Conflits d'intérêts en hématologie : dépendance organisée, liberté à conquérir Pour une éthique pragmatique des relations avec l'industrie pharmaceutique

Conflicts of interest in haematology: organised dependency, freedom to be won. Towards a pragmatic approach to relations with the pharmaceutical industry

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

Côme Bommier
Hémato-oncologie, hôpital St Louis, Paris, France
Inserm U1342, université Paris Cité, France
Commission éthique de la Société française d'hématologie

Tirés-à-part : C. Bommier <come.bommier@aphp.fr>

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

L'hématologie est devenue l'un des laboratoires privilégiés de la médecine contemporaine. Nulle autre spécialité, ou presque, n'a vu défiler en si peu de temps autant de « révolutions thérapeutiques » : inhibiteurs de tyrosine kinase, anticorps conjugués, immunomodulateurs, bithérapies ciblées, cellules T à récepteurs antigénique chimériques (CAR-T cells), bispécifiques, thérapie génique… À chaque congrès, la promesse d'un *game changer* chasse la précédente. Cette dynamique, admirable du point de vue des patients, s'accompagne d'un revers discret mais massif : une dépendance structurelle à l'industrie pharmaceutique, qui irrigue la recherche, façonne les agendas scientifiques et pèse sur les prescriptions.

Parler de conflits d'intérêts (CI) en hématologie, ce n'est pas dénoncer quelques brebis galeuses, mais décrire un système – un véritable « fait social total » [1] – où se croisent industriels, chercheurs, cliniciens, autorités sanitaires, associations de patients, ministères et payeurs publics. L'objectif n'est pas de rêver à une rupture illusoire avec cette société polysegmentaire, mais d'en comprendre les logiques pour y inscrire des contre-pouvoirs, des garde-fous et des réformes concrètes qui redonnent sens à la vocation soignante, sans renoncer à l'innovation.

Ce que recouvre réellement un « conflit d'intérêts »

Selon l'Institute of Medicine, un conflit d'intérêts survient lorsqu'un intérêt secondaire – financier, personnel ou professionnel – risque de compromettre un jugement indépendant [2]. La Haute Autorité de santé (HAS) traduit ce principe dans le contexte français en identifiant, pour chaque type de lien, des situations à risque et des situations où une présomption d'absence de conflit peut être retenue [3].

L'important, pour les hématologues, est de sortir d'une vision trop étroite des CI, limitée aux enveloppes et aux scandales. Un conflit n'est pas synonyme de corruption : il naît bien avant l'acte répréhensible, dès lors que se met en place une situation où le jugement peut être orienté – souvent de façon inconsciente – par un bénéfice secondaire.

Voici quelques exemples d'activités principales et secondaires, pour mieux comprendre :

- activités principales : être salarié d'une entreprise concernée par un médicament évalué constitue une situation de conflit possible. À l'inverse, exercer dans un établissement médical sans lien direct avec le produit étudié peut être considéré, par présomption, comme non conflictuel,
- activités secondaires : siéger au

doi: 10.1684/hma.2026.1908

Pour citer cet article : Bommier C. Conflits d'intérêts en hématologie : dépendance organisée, liberté à conquérir Pour une éthique pragmatique des relations avec l'industrie pharmaceutique. *Hématologie* 2026 ; 32(1) : 63-71. doi : 10.1684/hma.2026.1908

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

conseil scientifique d'une société privée dont le produit est évalué par la HAS, coordonner un essai lié au produit évalué, détenir un brevet directement lié à l'indication en question, ou percevoir des financements substantiels constituent autant de zones de tension,

— autres avantages : prises en charge répétées de congrès, invitations privilégiées, honoraires de consultance conséquents, financements à des proches ou à des associations. La frontière entre « soutien à la recherche » et « captation progressive de la loyauté » est fine.

Dans ce cadre, le conflit d'intérêts n'est pas l'exception : c'est la condition normale d'exercice d'une médecine hautement technologique, adossée à une industrie puissante. La vraie question n'est donc plus : *y a-t-il des CI ?* mais : *comment les rendre visibles, les gouverner et les limiter – sans assécher les sources d'innovation ?*

Une dépendance financière et organisationnelle assumée

En France, la majorité des essais cliniques de phase avancée sont financés, directement ou indirectement, par l'industrie pharmaceutique. Les chiffres varient selon les sources, mais une constante se dessine : environ 80 % des essais sont soutenus par des fonds industriels, contre 20 % par l'argent public. Les financements des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (Merri) compensent, remboursent et, plus marginalement, financent la recherche. L'Agence nationale de la recherche (ANR), l'Institut national du cancer (INCa) et les programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) demeurent sous tension, soumis à une compétition féroce où les taux de succès sont faibles [4].

Concrètement, cela signifie que la vie scientifique d'un service d'hématologie – participation aux essais (donc accès à certaines molécules innovantes), mise en place de plateformes de biologie moléculaire, emplois de *data-managers* et de techniciens d'étude clinique – dépend très largement de projets coconstruits avec l'industrie. Les groupes coopérateurs (Lysa, IFM, Graall, Go-Aja, SFGM-TC, etc.)[1] sont devenus des interfaces structurantes : ils négocient les protocoles, organisent les centres, attirent les budgets industriels et garantissent un certain degré d'indépendance scientifique.

Cette configuration n'est pas un accident : elle est le produit d'une chaîne longue de décisions politiques et économiques – donc, non médicales. L'absence d'industrie publique du médicament, les arbitrages budgétaires défavorables à la recherche hospitalière, le choix assumé de faire de la France un territoire attractif pour la recherche et le développement privés – tout cela conduit à une situation paradoxale : *l'indépendance scientifique est invoquée dans les discours, mais la dépendance budgétaire à l'industrie est organisée dans les faits*.

En hématologie, cette dépendance est accrue par :

— la complexité des essais : biomarqueurs, séquençage génétique, plateformes centralisées, suivi à long terme, comparaisons internationales,

— le coût des innovations : médicaments orphelins, thérapies cellulaires à plusieurs centaines de milliers d'euros, hospitalisations complexes,

— la temporalité politique : plans cancer et programmes d'investissement qui valorisent les partenariats public-privé et mesurent parfois la performance à l'aune du nombre d'essais industriels ouverts.

Il ne s'agit pas de nier ces réalités, mais d'accepter de les nommer : l'hématologie contemporaine est « sous perfusion » de financements privés. À partir de ce constat, l'exigence éthique n'est plus de rêver à une autonomie totale, mais de construire des contrepoids qui maintiennent la recherche académique en position de négocier, et non de subir.

1. Lysa : Lymphoma Study Association, IFM : Intergroupe francophone du myélome, Graall :Group for Research in Adult Acute Lymphoblastic Leukemia, Go-Aja : Groupe oncohématologie adolescents et jeunes adultes, SFGM-TC : Société francophone de greffe de moelle et de thérapie cellulaire

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

L'oncologie et l'hématologie, terrain privilégié des tensions d'intérêts

L'oncologie en général, l'hémato-oncologie en particulier, concentrent plusieurs ingrédients qui rendent les CI particulièrement sensibles :

— une forte charge symbolique : « sauver des vies », « offrir une chance supplémentaire », « ne pas perdre de temps ». Ces impératifs, légitimes, peuvent justifier, aux yeux de tous, des accélérations dans le développement des médicaments et des compromis dans l'évaluation,

— des innovations spectaculaires : imatinib dans la leucémie myéloïde chronique, anticorps anti-CD20 ou anti-CD19 dans les hémopathies lymphoïdes B, inductions *chemo-free* dans de nombreuses hémopathies, CAR-T cells… L'idée que « le prochain médicament » pourrait, lui aussi, bouleverser le pronostic crée un climat d'attente favorable à des approches plus permissives,

— des prix vertigineux : une perfusion de CAR-T cells approche les 300 000 € par patient, sans compter les coûts d'hospitalisation, de réanimation et de suivi. Dans les hémopathies indolentes, des traitements oraux prolongés se chiffrent en dizaines voire en centaines de milliers d'euros par an. Cette échelle de coût déplace la question éthique de la seule relation médecin-patient vers une responsabilité collective.

Dans ce contexte, la notion d'*unmet medical need* joue un rôle central. Bien utilisée, elle permet de hiérarchiser les priorités : développer en urgence des médicaments dans les pathologies sans option thérapeutique, dans les sous-groupes ultrarares, dans des situations où la survie est dramatiquement limitée. La pratique montre cependant combien ce concept peut être déplacé, voire capturé :

— un *unmet need* est parfois invoqué alors que des traitements efficaces existent déjà, mais qu'ils sont jugés trop peu rentables, ou trop génériques, pour susciter des investissements [5],

— dans certains domaines, des médicaments sont développés pour des indications marginales, sur la base de critères de substitution non validés, au nom de l'urgence d'un besoin, alors que le standard disponible donne déjà des résultats satisfaisants pour la majorité des patients [6],

— la précision des sous-groupes (biomarqueurs ou signatures génomiques) peut conduire à fragmenter artificiellement le champ, de sorte qu'une indication déjà bien traitée soit redécoupée en micro-entités, chacune devenue « orpheline » et susceptible de justifier une nouvelle autorisation de mise sur le marché (AMM) rapide.

Dans ces situations, l'hématologue devient l'acteur final d'une chaîne de décisions : il ou elle prescrit un médicament présenté comme répondant à un « besoin non couvert », alors même que ce besoin a, parfois, été construit par le système qui prétend le combler. La responsabilité individuelle ne disparaît pas pour autant ; elle se déplace : il devient essentiel de questionner les récits qui accompagnent l'innovation, plutôt que de les reprendre tels quels.

Scandales et dérives : un système de pièces interdépendantes

Les grandes affaires pharmaceutiques – Vioxx, Mediator, opioïdes, Avandia, Neurontin, certaines promotions hors AMM en psychiatrie ou en diabétologie – ne doivent pas être lues comme des anomalies lointaines, étrangères à l'hématologie [7]. Elles révèlent au contraire une structure récurrente :

— des industriels qui contrôlent le design des essais d'enregistrement, la sélection des comparateurs, l'analyse statistique, la rédaction des articles et la stratégie de communication,

— des experts académiques de bonne foi qui acceptent de s'inscrire dans ce dispositif : signature de publications rédigées par des *medical writers*, participation à des *advisory boards*, interventions en symposiums sponsorisés,

— des agences réglementaires et des

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

revues sous pression de l'urgence sanitaire et de la compétition internationale, parfois tentées de privilégier le signal positif ou l'originalité,

— des cliniciens avides de nouvelles stratégies thérapeutiques qui n'hésitent pas à prescrire des traitements en dehors des indications remboursées,

— des associations de patients et des médias qui, en quête d'espoir ou de récits mobilisateurs, relayent les promesses sans toujours disposer des moyens de les évaluer.

Dans ces affaires, personne n'est totalement « marionnette », personne n'est totalement « maître du jeu ». Chaque acteur est à la fois pion sur l'échiquier des autres et porteur de ses propres stratégies. L'intérêt des scandales, pour l'hématologie, n'est pas de désigner un coupable unique, mais de rappeler qu'une innovation n'est jamais portée par un seul acteur : elle est le produit d'alliances, de compromis et parfois de silences partagés.

En ce sens, l'hématologie ne saurait être épargnée. Les mêmes mécanismes – contrôle industriel partiel des données, survalorisation de résultats intermédiaires, captation des experts de référence et quasi-impossibilité de monter des essais totalement indépendants – peuvent se déployer.

Un regard « structural » sur les relations avec l'industrie

Lévi-Strauss et Mauss voyaient dans les échanges de dons, de symboles et de personnes le ciment des structures sociales [1, 8]. Les relations entre hématologues et industrie pharmaceutique peuvent, de façon métaphorique, être lues dans ce registre : circulation de molécules, de financements, de prestige, d'auteurs, de données, de patients inclus dans les essais… À chaque étape, ce qui se donne crée une dette, matérielle ou symbolique.

Quelques traits saillants de cette « méta-organisation » :

— les KOL (*key opinion leaders*) comme figures d'échange : experts reconnus, ils concentrent les invitations, les consultances, les présidences de sessions, les coordinations d'essais. Ils deviennent des nœuds où se croisent les intérêts de l'industrie, des groupes coopérateurs, des sociétés savantes et des autorités,

— les services hospitaliers comme plateformes hybrides : à la fois lieux de soin, de recherche, de formation et d'accueil des essais industriels, ils incarnent physiquement la jonction entre intérêts publics et privés. Leur survie scientifique (et celle de leur équipe de recherche clinique) dépend souvent de la capacité à attirer des études sponsorisées,

— les associations de patients comme nouveaux acteurs : intégrées aux procédures d'évaluation, elles apportent une légitimité indispensable, mais peuvent aussi être fragilisées par des financements qui, s'ils ne sont pas rigoureusement encadrés, les placent dans une position de dépendance vis-à-vis des laboratoires.

Cette approche « structurale » a une vertu : elle invite à ne pas se limiter à la moralisation individuelle (« il faudrait que les médecins soient plus vertueux »), mais à repenser l'architecture même des relations. Tant que la majorité des ressources transiteront par des canaux industriels orientés vers la maximisation du profit, l'éthique individuelle ne suffira pas. Il faut déplacer les lignes de force.

Déplacer les frontières tout en préservant la liberté de la recherche académique

Parmi les leviers d'action concrets, un principe mérite d'être discuté de manière centrale : les contreparties financières liées aux collaborations avec l'industrie devraient, dès que possible, bénéficier à la collectivité plutôt qu'aux individus. Cela permettrait de rediriger les honoraires de consultance vers un fonds de service ou de département, doté de règles transparentes d'utilisation (financement de postes de recherche non fléchés, soutien à des essais académiques, équipement

partagé ou formation des équipes). Cette collectivisation des flux n'annule pas les CI, mais elle en modifie la nature. Au lieu d'opposer l'intérêt du médecin-consultant à celui de ses patients, elle met en tension l'intérêt du service (renforcer sa recherche, son attractivité et ses capacités de soin) et celui de l'entreprise. Cette tension est plus facile à rendre visible, à discuter en équipe et à encadrer par des règles écrites. Au lieu de penser que l'activité de consultance serait nécessairement un cumul d'activité se surajoutant à la pratique hospitalo-universitaire, on en ferait une partie même de ce travail – l'hôpital et l'université en étant indirectement bénéficiaires.

L'enjeu ne se limite pas à « limiter les influences ». Il s'agit aussi de préserver un espace de liberté académique, où les questions de recherche ne sont pas entièrement dictées par les intérêts industriels. En hématologie, cela pourrait se réaliser via la simplification administrative dans la réalisation d'essais académiques, la réinterrogation collective de la rhétorique de l'*unmet need* et la valorisation de travaux de recherche autour de l'éthique des pratiques cliniques. Cette défense de la liberté académique suppose un financement public plus robuste, mais aussi une capacité collective à renégocier les termes de certains partenariats. La Société française d'hématologie, les groupes coopérateurs et les commissions éthiques ont ici un rôle de vigie : identifier les zones à risques de CI, et proposer des inflexions.

L'outil ACTOR : cartographier les tensions plutôt que les nier

Pour analyser les situations complexes où se superposent intérêts, contraintes et objectifs divergents, un cadre méthodologique simple peut être utile : ACTOR. Il s'agit, pour chaque Acteur concerné, d'envisager son Contexte, les Type d'intérêts qu'il poursuit (primaires, secondaires), ses Objectifs (professionnels, personnels, etc.), et les Risques que sa position, ses intérêts et ses objectifs lui font encourir en termes de CI. Un exemple fictif est illustré dans le *tableau 1*.

Tableau 1

Scénario fictif : une entreprise, PharmaX, souhaitant positionner une thérapie CAR-T cells en première ligne dans un lymphome B agressif, déploie ses compétences à convaincre de l'utilité et de la valeur de son produit

Société pharmaceutique	**A** PharmaX, une entreprise pharmaceutique multinationale ayant racheté une *spinoff* pour développer une thérapie CAR-T **C** Développement d'un traitement coûteux (environ 300 000 €/patient) dans un marché concurrentiel en hémato-oncologie. En France, 80 % des essais cliniques sont financés par l'industrie. Contexte d'incitations politiques via France 2030 pour renforcer l'attractivité de la recherche française, mais contraintes réglementaires strictes **T** *Primaire :* maximiser les profits via l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et les ventes *Secondaire :* renforcer sa position sur le marché via des brevets, des partenariats avec des groupes coopérateurs et l'influence sur les recommandations thérapeutiques **O** Obtenir une AMM rapide pour une indication en première ligne, maximiser les ventes en positionnant le CAR-T cells comme standard de soin, et sécuriser un prix élevé via le Comité économique des produits de santé **R** Biais dans le design des essais cliniques (*e.g.*, choix d'un bras contrôle inadéquat), recours au *ghostwriting* pour les publications ou promotion hors AMM

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

Directeur médical France de PharmaX	**A** Médecin ou pharmacien employé par PharmaX, chargé de superviser la stratégie médicale en France **C** Interface entre les objectifs globaux de PharmaX et les spécificités du marché français (réglementation, relations avec les acteurs locaux comme un groupe coopérateur ou la HAS). Contexte de pression interne pour atteindre les objectifs commerciaux **T** *Primaire :* assurer le succès de la thérapie CAR-T cells sur le marché français. *Secondaire :* financiers (salaire, bonus liés aux performances), professionnels (avancement de carrière au sein de PharmaX) **O** Coordonner les essais cliniques en France, établir des relations avec les KOL et le groupe coopérateur, et influencer les décisions de la HAS et du CEPS pour une AMM et un prix favorable **R** Influence indue sur les KOL ou les prescripteurs via des financements ou des avantages (*e.g.*, sponsoring de congrès, subvention de service, etc.)
Prescripteur	**A** Hématologue académique de renom, investigateur principal de l'essai CAR-T cells et conférencier dans des congrès **C** Collabore avec PharmaX via des financements pour la recherche ou des honoraires de consultance. Contexte de contraintes budgétaires publiques, poussant à des partenariats public-privé. Participe à des congrès sponsorisés **T** *Primaire :* faire progresser la recherche en hémato-oncologie et améliorer les résultats pour les patients *Secondaire :* financiers (honoraires de consultance, financements de recherche), professionnels (reconnaissance, publications, leadership dans les sociétés savantes) **O** Publier les résultats de l'essai CAR-T cells, influencer les guidelines thérapeutiques, et renforcer sa position dans le domaine **R** Biais dans les publications ou présentations dues aux financements de PharmaX (*e.g.*, *ghostwriting*). Promotion du CAR-T cells sans données robustes sur son efficacité en première ligne
Groupe coopérateur	**A** Un groupe coopérateur en hémato-oncologie, coordonnant des essais multicentriques **C** Collabore avec PharmaX pour structurer l'essai CAR-T cells, dans un contexte où les essais complexes (recrutement international, imageries, ctDNA, etc.) nécessitent des financements industriels. Soumis à des exigences éthiques (charte des groupes coopérateurs en oncologie [GCO]) **T** *Primaire :* faire avancer la recherche clinique en lymphome B agressif *Secondaire :* financiers (subventions de PharmaX pour les essais), organisationnels (maintien de l'influence du groupe coopérateur dans la recherche européenne) **O** Coordonner l'essai CAR-T cells, publier des résultats probants, et maintenir des partenariats avec l'industrie pour financer des projets futurs **R** Orientation des recherches vers les priorités de PharmaX (*e.g.*, traitements coûteux). Risque de dépendance financière vis-à-vis de l'industrie, compromettant l'indépendance scientifique

Membre de la commission de transparence	**A** Hématologue membre de la commission de la transparence de la HAS, évaluant le CAR-T cells pour son service médical rendu (SMR)/amélioration du SMR **C** Évalue l'efficacité et l'utilité du CAR-T cells, avec des pressions « *soft* » pour approuver des thérapies innovantes, émanant de son CHU. Contexte de contraintes budgétaires publiques et d'attractivité de la France pour la recherche **T** *Primaire :* garantir des décisions basées sur des données probantes pour la santé publique *Secondaire :* professionnels (reconnaissance des collègues souhaitant l'approbation du produit) **O** Attribuer un SMR/ASMR objectif pour guider le remboursement, tout en maintenant l'intégrité scientifique **R** Pression pour approuver le CAR-T cells en raison de son caractère innovant, au risque de négliger des données insuffisantes
Membre de la CEPS	**A** Membre du CEPS chargé de négocier le prix du CAR-T **C** Négocie dans un cadre de contraintes budgétaires du système de santé français, avec des pressions de PharmaX pour un prix élevé et des incitations politiques (*e.g.*, France 2030, réindustrialisation) **T** *Primaire :* garantir l'abordabilité du CAR-T cells pour le système de santé *Secondaire :* professionnels (maintien de relations avec l'industrie), politiques (soutien à l'attractivité de la recherche française) **O** Négocier un prix aligné sur la valeur thérapeutique (ASMR) tout en assurant l'accès des patients au produit **R** Influence par le lobbying de PharmaX (*e.g.*, menace de délocalisation des essais). Biais vers un prix élevé en raison de la perception d'innovation du CAR-T cells
Membre du cabinet du ministère de la Santé	**A** Conseiller au cabinet du ministre de la Santé, impliqué dans les politiques d'accès aux médicaments et de réindustrialisation du médicament en France **C** Travaille dans un contexte politique favorisant la réindustrialisation pharmaceutique et l'accès rapide aux traitements innovants, tout en gérant les pressions de l'industrie et des associations de patients **T** *Primaire :* promouvoir la santé publique et l'attractivité de la France pour la recherche *Secondaire :* politiques (avancement de la carrière, relations avec l'industrie) et personnels (réputation) **O** Soutenir l'approbation et l'accès au CAR-T cells tout en renforçant l'industrie pharmaceutique française **R** Influence par le lobbying de PharmaX ou des associations de patients. Risque de prioriser les objectifs de réindustrialisation au détriment de l'évaluation rigoureuse des données

Illustration du cadre méthodologique ACTOR (pour « Acteur, Contexte, Type de CI, Objectifs poursuivis, Risques de dérives ») au travers d'un scénario fictif.

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

L'intérêt d'ACTOR n'est pas de produire un jugement moral immédiat, mais de rendre visible la complexité : chacun agit dans un système d'incitations qui le dépasse. C'est précisément parce que ces tensions existent qu'il faut des règles, des chartes, des procédures de récusation et des espaces de délibération où les CI sont discutés publiquement plutôt que gérés en coulisses.

Conclusion : prescrire dans la tension, non dans le déni

Au moment d'ouvrir le dossier d'un patient, l'hématologue se trouve parfois, qu'il le veuille ou non, au point de convergence de ces forces. Sur la ligne de prescription, la tension est parfois maximale : d'un côté, un médicament efficace, adossé à des données solides ou à des promesses d'innovation, mais d'un coût très important (et parfois un coût carbone aussi associé !) ; de l'autre, une alternative plus ancienne, parfois moins brillante dans les présentations de congrès, mais correctement évaluée, mieux intégrée aux parcours de soins et plus soutenable pour le système. Compte tenu de l'évaluation scientifique, des coûts associés, de l'âge physiologique du patient, des comorbidités et de l'espérance de vie, comment associer la justesse médicale et la sobriété de prescription ? Voilà une question englobant et déposant le cadre légal des CI, pour laquelle tous les hématologues ont autant de réponses différentes.

La responsabilité du clinicien ne se réduit pas à choisir « ce qu'il ferait pour lui-même ». Elle s'inscrit dans une éthique plus large, qui conjugue le devoir de loyauté envers le patient singulier et le devoir de justice envers l'ensemble des patients, présents et futurs, qui dépendront des mêmes ressources. Reconnaître les CI en hématologie, ce n'est pas renoncer à travailler avec l'industrie pharmaceutique, ni adopter une posture de suspicion généralisée. C'est admettre que :

- la discipline vit dans un écosystème où l'innovation thérapeutique, la puissance financière des laboratoires, la fragilité des financements publics, les attentes des patients et les logiques collectives sont inextricablement mêlées,
- les acteurs académiques ne sont pas condamnés à la passivité : en se dotant de règles claires (collectivisation des contreparties, chartes éthiques, gouvernance transparente des groupes coopérateurs), en défendant des espaces de recherche indépendants, en éduquant les plus jeunes aux enjeux des CI, ils peuvent contribuer à réorienter le système,
- le serment d'Hippocrate, loin d'être une formule cérémonielle, demeure une boussole : placer en tête de nos priorités l'intérêt des patients et l'accès à des traitements non seulement innovants, mais réellement efficaces et justes dans leur répartition.

L'enjeu, pour l'hématologie française, n'est pas de sortir de la dépendance à l'industrie – illusion confortable –, mais d'entrer dans une maturité collective : celle d'une spécialité qui connaît ses déterminations, qui accepte de regarder ses liens en face, et qui choisit, lucidement, de transformer une dépendance nécessaire en partenariat exigeant, au service de la liberté de la recherche et de la dignité des patients.

Remerciements

Nous remercions le Pr Lionel Adès, pour les discussions échangées et l'idée développée dans la partie « Un regard "structural" sur les relations avec l'industrie ».

Références

1. Mauss M. Oeuvres, Tome III: *Cohésion sociale et division de la sociologie*. Les Éditions de Minuit; 1969.

2. Institute of Medicine (US) Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. (Field MJ, Lohr KN, eds.). National Academies Press (US); 1990. Accessed December 21, 2025. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235751/

3. Haute Autorite de Santé. Déclarations d'intérêts et gestion des conflits d'intérêts. Preprint posted online 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_dpi.pdf

4. Boitard C, Clément B, Facon T, Lebranchu Y, Netter P. Comment réformer les financements de la recherche hospitalière par les MERRI du ministère de la Santé et de la Prévention. Académie Nationale de Médecine (France). Preprint posted online 2024. www.academie-medecine.fr

5. Lu E, Shatzel J, Shin F, Prasad V. What constitutes an "unmet medical need" in oncology? An empirical evaluation of author usage in the biomedical literature. *Semin Oncol* 2017;44:8-12.

6. Chen EY, Raghunathan V, Prasad V. An Overview of Cancer Drugs Approved by the US Food and Drug Administration Based on the Surrogate End Point of Response Rate. *JAMA Intern Med* 2019;179:915-21.

7. Marks JH. Lessons from Corporate Influence in the Opioid Epidemic: Toward a Norm of Separation. *J Bioethical Inq* 2020;17:173-89.

8. Lévi-Strauss C. *Anthropologie Structurale*. Pocket; 2003.

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.