divalproate de sodium* (Dépakote[®]) comme traitement des épisodes maniaques en 1995. Il a également mentionné l'apparition soudaine de l'expression "régulateur de l'humeur" pour décrire l'action de médicaments considérés autrefois comme étant des sédatifs, ce qui revient à utiliser un mode d'action hypothétique pour faire concorder des médicaments avec un trouble précis. Il a montré comment des neuroleptiques comme l'*olanzapine* (Zyprexa[®]), indiqués dans les épisodes maniaques, sont de plus en plus souvent décrits comme des "régulateurs de l'humeur". Pour illustrer la façon dont les diagnostics de dépression commencent à céder la place à ceux de trouble bipolaire, David Healy a montré une publicité grand public diffusée aux États-Unis par Eli Lilly, qui commercialise l'*olanzapine*. On y voit une jeune femme dynamique qui fait du "shopping" et danse dans une boîte de nuit, puis qui est triste. La publicité suggère que, puisque cette jeune femme consulte son médecin lorsqu'elle ne se sent pas bien, celui-ci risque de diagnostiquer par erreur une dépression alors qu'"en réalité" elle est atteinte de trouble bipolaire.

En 1980, le taux d'incidence du trouble bipolaire cité dans le DSM III était de 0,1 %. Certains considèrent aujourd'hui que ce trouble est beaucoup plus répandu. Il est diagnostiqué de plus en plus aux États-Unis chez de jeunes enfants, y compris d'âge préscolaire, que l'on traite avec des neuroleptiques, en dehors des indications officielles.

Normaliser la sexualité pour les besoins du marché

Leonore Tiefer, sexothérapeute et enseignante à la faculté de médecine de l'Université de New York, a décrit les tentatives d'exploitation commerciale du "dysfonctionnement sexuel féminin" et montré comment ces tentatives ont pu être contrecarrées.

Conception biologique de la sexualité. Dans les années 1970 et 1980, les recherches sur la

sexualité dans les domaines de la médecine et de la psychologie portaient du principe que les expériences sexuelles obéissaient à une norme universelle évolutive. Cela a permis de définir des dysfonctionnements sexuels et a entraîné une vision mécanique de la sexualité, sur laquelle repose en grande partie le succès du lancement du *sildénafil* (Viagra[®]) en 1998.

Leonore Tiefer a cependant attiré l'attention sur le fait que cette vision, qui considère que les problèmes sexuels ont un caractère individuel et biologique, ne répond pas seulement à des intérêts financiers. Le recours à la biologie est intéressant d'un point de vue psychologique car il confère une aura de progrès scientifique ; il libère des sentiments de responsabilité, de culpabilité et de honte ; il promet des solutions simples et rapides ; il permet d'éviter des conflits avec le partenaire sexuel ; et enfin il évite la gêne que peut provoquer l'évocation d'expériences et de sentiments personnels d'ordre sexuel.

"Impuissance" féminine ? En 2003, Ray Moynihan a publié un article dans le *British Medical Journal* (326 : 45-47) sur la fabrication de la "maladie" du dysfonctionnement sexuel féminin. Il a démontré comment ont été utilisés des conférences de consensus et des leaders d'opinion pour "vendre" ce nouveau trouble. Il a montré le rôle important du journalisme d'investigation pour mettre à jour le financement de cette campagne par des firmes. Par la suite, les essais avec le *sildénafil* que Pfizer a réalisés sur des femmes n'ont pas été probants. Et en 2004, l'Agence étatsunienne du médicament (Food and Drug Administration, FDA) n'a pas autorisé la firme Procter et Gamble à mettre sur le marché le patch à la *testostérone* (Intrinsa[®]) pour traiter la "libido hypoactive" de certaines femmes, car son efficacité n'était pas démontrée de façon convaincante et parce qu'on manquait de données à long terme sur ses effets indésirables (b).

Réaction citoyenne. Un des facteurs qui ont mené à ce rejet est la "Campagne pour une vision nouvelle des problèmes sexuels de la femme". Cette campagne a été menée avec succès par une petite association de militants qui propose une nouvelle approche des troubles sexuels féminins, préconise un modèle de sexualité plus humaniste et dénonce les contrevérités de la campagne marketing de la firme Pfizer. Comme toutes les victoires, celle-ci n'est que partielle, et les efforts dans ce domaine se poursuivent, car de

plus en plus de médicaments à base de *testostérone* sont prescrits à des femmes en dehors des indications officielles.

Le cas du syndrome des jambes sans repos

Le "syndrome des jambes sans repos" se caractérise par quatre symptômes : un besoin impérieux de bouger les jambes causé par une sensation désagréable ; une apparition ou une aggravation des symptômes au repos ; un soulagement partiel ou total grâce à des mouvements ; enfin des troubles qui perturbent le sommeil. Comme de nombreuses affections dont la définition est vague, sa sévérité peut varier : elle peut aller de manifestations quotidiennes que les personnes ne jugent même pas gênantes, à des formes sévères qui affectent une petite minorité de patients (c).

Steve Woloshin et Lisa Schwartz, de la faculté de médecine de Dartmouth (États-Unis d'Amérique), ont étudié la manière dont le "syndrome des jambes sans repos" a été présenté dans les médias depuis 2003. Leur étude a porté sur la période comprise entre 2003, date à laquelle la firme GSK a déposé à la FDA des États-Unis une demande d'autorisation de mise sur le marché pour une indication officielle du *ropinirole* (Adartrel[®]) pour traiter ce syndrome, et 2005, date où cette autorisation a été accordée. Ces auteurs ont examiné si les journalistes exprimaient le moindre doute quant à la définition de la maladie, aux estimations des taux de prévalence retenus, aux types de patients choisis pour illustrer ce problème, et aux informations sur les bénéfices et les risques de ce médicament.

Le rôle des journalistes grand public. Steve Woloshin et Lisa Schwartz ont identifié 33 articles consacrés au syndrome des jambes sans repos dans les bases de données de grands journaux étatsuniens publiés entre 2003 et 2005. Quinze d'entre eux mentionnaient le *ropinirole*. Un seul exprimait des doutes sur la définition de cette maladie ; les deux tiers citaient, sans examen critique, l'estimation d'un taux de prévalence de 10 % tirée d'une étude peu fiable menée dans l'État du Kentucky. La plupart décrivaient également le cas d'une personne se plaignant d'une souffrance extrême. La moitié environ évoquaient la nécessité de rechercher plus souvent ce diagnostic, soit parce que les médecins ne se rendent pas compte du problème en question, soit



parce que les patients ne savent pas qu'ils souffrent d'une "maladie".

La présentation de taux de prévalence exagérés, la mise en avant de maux dus à des maladies non unanimement reconnues, et le fait de rapporter uniquement des cas particuliers illustrant des situations extrêmes sont des traits classiques de la fabrication de maladies.

Steve Woloshin a fait observer que les articles de presse transmettent beaucoup plus efficacement que les publicités des messages positifs sur la nécessité des médicaments et sur leurs effets, car les lecteurs lisent généralement avec un œil moins critique les informations parues dans la presse.

Remède miracle... Par ailleurs, la plupart des articles étudiés ne donnaient aucune information quantitative sur les bénéfices probables du médicament, et un tiers environ parlaient de "remède miracle". Or les essais cliniques dressent un bilan bien différent de ce médicament : ils révèlent que ce médicament a apporté une amélioration d'au moins 6 points d'un critère prédéfini chez 73 % des patients contre 57 % sous placebo, soit une différence de 16 %. En revanche, le pourcentage de patients chez qui le médicament a provoqué des nausées dépasse de 32 % la fréquence de cet effet indésirable chez les patients sous placebo (40 % contre 8 %). Conclusion ironique de Steve Woloshin : « *si vous voulez avoir des troubles digestifs, prenez du ropinirole. Si vos jambes bougent involontairement et que la marche ne vous soulage pas, prenez un placebo* ».

Dépression et bonheur obligatoire

Melissa Raven, de l'université de Flinders (Australie), a réalisé une analyse critique des principaux arguments sur lesquels s'appuient ceux qui affirment que 15 % des personnes qui souffrent de dépression se donnent la mort, et a révélé que ce pourcentage concernait en fait des patients hospitalisés souffrant de dépression grave.

Calculs contestables. Elle a également étudié l'allégation selon laquelle la dépression serait l'une des principales causes d'invalidité dans le monde. Elle a montré que cette allégation repose sur des statistiques sanitaires publiées en 1996 par l'Organisation mondiale de la santé qui, à l'origine, ne donnait pas d'informations sur la méthode employée. En fait, dans

cette analyse, les coefficients de pondération attribués à l'invalidité dans le cas de la dépression unipolaire majeure étaient analogues à ceux attribués à la paraplégie ou à la cécité, soit 0,76 sur une échelle comprise entre 0 et 1, avec 0 correspondant à l'absence d'invalidité et 1 au décès. De plus, Melissa Raven a critiqué la façon dont la durée a été modélisée. Cette analyse met en évidence la nécessité de présenter avec transparence les hypothèses à tester et les méthodes employées pour modéliser les statistiques de morbidité.

Cancer : facteur de dépression ? Agnès Vitry, de l'Université d'Australie du sud, a décrit comment le cancer a été conceptualisé pour en faire un facteur de risque de la dépression. En Australie, on dit aux femmes atteintes d'un cancer du sein qu'il est normal de se sentir déprimée et que « 40 % à 50 % des patientes ayant un cancer du sein souffrent de dépression ». Le plus souvent, on leur propose comme solution de prendre des antidépresseurs. On retrouve la même attitude dans les documents d'information et d'accompagnement psychologique des patients, qui mettent en avant le cas de femmes souriantes et de bonne humeur qui ont un état d'esprit positif.

Au lieu de considérer qu'il est normal de réagir à un événement grave, tel qu'un diagnostic de cancer, par des sentiments négatifs, l'idée à la mode est que toute femme atteinte d'un cancer qui exprime un sentiment de peine ou de tristesse présente un trouble qui exige un traitement. Cet exemple montre comment une réaction normale à un événement pénible de la vie est redéfinie comme une pathologie en soi. Il illustre non seulement la fabrication d'une maladie par des spécialistes du marketing, mais aussi le malaise de la société face à la maladie et à la peine.

Préoccupons-nous davantage de vivre pleinement notre vie

Les intervenants ont donné de nombreux autres exemples de fabrication de maladies. Cette pratique consiste aussi bien à promouvoir l'usage de psychostimulants et les troubles déficitaires de l'attention dans les écoles, qu'à promouvoir l'usage des diphosphonates et les diagnostics d'ostéoporose, ou à pousser à traiter la démence vasculaire par des inhibiteurs de la cholinestérase.

Iona Heath, médecin généraliste au Royaume-Uni, a résumé de nombreux thèmes évoqués durant la conférence. On

peut citer notamment la nécessité de rompre les liens entre science et marketing et d'avoir une image plus exacte des avantages et des méfaits des traitements médicaux. Elle a souligné que de nombreux facteurs physiologiques suivent une échelle continue ; en se polarisant toujours davantage sur les facteurs de risque des maladies, on abaisse de plus en plus les seuils à partir desquels des traitements s'imposent. C'est ainsi que, si l'on en croit les dernières recommandations de la Société européenne de cardiologie concernant l'hypertension artérielle et l'hyperlipidémie, 76 % de la population adulte d'un comté de Norvège serait exposée à un "risque accru". On peut se demander par rapport à qui...

D'après Iona Heath, le problème, tout comme sa solution, sont essentiellement d'ordre politique. Les systèmes de santé financés par l'État sont en péril. Il faut créer plus de solidarité sociale et s'intéresser davantage à la fois aux causes profondes des problèmes de santé et aux soins palliatifs des malades en fin de vie. Selon elle, « *le meilleur moyen de combattre la fabrication de maladies consiste à nous préoccuper davantage de vivre pleinement notre vie, plutôt que de l'heure de notre mort* ».

©Barbara Mintzes
Politique de santé - Canada

.....
b- Intrinsic[®] a été muni d'une autorisation de mise sur le marché européen en juillet 2006. Il est indiqué, selon cette autorisation, en association à une estrogénothérapie, dans le traitement de la baisse de désir sexuel chez des femmes qui ont subi une ovariectomie bilatérale et une hystérectomie (ménopause induite chirurgicalement) (réf. 2). Nous le présenterons dans un futur numéro de la revue Prescrire.
c- Sur le syndrome des jambes sans repos, lire les réf. 3 à 6.

.....
Extraits de la version documentaire Prescrire.
1- Mintzes B "An ill for every pill" *ISDB Newsletter* 2006 ; **20** (2) : 17-19.
2- Commission européenne "Résumé des caractéristiques du produit - Intrinsic[®]" : 25 pages.
3- Prescrire Rédaction "ropinirole-Adartrel[®]. Jambes sans repos : des effets indésirables disproportionnés" *Rev Prescrire* 2006 ; **26** (274) : 485 (version complète sur le Site www.prescrire.org : 5 pages).
4- Prescrire Rédaction "Les jambes sans repos. Désagréables, mais sans aucune complication" *Rev Prescrire* 2006 ; **26** (274) : 516-520.
5- Prescrire Rédaction "pramipexole-Sifrol[®]. Jambes sans repos : toujours pas de médicament satisfaisant" *Rev Prescrire* 2006 ; **26** (277) : 731.
6- Prescrire Rédaction "Syndrome des jambes sans repos (suite)" *Rev Prescrire* 2006 ; **26** (277) : 795-796.

