HAL
open science

Médecins généralistes et visite médicale promotionnelle : pourquoi sommes nous si ambivalents ? Étude qualitative dans la région niçoise

Adriaan Barbaroux

▶ **To cite this version:**

Adriaan Barbaroux. Médecins généralistes et visite médicale promotionnelle : pourquoi sommes nous si ambivalents ? Étude qualitative dans la région niçoise . Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01286657

HAL Id: dumas-01286657

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01286657v1

Submitted on 11 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

THESE

Pour l'obtention du diplôme d'état de
Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 23 avril 2015 par

Mr BARBAROUX Adriaan
Né le 15 janvier 1989 à Bandar Seri Begawan, Brunei

Médecins généralistes et visite médicale promotionnelle : pourquoi sommes nous si ambivalents ?

Etude qualitative dans la région niçoise.

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON	Président du jury
Madame le Professeur Isabelle POURRAT	Directrice de thèse
Madame le Professeur Isabelle MILHABET	Assesseur
Madame Isabelle FERONI	Assesseur
Monsieur le Docteur Nicolas HOGU	Assesseur

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M. LAZDUNSKI Michel

M.C.A. Honoraire Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
-	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUE Patrick	Anatomie – Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
-	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Guilia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)

M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)

M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale

Mme POURRAT Isabelle Médecine Générale
M. PRENTKI Marc Biochimie et Biologie Moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CHATTI Kaouthar Biophysique et Médecine Nucléaire
M. DARMON David Médecine Générale
M. GARDON Gilles Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale
M. PAPA Michel Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François Médecine Interne

M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie

M. CHEVALLIER Daniel Urologie

Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation

M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

Remerciements

A ma socialisation primaire : mon père, ma mère, ma famille et ceux qui ont m'ont accompagné dans l'enfance, qui m'ont permis de construire ma personnalité.

A ma socialisation secondaire : mes amis, les membres de mon jury qui ont accepté de juger mon travail de thèse, les nombreuses personnes ressources qui m'ont relu ou soutenu, mes maîtres de stages et tous les médecins qui ont partagé avec moi leur savoir et leur savoir faire.

Aux médecins interviewés qui ont accepté de partager avec moi leur expérience et qui m'ont ouvert les portes de leur intimité.

Je n'y serai jamais arrivé sans vous.

Merci Monsieur le Professeur Sautron, Madame le Professeur Pourrat, Madame le Professeur Milhabet, Monsieur le Docteur Hogu et Madame Feroni de me faire l'honneur d'accepter de juger mon travail.

Je remercie tout spécialement Mme Feroni et le Professeur Milhabet d'avoir donné de votre temps précieux pour m'offrir un aperçu de vos disciplines. C'est une chance pour moi d'avoir pu vivre cette aventure grâce à vous.

Merci Isabelle de m'avoir guidé tout au long de cette aventure.

Merci Laurence pour tout le temps que tu m'as fait gagner, pour ton soutien et pour tout le reste.

Merci Arthur, Mikael, Anaïs, Kamel d'avoir relu et commenté mon travail et mes entretiens, votre amitié fait ma force.

Merci Carol-Anne pour ta douceur et ton enthousiasme, pour tous les projets communs qui nous permettent de regarder devant vers un horizon riche en couleurs.

Merci Antoine et Elisa d'avoir fait le déplacement et de croire en moi.

Merci Henri et Suzanne, Jean-Pierre et Claudine, Paul, Nicole, Florence et Pascale pour votre présence et votre soutien.

Merci Antoine, Elisa, Taïmaz, Farhad, Martina, JPL, Kevin, Alix, Romain, Guilaine et Marie, vous avez été les jalons de mon évolution et de la construction de ma personnalité, je suis fier que vous ayez accepté d'assister à ma soutenance.

Merci Yves, Florence, Floriane, Charley, Roald, Chantal, Craig, Elise, Logan, Barbara, Piericar, Anaël, Anthony et Andrea pour votre amitié et votre présence.

Merci Thomas pour ton amitié et pour tes conseils. Ta soutenance est la première à laquelle j'ai assisté, tu resteras un modèle.

Merci Solex pour ton soutien et la joie que tu mets dans mon quotidien.

Merci Savva et Gweny pour votre amitié et pour l'externat que vous m'avez permis de vivre.

Merci au grand barbu dont je ne suis pas sûr du nom mais qui m'a soutenu et permis d'en arriver là.

INTRODUCTION

1/ Le contexte : une relation sous influence

1.1 Etat des lieux

La visite médicale (VM) a une influence démontrée sur les prescriptions des médecins généralistes (11) (23) (28). Plusieurs études concluent que le simple fait de recevoir la visite médicale conduit à prescrire « plus, plus cher et plus récent », au détriment de médicaments plus anciens et mieux éprouvés. Il en découle d'importantes pertes financières pour la société et vraisemblablement un effet délétère pour les patients (13).

En 2007, l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales (IGAS) s'est chargée d'un rapport sur l'information des médecins généralistes sur le médicament (13). Ce rapport conclut que l'information délivrée au cours de la visite médicale est affectée de biais structurels malgré la charte de qualité de la visite médicale (survalorisation des produits promus, dévalorisation des produits anciens notamment dès lors qu'ils sont génériqués etc.). Selon ce rapport, la plupart des médecins sont conscients de ces biais, accordent peu de crédibilité à la VM mais y restent majoritairement attachés.

Une méta-analyse américaine publiée en 2010 par Spurling et Al. retrouvait 58 études sur ce sujet (23). Hormis de rares exceptions, elles concluaient toutes que les médecins exposés à l'information des compagnies pharmaceutiques (visite médicale, presse sponsorisée, évènements sponsorisés etc.) prescrivaient « plus, plus cher ou moins bien ». Les auteurs précisaient n'avoir identifié aucune étude selon laquelle recevoir la visite médicale améliorerait la qualité des prescriptions.

Selon les enquêtes IPSOS réalisées en 2007 et 2009 à la demande de la Haute Autorité de Santé (HAS), une large majorité de médecins libéraux reçoit les visiteurs médicaux. La proportion de médecins ne recevant pas les visiteurs médicaux est très stable d'une vague à l'autre de l'enquête et correspond à 20% des médecins généralistes. (14)

Selon l'étude de Steinman, Shlipak et McPhee, (24) si la majorité des médecins (61%) pensent que les contacts avec l'industrie n'influencent pas leurs propres prescriptions, seuls 16% pensent que les prescriptions de leurs collègues ne sont également pas affectées.

Ces résultats concordent avec l'étude Française de Foisset en 2012 (11) pour qui, si les médecins ne se considèrent pas influençables, ils estiment en revanche que leurs confrères le sont. Cette étude démontre que recevoir la visite médicale conduit à une augmentation des prescriptions dites « aberrantes » (par exemple des médicaments qui ont été retirés du marché peu après).

Il semblerait donc que la plupart des médecins reçoivent la visite médicale (VM) alors qu'ils sont bien conscients de ses objectifs commerciaux.

Plusieurs travaux évaluent l'importance de l'exposition des médecins à la publicité émanant de l'industrie pharmaceutique : elle est importante et précoce (4). Par exemple, selon une

étude menée sur des internes de cardiologie en France, près de 97% d'entre eux portaient sur eux un objet publicitaire le jour de l'enquête (25). Certains chercheurs comme l'ethnologue Anne Vega ont cherché à décrire les relations entre médecins et visiteurs médicaux, pour établir des « profils types » de médecins (27).

Ces études concluent que la plupart des médecins ont un comportement discordant avec leur opinion mais elles n'ont pas étudié les raisons de cette ambivalence. Nous avons identifié seulement deux recherches visant à comprendre pourquoi les médecins reçoivent la visite médicale.

- L'étude anglaise publiée en 2003 «Understanding why GPs see pharmaceutical representatives» cherchait à comprendre les raisons pour lesquelles les médecins généralistes recevaient la visite médicale (20). Les auteurs concluent que les médecins reçoivent la VM pour six grandes raisons : la commodité et la disponibilité des informations sur le médicament ; la légitimité des représentants en tant que vecteur de l'information ; la courtoisie ; la remise de cadeaux et le sponsoring ; l'échange social et intellectuel ; les normes organisationnelles et culturelles.

- L'étude américaine publiée en 2009 « prescribers and pharmaceutical representatives : why are we still meeting ? », (10) étudiait les raisons pour lesquelles certains prescripteurs au sens large (médecins et infirmiers) recevaient la visite médicale. Les auteurs concluaient que la majorité est persuadée que l'interaction avec le visiteur médical bénéficie aux patients et que malgré les études, soit ils ont confiance soit ils se sentent équipés pour résister à la pression commerciale.

Aucune de ces études n'a porté sur un échantillon de médecins français. De plus, elles cherchaient à expliquer pourquoi les médecins reçoivent la visite médicale, et non pas à comprendre pourquoi ils reçoivent la visite alors même qu'ils expriment une opinion défavorable vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Il y a donc un intérêt à se poser une question de recherche.

1.2 Définitions

Dans le langage commun, l'*influence* est le processus par lequel une personne ou un groupe fait adopter un point de vue par un autre. L'influence opère une inflexion : celui qui aurait pensé ou agi autrement s'il n'était pas influencé se dirige dans le sens que souhaite l'influent de façon apparemment spontanée. Les définitions de ce terme sont nombreuses et complexes, il a donc été décidé d'en rester à cette définition.

Une personne est dans une situation de *conflit d'intérêts* si elle a avec une autre personne une relation qui l'oblige moralement à exercer son jugement au service de cette personne et, qu'en même temps, elle a un intérêt qui tend à interférer avec le bon exercice de son jugement dans cette relation. (*Davis, 1982)*

La *discordance*, synonyme d'incompatibilité, correspond à un défaut d'accord, d'harmonie, d'unité entre les parties d'un ensemble, entre des choses.

L'ambivalence est le caractère de ce qui comprend deux composantes très distinctes, voire opposées. A noter que ce mot a pris dans le langage courant une définition bien différente de celle qu'il avait initialement puisqu'il a été inventé par Eugen Bleuler en 1910 pour caractériser l'état psychique des schizophrènes.

2/ Motivations personnelles

Mon intérêt pour l'impact de la publicité pharmaceutique sur notre comportement de professionnel de santé est né dès mon premier stage hospitalier. En arrivant à l'hôpital, j'ai été surpris par les « staff » hebdomadaires où un représentant de laboratoire nous présentait chaque semaine des médicaments. Cette démarche persuasive à des fins commerciales était intégrée au planning du service et constituait une obligation pour les étudiants. Chaque visiteur médical y décrivait ses médicaments en présentant le sien comme étant meilleur que les autres, avec des informations parfois contradictoires au cours de la même journée quand deux visiteurs présentaient des produits concurrents.

Dans un deuxième temps, j'ai été intrigué par le comportement ambivalent des médecins qui exprimaient une piètre opinion de l'industrie pharmaceutique tout en maintenant des relations parfois étroites avec leurs représentants (restaurants, réunions régulières, discussions dans les couloirs, partenariats financiers et logistiques etc.).

Ce phénomène est observé au cours de la visite médicale. J'ai parfois vu des médecins aller jusqu'à se cacher derrière une porte pour ne pas être vus par un représentant de laboratoire pharmaceutique plutôt que de leur dire qu'ils ne souhaitaient pas s'entretenir avec eux. J'ai plusieurs fois demandé à mes ainés « mais alors, pourquoi ne pas dire stop, tout simplement ? », sans jamais obtenir de réponse convaincante. Ce comportement est resté pour moi un véritable mystère, pour lequel je n'avais aucune réponse satisfaisante.

Plusieurs amis non médecins m'ont affirmé qu'ils étaient persuadés qu'il s'agissait de conflits d'intérêts financiers, sous-entendant presque une certaine corruption des médecins. Je n'ai jamais été convaincu par cette hypothèse, la plupart des médecins de mon entourage ayant les moyens de s'offrir un restaurant, quelques stylos et un restaurant par mois ne pouvait clairement pas suffire à justifier la soumission aux assauts publicitaires répétés et chronophages.

J'ai donc décidé de consacrer ma thèse à essayer de comprendre ce phénomène.

3/ Les enjeux

3.1 Un problème de santé publique

La sur-prescription médicamenteuse est un problème de santé publique du fait de la surexposition des patients au risque d'évènements indésirables. La France est le plus gros consommateur de médicaments en Europe et le pays où il y a le plus de visiteurs médicaux par médecins (10 VM temps plein pour 100 médecins). (13) Leur salaire, versé par les grands laboratoires pharmaceutiques, est donc supporté indirectement par le système d'assurance de santé solidaire (selon le rapport de l'IGAS, le budget promotionnel de l'industrie pharmaceutique en France s'élève à 3 milliards d'euros par an, soit un peu plus de 1 pour mille du PIB de la France). Comprendre les déterminants de la relation médecin-industrie pourrait permettre de mettre au point des stratégies interventionnelles pour diminuer l'emprise de l'industrie pharmaceutique sur nos prescriptions.

3.2 Un problème de société

Les attentes du public

Notre société accorde un intérêt grandissant à la relation du médecin à l'industrie pharmaceutique. Les patients attendent que les médecins soient indépendants de toute influence commerciale, les médias en parlent de plus en plus (affaire Médiator°, reportages type « les médicamenteurs », etc. …) et les institutions publiques multiplient les interventions à ce sujet (rapport du Sénat en 2006, rapport de l'IGAS en 2007, loi Bertrand en 2011).

L'indépendance de l'expertise publique

En 2011, la HAS a été obligée de retirer (après leur publication) des recommandations de pratique clinique pour cause de conflit d'intérêt (Alzheimer, diabète de type 2 et dépression). Ce problème de lobbying est présent à l'échelle française, mais aussi à l'échelle européenne (17).

Mieux comprendre la complexité de la relation entre les médecins et l'industrie pharmaceutique pourrait contribuer à consolider la confiance de l'opinion publique mise à mal par les récents scandales médiatiques et à induire des pistes d'améliorations.

3.3 Une prise de recul sur notre fonctionnement

Le fait de se questionner sur notre pratique et notre fonctionnement fait partie des devoirs et des qualités du médecin. Ce questionnement est indispensable pour rester éthique et cohérent dans notre comportement. Comme disait Socrate, « gnothi seauton » (connais toi toi-même).

3.4 L'influençabilité du prescripteur

Mieux comprendre les déterminants de notre comportement pourrait permettre de mettre en place des mesures visant à diminuer l'influençabilité des prescripteurs, améliorer leur indépendance et donc la qualité des soins.

4/ La question de recherche et l'objectif du travail

Les faits exposés ci dessus m'ont poussé à tenter d'apporter des éléments de réponse à la question suivante: pourquoi certains médecins généralistes reçoivent ils la visite médicale alors qu'ils expriment une opinion plutôt défavorable à l'égard de l'industrie pharmaceutique?

Pour répondre à cette question, nous avons cherché à comprendre les déterminants de l'accueil d'un visiteur médical en demandant aux médecins de réagir à des vignettes cliniques.

METHODE

1/ Le choix de l'enquête qualitative

La problématique étudiée est celle du comportement des médecins vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.

La question à laquelle j'ai tenté de répondre est « pourquoi les médecins ont ils un comportement favorable à la visite médicale alors qu'ils expriment une piètre opinion vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique ».

J'ai donc choisi d'effectuer une étude qualitative par entretien semi dirigé avec une méthode dite *inductive* issue de la « Grounded Theory » (littéralement « théorie ancrée »), qui a pour but de comprendre un phénomène via la création d'hypothèses à partir d'informations puisées sur le terrain. Il s'agit d'une démarche observationnelle, exploratoire par opposition aux démarches à visée démonstrative.

Cette méthode consiste à recueillir sur le terrain du matériel permettant la formulation d'hypothèses à partir d'éléments de sens ou « verbatim » : une phrase, une expression ou juste un mot.

Dans ce type de méthode, le guide d'entretien est évolutif, afin de s'adapter aux hypothèses qui émergent au cours de la recherche et de s'ouvrir vers des problématiques nouvelles au fur et à mesure qu'elles émergent. En d'autres termes, ces hypothèses induisent des modifications dans la façon de mener l'entretien, permettant d'affiner l'hypothèse, de la rejeter ou d'en faire émerger d'autres. La spécificité de la Grounded Theory consiste dans cet aller-retour permanent entre le terrain et la théorie, permettant une construction *progressive* du résultat. Ce processus se poursuit jusqu'à « saturation des données » : le moment où aucune information nouvelle n'apparaît après plusieurs entretiens.

Chaque modification du protocole permet de faire émerger une facette du problème qui n'avait pas été explorée jusqu'à lors. Le prix à payer pour cette « flexibilité » est qu'aucun calcul statistique n'est réalisable sur les résultats obtenus.

Le résultat de ce type d'études est qualifié de théorie « ancrée », « enracinée » dans la réalité parce qu'affinée au fur et à mesure de l'arrivée de nouvelles informations extraites du terrain (26).

Ces devis méthodologiques ont été empruntés aux sciences humaines et sociales. Ils sont adaptés pour un sujet exploratoire, où peu de documentation est disponible et pour les sujets sensibles comme la discordance entre des pratiques et les recommandations, ce qui correspond à notre travail.

2/ Le choix du type de recueil des données

J'ai choisi de réaliser des entretiens individuels semi dirigés c'est-à-dire d'entretenir une discussion prolongée en face à face avec l'interviewé et basée sur un *guide d'entretien* composé de questions ouvertes (cf. annexes 1 et 3). Pour aborder ce sujet sensible, je me suis référé aux techniques de communications décrites dans les ouvrages traitant de la recherche qualitative (relances, questions les plus ouvertes possibles, réponses reflets, silences etc.) (3) (6) (15).

- Les entretiens individuels semi dirigés permettent d'aborder un sujet dans une relative intimité et d'explorer plusieurs domaines en laissant une liberté de parole à l'interviewé.

- Un questionnaire écrit où les questions sont plutôt fermées et où la relance n'est pas possible aurait conduit à des réponses courtes, moins adaptées à notre objectif exploratoire.

- Réaliser des entretiens « ouverts », c'est-à-dire composés d'une seule question ouverte et faisant intervenir le moins possible l'enquêteur n'était pas adapté à l'explication de ce problème et n'était pas réalisable en terme de temps.

- Les « focus group » qui consistent à organiser une réunion de personnes et à les faire débattre entre eux du sujet en question apportent des informations parfois complémentaires par la confrontation d'idées mais peuvent en occulter d'autres, qui émergent plus facilement dans le cadre d'un entretien individuel avec le chercheur. Nous n'avons pas retenu ce type d'entretien pour deux raisons. D'abord la faible propension des médecins à parler de leur rapport avec l'industrie pharmaceutique et ensuite la difficulté de réunir des médecins dont l'emploi du temps est souvent chargé.

Pour des raisons de faisabilité, nous avons décidé de nous limiter au rapport des médecins généralistes à la visite médicale plutôt qu'à l'industrie pharmaceutique en général et toutes ses sources d'influence (publicité en officine, congrès, revues médicales et formations financées etc.). Ce choix est d'autant justifié que la visite médicale représente le principal moyen de promotion du médicament en termes de budget (75% du budget promotionnel de l'industrie pharmaceutique selon le rapport de l'IGAS) et d'efficacité (12), (13), (14).

Dans le même souci de faisabilité, nous nous sommes limités aux médecins généralistes des Alpes Maritimes.

Les entretiens étaient enregistrés puis retranscrits mot à mot dans les quinze jours suivants. La retranscription mentionnait les hésitations, mimiques et langage non verbal, afin qu'ils puissent être pris en compte en minimisant le biais de mémorisation. De même, les caractéristiques principales de l'entretien, l'impression globale et la communication non verbale ont été notées immédiatement après chaque entretien.

3/ Méthode de recherche documentaire

La recherche documentaire par les banques de données de type Pubmed a été peu fructueuse : les mots clefs « influence » et « ambivalence » n'ont pas d'équivalence MeSH.

Les moteurs de recherche Pubmed, Medline, Google et Google Scholar ont été utilisés avec les mots clefs suivants : industrie pharmaceutique, laboratoires pharmaceutiques, visiteurs médicaux, délégués pharmaceutiques, médecins généralistes, influence, ambivalence.

Les rapports récents (rapport du Sénat sur l'information des médecins généralistes vis-à-vis du médicament, rapport de l'IGAS etc.) ont eu une double utilité puisqu'ils ont également permis une recherche « de proche en proche », c'est-à-dire en utilisant leurs sources bibliographiques.

Les revues de référence en médecine générale comme Prescrire ou Exercer et les thèses de médecine générale ont été des sources précieuses d'articles dont la bibliographie était riche et plus récente.

4/ Population et mode de recrutement

La population ciblée était les médecins généralistes de la région niçoise et des environs, sans critères d'exclusion particuliers.

Nous avons choisi un mode de recrutement téléphonique via l'annuaire « pages jaunes » en recherchant dans la rubrique « médecin généraliste » puis en sélectionnant une ville ou village. Les médecins étaient alors appelés dans l'ordre d'apparition sur la page jusqu'à ce que l'un d'entre eux accepte. Les caractéristiques de l'échantillon sont décrites dans le chapitre *résultats*.

Le taux de participation n'a pas été comptabilisé. Il aurait été difficile de le calculer car plusieurs médecins étaient sur répondeur, d'autres avaient un secrétariat délocalisé qui ne pouvait pas transférer l'appel et enfin, certains étaient en vacances.

5/ Conception du guide d'entretien initial

Le guide d'entretien doit orienter la discussion sur le sujet étudié. Il est essentiellement constitué de questions ouvertes afin d'obtenir des réponses les plus spontanées possibles et d'influencer le moins possible l'interviewé. Il est évolutif afin de s'adapter aux hypothèses qui émergent au cours de la recherche et de s'ouvrir vers les problématiques nouvelles.

Notre guide d'entretien avait pour but d'amener le médecin à parler lui-même de la visite médicale. La relation à la visite médicale était ensuite investiguée par des relances, reformulations, réponses reflets et questions ouvertes « C'est-à-dire ? », « Je ne suis pas sûr d'avoir très bien compris », « Si je comprends bien, d'une part (…) mais d'autre part (…) », « Vous me corrigerez si je me trompe, mais il me semble saisir un sentiment de [culpabilité, irritation, …] dans vos paroles », « Comment peut-on faire la part des choses dans ce cas là ? ». Ces exemples de relances étaient écrits en petit en bas du guide d'entretien pour servir de repères à l'enquêteur.

Nous avons initialement choisi d'explorer cinq *grands domaines* (annexe 1):

- les apports de la relation au visiteur médical en termes d'information ;
- les apports autres qu'information ;
- le rôle de la communauté d'influence actuelle et initiale (socialisation primaire puis secondaire) ;
- la conscience des mécanismes d'influence ;
- les stratégies de gestion de l'influence.

Les grands domaines initialement abordés sont issus de la littérature, mais aussi de mon expérience personnelle en tant que jeune médecin immergé dans ce milieu. Les apports de la visite médicale ont été abordés en premier car ils représentent l'explication la plus évidente à la réception de la visite médicale. Le rôle de la communauté d'influence a été soulevé par la sociologue Anne Vega dans son étude publiée en 2011 dans laquelle elle affirme que les niveaux de prescription des médecins généralistes sont directement liés à leurs motivations initiales à devenir médecin et aux valeurs transmises au sein de leur famille. La notion de stratégies de gestion de l'influence de l'industrie pharmaceutique est une hypothèse qui n'a pas encore été étudiée chez les médecins.

6/ Adaptations du guide d'entretien

Nous avons effectué un test de faisabilité par deux entretiens exploratoires, à la suite desquels il est apparu nécessaire d'utiliser des vignettes cliniques et d'investiguer également la confiance en soi et la position que le médecin s'attribue vis-à-vis de ses confrères.

En effet, les 2 premiers entretiens étaient basés sur un guide d'entretien mentionnant clairement la notion de risque d'influence (annexe 1). Nous avons eu en retour des discussions intéressantes, mais les médecins semblaient avoir tendance à considérer l'interviewer comme « l'envoyé de la faculté » à qui ils tentaient de présenter une image « conforme aux bonnes pratiques ». Nous avons eu le sentiment qu'ils cherchaient à donner la meilleure image possible de leurs pratiques, comme s'ils avaient peur d'être jugés (biais de désirabilité sociale).

Nous avons donc choisi de baser le guide d'entretien sur des scenarii (annexe 2). Il était explosé aux médecins interviewés que l'objectif de l'entretien était de comprendre leur point de vue sur les différentes sources d'information disponibles en médecine générale.

La relation au visiteur médical était abordée de manière indirecte au travers d'un questionnement sur les sources d'informations du médecin interviewé, afin qu'il évoque lui-même la visite médicale. Ce protocole correspond à un effort de conciliation entre la déontologie du chercheur (ne pas mentir à l'interviewé quant au sujet de la thèse) et le respect du « contrat tacite de l'entretien » (ne pas amener l'interviewé sur un sujet complètement différent de celui auquel il s'attend), tout en évitant de le « braquer » en lui donnant l'impression d'être évalué.

Les termes d'influence et d'industrie étaient évités car chargés d'une connotation péjorative. Nous avons décidé de ne pas utiliser le mot « labo », et de le laisser introduire par les interviewés, pour que la discussion soit plus naturelle et donc moins biaisée.

Cette technique d'entretien utilisant des scenarii et un abord indirect de la problématique étudiée avait pour but :

- d'ancrer la discussion dans l'expérience concrète plutôt que de parler de généralités (« et vous dans ce cas précis vous auriez fait quoi ? »). La vignette clinique permet à l'interviewé de se projeter dans une situation précise.
- de limiter le biais de désirabilité sociale.
-

Les scenarii présentaient trois situations de médecine générale où un médecin devait faire appel à ses connaissances. (annexe 2)

Le premier scenario présentait un médecin en situation d'incertitude où plusieurs difficultés coexistent : vulnérabilité du patient, déséquilibre de la maladie, méconnaissance d'un nouveau médicament.

Le 2e scénario faisait entrer en jeu une personne âgée « polymédiquée » et la problématique des nouveaux anticoagulants oraux, un traitement prometteur mais coûteux et peu évalué chez les personnes âgées.

Le 3e scénario présentait une situation fréquente et bénigne, une phlébite superficielle du sujet jeune, avec l'intervention d'un confrère spécialiste qui conseille une prise en charge atypique. L'objectif était à la fois d'amener la discussion sur un sujet moins complexe que les deux précédents et de connaitre le positionnement du médecin généraliste vis à vis de ses confrères.

Nous avons choisi des situations du quotidien du médecin dont deux situations d'incertitude. En effet car notre recherche documentaire démontrait que c'est en situation d'incertitude que le médecin est le plus sensible à l'influence de l'industrie pharmaceutique (20).

Notre guide d'entretien a été critiqué par de deux médecins compétents en recherche qualitative ainsi qu'un chercheur en sociologie et un chercheur en psychologie sociale, dont les conseils ont conduit à des adaptations du guide d'entretien, notamment l'introduction de scenarii et la correction de certaines questions. De même, nous avons ajouté l'exploration de l'évolution du comportement à travers le temps et du vécu désagréable de l'ambivalence de la relation médecin/visiteur.

7/ Analyse des verbatim

Conformément aux méthodes de recherche qualitative (3) (6) (15), les entretiens ont été retranscrits mot à mot, puis tous les verbatim relatifs au sujet de l'étude ont été classés par thèmes. Les thèmes ont ensuite été regroupés par catégories pour être présentés de manière cohérente. Ce travail est appelé analyse transversale et son produit est présenté dans le chapitre résultats. Les catégories de thèmes ne découlent pas de la littérature préexistante mais bien des thèmes retrouvés par l'étude exploratoire. Ainsi, la grille d'analyse des résultats est construite au fur et à mesure de leur extraction.

Nous avons également effectué une analyse verticale, entretien par entretien, relevant la ou les idées les plus marquantes de chaque entretien, afin de ne pas perdre une notion marquante si elle ne se répétait pas dans les autres entretiens. (3)

Pour chaque entretien, il a été demandé à une personne extérieure de relire l'entretien puis l'analyse verticale et la thèse dans son ensemble avec pour consigne de signaler des interprétations non justifiées ou au contraire un fait important qui serait passé inaperçu. La catégorisation des thèmes a été vérifiée puis discutée par un tiers. L'intervention de plusieurs personnes visait à diminuer la subjectivité de ce travail.

RESULTATS

Par souci de confidentialité pour les médecins interviewés, certaines informations n'ont pas été présentées si elles permettaient de reconnaître le médecin interviewé. Dans la même perspective, il a été décidé de ne pas citer le sexe des interviewés et de masculiniser les verbatim des entretiens de femmes médecins.

Les résultats sont été dans un premier temps entretien par entretien, avec l'impression globale de l'entretien. Vient ensuite la présentation de la catégorisation des verbatim, qui consiste en un classement des verbatim par thèmes, en s'efforçant d'être le moins interprétatif possible. L'interprétation et les comparaisons aux théories et concepts préexistants viennent seulement dans le chapitre « discussion ».

I) Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

1) Population :

Les dix médecins ont été recrutés dans les villes suivantes : Nice, Contes, Tourettes Levens et Castagniers.

Ils avaient entre 30 et 59 ans et étaient presque tous conventionnés en secteur 1. Ils ont déclaré travailler entre 43 et 65 heures par semaine.

Un seul médecin ne recevait pas de visiteurs médicaux. Deux médecins recevaient un visiteur médical par jour et un médecin recevait dix visiteurs médicaux par semaine.

Un seul d'entre eux était abonné à une revue payante indépendante de l'industrie pharmaceutique, quatre déclaraient lire des revues gratuites et trois participaient à un groupe de pairs.

Six médecins interviewés travaillaient en milieu urbain, les quatre autres étaient installés en milieu rural ou semi-rural.

Nous avons interviewé deux femmes, un médecin abonné à la revue Prescrire°, deux médecins généralistes exerçant un mode d'exercice particulier (homéopathie et phytothérapie), un médecin thermal et un médecin généraliste à orientation dermatologie esthétique. Certains étaient installés depuis peu (un an ou deux), d'autres depuis des années (34 ans).

Ces caractéristiques sont résumées dans le tableau ci après.

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Urbain	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non
Age	30	45	56	50	55	47	54	38	54	59
Convention	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
Années d'installation	2	1	26	34	15	12	27	11	12	10
Patientèle	425	600	800	800	1420	1200	1400	1500	500	400
Heures de travail	43	60	55	55	65	46	65	50	50	60
Exercice en groupe	oui	non	non	non	oui	oui	oui	oui	non	non
Réception VM par semaine	1	5	5	3	0	1	10	0,5	1	0,5
Revue payante	non	non	non	non	non	2	non	non	non	non
Revue gratuite	non	non	oui	oui	non	oui	non	non	oui	non
Groupe de pairs	oui	non	non	non	non	non	non	non	oui	oui

Caractéristiques des médecins interviewés

2) Entretiens

Le matériel se compose de dix entretiens qualitatifs semi dirigés réalisés entre avril et décembre 2014, d'une durée moyenne de 50 minutes (médiane à 46 min) pour une durée totale de 8h22, soit 118 pages de verbatim.

II) Analyse verticale entretien par entretien :

L'objectif est ici de décrire en quelques lignes les éléments les plus marquants de chaque entretien. Les deux premiers entretiens à visée préliminaire ont servi à la construction du guide d'entretien.

Entretien 1

Ce jeune médecin récemment installé se qualifie comme non lecteur de la presse médicale et facilement influençable. Il emploie des qualificatifs peu élogieux pour se décrire « je gobais tout », « je suis pas du tout critique », « je suis pas excellent » « je me suis senti tellement nul ».

J'ai été surpris qu'il cherche autant à se justifier alors que j'avais présenté le sujet d'une manière qui me semblait neutre, en évitant de parler d'influence ou d'industrie. Dans un 2e temps, j'ai finalement compris que même le mot « labo » résonne de manière péjorative dans l'esprit d'une majorité de médecins et suscite des réactions de défense. C'est d'ailleurs ce qui nous a conduit à explorer l'attitude des médecins généralistes via leurs sources d'informations par la suite.

Il a insisté sur le rôle des visiteurs médicaux au cours de la formation initiale « *quand on est étudiants, un stylo, c'est marrant mais on se rend pas compte qu'après quand on passe dans les stages on les prescrits ces médicaments* »

Il présente un déséquilibre assez marquant entre un idéal (« *Prescrire° je sais que c'est la bonne parole* » ; « *je reçois pas les VM* » ; « *je suis très petit prescripteur* ») et finalement un comportement d'acceptation de la VM sous certaines conditions, avec la conservation des plaquettes promotionnelles et désabonnement de la revue Prescrire, qu'il recommande pourtant (« *je ne les lisais pas [et] c'est dommage* »).

Il décrit des stratégies de défense vis à vis du risque d'influence : s'entourer de médecins indépendants et appeler un confrère lecteur régulier de la revue Prescrire pour lui demander conseil.

La revue Prescrire, bien qu'indigeste, est décrit comme une référence. Elle exige une importante capacité de synthèse et de mémorisation, qu'il faudrait lire, mais le médecin dit ne pas y arriver. Les rédacteurs sont toutefois jugés excessifs dans leurs jugements « *un peu too much* ».

Le risque d'influence est ici rapproché à plusieurs reprises du volume de prescriptions, plus qu'à la qualité de la prescription. La discussion dérive à plusieurs reprises sur ses stratégies visant à prescrire moins, notamment en impliquant le patient dans la déprescription et le choix thérapeutique.

Entretien 2

Cet entretien était malheureusement un peu superficiel car entrecoupé de coups de téléphone répétés. Pour ce médecin, il y a un distinguo franc entre les laboratoires d'homéopathie et d'allopathie puisqu'il reçoit des VM tous les jours mais dit ne pas se rappeler quand il en a vu un la dernière fois, en pensant que je ne m'intéressais qu'aux laboratoires d'allopathie. Il précise quand même que « *c'est la même démarche* » commerciale.

Il a semblé gêné de parler des labos, ce qui se manifestait par des pauses, des hésitations, un discours saccadé et interrompu par des « *heuuuu* ». Il m'a même dit : « *j'avoue que j'aime bien que les labos viennent* ». Cet « aveu » traduit bien l'image péjorative qu'ont de nombreux médecins de la visite médicale et la peur d'être jugé.

Ici aussi on retrouve une certaine modestie quand il affirme qu'il est incapable de retenir le Vidal. La relation à la visite médicale semble reliée à un sentiment d'incapacité à faire sans.

La VM est vécue comme un outil qui malgré son caractère mercantile va vraiment l'aider dans ses difficultés face au patient (« *j'essaye surtout […] d'entendre surtout la partie médicale pure qui va m'aider moi dans ma pratique quotidienne* »)

L'expérience pratique passe chez ce médecin avant les recommandations et les études scientifiques validées, notamment pour les traitements par inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Une discordance entre les résultats favorables des études scientifiques et sa mauvaise expérience dans sa patientèle l'a conduit à arrêter de prescrire cette classe thérapeutique.

Entretien 3

Cet entretien est le plus long que j'ai réalisé (84 minutes). Il s'est déroulé en deux parties du fait d'un impératif horaire qui a écourté le premier entretien. Discussion libre, bon contact, amical voire paternaliste, le médecin s'est dévoilé avec confiance, et ne mâche pas ses mots.

Il se définit comme un médecin libéral qui prend ses décisions lui-même et affirme son autonomie à plusieurs moments de l'entretien. *« Moi je pense que le médecin a son libre arbitre, moi je pense que le médecin si il gobe tout ce qu'il dit, c'est d'abord et avant tout sa faute, la lecture critique d'article, ça s'apprend » « Moi je suis médecin libéral, donc je fais ce que je veux, c'est pas le stylo qui fait l'ordonnance c'est moi ! »*

Le poids de la relation personnelle dans la sélection des informations qui sont apportées par les uns et les autres est central. La relation personnelle (son ancienneté, notamment) apparaît comme un des filtres majeurs de la réception et prise en compte des infos au sujet des nouveaux médicaments.

C'est vrai concernant ses amis médecins « *j'ai commencé à lever le pied sur [médicament X] sous son influence. Parce qu'on s'entendait bien tous les deux* », le service de

pharmacovigilance « *j'ai une attache toute particulière avec [le nom et prénom du chef de service de pharmacovigilance]* » mais aussi pour les visiteurs médicaux « *ça se passe très bien parce que c'est devenu un ami* »

Ce médecin semble dans une « logique du proche », assez peu réceptif à la science mais aussi aux normes émanant d'instances dans lesquelles il n'est pas impliqué (refuse par exemple de prendre en compte le prix des médicaments parce qu'il n'a pas été impliqué dans la commission de transparence).

C'est son expérience directe et celle de ceux qui lui sont proches qui fonctionnent comme le critère de légitimation des informations sur les nouveaux médicaments *« On dispose déjà de nombreux médicaments de cet ordre-là, arrive un nouveau médicament, on va chercher l'information, et on l'essaye »*. D'ailleurs les critères d'évaluation des différents visiteurs relèvent de caractères moraux plus qu'intrinsèques (sur la qualité du médicament) : il apprécie que telle firme ne dénigre pas telle autre.

Cette logique du proche l'amène notamment à préférer prescrire des médicaments français *« C'est le laboratoire [X], produit français, cocorico ! Pourquoi on va acheter des médicaments étrangers alors qu'on a des bons produits français ? »*.

Il appréhende les firmes pharmaceutiques au travers des qualités des visiteurs et non de leurs stratégies commerciales, dont la critique et notamment la revue Prescrire° sont assimilée à de la paranoïa. *« Moi je peux accepter d'une petite nana qui me dit voilà on est en train de lancer un produit, je compte sur vous, est ce que vous pouvez, bon, je dis n'importe quoi, arrêter de prescrire Doliprane° et prescrire Dafalgan°, ça c'est une démarche que je peux accepter. Maintenant je peux pas accepter quelqu'un qui me demanderait arrêtez de prescrire paracétamol et prescrivez que de l'ibuprofène » « on est actuellement dans une période de paranoïa […] on sait depuis longtemps que les médicaments qu'on prescrit c'est pas des bonbons » « [la revue prescrire] ce sont des intégristes »*

L'esprit critique est décrit comme un moyen efficace pour faire face à l'influence des visiteurs médicaux *« Il faut garder son esprit critique, et son libre arbitre voilà, Xarelto° c'est bien voilà, il faut pas être prescripteur à 100% de Xarelto° parce que c'est Xarelto°, il y a le Pradaxa° aussi »*.

Entretien 4

Ce médecin homéopathe non exclusif est réticent vis-à-vis des médicaments, surtout les récents. Il utilise une formation de proche en proche, via les confrères surtout.

Il décrit une perte totale de la confiance dans la science *(« les cohortes de patients ça ne m'intéresse pas»),* dans les institutions (*« noyautées par les labos et par la pensée unique »)* et dans le discours universitaire et scientifique (*« avant on croyait que c'était la parole divine, c'est pas vrai »)*

Il présente une rupture franche avec « *la bonne parole distillée par les offices surtout de la Caisse primaire* ». Cette attitude peut sembler classique chez un médecin homéopathe, mais on la retrouve chez le médecin des entretiens 3 et 9, allopathes exclusifs.

Ici aussi, l'expérience pratique et le vécu passent avant les études. Cette vision de la médecine est justifiée par *« revenir à un bon sens quoi ! ».*

Il semble que dans son système de valeurs le bon sens et l'observation (le concret) passent avant les informations scientifiques, émanant d'instances qui ont perdu toute sa confiance.

Il décrit pourtant bien l'inconvénient de se fier à l'expérience : un médicament même efficace peut être délaissé du fait d'une seule expérience contrariante. Il en arrive à ne prescrire que 10% d'allopathie. L'exemple des nouveaux anticoagulants oraux, bien que leur balance bénéfices/risques soit mal cernée, décrit bien ce fonctionnement : *« un jour j'ai vu un article attention accident hémorragique fatal et tout je me suis dit putain mais avec quoi ? Je me suis dit c'est bon j'arrête »*

On retrouve aussi la notion d'époque révolue concernant les visiteurs médicaux « *c'est fini tout ça* » et le rôle du surmenage dans le rapport à l'industrie : « *quand vous êtes harassé de boulot, que vous avez plus l'esprit critique que vous avez des problèmes parce que votre femme vous fait chier, que le gars arrive et vous dit « vous savez maintenant vous réfléchissez plus hypertension artérielle voilà le médicament qu'il faut ! » vous le notez et vous le prescrivez le lendemain.* »

Le choix des correspondants est cité spontanément comme rempart face à la surprescription, comme au cours des deux entretiens précédents. « *J'essaye de sélectionner dans mes correspondants des médecins qui ne soit pas interventionnistes* »

On note une certaine véhémence face au corps médical « *ils ne se posent pas de questions* », « *ils n'ont pas de recul critique sur leur pratique* », contrastant avec un faible niveau de remise en question personnelle et des laboratoires d'homéopathie ou de phytothérapie. On remarque pourtant des similitudes dans la démarche commerciale *« je suis dans leur listing en tant qu'homéopathe ils viennent me démarcher »* et dans le type de traitement vendu, qui est considéré comme une thérapeutique active, efficace et bien pourvue d'effets secondaires *« tous les métaux sont dangereux ! ».*

A la fin de l'entretien, il décrit une femme de 102 ans diabétique qu'il traite par cinq médicaments différents (vitamines, homéopathie, phytothérapie). Pourtant, vu que les complications du diabète apparaissent au bout de 10 à 20 ans d'évolution l'équilibre du diabète d'une personne de 102 ans est peu utile. Les recommandations de bonne pratique recommandent dans ces cas là de minimiser le nombre de médicaments pour favoriser le confort de la personne. Cet important volume de prescription de médecines parallèles laisse supposer une démarche commerciale efficace de la part des laboratoires de phytothérapie.

Enfin, on remarque une certaine soif de rêve : « *il nous a parlé d'une technique qui va arriver sur le marché qui consiste à analyser les gaz expirés et déterminer si il y a des cellules cancéreuses, moi ça me fait rêver !* », de révolutionnaire « *lui il travaille sur les champignons,*

ces champignons sont porteurs d'huiles essentielles et de molécules qui colonisent l'intestin et ça modifie votre état immunitaire, ça, c'est révolutionnaire » au détriment de la parole scientifique qui a perdu sa crédibilité. Cette soif est étanchée par l'expérience de ses confrères "*alors comment j'en ai entendu parler, toujours pareil par un copain il me dit j'ai des résultats tu peux pas savoir même sur les dépressions en modifiant la flore intestinale ça va mieux. Glioblastome cancer du sein cancer de la prostate cancer du pancréas papillomavirus cancer du poumon EBV maladie auto-immune… il publie des cas où il a guéri !!".*

Il semble que ce médecin choisisse ce qu'il *décide* de croire en fonction de critères un peu surprenants : ce qui lui donne de l'espoir. Quand je lui ai demandé comment il pouvait savoir si ces sources d'informations étaient fiables il m'a répondu « *pour faire la part des choses ? Eh bien je vais vous dire une chose revenez dans un an je vous dirai ! J'ai des patients cancéreux à qui j'ai donné, ça y est"* .

On remarque aussi un désintérêt de certains médecins vis à vis de leur formation médicale, qu'on devine ici à travers le fait qu'il ne se rappelle plus du nom de son organisme de formation par internet alors qu'il le cite parmi ses principales sources d'information.

Entretien 5

Ce médecin est très critique vis-à-vis des représentants de labo, des soirées de formation continue, des congrès et de ses confrères. Il se définit lui-même comme un petit prescripteur, et tient à son indépendance.

On retrouve un assez faible niveau d'ambivalence chez ce médecin : bien qu'il utilise pour sa formation continue des sites financés directement par l'industrie pharmaceutique, il est contre la visite médicale, et ne reçoit pas de visiteurs médicaux. L'utilisation d'une source d'information émanant de l'industrie pharmaceutique est nuancée par la prudence « *pas tout prendre au pied de la lettre* », la vérification par d'autres sources, la liberté d'expression des auteurs et leur qualité « *St Louis, Paris, la référence* ».

Il décrit une inadéquation majeure entre les moyens de formation à sa disposition et ses attentes. Il n'a confiance ni dans les labos ni dans les grandes instances. Il en résulte une rupture avec les instances publiques, qu'il accuse plus ou moins d'abandonner les médecins. *« En France tu dois tout faire avec rien, t'as rien mais démerde toi, médecine générale tiens, c'est 23 euros tu fais tout, le ménage le machin débrouille toi ! »*

Il dénonce les pratiques commerciales des visiteurs médicaux, tout en reconnaissant une certaine utilité, surtout pour un médecin en début d'exercice. Il se sent pourtant contraint d'utiliser les sites web financés par l'industrie pharmaceutique comme principale source d'information car « on n'a pas le choix ». Leur information est malgré tout considérée comme relativement fiable, car émanant de leaders d'opinion, qui ont écrit en toute liberté. *« Ils vous racontent n'importe quoi, ils vendent ça comme des chaussettes, et je veux dire on perd du temps quoi !* […] *Au début un peu, les 2 – 3 premières années parce qu'il faut connaitre les médicaments, ça permet de tourner un peu, de voire le panel, donc c'est vrai que les 2 -3 premières années c'est pas mal »*

Entretien 6

Ce médecin reçoit la VM et lit la revue Prescrire régulièrement. Il considère ces deux sources comme complémentaires et estime que ce n'est pas contradictoire d'utiliser ces deux sources.

La revue Prescrire est présentée comme une évidence, puis comme le symbole de la critique des informations provenant des labos, voire comme un outil permettant de déjouer le risque d'influence. Elle est initialement critiquée, comme par la plupart des médecins interviewés (trop radicale), puis le discours devient plus élogieux (décrite comme fiable et facile d'utilisation) *« Si l'aspirine sortait sous Prescrire° on n'aurait jamais prescrit de l'aspirine à personne ».*

Ici, le VM n'est pas cité spontanément comme source d'information. C'est le seul entretien où j'ai du introduire moi même la visite médicale.

On retrouve la notion d'époque révolue, la vérification des informations par croisement des sources, mais c'est le premier médecin à ne pas faire primer son expérience sur les études.
« Le danger c'est de se faire son étude, on n'est absolument pas qualifiés, ça ne serait absolument pas valable de dire « moi j'ai l'expérience de ça, je prescris ça ou ça parce que j'ai l'expérience de ça » c'est absolument pas possible. Donc on va laisser les labos faire leur expérience et faire leur boulot, développer ce qu'ils ont à développer, on va laisser les journalistes médicaux faire leur boulot et faire l'analyse critique et la somme de ces deux éléments peut être notre prescription, c'est là où l'expérience, où notre expérience personnelle doit compter ! […] Moi je suis contre le fait de donner une quelconque importance à l'information que l'on a nous sur le terrain »

On retrouve encore une rupture avec les grandes instances, ici le ministère *« refaire 10 soirées diabète par an parce que c'est dans les clous du ministère ça suffit maintenant ».*
Celle ci est moins franche, mais bien présente, et dénote à nouveau l'inadéquation entre les formations proposées et celles attendues

La phrase clef de cet entretien est pour moi *« Prescrire° ne collera jamais au patient que vous avez en face et le labo non plus, c'est vous qui collez à vos patients ! ».*

Entretien 7

Ce médecin d'une cinquantaine d'années est bien conscient des techniques commerciales et aborde lui-même le sujet mais assure qu'il n'a pas le choix pour des raisons financières. Des difficultés personnelles l'auraient « contraint » à augmenter son activité, devenue rapidement incompatible avec la formation médicale continue.

Comme beaucoup, il a semblé un peu gêné d'aborder le sujet de la visite médicale (tics nerveux, critique exagéré de la VM, justification).

Il emploie les termes de « *lien affectif avec le VM* », « *elle, elle était en pays conquis* » et « *manipulatrice* », vocabulaire très fort.

« Je pense que je ne suis pas suffisamment formé et que en étant à l'écart et uniquement sous heuu … avec l'écoute des visiteurs médicaux ce n'est pas une vision objective des nouveaux produits »

On retrouve à nouveau une formation presque passive via la confrontation aux prescriptions d'autres médecins.
« L'autre source de formation c'est quand même dans les maisons de retraite dans certaines maisons de retraite, des grosses maisons de retraite, où on va voir des patients qui sont suivis par d'autres médecins traitants avec un accès avec d'autres réflexes thérapeutiques et où forcément ça va m'interpeller aussi et donc me favoriser avec des nouvelles molécules »

Cette « passivité » se retrouve quand il a le sentiment de se faire manipuler par le visiteur médical mais qu'il ne réagit pas *« je suis… je laisse faire … j'en pense pas moins mais … je veux pas créer de conflit »*

L'importance du lien interpersonnel est soulignée *« Il y a des gens avec qui vraiment on veut faire plaisir à la personne plus que par rapport au produit, à produit équivalent hein, donc vraiment le lien affectif amical est fort et il va y avoir un retour du médecin, après il y en a d'autres où on écoute sans qu'il y ait vraiment un fond important ».*

Les attentes sont clairement définies : l'information doit être claire mais succincte.
« *On apprécie que la personne puisse aussi présenter ses produits très rapidement sans faire l'éloge et le discours scientifique rempli* »

Entretien 8

Ce médecin présentait la particularité de se former via les recommandations étrangères. Son schéma typique d'information commence par la présentation du médicament par le visiteur médical (« *effet starter* ») suivie d'une vérification sur internet des recommandations nationales et internationales.

On retrouve ici aussi une place importante attribuée à l'autonomie : indépendant des spécialistes il peut parfois les contredire, *« je fais ce que je veux » « Si je suis pas d'accord je fais ce que je veux moi. Y compris moi il m'est arrivé d'avoir un patient qui vient avec un courrier du cardiologue de le renvoyer en lui disant « vous allez voir un cardiologue » !* »

Il n'a pas non plus confiance dans les grandes instances, la HAS étant décrite comme très « *en retard* » par rapport aux recommandations internationales *« Même l'HAS, l'HAS elle a aussi ses défauts, l'HAS elle a un retard de sept ans en moyenne donc déjà sur les recos de l'HAS*

par rapport aux recos internationales en général ils sont en retard. Ils sont pas à la page par exemple moi je me souviens au début de mon installation on avait carrément la sécu qui venait avec les recos de l'HAS pour nous expliquer que il fallait pas faire le HDL et le LDL, qu'il fallait faire le cholestérol total et qu'on se basait là dessus sauf que dans les recos internationales on savait déjà qu'il fallait se baser dessus. »

Petit prescripteur, les médicaments récents sont vécus comme un danger pour les patients et sa salle d'attente est vierge de publicités. Il a peu de confiance dans l'innovation thérapeutique.

Il utilise des méthodes fiables de formation (recommandations internationales), mais il critique de manière formelle la revue prescrire « *clairement, c'est une mauvaise source* ». La revue Prescrire a perdu sa crédibilité du fait d'avis systématiquement défavorables. « *Je trouvais pas d'impartialité dans le système Prescrire° je trouve que c'est très commercial de casser systématiquement »*

La réception de la visite médicale est présentée comme une évidence bien que son information soit qualifiée de biaisée et parcellaire du fait de ses intérêts commerciaux.

« Vous m'avez dit comme souvent c'est les labos qui vous présentent les médicaments ?
- Oui, bien sûr ! »

La solution évoquée ici pour faire face à la médiocre qualité de l'information apportée par la visite médicale consiste en une vérification systématique des informations apportées par d'autres sources *« je me fais ma propre opinion »* et à fixer une limite par le nombre « *un par semaine maximum »*. Il cherche un juste milieu entre plusieurs sources d'information qu'il estime toutes erronées : *« Prescrire° est au moins aussi partial et aussi biaisé que les labos ! » « La HAS elle a 7 ans de retard, moi j'ai connu l'époque il y a 10 ans où ils venaient nous démarcher au cabinet pour qu'on arrête de doser le LDL parce que ça sert à rien et ça coûte trop cher ! »*

On remarque aussi un arrêt des congrès suite à des contraintes personnelles comme dans d'autres entretiens « *parce que souvent c'est le week-end et que j'ai mon fils à l'internat maintenant »*.

Entretien 9

Cet entretien était un peu particulier puisque le médecin a refusé l'enregistrement. Il a commencé par noter tout ce que je lui disais et me poser beaucoup de questions sur mon sujet et mon directeur de thèse, comme pour vérifier mon identité.

Il semblait extrêmement tendu, méfiant et angoissé au cours de l'entretien mais également dans son travail "*on peut avoir à répondre de nos actes*".

Il a toutefois accepté de répondre à mes questions, tout en refusant les cas cliniques et l'enregistrement. J'ai donc noté les verbatim « sur le vif » au mot à mot, mais en en perdant quelques uns en l'absence d'enregistrement.

Après réflexion, son attitude étrange peut être provoquée ou aggravée par un sentiment de rupture du contrat tacite de l'entretien parce qu'il avait compris par téléphone que ce serait un questionnaire et pas un entretien semi dirigé. "*Nous on en reçoit plein des demandes par téléphone, on les refuse*".

Ce médecin utilise la visite médicale comme source quasi exclusive d'information hormis un groupe de pairs, bien qu'il considère la qualité de l'information issue de la VM comme « *lamentable* » et leurs pratiques commerciales comme « *contraires à l'éthique* ». Il y a donc un décalage important entre ses valeurs et son comportement mais ici encore reviennent des attributions externes : *« vous verrez les enfants comme ça vous change !» ; « sinon, qui vous informe ? »* reporter la responsabilité sur des causes extérieures semble lui permettre de maintenir un certain confort cognitif. On peut aussi imaginer que le temps, les enfants, la fatigue, le surmenage, nous poussent à choisir la formation la plus simple, pratique et accessible.

Le visiteur médical prend ici aussi un double rôle, à la fois *« lamentable »* via la qualité de l'information qu'il apporte mais aussi indispensable car seul vecteur de l'information, surtout vis à vis des nouveaux médicaments. *« Soit on reçoit la notice que le labo nous envoie soit on reçoit un visiteur médical »*

La courtoisie est également invoquée comme motif de réception de la visite : « *moi je les reçois toujours, ils attendent comme les autres ! Très bref, mais quand c'est un nouveau médicament plus longuement* »

Ce médecin était plus intéressé par ce qui lui pose problème à lui que par ce qui intéresse les DPC, d'où un sentiment de sujet "*imposé*". On retrouve à la fois cet attachement à l'indépendance (refus de l'imposition) et l'inadéquation des formations proposées par rapport aux attentes des médecins.

Ici encore on retrouve un jugement éthique des pratiques commerciales, « *c'est contraire à l'éthique médicale* » mais ces pratiques, bien que pointées du doigt, sont finalement facilement acceptées « *c'est comme ça, on peut pas leur reprocher ».*

La part commerciale de l'information présentée est bien verbalisée, mais on retrouve une notion de contrôle. Ce contrôle passe par le nombre de visiteurs médicaux par semaine (« *un visiteur par semaine, pas plus* »), la durée de la visite (« *très bref* » « *vous le citez c'est tout* ») et la confiance en ses capacités de discernement (« *on voit de suite si c'est juste une démarche commerciale, moi j'ai l'habitude je vois tout de suite* » « *par exemple j'en ai une qui venait 4 fois par an me parler de [nom de médicament°], au bout d'un moment je lui ai dit vous venez me parler de [nom de médicament°], au revoir !* »).

On retrouve encore une passivité vis à vis de la visite médicale « *On les laisse dans ce qu'ils ont à dire* ».

Entretien 10

Ce médecin n'a verbalisé aucune gêne vis-à-vis du rapport à la VM. C'est le seul entretien pour lequel je n'ai ressenti aucun « tabou ». Il n'a formulé aucune critique concernant la qualité de l'information délivrée au cours de la visite médicale.

Le risque d'influence est reconnu, mais considéré comme « *minime »* et mis en rapport avec la corruption des grands chefs d'entreprise, comme dans l'entretien 3. Cette critique des autres comme justification à son propre comportement est retrouvée dans d'autres entretiens (cf. l'entretien 4 « *noyauté par les labos et la pensée unique* »). *« On fait attention aux pots de vin etc. à côté de ça vous avez des grands chefs d'entreprise qui n'hésitent pas à se faire donner … mais là on est à des coups de 2 / 3, 10 millions d'euros quoi, c'est des pots de vin quoi ! »*

Les attentes vis-à-vis des pourvoyeurs d'informations sont clairement verbalisées : l'information doit être rapide et concise. La part commerciale est légitime, les voyages sponsorisés aussi. *« L'interdiction des voyages est abusive » « ils vendent leurs trucs aussi, c'est légitime, c'est normal »*

Ici aussi, le visiteur endosse le rôle de premier maillon de la chaîne d'information sur le médicament et apporte une information de bonne qualité. Les cadeaux et sponsoring sont qualifiés de « *mineur », « gentillet », « rien d'extraordinaire* ».

On retrouve cet épuisement qui conduit à l'arrêt des congrès mais ne conduit pas à l'arrêt des VM, plus adaptées au rythme de vie des médecins.

La critique et la législation sont vécues comme abusives, exagérées et irritantes

« On se fait inviter au restaurant pour manger un steak frites à la limite on se sent fautif, non faut pas exagérer non plus, on ne nous soudoie pas, on garde la maîtrise de nos intentions, notre avis demeure vierge »

« C'est exagéré. Je veux bien qu'il y ait des excès m'enfin là ça casse pas trois pattes à un canard que d'aller manger au restaurant à côté, il y en a pour 50 euros je veux dire, c'est pas... il m'est arrivé d'inviter MOI des laboratoires ! […] Il y a une exagération là-dedans qui est détestable ! »

III) Analyse thématique transversale :

Pour comprendre le fait que certains médecins expriment une opinion discordante avec leur comportement, nous avons relevé et regroupé les verbatim en thèmes puis en catégories de thèmes. Cette analyse permet d'expliquer la discordance entre l'opinion qu'ils expriment et leur comportement vis-à-vis de la visite médicale selon trois axes en rapport avec leurs représentations, leurs valeurs et leurs motivations.

1) L'axe des motivations

Les définitions du terme « motivations » sont nombreuses et parfois complexes. Ici, nous avons choisi de regrouper sous ce terme les raisons invoquées par les médecins pour recevoir la visite médicale.

a) L'intérêt de la visite en termes d'information et de qualité de l'information

Pour justifier leur relation avec les représentants pharmaceutiques, les médecins ont cité en première ligne les apports en termes d'information, surtout concernant les nouveaux médicaments.

« *Les 2–3 premières années parce qu'il faut connaitre les médicaments, ça permet de tourner un peu, de voir le panel, donc c'est vrai que les 2 -3 premières années c'est pas mal* » E5
« V*ous le visiteur médical vous trouvez qu'il vous apporte très peu …*
- *sauf quand c'est un nouveau médicament !*
- *ah, quand c'est un nouveau médicament …*
- *ah oui, sinon qui vous apporte ? À part via le laboratoire ? Voyez le [médicament X], personne nous l'a présenté, on l'a découvert on avait envoyé un patient pour hypercalcémie personne ne nous l'avait présenté !* » E9

« C'est souvent comme ça qu'on fait connaissance avec un nouveau médicament, quand c'est pas le labo, on découvre sur l'ordonnance d'un spécialiste ou de l'hôpital »E9

Par ailleurs, certains médecins considèrent que malgré sa part commerciale, l'information apportée au cours de la visite médicale est de bonne qualité.

« *[La qualité de l'information apportée par les visiteurs médicaux] en principe elle est bonne, parce que ce sont des gens qui sont entrainés à cela, donc qui sont préparés et en plus qui ont un certain entraînement vis-à-vis des professionnels de santé, je n'ai jamais rencontré de présentation nulle, jamais, moyenne oui ça peut arriver mais nulle non ! C'est toujours bien !* »E10

Cette information est présentée comme accessible et adaptée aux besoins des médecins, et parfois utilisée comme une *alternative* à la formation médicale continue (FMC) :

« *Ce qui est important pour le médecin c'est que ça soit rapide, concis, qu'on aille droit au but, que ça ne s'éternise pas, voilà, ça c'est important mais c'est de bonne qualité oui* »E10
« *C'est vrai que la FMC je peux pas en faire si souvent que ça donc j'avoue que j'aime bien que les labos viennent* » E2

Beaucoup de médecins ont parlé d'un « effet starter » : la visite médicale est vue ici comme un moyen d'être tenu au courant, « *ça donne le starter pour aller faire une recherche* » E8.
Cet effet a été retrouvé dans la majorité des entretiens :

« Vu que j'y connaissais rien ça m'a fait potasser » E1 « le gars me le présente, j'écoute, après je vais voir sur internet exactement ce qu'il en est, la composition »E4 « ça nous faisait penser à aller chercher la nouveauté »E6
« On m'a donné la plaquette, j'en ai pris connaissance et puis ensuite je suis allé voir dans mon Vidal. » E7
« C'est intéressant, le labo va vous dire un truc, ça donne le starter pour aller faire une recherche et se dire qu'hier on m'a parlé de ça, est-ce que c'est vrai, est-ce que c'est pas vrai ? » E8

Un effet de rappel a aussi été évoqué *« et là les représentants de labos viennent nous rappeler qu'il y a d'autres possibilités et puis voilà je peux peut être essayer de changer et effectivement améliorer » E2.*

b) La sociabilité professionnelle :

Par le biais de la visite médicale, les médecins se voient invités à des réunions médicales. Ces réunions sont une opportunité pour créer des liens, pour construire et entretenir un réseau professionnel.

*« il y a toujours des trucs à tirer, ça permet de rencontrer des collègues, même si le labo va un petit peu payer pour vendre son truc ça permet de voir un truc quoi ! » (*E1*)*
*« ça m'a permis aussi un peu de découvrir le monde extérieur et les correspondants, il fallait que j'aille aux formations des labos, découvrir, rencontrer des gens »*E5

c) Les apports autres qu'informationnels

Le lien social

Les apports de la visite médicale ne se limitent pas à l'information véhiculée. Le rapport au représentant en tant qu'être humain a une place primordiale.

« c'est devenu un copain »E3 « une petite nana »E3 « forcément on joue sur le lien affectif qui a pu se créer, le lien amical avec le praticien pour vendre son produit »E7 « il y a des gens avec qui vraiment on veut faire plaisir plus que par rapport au produit, à produit équivalent hein, donc vraiment le lien affectif amical est fort et il va y avoir un retour du médecin, après il y en a d'autres où on écoute sans qu'il y ait vraiment un fond important. »E7

Une minorité des médecins reconnait apprécier les avantages matériels offerts par les visiteurs médicaux. Ceux ci verbalisent un désaccord violent avec la loi anti cadeaux, qui est vécue comme exagérée, détestable.

« [Les voyages sponsorisés par les labos] *je l'ai fait une fois ou deux parce que je pouvais amener ma fille qui était étudiante. J'ai dit moi je veux bien, mais si ma fille peut venir.* » E3
« l'interdiction des voyages est abusive »E10 « on se rencontre, on trouve un sponsor pour se réunir, pour payer le repas le soir, c'est un laboratoire donc, ça peut être n'importe quel laboratoire, on a nos petites habitudes, c'est Astra Zeneca, c'est GSK … peu importe »E10
« on apprécie d'être dans des endroits qui nous changent un peu, un peu select, là ça se passe au Negresco, c'est bien, moi j'avoue il y a le côté aussi accueil qui est important, il y a le côté aussi de rencontrer des confrères et discuter un peu avec eux parce qu'on ne se voit pas beaucoup c'est vrai et sinon sur le plan organisationnel, technique, c'est bien fait »E10
« ça casse pas trois pattes à un canard que d'aller manger au restaurant à côté […] il y a une exagération là-dedans qui est détestable ! »E10

L'effet « répit »

Le temps de la visite médicale est parfois assimilé à un temps de pause *« c'était tellement fou là haut que ça me faisait du bien de discuter avec un laboratoire [pratique intensive en milieu rural]»*E3

Enfin, les outils de la visite médicale peuvent être considérés comme des objet contraphobiques, permettant une certaine réassurance face aux difficultés qu'on peut être amené à rencontrer « *dans mon 2e tiroir j'ai tous les trucs que les labos me filent donc c'est vrai que si un jour j'ai un truc à regarder…* »E1

d) Le rôle des contraintes personnelles et professionnelles :

Plusieurs médecins ont mentionné leurs contraintes personnelles ou professionnelles comme justification à leur comportement. Certains médecins relient directement ces contraintes à leur choix en terme de source d'information.

« Les FMC j'ai vraiment pas le temps » E1
« moi je suis en rupture un peu avec tous les systèmes de formation parce que cela me fait partir du bureau à l'extérieur parce que j'ai une charge de travail qui s'est grandement augmentée par des soucis financiers extérieurs »E7 « Puisque le visiteur médical représente ma première source de connaissance d'un nouveau produit, je vais l'écouter, quel que ce soit son caractère, quelle que soit sa façon de faire, et si j'ai un lien affectif amical ou si je n'en ai pas » E7
« Là ça va on est tranquille, il n'y a pas beaucoup de patients mais quand on a eu des grosses journées, sortir le soir pour aller en congrès des fois on n'en peut plus quoi ! »E10

La visite médicale présente une fonction instrumentale, notamment via l'économie du raisonnement : *« Quand vous êtes harassé de boulot, que vous avez plus l'esprit critique que vous avez des problèmes parce que votre femme vous fait chier, que le gars arrive et vous dit « vous savez maintenant vous réfléchissez plus hypertension artérielle voilà le médicament qu'il faut » vous le notez et vous le prescrivez le lendemain » E4*

D'autres médecins ont donné l'impression d'être complètement dépassés par la charge de travail que représente l'entretien de leurs connaissances cumulé aux contraintes quotidiennes.

«Ici en France tu dois tout faire avec rien, t'as rien mais démerde toi, médecine générale tiens, c'est 23 euros tu fais tout, le ménage le machin débrouille toi ! »« Secteur 1, le salaire de la misère ! » E5
*« [Les visites à domicile] avant j'en faisais, quand j'étais célibataire, mais maintenant que j'ai des enfants je sors plus la nuit, la seule sortie que je peux faire c'est une FMC par mois, une FMC c'est à dire un groupe de pairs »*E9 *« La famille, les enfants, vous verrez comme ça change ! J'ai pas réduit que ma formation, je faisais des visites dans les 4 coins du canton, maintenant j'en peux plus je les refuse. »*E9

2) L'axe des représentations

Le terme de « représentations » donne lui aussi lieu à de nombreuses définitions. Nous avons choisi ici la définition commune : « perception, image mentale dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène du monde dans lequel vit le sujet. »

a) Le contrôle et la capacité de discernement

Les médecins interviewés ont exprimé une confiance en leur capacité de discernement. Ils se sentent capables de contrôle, de « *faire la part des choses* » :

*« Quand on est sensibilisé à être critique on peut aller à n'importe quelle formation on sera armé »*E1 *« [le] côté manipulatoire, je ne suis pas dupe !* » E7 « *On voit de suite si c'est juste une démarche commerciale, moi j'ai l'habitude je vois tout de suite* » E9 « *on garde la maîtrise de nos intentions, notre avis demeure vierge et je pense qu'on ne se laisse pas influencer* »E10 « *si on me présente un produit qui a l'air sympa avec une argumentation derrière oui je suis tenté de le prescrire, avec ou sans restau ou cadeaux ou autres* » E10

b) Les stratégies de protection vis-à-vis des techniques marketing

Pour faire face au risque d'être influencé par la visite médicale, les médecins interviewés mettent en place des stratégies de protection.

Les principales stratégies décrites étaient :
- éviter le contact humain *« je prends seulement leur plaquette* »E1,
- croiser les sources d'information « *je vérifiais l'information apportée parce que j'avais « Prescrire° », on avait les collègues, on avait les spécialistes, on vérifiait quand même l'information apportée* »E6
- limiter le nombre de visiteurs médicaux et la durée de la visite médicale « *un visiteur par semaine, pas plus* »E9 *« très bref, vous le citez c'est tout* »E9
- choisir des correspondants peu prescripteurs *« j'essaye de sélectionner dans mes correspondants des médecins qui ne soient pas interventionnistes* » E1 et E4
- avoir recours à un avis confraternel face aux nouveaux médicaments *« le Pradaxa° j'ai fait attention, j'en ai parlé aux cardiologues avant »*E3
- diminuer le volume global de prescription

c) La visite médicale : une nécessité ?

Certains médecins présentaient la visite médicale comme indispensable à leur pratique. *« Sinon, qui vous informe ? »* E9

D'autres associaient même ce côté indispensable à un sentiment d'incapacité :
« Dès qu'il est parti je me suis senti tellement nul » E1
« On peut pas connaitre tous les médicaments qui sortent […] moi je sais que je suis incapable, je peux pas ingurgiter le Vidal entier je suis pas un extraterrestre » E2
« De toute façon au bout d'un moment … on n'a pas tellement le choix ! Qui est-ce qui a l'argent pour pouvoir tenir un site, l'abonder, le faire tourner… » E5

d) La toute puissance de l'industrie : une époque révolue

Dans presque tous les entretiens, les médecins ont dit avoir remarqué un changement dans la visite médicale : une amélioration de sa qualité et une diminution de sa fréquence. Du fait de ces changements, les médecins estimaient être moins à risque d'être influencés :

« *C'est plus sérieux qu'à une époque » « d'abord il y en a moins qu'à une époque »* E3
« Ils vont pas dire forcément de fautes je pense pas, Il y a eu une époque où ils disaient n'importe quoi maintenant c'est plutôt ciblé » E6
« Il y en a plus ! Il y a plus rien ! » E10 *« Avant les médecins étaient invités à des congrès vous savez en Inde ou très loin, voyages payés avec la femme avec les enfants voire, ça ne se fait plus ça, c'est interdit hein !* » E10

e) La VM comme alternative à la formation médicale continue

La majorité des médecins interviewés considéraient la visite médicale comme une formation. Plusieurs d'entre eux ont exprimé un avis négatif concernant les autres sources de formation à leur disposition. Elles sont décrites comme biaisées, chronophages, inadaptées à leurs besoins. La visite médicale est quant à elle présentée comme une formation pratique et souvent adaptée à leurs besoins.
Dans ce contexte, on peut comprendre que la visite médicale soit appréciée, malgré ses biais.

« Donc le problème de la FMC c'est un peu ça, moi au début j'y allais ensuite j'ai arrêté j'ai dit non mais attends là je suis en train de devenir complètement débile, je perds ce que j'ai appris je le remplace par autre chose qui n'est pas valide parce qu'en pratique ça ne marche pas » E5
« Si vous voulez, pour tout vous dire on s'en fout de ces DPC [développement professionnel continu]» E9

« La formation médicale continue où c'est toujours le diabétologue du coin, c'est indirectement du rabattage c'est très orienté » E5 *« moi je suis pas très formation continue parce que souvent ça change 15 jours après. »* E5
« C'est toujours pareil, vous allez à la formation continue : « ouais le brave petit médecin généraliste, le petit con il comprend rien, il sait rien faire… » Regardez les trucs qu'ils nous proposent moi je les fous à la poubelle ils nous font des trucs la formation continue : l'accompagnement du mourant, le papier du truc, le papi en maison de retraite … » E5

f) La place des institutions

Certains médecins interviewés ont exprimé une piètre opinion des organismes officiels et du gouvernement, qui ont perdu toute leur confiance.
« Tout ce qui est instances officielles derrière c'est noyauté soit par les médias soit par les labos donc je m'en méfie » E4
« La HAS elle a un retard de sept ans en moyenne donc déjà sur les recos de l'HAS par rapport aux recos internationales en général ils sont en retard » E8
« [Le scandale des pilules de 3e génération] Ça c'est encore une histoire pour économiser des sous !» E5

Ces représentations soulèvent la question de l'exemplarité des instances publiques : sans exemplarité, pas de légitimité. Cette notion peut contribuer à diminuer l'impact des recommandations issues des organismes indépendants face aux informations de la visite médicale : s'ils sont considérés comme corrompus, pourquoi privilégier leurs informations vis-à-vis de celles émanant de la visite médicale ?

g) L'image du visiteur médical

Le visiteur médical a été cité comme une source d'information par la majorité des médecins interviewés. Il est considéré comme « *bien formé* » « *béton* » E3 « *rodé* » E10.
Le terme « *petite nana* » E3 est assez instructif quand à l'opinion du médecin concernant le visiteur médical, qui n'est pas vu comme un employé rôdé à des techniques marketing puissantes, mais plutôt comme un individu peu susceptible de le manipuler.

h) La revue Prescrire

La revue Prescrire est le symbole de l'opposition aux laboratoires. Elle est citée à plusieurs reprises, parfois dans le cadre d'une argumentation contre la visite médicale *(« c'est la bonne parole »* E1), ou comme une référence pour le médecin de l'entretien 6 à qui j'ai demandé ce qu'il lisait comme revues et qui m'a répondu « *Prescrire° bien sûr !* » « *Moi je n'ai pas trouvé d'autre revue aussi fiable que Prescrire°* » E6.

Le jugement des rédacteurs de cette revue est souvent jugé « *trop sévère* » E6 et excessif *« Je pense que c'est des intégristes, voilà !* » E3 « *en fait ils prennent tellement le contre-pied qu'ils sont dans l'excès inverse* »E8. Cette critique de l'industrie pharmaceutique est parfois démoralisante ou vécue comme une stratégie commerciale : *« ils sont très critiques, très très critiques, souvent trop, on se dit qu'avec cet esprit là on n'apportera jamais rien* » « *si l'aspirine sortait sous Prescrire° on n'aurait jamais prescrit de l'aspirine à personne* » E6 « *Je trouvais pas d'impartialité dans le système Prescrire° je trouvais que c'est très commercial de casser systématiquement* » E8

Ces désaccords ont amené plusieurs médecins à « *ne pas renouveler* » leur abonnement (E1, E8), et le seul qui est resté abonné l'utilise avec du recul :
« *Prescrire° ne collera jamais au patient que vous avez en face et le labo non plus, c'est vous qui collez à vos patients !* » E6
« *[la visite médicale] ça va être une information qui est partielle et Prescrire° c'est pareil mais dans l'autre sens donc finalement en variant les sources et en ayant un peu de littérature pseudo scientifique* » « *je me fais ma propre opinion* » E8

3) L'axe des valeurs

Le dictionnaire donne la définition suivante du terme « valeurs» : « Ce qui est posé comme vrai, beau, bien, d'un point de vue personnel ou selon les critères d'une société et qui est donné comme un idéal à atteindre, comme quelque chose à défendre.

a) L'indépendance et l'autonomie

Les médecins interviewés ont souvent revendiqué leur indépendance et leur autonomie, aussi bien vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique « *Moi je suis un petit prescripteur et plutôt indépendant.* » E5 que vis à vis des instances officielles ou des collègues. Le verbatim *« je fais ce que je veux »* est revenu à plusieurs reprises (E3, E6, E10). L'esprit critique est une valeur très forte. « *Je trouve qu'ils n'ont pas de critique ils acceptent ils gobent et ils prescrivent je veux pas ça moi !* »E4 (Un médecin homéopathe parlant de la communauté médicale). Il en résulte une acceptation de ce qui est suggéré dans le cadre d'une relation interpersonnelle et un refus de l'imposition par des références extérieures.

« Moi je peux accepter d'une petite nana qui me dit voilà on est en train de lancer un produit, je compte sur vous, est ce que vous pouvez, bon, je dis n'importe quoi, arrêter de prescrire Doliprane° et prescrire Dafalgan°, ça c'est une démarche que je peux accepter. Maintenant je peux pas accepter quelqu'un qui me demanderait arrêtez de prescrire paracétamol et prescrivez que de l'ibuprofène. » E3

b) La bienséance

Il semblerait que recevoir la visite médicale relève parfois de la bienséance (ce qu'il convient de dire ou de faire dans la société, savoir vivre).
L'argument de la politesse a aussi été utilisé plusieurs fois.

« Ils attendent toute la journée » « je suis pas méchant moi » E1
*« Quand on reçoit les labos on les reçoit bien, si on les aime pas on les reçoit pas, ça sert à rien de les recevoir si c'est pour être conflictuel »*E3
*« Moi je les reçois toujours, ils attendent comme les autres ! »*E9

Cette vision des choses contribue à entretenir la relation entre les médecins et les représentants médicaux.

c) La préférence pour le concret, le proche

Il s'agit ici de la construction individuelle de l'expertise pharmacologique : comment les médecins construisent un savoir qu'ils vont ensuite mettre en application. Dans notre échantillon, les médecins ont semblé peu intéressés par les informations émanant des instances officielles et des études scientifiques, mais plus attirés par l'expérience pratique ou des confrères. Cette connaissance empirique paraît plus accessible et plus réelle.

*« Les spécialistes ça nous permet de voir un peu qu'est ce qui marche parce que eux ils ont déjà fait un peu le tamis »*E1
*« Moi ce qui compte pour moi c'est les résultats sur mes patients en termes clinique et biologique »*E3
« Ce que je cherche moi c'est du vécu » « J'ai pas besoin d'avoir 800 cas pour être sûr que la plante agisse parce que moi j'ai du recul ça fait 35 ans que je fais ce boulot ! » E4
« [Quand je participe à des formations médicales continues] je perds ce que j'ai appris, je le remplace par autre chose qui n'est pas valide parce qu'en pratique ça ne marche pas » E5

Un seul médecin a exprimé l'opinion inverse *« le danger c'est de se faire son étude, on n'est absolument pas qualifiés, ça ne serait absolument pas valable de dire que moi j'ai l'expérience de ça, je prescris ça ou ça parce que j'ai l'expérience de ça »*E6

Dans cette logique empirique et de proximité, l'importance accordée à la qualité de l'information issue de la visite médicale est minorée puisque le médecin vérifie lui-même l'efficacité et la tolérance des nouveaux médicaments.

DISCUSSION

Les médecins interviewés ont tenu des propos très divergents quant à la qualité de l'information, tant d'un entretien à l'autre qu'au sein du même entretien. Ils ont tous parlé des apports en termes d'information sur les nouveaux médicaments. C'est le rôle consensuel de la VM, son utilité principale.

L'information via la VM était globalement décrite comme pratique, accessible et adaptée aux besoins de la pratique, comme attendu selon la bibliographie.

Nous avons retrouvé des stratégies de gestion de l'influence, par exemple la vérification systématique des informations apportées par la VM. L'efficacité de ces stratégies n'a pas été étudiée dans ce travail de thèse, mais on peut supposer qu'elles sont peu efficaces puisque toutes les études concluent que recevoir la visite médicale influence nos prescriptions.

Bien que présent dans la littérature, nous ne nous attendions pas à ce que le rôle social de la visite médicale soit aussi important. La VM constitue à la fois une pause dans la routine et un contact humain. Elle permet également de savoir comment procèdent les autres praticiens et de construire son réseau professionnel via la rencontre de confrères lors des évènements sponsorisés.

Notre étude a mis en évidence des mécanismes pouvant contribuer à expliquer les raisons de l'ambivalence des médecins généralistes vis à vis de l'industrie pharmaceutique qui n'avaient pas été relevées par la littérature. Il s'agit du rôle de l'auto-efficacité, du tabou, de la place de l'empirisme, du rapport à l'indépendance et à l'autorité, de la différence entre la conscience des biais et la conscience de l'influence, de l'absence d'autre réponse adaptée à leurs besoins, du degré de passivité vis à vis de la formation continue. Ils sont décrits dans les paragraphes suivants.

Le rôle de la passivité et de l'auto-efficacité :

Recevoir la VM semble être un acte passif tandis que refuser est un acte actif nécessitant un effort d'opposition. Les médecins interviewés ont décrit une attitude passive vis à vis de la visite médicale et parfois vis à vis de leur formation continue en général.

*« Quand il attend depuis une heure et que vraiment j'ai rien à faire »*E1
« Des fois je suis pas d'accord je le dis ! J'ai le tempérament à parler hein ! Alors des fois j'ai pas envie ou j'ai pas le temps, parle toujours…Dans le tas il y a toujours des informations utiles à prendre ! » E3
*« Je laisse faire … j'en pense pas moins mais … je veux pas créer de conflit »*E7

Il en résulte une imprégnation dans la publicité de rappel : le médecin laisse le visiteur médical parler et continue d'accepter son passage.

Pour Bandura, l'auto-efficacité consiste à « s'attribuer la capacité de … ». C'est un sentiment qu'on s'attribue à soi même et qui va engendrer un comportement actif. Si la personne ne s'attribue pas une certaine auto-efficacité elle va plutôt être dans l'inaction. (2)

L'absence de sentiment de contrôle engendre un sentiment d'incapacité qui inhibe l'action. Sur un événement sur lequel un individu n'a pas de sentiment de contrôle, il développe des sentiments de type pessimisme/abandon. En revanche, sur un événement susceptible de contrôle, si on s'attribue le contrôle, on va produire des pensées positives, mettre en place des efforts.

Le sentiment de contrôle qu'on s'auto-attribue conditionne la façon dont on va réagir face à une situation. Il intervient sur nos fonctions cognitives et émotionnelles ainsi que sur l'estime de soi et la qualité de vie.

Il semblerait que chez certains médecins, la relation avec le visiteur médical soit entretenue par le sentiment d'être incapable de faire sans la visite. L'inquiétude face à la diversité des nouveaux médicaments entretiendrait un besoin d'information ciblée sur les nouveaux médicaments, que seuls les visiteurs médicaux sont en mesure d'apporter. Il s'agit là d'une interprétation délicate, mais les verbatim sont assez frappants:

« Quand il est parti je me suis sentie tellement nul ! » E1
*« Il y a tellement de produits sur le marché hein, enfin moi je sais pas vous de votre expérience comment vous ressentez les choses mais moi je sais que je suis incapable, je peux pas ingurgiter le Vidal entier »*E2
« *Les AMM elles changent tout le temps dans le Vidal° ! »*E9

La diversité de l'offre médicamenteuse et la multiplication des médicaments donne aux médecins l'impression de ne jamais être suffisamment au point et alimente leur sentiment d'avoir besoin de l'information de la visite médicale. L'industrie pharmaceutique façonne un sentiment de besoin de VM et un sentiment d'incapacité du médecin qui contribue à rendre légitime la VM, bien qu'il ait conscience de la démarche commerciale.

Il s'agit bien sûr d'une illusion, d'un faux besoin comme s'il fallait engranger des fiches et du savoir parce que « un jour je vais en avoir besoin ». Cette approche s'oppose à celle universitaire d'acquisition de grandes compétences permettant de trouver l'information : « le jour où j'aurais besoin de l'information, je vais aller la trouver »

Nous nous sommes aperçus que cette observation peut être rapprochée du concept d'empowerment que les médecins utilisent en « éducation thérapeutique ». L'empowerment consiste à inciter le patient à se réattribuer ce sentiment de contrôle pour qu'il agisse lui-même sur sa maladie. Ces résultats laissent supposer que des stratégies d'empowerment (appliquées cette fois aux médecins) pourraient restaurer le sentiment d'auto-efficacité de certains médecins et les aider à décider de ne plus recevoir la visite médicale.

Le « tabou »

Les médecins interviewés ont tous semblé gênés de parler de leur rapport à la visite médicale. Cela s'est manifesté par un discours saccadé, interrompu par des instants de réflexion pour peser leurs mots, et des répliques sur la défensive « *les médecins sont pas des vendus, c'est pas vrai !* » E10. C'est un sujet sensible, lourd de craintes cachées (peur de passer pour un « *vendu* », de perdre son indépendance). D'ailleurs, les médecins ont réaffirmé à plusieurs reprises leur indépendance immédiatement après que soit abordé le sujet de la visite médicale, comme s'ils devaient se défendre.

Les médecins sont recrutés en première année sur des critères scientifiques et sont habitués à avoir à répondre à des questions fermées, oui/non, pronostic, traitement, alors que la question de notre relation à l'industrie relève d'une réflexion plus profonde et plus complexe, faisant intervenir notamment le système de valeurs.

Mon hypothèse est que le tabou contribue à maintenir certains médecins dans cette ambivalence via l'absence de discussion et de questionnement sur notre système de valeurs comme s'ils se disaient « oui, je sais que ça peut nous influencer, mais non, je ne me pose pas plus de questions parce que c'est pas un stylo qui va me faire prescrire un mauvais médicament ». Il est mal vu de se poser des questions de cet ordre. Cette hypothèse est appuyée par les excuses proférées en fin d'entretien par plusieurs médecins, pour avoir « divagué » alors que l'entretien avait été à mon sens très intéressant.

L'institut de sondages Ipsos s'est d'ailleurs trouvé confronté au même « tabou » au cours de leur étude sur la certification de la visite médicale, puisqu'ils ont dû reformuler leur phrase d'introduction « je vous appelle dans le cadre d'une enquête sur l'information sur le médicament et en particulier la visite médicale. Auriez-vous quelques minutes à me consacrer ? » en « je vous appelle dans le cadre d'une enquête sur l'information sur le médicament pour une institution de santé. Auriez-vous quelques minutes à me consacrer ? » au bout de seulement 15 jours. (13)

J'ai moi même fini par être presque contraint de respecter ce tabou dans ma vie professionnelle. En effet, j'étais au début plutôt fier de mon sujet de thèse et j'en parlais volontiers, mais j'ai été confronté à plusieurs reprises à des comportements agressifs de la part de mes confrères étudiants ou supérieurs hiérarchiques. Ils se justifiaient de leur indépendance et dénigraient mon sujet. J'ai d'abord pensé que ma formulation maladroite (influence, ambivalence, industrie pharmaceutique) avait tendance à vexer mes collègues qui se sentaient visés. J'ai donc commencé à éviter d'aborder le sujet moi même. Un jour, dans la même journée, deux personnes m'ont demandé le sujet de ma thèse. J'ai répondu qu'elle portait sur « la relation au visiteur médical » et j'ai eu immédiatement pour réponse « c'est pas vrai, on se fait pas acheter » et « moi par exemple je les reçois, c'est pas pour ça que je vais prescrire toutes leurs conneries ». J'ai alors décidé de ne plus en parler sur mon lieu de travail. Quand on me demandait le sujet de ma thèse, je répondais « je fais du quali sur les sources d'informations en médecine générale ». Cela a mis fin à ces débats.

La place de l'empirisme et la logique du proche

A une exception près, tous les médecins interviewés accordent une confiance importante à leur expérience personnelle. Certains médecins semblent être dans une logique expérientielle *« Moi ce qui compte pour ma pratique quotidienne c'est les résultats que j'ai sur les retours de mes patients en termes cliniques et biologique »* E3 ou « *arrive un nouveau médicament, on va chercher l'information et on l'essaye. Tant qu'on l'a pas utilisé soi même, on ne peut pas en parler »* E3.

L'expérience personnelle a bien sûr une place dans l'EBM (Evidence Based Medicine), décrite par Sackett. Pour lui, la décision doit être fondée à la fois sur l'expérience du clinicien, les données de la science et le patient. (21)

Pourtant, on remarque parfois un déséquilibre, le patient et les données de la science étant reléguées au deuxième plan par rapport à l'expérience personnelle du clinicien.

« Moi je vois mes patients qui sont depuis des années sous d'autres traitements, et que ça va très bien ! Alors après les études … » E3

« Des cohortes de résultats ça ne m'intéresse pas » « Je n'ai jamais vu un mec arriver en me disant voilà j'ai essayé ça et ça a pas marché » E4

Avec cette part importante accordée à l'expérience personnelle, le visiteur médical prend une place primordiale, puisqu'il apporte une information nouvelle (effet « starter ») que le praticien pourra vérifier sur le terrain. Les biais inhérents à la visite médicale deviennent dès lors moins importants.

Idem pour la logique du proche exprimée par les médecins des entretiens 1, 3 et 4 au travers de l'expérience personnelle, des confrères et de la préférence pour le médicament français E3

« Il y en a comme ça qui lisent tout, qui ont un côté super critique. Moi j'y arrive pas. Il faut coller à ces gens-là, moi c'est ce que je fais » E1

« C'est le laboratoire [X], produit français, cocorico ! Pourquoi on va acheter des médicaments étrangers alors qu'on a des bons produits français ? » « J'en parle à des copains, des collègues et puis je vais tester » E4

On peut cependant s'interroger sur la confiance de ces médecins en l'empirisme : croient-ils vraiment comme ils l'affirment que leur expérience d'un médicament sur un ou deux patients leur permet d'avoir une opinion sur un médicament? Ce comportement de vérification sur le terrain est peut être une façon de se rassurer ou de justifier ses choix, dans un contexte de médecine générale où le doute est omniprésent.

Le rapport à l'indépendance et à l'autorité

Les médecins interviewés ont affirmé leur indépendance à plusieurs reprises. Vis à vis de l'industrie pharmaceutique, mais aussi vis à vis du gouvernement, de la Haute Autorité de Santé et des commissions de choix du prix des médicaments. Ces « grandes instances », symboles d'une certaine autorité sont parfois décrites comme arriérées « *la HAS elle a toujours sept ans de retard* » E8 voire même « *noyautées* » E4. On remarque un enkystement parfois ancien dans cette relation conflictuelle. Dans ce contexte de perte de confiance et de rupture, on peut comprendre que la loi anti cadeaux ou les rapports du sénat incitant à plus d'indépendance soient mal acceptés.

Les visiteurs médicaux s'inscrivent dans cette démarche puisqu'ils suggèrent plutôt qu'ils n'imposent alors que les institutions publiques s'inscrivent plutôt dans une démarche d'interdiction qui semble mal vécue.

La seule réponse disponible à un certain besoin :

Le VM répond à un réel besoin dont le MG ne peut pas se passer, malgré sa conscience des biais : une information claire, accessible, pratique, « prêt-à-porter ».

Certains professionnels ont fait état de l'arrêt de leur formation continue suite a des contraintes professionnelles, familiales ou financières. Plusieurs d'entre eux n'ont pas semblé satisfaits de leurs conditions de vie, à la fois sur le plan personnel et professionnel. La littérature estime d'ailleurs que le « burnout » des médecins est fréquent : si seulement 1 à 4% des médecins présentent un syndrome d'épuisement professionnel complet, 75% d'entre eux présentent au moins une des 3 atteintes du burnout (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, altération de l'accomplissement personnel) (8). Cet état pourrait contribuer à l'apparente contradiction entre une opinion défavorable à l'industrie pharmaceutique et un comportement plutôt favorable, presque contraint. « *Puisque le visiteur médical représente ma première source de connaissance d'un nouveau produit, je vais l'écouter, quel que ce soit son caractère, quelle que soit sa façon de faire* »E7

Le visiteur médical apporte aussi une pause humaine dans un univers souvent vécu comme hostile (à la montagne où il ne voit jamais ses enfants, au cabinet où les patients s'enchainent, face aux lourdes responsabilités etc.).

La conscience des biais de la VM n'est pas synonyme de conscience de l'influence sur soi.

Les médecins interviewés ont exprimé à l'unanimité des réserves quant à la qualité de l'information dispensée au cours de la VM. Pour autant, tous n'ont pas reconnu le risque d'influence. Parmi eux, un seul médecin estimait être lui-même sujet à cette influence.

La part commerciale de l'information présentée est bien identifiée et verbalisée, mais on retrouve une notion de contrôle. Ce contrôle passe par le nombre de visiteurs médicaux par semaine, la durée de la visite et la confiance en ses capacités de discernement « *quand on est sensibilisés à être critiques on peut aller à n'importe quelle formation on sera armés*» E1.

Ces résultats suggèrent, comme l'étude « Prescribers and pharmaceuticals representatives : why are we still meeting ? » (10) que malgré la conscience des biais de la visite médicale, les médecins n'ont pas pleinement conscience de l'influence qu'elle peut exercer sur leurs prescriptions.

Selon la littérature, cette sensation de contrôle est une illusion puisque le simple fait de recevoir la visite médicale conduit à des modifications dans nos prescriptions. Elle n'a donc non seulement aucun effet protecteur, mais elle maintient le médecin exposé à la publicité de rappel.

La théorie de la dissonance cognitive

La dissonance cognitive (DC), décrite par Festinger en 1957 (9) est un concept de psychologie sociale. Il correspond au sentiment désagréable que l'on ressent en présence de cognitions discordantes (sentiments, comportements, valeurs), par exemple une militante anti avortement qui finalement devrait avorter.

Le postulat de Festinger est que ce sentiment est « motivant », c'est à dire que, comme la faim ou la soif, il va pousser l'individu à mettre en place des stratégies visant à diminuer ce sentiment. On parle de réduction de la dissonance cognitive. Ces mécanismes, le plus souvent inconscients, ont été étudiés et sont au nombre de quatre.

Le plus fréquent est la « rationalisation cognitive », qui consiste à trouver après coup une explication rationnelle à notre comportement « dissonant ». Ce mécanisme de réduction de la dissonance cognitive peut aussi engendrer un « réajustement des valeurs », par exemple changer d'avis sur la visite médicale, en estimant que finalement ce n'est pas si grave d'accepter un cadeau.

Les autres mécanismes de réduction de la dissonance cognitive sont la rationalisation comportementale (adopter un 2e comportement allant dans le sens du comportement problématique), la trivialisation (dévaloriser son comportement problématique ou l'attitude initiale, n'accorder que peu d'importance au comportement réalisé) et la modification du

support social (s'entourer de personnes qui pensent comme soi). Des définitions plus précises et des exemples sont disponibles en annexe 4.

La problématique "pourquoi continue-t-on a recevoir la VM alors qu'on sait qu'elle nous influence ? » peut donc se décomposer en deux sous questions : « pourquoi adoptons nous un comportement qui nous expose à l'influence ? » (Axe de l'influence) et "pourquoi adopte-t-on un comportement alors qu'on a un discours/une attitude défavorable ?" (Axe de l'ambivalence).
La réponse à la première question pourrait être « parce que ça nous apporte autre chose de plus important ou en tout cas à quoi on apporte un poids plus fort ».
La réponse à la 2ème question fait entrer en jeu le concept de dissonance cognitive.

Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle la théorie de la dissonance cognitive peut expliquer la discordance entre l'opinion des médecins généralistes vis-à-vis de la visite médicale et leur comportement. Les médecins continueraient à entretenir des relations avec les visiteurs médicaux malgré leur opinion défavorable du fait d'existence de stratégies inconscientes de réduction de la dissonance cognitive.

On peut poser l'hypothèse que du fait des stratégies inconscientes de réduction de la dissonance cognitive, les médecins recevant la visite médicale atténuent leurs cognitions défavorables à la visite médicale. Ils se trouvent des justifications (rationalisation consonante) d'où un certain « confort cognitif » expliquant qu'ils continuent à avoir un comportement en apparence aberrant. Cette hypothèse est appuyée par le fait que l'exposition à la visite médicale dans les études de médecine est importante et précoce. (4) Les stratégies de réduction de la dissonance cognitive ayant tout le temps de se mettre en place et de s'enkyster.

Mon guide d'entretien initial était très axé sur l'influence (influence des pairs, situations d'incertitude où on est plus sensible à l'influence...) et moins sur l'exploration de la dissonance cognitive. Je l'ai donc réajusté pour explorer cet axe via l'évolution dans le temps de l'opinion vis-à-vis de la VM et en pointant du doigt l'ambivalence exprimée par l'interviewé en fin d'entretien (afin de minimiser le risque de réaction défensive face à un inconnu qui pose des questions embarrassantes).

Malheureusement, mon étude se prête mal à l'étude de la dissonance cognitive car le protocole a été initialement rédigé sans tenir compte de ce concept et n'a donc pas permis d'explorer convenablement cet axe. De plus, ma méthode est *inductive* et pas *déductive*, c'est à dire que l'objectif n'est pas de vérifier une hypothèse mais d'en créer.

On voit malgré tout certains modes de réduction de la DC se profiler mais ça reste du domaine de l'interprétation.

Par exemple, dans l'entretien 1, un état de dissonance cognitive est retrouvé chez ce médecin qui se décrit comme petit prescripteur, ne recevant pas les visiteurs médicaux, alors qu'au cours de l'entretien, on comprend qu'il lui arrive régulièrement d'en recevoir.

Ce sentiment de dissonance est rapidement réduit par un mécanisme de rationalisation cognitive : *« Les seuls que je reçois c'est les médicaments que je prescris mais bon c'est pas très intéressant pour celui qui vient le vendre*». Cette phrase ressemble plus à une tentative pour rendre légitime son comportement qu'à un argument réfléchi.

On remarque aussi un phénomène de trivialisation « *En fait quand on est sensibilisé à être critique, on peut aller à n'importe quelle formation on sera armé* » c'est à dire que le discours est plus modéré, moins tranché qu'au début (« *moi je les refuse* »).

Enfin, un mécanisme d'attributions externes permet de rejeter la responsabilité ailleurs : « *ici il y a pas de formations aussi bien qu'à Paris* ».

Dans l'entretien 4, l'interviewé reçoit la visite médicale alors qu'il exprime une opinion plutôt péjorative « *faut pas compter sur le labo pour l'information* ». Il décrit une évolution de son attitude, qui aurait évolué plutôt dans le sens de l'acceptation des VM : « *J'étais pas très très labo avant, je me méfiais beaucoup d'eux* ». On peut imaginer que c'est le produit d'une dissonance cognitive ancienne résolue par trivialisation (diminution de la dissonance cognitive en minimisant la cognition initiale « je suis contre la VM » et en affirmant que l'important c'est de résoudre le problème du patient, de « coller au patient ».

On peut aussi supposer un mécanisme de rationalisation cognitive quand il justifie son comportement : *« non ce n'est pas contradictoire [de recevoir la visite médicale et de lire Prescrire°] parce que si on ne se fie qu'à « Prescrire° » paradoxalement on perd l'esprit critique aussi parce que vous ne voyez que ce qui est apporté par le côté opposé. »*

Dans l'entretien 5, on peut supposer une rationalisation cognitive avec des attributions externes (dénigrement des sites web français, « *de toute façon on n'a pas le choix* ») et peut-être un mécanisme de trivialisation. Il présente une attitude clairement défavorable « *ils vendent ça comme des chaussettes* » « *les sites web c'est financé indirectement par les labos* » qui devient plus nuancée quand on le met face à son comportement « *Saint Louis, Paris, c'est quand même la référence* ».

Le médecin de l'entretien 7 dit à plusieurs reprises qu'il ne se comporte pas comme il le souhaiterait. D'abord vis-à-vis de la visite médicale qu'il reçoit car elle est sa seule source d'information à cause de contraintes financières puis quand il parle de l'échec de son projet de monter un groupe de médecins. Ces justifications peuvent également être interprétées comme un mécanisme de rationalisation cognitive.

Je n'ai pas réussi à déterminer si le « tabou » correspond à une norme sociale ou à une conséquence de la dissonance cognitive. Parler de la relation au visiteur médical fait ressortir le sentiment dissonance cognitive, induit un malaise qui mène à changer de discussion. On pourrait presque parler d'un 5e mode de réduction de la dissonance cognitive.

De même, j'ai eu du mal à me positionner quand au rôle de la démarche EBM décrite par les médecins des entretiens 6 et 8. Cette démarche consiste chez eux à recevoir la visite médicale malgré la conscience de ses biais, à l'intégrer dans un système comprenant plusieurs sources d'informations et ensuite à adapter les informations au patient. Ce procédé peut être vu comme un moyen de « faire sauter le verrou» de la dissonance cognitive en mettant à plat les motivations à prescrire et en choisissant en connaissance de cause.
Pourtant, ce mécanisme mène finalement à un comportement d'exposition délibérée à des techniques marketing dont l'efficacité et la nocivité ont été démontrées. On peut donc légitimement se demander si chez ces médecins, cette démarche EBM n'est pas plutôt un moyen de rendre légitime leur comportement et donc un mode de réduction de la dissonance cognitive.
On peut se poser la même question concernant la foi en l'empirisme de certains médecins interviewés : croient ils vraiment que leur expérience d'un médicament sur un ou deux patients leur permet d'avoir une opinion sur la molécule ou cette expérimentation est elle une tentative de justification ?

Ce genre d'observations se répète au cours des différents entretiens, mais il n'est pas possible d'affirmer avec certitude le degré de dissonance cognitive ressenti par les médecins, ni son retentissement.

Nous avons donc choisi de ne pas utiliser ce cadre théorique pour catégoriser les thèmes, car l'objectif de l'étude n'était pas d'investiguer la dissonance cognitive, de démontrer son existence ni d'étudier la réaction des médecins généralistes vis-à-vis de cet état de dissonance, mais bien un protocole exploratoire. La dissonance cognitive est seulement un des résultats, une des composantes qui contribuent à maintenir certains médecins dans une situation de discordance entre l'opinion qu'ils expriment et leur comportement.

La DC en médecine générale mérite d'être explorée plus avant par un protocole quantitatif cette fois, afin d'évaluer le niveau de dissonance cognitive présent chez les médecins et son impact sur leurs valeurs et leurs représentations.

Ce concept permet d'expliquer *comment* font les médecins pour conjuguer la visite médicale et sa critique, mais elle n'explique pas *pourquoi*. Pour Festinger, nos comportements *ne sont pas rationnels*. Il affirme que « *l'homme est un animal rationalisant* » c'est-à-dire qu'il agit puis il donne un sens dans un second temps à son comportement.

Nos résultats nous ont poussé à émettre l'hypothèse selon laquelle l'imprégnation de la visite médicale dès l'entrée en médecine fait le lit de cette relation, qui sera ensuite maintenue par tous les mécanismes décrits dans les chapitres précédents. Cette hypothèse est appuyée par l'étude américaine de 2013 qui conclut que l'interdiction des cadeaux des firmes à l'université conduit à une amélioration des prescriptions des médecins, qui persiste plusieurs années après leur installation (16).

Comparaison des résultats à ceux de la littérature :

Selon l'étude anglaise «Understanding why GPs see pharmaceutical representatives» publiée en 2003, (20) les médecins généralistes recevaient la visite médicale pour six grandes raisons : la commodité et la disponibilité des informations sur le médicament ; la légitimité des représentants en tant que vecteur de l'information ; la courtoisie ; la remise de cadeaux et le sponsoring (minorité) ; l'échange social et intellectuel (une pause dans la routine) ; les normes organisationnelles et culturelles. Le tout présenté dans des termes neutres et légitimes. Les médecins généralistes étaient clairement au courant de l'influence que les visiteurs pouvaient exercer sur la prescription mais se considéraient eux-mêmes « immune from pressure ».

Pour contrer la pression marketing tout en évitant la confrontation les médecins avaient élaboré des stratégies : induire en erreur le représentant sur leurs intentions de prescription future ou écouter passivement. Dans la plupart des cas de prescription d'un nouveau médicament les médecins utilisaient une deuxième opinion ou d'autres sources avant de prescrire.

Cette étude traite de la même problématique que la nôtre mais dans un contexte complètement différent, dans un système de santé organisé différemment, il y a dix ans et dans un autre pays. Pourtant, certaines similitudes sont frappantes. Les six grandes raisons de recevoir la visite médicale ont toutes été citées par les médecins que nous avons interviewés. Certains verbatim sont étonnamment ressemblants : «*just because I have a pen with the name of a drug on it doesn't mean I'm going to prescribe it* » (Angleterre il y a 10 ans) / « *c'est pas le stylo qui fait l'ordonnance c'est moi !* » (France aujourd'hui) ou « *sans les labos, nous les médecins généralistes on serait laissés pour compte* » (Angleterre il y a 10 ans) / « *quand c'est pas le labo qui nous le présente, on le découvre sur l'ordonnance d'un patient qui sort de l'hôpital. Si les labos nous le présentent pas, qui nous en parle ?* » (France aujourd'hui).

La réponse à un besoin est particulièrement frappante dans le verbatim suivant, traduit de l'étude anglaise « *Vioxx°, je l'ai prescrit en me basant sur ce que le labo m'avait dit parce que l'information avait l'air raisonnable et c'était un domaine où je sentais bien que j'avais particulièrement besoin d'une nouvelle alternative* ». Pour mémoire, Vioxx° a fait un scandale semblable à celui du Médiator° un an après la parution de l'étude.

Contrairement aux résultats de cette étude, les médecins de notre échantillon n'utilisaient pas de termes « neutres et légitimes » pour parler de la visite médicale. La grande majorité des médecins interviewés a semblé gênée d'aborder ce sujet. Cette observation laisse supposer que les mentalités ont évolué récemment, le thème du changement d'époque étant revenu dans tous les entretiens : les visiteurs sont moins nombreux, et les recevoir est devenu « mal vu ».

Une étude américaine plus récente intitulée « prescribers and pharmaceutical representatives : why are we still meeting ? », publiée en 2009 (10) concluait que la majorité des médecins est persuadée que l'interaction avec le visiteur médical bénéficie aux patients et que malgré les études, soit ils ont confiance soit ils se sentent équipés. Ces résultats sont convergents avec les nôtres : avoir conscience des biais de la visite médicale ne signifie pas avoir conscience de son influence sur nos prescriptions et l'estime accordée au représentant médical est souvent meilleure que celle de l'industrie.

Une étude qualitative américaine publiée en 2007 (7) conclut que les médecins sont en situation de dissonance cognitive et que, pour réduire cet état de dissonance cognitive, ils utilisent des processus psychologiques de déni et de rationalisation : éviter de penser au conflit d'intérêt, nier que les relations avec l'industrie affectent l'attitude des médecins, nier leur responsabilité, énumérer des techniques pour rester impartiaux et dire que rencontrer les visiteurs médicaux apporte un bénéfice aux patients. Les termes utilisés par les auteurs de cette étude sont engagés et peu objectifs (déni, nier). Toutefois, ces mêmes signes de dissonance cognitive sont observés dans les verbatim que j'ai recueilli.

Les limites de notre étude

A) les moyens mis en œuvre :

Pour des raisons de faisabilité et pour répondre à notre démarche exploratoire, nous avons réalisé seulement 10 entretiens, desquels nous n'avons pas pu extraire de résultats « extrapolables ». Ce nombre d'entretiens est malgré tout adapté à l'objectif fixé, qui n'était pas d'obtenir des résultats extrapolables, mais bien une démarche exploratoire.

Ces premiers résultats requièrent donc une interprétation prudente et leur approfondissement dans des études futures.

Il a été décidé de réaliser des entretiens prolongés mais peu nombreux, estimant que pour un sujet délicat, il valait mieux faire 10 entretiens de 50 minutes que 20 entretiens de 25 minutes, plus superficiels, pour éviter les banalités, et prendre le temps de gagner la confiance de l'interviewé.

L'interviewer, interne en médecine générale que je suis, n'avait aucune expérience en termes de recherche qualitative. Ce biais a été compensé autant que possible par la mobilisation de personnes ressources et de la lecture d'ouvrages de référence en recherche qualitative (3) (6) (15).

Pour des raisons de faisabilité, nous avons décidé de nous limiter au rapport des médecins généralistes à la visite médicale plutôt qu'à l'industrie pharmaceutique en général et toutes ses

sources d'influence (publicité en officine, congrès, revues médicales et formations financées etc.). Ce choix est justifié car la visite médicale représente le principal moyen de promotion du médicament en termes de moyens (75% du budget promotionnel de l'industrie pharmaceutique selon le rapport de l'IGAS) et en termes d'efficacité. (13)

Dans le même souci de faisabilité, nous nous sommes limités aux médecins généralistes des Alpes Maritimes, en estimant qu'interviewer des médecins d'autres départements ne ferait vraisemblablement pas ressortir d'éléments nouveaux.

B) L'échantillon :

Notre échantillon était de faible effectif.

Il ne comprend que peu de femmes et assez peu de médecins ruraux (6 médecins urbains, 2 semi-ruraux et 2 ruraux). Il ne comprend aucun maître de stage universitaire (MSU). Interviewer un MSU aurait peut être permis d'obtenir des données originales mais le mode de recrutement ne l'a pas permis.

Il était difficile de savoir si les médecins interviewés étaient de petits, moyens ou gros prescripteurs puisque nous n'avions pas accès au volume de prescription des médecins interviewés mais deux d'entre eux semblaient être de gros prescripteurs, et plusieurs d'entre eux se définissaient comme de petits prescripteurs.

Il a été décidé de masculiniser les verbatim et de ne pas présenter le sexe des interviewés afin de préserver leur anonymat. Si ce procédé constitue un biais évident, il ne change pas les conclusions de l'étude, puisque l'échantillon est délibérément non représentatif et qu'aucune extrapolation à la population générale n'est réalisée.

C) La méthode :

Il existe d'autres méthodes de recherche que celle qui a été choisie. Elle a pourtant été choisie délibérément pour répondre à notre objectif exploratoire.

Pour autant, comme toute méthode, celle-ci a certaines limites : sa part subjective liée à la création de la grille d'analyse par le chercheur ; les biais liés à l'intervieweur (ce qui émane de lui dans l'interaction sociale et la désirabilité sociale qui en découle) ; l'impossibilité de tirer des conclusions définitives ou de généraliser les résultats à la population générale.

En dépit de ces inconvénients, cet outil a sa pertinence dans ce contexte puisqu'il permet de faire émerger de façon libre et spontanée les grandes lignes des raisons invoquées par les médecins pour recevoir la visite médicale.

D) Le flottement d'objet :

Enfin, il a été traité d'un sujet de psychologie sociale (les interactions entre les individus, la démarche persuasive, l'influence) appliqué au domaine médical avec des outils de sociologie (l'étude qualitative par entretiens semi dirigés). Ce flottement entre les 3 disciplines a été à l'origine d'un travail ne répondant ni aux canons de recherche en médecine, ni à ceux de recherche en sociologie ni à ceux de psychologie sociale. Il en résulte des difficultés méthodologiques et d'analyse des résultats.

Toutefois, cette caractéristique constitue à la fois la faiblesse et l'originalité de ce travail.

Les points forts :

En dépit de toutes les précautions que requièrent l'interprétation et les conclusions d'une telle étude, son intérêt tient aux enjeux de la visite médicale et dans son utilisation comme formation continue, décompression, moment de détente et de convivialité.

Selon ma recherche documentaire, c'est la première fois qu'un travail de thèse s'attache à comprendre les raisons de l'ambivalence des médecins généralistes. Si la psychologie sociale s'est attachée à la discordance entre attitudes et comportements depuis déjà de longues décennies, elle est peu étudiée dans notre population et demeure en pratique une question d'actualité dans le quotidien des médecins généralistes.

Investiguer cette relation au cours d'un travail de thèse de médecine générale présente un intérêt épistémologique : la rencontre de trois disciplines séparées par le contexte universitaire et pourtant indissociables sur le terrain que sont la psychologie, la sociologie et la médecine. Cette triple approche a été source de difficultés méthodologiques majeures, mais s'est révélée pour moi riche en apprentissages.

J'ai pu apporter un regard « de l'intérieur ». Mon étude ne s'est pas limitée à ces 10 entretiens, mais elle comprend toute cette phase d'observation participante permise par mon statut d'interne : j'en ai parlé à mes maîtres de stage, mes confrères, à l'hôpital mais aussi dans ma vie privée avec mes proches, un peu comme un chercheur en sociologie qui s'immergerait en permanence dans son terrain.

Ce statut est à la fois un avantage parce qu'il permet une connaissance plus intime du sujet, mais aussi un inconvénient, de par la difficulté de prendre un recul suffisant en étant à la fois juge et partie. Je suis aussi moi-même une partie de mon objet d'étude, peut être la partie la plus importante puisque c'est mon vécu, mes relations et expériences qui ont forgé mes propres valeurs et donc ma subjectivité.

La solution apportée ici était d'utiliser des juges extérieurs non médecins qui ont accepté de relire les verbatim et de donner leur point de vue sur la catégorisation et l'interprétation.

Conclusion :

Au début de ce travail, il a été envisagé d'explorer la question de l'ambivalence en la considérant comme une balance, dans laquelle on mettrait d'un côté les avantages à recevoir la visite médicale, et d'un autre coté les inconvénients. Les inconvénients à recevoir la visite médicale sont bien décrits par la littérature, et la majorité des médecins connaissent ces inconvénients. Qu'est ce qui fait que la balance penche toujours du même côté, celui de l'acceptation de la visite ? Que peut-il bien y avoir de l'autre côté de la balance qui pèse un poids si important ?

Nous avons retenu trois voies explicatives de la discordance entre attitudes et comportements des généralistes face à la visite médicale:

- Les arguments pragmatiques, c'est à dire ce qui fait pencher la balance vers la réception de la visite médicale. La VM représente une information pratique, facile d'accès, répondant à un réel besoin pour lequel peu d'alternatives existent sous forme de formation continue. C'est également l'occasion de rapports humains et d'apports autres qu'informationnels comme par exemple le sponsoring mais aussi la construction de son réseau via la rencontre d'autres spécialistes.

- Une voie explicative qui pourrait relever d'une dimension plus socioculturelle, dans deux registres différents. D'abord ce qui relève du code de relations interpersonnelles : la politesse, la courtoisie, l'accueil de l'Autre. Ensuite ce qui relève de caractéristiques plus personnelles ou professionnelles : les difficultés personnelles et professionnelles et la faible recherche active de formation continue permettent au visiteur médical de prendre un rôle de vecteur d'informations. La confiance en sa propre expérience, en ses capacités de discrimination, l'attachement à son autonomie, la rupture avec les instances officielles et le « tabou » sur la visite médicale contribuent à ne pas remettre ce rôle en question.

- Une voie psychologique qui relève d'un mécanisme de dissonance cognitive, qui maintient le médecin dans son comportement même quand on le met face à son côté paradoxal.

Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle l'imprégnation dans la visite médicale dès l'entrée en médecine fait le lit de la relation médecin/visiteur, qui sera ensuite maintenue par les trois forces décrites ci dessus.

Il n'apparaît pas que les médecins aient besoin d'être mieux informés sur l'objectif commercial de la visite médicale. Cependant ils n'expriment qu'un faible niveau de conscience concernant le niveau de performance des techniques marketing. Apprendre à déjouer ces techniques marketing ne fait pas l'objet d'un apprentissage systématique dans le cursus médical. Les médecins semblent avoir surtout besoin d'une véritable réflexion commune avec les différents acteurs de santé pour trouver des solutions adaptées à leurs difficultés et aux problèmes du terrain, qui soient plus déontologiques que la réception de la visite médicale.

Si ces conclusions reflètent les résultats de mon travail, elles ne peuvent être qu'une étape du cheminement intellectuel. Il faudrait procéder à d'autres études pour confirmer nos hypothèses. Par exemple, l'étude de l'attitude des étudiants vis-à-vis des représentants de laboratoires à différents stades du cursus médical permettrait de savoir si l'exposition à la visite médicale à l'hôpital induit effectivement une modification des attitudes des futurs médecins. Des échelles existent qui permettent de mesurer l'attitude (Thurnstone et Likert) et la dissonance cognitive (Elliot et Devine).

Par ailleurs, il serait intéressant d'effectuer une étude quantitative sur un échantillon représentatif et de catégoriser les médecins en trois groupes : un groupe recevant la visite médicale et exprimant une bonne opinion, un groupe non recevant et un groupe recevant malgré une opinion défavorable (donc potentiellement dissonants), pour connaître leurs proportions respectives puis analyser s'ils sont effectivement en situation de dissonance cognitive par des échelles spécifiques de mesure de la dissonance cognitive et étudier les stratégies qu'ils mettent en place pour diminuer cette dissonance cognitive, ainsi que l'impact que cela a sur leurs prescriptions médicales. Ce serait l'objet d'une recherche en complément des travaux d'Anne Véga (27) qui catégorise plutôt les médecins en cinq classes allant de "pro visite pro médicament" à "anti visite petit prescripteur" selon une échelle où l'ambivalence n'est pas prise en compte.

Les résultats de notre travail conduisent aussi à des questions d'ordre plus sociétal. Nous nous sommes aperçus que le manque de temps pousse certains médecins à choisir la formation la plus simple, pratique et accessible, parfois au dépend de sa qualité, et souvent de manière passive. Le fait que le médecin puisse recentrer sa pratique sur sa motivation à exercer son métier, ses valeurs soignantes et la revaloriser à travers ses compétences et la qualité des soins attendus pour les patients, ne devrait-il pas le conduire à accorder plus d'importance à leur formation continue?

Dans la même optique, serait-il envisageable de mettre en place un accès à l'information indépendant, simple et pratique d'utilisation et d'inciter les médecins à prendre en main leur propre formation, tout en diminuant les contraintes qui pèsent sur eux ? Sur le modèle des médecins qui ont choisi comme source d'information des plateformes de formation sur internet, l'Etat ne pourrait-il pas mettre en place une source d'information simple, pratique et indépendante ? Le prix d'un tel programme serait à mettre en balance avec le coût de la visite médicale : 2 milliards d'euros par an selon le rapport de l'IGAS soit 1 pour mille du PIB français ou 25 000 euros par médecin généraliste et par an. Ces dépenses étant financées indirectement par le contribuable à travers le remboursement de médicaments, ne pourrait-on pas envisager un système où cet argent serait mieux investi ?

Enfin, plusieurs médecins interviewés ont donné le sentiment d'être dépassés par le rythme de travail, les assauts répétés des visiteurs, la rapidité de l'évolution de la science et les difficultés inhérentes à l'exercice difficile du métier mais aussi à la vie quotidienne. Dans ces conditions où l'individu est souvent dépassé, quel sens y-a-t-il à faire assumer à ce dernier la

responsabilité de ses rapports ambigus avec l'industrie pharmaceutique ? Cette problématique ne relèverait elle pas d'un niveau plus sociétal et politique qu'individuel ?

Pour finir, la question de la formation médicale continue pose forcément celle de la formation initiale. L'industrie pharmaceutique y est présente. Sous quelle forme ? Etudier cette question revient à poser celle de la formation médicale continue autrement : en quoi la visite médicale est-elle une piqure de rappel, parfois inconsciente chez le praticien, de ce qui a déjà été inoculé en formation initiale ?

Annexe 1 : premier guide d'entretien

1) La place de la formation initiale et continue dans la prise de conscience de l'influence :

- Alors par exemple, au cours de votre formation initiale, à la fac, est ce que vous pouvez me décrire quelle place tenaient les labos ? […] mais encore ? […] Et vous vous en pensiez quoi ?

- Et depuis que vous êtes installé, ça se passe comment ? Et dans tout ça quel rôle elles jouent les autorités ? (connaissance du manuel OMS ?)

- On parle beaucoup en ce moment de la formation médicale continue, quels sont les médias que vous avez choisis pour entretenir vos connaissances ? […] Que pensez-vous de la visite médicale ?

2) A propos de la visite médicale :

- Quand vous recevez un visiteur médical, qu'est-ce que vous attendez de lui ?

- Combien se présentent à votre cabinet chaque semaine ? Est-ce que parmi eux il y en a avec qui vous avez des relations privilégiées ?

- La dernière fois que vous avez reçu une visite médicale, ça s'est passé comment ? […] et vous qu'est-ce que vous en avez pensé ? […] et vous avez réagi comment ?

- Quelle est votre expérience concernant les congrès médicaux ?

- Vous avez récemment participé à un congrès où l'hébergement était offert / une soirée avec restaurant / une visite médicale, pouvez-vous me dire comment ça s'est passé ? […] Ah bon ? Et vous avez réagi comment ?

3) A propos des anti labos

- Que pensez-vous des magazines qui se vantent d'être indépendants ?

- Quels sont les moyens que vous avez décidé d'utiliser pour rester indépendant ?

- Si ça ne vient pas dans le sujet, citer Formindep, Prescrire° …

- En faisant mes recherches, je suis tombé sur une thèse faite à Grenoble dans laquelle plusieurs internes considèrent se sentir influencés par l'industrie, qu'en pensez-vous ? […]

4) Selon votre expérience, que vous apportent les labos en termes de formation ? ou « de quelle manière les labos contribuent-ils à l'amélioration de vos pratiques ? »

5) «Dans votre expérience, quels sont les moyens qu'a essayé d'utiliser l'industrie pharmaceutique au sens large pour tenter d'influencer vos prescriptions ? »

6) Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez personnellement rencontré pour assurer votre indépendance ?

Annexe 2 : déroulement des entretiens

Les entretiens se déroulaient selon le plan suivant :

1 Arriver en avance, recueillir les premières impressions et les caractéristiques de la salle d'attente.

2 Tester le matériel et débuter l'enregistrement.

3 Remercier de cette participation à la recherche et détendre l'atmosphère par quelques phrases sur le cabinet, la région…

4 Donner l'objectif général de la rencontre :

« Je fais une thèse sur les sources d'informations. L'objectif de cet entretien est de comprendre votre opinion vis-à-vis des différentes sources d'information disponibles en médecine générale. »

5 Expliquer le déroulement et clarifier les consignes :

- C'est un entretien, pas un questionnaire, donc si vous le voulez bien, je vais vous lire une ou plusieurs vignettes cliniques qui serviront de base à la discussion.
- Il n'y a pas de mauvaises ou de bonnes réponses. L'objectif est d'obtenir un panel d'expériences auprès des médecins que je rencontre.
- L'entretien sera enregistré.
- Tout ce qui est dit dans cet entretien sera utilisé seulement pour la recherche. La confidentialité des enregistrements est assurée.
- Répondez le plus spontanément possible.
- Si besoin, je vous demanderai de développer votre idée.
- Je vous ramènerai à notre sujet, si besoin, étant donné le temps accordé à l'entretien que nous voulons respecter.

6 Débuter l'entretien en proposant la lecture du premier cas et mener l'entretien jusqu'à la fin du temps imparti

7 Remplir le questionnaire sociodémographique et faire signer le formulaire de consentement.

8 Tout de suite après l'entretien, noter : le climat de l'entretien, le non-verbal, les impressions du chercheur et finalement la synthèse et les mots clés de l'entretien.

Annexe 3 : Guide d'entretien final

1er scenario.

1) Et vous quand vous êtes confronté à un nouveau médicament, vous faites comment ?
2) Quelle est votre expérience concernant les congrès ? Quelles autres sources d'informations utilisez-vous régulièrement ?
3) Pouvez-vous me raconter comment s'est passé la dernière fois que vous avez rencontré un représentant de labo ? En règle générale, comment utilisez-vous leurs informations au sujet des nouveaux traitements ?
4) Si je comprends bien, des fois vous avez le sentiment que l'industrie essaye d'influencer vos prescriptions. Par quels moyens ? Dans ces cas-là comment vous réagissez ?
5) Alors si je comprends bien, vous recevez la VM et en même temps vous êtes conscient qu'il faut rester prudent, comment vous faites pour gérer ça ? Avez vous déjà envisagé de cesser de recevoir la visite médicale ?
6) Et ça, vous en parlez avec vos proches ? Et les confrères avec qui vous travaillez, comment ils font ? (communauté d'influence) Les patients qu'est ce qu'ils en pensent?

Scenario 2 :

Comment vous êtes-vous informé sur les propriétés du Xarelto ?
Quand vous hésitez à prescrire un nouveau ou un ancien médicament, vous faites comment ?

Scenario 3:

1) Comment vous positionnez-vous en tant que généraliste quand vous n'êtes pas d'accord avec l'avis donné par le spécialiste ?
2) Avez-vous eu récemment une consultation où vous vous êtes posé la question « il y a ce nouveau médicament dont on m'a parlé mais est ce que vraiment ça va aller dans l'intérêt de mon patient ? » ? Pouvez-vous me raconter cette consultation ?
3) En fait, moi je suis particulièrement intéressé par l'apparente contradiction entre, d'un côté vous me dites « … » et en même temps « … ». Qu'est-ce qui vous a fait adopter cette position ?
4) Et quand vous étiez à la fac vous en pensiez quoi ?

To keep in mind:
- Relancer : « c'est-à-dire ? » « Je suis pas sûr d'avoir très bien compris » « comment on peut faire la part des choses dans ce cas là ? »
- Reformuler. Réponse reflet : Si je comprends bien, d'une part vous désirez changer mais d'autre part vous hésitez à laisser tomber une source d'informations. Vous me corrigerez si je me trompe, mais il me semble saisir un sentiment de [culpabilité, irritation …] dans vos paroles »

Scenario 1 :

Dr Michel, un médecin généraliste d'une soixantaine d'années voit en visite à domicile un homme de 80ans, confiné au fauteuil par un parkinson évolué et qui souffre d'un diabète de type 2 depuis 15 ans sous metformine 500x3. Il lui présente le résultat suivant :
Glycémie à jeun 2.3g/l, HbA1c 8.7%, insuffisance rénale modérée, ionogramme et bilan lipidique normaux.
Le Dr Michel n'a pas encore eu l'occasion de prescrire Januvia° mais en a déjà entendu parler en congrès et il estime que Mr Dupont risque de faire des hypoglycémies s'il lui prescrit des sulfamides. Il lui semble se rappeler qu'il peut être prescrit en cas d'insuffisance rénale modérée. Après une minute de réflexion, il décide donc de prescrire ce médicament à faible dose et de réaliser une HbA1c dans 3 mois pour en surveiller l'efficacité.
Que pensez-vous de cette situation ?

Scenario 2 :

Le Dr Matthieu est sollicité par une patiente de 60 ans pour prendre en charge sa mère, une dame de 85 ans qui vient d'arriver dans la région pour se rapprocher de sa famille. Elle souffre d'un diabète sous metformine et Diamicron°, d'une BPCO traitée par corticoïdes inhalés et d'une maladie d'Alzheimer sévère sous Ebixa°. Elle est sortie il y a 1mois de l'hôpital pour une embolie pulmonaire proximale traitée par Préviscan°, avec un INR fluctuant entre 1,5 et 4 depuis sa sortie. Il hésite à maintenir le traitement par AVK qu'il trouve contraignant ou à passer à un traitement par Xarelto° car il a peur d'un surdosage chez cette patiente âgée polymédiquée. Finalement il choisit d'adapter la posologie du Préviscan° et de réévaluer l'INR dans une semaine.
Que pensez-vous de cette situation ?

Scenario 3 :

Dr Nicolas, jeune médecin, reçoit à son cabinet Mr Dupont, 25 ans, pour une douleur de la jambe gauche, sans rougeur ni œdème. Il retrouve un cordon induré douloureux sous cutané et diagnostique une phlébite superficielle. Il sait que les phlébites superficielles peuvent se compliquer de phlébites profondes et a entendu dire qu'on peut utiliser les NACO dans cette indication (prévention et traitement des événements thromboemboliques veineux), mais n'en a pas trop l'habitude. Il décide donc de passer un coup de fil à un ami phlébologue. Le phlébologue lui répond « maintenant c'est beaucoup plus simple qu'avant, tu le mets sous Xarelto° pendant 10 jours et tu lui prescris une écho, si il y a pas d'extension profonde tu t'arrêtes après 10 jours de traitement et si il y a une extension profonde il faut prolonger encore 15 jours ».
Que pensez-vous de cette situation ?

Consentement

Je soussigné, Adriaan BARBAROUX, interne en médecine générale, m'engage tout au long de la réalisation de ma thèse à adopter une posture éthique envers les médecins qui seront interviewés en ayant une attitude confraternelle et respectueuse.

Mon travail s'intègre dans une démarche scientifique de compréhension et non une évaluation des pratiques.

Je m'engage à garantir l'anonymat des médecins interviewés. Aucun nom ne sera cité ni aucune citation qui permette leur identification.

En signant ce document les médecins acceptent de participer à ce projet, à savoir faire l'objet d'un entretien à propos de leur pratique médicale, qui sera enregistré, retranscrit et analysé uniquement dans le cadre de l'étude.

Adriaan BARBAROUX,

Interne en médecine générale

Le médecin interviewé :

Annexe 4 : Vocabulaire en psychologie sociale

Attitude envers un objet

Les définitions sont nombreuses. Tout d'abord, l'attitude ne doit pas être confondue avec le comportement, bien que ces deux mots soient synonymes dans le langage courant.

Allport en 1935 la définissait comme une « disposition mentale qui exerce une influence sur les réactions de l'individu envers tous les objets et toutes les situations qui s'y rapportent ».

L'attitude est donc une propension à avoir un comportement ou un discours favorable ou défavorable à un objet. Elle se définit par sa polarité positive ou négative et son intensité. C'est par exemple le fait d'être « pour » ou « contre » l'avortement, voire « absolument contre ». L'attitude n'est pas synonyme de comportement puisqu'on peut être « contre » l'avortement et finalement avorter. C'est là qu'apparaît la dissonance cognitive (cf. ci dessous).

L'opinion est l'expression de l'attitude en tant qu'elle révèle les dispositions mentales sur lesquelles elle s'appuie. (Thustone 1932)

La dissonance cognitive

1) Définition :

La dissonance cognitive est un concept décrit par Festinger en 1956 (9). Le principe est que la coexistence de deux cognitions incompatibles entre elles (connaissances, opinions ou croyances sur l'environnement, sur soi ou sur son propre comportement) mène à un état de tension désagréable pour l'individu qu'il tendra à réduire par exemple en modifiant ses croyances.

Cet état est dit « motivant » comme la faim et la soif, c'est à dire qu'il pousse l'individu à mettre en œuvre des stratégies inconscientes visant à restaurer un équilibre cognitif.

2) Les stratégies de réduction de la dissonance cognitive :

<u>Rationalisation cognitive</u> : changement d'attitude post comportemental (réajustement des valeurs) et explications causales (attributions externes). Exemples : « Finalement j'adhère plus au courant soufi qu'à l'islam sunnite, car l'alcool y est toléré. » / « Ce jour là j'étais en position de faiblesse, c'est pas ma faute ».

<u>Rationalisation comportementale</u> : Consiste à réaliser un second comportement allant dans le même sens : remanger des sauterelles après en avoir gouté une « vous voyez ? J'aime ça ! ».

<u>Trivialisation</u> : dévaloriser son comportement problématique ou l'attitude initiale, n'accorder que peu d'importance au comportement réalisé. « J'ai fait une erreur, je n'aurais jamais dû

boire ! » ou alors « en fait j'avais une position trop rigide concernant l'interdiction de boire, maintenant je suis moins radical dans mes opinions »

Support social : modifier son univers social pour le rendre consistant avec ses croyances : prosélytisme, s'entourer de personnes qui adhèrent à son point de vue, et éviter les personnes susceptibles de le menacer (la secte qui prédisait la fin du monde a fait encore plus de prosélytisme lors de l'échec de sa prédiction, en assurant que leurs prières avaient sauvé l'humanité.)

3) Une théorie contre-intuitive :

Selon Festinger, les individus ajusteraient a posteriori leurs opinions, croyances et idéologies au comportement qu'ils viennent de réaliser. Ainsi, si habituellement, nous nous attendons à ce que l'Homme soit un être rationnel qui agit sur la base de ses convictions, ici le lien est inversé : l'individu justifie après coup son comportement en ajustant ses convictions à ce comportement. La théorie de la dissonance est en ce sens une théorie contre intuitive.

4) Les grands paradigmes

Un paradigme est une catégorie de protocoles ou un mode exploratoire. La théorie de la dissonance cognitive a été principalement étudiée via quatre grands paradigmes.

Le paradigme de la soumission forcée ou « induite » : Les personnes à qui on demande d'argumenter pour la peine de mort se prononcent ensuite de manière moins radicale contre la peine de mort. Les personnes à qui on a demandé de recopier les pages de l'annuaire gratuitement disaient moins que ce travail est rébarbatif que celles à qui on a proposé de l'argent pour le même travail, car elles éprouvaient un sentiment de dissonance cognitive plus fort.

Le paradigme du choix ou « de la décision » : Les individus mis en situation de choix difficile ont tendance à justifier a posteriori le choix opéré en maximisant ses attraits et en minimisant ceux de l'alternative rejetée par la rationalisation consonante « j'ai bien fait de choisir cette voiture, elle a un super auto radio ! »

Le paradigme de l'infirmation des croyances : Léon Festinger a étudié une secte lors de l'infirmation de leur prophétie. Au lieu de reconnaître leur erreur, les membres les plus impliqués ont rationalisé en affirmant que leurs prières avaient suffi à contrer la prophétie. Ils se sont ensuite livrés à encore plus de prosélytisme.

Le paradigme de l'hypocrisie : Dans une étude, les personnes amenées à se prononcer pour ou contre les économies d'eau puis mises face à leur propre gaspillage ont ensuite eu tendance à prendre des douches plus courtes.

Références bibliographiques

1. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (France) *Efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations médicales: janvier 2000*. Paris: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 2000. 48p. ISBN. : 2-910653-85-4

2. BANDURA A. Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* 84, no. 2 (1977): 191.

3. BARDIN L. *L'analyse de contenu*. Presses universitaires de France. Paris: PUF 1977. 291p. ISBN: 2130423558

4. BARON S. BOURVON L. *Relations Entre Les Étudiants En Médecine et L'industrie Pharmaceutique En France: Exposition et Attitudes D'externes et D'internes Lyonnais*. Thèse de médecine générale : faculté de médecine de Lyon 2012. 86p. Disponible sur Internet http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/THESE%20st%C3%A9phanie,%20loic.pdf.

5. BECKER HOWARD S., *Inférence et preuve en observation participante. Sur la crédibilité des données et la validité des hypothèses*, dans Daniel Cefaï (ed.), *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte-MAUSS 2003 [1958], coll. « Recherches. Bibliothèque du MAUSS », p. 350-362 ISBN: 978-2707160089

6. BLANCHET A, GOTMAN A. *L'entretien: L'enquête et ses méthodes*. Armand Colin Paris: 2010.128p coll.128 ISBN 978-2200248093

7. CHIMONAS S, BRENNAN TA, ROTHMAN DJ. Physicians and drug representatives: exploring the dynamics of the relationship. *J Gen Intern Med* 2007; 22(2): 184-190

8. DUSMESNIL H, SALIBA SERRE B, REGI JC, LEOPOLD Y, VERGER P. Epuisement professionnel chez les médecins generalists de ville: prevalence et determinants. *Santé publique*, 21(4), 355-364.

9. FESTINGER L. *A theory of cognitive dissonance*, Stanford University Press 1957 304p ISBN 978-0804701310

10. FISCHER MA, KEOUGH ME, BARIL JL, et al. Prescribers and pharmaceutical representatives: why are we still meeting? *J Gen Intern Med* 2009;24(7):795-801

11. FOISSET E. *Etude de L'impact de La Visite Médicale Sur La Qualité Des Prescriptions Des Médecins Généralistes Bretons.* Thèse de médecine générale : faculté de médecine de Brest 2012.

12. HERMANGE M, PAYET A, *les conditions de mise sur le marché et de suivi des medicaments-médicament : restaurer la confiance*, Sénat-Comission des affaires sociales. 2006

13. IGAS L'information Des MG Sur Le Médicament. Accessed March 11, 2014. Disponible sur Internet http://62.210.98.10/IMG/pdf/Rapport_RM_2007-136P.pdf.

14. IPSOS Santé, certification de la visite médicale, 18 mars 2009 Disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/enquete_has_ipsos_vm_032009.pdf>

15. KAUFMANN, J. C. *L'entretien compréhensif.* Armand Colin (2011).

16. KING M, ESSICK C BEARMAN P, ROSS JS. Medical school gift restriction policies and physician prescribing of newly marketed psychotropic medications: difference-in-differences analysis 2013 *BMJ* vol. 346

17. LA REVUE PRESCRIRE° *Agence européenne du medicament: confite d'intérêts* juillet 2012/tome32 N°345, page 535.

18. LEXCHIN J. Interactions between Physicians and the Pharmaceutical Industry: What Does the Literature Say? *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne* 149, no. 10 (November 15, 1993): 1401–7.

19. OMS. *Comprendre La Promotion Pharmaceutique et Y Répondre*, n.d."pnu38h10." Accessed April 9, 2014. Disponible sur Internet http://dida.library.ucsf.edu/pdf/pnu38h10.

20. PROSSER H., WALLEY T. Understanding Why GPs See Pharmaceutical Representatives: A Qualitative Interview Study. *The British Journal of General Practice* 53, no. 489 (April 2003): 305–11.

21. SACKETT DL & al., « Evidence based medicine: what it is and what it isn't », *BMJ*, vol. 312, no 7023, janvier 1996, p. 71–2

22. SINSARD S., "*vision des laboratoires pharmaceutiques par des internes de medicine générale grenoblois"*, these medicine : Grenoble : 2012. Disponible sur Internet http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/66/70/71/PDF/2012GRE15010_sinsard_sophie_1_D_.pdf

23. SPURLING GK, MANSFIELD PR, MONTGOMERY BD, et al. Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. *PloS one* [en ligne] 2010;7(10):e1000352 Disponible sur Internet <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi %2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000352>.

24. STEINMAN MA, SHLIPAK MG, McPHEE SJ. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med* 2001;110(7):551- 557.

25. STEPHEN K, Sigworth S, Nettleman M, Cohen G. Pharmaceutical branding of resident physicians. *JAMA* 2001;286:1024-5

26. STRAUSS A, CORBIN J, *l'analyse de données selon la grounded theory, procédures de codage et critères d'évaluation*, dans D. Cefaï, *L'enquête de terrain*, Paris, La découverte, 2003, p.363-380.

27. VEGA A. *Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français*. 2011 Disponible sur Internet http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf

28. WAZANA A. "Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift?" *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 283, no. 3 (January 19, 2000): 373–80.

Sommaire

INTRODUCTION

I) Le contexte : une relation sous influence
II) Motivations personnelles
III) Les enjeux
IV) Question de recherche

METHODE

I) Le choix de l'enquête qualitative
II) Le choix du type de recueil des données des entretiens semi dirigés
III) Population, mode de recrutement et déroulement des entretiens
IV) Méthode de recherche documentaire
V) Conception du guide d'entretien
VI) Adaptation du guide d'entretien
VII) Analyse des verbatim

RESULTATS

I) Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens
II) Analyse verticale entretien par entretien
III) Analyse thématique transversale
III-1) L'axe des motivations
III-1-a) Intérêt de la visite du fait de ses apports en termes d'information
III-1-b) Les apports autres qu'information
III-1-c) Le rôle des contraintes personnelles et professionnelles
III-2) L'axe des représentations
III-2-a) Le contrôle et la capacité de discernement
III-2-b) Les stratégies de protection
III-2-c) La nécessité de la visite médicale
III-2-d) La notion d'une époque révolue
III-2-e) L'inadéquation des sources de formations disponibles
III-2-f) Les représentations concernant les instances publiques
III-2-g) La revue Prescrire
III-3) L'axe des valeurs
III-3-a) L'indépendance et l'autonomie

III-3-b) La bienséance

III-3-c) La préférence pour le concret, le proche

DISCUSSION

I) Le rôle de la passivité et de l'auto-efficacité

II) Le « tabou »

III) La place de l'empirisme et la logique du proche

IV) Le rapport à l'indépendance et à l'autorité

V) La seule réponse disponible à un certain besoin

VI) La conscience de l'influence sur soi

VII) La théorie de la dissonance cognitive

VIII) Comparaison des résultats à ceux de la revue de la littérature

IX) Les limites de notre étude

X) Les points forts

XI) Conclusion

ANNEXES

Annexe 1 : premier guide d'entretien.

Annexe 2 : déroulement des entretiens

Annexe 3 : Guide d'entretien final

Annexe 4 : Vocabulaire en psychologie sociale

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé

Introduction :
De nombreuses études ont montré une ambivalence des médecins, qui ont tendance à exprimer une opinion défavorable vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, tout en adoptant un comportement plutôt favorable à l'égard de la visite médicale. L'objectif de cette étude est d'investiguer cette ambivalence : pourquoi certains médecins généralistes reçoivent ils la visite médicale alors qu'ils expriment une opinion plutôt défavorable à l'égard de l'industrie pharmaceutique?

Méthode :
Etude descriptive qualitative par entretien individuel semi dirigé auprès de médecins généralistes des Alpes Maritimes en empruntant la méthode de la Grounded Theory. Il a été réalisé une analyse thématique transversale puis verticale, entretien par entretien. Les données ont été analysées par plusieurs personnes afin de minimiser les biais d'interprétation.

Résultats :
Dix médecins ont été interviewés de mars à décembre 2014. Les médecins interviewés ont déclaré trouver de nombreux intérêts à la visite médicale, notamment comme substitut à la formation médicale continue ou comme lien social permettant de faire une pause dans un univers souvent contraignant. Ils ont affirmé leur confiance dans leurs capacités de contrôle et de discernement des informations à visée commerciale. La diminution récente du budget publicitaire de l'industrie pharmaceutique est supposée minimiser l'impact de la visite médicale. La revue Prescrire, symbole de l'opposition à l'industrie pharmaceutique, était souvent décrite comme complexe et biaisée car systématiquement défavorable aux nouveaux médicaments. La plupart des médecins interviewés ont insisté sur leur indépendance, leur autonomie et leur préférence pour les informations issues de leur expérience pratique et de celle de leurs proches.

Conclusion :
La relation médecin-visiteur médical initiée pendant les études médicales est principalement justifiée par les médecins comme un substitut à la formation continue moins facile d'accès. Ils avancent également leur préférence pour les informations issues de leur propre expérience et le rôle du visiteur médical en tant que premier vecteur d'informations concernant les nouveaux médicaments. Cette relation semble entretenue par les difficultés quotidiennes qui poussent certains médecins à choisir l'information la plus facile d'accès et de manière parfois passive mais également par le tabou, qui incite à éviter le sujet de l'industrie pharmaceutique. Leurs arguments peuvent être analysés du point de vue du concept de la dissonance cognitive issu de la psychologie sociale, qui mériterait d'être plus utilisé pour comprendre les pratiques médicales.

MOTS CLE : Médecine générale, recherche qualitative, industrie pharmaceutique, visite médicale, ambivalence, dissonance cognitive.