



HAL
open science

Perception des patients sur la pratique de leur médecin traitant par rapport au visiteur médical en cabinet de médecine générale : étude qualitative réalisée à Gabarret (Landes) sur 13 patients

Mathilde Paturel

► To cite this version:

Mathilde Paturel. Perception des patients sur la pratique de leur médecin traitant par rapport au visiteur médical en cabinet de médecine générale : étude qualitative réalisée à Gabarret (Landes) sur 13 patients. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03392204

HAL Id: dumas-03392204

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03392204>

Submitted on 21 Oct 2021

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 Bordeaux
U.F.R des Sciences Médicales

Année 2021

Thèse n°97

Thèse pour l'obtention du
Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine
Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement
Le 13 octobre 2021 à Bordeaux

Par **PATUREL Mathilde**
Née le 14/02/1994 à Belfort (90)

**Perception des patients sur la pratique de leur médecin traitant par rapport
au visiteur médical en cabinet de médecine générale.**

Etude qualitative réalisée à Gabarret (Landes) sur 13 patients.

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean-François GUILLE

Rapporteur :

Monsieur le Docteur Marco ROMERO

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Assesseur : Monsieur le Docteur Marco ROMERO

Assesseur : Monsieur le Docteur Christophe JOUHET

Assesseur : Monsieur le Docteur Lionel DUISIT

Assesseur : Monsieur le Docteur Jean-François GUILLE

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Professeur de Médecine Générale,

Directeur du Département de Médecine Générale,

Coordonnateur du DES de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour l'intérêt porté à ce travail. Soyez assuré de mon admiration et de mon respect.

Monsieur le Docteur Marco ROMERO,

Maître de conférences associé du département de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail de thèse. Merci pour le temps que vous y avez consacré et pour vos remarques. Merci d'avoir éveillé mon esprit critique avec la formation FACRIPP et merci de votre implication dans celle-ci. Veuillez trouver ici l'expression de tout mon respect et de toute ma considération.

Monsieur le Docteur Christophe JOUHET,

Maître de conférences associé du département de Médecine Générale

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Merci pour tout ce que tu m'as enseigné, durant mon SASPAS qui n'aurait pas pu mieux se dérouler, ainsi qu'au travers les différents cours de DES que tu as dirigé. Merci pour la confiance et l'autonomie que j'ai acquises en toute sécurité à tes côtés.

Monsieur le Docteur Lionel DUISIT,

Docteur en Médecine Générale

Merci de faire partie de ce jury. Merci pour ton implication durant mon SASPAS. Merci de m'avoir accompagnée et épaulée durant ces 6 mois. Merci d'avoir fait évoluer ma vision de la médecine générale, d'avoir améliorer et affiner mes perceptions et pratiques et de m'avoir faite grandir en tant que médecin.

Monsieur le Docteur Jean-François GUILLE,

Docteur en Médecine générale

Je te remercie pour ton soutien, ta disponibilité et tes conseils tout au long de ce travail, de sa conception à sa finalisation. Merci d'avoir confirmé mon choix pour la médecine générale grâce aux 6 mois passés avec toi. Merci pour tout ce que tu m'as appris.

A tous mes maîtres de stages et toutes les équipes que j'ai côtoyés,

Merci pour tout ce que vous m'avez apporté durant mon cursus. Ça n'a pas été toujours facile mais je ne regrette aucun stage. Chacun m'a beaucoup appris, que ce soit sur la médecine ou sur moi-même.

Particulièrement à Khadija, Anaïs et Lucie,

Merci de votre soutien sans faille, de m'avoir redonné le sourire à chaque fin de garde et de m'avoir permis de grandir en tant que médecin et en tant que personne.

A mes amis,

Pierre-Etienne, quel chemin depuis la P2. Merci d'avoir toujours répondu présent, merci d'être resté quand beaucoup sont partis, merci d'avoir amené autant de rires dans ces études beaucoup trop longues. Merci d'être mon meilleur copain.

Estelle, merci d'être une de mes plus précieuses amies. Je suis fière de tout le chemin que tu as parcouru depuis que je t'ai rencontrée. RIP ton kilo de farine et ton tutu.

Julie, je suis tellement admirative de tout ce que tu construis et tout ce que tu as déjà accompli. Hâte de voir ta famille s'agrandir une nouvelle fois.

Marie, merci d'avoir recroisé ma route après tant d'années. Prière d'y rester maintenant.

Marion, merci pour cette D4 à tes côtés.

Emma, merci pour cette première année, sans ton amitié, je n'aurais pas réussi.

PLou, merci pour ton aide et ce deuxième codage. J'ai bien conscience que tu y as perdu au change. Oups.

A ma famille,

Mère, un jour je t'ai dit que je voulais devenir médecin et nous y voilà. Merci de m'avoir aidée à rendre mon rêve réel. Merci de ton soutien et de tes conseils à chaque étape, même les plus petites. Merci de n'avoir jamais douté et de m'avoir toujours poussée plus loin, plus proche de cet objectif jusqu'à le concrétiser enfin.

Papa, merci de m'avoir aidée à construire qui je suis aujourd'hui. Merci de m'avoir accompagnée, merci pour ton soutien.

Mamie, Papy, merci d'avoir toujours cru en moi. Je vous aime.

Thomas, moi aussi je vais être docteur. Merci pour ton aide, merci d'être là, même à 1864km.

Lucie, j'aurais aimé être plus présente. Il y avait toujours un stage, un partiel. A chaque étape, je disais que ça irait mieux après. Celle-là est la dernière.

Cathy, Jean, Jean, Salomé, merci d'être une deuxième famille.

Ronald, miaou.

Louis,

Merci pour ton aide quand je ne savais pas,
Merci pour ta patience quand je n'y arrivais pas,
Merci pour ton soutien quand c'était difficile,
Merci pour ton sourire quand je l'avais perdu,
Merci pour toutes ces aventures,
Merci de m'avoir épaulée,
Merci de m'aider chaque jour à grandir,
Merci de me donner envie d'avoir des rêves,
Merci de soutenir chacun de mes projets,
Merci d'en partager certains, les plus importants,
Merci de rendre ma vie plus simple et plus belle,
Merci d'être là,
Je t'aime.

DECLARATION DE CONFLITS D'INTERETS

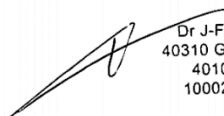
Je soussignée Mathilde Paturel, née le 14/02/1994,

Reconnais avoir reçu au cours de mon cursus médical des cadeaux de faible valeur (stylos, agenda, règle à ECG) et des plaquettes d'information de la part des visiteurs médicaux.

Je déclare n'avoir aucun lien avec des entreprises produisant ou exploitant des produits de santé.

Je soussigné Dr GUILLE Jean-François , né le 04/05/63 ,
exerçant 91 avenue de l'hôpital , 40310 Gabarret
déclare n'avoir aucun liens d'intérêts avec les industriels du
médicament et des dispositifs médicaux .

A Gabarret , le 26/08/2021


Dr J-F GUILLE
40310 GABARRET
401015714
10002785276

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	12
1. LA PROMOTION PHARMACEUTIQUE	12
1.1. <i>La promotion pharmaceutique en chiffres</i>	12
2. LIENS ET CONFLITS D'INTERETS	12
2.1. <i>Définition du conflit d'intérêt</i>	12
2.2. <i>Exemples</i>	13
2.3. <i>Différence entre lien et conflit d'intérêts</i>	13
2.4. <i>Les déclarations de liens d'intérêts</i>	13
3. LES STRATEGIES DE LA PROMOTION PHARMACEUTIQUE	14
3.1. <i>Les cadeaux</i>	14
3.1.1. <i>Le repas, un cadeau à part</i>	14
3.1.2. <i>Les mécanismes utilisés</i>	15
3.2. <i>Les échantillons gratuits</i>	16
3.3. <i>Les leaders d'opinion</i>	16
3.4. <i>La formation continue</i>	17
3.5. <i>Le rôle des experts</i>	17
3.6. <i>Les écrivains fantômes</i>	18
3.7. <i>Blockbuster, me-too et nichebuster</i>	19
3.8. <i>Remises accordées aux pharmacies hospitalières</i>	20
3.9. <i>La publicité médicale</i>	20
3.9.1. <i>Réglementation</i>	21
3.9.2. <i>Informations nécessaires dans une publicité</i>	21
3.9.3. <i>L'analyse du contenu des publicités</i>	22
3.10. <i>La visite médicale</i>	24
3.10.1. <i>Le visiteur médical ou représentant pharmaceutique : définition</i>	24
3.10.2. <i>Le visiteur médical : caractéristiques</i>	24
3.10.3. <i>Les chiffres de la visite médicale</i>	25
3.10.4. <i>Perception par les médecins</i>	25
3.10.5. <i>Les techniques utilisées</i>	25
3.10.6. <i>L'impact sur les prescriptions</i>	27
3.10.7. <i>Régulation</i>	27
3.11. <i>Les réactions inconscientes des médecins sur lesquelles agit la promotion pharmaceutique</i>	28
3.11.1. <i>Le sentiment d'invulnérabilité</i>	28
3.11.2. <i>Les raccourcis décisionnels</i>	28
4. IMPACT DE CETTE PROMOTION.....	29
5. LA REGLEMENTATION.....	29
6. DES REPNSES POUR LIMITER L'INFLUENCE DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE.....	30
6.1. <i>Le guide l'OMS</i>	30
6.2. <i>Le Formindep</i>	31
7. LE CAS DES ETUDIANTS	31
7.1. <i>Le ciblage des étudiants par les firmes</i>	31
7.2. <i>Quelques exemples de stratégies utilisées par les firmes</i>	31
7.3. <i>Le ressenti des étudiants</i>	32
7.3.1. <i>Conscience des stratégies et enjeux</i>	32
7.3.2. <i>Manque de formation</i>	32
7.4. <i>Les réponses des étudiants</i>	33
7.4.1. <i>L'AMSA aux Etats-Unis</i>	33
7.4.2. <i>L'ANEMF en France</i>	33
7.4.3. <i>La Troupe du Rire en France</i>	33
7.4.4. <i>La Formation FACRIPP à Bordeaux</i>	34
8. LE CAS DES PATIENTS.....	34
8.1. <i>Le ciblage direct des patients par les firmes : promotion destinée au grand public</i>	34
8.2. <i>Les associations de patients</i>	35

8.3.	<i>Point de vue des patients sur les cadeaux faits au médecin.....</i>	36
8.4.	<i>Qu'en est-il de leur ressenti au quotidien ?.....</i>	36
8.5.	<i>Situation à Gabarret dans les Landes.....</i>	36
II.	QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS	38
1.	QUESTION DE RECHERCHE.....	38
2.	OBJECTIFS	38
2.1.	<i>Objectif Principal</i>	38
2.2.	<i>Objectifs secondaires.....</i>	38
III.	METHODE	39
1.	TYPE D'ETUDE	39
2.	REGLEMENTATION	39
2.1.	<i>Consentement</i>	39
2.2.	<i>Comité de Protection des Personnes (CPP).....</i>	39
2.3.	<i>Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)</i>	40
2.4.	<i>Comité d'éthique.....</i>	40
3.	ECHANTILLONNAGE	40
3.1.	<i>Population</i>	40
3.2.	<i>Recrutement.....</i>	41
4.	ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN	41
4.1.	<i>Questionnaire quantitatif.....</i>	41
4.2.	<i>Grille d'entretien</i>	41
5.	MODE DE RECUEIL DES DONNEES.....	42
5.1.	<i>Caractéristiques de l'interviewer.....</i>	42
5.2.	<i>Période et lieu de recueil</i>	42
5.3.	<i>Outil de recueil des données : enregistrement</i>	42
6.	REALISATION DES ENTRETIENS.....	42
7.	RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	42
8.	ANALYSE DES RESULTATS	43
8.1.	<i>Double Codage</i>	43
IV.	RESULTATS	44
1.	POPULATION FINALE	44
1.1.	<i>Patients directement inclus.....</i>	44
1.2.	<i>Patients pour qui une vérification était nécessaire</i>	44
2.	CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS	45
3.	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	45
4.	RESSENTI DES PATIENTS SUR LE VISITEUR MEDICAL	46
4.1.	<i>Définition du visiteur médical.....</i>	47
4.2.	<i>Expériences personnelles avec un visiteur médical</i>	47
4.2.1.	<i>Contact</i>	47
4.2.2.	<i>Lieux de rencontre</i>	48
4.2.3.	<i>Discussions</i>	48
4.2.4.	<i>Fréquence des rencontres.....</i>	48
4.2.5.	<i>Curiosité des patients.....</i>	48
4.2.6.	<i>Traces du visiteur médical dans le bureau du médecin.....</i>	48
4.3.	<i>Description et impression sur le visiteur médical</i>	48
4.4.	<i>Le rôle du visiteur médical.....</i>	49
4.5.	<i>Le métier de visiteur médical.....</i>	49
4.6.	<i>La relation entre médecin et visiteur médical</i>	50
4.6.1.	<i>Contacts entre médecin et visiteur médical</i>	50
4.6.2.	<i>Echanges entre médecin et visiteur médical.....</i>	50
4.6.3.	<i>Cas particuliers : médecins expérimentés ou non.....</i>	51
4.7.	<i>Le visiteur médical, un passage obligé ?</i>	51

5.	L'INFLUENCE	52
5.1.	<i>Les laboratoires</i>	53
5.1.1.	Objectifs des laboratoires	53
5.1.2.	Lexique commercial	53
5.1.3.	La concurrence entre laboratoires	53
5.2.	<i>L'influence</i>	53
5.3.	<i>Qui influencer ?</i>	54
5.4.	<i>Comment influencer ?</i>	54
5.4.1.	Informations délivrées par le visiteur médical	54
5.4.2.	Lexique d'obligation	55
5.4.3.	Les cadeaux	55
5.4.4.	La séduction	55
5.5.	<i>Prescriptions faites suite à la visite d'un visiteur médical</i>	55
5.6.	<i>Pourquoi le médecin se laisse influencer ?</i>	56
5.7.	<i>Avis des patients sur les médecins qui se laissent influencer</i>	56
5.8.	<i>Problématiques qui apparaissent aux patients</i>	56
6.	PRATIQUES DE LEUR MEDECIN VIS-A-VIS DES VISITEURS MEDICAUX	58
6.1.	<i>Sources d'informations des médecins</i>	59
6.1.1.	Les différentes sources	59
6.1.2.	Sources d'informations indépendantes des laboratoires	60
6.1.3.	Sources d'informations souhaitées par le patient	60
6.2.	<i>Pratiques de leurs médecins</i>	61
6.2.1.	Chez le Dr L., le médecin parti à la retraite	61
6.2.2.	A la maison de santé de Gabarret	61
6.2.3.	Chez d'autres médecins	61
6.3.	<i>Différence entre les pratiques</i>	61
6.3.1.	Explications données par les patients	61
6.3.2.	Qu'évoque la différence dans les pratiques ?	61
6.3.3.	Cette différence de pratique change-t-elle la perception du médecin ?	62
6.4.	<i>Discussions sur les pratiques</i>	63
6.4.1.	Les patients ont-ils déjà discuté de cela avec leur médecin ?	63
6.4.2.	Pourquoi n'en avoir jamais parlé ?	63
6.4.3.	Les patients seraient-ils intéressés d'en discuter ?	64
6.5.	<i>Ne pas recevoir de visiteurs médicaux : avantages et inconvénients</i>	64
6.5.1.	Quels sont les avantages de ne pas recevoir de visiteurs médicaux en médecine générale ?	64
6.5.2.	Quels sont les inconvénients de ne pas recevoir de visiteurs médicaux en médecine générale ?	64
6.6.	<i>Souhaits des patients pour la pratique de leur médecin</i>	65
7.	ATTENTES DES PATIENTS VIS-A-VIS DE L'ATTITUDE DE LEUR MEDECIN	66
7.1.	<i>L'objectif du médecin</i>	67
7.2.	<i>Les compétences que doit avoir le médecin</i>	67
7.3.	<i>La formation du médecin vis-à-vis des visiteurs médicaux</i>	67
7.4.	<i>Contradiction au sujet du médecin</i>	68
7.4.1.	Difficultés rencontrées par le médecin	68
7.4.2.	Le médecin humain	68
7.4.3.	Le médecin infallible	68
7.5.	<i>La confiance du patient envers le médecin</i>	68
7.5.1.	La relation médecin-patient : une relation de confiance	68
7.5.2.	La décision médicale partagée	69
7.5.3.	La priorité donnée aux patients	69
7.5.4.	Le devoir, la responsabilité du médecin	69
7.5.5.	Contrôler les prescriptions du médecin ?	69
8.	DEROULEMENT DES ENTRETIENS, REACTIONS DES PATIENTS	70
8.1.	<i>Etendue des connaissances</i>	70
8.2.	<i>Réactions aux questions de l'interviewer</i>	70
V.	DISCUSSION	71
1.	METHODE	71

1.1.	<i>Le choix des entretiens semi-dirigés</i>	71
1.2.	<i>Population étudiée</i>	71
1.3.	<i>Recrutement</i>	72
1.4.	<i>Guide d'entretien</i>	72
1.5.	<i>Interviewer</i>	72
1.6.	<i>Lieu et moment des entretiens</i>	72
1.7.	<i>Réalisation des entretiens</i>	72
2.	CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS	72
3.	RESULTATS	73
3.1.	<i>Caractéristiques de la population</i>	73
3.2.	<i>Ressenti des patients sur le visiteur médical</i>	73
3.3.	<i>L'influence</i>	75
3.4.	<i>Pratiques de leur médecin vis-à-vis des visiteurs médicaux</i>	76
3.5.	<i>Attentes des patients vis-à-vis de l'attitude de leur médecin</i>	77
3.6.	<i>Déroulement des entretiens, réactions des patients</i>	78
VI.	CONCLUSION	79
VII.	BIBLIOGRAPHIE	81
VIII.	ANNEXES	86
1.	DECLARATION DE CONFORMITE AU CNIL	86
2.	GUIDE D'ENTRETIEN	87
3.	VERBATIM PATIENT 4	88
4.	SERMENT D'HIPPOCRATE	92

ILLUSTRATIONS ET FIGURES

Carte heuristique 1 : Perception des patients sur le visiteur médical Page 46

Carte heuristique 2 : Perception des patients sur l'influence du visiteur médical Page 52

Carte heuristique 3 : Perception des patients sur les pratiques des médecins par rapport au visiteur médical Page 58

Carte heuristique 4 : Les attentes des patients Page 66

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AMSA : American Medical Student Association

ANEMF : Association Nationale des étudiants en Médecine de France

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

CEPS : Comité Economique des Produits de Santé

DCI : Dénomination Commune Internationale

DPC : Développement Professionnel Continu

EBM : Evidence Based Medicine

ECG : Electrocardiogramme

ECN : Examen Classant National

FACRIPP : Formation à l'Analyse Critique de la Promotion Pharmaceutique

GERS : Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

LEM : Les Entreprises du Médicaments

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONISEP : Office National d'Information sur les Enseignements et les Professions

NST : Nombre de Sujets à Traiter

RCP : Résumés des Caractéristiques du Produit

RRA : Réduction du Risque Absolu

RRR : Réduction du Risque Relatif

I. Introduction

1. La promotion pharmaceutique

1.1. La promotion pharmaceutique en chiffres

En 2015, le chiffre d'affaires mondial des firmes pharmaceutiques s'élevait à 1 000 milliards de dollars US, dont 719 milliards de dollars obtenus par la vente de médicaments. 69% de ces ventes ont été réalisés par 20 firmes pharmaceutiques et près de 50% par seulement 6 firmes. Parmi elles, on peut citer Pfizer, Novartis, Roche ou encore Sanofi avec des médicaments phares comme les immunodépresseurs adalimumab (Humira[®]), l'étanercept (Enbrel[®]), l'inflimab (Remicade[®]) ou même l'insuline glargine (Lantus[®]).

Les bénéfices, réalisés par les 20 premières firmes pharmaceutiques mondiales, s'élevaient, en 2015, à 26% du montant de leurs ventes, soit 128 milliards de dollars US. Seulement 19% de ce montant ont été investis dans la recherche et le développement. Elles ont donc dégagé plus de bénéfices, notamment pour réinvestir dans le rachat de leurs actions pour en augmenter la valeur, qu'elles n'ont engagé d'argent dans la recherche (1).

En 2014, en Europe, selon le registre de transparence européen, près de 40 millions d'euros auraient été consacrés au lobbying. Sur environ 40 firmes européennes, il existerait 89 lobbyistes à temps plein ayant un accès direct et permanent au Parlement européen.

En parallèle, aux Etats-Unis, en 2016, les firmes pharmaceutiques ont dépensé plus de 150 millions de dollars US en lobbying auprès des membres du congrès pour abroger une mesure visant à baisser le prix des médicaments sur prescription (2).

2. Liens et conflits d'intérêts

2.1. Définition du conflit d'intérêt

Selon la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013, relative à la transparence de la vie publique, le conflit d'intérêt peut être défini de la sorte : *“Constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou à paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif d'une fonction”* (3).

2.2. Exemples

Le conflit d'intérêt s'étend à nombres de situations, personnelles ou professionnelles, et dans la plupart des métiers existant. Ici, on s'intéressera aux conflits d'intérêts dans les professions de la santé.

De façon plus concrète, dans la pratique médicale courante, il y a conflit d'intérêt lorsqu'un intérêt éthique, professionnel primaire ou de santé publique, se heurte à un intérêt personnel et / ou financier.

Par exemple : Si les médecins sont rémunérés pour l'exécution de procédures spécifiques, ils sont en conflit d'intérêt lorsqu'ils recommandent à des patients ces mêmes procédures. Ou, s'ils sont rémunérés pour les aiguillages d'essais cliniques, les médecins sont en position de conflit lorsqu'il s'agit de décider si leurs patients correspondent aux patients recherchés pour ces mêmes études (4).

2.3. Différence entre lien et conflit d'intérêts

Le code de Santé Publique, par un décret de 2013, distingue lien et conflit d'intérêt :

« La notion de lien d'intérêts recouvre les intérêts ou les activités, passés ou présents, d'ordre patrimonial, professionnel ou familial, de l'expert en relation avec l'objet de l'expertise qui lui est confiée [...] Un conflit d'intérêts naît d'une situation dans laquelle les liens d'intérêts d'un expert sont susceptibles, par leur nature ou leur intensité, de mettre en cause son impartialité ou son indépendance dans l'exercice de sa mission d'expertise au regard du dossier à traiter. » (5).

2.4. Les déclarations de liens d'intérêts

Le lien d'intérêt n'est pas équivalent au conflit d'intérêt.

En France, suite à la loi Bertrand de 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, le site « Transparence.santé.gouv » a été créé et mis en ligne en 2014 (6). Il répertorie les liens d'intérêts entre professionnels de santé et industries pharmaceutiques et il est accessible au grand public.

Il distingue 3 types de liens d'intérêts (7) :

- Les conventions : impliquant des obligations pour le professionnel de santé et pour la firme. Par exemple, l'obligation d'intervenir pour le médecin et l'obligation de financer le transport et l'hébergement par la firme lors d'un congrès.
- Les avantages : correspondant à des donations sans contrepartie au professionnel de santé par la firme. Par exemple : financement d'un repas, don de matériel.

- Les rémunérations : se rapportant aux sommes d'argent versées par la firme au professionnel de santé en échange d'une prestation. Par exemple, l'intervention du professionnel, lors d'un congrès pour la firme, en échange d'argent.

La déclaration de lien d'intérêt par un professionnel de santé avec une entreprise pharmaceutique est essentielle. Elle permet à chacun d'avoir un avis objectif en appréciant les connexions existantes entre un médecin et une firme.

3. Les stratégies de la promotion pharmaceutique

3.1. Les cadeaux

Quel médecin, durant sa scolarité ou sa vie professionnelle, n'a jamais accepté un stylo, un agenda, ou autre petit matériel, sur lequel figure le nom d'un laboratoire, d'une assurance ou d'une marque de livres de médecine ? Très peu probablement puisque ces cadeaux sont gratuits et qu'ils n'engagent à rien.

Ces réflexions que l'on se fait pour se déculpabiliser lorsque nous tendons la main pour accepter les cadeaux sont faussement rassurantes.

Accepter des cadeaux, matériels ou non, n'est pas sans conséquence. Plusieurs mécanismes se mettent en place chez le receveur du cadeau, pour servir les intérêts de celui qui l'offre.

Plusieurs études ont démontré que chaque contact, chaque cadeau, échangés avec les professionnels de l'industrie pharmaceutique sont source d'influence ; même les plus petits tel un stylo ou les plus anodins tel un repas. Cette influence est d'autant plus redoutable qu'elle est, dans la plupart des cas, inconsciente (8–11).

3.1.1. Le repas, un cadeau à part

Le repas est un cadeau fondamental dans les stratégies d'influence de l'industrie pharmaceutique. En 2019, en France, les firmes déclarent avoir financé environ 1 million de repas aux professionnels de santé (12).

L'industrie pharmaceutique utilise le plaisir procuré par la nourriture, son rôle dans les relations humaines, dans la société et en famille, pour servir le message qu'elles veulent diffuser, par le biais des mécanismes psychologiques.

La nourriture permet d'aborder un sujet avec plus de bienveillance, de manière plus attentive et moins d'esprit critique du fait de l'ambiance détendue. La communication est plus facilement persuasive lors d'un repas car il permet de perturber la rationalité des décisions. Le professionnel de santé se rappellera plus facilement du nom d'un médicament qui lui a été présenté, si cela s'est fait dans un cadre agréable, par exemple durant un repas (9).

Une étude américaine a d'ailleurs démontré que les prescriptions médicales de médicaments étaient 1,5 fois plus importantes chez les médecins ayant assisté à des repas de firmes pour promouvoir ces médicaments comparées aux prescriptions des professionnels de santé qui avaient refusé ces cadeaux (13).

3.1.2. Les mécanismes utilisés

Différentes stratégies marketing sont mises en œuvre dans le but d'influencer les professionnels de santé (14) :

- La réciprocité : l'obligation d'aider quelqu'un dont on a reçu de l'aide. Après avoir reçu un cadeau, on souhaite rendre la pareille à celui qui l'a offert : en prescrivant son médicament.
- La cohérence : après avoir pris une décision, pour garder une cohérence, on poursuit la ligne de conduite lancée par cette décision, même si elle n'est pas forcément la plus pertinente. Par exemple, après avoir prescrit un médicament pour certains patients, on continue de le prescrire pour les suivants.
- La conformité : ou validation sociale. Si les pairs autour de nous le font, nous pouvons le faire aussi.
- La sympathie : la sympathie que l'on ressent envers quelqu'un augmente le soutien que l'on peut lui apporter. Les représentants pharmaceutiques ont une attitude très amicale et prétendent nouer des amitiés réelles avec les professionnels de santé. Les prescripteurs leur apportent donc leur soutien en prescrivant leur médicament.
- L'autorité : on suivra facilement les recommandations de personnes d'expérience, avec une grande expertise et un statut reconnu en qui l'on a confiance.
- La rareté : en utilisant la notion de limitation, en jouant sur le sentiment de perte. « *Ne faites pas perdre de chance à vos patients* »
- La dissonance cognitive : la difficulté à résister aux influences lorsque l'on a accepté un cadeau.

Accepter un cadeau diminue l'esprit critique de celui qui le reçoit puisqu'il induit politesse voire gratitude. Même si aucune contrepartie n'est officiellement réclamée, il est inconfortable pour le médecin de ne pas rendre la pareille, qu'il en est conscience ou non. Cela se traduira chez les professionnels de santé par une augmentation des prescriptions en faveur du laboratoire à l'origine du cadeau, à accepter des entretiens avec des visiteurs médicaux, ou encore, à être plus réceptif à leurs propos, même inconsciemment.

Les cadeaux et les repas offerts par un laboratoire pharmaceutique comptent parmi les stratégies les plus couramment utilisées et les plus efficaces des firmes.

3.2. Les échantillons gratuits

Les échantillons gratuits laissés aux professionnels de santé constituent également un outil marketing essentiel.

Une étude américaine a démontré que la mise à disposition d'échantillons auprès des médecins influençait et modifiait leurs prescriptions. Le professionnel de santé donnera plus facilement l'échantillon plutôt que le médicament traditionnel qu'il prescrit habituellement (15).

Dans une maison de santé, une autre étude a comparé la quantité de prescriptions des médicaments de première et de deuxième intention dans le traitement de l'hypertension artérielle avant et après l'interdiction d'échantillons gratuits dans l'établissement. Avant l'interdiction, on observait une prédominance de prescriptions en faveur des médicaments de deuxième intention, malgré la divergence avec les recommandations nationales. Après la suspension, les médicaments de première intention ont retrouvé une place prépondérante dans les prescriptions médicales (16).

Les échantillons gratuits ont une influence avérée sur les prescriptions médicales.

3.3. Les leaders d'opinion

Un leader d'opinion est un praticien reconnu et réputé dans son domaine. Souvent universitaire et à l'origine de bon nombre de publications dans la presse médicale, il fait figure d'autorité pour ses confrères qui prennent exemple sur lui et ses pratiques.

C'est donc une cible de choix pour les stratégies marketing des firmes pharmaceutiques. Elles se cachent derrière son influence et créent, ainsi, un faux sentiment de sécurité chez les professionnels de santé qui n'ont pas l'impression d'écouter un laboratoire mais un confrère.

Implicitement, remettre en cause la parole d'un expert, que l'on imagine parfaitement qualifié et impartial, peut sous-entendre un manque de modestie. C'est donc un argument supplémentaire pour que les firmes recrutent ces leaders d'opinion pour faire la promotion de leurs produits (8).

Une étude aux Etats-Unis a été réalisée auprès de médecins ayant participé à un colloque, entièrement financé par une firme, à l'autre bout du pays, sur un nouvel antibiotique pour en faire sa promotion. La plupart d'entre eux ont jugé que leurs prescriptions ne seraient pas influencées par l'évènement auquel ils venaient d'assister. L'étude démontre une multiplication par 10 des prescriptions pour ce nouveau médicament entre avant et après le colloque ; et une multiplication par 4 dans les établissements de ces professionnels de santé comparativement à d'autres établissements où les médecins n'avaient pas assisté à cet évènement promotionnel (17).

Il est essentiel pour les firmes de choisir des leaders d'opinion à influencer pour parler en leur nom lors de tels évènements (8,18).

3.4. La formation continue

La loi de 2009, portant sur la réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires, astreint les professionnels de santé à une formation annuelle pour maintenir à jour leurs connaissances (19). Ce Développement Professionnel Continu (DPC) peut se faire auprès de l'organisme de leur choix répertorié auprès de l'Agence Nationale pour le Développement Professionnel Continu.

En 2013, une enquête est menée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) pour évaluer si le contenu des formations correspondait aux enjeux de la réforme. Plusieurs dysfonctionnements sont exposés (20) :

- Des vices de conception : contenu imprécis, volume horaire non précisé, absence de sanction en cas de non-participation.
- Le financement des formations par l'industrie pharmaceutique. Le rapport souligne l'intérêt d'un financement des DPC sans fond privé mais cette solution n'est pour le moment pas viable.

Aux Etats-Unis, le financement de ces formations par les entreprises pharmaceutiques n'a cessé de croître. Les normes qui réglementent cette sponsorship ne sont pas assez strictes. Elles autorisent les promoteurs à discuter du contenu et à suggérer des sujets ou des intervenants, comme les leaders d'opinions, au cours de ces formations (8). En 2006, aux Etats-Unis, presque 1,5 milliards de dollars a été dépensés, par les firmes, en formation pour les professionnels de santé (21).

Le financement des formations continues par les firmes pharmaceutiques permet, là encore, la mise en place de stratégies d'influence sous couvert d'une bonne action apparente.

3.5. Le rôle des experts

Le rôle des experts s'intègre dans l'objectif de l'expertise sanitaire. Cet objectif est défini par un décret de mai 2013. Il a pour but « d'éclairer le décideur et d'étayer sa prise de décision en santé et en sécurité sanitaire en fournissant une interprétation, un avis ou une recommandation aussi objectivement fondés que possible, élaborés à partir de l'analyse critique des meilleures connaissances disponibles et de démonstrations argumentées sur des critères explicites, accompagnées d'un jugement professionnel fondé sur l'expérience des experts » (22).

Les institutions officielles, à l'origine des recommandations médicales sur les différents guides de prise en charge, se basent pleinement sur l'opinion de ces groupes d'experts. Elles ont un rôle central dans les pratiques médicales courantes et servent de base d'enseignement aux étudiants en santé et dans la formation médicale continue des médecins.

Parfois, les membres de ces commissions chargés de l'expertise sanitaire sont aussi courtisés par l'industrie pharmaceutique pour vanter leurs produits. L'objectivité et la droiture attendues de ces comités ne sont pas toujours présentes (23).

Pour exemple, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), sur la prise en charge médicamenteuse du diabète de type 2 et sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, ont été abrogées en raison des conflits d'intérêts liant, les experts les ayant rédigées, à l'industrie pharmaceutique.

Le Formindep est une association française luttant pour l'indépendance de la formation médicale vis-à-vis des firmes pharmaceutiques. En 2009, elle saisit le conseil d'Etat pour dénoncer ces 2 recommandations et la violation du principe d'impartialité lors de leur rédaction. De nombreux experts, mandatés pour leurs élaborations, n'avaient pas déclaré leurs liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique. Certains, dont des présidents de comité de rédaction, auraient dû être interdits de participation tant leurs liens et conflits d'intérêts étaient majeurs (24).

Si les experts élaborant les recommandations nationales de bonnes pratiques sont influencés, il devient nécessaire de prendre du recul, de rester critique et de faire ses propres recherches avant de décider ou non de les appliquer.

3.6. Les écrivains fantômes

Il s'agit d'une pratique dans laquelle on propose à des praticiens, souvent universitaires, souvent leaders d'opinions, de signer un article de journal écrit par des employés de firmes pharmaceutiques (8,25).

Cette pratique fait émerger 2 notions particulières :

- Le « ghost writing » : le fait qu'un auteur rédige la majorité voire la totalité de l'article et que son nom ne figure pas sur la liste des auteurs. Ceci permet de dissimuler le lien de l'article avec une firme pharmaceutique ;
- Et le « guest authorship » : le fait qu'un auteur n'ayant que très peu participé à la rédaction, voire pas du tout, soit placé en tête de liste d'auteurs. Il autorise ainsi l'utilisation de son nom pour promouvoir le message publicitaire de l'industrie pharmaceutique.

L'article va donc vanter l'efficacité d'un certain médicament ou d'une certaine technique, tout en gardant une image apparente de neutralité et d'impartialité grâce à l'auteur.

Ce phénomène n'est pas rare. Un auteur principal sur six n'aurait pas participé à la rédaction d'un article et apposerait son nom comme simple caution scientifique (26).

Le témoignage de David Healy, psychiatre à l'université du Pays de Galles, explique comment un article écrit par un rédacteur fantôme lui a été proposé par une firme pharmaceutique, comment il a refusé de le signer pour faire ses propres recherches sur le sujet et écrire son

propre article, et comment, l'article initial a été publié peu de temps après, par un autre confrère universitaire (8). Cette méthode n'est pas nouvelle, David Healy a publié ce témoignage en 1999.

Tout article n'est pas objectif et impartial. C'est pour cela que les déclarations de liens d'intérêts deviennent pertinentes à examiner.

3.7. Blockbuster, me-too et nichebuster

Un blockbuster est un médicament qui va rapporter, à la firme qui le commercialise, plus d'un milliard de dollars par an. On les appelle aussi médicaments vedettes. Leur but est d'être vendus à la plus large population possible. Ce modèle d'affaire a été le modèle dominant des années 1990 à 2000.

Un me-too est un nouveau médicament de structure très proche d'un médicament déjà existant, sans véritable valeur thérapeutique additionnelle. Son prix est majoré par rapport au médicament d'origine puisque c'est une nouveauté sur le marché. Les stratégies promotionnelles mises en place conditionnent la réussite de ces médicaments et s'ils peuvent devenir les nouveaux blockbusters de leur catégorie. Une grande partie du temps et des fonds dédiés à la recherche et au développement étaient consacrés à l'élaboration de ces me-too, au dépend d'innovations thérapeutiques.

Dans les années 2000, le modèle s'essouffle et le marché devient saturé de me-too. La supériorité de ces nouveaux médicaments face à un placebo n'est plus suffisante. Pour être remboursés, ils doivent désormais apporter un progrès thérapeutique ou démontrer une valeur pharmaco-économique. Ce changement de politique a conduit plusieurs firmes à licencier des employés, fermer des départements et à diversifier leurs activités pour compenser les profits perdus.

Le modèle d'affaire actuel des firmes pharmaceutiques est dominé par les nichebusters. Ce sont des médicaments spécialisés, destinés au traitement de maladies rares ou au traitement de certaines formes de cancer. En ciblant ces marchés spécialisés, avec très peu voir aucune concurrence, l'industrie pharmaceutique peut fixer des tarifs très élevés pour ces médicaments spécifiques plutôt que s'adapter au prix des médicaments déjà présents comme avec les me-too. Leur domination et leur coût les ont fait atteindre le statut des blockbusters, d'où leur nom de nichebusters. Leur chiffre d'affaires est évalué à plus d'un milliard de dollars par an.

Ces médicaments peuvent également apporter, aux firmes qui les commercialisent, des avantages significatifs. Un médicament reconnu comme orphelin est le traitement d'une maladie rare, touchant moins de 5 personnes sur 10 000. On accorde à ces thérapeutiques des processus d'autorisation de mise sur le marché accélérés, des crédits d'impôts supplémentaires, des aides financières à la recherche et des périodes d'exclusivité sur le marché plus étendues. Les essais thérapeutiques, avant la commercialisation, sont plus petits et donc moins coûteux pour les firmes. Ils seront prescrits par des médecins ultra spécialisés,

peu nombreux, permettant de diminuer l'effort et les frais promotionnels par rapport à une publicité de masse.

Ce modèle de nichebusters rejoint progressivement celui des blockbusters. Il s'essouffle. Les firmes multiplient les indications thérapeutiques pour obtenir plusieurs appellations de médicament orphelin pour un seul traitement et cumuler les avantages. Par exemple, l'Interféron, mis sur le marché sous 9 noms de marque différents, a obtenu 33 désignations de médicament orphelin. A la fin de l'année 2014, on dénombrait 7 médicaments différents pour une même indication (les cancers du poumon en lien avec un réarrangement des gènes ALK) (27).

Là encore, les ressources accordées à la recherche et au développement des nouvelles thérapeutiques ne semblent pas employées de la meilleure façon pour répondre aux besoins des patients.

3.8. Remises accordées aux pharmacies hospitalières

Tous les médicaments ne sont pas disponibles à l'hôpital. La liste de ceux que l'on peut utiliser constitue le livret thérapeutique de l'établissement.

Pour être référencé dans le livret thérapeutique d'un établissement, et garantir l'utilisation fréquente et répétée de leurs médicaments, les firmes pharmaceutiques offrent des remises sur l'achat de leurs produits aux hôpitaux. Les prix négociés sont plus faibles que ceux des pharmacies de ville, pour un même produit. Or, on sait désormais que les prescriptions hospitalières influencent fortement les prescriptions ambulatoires. Un médicament initié à l'hôpital peut être poursuivi en ville pendant encore des mois voire des années (28). Une étude toulousaine, de 2013, a démontré une association statistiquement significative entre les quantités de médicaments consommées dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et les quantités de ces mêmes médicaments en ambulatoire. Ceci est vrai pour toute la zone d'influence du CHU, zone d'influence qui comprend, dans la majorité des cas, plusieurs départements (29).

La recherche d'économies à l'hôpital contribue à un surcoût en ville.

3.9. La publicité médicale

La publicité médicale ciblant les médecins peut être, si on n'y prête pas suffisamment attention, omniprésente dans le quotidien de professionnel de santé. La majorité des revues médicales en contiennent, ainsi que les logiciels d'aide à la prescription utilisés dans la plupart des cabinets médicaux. Elle peut aussi être envoyée par courrier postal ou électronique. Plus elles sont visibles et répétitives, plus elles seront efficaces. L'analyse et la critique de ces publicités sont essentielles puisque, là aussi, des stratégies marketing se dissimulent pour servir les intérêts des firmes.

Contrairement aux autres méthodes citées plus haut, les publicités médicales ne fonctionnent pas comme une stratégie promotionnelle isolée. Elles ont pour but de renforcer les messages des visiteurs médicaux. Cette complémentarité d'action donne aux publicités une efficacité redoutable et ce, à faible coût (8).

3.9.1. Réglementation

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) contrôle les publicités médicales. Les modalités de ce contrôle ont été actualisées en 2012 (30).

La publicité devra (31) :

- « Respecter les dispositions de l'autorisation de mise sur le marché et les stratégies thérapeutiques recommandées par la Haute Autorité de Santé.
- Présenter le médicament de façon objective, favoriser son bon usage
- Ne pas être trompeuse, ni porter atteinte à la protection de la santé publique. »

En cas de non-respect de ces critères, l'ANSM peut refuser la demande de publicité du médicament.

3.9.2. Informations nécessaires dans une publicité

En 1988, l'OMS établit et recommande une liste d'informations devant être incluses dans les publicités médicales :

«

- La Dénomination Commune Internationale (DCI) de la substance active ou le nom générique approuvé du médicament.
- Le nom de marque
- La teneur en substance active par dose ou schéma posologique
- Le nom des autres composants dont on sait qu'ils peuvent être la cause de problèmes
- Les indications thérapeutiques approuvées
- La dose ou schéma posologique
- Les effets secondaires ou effets indésirables graves
- Les précautions d'emploi, contre-indications et mises en garde
- Les principales interactions
- Le nom et adresse du fabricant ou du distributeur
- Les références scientifiques, si besoin est. »

La présence de ces informations permettrait aux lecteurs de prendre une décision de prescription avisée.

Il ne s'agit là que de recommandations, aucune loi n'impose la présence de ces données. Si elles sont présentes dans la plupart des publicités des pays développés, ce n'est pas toujours le cas dans les pays en voie de développement cachant ainsi des informations essentielles relatives aux médicaments promus (8).

3.9.3. L'analyse du contenu des publicités

- Les graphiques et données :

Visibles au premier coup d'œil et visuellement révélateurs de résultats, les graphiques sont utilisés dans nombre de publicités. Leur exactitude n'est en revanche pas toujours présente puisqu'ils servent, en premier lieu, à mettre en valeur des résultats favorables à l'efficacité du médicament pour en accroître les ventes ou à dissimuler un manque d'efficacité. Une étude américaine, sur 74 graphiques de publicités d'importantes revues médicales, a trouvé que 8% des graphiques contenaient des erreurs, 5% étaient confusiogènes, 12% n'utilisaient pas des techniques standards pour l'élaboration des graphiques et seulement 36% des graphiques étaient compréhensibles. La plupart contenait des distractions visuelles et des déformations des chiffres.

- Les données sur les avantages et les effets nocifs des médicaments :

La présentation des résultats joue également un rôle important.

On définit la Réduction du Risque Relatif (RRR) comme la réduction en pourcentage de complications ciblées entre 2 groupes. Par exemple, une baisse de la mortalité de 2% à 1% signifie une RRR de 50%.

La Réduction du Risque Absolu (RRA) est la différence exprimée en pourcentage absolu du risque de complications ciblées entre deux groupes. Une baisse de la mortalité de 2 % à 1 % donne une RRA de 1 %.

Le Nombre de Sujets à Traiter (NST) est le nombre de patients qui doivent être traités afin de fournir à une personne l'effet souhaité du médicament. Il se calcule avec la formule suivante : $NST=100/RRA$. Une baisse de la mortalité de 2 % à 1 % donne un NST de 100. C'est-à-dire que pour éviter 1 décès, il faut traiter 100 personnes.

Des résultats donnés en RRR enthousiasment plus les médecins que la RRA ou le NST : une réduction de 50% du RRR semble plus conséquente qu'une réduction de 1% du RRA. Parfois le mot « relatif » n'est pas inscrit dans la publicité pour prêter à confusion.

- Allégations dans les publicités :

Elles peuvent concerner la qualité de vie, le coût du médicament, son efficacité ou sa sûreté. Quelle que soit leur nature, elles doivent être présentées clairement et basées sur des références solides.

Une étude finlandaise de 2002 a classé 883 allégations de publicités de grandes revues médicales en 4 groupes : résultat clinique sans équivoque, résultat clinique vague, résultat émotionnel ou non mesurable et résultat non-clinique. Seulement 38 % des allégations étaient référencées. 9% des allégations impliquaient des résultats cliniques sans équivoque, 68 % des déclarations étaient vagues ou émotionnelles. Les allégations vagues, émotionnelles et non cliniques étaient bien plus souvent basées sur des références non pertinentes que les allégations sans équivoque. 21% des références n'étaient pas pertinentes pour l'allégation considérée.

- Les références :

Pour la plupart des publicités :

- Aucune étude n'est citée pour confirmer les effets du médicament promu,
- Des références sont données mais elles correspondent aux données internes de l'entreprise qui ne sont pas publiques,
- L'information fournie sur les méthodes est inadéquate et ne permet pas d'évaluer les résultats rapportés,
- Des articles de synthèse faisant une présentation sélective des résultats sont cités, mais pas la recherche originale,
- L'article référencé figure dans un supplément de la revue qui est financé par le fabricant du produit,
- Les résultats de l'étude citée en référence ne correspondent pas à l'allégation publicitaire,
- L'étude est de faible qualité méthodologique, ce qui pose des questions sur la validité des résultats.

- Les illustrations et images :

Employées pour attirer l'œil du lecteur, elles utilisent les représentations que l'on peut avoir des patients (personne vulnérable, désemparée, exigeante, émouvante *etc*) et les représentations des médecins et pharmaciens (à l'écoute, empathique *etc*) adaptées au type de publicité nécessaire pour le médicament.

Des illustrations thématiques sont également appliquées pour associer le produit à une image particulière (par exemple, l'antidépresseur qui rapportera la lumière et donc la guérison au patient). Le caractère unidimensionnel de cette association sort la maladie de son contexte et fait du médicament la thérapeutique unique adaptée à tous les cas (8).

Ces publicités usent des stéréotypes sociaux et les renforcent. L'appel aux mythes est un autre outil fréquent.

Tous ces mécanismes permettent aux publicités de distraire le lecteur et de lui faire perdre de vue les questions importantes sur la sécurité de prescription.

3.10. La visite médicale

3.10.1. Le visiteur médical ou représentant pharmaceutique : définition

Le visiteur médical est défini, par le dictionnaire Larousse, comme « *un représentant d'un laboratoire pharmaceutique chargé de faire connaître aux médecins les spécialités fabriquées par ce laboratoire* » (32).

Sur le site de l'Office National d'Information sur les Enseignements et les Professions (ONISEP), il s'agit du « *représentant de l'industrie pharmaceutique, le visiteur médical fait le lien avec les professionnels de santé amenés à prescrire des médicaments. Sa mission : informer ces derniers sur les produits dont il assure la promotion.* » (33).

Le site Les Entreprises du Médicaments (LEEM) est celui qui apparaît en premier lorsque l'on recherche la définition sur Internet. Il définit ces termes avec un point de vue qui diffère des deux précédents : « *Responsable de l'information, de la promotion des médicaments et de leur bon usage, le visiteur médical est en relation directe avec les professionnels de santé.* » (34). Le lien avec l'industrie pharmaceutique n'est pas souligné dans cette définition. Elle sous-entend une impartialité vis-à-vis des informations délivrées puisqu'elle omet de mentionner que la promotion se fait uniquement sur les produits du laboratoire auquel le visiteur médical est rattaché.

3.10.2. Le visiteur médical : caractéristiques

Selon LEEM, le visiteur médical est, dans 73% de cas, une visiteuse, avec une moyenne d'âge de 47 ans (35). Ce profil est élaboré avec soins par l'industrie pharmaceutique, surtout, lorsque l'on sait que la majorité des médecins sont des hommes. Il allie féminité et expérience pour plaire à un maximum de professionnels de santé. Un article du New-York Times explique que le recrutement de visiteurs médicaux vise d'avantage les qualités sociales que les compétences scientifiques des candidats. Aucune formation scientifique spécifique n'est requise. C'est parmi les pom-pom-girls, cibles privilégiées, qu'on recrutera des postulants, ou plutôt des postulantes extraverties, pouvant parler avec aisance et agréables (36).

Quatre-vingt-quatre pour cent des visiteurs médicaux sont intégrés à une entreprise pharmaceutique contre seulement 16% de prestataires d'entreprises extérieures, engagés lors de gros efforts promotionnels. La rémunération, dans les 2 cas, est composée d'une part fixe, estimée à 48 000€ par an. Elle est suivie d'une part variable, selon les ventes et objectifs réalisés, qui peut atteindre jusqu'à 1/3 du montant annuel (35). Une partie de leur rémunération est indexée sur les ventes qu'ils engrangent. La finalité de la profession est donc la rentabilité (8,20).

3.10.3. Les chiffres de la visite médicale

La visite médicale constitue le premier moyen promotionnel de l'industrie pharmaceutique. Elle bénéficie de 80% des dépenses marketing des firmes. Son but est d'inciter les médecins à prescrire les produits qui lui sont présentés, selon le Vice-Président délégué de LEEM interviewé en 2006. Objectif qui ne concorde pas avec la définition présente sur leur site Internet.

En 2016, on recensait environ 13.000 représentants pharmaceutiques en France. Le visiteur médical va rencontrer 5 à 6 médecins par jour avec des entretiens d'environ 7 à 8 minutes. Un visiteur médical représente en moyenne 3 produits (20).

3.10.4. Perception par les médecins

L'enquête, réalisée par l'IGAS en 2007, sur l'information des médecins généralistes par rapport aux médicaments, a estimé à environ 330 visites médicales annuelles pour un médecin généraliste. Les visites médicales ne sont jugées objectives que dans 27% des cas. Malgré ce chiffre, la visite médicale serait une source d'informations importante ou primordiale pour 56% des médecins. 87% des interrogés jugent qu'elle fournit une information intéressante pour les nouveaux produits. 73% la trouve utile pour se remémorer les caractéristiques des vieux médicaments et 58% la pense adaptée aux besoins des professionnels de santé (37).

Les médecins ont donc conscience des biais de la visite médicale mais restent attachés à ce mode d'information. Le contact social, la gratuité et la rapidité de délivrance des informations ainsi que la valorisation du médecin pendant la visite sont autant de facteurs qui compensent le manque de fiabilité du visiteur médical. Cela n'a pas d'importance pour le représentant médical. Un entretien avec un médecin, qu'il ait conscience de la valeur de l'information délivrée ou non, est propice à utiliser ses méthodes d'influence et à semer une graine dans l'esprit du prescripteur.

3.10.5. Les techniques utilisées

3.10.5.1. *En amont*

Il existe 3 méthodes, réalisées en amont, pour personnaliser et augmenter l'efficacité de la visite médicale :

- Le ciblage : qui permet de se concentrer sur les médecins les plus gros prescripteurs du type de produit que l'on souhaite vendre. Les firmes ont organisé un regroupement des données du marché pharmaceutique : le Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques (GERS). Son exhaustivité permet d'observer les tendances du marché et les habitudes des prescripteurs, de les réguler et, entre autres, de constater l'efficacité des campagnes promotionnelles (38).

- La segmentation : qui classe les médecins en plusieurs catégories. Les visiteurs médicaux élaborent un type d'argumentaire correspondant à chaque groupe de médecins. On retrouvera les médecins (39) :
 - Mercenaires, qui se disent satisfaits de leur relation avec les laboratoires même si celle-ci n'a pas grande importance à leurs yeux.
 - Apôtres, satisfaits de la relation avec les firmes pharmaceutiques et la jugent importante ; généralement des hommes, très disponibles.
 - Otages, qui ne sont pas satisfaits de leur relation avec les visiteurs médicaux mais qui la jugent néanmoins importante pour leur pratique.
 - Réfractaires, qui ne sont pas satisfaits de ce lien avec l'industrie du médicament, et le jugent sans importance pour leur pratique ; majoritairement des femmes, peu disponibles.

- Le profiling : regroupe sur une base de données informatique, partagées entre les différents laboratoires, des informations variées (personnelles et professionnelles) sur les médecins. Le groupe CEGEDIM annonce, dans son rapport de 2013, un groupement de plus de 8,5 millions de contacts de niveau mondial (40). Il permet ainsi une personnalisation des entretiens et l'instauration d'un climat amical favorisant l'écoute entre le représentant et le professionnel médical.

3.10.5.2. *Pendant la visite*

La visite médicale, pendant son déroulement, va utiliser 5 principales techniques d'influence (8) :

- La confiance accordée aux experts : par la mention de leaders d'opinion en accord avec le discours de la firme.
- La confiance accordée aux pairs : en mentionnant que d'autres confrères utilisent déjà leurs produits.
- La confiance accordée aux gens que nous aimons : importance du climat amical entre le visiteur et le médecin.
- Le recours aux cadeaux.
- Et la cohérence d'engagement : amener le médecin à répondre par l'affirmative à des énoncés successifs et cohérents, pour arriver à la conclusion voulue par le département marketing, bien que si la dernière question avait été posée en premier, le médecin n'aurait probablement pas été d'accord.

Certaines informations essentielles sur le produit sont, soit écartées, soit détournées, lors des visites. L'avis de la Commission de la Transparence sur l'Amélioration du Service Médical

Rendu (ASMR) d'un médicament (comparé aux autres médicaments équivalents sur le marché), n'était remis que dans moins de 5% des cas pendant une visite. Ceci est, en général, expliqué par une notation d'ASMR très faible. Les contre-indications ou effets indésirables du produit étaient exposés dans moins de 30% des visites. Régulièrement, les indications présentées et les posologies conseillées différaient (respectivement de 30% et de 15%) des Résumés des Caractéristiques du Produit (RCP) émises par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (41).

3.10.6. L'impact sur les prescriptions

Il a été démontré que les temps de consultations dédiés aux patients étaient raccourcis pour les médecins recevant le plus de visiteurs médicaux. Ces médecins prescrivent plus de médicaments, à des coûts plus élevés au détriment de médicaments génériques ou d'analogues mieux évalués (42–44).

3.10.7. Régulation

En 2004, la charte sur la visite médicale a été signée entre le LEEM et le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS). En 2009, la HAS débute l'instauration des mesures signées.

Celles-ci comprennent notamment :

- L'interdiction des cadeaux remis aux médecins, même ceux de valeur négligeable,
- Une certification pour toutes personnes réalisant du démarchage et de la promotion, incluant les visiteurs médicaux.

Des études, visant à évaluer l'impact de ces décisions, n'ont cependant pas réussi à mettre en évidence une amélioration concernant la qualité de la visite médicale ou sur le contenu des documents remis concernant les médicaments promus (45).

En 2018, devant le manque de résultats de la charte précédente, paraît la Charte de l'Information Promotionnelle. Elle se substitue à la précédente et permet l'intégration de nouvelles améliorations. Elle a pour objectif (46) :

- De renforcer la qualité et la transparence de l'information promotionnelle du médicament délivrée auprès des professionnels de santé,
- De favoriser la qualité de la prise en charge et d'éviter tout mésusage.

La visite médicale n'est qu'une stratégie supplémentaire pour servir les objectifs des firmes pharmaceutiques. C'est pourquoi il est primordial de garder un esprit critique vis-à-vis des déclarations des représentants pharmaceutiques.

3.11. Les réactions inconscientes des médecins sur lesquelles agit la promotion pharmaceutique

3.11.1. Le sentiment d'invulnérabilité

L'identité du médecin dans laquelle il œuvre pour le bien du patient est essentielle. C'est par ce biais que les firmes pharmaceutiques vont essayer de les influencer : en laissant penser qu'elles agissent, elles-aussi, dans l'intérêt des patients.

- *« Je ne changerais jamais le médicament que je prescris simplement parce qu'un représentant pharmaceutique m'a donné un stylo.*
- *Mais s'il y a trois choix possibles et que l'un d'eux est sur le stylo que vous utilisez toute la journée, n'êtes-vous pas plus susceptible de penser à celui-là en premier et donc de le prescrire ?*
- *Eh bien, oui, c'est possible ; je n'y avais pas pensé » (8).*

L'idée de se faire acheter par des firmes pharmaceutiques n'est pas agréable et encore moins la remise en question de son intégrité en tant que médecin. Pourquoi certains professionnels seraient plus influencés que d'autres par les laboratoires ? Il n'y a pas de raison. Il s'agit seulement d'un sentiment personnel d'invulnérabilité qui nous fait nous sentir supérieur à nos confrères, capable de résister aux mécanismes d'influences alors que les autres en sont incapables. En réalité, nous sommes tous autant influencés par la publicité des firmes. Ce sentiment rend les médecins encore plus fragiles et plus sensibles à la promotion pharmaceutique (44,47).

3.11.2. Les raccourcis décisionnels

L'utilisation répétée, par les professionnels de santé, de raccourcis décisionnels est également un facteur de vulnérabilité vis-à-vis des laboratoires. Le raccourci décisionnel consiste à ne pas réaliser tout le cheminement nécessaire au raisonnement médical et à la prise de décision ; pour permettre une prise en charge plus rapide et efficace de la problématique du patient. Ainsi, il intègre, entre autres :

- Les recommandations d'experts (par exemple : utiliser systématiquement de l'Acide Acétylsalicylique en prévention secondaire d'un infarctus du myocarde car des études ont prouvé son efficacité, sans rechercher pourquoi et comment le médicament agit),
- Le choix d'un médicament parce que beaucoup de confrères l'utilisent,
- Ou encore, le choix du premier médicament qui nous vient à l'esprit (par exemple : celui dont le nom est inscrit sur le bloc-notes de notre bureau).

Parmi les divers traitements possibles pour une même pathologie et la nécessité d'apporter une réponse rapide aux patients, l'utilisation de raccourcis décisionnels est fréquente dans le quotidien du médecin (8).

Chacun de ces moments constitue une situation de vulnérabilité sur lesquels la promotion pharmaceutique peut influencer les prescriptions.

4. Impact de cette promotion

Toutes ces stratégies de promotion pharmaceutique ont réussi à avoir un impact majeur sur les prescriptions médicales. La visite médicale représentant un atout unique dans les campagnes de diffusion d'informations des firmes pharmaceutiques.

En France, une étude bretonne en 2009 et 2010, sur les médecins généralistes français, a démontré que ceux recevant les visiteurs médicaux avaient un temps de consultation plus court, davantage de consultations quotidiennes, étaient installés depuis plus longtemps, et lisaient plus de presse médicale gratuite et moins de presse médicale payante. Ils prescrivaient davantage de médicaments dont la promotion avait été assurée par des visiteurs médicaux, au détriment de substances mieux évaluées ou moins chères. Cette étude présente une corrélation statistiquement significative entre le nombre de représentants médicaux reçus par les professionnels de santé et le nombre et le coût de leurs prescriptions (42).

5. La réglementation

Le Code de Santé Publique souhaite rester vigilant par rapport à ces problématiques. Il a permis, en 2010, la création d'un comité de déontologie et de prévention des conflits d'intérêts. Il est composé de 5 membres, choisis parmi des personnalités reconnues pour leurs connaissances et compétences en matière de déontologie. En revanche, les fonctions du comité et leurs modalités d'actions ne sont pas clairement définies dans le Code de Santé Publique (48).

Appuyé sur les textes du Code de Santé Publique, le Code de Déontologie Médicale explique que : « *Lorsque le médecin participe à une action d'information du public, [...], il doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il doit se garder à cette occasion de toute attitude publicitaire, soit personnelle, soit en faveur des organismes où il exerce ou auxquels il prête son concours, soit en faveur d'une cause qui ne soit pas d'intérêt général.* ». Cet article précise que le professionnel de santé doit rester prudent dans ces propos et qu'il ne doit donner au grand public que des données confirmées par la science. Les données relatives à une quelconque affiliation du professionnel envers un organisme doivent être laissées de côté (49).

Ces affiliations ne sont ni interdites, ni déconseillées. Elles sont cependant tracées et répertoriées, depuis 2014, sur le site de Transparence Santé (7).

La loi Bertrand « relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé » est adoptée en 2011. Initiatrice de la création du site de Transparence Santé, son but est de mettre en lumière les liens d'intérêts entre professionnels de santé et firmes pharmaceutiques. Ses objectifs principaux sont (6) :

- L'optimisation de la gouvernance des agences intervenant dans le secteur du médicament,
- L'adaptation de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM),
- Une meilleure information des prescripteurs dans leurs choix thérapeutiques,
- Le renforcement du système de surveillance des médicaments,
- La diffusion d'une information de qualité sur les produits de santé,
- Le renforcement de l'encadrement des dispositifs médicaux,

En 2016, la loi n'était toujours pas pleinement appliquée (50).

6. Des réponses pour limiter l'influence de l'industrie pharmaceutique

6.1. Le guide l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a commencé à faire part de ses inquiétudes vis-à-vis des conflits d'intérêts en 1993. Elle signale « *un conflit d'intérêts inhérent entre les objectifs commerciaux légitimes des fabricants et les besoins sociaux, médicaux et économiques des fournisseurs de soins et du public de sélectionner et d'utiliser les médicaments de la façon la plus rationnelle* ».

Cette opposition, entre les objectifs des firmes pharmaceutiques et ceux des professionnels de la santé et des patients, est, depuis plusieurs années maintenant, le point de départ d'une réflexion et d'une remise en question du système. Devant le manque de communication sur ces stratégies promotionnelles, l'OMS publie en 2009 un guide pour aider les professionnels de santé à en comprendre les mécanismes : « Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre ». Ce manuel a pour objectif de développer l'esprit critique des professionnels de santé et les sensibiliser aux techniques de promotion des industries. Il contient de nombreuses références bibliographiques, des illustrations par des exemples et mises en situation et des solutions concrètes pour faire face aux sollicitations (8).

6.2. Le Formindep

Le Formindep est une association française luttant pour l'indépendance de la formation médicale vis-à-vis des firmes pharmaceutiques. Créé en 2004, il s'oppose à l'influence omniprésente des intérêts économiques du secteur de la santé, auprès des patients, des médecins, étudiants en médecine et décideurs publics. Il sensibilise les professionnels de santé et étudiants en médecine à la réalité de l'influence du marketing et des liens d'intérêts sur leur pratique. Il s'engage pour une médecine fondée sur les meilleures preuves scientifiques et le seul intérêt du patient (51).

7. Le cas des étudiants

7.1. Le ciblage des étudiants par les firmes

L'esprit critique n'est pas inné, il se développe notamment avec l'expérience. C'est pourquoi une des stratégies des représentants pharmaceutiques vise à se concentrer sur les étudiants en médecine en formation (52,53).

Le contact est plus aisé à établir auprès d'un médecin prescripteur s'il a déjà eu des contacts avec les firmes à l'université. Ainsi aux Etats-Unis, à l'occasion d'une revue de la littérature, on note qu'environ 90% des étudiants en médecine ont déjà accepté un cadeau ou un repas venant d'une firme pharmaceutique et qu'ils étaient en contact avec ces firmes en moyenne 1 fois par semaine (54).

Quatre-vingt-dix pour cent de ces mêmes étudiants avaient même été invités par des membres de la faculté à participer à des activités financées par l'industrie pharmaceutique. Malgré le désaccord avec les messages véhiculés par les laboratoires, la plupart des étudiants ont néanmoins accepté les cadeaux proposés jugeant qu'ils n'auraient pas d'impact sur leurs prescriptions (55).

7.2. Quelques exemples de stratégies utilisées par les firmes

Les firmes pharmaceutiques ont mis en place plusieurs moyens d'influencer les étudiants. Beaucoup de formations préparatoires au concours national de l'Examen National Classant (ECN) étaient financées par l'industrie pharmaceutique telle la formation Hippocrate sponsorisée par le laboratoire Servier. Chaque conférence portait le logo de la firme en bas de chacune de ces pages ainsi qu'un rappel en page de garde sur les atouts apportés par le laboratoire à la conférence.

Sanofi avait établi un partenariat avec La Revue du Praticien pour organiser les ECN blanches de 2011 avec un taux de participation nationale de 79% des étudiants de sixième année.

On peut également citer :

- Les prix de major de promotion décernés par les firmes,
- Les supports de cours,
- Les leaders d'opinion qui sont, pour la plupart, professeurs universitaires avec un accès direct aux étudiants en formation,
- Les outils d'aide comme les réglottes d'aide à l'interprétation des électrocardiogrammes (ECG) sponsorisées,
- Les manuels gratuits distribués aux étudiants élaborés par les firmes,
- Des lieux de formation portant le nom de laboratoire : l'Amphithéâtre Boiron à Lyon Sud.

7.3. Le ressenti des étudiants

7.3.1. Conscience des stratégies et enjeux

Les étudiants discernent les implications potentielles des manœuvres des laboratoires. En France, en 2011, 79% des étudiants interrogés estimaient que les informations délivrées par les firmes étaient biaisées (56).

7.3.2. Manque de formation

Une étude de 2020 aux Pays-Baltes, met en évidence le manque de communication, auprès des étudiants, aux sujets des conséquences liées aux interactions avec l'industrie pharmaceutique. Elle souligne l'importance d'avoir une formation éthique durant le cursus médical vis-à-vis des conflits d'intérêts des firmes. En l'absence d'un enseignement de ce type, l'étude met en évidence un risque que les futurs praticiens soient influencés par l'industrie pharmaceutique. Ils prendraient alors des habitudes de pratiques différentes de l'Evidence Based Medicine (EBM) concernant la prescription, la distribution de médicaments ainsi que l'utilisation des dispositifs médicaux (57). La tolérance et le manque de réponse des universités vis-à-vis des stratégies pharmaceutiques impliquent, pour les étudiants, une forme d'approbation de ce mode de fonctionnement. En réponse à ces lacunes, les sollicitations s'accroissent et le besoin de formation se fait entendre.

7.4. Les réponses des étudiants

7.4.1. L'AMSA aux Etats-Unis

Aux Etats-Unis, l'American Medical Student Association (AMSA) milite pour une formation universitaire et des politiques plus strictes pour protéger les étudiants des firmes grâce notamment à la campagne « Pharm Free ». Elle promeut le recours à des preuves explicites pour décider d'une recommandation médicale, des informations transparentes et indépendantes des institutions ayant des intérêts financiers et prône l'innovation pharmaceutique (58).

L'AMSA a également créé un classement, jugeant la prévention réalisée en matière de conflits d'intérêts, entre étudiants et firmes pharmaceutiques, dans chaque université et hôpitaux des Etats-Unis. Ce classement a été une source de motivation importante pour les universités du pays pour améliorer leur politique de gestion des contacts entre firmes et étudiants. En 2014, plus de 2 facultés sur 3, ont mis en place des règles de sécurité vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, jugées excellentes ou solides selon les critères de l'AMSA. Le nombre de faculté interdisant entièrement l'accès aux visiteurs médicaux n'a fait qu'augmenter : 1 seule en 2008 pour 9 en 2014 (59).

7.4.2. L'ANEMF en France

En France, l'Association Nationale des étudiants en Médecine de France (ANEMF) a demandé, en 2015, un état des lieux aux doyens des facultés de médecine du territoire français sur l'indépendance de la formation médicale. Elle est suivie en 2017, d'un classement sur l'indépendance de formation des facultés françaises par le FormIndep, comparable au classement américain. Ce classement est élaboré à partir d'un score selon plusieurs critères, comme, par exemple, la transparence des financements, l'interdiction de cadeaux venant des firmes ou encore l'utilisation des Dénominations Communes Internationales (DCI) des médicaments plutôt que les noms commerciaux. La première année, le meilleur score obtenu était de 5 pour une maximale à 34. Le classement de 2021, montre une nette progression puisque le score maximal obtenu est de 18 points sur 34 (60).

Dans cette même dynamique, la charte éthique des conférences des doyens de médecine et d'odontologie, dans laquelle les différents doyens s'engagent à l'indépendance des facultés vis à vis des firmes pharmaceutiques, a pu être signée en 2017 (61).

7.4.3. La Troupe du Rire en France

La Troupe du Rire, collectifs d'étudiants français, a réalisé un livret de sensibilisation concernant l'influence de l'industrie pharmaceutique au cours de la formation médicale pour

rendre la problématique accessible aux étudiants. Le livret a été très largement distribué, lors de congrès et a permis de toucher nombre d'étudiants en médecine en France (62).

7.4.4. La Formation FACRIPP à Bordeaux

A l'université de Bordeaux, un enseignement dédié a vu le jour en 2015 : la Formation à l'Analyse Critique de la Promotion Pharmaceutique (FACRIPP). Le but était de combler un manque de formation dans ce domaine, de développer l'esprit critique des étudiants et de leur donner des outils à intégrer dans leur vie professionnelle quotidienne. La formation a été créée en réponse à une exposition majeure et précoce des étudiants en médecine aux manœuvres de l'industrie pharmaceutique. Elle s'est basée sur une approche pédagogique plutôt que coercitive. Les retours des étudiants ont été majoritairement positifs. L'évaluation, chez les étudiants participants à la FACRIPP, retrouvait soit un changement de leur perception de l'industrie pharmaceutique, soit un renforcement de leur perception négative. La formation leur a permis, entre autres, de développer leur esprit critique, d'acquérir du recul par rapport à leur pratique et à leurs prescriptions et de pouvoir reconnaître les différentes stratégies utilisées par les représentants pharmaceutiques (63–65).

Cette formation a pu être exportée dans plusieurs autres facultés (60).

La promotion des firmes pharmaceutiques a engendré de nombreuses réponses à travers le monde chez les professionnels de santé et chez les étudiants. Mais un acteur essentiel du système de soin n'a que peu été pris en compte : le patient.

8. Le cas des patients

8.1. Le ciblage direct des patients par les firmes : promotion destinée au grand public

L'industrie pharmaceutique n'épargne pas le patient. Depuis les années 1990, elle le cible directement par ses campagnes publicitaires, véhiculant ainsi une image conçue sur mesure des produits qu'elle vend. Cette démarche a été bénéfique pour les firmes puisqu'une hausse très nette des ventes de médicaments s'est faite ressentir (66).

La publicité des médicaments sur ordonnance est, cependant, interdite dans la plupart des pays ; à l'exception des Etats-Unis et de la Nouvelle-Zélande. Mais de la publicité détournée est réalisée par des campagnes de sensibilisation sur une maladie en particulier, des programmes de gestion de maladie ou sur du matériel promotionnel financés par l'industrie pharmaceutique. Les différents médias (télévision, radio...) invitent régulièrement les patients à demander conseil à leur médecin, suggérant ainsi la nécessité de changer de médicaments.

Ces publicités peuvent fragiliser la relation médecin-patient. Un patient souhaite un nouveau produit dont il en a vu la promotion. Le médecin lui refuse parce qu'il n'est pas adapté à son état de santé. Cela va mettre en péril l'alliance thérapeutique. De nombreuses explications vont être nécessaires pour déconstruire les fausses idées, transmises par la publicité. Une étude américaine a évalué la réaction des patients lorsque leur médecin refusait de leur prescrire un médicament qu'ils demandaient : la moitié était déçue, un quart essayait de faire changer leur médecin d'avis et un quart allait voir un autre médecin pour obtenir la prescription (67).

La publicité a une influence réelle et démontrée sur la consommation des médicaments du grand public (68). Quant aux médicaments sur ordonnance, les prescriptions médicales sont aussi influencées par les demandes du patient. Un médecin prescrira plus tel produit, s'il pense que le patient le désire ; et le désir est instillé par la publicité (69,70).

La relation médecin-patient peut, sous l'influence des publicités pharmaceutiques, se transformer en relation consommateur de santé – prestataire (8).

8.2. Les associations de patients

Les associations de patients ne sont pas un point à négliger pour une prise en charge thérapeutique adaptée et efficace. Elles ont un rôle d'accompagnement thérapeutique que les professionnels de santé ne sont pas toujours capables de proposer aux patients.

Les associations de patients ont besoin de fonds pour financer leurs campagnes de communication, de prévention et leur fonctionnement global. Les cotisations des adhérents et les dons ne sont pas toujours suffisants pour leur permettre de poursuivre leurs activités. L'industrie pharmaceutique, est, quant à elle, ravie de leur fournir ces fonds. Pour exemple, en 2019, la Fédération Française des Diabétiques a perçu environ 140 000€ de l'industrie pharmaceutique, avec, en plus, plusieurs conventions dont le montant n'a pas été déclaré (7).

Depuis la loi Kouchner de 2002, les associations de patients deviennent officielles et peuvent alors siéger aux conseils d'administration des établissements publics de santé. Ce statut leur permet de faire entendre leurs voix, et celle des firmes qui les financent. En 2003, le Ministre de la Santé espérait un déremboursement partiel de l'homéopathie. Le laboratoire Boiron, numéro un mondial du secteur, qui soutient financièrement les groupes pro-homéopathie, avait alors fait appel aux associations de patients pour du lobbying intense, défendant ainsi ses propres intérêts (71).

Une étude australienne a évalué les interactions entre l'industrie pharmaceutique et les associations de patients. La relation dominante est celle d'un fructueux partenariat entre les deux. Les participants reconnaissent la potentielle influence des firmes mais se disent confiants quant aux stratégies possibles pouvant éviter cette influence (72).

8.3. Point de vue des patients sur les cadeaux faits au médecin

Un article américain explorait les connaissances des patients sur les cadeaux que leur médecin recevait de l'industrie pharmaceutique. L'approbation des cadeaux par les patients semble être liée à sa valeur : un stylo est plus acceptable qu'un livre ou qu'une invitation au restaurant. Les auteurs concluent que l'avis des patients devraient être considéré lorsque le médecin établit sa ligne de conduite concernant ses interactions avec l'industrie pharmaceutique (73).

Une autre étude américaine de 2008 a interrogé deux cents personnes pour déterminer les perceptions des patients à propos des relations qu'entretiennent leur médecin avec l'industrie pharmaceutique et pour chercher si ces relations ont un impact sur la confiance médecin-patient. La plupart des patients n'étaient pas au courant des interactions que pouvait avoir leur médecin avec les firmes. Mais, plus de la moitié des interviewés souhaitaient savoir si leur médecin acceptait des cadeaux. Environ 60% ont déclaré qu'ils auraient moins confiance en leur médecin s'ils apprenaient qu'il avait récemment accepté un cadeau. Et 25% estiment qu'ils seraient plus susceptibles de ne pas suivre une prescription s'ils savaient que leur médecin avait récemment accepté un cadeau pour écouter la présentation d'un représentant pharmaceutique sur ce médicament (74).

8.4. Qu'en est-il de leur ressenti au quotidien ?

Le stylo avec le nom du laboratoire qui reste sur le bureau du médecin, les publicités télévisées avec l'avis du Pr X vantant tel ou tel produit de laboratoire, la présence de représentants pharmaceutiques en salle d'attente, ou les réunions entre praticiens et visiteurs médicaux au restaurant sont d'autant plus de techniques d'influence qui se déroule sous les yeux des patients. A ce jour où la médecine se veut centrée sur le patient, où l'on parle d'alliance thérapeutique et de décision médicale partagée, que pense le patient des stratégies publicitaires qui le visent ? Que pense-t-il des industries pharmaceutiques et de leurs interactions avec les médecins ? Le médecin peut-il décider seul, sans consulter sa patientèle, de la ligne de conduite qu'il va adopter vis-à-vis des firmes ?

8.5. Situation à Gabarret dans les Landes

A Gabarret, jusque fin 2018, l'offre de soins médicaux comprenait un cabinet d'un médecin généraliste, Dr L., et une maison de santé regroupant 3 médecins avec d'autres professionnels de santé. Le Dr L., acceptait les visites des représentants pharmaceutiques tandis qu'ils n'étaient pas reçus à la maison de santé.

Le cabinet a fermé et a laissé toute une patientèle sans médecin référent. Certains sont venus à la maison de santé, d'autres sont allés dans des cabinets de villages alentours.

Cet échantillon de patientèle, venu à la maison de santé, ayant connu 2 politiques différentes par rapport aux représentants pharmaceutiques, constitue une population intéressante pour explorer leur ressenti vis-à-vis des visiteurs médicaux.

II. Question de recherche et objectifs

1. Question de recherche

Quelle est la perception des patients sur la pratique de leur médecin traitant par rapport au visiteur médical en cabinet de médecine générale à Gabarret, dans les Landes ?

2. Objectifs

2.1. Objectif Principal

Explorer la perception des patients sur la pratique de leur médecin traitant par rapport au visiteur médical en cabinet de médecine générale à Gabarret, dans les Landes.

2.2. Objectif secondaire

Impliquer les patients dans la réflexion sur le choix des médecins de recevoir ou non des visiteurs médicaux.

III. Méthode

1. Type d'étude

Dans notre cas, la méthode la plus adaptée pour explorer la perception des patients sur le représentant pharmaceutique en cabinet de médecine générale est la recherche qualitative par entretiens semi-dirigés avec une approche par théorisation ancrée.

La recherche qualitative est particulièrement utilisée en sciences humaines et sociales. Elle permet d'avoir un aperçu des perceptions, du ressenti et de l'expérience des personnes étudiées. Elle permet d'étudier leurs opinions sur un sujet particulier de façon plus précise qu'un sondage. Elle génère des idées et des hypothèses pouvant aider à comprendre les opinions liées à cette question et expliquer un phénomène.

Les entretiens semi-dirigés sont basés sur des questions ouvertes et permettent de rebondir sur de nouvelles questions si la personne interviewée soulève un aspect encore inconnu.

La théorisation ancrée utilise les données collectées et leur analyse pour formuler des hypothèses. Elle est réalisée en plusieurs étapes : la réalisation et la retranscription d'entretiens, la reformulation des idées exprimées, la création de codes, codes qui sont par la suite regroupés en plusieurs catégories décrivant différents phénomènes. Les catégories sont ensuite reliées pour créer un modèle et aboutir aux hypothèses. Ces stades sont répétés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire lorsque plus aucun nouveau phénomène n'apparaît.

2. Réglementation

2.1. Consentement

Après information orale claire et appropriée sur l'étude, une feuille de consentement a été distribuée et signée par tous les patients.

2.2. Comité de Protection des Personnes (CPP)

Cette étude n'implique pas la personne au sens de la loi Jardé, l'avis du CPP n'a donc pas été nécessaire pour la réalisation de cette étude.

2.3. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

Cette étude comprend une collecte de données personnelles, au sens de la CNIL puisqu'un enregistrement vocal par un dictaphone a été réalisé. Les données seront traitées et analysées dans le but de développement des connaissances biologique ou médicale. L'étude est établie en France. Il ne s'agissait pas d'une recherche interne puisque l'interviewer ne participait plus au suivi des interviewés.

Un engagement de conformité à la méthodologie de référence 004 de la CNIL (MR-004) a été réalisé au préalable de l'étude. Puis, un enregistrement du projet au répertoire public des études menées « sous MR » géré par l'institut national des données de santé (INDS) a été réalisé.

2.4. Comité d'éthique

Cette étude ne comprenait pas de recueil de données sensibles (religion, ethnie, sexualité...). L'avis du comité d'éthique n'a donc pas été nécessaire.

3. Echantillonnage

3.1. Population

Dans cette étude, nous avons inclus des patients, de plus de 18 ans, du cabinet médical fermé de Gabarret, qui sont venus consultés ensuite à la maison de santé.

Une première liste de patients a été établie avec les médecins travaillant à la maison de santé.

Une vérification de chaque dossier a été réalisée pour s'assurer qu'il s'agissait bien d'anciens patients du médecin parti à la retraite (recherche de courriers, biologies et autres documents médicaux au nom de l'ancien médecin).

Les patients pour lesquels des documents médicaux étaient retrouvés étaient inclus dans l'étude.

Le nombre de patients, sélectionnés par les médecins de la maison de santé avec confirmation de leur ancien médecin traitant dans le dossier, n'a pas permis d'effectuer un tirage au sort en vue de l'inclusion.

Ceux pour lesquels aucune trace n'avait été vue dans leur dossier médical, mais qui avaient été sélectionnés par un des médecins, étaient placés dans une liste à part. Si l'on n'obtenait pas saturation des données avec les patients directement inclus, une vérification serait faite par téléphone directement auprès de ces patients. En cas de réponse positive, c'est à dire que le patient a pour ancien médecin traitant celui parti à la retraite, il serait alors inclus dans l'étude.

3.2. Recrutement

Le recrutement s'est déroulé en 2 phases.

- Tout d'abord, pour les patients dont on avait retrouvé des traces de l'ancien médecin dans leur dossier médical.
- Ensuite, une deuxième phase était programmée si l'on n'obtenait pas saturation des données dans la première. Celle-ci comportait une vérification téléphonique des critères d'inclusion du patient.

Le recrutement s'est fait par téléphone. Les patients ont eu un seul interlocuteur. Dans ce premier contact, il s'est présenté et a présenté son projet. Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat. Après accord de participation de la personne, un rendez-vous était convenu pour l'entretien à un moment opportun pour le patient. Chaque patient a été rappelé 2 jours avant la date prévue pour confirmer le rendez-vous et rappeler au patient le lieu et l'heure. Si le patient ne répondait pas, un message téléphonique était laissé avec ces mêmes informations et une demande de rappel était faite pour confirmer le rendez-vous.

Le recrutement a continué jusqu'à saturation des données. Il a parfois été simultanément aux entretiens.

4. Elaboration du guide d'entretien

4.1. Questionnaire quantitatif

Pour caractériser l'échantillonnage, une première série de 6 questions débute l'entretien. Elle définit : le sexe, l'âge, la situation familiale, le nombre d'enfant, la profession des participants et le niveau d'étude.

4.2. Grille d'entretien

La grille d'entretien était composée de 5 questions ouvertes visant à explorer la perception des patients vis-à-vis des représentants pharmaceutiques (Annexes).

La première question concernait la définition du visiteur médical pour le patient. Une définition de dictionnaire a été donnée en début d'entretien si le patient n'était pas familier du terme. Quatre questions ouvertes ont été posées à chaque patient durant l'entretien. L'ordre dépendait du déroulement de l'entretien et des propos du patient. Plusieurs questions de relance avaient été réfléchies au préalable et figuraient sur le guide d'entretien.

5. Mode de recueil des données

5.1. Caractéristiques de l'interviewer

Il n'y a eu qu'un seul interviewer dans cette étude dans le but d'avoir des entretiens les plus standardisés et homogènes possible.

5.2. Période et lieu de recueil

Les entretiens ont été réalisés entre le 24 et le 30 septembre 2020.

Chaque entretien a été réalisé à la maison de santé de Gabarret dans les Landes. Ils se sont déroulés dans une salle de consultation inoccupée. Une pancarte sur la porte précisait qu'un entretien était en cours et de ne pas déranger. L'entretien était réalisé face à face, sans obstacle entre l'interviewer et l'interviewé.

5.3. Outil de recueil des données : enregistrement

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après accord des interviewés.

6. Réalisation des entretiens

Les interviewés retrouvaient l'interviewer à la maison de santé de Gabarret à l'heure du rendez-vous. L'interviewer allait chercher les interviewés l'un après l'autre en salle d'attente. Une pancarte était alors placée sur la porte précisant de ne pas déranger l'entretien.

L'interviewer s'est présenté et a présenté le projet. Une feuille de consentement de participation à l'étude a été signée par l'interviewé après information claire loyale et appropriée.

L'entretien pouvait ensuite débuter.

7. Retranscription des entretiens

Un verbatim de chaque entretien a été réalisé sur Word.

8. Analyse des résultats

L'analyse des résultats s'est faite avec le logiciel Nvivo.

8.1. Double Codage

Un double codage a été réalisé par un interne de médecine générale de la faculté de Besançon.

IV. Résultats

1. Population finale

Au total, 71 patients figuraient sur la liste établie par les médecins de la maison de santé.

Un patient ne répondait pas aux critères d'inclusion puisqu'il était mineur.

46 patients ont été inclus directement dans la population de l'étude et 24 ont été placés sur la liste de ceux pour qui une vérification était nécessaire.

1.1. Patients directement inclus

Parmi les 46 patients directement inclus, 1 patient n'avait pas de numéro de téléphone renseigné dans le dossier et n'a donc pas pu être contacté malgré l'inclusion dans l'étude.

Sur les 45 patients restants :

- 12 n'ont pas répondu malgré des appels répétés à plusieurs jours d'intervalle.
- 13 ont refusés de participer à l'étude.
- 20 patients ont répondu positivement.

Parmi ces 20 patients :

- 5 ne se sont pas présentés au rendez-vous malgré la confirmation au moment du rappel téléphonique ayant lieu 2 jours avant.
- 2 entretiens ont été annulés le jour même par les patients pour raisons personnelles et n'ont pas pu être reprogrammés à cause de la situation sanitaire au moment de l'étude.

L'étude se compose donc de 13 entretiens. La saturation des données a été atteinte au neuvième entretien.

1.2. Patients pour qui une vérification était nécessaire

Les 24 patients pour qui une vérification téléphonique était nécessaire avant inclusion n'ont pas été contactés puisque la saturation des données a été atteinte au neuvième entretien.

2. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont duré entre 16 minutes et 88 minutes. La moyenne était de 43 minutes par entretien.

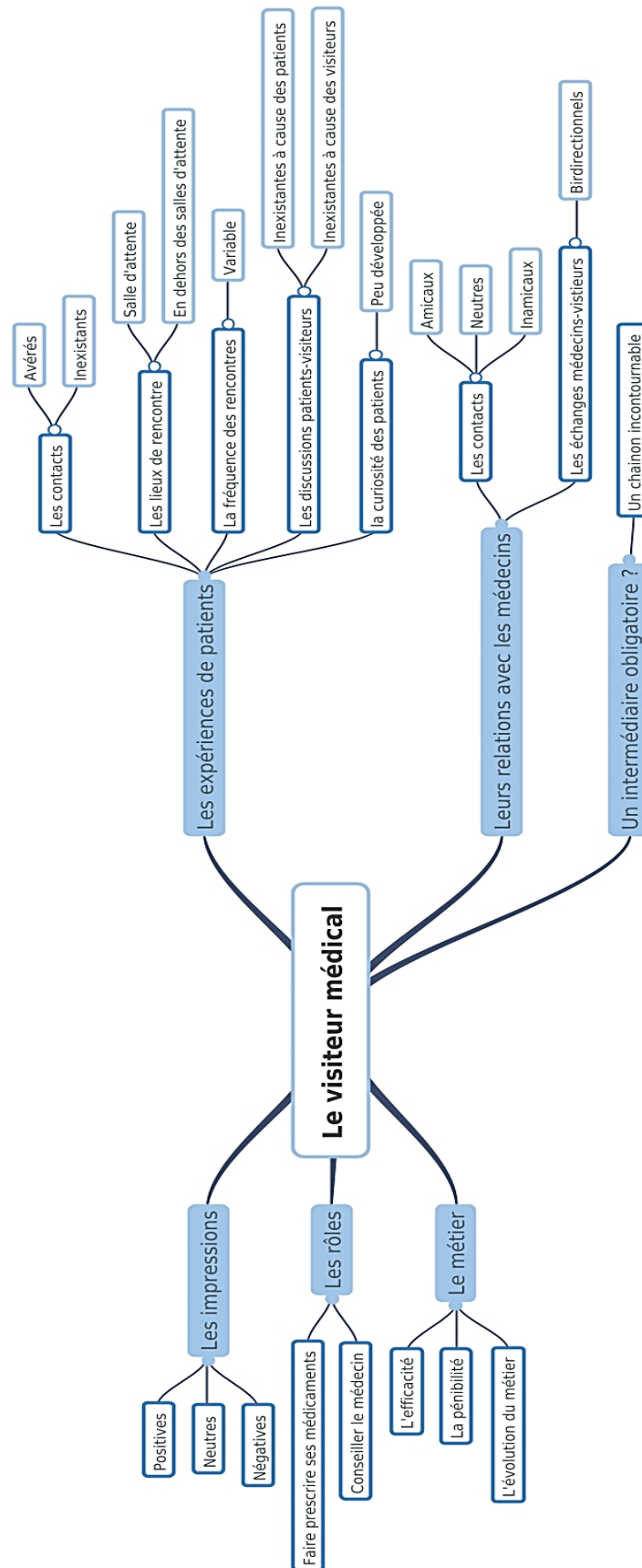
3. Caractéristiques de la population

L'échantillon a été caractérisé par un questionnaire quantitatif en début d'entretien. Il se composait de :

- 7 hommes et 6 femmes.
- D'âge compris entre 57 et 80 ans, pour une moyenne d'âge de 67,9 ans.
- 9 personnes étaient en couple pour 4 célibataires.
- 10 avaient des enfants contre 3 sans enfant.
- 3 personnes avaient passé le Certificat d'Etudes Elémentaires, 5 avaient en plus un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP), 3 avaient le Brevet d'Etudes de Premier Cycle (BEPC) et 2 le Baccalauréat.
- 11 étaient retraités, pour 2 encore actifs.
- Les professions exercées, avant la retraite ou actuellement, étaient : professeur des écoles, secrétaire de mairie, aide à domicile, aide à la personne, agent EDF, manutentionnaire, ouvrier dans le bâtiment, boulangère, restaurateur, agriculteur, jardinier, mécanicien et employé à la Sécurité Sociale.

4. Ressenti des patients sur le visiteur médical

Carte heuristique 1 : Perception des patients sur le visiteur médical



4.1. Définition du visiteur médical

La première question de l'entretien était systématique. Elle demandait aux patients de proposer une définition du visiteur médical. Une définition de référence a été prise dans le dictionnaire (32) : « *le visiteur médical est un représentant d'un laboratoire pharmaceutique chargé de faire connaître aux médecins les spécialités fabriquées par ce laboratoire.* ».

La définition donnée par le patient durant l'entretien était jugée correcte par l'interviewer si elle faisait référence à une personne qui venait visiter les médecins pour leur apporter des informations sur les médicaments ou autre matériel médical.

La notion de laboratoire pharmaceutique n'était pas indispensable initialement. Une deuxième question sur l'employeur des visiteurs médicaux complétait la définition si nécessaire.

Sur les 13 patients, 5 avaient une définition jugée correcte du visiteur médical.

Sur ces 5 patients, 3 incluaient directement la notion de laboratoire et 1 a pu secondairement identifier les laboratoires comme employeurs des visiteurs médicaux.

Les autres patients n'ont pas fourni de réponse valide et la définition de référence leur a été présentée.

Parmi les réponses jugées incorrectes, on retrouve par exemple :

P13 : « *Ca peut être un médecin, une infirmière* »

P5 : « *Un médecin qui visite les patients* »

P6 : « *Quelqu'un comme vous [fait référence à l'interviewer] ? Comme des pharmaciens ?* »

4.2. Expériences personnelles avec un visiteur médical

4.2.1. Contact

Une majorité avait déjà croisé des visiteurs médicaux au cabinet de leur médecin.

Certains connaissaient personnellement quelqu'un qui exerce cette profession mais aucun ne s'était intéressé à son métier.

Et un patient restaurateur, avait déjà travaillé professionnellement avec des visiteurs médicaux. Il leur louait une salle de son restaurant pour des repas professionnels avec des médecins.

D'autres ont déclaré n'avoir jamais croisé de visiteurs médicaux en salle d'attente.

4.2.2. Lieux de rencontre

Hormis le patient restaurateur qui croisait des visiteurs médicaux sur son lieu d'exercice professionnel, les autres n'en ont rencontré qu'en salle d'attente des cabinets de leur médecin.

Certaines personnes précisent avoir observé des visiteurs médicaux attendre devant la porte du cabinet médical pour P1 : « *ne pas se mélanger aux patients en salle d'attente* ».

4.2.3. Discussions

Les politesses mises à part, aucune discussion entre visiteurs médicaux et patients n'a été mentionnée : P2 : « *j'ai pas envie de parler avec eux* », P10 : « *ils n'ont jamais pris la peine de discuter avec nous* ».

4.2.4. Fréquence des rencontres

La fréquence de ces rencontres est aléatoire selon les personnes interrogées :

P10 : « *très très régulièrement* », P3 : « *habituel* », P8 : « *parfois* », P1 : « *2 ou 3 fois* ».

4.2.5. Curiosité des patients

La curiosité des patients vis-à-vis des visiteurs médicaux est très limitée. Certains ont déclaré P2 : « *ça ne m'intéresse pas* ». D'autres, n'y ont jamais prêté attention et ne se sont jamais posés de questions à ce sujet : P9 : « *J'ai dû en croiser en salle d'attente mais je n'y faisais pas attention. Je n'ai jamais discuté avec eux.* »

4.2.6. Traces du visiteur médical dans le bureau du médecin

Aucun patient n'avait remarqué de traces du visiteur médical dans le bureau du médecin à la suite d'une visite (plaquettes d'informations, stylos, post-its etc).

4.3. Description et impression sur le visiteur médical

Le visiteur médical est systématiquement reconnu en salle d'attente : P10 : « *ils ont souvent un ordinateur ou un sac de travail avec eux.* ». Leur apparence soignée n'a pas échappé aux interviewés : P1 : « *bon chic bon genre, habillé... Bien habillé ! Costume cravate* », P1 : « *on voit que ce n'est pas un patient* ».

Physiquement, les avis divergent. Certains ont remarqué plutôt des femmes, d'autres hommes et femmes sans distinction. Certains ont constaté des personnes jeunes, d'autres des personnes d'expérience et d'autres encore de tous les âges.

L'impression générale des patients sur les visiteurs médicaux varie selon les personnes. Elle peut être soit bonne, soit neutre, soit désagréable :

- Bonne grâce à leur P3 : « *politesse* » et leur P3 : « *attitude respectueuse* »
- Neutre parce qu'ils P11 : « *ne faisaient pas attention* »
- Désagréable par leur attitude P2 : « *culottée, conquérante et pleine d'assurance* ».

4.4. Le rôle du visiteur médical

Les personnes interrogées définissent le rôle du visiteur médical comme une source d'informations pour le médecin par rapport aux nouveaux médicaments. Il vient, selon elles, P4 : « *conseiller les médecins et aiguiller leurs prescriptions* ». Il a même été considéré comme P3 : « *porteur de bonnes nouvelles* » par un patient. Le visiteur médical se place en P11 : « *partenaire* » du médecin.

Un autre aspect ressort des entretiens. Un des rôles du visiteur médical est de vendre ses produits, de convaincre les médecins de prescrire son médicament. P2 : « *Faire du chiffre* » pour le laboratoire qui l'emploie, est une composante à part entière de son rôle, selon onze des interviewés.

4.5. Le métier de visiteur médical

Pour avoir ce rôle de conseiller auprès du médecin, le visiteur doit avoir une formation. Les patients estiment que P2 : « *les visiteurs médicaux ce n'est pas n'importe qui. C'est des gens formés par des laboratoires, des gens qui connaissent le médicament qu'ils présentent, qui sont formés pour présenter* ». Leur formation s'arrêterait néanmoins à leurs produits et ne s'étendrait pas aux médicaments des laboratoires concurrents. Un interviewé imagine également un enseignement sur la vente des médicaments : P8 : « *Il est payé par un laboratoire, il est formé par le laboratoire, il vient présenter, c'est un commercial* ».

La notion d'efficacité et de rendement dans le métier du visiteur médical ressort également dans les entretiens. Les laboratoires imposent un rendement aux employés. Celui-ci s'est parfois fait ressentir jusque dans les salles d'attente médicale : P1 : « *les médecins les prenaient en priorité de façon à ne pas les faire attendre* ». Plus le visiteur médical P7 : « *pousse le médecin à prescrire son médicament, plus il y gagne, plus son salaire augmente* ».

Liée à l'efficacité requise, la notion de pénibilité du métier de visiteur médical a été citée deux fois.

Un patient en avait discuté avec son amie visiteuse médicale : P12 : « *Elle disait que c'était prenant, pénible. Et d'ailleurs elle a abandonné car elle partait régulièrement pour des stages de formation pendant longtemps. Les médecins n'étaient pas toujours disposés à la recevoir, elle attendait beaucoup. Sa boîte la bousculait aussi parce qu'il fallait qu'elle fasse le plus de chiffre d'affaires possible. Il y avait beaucoup de pression de la part du laboratoire. Elle*

faisait beaucoup de kilomètres. Donc elle a abandonné mais elle a regretté parce que ça payait bien. ».

Le métier de visiteur médical a évolué dans le temps. Les patients remarquent qu'ils étaient plus présents dans les salles d'attentes il y a une dizaine d'années. Ils estiment que P10 : *« avant, les médecins avaient plus besoin des visiteurs médicaux qu'aujourd'hui »*. On parle même d'une P11 : *« vieille tradition »* quant au fait de les recevoir.

4.6. La relation entre médecin et visiteur médical

4.6.1. Contacts entre médecin et visiteur médical

Les personnes interrogées ont observé des contacts, pour la majorité en salle d'attente, entre le visiteur médical et le médecin. Si certains n'ont pas constaté de relation particulière entre eux du fait d'échanges très courts, un a pu remarquer une relation amicale P4 : *« ils avaient de bons rapports, peut-être amicaux »*, ou au contraire que le visiteur dérangeait le médecin P1 : *« à certains moments le docteur marquait de l'impatience »* pour d'autres interviewés.

Deux attitudes différentes des médecins vis-à-vis des visiteurs médicaux ont été citées : faire passer le visiteur médical P6 : *« en priorité, avant les patients »*, ou, P8 : *« leur faire attendre leur tour sans distinction »*.

Les patients ayant déjà croisé des visiteurs médicaux, les ont remarqués en salle d'attente de leur cabinet médical. Ils imaginent aussi que ces contacts peuvent avoir lieu ailleurs : par exemple, dans des P9 : *« colloques »* réunissant plusieurs médecins par un visiteur médical. Une des personnes interrogée, restauratrice, a déjà assisté à un rassemblement de médecins avec une visiteuse médicale dans son restaurant.

Comme évoqué précédemment, les patients ont constaté qu'ils voyaient de moins en moins de visiteurs médicaux. Ils expliquent cela par le fait que dorénavant, les médecins les reçoivent sur rendez-vous ou en dehors des horaires dédiées aux patients.

4.6.2. Echanges entre médecin et visiteur médical

Les patients pensent que les échanges entre visiteurs médicaux et médecins sont bidirectionnels. Le visiteur propose ses nouveautés et ses conseils au médecin et lui, fait un retour sur les médicaments prescrits. En cas d'effets indésirables ou d'inefficacité, le médecin se tournerait vers le visiteur pour qu'il puisse faire remonter les problèmes auprès du laboratoire fabricant et pour que le visiteur lui apporte une nouvelle solution : P1 : *« il y a un échange quand même. Il y a le retour du docteur qui dit ce médicament pour moi doit fonctionner ou ce médicament a des effets secondaires et peut-être que le visiteur médical est amené à remonter l'information. Le but d'un médicament ce serait que ça fonctionne mais il y a aussi certainement des médicaments qui sont tester ou qui font que les patients ne les ressentent pas bien. C'est au docteur de le dire de façon à ce que cela soit amélioré au niveau du laboratoire. Il faut qu'il y ait un échange »*.

4.6.3. Cas particuliers : médecins expérimentés ou non

Les personnes interrogées émettent des nuances quant à la relation du visiteur médical avec un médecin jeune, qui débute, ou avec un médecin expérimenté, installé depuis longtemps.

Certains pensent qu'un médecin débutant aura plus tendance à se référer aux visiteurs médicaux et à écouter leurs conseils car il aura plus besoin d'être guidé dans ces prescriptions. Au contraire, un médecin expérimenté aura déjà eu le temps de se faire sa propre opinion et sera moins intéressé par les conseils du représentant : P1 : « *Quand on est jeune on voit avec ceux du métier [les visiteurs médicaux] et après quand on est ancien on fait avec le travail du terrain, l'expérience* », P3 : « *Peut-être que les représentants sont adaptés aux jeunes médecins pour leur expliquer* ».

Par opposition, ils distinguent deux façons de faire différentes qu'ils mettent en lien avec l'époque d'exercice du médecin. Un jeune médecin ne sera pas intéressé de recevoir des visiteurs médicaux puisqu'il trouvera ses informations ailleurs, par exemple sur internet. Alors qu'un médecin plus âgé continuera de recevoir des visiteurs par habitude car au début de sa carrière il n'avait pas d'autre source d'informations qu'eux : P8 : « *Les médecins expérimentés ont tous eu les visiteurs médicaux ça se faisait comme ça à l'époque. Je pense que c'est une question d'époque. Les jeunes médecins ont maintenant Internet et des revues donc probablement qu'ils se feront leur propre idée.* ».

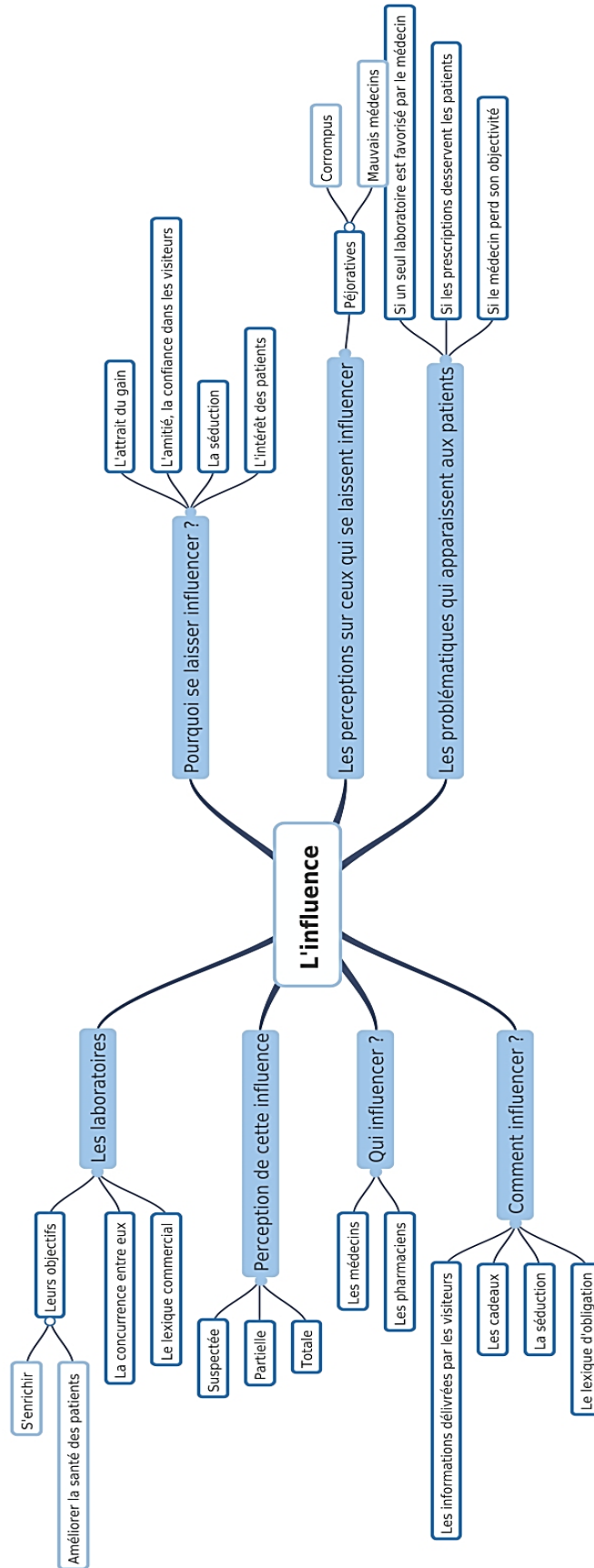
4.7. Le visiteur médical, un passage obligé ?

Les personnes interrogées émettent des doutes sur le fait qu'il soit possible de ne pas recevoir de visiteurs médicaux. Pour elles, il s'agit d'un P1 : « *chainon obligatoire* » faisant le lien entre les laboratoires et les médecins. Le visiteur médical est une P11 : « *source d'informations incontournable* » pour le médecin. Même si elles considèrent qu'un médecin puisse se former et s'informer sans passer par des visiteurs médicaux, ces modes de fonctionnement ne remplacent pas un P5 : « *entretien humain, entre 4 yeux* ». Elles qualifient de P12 : « *regrettable* » voir même de P12 : « *pas démocratique* » de ne pas faire appel à eux.

Pour ces patients, la seule existence de la profession justifie sa nécessité : P2 : « *si ces gens existent il faut les utiliser, s'ils existent c'est qu'il y a un avantage, un intérêt et une certaine efficacité pour le patient. S'ils y sont c'est qu'ils doivent exister sinon on ne les utiliserait pas* ». Il a été difficile pour eux d'envisager que le médecin n'est pas dans l'obligation de les recevoir. On retrouve dans les propos des patients une notion de légitimité et parfois aussi de tradition. Une seule personne P1 : « *ne pense pas que cela est grave si le médecin ne reçoit pas de visiteur médical.* ».

5. L'influence

Carte heuristique 2 : Perception des patients sur l'influence du visiteur médical



5.1. Les laboratoires

5.1.1. Objectifs des laboratoires

L'ensemble des personnes interrogées est unanime quant à l'objectif principal des laboratoires : P11 : « *vendre le plus possible de médicament* », P1 : « *faire du fric* », P9 : « *s'enrichir* ».

Un second objectif vient rapidement compléter le premier : P2 : « *l'intérêt du patient* ».

Pour les interrogés, ces deux finalités ne sont pas incompatibles : P11 : « *Comment les laboratoires pourraient vendre leurs médicaments s'ils sont inefficaces ? Tout le monde s'en rendrait compte et plus personne ne les prescrirait. De toute façon, les laboratoires n'oseraient pas vendre des médicaments inutiles ou même dangereux pour les patients* ».

5.1.2. Lexique commercial

Malgré un objectif prônant la santé des patients, un vocabulaire fort sur la vente a été noté lors des entretiens. Celui-ci qualifiait, et les laboratoires, et l'attitude des visiteurs médicaux.

Le mot le plus fréquemment retrouvé est « *vendre* », suivent ensuite à égalité « *commercial* », « *marché* » et « *intérêts* ». La notion « *d'influence* » est également présente à plusieurs reprises. Ce langage commercial est prédominant par rapport au langage sur la santé des patients très peu cité.

5.1.3. La concurrence entre laboratoires

L'intérêt commercial est rapidement suivi de la notion de « *concurrence* ». Si l'objectif principal est financier, il en est de même pour tous les laboratoires, les faisant alors entrer en concurrence. Les patients ont bien perçu cet aspect du métier de visiteur médical. Si l'on est plusieurs à vendre un médicament pour une même maladie, il faut P12 : « *vendre mieux que l'autre* ». De la même façon, si un médecin reçoit un visiteur médical d'un laboratoire, il devra en recevoir de firmes différentes pour ne pas P4 : « *en favoriser un plus que l'autre* ».

5.2. L'influence

Dès lors que les patients parlent de commerce, d'intérêts financiers, de concurrence entre les laboratoires, la notion d'influence est présente : P10 : « *les représentants sont des influenceurs* ». Le terme est revenu dans chacun des entretiens.

Cette influence peut-être :

- Suspectée : P13 : « *peut-être que c'est possible mais j'espère que non et que le médecin arrive à garder sa neutralité.* »,

- Partielle : P2 : « *Certains médecins doivent se laisser influencer mais influencer positivement pas n'importe comment.* »
- Ou avérée : P8 : « *c'est une honte pour la profession je pense que parmi les médecins il y en a beaucoup qui dépendent de laboratoires* ».

5.3. Qui influencer ?

Dans chaque entretien, par son rôle d'intermédiaire avec les visiteurs médicaux, c'est le médecin qui est désigné comme cible de l'influence des laboratoires. Même si chaque personne est d'accord pour le définir ainsi, certaines personnes émettent des doutes quant au succès de cette influence P7 : « *je ne pense pas que les prescriptions du médecin soient influencées par des entretiens avec des visiteurs médicaux* ». D'autres estiment que cette influence peut être contrôlée par les médecins pour qu'ils n'en tirent que les avantages. Dans ce cas, elle devient tout à fait acceptable : P1 : « *S'ils se laissent tenter pour le bien du patient, moi je ne vois pas d'inconvénient* ».

Les pharmaciens ont été mentionnés comme cible potentielle des laboratoires.

La distinction entre les médecins de zones urbaines et les médecins ruraux a été rapportée. L'influence serait P13 : « *plus présente en ville qu'à la campagne* », rendant ainsi les médecins ruraux plus P13 : « *digne de confiance* ».

5.4. Comment influencer ?

5.4.1. Informations délivrées par le visiteur médical

Certains patients pensent que l'influence sur le médecin va débiter par les informations que les visiteurs médicaux vont délivrer. Ces informations peuvent être P2 : « *enrobées* », ou avec des P2 : « *mots très forts* », ou encore présentées avec P9 : « *beaucoup de prétention* » pour convaincre le médecin de prescrire leur médicament. Les notions d'exagération des propos et de manque d'objectivité sont aussi présentes.

La notion de mensonge a aussi été mentionnée. Pour les personnes interrogées, les visiteurs médicaux ne vont pas présenter toute la vérité aux médecins. On parle de P10 : « *baratiner* », P1 : « *boire leurs paroles* » et de P3 : « *prêcher pour sa paroisse* ».

Si certains patients s'accordent pour dire que le visiteur médical n'est pas honnête dans ses propos, d'autres ne peuvent pas le concevoir. Pour eux, P11 : « *vendre des médicaments, c'est plus sérieux que vendre une voiture* ». L'intérêt financier ne peut pas primer sur la santé. P11 : « *Ce n'est pas un jeu, les laboratoires doivent faire preuve de sérieux avec la vie des gens* ». Ils se sentent en sécurité grâce à la presse : P6 : « *de toute façon avec la chaîne d'informations actuelle, ils ne peuvent plus faire de connerie et passer inaperçus. Ils ont intérêt à ce que ce soit sérieux.* ». Si les laboratoires faisaient des erreurs, ou plus simplement, vendaient des médicaments inutiles, les médias seraient forcément au courant. Pour éviter une mauvaise

publicité, les laboratoires sont donc obligés de produire des médicaments efficaces et sûrs. La sécurité est aussi liée au fait que le médicament est commercialisé : P4 : « *pour moi si le médicament est sorti sur le marché c'est qu'il est sûr* ».

5.4.2. Lexique d'obligation

Un vocabulaire sur la contrainte a été retrouvé dans les entretiens. Pour les personnes interrogées, le visiteur médical cherche à obliger les médecins qu'il rencontre, à prescrire ces produits : P11 : « *imposer* », P8 : « *pousser à* », P4 : « *forcer la main* », P1 : « *le médecin se retrouve pieds et poings liés* ».

5.4.3. Les cadeaux

P8 : « *On dit que les laboratoires sont très souples et très gentils avec les docteurs* ». Des personnes interrogées ont mentionné l'existence de récompenses des laboratoires pour les médecins. Ont été mentionnés les cadeaux physiques (calendriers, stylos), les repas aux restaurants, les voyages et les enveloppes d'argent directement. La temporalité n'est pas clairement définie, certains pensent que les cadeaux sont offerts pour inciter à la prescription : P9 : « *On graissait la patte aux médecins pour qu'ils placent les produits* », d'autres en récompense après un certain nombre de produits prescrits : P2 : « *peut-être que s'ils en vendent un certain nombre ils ont droit une récompense, en voyage par exemple* ».

Ces gratifications sont, pour les patients, indéniablement source d'influence sur les médecins. Pour la plupart il s'agit d'un ressenti. Une personne a assisté à des repas de laboratoires offerts aux médecins : P9 : « *Il y avait de très très jolis cadeaux. Certains médecins recevaient de très très beaux cadeaux. Par exemple des voyages, des week-ends dans des restaurants gastro, des séminaires d'une semaine qui n'avaient rien de séminaire : où on parlait pendant une demi-heure du médicament mais c'était surtout des vacances. Et des enveloppes en espèces.* ».

5.4.4. La séduction

Il a été suggéré qu'employer des femmes en tant que visiteuse médicale a un rôle d'influence sur les médecins grâce à P9 : « *des bisous, des caresses* » et une familiarité à leur égard. P9 : « *On se demande si la visiteuse n'était pas là pour se vendre elle plutôt que les produits ou qu'elle se vende pour vendre ses produits* ».

5.5. Prescriptions faites suite à la visite d'un visiteur médical

Un patient pense qu'on lui a prescrit des médicaments à la suite d'une visite de visiteurs médicaux mais il s'agissait d'un contexte hospitalier.

Quelques interviewés envisagent que leur médecin traitant ait prescrit des médicaments qu'il n'a pas l'habitude d'utiliser ou qu'il n'aurait pas prescrit en temps normal, suite au passage

d'un visiteur médical P5 : « *Non je pense pas que le visiteur influence les prescriptions de mon médecin* ».

Et s'ils considèrent cette éventualité, le médecin ne l'admettrait pas : P13 : « *Je ne pense pas que mon médecin avouerait changer ma prescription parce que c'est un visiteur qui est passé et qui lui a proposé. Il essaierait de me faire comprendre que c'est mieux sans dire que ça vient d'un laboratoire* ».

5.6. Pourquoi le médecin se laisse influencer ?

Pour les personnes interrogées, les raisons qui expliqueraient que le médecin soit influencé sont : P10 : « *l'attrait du gain financier* » lié aux avantages offerts par les visiteurs médicaux, P9 : « *la séduction* » ou encore P2 : « *l'amitié et la confiance* » qui peuvent le lier à un visiteur médical.

Certains soulignent à nouveau l'intérêt du patient comme priorité absolue du médecin : P1 : « *s'il se laisse tenter pour le bien du patient, ça ne me pose pas de problème* ».

Enfin, même si tous reconnaissent ces sources d'influence comme explication à pourquoi un médecin se laisse influencer, il est difficile d'imaginer que leur médecin peut réellement être influençable. P4 : « *Il faut faire la part des choses, c'est ce que j'attends de tout médecin* ».

5.7. Avis des patients sur les médecins qui se laissent influencer

P1 : « *Un Médecin c'est quelqu'un qui a fait des études longues qui a la tête bien faite et bien pleine. Il est capable de voir des choses, moi je lui fais confiance. Je ne pense pas qu'il se laissera guider par un appât au détriment du patient. Ce serait mauvais médecin.* ». P10 : « *Marchand de tapis* », P2 : « *charlatan* », P11 : « *risque d'être corrompu* », P6 : « *incompatible avec sa profession* », P13 : « *faute* », P9 : « *honte* » : l'avis est unanime pour les patients. Un médecin qui se laisse influencer est un mauvais médecin qui a perdu de vue sa vocation.

5.8. Problématiques qui apparaissent aux patients

La première problématique évoquée par les personnes interrogées concerne les liens entre médecins et visiteurs médicaux. P1 : « *Tant que ces liens restent dans l'intérêt du patient ou que le médecin reste neutre vis-à-vis des informations délivrées, j'y vois pas d'inconvénient* ». Cependant, si ces connexions sont sources d'influence sur les prescriptions médicales, elles posent un problème éthique et même déontologique : P10 : « *je pense que la conscience du médecin et sa déontologie font qu'il ne peut pas prescrire que pour une seule personne ce n'est pas correct* », P4 : « *A moins qu'il soit ami avec un représentant, qu'ils soient amis d'accord mais le médecin doit rester lucide et ne pas favoriser son ami surtout si à côté il y a quelque chose de mieux au niveau des médicaments. Il faut faire la part des choses. C'est ce que j'attends de tout médecin* ».

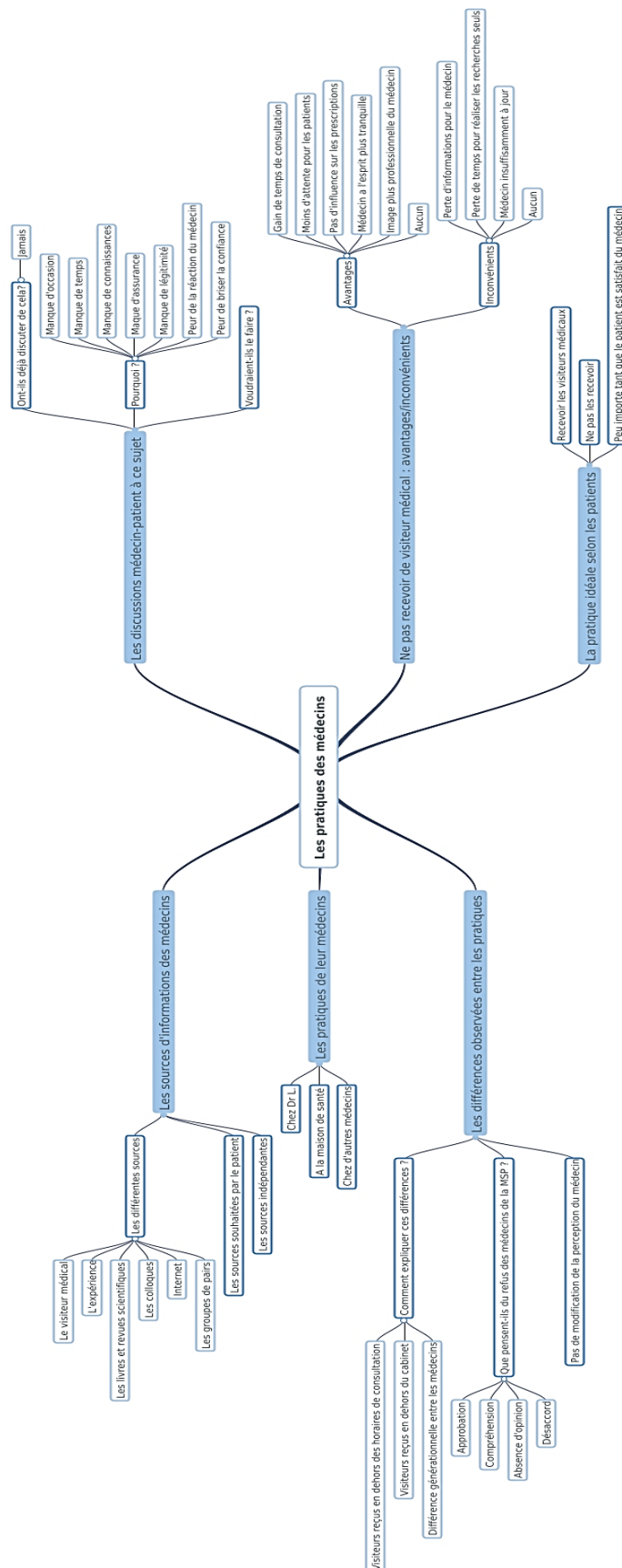
Le second danger se rapporte aux cadeaux laissés aux médecins. Une prescription doit être réfléchie. Il n'est pas concevable qu'une prescription soit induite par un objet au nom du laboratoire laissé sur le bureau médical : P3 : « *C'est le médecin qui décide. Après s'il choisit un laboratoire parce qu'on lui donne des cadeaux et pas par rapport aux médicaments ou aux produits ce ne serait pas bien. J'attends de mon médecin à un choix objectif par rapport aux médicaments, qu'il arrive à se détacher des cadeaux* ». Mais si le professionnel de santé est capable de passer outre cette influence, les patients acceptent la présence de ces petits présents.

Le troisième problème posé serait de recevoir des visiteurs médicaux d'un seul laboratoire. Les patients estiment nécessaire d'accueillir des représentants de différents laboratoires pour pouvoir comparer les produits et pour que le médecin puisse se faire une opinion plus objective : P1 : « *ce qui est intéressant c'est la pluralité dans ma tête* ». De la même façon, lors de colloques réunissant un groupe de médecin, il serait préférable que des intervenants de plusieurs laboratoires soient présents pour éviter le monopole par une seule firme.

Malgré cela, des patients considèrent ces attitudes acceptables. P8 : « *Si on me disait ouvertement j'ai prescrit ce médicament parce que ce laboratoire m'a dédommagé je répondrai que ce n'est pas bien. Si ça se fait et que ça n'a aucun désavantage pour moi en tant que patient, c'est d'accord.* »

6. Pratiques de leur médecin vis-à-vis des visiteurs médicaux

Carte heuristique 3 : Perception des patients sur les pratiques des médecins par rapport au visiteur médical



6.1. Sources d'informations des médecins

6.1.1. Les différentes sources

6.1.1.1. *Le visiteur médical*

Le visiteur médical est, selon les patients, la source principale d'informations des médecins. Il est une P7 : « *référence incontournable* ». Il fait partie du processus de prescription réfléchi. Ses connaissances sur les médicaments éclairent le médecin et l'aide à choisir pour prescrire ou non son produit. Il aide aussi les professionnels de santé dans leur formation continue pour permettre une mise à jour de leurs connaissances. Le contact humain, un P5 : « *entretien entre 4 yeux* » amène une interaction supplémentaire nécessaire qu'on ne retrouve pas dans les autres sources d'informations. La fiabilité de ses informations est discutée mais ils s'accordent pour dire que c'est un moyen d'information P9 : « *facile et pratique* ».

6.1.1.2. *L'expérience*

L'expérience est aussi une source d'informations mentionnée. Les patients imaginent que certaines prescriptions sont faites comme des P2 : « *tests* ». Selon les retours positifs ou négatifs qui seront faits par les patients, le médecin décidera si oui ou non il continuera de prescrire ce médicament. P11 : « *Le terrain* » et la P1 : « *confrontation à la réalité* » sont essentiels dans la pratique. P12 : « *La théorie ne fait pas tout* ».

6.1.1.3. *Les livres et revues scientifiques*

Les livres et revues scientifiques sont également cités. Bien qu'il ne s'agisse pas du mode d'information idéal pour les personnes interrogées, car il n'y a pas d'échange verbal, ils constituent un mode d'informations fiables et acceptables. Beaucoup de patients ont déjà observé leur médecin rechercher dans P5 : « *un gros livre sur leur bureau* », un P2 : « *genre de dictionnaire des médicaments* », le Vidal.

6.1.1.4. *Internet*

Des patients ont déjà vu leur médecin rechercher des informations sur Internet. Cette source d'informations ne semble pas très fiable à leurs yeux : P8 : « *Internet mais il faut filtrer ce qu'on y trouve* ».

6.1.1.5. *Les colloques*

Les « colloques », « conférences » ou « stages » constituent un moyen de s'informer des nouveautés pour la formation médicale continue. P5 : « *Quand on voyait qu'il [le médecin] s'absentait plusieurs jours, on se doutait qu'il faisait ça* ». Les avis sont partagés concernant la présence ou non des visiteurs médicaux et des laboratoires dans ces rassemblements. Pour certains qui pensent qu'ils sont présents, l'influence serait limitée : P9 : « *ce n'est pas pareil que de vendre son produit à quelqu'un qu'on connaît bien comme dans une visite médicale* ».

6.1.1.6. *Les groupes de pairs*

Les interactions entre médecins sont aussi citées comme source d'informations possibles. Si un médecin est dans une impasse concernant une prise en charge, il peut P3 : « *demander avis à ses collègues* ». Particulièrement s'il s'agit d'un jeune médecin qui demandera à un médecin avec plus d'expérience clinique.

6.1.2. Sources d'informations indépendantes des laboratoires

L'existence de sources d'informations indépendantes des laboratoires a été spontanément abordée par certains patients. Pour les autres, la notion a été exposée par l'intervieweur pour observer ensuite les réactions. Celles-ci étaient variées. Il y a eu :

- La surprise : P9 : « *ça existe vraiment ?* »
- La réserve : P5 : « *oui peut-être mais* »
- L'approbation : P1 : « *si cette voie existe il faut s'y engouffrer* », P2 : « *se serait l'idéal* ».

6.1.3. Sources d'informations souhaitées par le patient

Il a ensuite été demandé aux patients quelle serait, pour eux, la source d'informations idéale pour leur médecin. Les avis ont beaucoup divergé. Certains estiment P5 : « *qu'une discussion est le plus intéressant* », donc les rencontres avec les visiteurs médicaux. D'autres pensent qu'il serait P2 : « *préférable de se passer des laboratoires* » mais qu'ils ne feraient rien pour que les médecins arrêtent de les recevoir. Et d'autres encore ont répondu P6 : « *ça m'est égal, ça ne regarde que lui* », P10 : « *j'aimerais qu'il fasse au mieux* ».

6.2. Pratiques de leurs médecins

6.2.1. Chez le Dr L., le médecin parti à la retraite

Neuf des patients interrogés ont déjà croisé des visiteurs médicaux au cabinet de leur ancien médecin le Dr L. La fréquence variait selon les personnes : souvent, quelques fois, régulièrement.

6.2.2. A la maison de santé de Gabarret

Les treize personnes interrogées sont unanimes. Elles n'ont jamais croisé de visiteurs médicaux à la maison de santé de Gabarret. Elles ne savent cependant pas expliquer pourquoi. L'hypothèse qu'ils n'y étaient pas les bienvenus n'a pas été évoquée spontanément.

6.2.3. Chez d'autres médecins

Des patients ont eu l'expérience d'autres médecins, ni le Dr L., ni les médecins de la maison de santé. Tous décrivent la présence régulière de visiteurs médicaux dans leurs anciens cabinets.

6.3. Différence entre les pratiques

6.3.1. Explications données par les patients

Pour expliquer ces différences entre le cabinet et la maison de santé, les patients ont eu plusieurs hypothèses. La première est que les visiteurs médicaux étaient admis à la maison de santé P3 : « *en dehors des horaires de consultation* ». Ils pouvaient aussi rencontrer les médecins en dehors de la maison de santé. Les patients attendaient longtemps en salle d'attente dans leur ancien cabinet car les consultations y étaient sans rendez-vous contrairement à la maison de santé. Une autre explication possible est qu'ils ne les croisent pas parce qu'ils attendent peu. De la même façon, cette divergence peut être expliquée par leur arrivée relativement récente à la maison de santé. Enfin, la différence générationnelle entre les médecins de la maison de santé et le Dr L. est une interprétation pour certains : P7 : « *Ce n'est pas la même époque de médecin. Ce n'est peut-être pas la même façon de faire. A l'époque c'était vraiment courant. Avec les jeunes médecins aujourd'hui ce n'est pas la même chose.* ».

6.3.2. Qu'évoque la différence dans les pratiques ?

Après avoir demandé s'ils avaient remarqué des différences vis-à-vis des visiteurs médicaux entre l'ancien cabinet du Dr L. et la maison de santé, une explication de la situation leur était

donnée pour connaître leur ressenti. Par exemple, « Vous avez été observateur parce qu'il n'y a pas de visiteur médical à la maison de santé mais il y en avait au cabinet du docteur L. Ici les trois médecins refusent de recevoir les visiteurs médicaux. Qu'est-ce que ça vous évoque ? ».

Les avis étaient partagés entre :

- L'approbation : P10 : « ça me paraît en effet plus professionnel et je suis un peu plus rassuré de savoir que mon nouveau médecin ne reçoit pas de visiteur médical. », P2 : « je trouve ça très bien parce que franchement ces visiteurs médicaux je n'en vois pas l'intérêt ».
- La compréhension : P1 : « c'est un choix de leur part », P8 : « ont sûrement leurs raisons pour agir ainsi ».
- L'absence d'opinion : P13 : « honnêtement je ne sais pas quoi dire ».
- Le désaccord : P12 : « c'est pas tellement démocratique, c'est un manque de communication », P6 : « je ne vois pas pourquoi ils refuseraient », P5 « c'est regrettable ».

Une explication sur la raison du refus des médecins de la maison de santé a ensuite été donnée pour analyser les réactions des patients. Il a été expliqué aux patients que le refus provenait du lien entre visiteurs médicaux et les laboratoires et de l'influence potentielle qui pouvait résulter des entretiens.

On retrouve 3 réactions similaires :

- La neutralité : P13 : « Je n'en pense rien. Ils font ce qu'ils pensent juste de faire. Ils ont sûrement raison de ne pas les recevoir. Je ne jugerai pas là-dessus. Mais peut-être qu'ils ont tort de ne pas les recevoir je n'en sais rien. »,
- L'incompréhension : P5 : « si leurs compétences sont suffisantes... Ils ne s'en vantent pas en tout cas. Peut-être qu'ils savent tout. »
- Et l'acceptation : P10 : « je comprends que le docteur ne veuille pas être embêté par ce genre de démarche. Aujourd'hui les médecins ont d'autres moyens d'avoir des informations que par des représentants ».

6.3.3. Cette différence de pratique change-t-elle la perception du médecin ?

La différence de pratique entre l'ancien cabinet et la maison de santé vis-à-vis des visiteurs médicaux peut-elle modifier la perception des patients sur leur médecin ? Peut-elle impacter la confiance qu'ils ont en leur médecin ? Pour la quasi-totalité des personnes interrogées, il n'y a eu aucun doute : « Absolument pas ». Une personne a répliqué que ces informations étaient nouvelles et qu'elle ne pouvait pas encore se prononcer sur la question. Et une autre a répondu que « oui peut-être », cela pouvait altérer sa confiance en son médecin.

6.4. Discussions sur les pratiques

6.4.1. Les patients ont-ils déjà discuté de cela avec leur médecin ?

Tous les patients, ont répondu « *non* ». Ils n'ont jamais discuté des pratiques de leur médecin par rapport aux visiteurs médicaux, ni à l'initiative du médecin ni à celle du patient.

6.4.2. Pourquoi n'en avoir jamais parlé ?

Beaucoup de raisons ont été évoquées concernant le pourquoi. Chaque personne a abordé une notion différente en fonction de son propre ressenti. On retrouve :

- Un manque d'occasion de discuter de ce sujet,
- Un manque de temps durant les consultations,
- Le fait que le visiteur médical est un échelon qui n'est pas directement en contact avec le patient,
- Le fait que le médecin soit le seul intermédiaire. Ceci pouvant expliquer un manque d'intérêt, de curiosité du patient sur la question,
- Le manque d'informations sur la pratique de leur médecin pour pouvoir en parler,
- Un manque de connaissance à ce sujet et donc un ressenti d'incompétence,
- Particulièrement parce que le médecin lui est formé sur ce sujet,
- Le fait que le médecin soit chez lui, dans son cabinet, il peut donc faire comme bon lui semble,
- Un manque de légitimité, P6 : « *ce n'est pas le rôle du patient* »
- Un manque d'assurance pour oser en parler
- La peur de la réaction du médecin, P5 : « *j'aurai peur de la fâcher* »
- La peur d'apparaître comme quelqu'un de suspicieux vis-à-vis du médecin
- La peur d'être intrusif vis-à-vis de la pratique du médecin, de rentrer dans son intimité professionnelle,
- La peur de briser la confiance médecin-patient,
- La trace du modèle paternaliste, P8 : « *c'était comme ça, on ne pouvait rien dire* »
- Un sentiment d'être démunis, P1 : « *qu'est qu'on peut y faire nous en tant que patient ?* »
- Et même, le fait qu'il n'existe pas assez de médecins pour être exigeant.

Pour ce dernier cas, il a été demandé si, avec plus de médecins installés, le fait de recevoir ou non des visiteurs médicaux pourrait être un critère de choix du médecin traitant. La réponse était non.

La notion de « *secret* » a été spontanément abordée dans les entretiens. Les médecins seraient discrets vis-à-vis de leurs relations avec les visiteurs médicaux. P13 : « *Ils n'en parleraient pas ouvertement* », P5 : « *C'est peut-être quelque chose que l'on n'est pas censé savoir* », P6 : « *Je ne suis pas sûre que le médecin nous réponde la vérité si jamais on lui pose la question* ».

En complément, la notion de confiance entre médecins et visiteurs médicaux a été discutée. Les patients se sentent exclus : P10 : « *Je n'ai jamais été dans la confiance* », P6 : « *Je ne pense pas qu'il demande mon avis* ».

6.4.3. Les patients seraient-il intéressés d'en discuter ?

A la question « *Seriez-vous intéressé pour discuter de ça avec votre médecin traitant ?* », la plupart des patients ont répondu non. La raison principale évoquée est la confiance qu'ils ont en leur médecin. Partager ensemble à ce sujet serait, pour eux, remettre en question cette confiance : P11 : « *Non pas du tout, moi je fais confiance à mon médecin. C'est sa décision c'est son travail. Il s'y connaît mieux que moi. Je ne vais pas apprendre à mon médecin à faire son boulot. C'est sa décision.* ». Quelques personnes ont exprimé un désir d'être consulté sur le sujet et accepteraient de dialoguer avec leur médecin.

6.5. Ne pas recevoir de visiteurs médicaux : avantages et inconvénients

6.5.1. Quels sont les avantages de ne pas recevoir de visiteurs médicaux en médecine générale ?

Les patients ont répondu à cette question à chaque entretien. Les réponses sont diverses mais il en existe une majorité concernant la notion de temps. On retrouve l'argument du, P12 : « *gain de temps pour le médecin* ». Mais également, le gain de temps pour le patient avec P4 : « *moins de temps d'attente pour les patients* ». On retrouve aussi le fait de P8 : « *ne pas être influencé par les visiteurs médicaux, de pouvoir se faire sa propre opinion sur les prescriptions* ». Il a aussi été cité, P10 : « *un esprit plus tranquille* » pour le médecin, moins de risque P11 : « *d'être corrompu* », et P10 : « *une image plus professionnelle* » vis-à-vis des patients. Enfin, certains n'ont pas vu d'avantage.

6.5.2. Quels sont les inconvénients de ne pas recevoir de visiteurs médicaux en médecine générale ?

A cette question, les réponses ont été : P8 : « *je ne vois pas d'inconvénient* », ainsi que : le médecin est privé de cette source d'information, il est obligé d'aller chercher ses informations

ailleurs, cela lui entraîne une perte de temps, et le médecin peut être insuffisamment à jour dans ses connaissances.

6.6. Souhaits des patients pour la pratique de leur médecin

En fin d'entretien, chaque patient s'est vu demandé ce qu'il souhaiterait, lui, personnellement et idéalement, pour la pratique de son médecin.

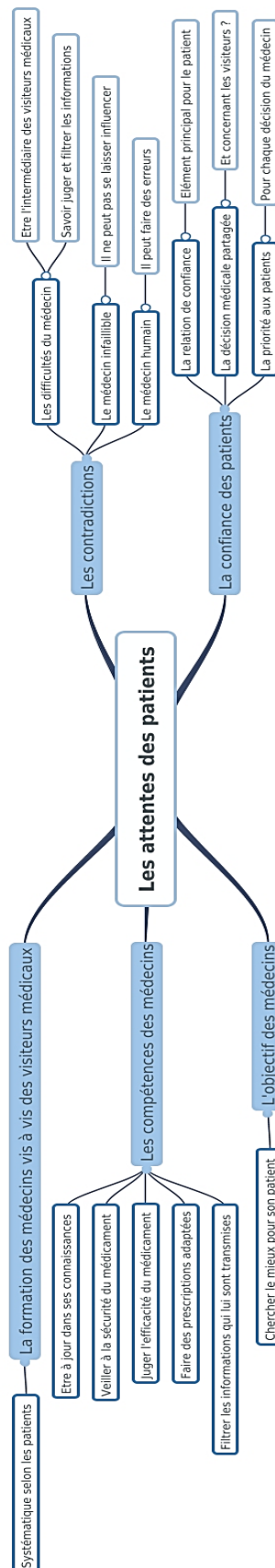
Des patients ont répondu que la pratique de leur médecin leur était égale. Tant qu'ils avaient confiance en lui et qu'ils étaient satisfaits de leur relation, le médecin pouvait ou non, recevoir des visiteurs médicaux, cela n'avait aucune importance à leurs yeux.

D'autres préfèrent que leur médecin traitant s'abstienne de recevoir des visiteurs médicaux.

Et certains ont souhaité que leur médecin reçoive des visiteurs médicaux.

7. Attentes des patients vis-à-vis de l'attitude de leur médecin

Carte heuristique 4 : Les attentes des patients



Les personnes interrogées ont fait comprendre durant les entretiens que la relation médecin-patient était primordiale. Elle a donc été explorée pour mieux comprendre son implication dans le ressenti des patients vis-à-vis des visiteurs médicaux.

7.1. L'objectif du médecin

Les personnes interrogées expriment l'objectif principal du médecin comme étant P1 : « *chercher le mieux pour son patient* ». Afin de respecter cette notion primordiale, les patients attendent plusieurs compétences de la part du médecin.

7.2. Les compétences que doit avoir le médecin

En premier lieu, le médecin doit être à jour dans ses connaissances médicales. Si l'on a vu précédemment que les sources d'informations pouvaient être multiples, aucune n'emportait la faveur des patients, P10 : « *tant que le médecin est à jour c'est tout ce qui compte* ».

Ensuite, le médecin doit veiller à la sécurité des médicaments. Ceci en surveillant les effets secondaires pour pouvoir changer de traitement avant d'être nocif. Selon les patients, le médecin a une grande connaissance des effets secondaires et peut donc ajuster ses propositions thérapeutiques en fonction des patients à qui il les propose.

Il doit ensuite être capable de juger de l'efficacité du médicament et de sa bonne indication.

Les patients attendent également des prescriptions P2 : « *réfléchies, plutôt qu'intuitives* ». Un traitement initié après un passage de représentant, parce qu'un cadeau lui a été offert, ou parce qu'il a vu la plaquette du laboratoire sur le bureau est un traitement inconsidéré : P2 : « *c'est soigner pour soigner, sans réflexion ça n'a pas d'intérêt et ça peut être dangereux* ».

Pour les médecins recevant les visiteurs médicaux, les patients attendent un réel travail sur l'information en suivant. Ils attendent un contrôle et la filtration des renseignements donnés : P5 : « *Ça fait partie de ses compétences d'être capable de juger de ça* », P3 : « *c'est le retour de la confiance qu'on lui accorde de faire le tri de ces informations* ».

7.3. La formation du médecin vis-à-vis des visiteurs médicaux

Si juger les informations délivrées par les visiteurs médicaux est une des compétences médicales essentielles, le médecin a-t-il reçu une formation à ce sujet ?

La réponse est unanimement oui : P10 : « *Je pense que maintenant les médecins ont une formation pour se prémunir de l'influence des visiteurs* », P11 : « *Sûrement en faculté, il y a sans doute des cours, une formation par rapport aux techniques de vente des visiteurs médicaux. C'est sûr et c'est logique* ».

7.4. Contradiction au sujet du médecin

7.4.1. Difficultés rencontrées par le médecin

Les patients reconnaissent volontiers que le médecin a un rôle complexe. Son devoir d'intermédiaire face aux visiteurs médicaux et le tri des informations qu'il doit opérer ne lui permettent pas l'erreur. La santé du patient reste essentielle. P8 : « *Le médecin traitant doit faire le tri et doit évaluer tous les aspects du médicament avant de le prescrire. Chacun son boulot et ça, ça en fait partie. Ce n'est pas évident, le docteur n'a pas le droit à l'erreur, il ne peut pas se tromper, les conséquences sont graves s'il se trompe* », P1 : « *Je ne suis pas médecin déjà et je reconnais la difficulté de la tâche* ».

7.4.2. Le médecin humain

Le médecin est aussi humain. Il ne peut pas tout savoir et il peut commettre des erreurs comme tout le monde : P8 : « *son rôle c'est de soigner au mieux son patient en trouvant le meilleur médicament mais c'est pas toujours facile des fois il se trompe.* », P11 : « *il peut se tromper et faire des erreurs il est humain.* », P4 : « *Les docteurs ne sont pas des dieux, ils ne peuvent pas tout anticiper* ».

7.4.3. Le médecin infaillible

Malgré cela, les patients sont confiants. Le médecin est capable de passer outre ces obstacles. Dans leur ressenti, le médecin est capable de tout, rien n'est insurmontable pour l'intérêt du patient : P10 : « *Je ne pense pas qu'un médecin fasse des prescriptions pour des raisons commerciales. Ses prescriptions sont guidées par les patients c'est tout* », P11 : « *le médecin a fait je ne sais pas combien d'années d'études donc se laisser influencer par un représentant je ne pense pas* », P2 : « *bien sûr qu'il a conscience de l'influence des visiteurs médicaux, heureusement. Toute façon il ne serait pas médecin s'il n'en n'avait pas conscience, car pour moi un médecin c'est quelqu'un qui aime les gens et qui ne fait pas ce métier par hasard donc il ne va pas prescrire des médicaments qui peuvent faire du mal aux patients* ».

7.5. La confiance du patient envers le médecin

7.5.1. La relation médecin-patient : une relation de confiance

Le mot « *confiance* » a été cité 44 fois au cours des entretiens. Elle est au cœur de la relation médecin-patient. Les patients l'accordent en retour des soins prodigués par le médecin. C'est leur P7 : « *devoir de patient* » de faire confiance à la personne qui les soigne : P10 : « *Ce qui m'intéresse c'est la relation avec mon médecin, la confiance qu'il y a entre nous* », P2 : « *Je fais confiance à mon médecin il me donne ce qu'il pense qu'il me faut pour que je sois mieux pour*

avoir un confort dans ma vie me rendre la vie plus agréable », P9 : « si je n'avais pas confiance j'irai voir ailleurs ».

7.5.2. La décision médicale partagée

Le concept a été abordé spontanément par les patients : P1 : *« La relation évolue il y a quelques années on n'osait pas adresser la parole au médecin. Maintenant en discutant, le médecin va dire on pourrait essayer ce médicament-là. Peut-être que le patient va dire je suis très content de celui que j'ai on ne change rien. Et peut-être que d'autres vont dire je vous fais confiance si vous pensez que ça peut m'aider ou essayer ».*

La décision médicale partagée a également permis de discuter l'intérêt des patients pour les visiteurs médicaux. S'ils décident ensemble pour la mise en place ou le changement de thérapeutique, pourquoi ne réfléchiraient-ils pas ensemble si oui ou non le médecin recevrait les visiteurs médicaux ? La réponse était à nouveau : P6 : *« on donne toute notre confiance aux médecins ».*

7.5.3. La priorité donnée aux patients

En accord avec l'objectif du médecin, P1 : *« chercher le mieux pour son patient »*, il a été clairement énoncé, dans les entretiens, que les patients devaient constituer la priorité du médecin. Le mot « patient » a été cité 40 fois : P11 : *« L'intérêt de ce partenariat c'est le soin du patient et la réussite de ses soins »*, P2 : *« Il agit en gardant le patient comme priorité, les patients sont au-dessus du bénéfice potentiel. »*

7.5.4. Le devoir, la responsabilité du médecin

Les notions de devoir et de responsabilité du médecin sont également mentionnées à plusieurs reprises. Il est du P3 : *« devoir du médecin de se protéger de l'influence des visiteurs médicaux pour préserver le patient »*. Et il en est de sa P2 : *« responsabilité d'assumer la prescription »*, réfléchi ou non, des médicaments. La responsabilité vient en retour de la confiance accordée par les patients.

7.5.5. Contrôler les prescriptions du médecin ?

Les personnes interrogées s'accordent pour dire que ce n'est pas aux patients de contrôler leur médecin. Ce n'est pas à eux de savoir si les prescriptions sont réfléchies ou influencées. P1 : *« On ne contrôle pas le médecin, on lui fait confiance ».*

8. Déroulement des entretiens, réactions des patients

8.1. Etendue des connaissances

Les patients ont été mis en difficulté par le sujet. Ils ont volontiers admis qu'ils ne connaissaient presque rien de ce thème : P1 : « *je ne sais pas* », P5 : « *je n'ai aucune idée sur le sujet* », P10 : « *Vous me faites entrer dans un domaine que je ne connais absolument pas* », P8 : « *un patient comme moi n'y connaît absolument rien* ».

Certains ont pris ce manque de connaissances avec de l'auto-dérision et de la légèreté, d'autres se sont braqués voyant qu'ils n'arrivaient pas à répondre.

8.2. Réactions aux questions de l'interviewer

Les réactions aux questions ont été variées. Pendant plusieurs entretiens, il y a eu de nombreux silences marquant la réflexion de la personne. Dans d'autres, on a retrouvé : des hésitations, la reconnaissance de la difficulté de la question, parfois de sa pertinence, des interruptions de l'interviewer par l'interviewé pour réagir à ses propos, parfois des soupirs de désapprobation, ou du scepticisme. Tous les patients, ont soulevés de nouvelles interrogations.

Une personne a répliqué P5 : « *si j'avais su je ne serais pas venu* ».

V. Discussion

1. Méthode

1.1. Le choix des entretiens semi-dirigés

Un focus groupe avait été réfléchi mais non retenu. Les principales raisons étaient d'éviter l'effet du halo, l'influence des interviewés les uns sur les autres, de permettre un cadre plus confidentiel et anonyme pour que les patients ne craignent pas d'exprimer leurs opinions et d'éviter la présence de perturbateurs au sein du groupe.

Un questionnaire ne semblait pas adapté du fait de l'utilisation de question fermée en majorité qui ne permettait pas d'obtenir la perception des patients. De plus, il aurait pu influencer les réponses par la tournure des questions. Dans notre objectif d'étude, explorer les perceptions ne pouvait être qualifié par des réponses prédéfinies.

Un entretien non directif ne semblait pas pertinent du fait : du thème étendu que sont les visiteurs médicaux, et du probable manque de connaissances des patients à ce sujet. Des questions spécifiques avaient été réfléchies et n'auraient probablement pas eu de réponse sur un monologue des interviewés.

Un entretien directif semblait trop précis. Il ne laissait pas de place pour la justification et la libre expression pour évaluer un ressenti global.

Les entretiens semi-directifs semblaient les plus adaptés puisqu'ils permettaient une discussion générale autour d'un thème et permettaient d'obtenir des précisions ou de relancer la discussion pour éviter des zones d'ombres. Ils permettaient d'amener les interviewés sur des questions plus restreintes et plus spécifiques si nécessaire. L'objectif était de ne pas orienter les patients par des questions fermées. Ils avaient ainsi la possibilité d'exprimer leurs opinions avec leurs propres mots. Les entretiens semi-dirigés ont permis plus de spontanéité de la part de l'interviewer et des interviewés qu'un focus groupe.

1.2. Population étudiée

La sélection était non aléatoire et non systématisée.

Le faible nombre de patients sélectionnés par les médecins de la maison de santé et le peu de patient ayant confirmation de leur ancien médecin traitant dans leur dossier n'a pas permis de réaliser un tirage au sort pour inclure les patients dans l'étude.

Le biais du volontariat a pu influencer la population de l'étude, tout comme la disponibilité des participants. Il s'agit d'un biais d'auto-sélection.

1.3. Recrutement

Le recrutement téléphonique a pu occasionner chez les personnes sollicitées une sensation de démarchages commerciales et favoriser les refus. Un démarchage face à face, à la fin des consultations, auraient pu être mieux perçu par les patients. Les limitations techniques et géographiques de l'intervieweur ont fait que le recrutement téléphonique était le plus adapté.

La liste des patients a été réalisée par les praticiens de la maison de santé. La possibilité qu'elle ait été non exhaustive ne peut être écartée amenant là aussi un biais de sélection.

1.4. Guide d'entretien

Le terme de visiteur médical plutôt que représentant pharmaceutique a été préféré pour plus de simplicité et de compréhension de la part des patients pendant l'entretien.

1.5. Interviewer

Les entretiens ont été réalisés par un interviewer unique pour limiter le biais de mesure liés à l'interviewer.

1.6. Lieu et moment des entretiens

Les entretiens se sont déroulés dans une salle au calme, sans distraction pour une meilleure concentration. Il s'agissait d'un endroit familier à la maison de santé. Le moment était convenu par l'interviewé pour plus de disponibilité mais donc possiblement avant ou après un RDV médical pouvant altérer la concentration par ce qui a été / allait être dit en consultation.

1.7. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés face à face pour un contact plus aisé, une mise en confiance du patient et plus de spontanéité. Ils étaient anonymisés pour obtenir des réponses plus libres.

Le biais d'enquêteur dans la formulation des questions a été réduit par la préparation de questions de relances ouvertes et non orientées mais ne peut être complètement éliminé.

2. Caractéristiques des entretiens

Les 2 entretiens les plus courts ont duré respectivement 16 et 23 minutes. Un biais de mesure a pu être retrouvée dans ces 2 entretiens puisque les patients avaient des contraintes horaires

et ont imposé un temps limité pour l'entretien. Ces conditions ont pu affecté le recueil des données et le déroulement de l'entretien.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de la population

La moyenne d'âge à 68 ans était relativement importante. Elle était néanmoins représentative de la population étudiée et de la population locale. Peut-être que des personnes plus jeunes auraient eu un autre point de vue et des éléments nouveaux à apporter à l'étude. En parallèle, l'expérience de vie et l'expérience médicale de personnes de plus de 65 ans était peut-être plus riche et plus intéressante pour l'étude.

Le niveau d'étude était hétérogène et les catégories de métier également. Selon la Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (75) : 6 des 8 catégories étaient représentées dans l'étude : Agriculteur exploitant, Artisan – Commerçant – Chef d'entreprise, Profession intermédiaire, Employé, Ouvrier, Retraité. Les 2 catégories manquantes étaient : Cadre et Profession intellectuelle supérieure et Sans activité professionnelle. Des personnes issues de ces 2 catégories auraient pu apporter un point de vue supplémentaire à l'étude.

3.2. Ressenti des patients sur le visiteur médical

Il était surprenant de constater que peu de patients connaissaient les visiteurs médicaux. Une minorité de patients avait défini correctement cette profession et quelques-uns seulement les avaient reliés aux firmes pharmaceutiques.

Malgré cela, et malgré le constat de diminution progressive du nombre de visiteur médicaux engagés par les laboratoires (37), la quasi-totalité en avait déjà croisé.

La majorité des rencontres avaient eu lieu en salle d'attente et aucun contact n'avait été déclaré par les patients. Les personnes interrogées avaient d'elles-mêmes déclarées qu'elles avaient très peu de curiosité par rapport à ce métier.

Même si beaucoup de petits objets publicitaires sont laissés aux médecins (15), aucun patient n'en avait remarqué ou n'y avait prêté attention à l'intérieur du cabinet.

Quant à la description physique et impression globale sur les visiteurs médicaux, aucune idée particulière ne ressortait clairement. Contrairement aux données de littérature où l'on remarque particulièrement des femmes d'environ 40 ans (35).

Deux aspects ressortaient quant au rôle du visiteur médical par rapport au médecin. Le premier était celui d'amener des informations, de conseiller et guider les médecins dans leurs prescriptions. Le second consistait à vendre les produits présentés, à être commercial. Ces

deux notions se côtoyaient dans les réponses des patients. On constate ici l'ambivalence des réponses. Comment conseiller un médecin pour qu'il fasse des prescriptions adaptées aux patients si l'on a aussi un objectif de rentabilité ?

Les patients interrogés estimaient que les visiteurs médicaux étaient formés au préalable, formés à connaître leurs produits. Un seul patient imaginait qu'ils pouvaient aussi être formés à les vendre. La littérature décrit des formations intensives pour apprendre comment persuader les médecins de prescrire leurs produits (8). Les interviewés n'imaginaient pas un tel mécanisme. Le manque de connaissance sur les produits des laboratoires concurrents et la partialité des représentants gênent le rôle de conseiller décrit plus haut par les interrogés. Certains patients l'avaient très bien remarqué. Le visiteur médical aillait forcément, selon eux, conseiller et vanter son produit aux médecins. Il ne pourrait pas dire que le sien est moins bon que celui d'un concurrent.

L'efficacité demandée par les laboratoires était perçue par les patients. Elle concorde avec les données de la littérature (8). En effet, plus le visiteur médical pousse à la prescription comme le disent les patients, plus son salaire augmente (35).

La pénibilité du métier ressentie par les patients concordaient elle aussi avec la littérature (37).

Les patients percevaient une diminution du nombre de visiteurs médicaux dans les cabinets qui se confirme dans la littérature (35). En revanche, leur explication était la prise de rendez-vous en dehors des horaires des patients. Aucun n'imaginait que les médecins pouvaient refuser de recevoir les visiteurs médicaux. Le fait que les patients soient passés d'un médecin qui recevait des représentants à un médecin qui n'en reçoit pas ne peut être pris en compte dans l'analyse de cette diminution du nombre de visiteurs en salle d'attente puisque le changement de cabinet s'est fait récemment, il y a environ 2 ans, alors que les interviewés décrivent une baisse sur la dernière dizaine d'années passées voir plus.

La façon dont les visiteurs médicaux sont reçus par les médecins est peut être liée aux relations amicales ou neutres qu'ils entretiennent. D'après les propos des patients, on peut supposer qu'un médecin entretenant des rapports chaleureux avec un visiteur médical le fera passer en priorité s'il le voit en salle d'attente. Inversement, un médecin indifférent ou dérangé sera plutôt celui qui fera patienter le visiteur avec les patients sans traitement préférentiel.

Contrairement à ce que pensaient les patients, les échanges ne sont pas bidirectionnels mais unidirectionnels : les informations sont délivrées par le visiteur médical au médecin. Le visiteur n'est pas un moyen pour déclarer des effets secondaires. Les échanges ne sont composés que d'une succession de techniques de ventes (8).

Il est intéressant de noter que des patients considéraient le fait de ne pas recevoir de visiteurs médicaux comme une action non démocratique, alors qu'en réalité la démocratie permet à tous d'exprimer son opinion et le respect de celle-ci.

3.3. L'influence

Pour les patients, l'enrichissement des laboratoires et la préservation de la santé du patient n'étaient pas incompatibles. Qu'en est-il par exemple de l'affaire Médiator^o ? Pour rappel (76), ce médicament était commercialisé avec autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le traitement de troubles métaboliques : diabète et hypertriglycéridémie. Il s'agissait réellement d'un anorexigène. Cet usage détourné destiné à faire perdre du poids se faisait au prix d'effets secondaires majeurs, notamment cardiaques. Dans ce cas, la firme pharmaceutique, à l'origine du produit, a été poursuivie pour « tromperie sur les qualités substantielles et les risques inhérents à l'utilisation de Médiator^o avec mise en danger de l'homme », ainsi que pour « blessures et homicides involontaires par violations manifestement délibérées de ses obligations et escroquerie » (77,78). Le jugement a été rendu en mars 2021 : la firme a été reconnue coupable de « tromperie aggravée » et « blessures et homicides involontaires » et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) à elle aussi été reconnue coupable de « blessures et homicides involontaires » par négligence (79). Le parquet a fait appel à la suite de ce jugement, de même que le laboratoire. A la mention de cette situation, les patients l'avaient balayées du tableau en la qualifiant d'erreur ou d'accident. Le mot « délibéré » vient contredire cette supposition.

La prédominance du langage commercial traduisait une image forte dans le ressenti des patients. Si celui-ci surpassait le lexique de la santé, on imagine alors que les perceptions de patients cernaient bien l'objectif primaire des firmes pharmaceutiques (1). On peut néanmoins s'interroger par rapport au langage de la santé. Est-il moins important dans les entretiens parce que ce n'est qu'un objectif secondaire des laboratoires ou parce qu'il s'agissait d'une évidence pour les patients : la santé prime sur le gain financier ?

Il est intéressant de noter que le terme « influence » est revenu dans chacun des entretiens. Toutes les personnes interrogées n'avaient pas un avis tranché sur la question. Si l'influence avait alors été décrite comme possible, partielle ou avérée, aucun ne l'avait jugée inexistante.

Le médecin était désigné comme la cible majeure de cette influence via les visiteurs médicaux. Malgré cela, la majorité des gens pensaient que le médecin était capable de s'en prémunir. En réalité, il ne pourra jamais s'en prémunir complètement. C'est pourquoi il est recommandé d'avoir conscience de sa propre vulnérabilité, d'éviter les conflits d'intérêts et une exposition non nécessaire à ses sources d'influence (8). Cette notion rejoint les pensées des médecins et leur sentiment d'invulnérabilité, eux aussi imaginent pouvoir y résister. Dans leurs idées, elle ne concerne que les autres (8).

Les études scientifiques confirment que les informations délivrées par les visiteurs médicaux sont, comme certains patients l'imaginaient, exagérées ou enrobées dans un but commercial (14).

Le sentiment de sécurité ressenti grâce à la pression médiatique sur les laboratoires n'est qu'à moitié justifiée. Certes des scandales sanitaires ont eu lieux et ont été très critiqués dans la presse, mais d'autres ont probablement pu être évités et sont passés inaperçus. La pression médiatique n'empêcherait pas les laboratoires d'accorder la priorité à leur objectif principal : l'argent, contrairement aux hypothèses des patients.

La littérature vient confirmer le ressenti des patients sur le but du visiteur médical : obliger le médecin à prescrire son produit (14,39). Toutes les techniques du représentant ont cet objectif. Les patients avaient bien réalisé que les cadeaux faits aux médecins étaient un outil d'influence avéré (9,10). Enfin l'emploi de visiteuse dans un but de séduction était lui aussi confirmé (36).

Il est intéressant de noter que la majorité des patients imaginaient les visiteurs comme une source d'influence importante vis-à-vis des médecins mais, qu'en parallèle, ils imaginaient et attendaient de leur médecin une neutralité face à ce processus. Les études infirment cette hypothèse, le médecin ne peut pas rester neutre (8).

Bien que les interviewés aient eu conscience de cette influence, ils ne semblaient pas capables de la concevoir autour d'eux, dans leur vie médicale, auprès de leur médecin.

L'avis des patients concernant cette influence étaient, lui, unanime : c'est une honte.

Le ressenti des personnes interrogées restait ambigu. Elles avaient conscience de plusieurs problématiques confirmées par la littérature (influence, cadeaux...) mais se sentaient complètement en sécurité et protégées face à ça grâce à leur médecin qu'ils imaginaient comme un rempart hermétique face à toutes ces techniques.

3.4. Pratiques de leur médecin vis-à-vis des visiteurs médicaux

Les sources d'informations des médecins citées par les patients étaient nombreuses. Le fait que le visiteur médical arrivait en tête de liste a pu être influencé par le fait qu'il s'agissait du thème principal de l'entretien.

Observons que pour la plupart des sources d'informations discutées, une technique d'influence des laboratoires est utilisée (8) : le visiteur médical et les techniques de vente qu'ils utilisent (cadeaux, échantillons), les revues scientifiques avec par exemple les publicités, ou les écrivains fantômes, internet de la même façon, les colloques par la formation médicale continue, les groupes de pairs avec le rôle des experts et les leaders d'opinion.

Seulement quelques personnes avaient mentionné l'existence de sources d'informations indépendantes des laboratoires. Parmi elles, certaines n'étaient pas sûres qu'elles existaient réellement. L'avis majoritaire restait néanmoins positif vis-à-vis de ce mode d'informations du fait de l'absence d'influence des laboratoires. Malgré cela, aucun patient ne prenait réellement parti pour cette option lorsqu'on leur demandait quelle serait la source d'information idéale pour leur médecin traitant. Pourquoi ? On peut supposer que la confiance absolue qu'ils placent en leur docteur, pour se protéger de cette influence, en était la raison.

Les patients avaient très justement remarqué que les visiteurs médicaux étaient admis au cabinet du Dr L. et qu'ils n'en avaient jamais rencontré à la maison de santé. Aucun n'avait imaginé que les médecins de la maison de santé pouvaient refuser de les recevoir. Certaines explications concernant cette différence étaient tout à fait plausibles. En effet, le temps d'attente faible en salle d'attente et l'arrivée récente à la maison de santé étaient des

arguments recevables. Le changement de génération et donc de pratique l'est moins puisque les âges des médecins de la maison de santé sont variés et qu'ils étaient tous les 3 d'accord avec cette ligne de conduite.

Il est intéressant de remarquer que les réactions face à cette différence de pratique étaient diverses : acceptation, neutralité, incompréhension. En revanche, malgré les opinions diverses, la majorité des patients estimait que cela n'avait aucun impact sur leur perception ou la confiance qu'ils avaient en leur médecin.

Aucun interviewé n'avait jamais discuté de ces pratiques avec son médecin. Peut-être parce que cela ne changerait pas leur relation de confiance. Ce n'est donc peut-être pas un élément essentiel pour les patients. Même si elle faisait partie des raisons évoquées, ce n'était pas la principale. Les arguments des patients étaient vastes et chacun avait son propre ressenti. En accord avec cela, la majorité des personnes interrogées ne serait pas désireuse d'en discuter avec leur médecin. En revanche, certains patients souhaiteraient pouvoir en parler. On ne peut donc pas formuler d'hypothèse sur l'absence d'intérêt des patients à ce sujet.

Deux groupes de réponses s'étaient formés en discutant des avantages et inconvénients à ne pas recevoir de visiteurs médicaux. Ceux qui arrivaient à trouver des avantages parce qu'ils comprenaient ou pourraient comprendre les raisons de leur médecin. Et ceux qui ne comprenaient pas cette décision.

Contrairement à ce que l'on aurait pu imaginer initialement, les avantages et inconvénients à ne pas recevoir de visiteurs médicaux, décrits par les patients, concernaient à la fois le médecin et le patient. Le médecin était largement inclus dans leurs réflexions.

La notion de temps revenait à la fois dans les avantages et dans les inconvénients : le médecin gagnait du temps s'il ne recevait pas les visiteurs médicaux mais il perdait aussi du temps à aller chercher des informations ailleurs. Cet avantage ne peut donc être pris en compte.

En revanche, on retrouvait des réponses avec « un médecin moins influencé » et « pas d'inconvénient ». Ceci constituait un argument en faveur des préférences des patients pour une politique de ne pas recevoir les visiteurs en cabinet.

Le fait que malgré les réponses précédentes, dans un cas idéal, les patients n'aient pas de préférence est intéressant. Ils plaçaient la confiance en leur médecin au-dessus de l'influence potentielle des laboratoires.

Cette réaction s'oppose à la littérature puisqu'une étude américaine exposait que des patients feraient moins confiance à leur médecin et ses prescriptions s'ils savaient qu'il recevait des laboratoires et acceptait des cadeaux (74).

3.5. Attentes des patients vis-à-vis de l'attitude de leur médecin

L'objectif du médecin s'opposait à celui des laboratoires. Dans le ressenti des patients, l'un devait soigner et rendre la vie plus agréable, l'autre voulait s'enrichir. Comment le contact entre les 2 peut-il être possible et acceptable pour les patients ? Selon eux, une des

compétences clés pour le médecin était celle de filtrer les informations données par les visiteurs médicaux. C'est par cette capacité que les échanges entre eux sont possibles. Pour les interrogés, le médecin jouait un véritable rôle de barrière pour que les données du laboratoire puissent servir les intérêts des patients.

Pour tous les patients, chaque médecin a reçu une formation en faculté pour assurer ce rôle et se prémunir des techniques de ventes des visiteurs médicaux. En réalité, dans la littérature, très peu de faculté proposent ce type d'enseignement (8). Et même, beaucoup de firmes pharmaceutiques sont présentes au sein des universités (53,54,56).

Les patients avaient conscience des difficultés du métier de médecin. Ils concevaient qu'ils soient des humains, capables de commettre des erreurs. Mais en parallèle, ils attendaient d'eux un rôle infaillible de protection vis-à-vis des laboratoires. Aucun patient ne s'est rendu compte de ces contradictions dans leur discours pendant les entretiens.

On observe que l'élément clé de la relation médecin-patient était, pour les interviewés, la confiance. Elle était la réponse à toutes les questions difficiles qui ont été posées. Ils expliquaient l'accorder facilement et ils présumaient que le médecin s'en montrait digne, qu'il ne cédait pas aux influences et que son seul intérêt était la santé des patients. La littérature montre que certains en font fis et que leurs intérêts peuvent devenir financiers (13).

3.6. Déroulement des entretiens, réactions des patients

Les patients ont été franchement déstabilisés par ce thème, probablement à cause de leur manque de connaissances à ce sujet et de leur difficulté à se mettre en lien avec les visiteurs médicaux. Leurs réactions pendant les entretiens le confirmaient. Si certains étaient ravis de se prêter au jeu et d'expliquer leurs perceptions sur la situation, ce n'était pas le cas de tous et d'autres ont montré de l'impatience et parfois même, de l'agacement. Toutes les réactions suscitées montraient qu'il était difficile de rester neutre face à ce thème. Là encore, être impartial n'est pas aisé. Pourtant lorsque l'on interrogeait les interviewés sur leurs souhaits, ils se rangeaient derrière la politique de leur médecin, quelle qu'elle soit. Encore une contradiction.

Les nombreuses interrogations soulevées par les patients durant les entretiens montraient, quant à elles, une réelle implication dans la réflexion.

VI. Conclusion

Le patient est le principal impacté par les moyens déployés par les firmes pharmaceutiques pour convaincre les médecins de prescrire : c'est lui qui prend le médicament. Il est également ciblé par plusieurs techniques de vente, notamment par la publicité grand public.

Malgré tout, les interviewés de cette étude n'étaient que peu nombreux à connaître la profession de visiteur médical, et encore moins à savoir qu'ils sont employés par les laboratoires.

La perception du visiteur médical dépendait des personnes interrogées. Certains patients reconnaissaient l'importance de son rôle d'informations auprès des médecins et avaient un ressenti positif. D'autres restaient neutres et imaginaient que si la profession existait c'était parce qu'elle avait un intérêt, sans pour autant en être certains. Les derniers ne comprenaient pas l'utilité du représentant pharmaceutique.

Dans le ressenti collectif, le visiteur médical constitue un réel intermédiaire entre le médecin et le laboratoire. Pour les interviewés, les échanges sont bidirectionnels : le visiteur propose, le médecin essaie et amène un retour. Le visiteur rapporte aux firmes les points d'amélioration. En réalité, la communication est unidirectionnelle.

Les objectifs des représentants pharmaceutiques ont été clairement décrits pendant les entretiens : la promotion des médicaments et le conseil au médecin pour augmenter le bien-être des patients en proposant le médicament adéquat. On retrouve ici la première contradiction dans le discours des interviewés. **Comment un objectif de vente, de profits financiers peut-il être compatible avec un objectif de préserver et d'améliorer la santé des patients ?**

L'utilisation du langage commercial a été prépondérante comparé au langage de la santé et du bien-être des patients marquant bien les intérêts commerciaux des laboratoires et visiteurs médicaux ressentis par les patients.

L'influence du visiteur médical sur le médecin a été perçue lors des entretiens et a été spontanément évoquée à chaque fois. Même si elle était mentionnée comme potentielle, partielle ou avérée, aucun ne l'a jugée comme inexistante. En revanche, il a été très difficile de la concevoir chez leur médecin traitant. Tout comme les médecins, qui ont eux aussi des réticences à s'imaginer personnellement touchés par cette influence. Voici la seconde contradiction ressortie des entretiens. **Oui, l'influence des visiteurs médicaux sur les médecins existe, mais c'est impossible qu'elle touche mon médecin.**

Il existe également un sentiment de sécurité chez les patients. Il est lié à 3 composantes : au médecin, à la mise sur le marché des médicaments et à la presse. Le médecin ne peut pas se laisser influencer par les visiteurs donc ses prescriptions sont toujours adaptées. Les médicaments ont été commercialisés, des vérifications ont dû être faites et ils ne peuvent donc pas être dangereux. Enfin, les médias ont rapporté de gros scandales concernant des médicaments aux lourds effets indésirables. Si les laboratoires veulent éviter une mauvaise publicité, ils ne peuvent donc pas vendre des médicaments mauvais ou inutiles. Ce sentiment de sécurité peut également venir de l'absence de contact direct des patients avec ce milieu.

Les personnes interrogées ont bien identifié les pratiques de leurs médecins. Dr L., l'ancien médecin, recevait les visiteurs médicaux tandis qu'elles n'en ont jamais croisé à la maison de santé. Mais aucune n'a proposé que la raison à cela est le refus des médecins. Tous pensaient que les représentants étaient rencontrés en dehors des horaires des patients ou en dehors du cabinet. Après exposition des arguments sur le refus de les rencontrer, les réactions ont été diverses : l'approbation, la neutralité et l'incompréhension. Il a été difficile de faire comprendre aux interviewés que recevoir des visiteurs médicaux n'était pas une obligation.

De même, concernant les sources d'informations possibles des professionnels de santé : à la mention de sources indépendantes des laboratoires, les mêmes comportements revenaient : approbation, neutralité et incompréhension. Ces différentes attitudes s'accordaient sur un point essentiel : **savoir que son médecin reçoit ou ne reçoit pas de visiteur médical n'a aucun impact ni sur la relation médecin-patient, ni sur la pratique des médecins perçue par les patients.**

Si aucun n'a jamais abordé ce sujet avec son médecin, certains seraient intéressés d'en discuter.

Les interviewés ont une confiance absolue en leur médecin pour se prémunir de l'influence que peuvent avoir les visiteurs médicaux. On retrouve ici la troisième contradiction. **La perception d'un médecin à la fois humain, pouvant commettre des erreurs, et celle d'un médecin infailible qui fait rempart contre l'influence des laboratoires, pour protéger le patient.**

L'une des raisons à la confiance des patients est la supposée formation que le médecin aurait reçu durant ses études pour le mettre en garde. Or, cette formation est rare et insuffisamment développée.

Aucune position des patients vis-à-vis des visiteurs médicaux ne ressort clairement dans ce travail. En revanche, il montre un manque d'informations vis-à-vis des visiteurs médicaux : que cela soit sur le métier en lui-même ou sur la politique de leur médecin traitant. Cette lacune pourrait être comblée par un travail sur l'éducation des patients. D'une part à petite échelle dans les cabinets, en informant et en expliquant aux patients la politique des médecins vis-à-vis des visiteurs médicaux. D'autre part, sur l'éducation grand public vis-à-vis des représentants pharmaceutiques : aller au-devant des patients en réponse aux firmes pharmaceutiques et la large publicité qu'elles mettent en place.

Étendre et renforcer la formation médicale pour prévenir de l'influence des laboratoires pharmaceutiques semblent également être un moyen de justifier la confiance des patients placée en leur médecin.

VII. Bibliographie

1. La Revue Prescrire. Firmes pharmaceutiques : le profit avant tout. Rev Prescrire 2018;38(415):386-7
2. La Revue Prescrire. Lobbying lourd des firmes en Europe. Rev Prescrire 2016;36(388):131
3. LOI n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique (version à jour au 25 avril 2021)
4. Dana J, Loewenstein G. A Social Science Perspective on Gifts to Physicians From Industry. JAMA. 2003;290(2):252–5
5. Décret n° 2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du code de la santé publique (version à jour au 25 avril 2021)
6. LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (version à jour au 25 avril 2021).
7. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Base de données publique Transparence Santé [Internet]. [Consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.transparence.sante.gouv.fr/flow/main;jsessionid=BB8D9D76CF244DA9885761D4F7D11CD6?execution=e1s1>
8. OMS. Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre - un manuel pratique [Internet]. OMS;2009. [Consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf
9. La Revue Prescrire. Le repas : un cadeau particulièrement influent. Rev Prescrire 2018;38(416):456-62
10. La Revue Prescrire. Petits cadeaux : des influences souvent inconscientes, mais prouvées. Rev Prescrire 2011;31(335):694-6
11. La Revue Prescrire. Qui paie ? Rev Prescrire 2018;38(416):401
12. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Base de données publique Transparence Santé [Internet]. [Consulté le 24 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.transparence.sante.gouv.fr/flow/main;jsessionid=F03DDA18CE831ED4B75B6238103E355F?execution=e1s1>
13. DeJong C, Aguilar T, Tseng C-W, Lin GA, Boscardin WJ, Dudley RA. Pharmaceutical Industry-Sponsored Meals and Physician Prescribing Patterns for Medicare Beneficiaries. JAMA Intern Med. 2016 01;176(8):1114–22
14. La Revue Prescrire. Les mécanismes de l'influence et de la persuasion. Rev Prescrire 2018;38(416):458-9
15. Chew LD, O'Young TS, Hazlet TK, Bradley KA, Maynard C, Lessler DS. A physician survey of the effect of drug sample availability on physicians' behavior. J Gen Intern Med. 2000;15(7):478–83
16. Boltri JM, Gordon ER, Vogel RL. Effect of antihypertensive samples on physician prescribing patterns. Fam Med. 2002;34(10):729–31

17. Orłowski JP, Wateska L. The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. There's no such thing as a free lunch. *Chest*. 1992;102(1):270–3
18. Meffert JJ. Key opinion leaders : where they come from and how that affects the drugs you prescribe. *Dermatol Ther*. 2009;22(3):262–8
19. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (version à jour au 25 avril 2021)
20. Hermange MT, Payet AM. Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur les conditions de mise sur le marché et le suivi des médicaments. *Sénat*;2006:382
21. Hebert PC. The need for an Institute of Continuing Health Education. *CMAJ*. 2008; 178(7):805–806
22. Décret n° 2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du code de la santé publique (version à jour au 25 avril 2021)
23. Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA*. 2002;287(5):612–7
24. Formindep. Le Formindep saisit le Conseil d'Etat [Internet]. Formindep;2009 [Consulté le 26 janvier 2020]. Disponible sur : <https://formindep.fr/le-formindep-saisit-le-conseil-detat/>
25. Formindep. Le "ghostwriting" ou l'écriture en sous-main des articles médicaux [Internet]. Formindep;2008 [Consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur : https://formindep.fr/le-ghostwriting-ou-lecriture-en-sous-main-des-articles-medicaux/?fbclid=IwAR21LUxIS9YOpq4cwr7nvE2fKNhv_pl7QANVqnhmdhYVGww2qH6vdo4qx38
26. Mowatt G, Shirran L, Grimshaw JM, Rennie D, Flanagan A, Yank V, et al. Prevalence of Honorary and Ghost Authorship in Cochrane Reviews. *JAMA*. 2002;287(21):2769-71
27. La Revue Prescrire. Prix des nouveaux médicaments : quelle logique ? *Rev Prescrire* 2015;35(380):457-61
28. La Revue Prescrire. Médicaments bradés à l'hôpital : induction de prescriptions coûteuses en ville. *Rev Prescrire* 2015;35(378):301
29. Gallini A, Legal R, Taboulet F. Effets de la sélection de médicaments des centres hospitaliers universitaires sur les prescriptions en ville : une analyse sur neuf classes pharmacologiques. *Rev Française Aff Soc*. 2013;(3):42-67
30. Décret n° 2012-741 du 9 mai 2012 portant dispositions relatives à la publicité pour les médicaments à usage humain (version initiale)
31. ANSM. Modalités de contrôle de la publicité [Internet]. ANSM;2012 [Consulté le 13 juillet 2020]. Disponible sur : [https://www.ansm.sante.fr/Activites/Publicite-pour-les-medicaments/Modalites-de-contrôle-de-la-publicite/\(offset\)/1](https://www.ansm.sante.fr/Activites/Publicite-pour-les-medicaments/Modalites-de-contrôle-de-la-publicite/(offset)/1)
32. Larousse É. Définitions : visiteur [Internet]. Dictionnaire de français Larousse [Consulté le 17 février 2020]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/visiteur/82213>
33. ONISEP. Visiteur médical / visiteuse médicale [Internet]. Onisep [Consulté le 17 février 2020]. Disponible sur : <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/visiteur-medical-visiteuse-medical>

34. LEEM. Définition du métier de visiteur médical [Internet]. LEEM [Consulté le 17 février 2020]. Disponible sur : <https://www.leem.org/definition-du-metier-de-visiteur-medical>
35. LEEM. Statistiques de l'information promotionnelle [Internet]. LEEM;2018 [Consulté le 17 février 2020]. Disponible sur : <https://www.leem.org/statistiques-de-linformation-promotionnelle>
36. Saul S. Gimme an Rx! Cheerleaders Pep Up Drug Sales [Internet]. The New York Times; 2005 [Consulté le 17 février 2020]. Disponible sur : <https://www.nytimes.com/2005/11/28/business/gimme-an-rx-cheerleaders-pep-up-drug-sales.html>
37. IGAS. L'information des médecins généralistes sur le médicament [Internet]. IGAS;2007 [Consulté le 19 juillet 2020]. Disponible sur : <https://reseauprosante.fr/files/santepublique/L-information-des-medecins-generalistes-sur-le-medicament.pdf>
38. GIE-GERS. Nos Objectifs [Internet]. GIEGERS [Consulté le 19 juillet 2020]. Disponible sur : <https://www.gie-gers.fr/nos-objectifs/>
39. La Revue Prescrire. Les médecins vus des firmes. Rev Prescrire 2009;29(306):295
40. CEGEDIM. Rapport d'activité 2013 [Internet]. CEGEDIM;2013 [Consulté le 19 juillet 2020]. Disponible sur : https://www.cegedim.fr/Docs_Communiquees/activites_FR_web.pdf
41. La Revue Prescrire. Visite médicale, 15 ans d'observation et un constat : rien à attendre de la visite médicale pour mieux soigner. Rev Prescrire 2006;26(272):383-9
42. Foisset E. Etude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons. Thèse de médecine, Brest : Université de Brest;2012
43. Wazana A. Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift ? JAMA 2000; 283(3):373-380
44. Formindep. Paiements des firmes et influence sur les prescriptions : une interdiction s'impose [Internet]. Formindep;2021 [Consulté le 18 avril 2021]. Disponible sur : <https://formindep.fr/paiements-des-firmes-et-influence-sur-les-prescriptions-une-revue-systematique-enforce-le-clou/>
45. HAS. Charte de la visite médicale : mise en œuvre de la procédure de certification juillet 2006 - octobre 2009 premier bilan [Internet]. HAS;2009 [Consulté le 19 juillet 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-11/premier_bilan_certif_vm_112009.pdf
46. Ministère des Solidarités et de la Santé. Charte de l'information promotionnelle [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé;2020 [Consulté le 19 juillet 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/charte-de-l-information-promotionnelle>
47. Zipkin DA, Steinman MA. Interactions between pharmaceutical representatives and doctors in training. A thematic review. J Gen Intern Med. 2005;20(8):777-86
48. Code de la santé publique. Article R1313-28 (version à jour au 25 avril 2021)
49. Code de la santé publique - Article R4127-13 (version en vigueur au 8 août 2004)
50. Formindep. La transparence est une course de fond [Internet]. Formindep;2016 [Consulté le 23 juillet 2020]. Disponible sur : <https://formindep.fr/la-transparence-est-une-course-de-fond/>

51. Formindep. Nous connaître [Internet]. Formindep. [Consulté le 25 juillet 2020]. Disponible sur : <https://formindep.fr/nous-connaître/>
52. Dibao-Dina C, Fiquet L. Relations entre les étudiants en médecine et l'industrie pharmaceutique en France. *Exercer* 2013;16(suppl 2):46S-47S
53. Lamort-Bouche M, Baron S, Zerbib Y, Kellou N, Bourvon L, Farge T. Medical students and the pharmaceutical industry in France : contacts and attitudes across Lyon. *Exercer* 2016;126:160-6
54. Austad KE, Avorn J, Kesselheim AS. Medical students' exposure to and attitudes about the pharmaceutical industry: a systematic review. *PLoS Med.* 2011;8(5):e1001037
55. Sierles FS, Brodkey AC, Cleary LM, McCurdy FA, Mintz M, Frank J, et al. Medical students' exposure to and attitudes about drug company interactions: a national survey. *JAMA.* 2005;294(9):1034-42
56. Baron S, Farge T. L'industrie pharmaceutique dans les facultés de médecine. *Exercer* 2013;16(suppl 2):46S-47S
57. Salmane-Kulikowska I, Poplavska E, Mezinska S, Dumpe V, Dauvarte H, Lazdina L, et al. Medical, pharmacy and nursing students in the Baltic countries : interactions with the pharmaceutical and medical device industries. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):105
58. AMSA. PharmFree - The Campaign [Internet]. AMSA [Consulté le 26 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.pharmfree.org/campaign/>
59. La Revue Prescrire. Etats-Unis : moins de firmes dans les facultés de médecine grâce aux étudiants. *Rev Prescrire* 2016;36(387):58-64
60. Formindep. Nouveau classement 2021 des facultés françaises en matière d'indépendance [Internet]. Formindep;2021 [Consulté le 18 avril 2021]. Disponible sur : <https://formindep.fr/nouveau-classement-2021-des-facultes-francaises-en-matiere-dindependance/>
61. Conférence des doyens des facultés de médecine. Charte éthique & déontologique de facultés de médecine et d'odontologie [Internet]. Conférence des doyens des facultés de médecine;2017 [Consulté le 20 juillet 2020]. Disponible sur : https://conferencedesdoyensdemedecine.org/wp-content/uploads/2020/10/V3_Charte_faculte%CC%81s_me%CC%81decine_odontologie_2017.pdf
62. La troupe du rire. Pourquoi garder son indépendance face aux laboratoires pharmaceutiques ? [Internet]. La troupe du rire [Consulté le 23 juillet 2020]. Disponible sur : https://latroupeduriredotfr.files.wordpress.com/2016/04/livretltdr-v7_6-sans-trait-de-coupe.pdf
63. Lalanne R. Elaboration et mise en place d'une formation à l'analyse critique de la promotion pharmaceutique. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux;2016
64. Desclaux-Arramond D. Perception de l'industrie pharmaceutique par les internes en médecine générale après FACRIPP (Formation à l'Analyse CRitique de la Promotion Pharmaceutique) et perception de la formation. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux;2017
65. Aubessard C. Élaboration et validation d'un questionnaire de connaissances et compétences des étudiants pour appréhender la visite médicale. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux;2017
66. Gilbody S, Wilson P, Watt I. Benefits and harms of direct to consumer advertising: a systematic review. *Qual Saf Health Care.* 2005;14(4):246-50

67. Bell RA, Wilkes MS, Kravitz RL. The educational value of consumer-targeted prescription drug print advertising. *J Fam Pract.* 2000;49(12):1092–8
68. Hansen RA, Schommer JC, Cline RR, Hadsall RS, Schondelmeyer SW, Nyman JA. The association of consumer cost-sharing and direct-to-consumer advertising with prescription drug use. *Res Soc Adm Pharm RSAP.* 2005;1(2):139–57
69. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice : patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations - a questionnaire study. *BMJ.* 1997;315(7107):520–3
70. Britten N, Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe : a questionnaire survey. *BMJ.* 1997;315(7121):1506–10
71. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (version initiale).
72. Parker L, Fabbri A, Grundy Q, Mintzes B, Bero L. "Asset exchange" - interactions between patient groups and pharmaceutical industry : Australian qualitative study. *BMJ* 2019;367:l6694
73. Jastifer J, Roberts S. Patients' awareness of and attitudes toward gifts from pharmaceutical companies to physicians. *Int J Health Serv Plan Adm Eval.* 2009;39(2):405–14
74. Green MJ, Masters R, James B, Simmons B, Lehman E. Do gifts from the pharmaceutical industry affect trust in physicians ? *Fam Med.* 2012;44(5):325–31
75. INSEE. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles [Internet] INSEE;2016 [Consulté le 10 janvier 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregree/1?champRecherche=true>
76. Bensadon AC, Marie E, Morelle A. Enquête sur le Médiateur° - Synthèse [Internet]. Inspection générale des Affaires sociales;2011 [Consulté le 16 février 2021]. Disponible sur : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_MEDIATOR.pdf
77. La Revue Prescrire. Procès Médiateur° - Pour les victimes, "il a été long le chemin vers la vérité". *Rev Prescrire* 2020;40(440):474-1 - 474-3
78. La Revue Prescrire. Procès Médiateur° - La firme Servier et l'Agence française du médicament devant le tribunal. *Rev Prescrire* 2019;39(431):700-1
79. Formindep. Procès Mediator° : ne pas oublier la responsabilité des médecins [Internet]. Formindep;2021 [Consulté le 15 avril 2021]. Disponible sur : <https://formindep.fr/proces-mediator-ne-pas-oublier-la-responsabilite-des-medecins/>

VIII. Annexes

1. Déclaration de conformité au CNIL



RÉCÉPISSÉ

Madame PATUREL Mathilde

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE
Numéro de déclaration
2216082 v 0
du 09 décembre 2019

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
 - 2) La pertinence des données traitées,
 - 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
 - 4) La sécurité et la confidentialité des données,
 - 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.
- Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant	
Nom : Madame PATUREL Mathilde	N° SIREN ou SIRET :
Service :	Code NAF ou APE :
Adresse :	Tél. :
Code postal :	Fax. :
Ville :	
Traitement déclaré	
Finalité : MR4 - Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé	

Fait à Paris, le 09 décembre 2019

2. Guide d'entretien

QUESTIONNAIRE QUANTITATIF

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre situation familiale ?
- Avez-vous des enfants ?
- Quel est votre niveau d'étude ?
- Quelle est votre profession ?

QUESTIONNAIRE QUALITATIF

1- Pour vous, qu'est-ce qu'un visiteur médical ?

Expliquer le terme si inconnu : = le représentant d'un laboratoire pharmaceutique chargé de faire connaître aux médecins les spécialités fabriquées par ce laboratoire.

2- Que pensez-vous des visiteurs médicaux ?

2-1 : *Relance* : Quelle est votre expérience personnelle vis-à-vis des visiteurs médicaux ?

3- Quelles différences avez-vous remarquées vis-à-vis des visiteurs médicaux entre le cabinet du Dr L. et la maison de santé de Gabarret ?

3-1 : *ils ont vu la différence* : Quels est votre ressenti par rapport à cela ?

3-2 : *ils n'ont pas vu de différence* : Si je vous dis que Dr L. recevait les visiteurs médicaux et que les médecins de la maison de santé de Gabarret ne désirent pas les recevoir, quel est votre ressenti par rapport à cela ?

4- Quels seraient vos souhaits, en tant que patient, concernant l'attitude de votre médecin traitant vis-à-vis des visiteurs médicaux ?

4-1 *Relance* : Quels seraient pour vous les avantages d'avoir un médecin traitant qui ne reçoit pas les visiteurs médicaux ?

4-2 *Relance* : Quels seraient pour vous les inconvénients d'avoir un médecin traitant qui ne reçoit pas les visiteurs médicaux ?

5- Auriez-vous quelques remarques à ajouter ? Avez-vous dit tout ce qui vous semblait important ?

3. Verbatim patient 4

« M » faisant référence à l'intervieweur. « I » faisant référence à l'interviewé.

M : Pour vous, qu'est-ce qu'un visiteur médical ou un représentant pharmaceutique ?

I : [réfléchit] C'est quelqu'un qui propose de nouveau médicament pour soigner des maladies

M : En avez-vous déjà croisé ?

I : Oui au cabinet du docteur L. j'en ai déjà vu.

M : Quelles impressions ils vous ont fait ?

I : Bonne impression, ils attendaient leur tour

M : Comment pourriez-vous les décrire physiquement ?

I : Ca fait longtemps... physiquement ils avaient tous leur petite valise, autant des hommes que des femmes, assez jeunes, bien habillés, en costume cravate.

M : D'accord. Comment était-il en salle d'attente ?

I : Ils étaient polis, ils saluaient, mais ils étaient sur leur téléphone portable et ils n'ont jamais discuté avec les patients. Ils travaillaient en salle d'attente

M : Comment se comportaient-ils avec le docteur L. ?

I : Bien ils avaient de bons rapports, c'était cordial, c'était des bons rapports, peut-être amicaux

M : Ici à la maison de santé en avez-vous déjà vu ?

I : Non mais je ne suis pas venue beaucoup.

M : Pour vous, quel est le rôle du visiteur médical par rapport au médecin ?

I : Il propose des nouveaux médicaments, donne des instructions sur les maladies que ça peut soigner

M : C'est-à-dire des instructions ?

I : Ils les aiguillent sur les modalités de prescription car chaque médicament a un effet différent sur plusieurs personnes.

M : A votre avis quel est le rôle du visiteur médical par rapport au patient ?

I : Il se préoccupe de leur bien-être, du bien-être du patient en proposant des médicaments avec moins d'effets secondaires.

M : Vous, vous avez déjà eu un contact personnel avec un visiteur médical ?

I : Non

M : Pensez-vous que le visiteur demande au médecin des nouvelles ?

I : Peut-être que oui il demande des nouvelles du médicament qu'ils ont prescrit leurs déductions par rapport au résultat sur les patients. Je pense que les médecins font un retour aux visiteurs.

M : Par qui est envoyé le visiteur médical vers les médecins ?

I : Par un groupe pharmaceutique je suppose

M : Pour vous quels sont les objectifs de ce groupe ?

I : Eliminer les anciens médicaments car le corps s'habitue à eux, mettre des médicaments moins nocifs que certains. Leur but serait de renouveler le marché du médicament et d'améliorer et traiter de nouvelles maladies.

M : Qu'est-ce qui serait intéressant pour le médecin traitant, recevoir des visiteurs de plusieurs groupes pharmaceutiques ou d'un seul ?

I : Non plusieurs. Il y a la question du prix, ils n'ont pas tous le même prix surtout pour les nouveautés qui sont plus chers que les génériques.

M : Dans une prescription médicale, vous attendez à ce que le médecin regarde le prix des médicaments qu'il vous donne ?

I : Oui évidemment je m'attends ce que le médecin fasse attention au prix.

M : Comment le médecin pourrait faire pour départager deux médicaments de deux laboratoires différents pour une même maladie ?

I : Il peut peut-être utiliser un médicament sur un patient et un autre sur un autre patient. Il n'est pas obligé de donner toujours le même laboratoire

M : Vous, vous accepteriez en tant que patient qu'on vous donne un médicament à tester sur vous ?

I : Parfois le médecin le fait, le médecin dit « on va essayer ça » en parlant de médicaments et si ça ne marchait pas il fallait revenir et changer, j'ai beaucoup vu ça. Les docteurs ne sont pas des dieux, ils ne peuvent pas tout anticiper. Pour un même médicament, une personne peut bien me tolérer et une autre mal. C'est l'expérience du médecin les interactions avec les autres médicaments qui vont motiver la décision de prescription.

M : Pourquoi dites-vous qu'un médecin n'est pas dieu ?

I : C'est un être humain, 2 personnes peuvent réagir différemment avec un même médicament. Et ça on ne peut pas le savoir en prescrivant le médicament, on peut pas savoir s'ils ont des effets secondaires ou pas. Moi on m'a donné des médicaments qui marchaient très bien, mais ils ont été retirés du commerce parce qu'ils ont eu des effets secondaires importants pour beaucoup de personnes, ils faisaient du mal aux gens et moi je n'ai jamais eu de problème.

M : Ces médicaments ont dû être présentés au médecin par un visiteur, ils devaient être nouveau au début, qu'en pensez-vous ?

I : Le médecin ne peut pas savoir, ce n'est pas dieu, il ne peut pas deviner si vous allez avoir un effet secondaire ou pas.

M : S'il a été retiré du marché il y avait probablement plus d'effets secondaires que de bénéfices pour les patients...

I : Moi je l'ai regretté parce qu'il me faisait du bien

M : Comment expliquez-vous que ce médicament ait pu être distribué par un laboratoire et ensuite prescrit par des médecins alors qu'ils avaient beaucoup d'effets secondaires, qu'il faisait beaucoup de mal à une majorité de patients ?

I : Ça ça peut toujours arriver, il y a toujours une grande liste des effets secondaires. Tous les médicaments peuvent faire des effets secondaires plus ou moins dangereux.

M : Comment filtrer ses médicaments alors ?

I : Ça doit être à la longue, sur le long terme. C'est le laboratoire qui doit savoir comment gérer et donner des médicaments avec le moins d'effets secondaires possibles car le laboratoire fait des recherches donc il doit savoir ce qu'ils vendent.

M : Pensez-vous que le laboratoire et plus particulièrement le représentant pharmaceutique parle des effets secondaires au médecin ?

I : Certainement oui ils doivent parler des effets secondaires. Je ne pense pas qu'ils donnent des médicaments comme ça. Pour moi si le médicament est sorti sur le marché c'est qu'il est sûr, et dans un moindre mal, peu nocif pour certaines personnes avec certains effets secondaires. Il faut faire attention les médicaments ne sont pas des bonbons.

M : A votre avis, comment se passe l'entretien entre le visiteur médical et le médecin ? Qu'est-ce qui s'y passe ?

I : Peut-être que quand le docteur a un problème avec un client il demande avis, conseil, à ce représentant. Il doit pouvoir lui parler, lui demander des renseignements. Quand il présente un nouveau médicament je pense que le visiteur va dire ce que traite le médicament, il va donner des renseignements sur les tests qu'ils ont fait, sur la sécurité avec des études.

M : Vous me dites que le médecin va demander avis au visiteur médical quand il a un problème, pour vous le visiteur médical est une référence pour le médecin ?

I : Normalement oui, le visiteur médical est une référence pour le médecin. Il doit avoir une certaine idée de ce qu'il donne, de ce qu'il propose, il doit avoir plus qu'un minimum de renseignements.

M : Par exemple si le médecin parle d'un médicament qu'on lui a proposé la dernière fois et qu'il lui explique qu'il n'a pas bien marché. A votre avis que répond le visiteur médical ?

I : Sûrement que ça dépend de chaque personne, il va sûrement pas lui dire que son médicament ne vaut rien. Le médicament a été étudié pendant des années alors ce médicament doit avoir des effets. Peut-être que c'est un problème de dosage.

M : Vous pensez donc que le visiteur médical a un intérêt à ce que son médicament marche ?

I : Oui pour le laboratoire car le laboratoire fait des grosses recherches, notamment financièrement, il faut amortir le coût des recherches. Il y a un intérêt financier.

M : Si on parle d'un intérêt financier, est-ce que le visiteur médical et le laboratoire qui l'envoie sont objectifs dans les propos qu'ils tiennent au médecin ?

I : J'espère. [Blanc] toute façon il travaille pour ce laboratoire, donc il a des notions sur les effets de ce médicament. C'est sûr que si le médicament c'est de l'eau il va pas en parler. Je pense pas que les représentants seraient malhonnêtes au point d'essayer de vendre des médicaments qui sont de l'eau.

M : Pour vous qu'est-ce qui serait de la malhonnêteté ?

I : Si on vous dit qu'un médicament soigne telle maladie alors que ça ne lui fait rien, ça serait malhonnête de la part du laboratoire. Mais le médecin qui me prescrit lui ne peut pas savoir si le médicament est vraiment mauvais

M : Comment pourrait faire le médecin pour savoir justement si le médicament est efficace ou non ?

I : En le donnant au patient pour voir les effets que ça lui fait.

M : On a dit que les visiteurs médicaux sont une source d'information pour les médecins pour connaître les nouveautés du laboratoire, s'il existait une source d'information neutre, indépendante des laboratoires. Qu'est-ce que vous en penseriez ?

I : Se serait plus objectif certainement

M : Est-ce que c'est ce que vous aimeriez pour votre médecin traitant ?

I : Oui pourquoi pas ce serait pas mal que mon médecin traitant ait une source neutre pour obtenir des informations, se serait pas mal

M : Pour vous comment le médecin réagit à ce que les visiteurs médicaux lui présentent, au niveau de ses prescriptions ?

I : Je ne sais pas. Je pense que les médecins font un mélange entre garder les mêmes habitudes et en essayer des nouveaux qu'on lui présente. Il ne faut pas se focaliser sur l'ancien ou le nouveau il faut voir selon les effets sur les patients. Certaines prescriptions du docteur L. ont été faites parce qu'un visiteur est venu lui présenter un médicament.

M : Pensez-vous que le médecin se rend compte de ces modifications de prescription ?

I : Oui je pense que le médecin a conscience de modifier ses prescriptions en fonction de ce qu'on lui présente. La prescription du médecin n'est pas automatique, elle est réfléchi. Il ne donne pas de médicament sans réfléchir. Je peux pas imaginer le médecin faire des prescriptions sans réfléchir, ils ont fait des études ils ne peuvent pas donner n'importe quoi aux patients. Ca serait un problème pour moi en tant que patiente si c'était le cas.

M : Avez-vous déjà vu sur des bureaux des crayons ou des post-it par exemple avec un nom de laboratoire dessus ?

I : Non

M : Comment peut réagir le médecin s'il y a un crayon avec un nom de laboratoire dessus pensez-vous que cela puisse influencer et modifier ce qu'il prescrit ?

I : Comme une publicité ? Non je pense pas que cela puisse influencer sa prescription. Ils ne sont pas focalisés sur un laboratoire. Se serait en favoriser un plus que l'autre et se serait pas normal. A moins qu'il soit ami avec un représentant, qu'ils soient amis d'accord mais le médecin doit rester lucide et ne pas favoriser son ami surtout si à côté il y a quelque chose de mieux au niveau des médicaments. Il faut faire la part des choses. C'est ce que j'attends de tout médecin.

M : Pensez-vous qu'il s'agisse de son rôle en tant que médecin de rester lucide et de rester vigilant par rapport à cette influence ?

I : Oui le médecin ne doit pas perdre sa neutralité ça fait partie de son rôle en tant que médecin vis à vis des patients. Il ne faut pas prescrire en fonction des affinités avec les laboratoires mais en fonction des effets ressentis par les patients selon les molécules et les laboratoires. Le patient a le mot final sur son ressenti. C'est très compliqué, il y a beaucoup de médicaments et les médicaments similaires ne se ressemblent pas tous ça prête à confusion. Les patients sont dépassés par tous les noms, toutes les formes qui existent, ils ne s'y retrouvent plus, ils sont perdus. C'est pour ça qu'ils ont confiance en leur médecin. Il faut savoir jongler avec toutes ces informations.

M : Tout à l'heure vous avez dit que vous avez vu des visiteurs médicaux chez docteur L. mais jamais ici à la maison de santé. Si vous n'en n'avez jamais vu ici c'est normal c'est parce que les médecins refusent de recevoir les représentants pharmaceutiques. Ni à la maison de santé ni ailleurs. Qu'en pensez-vous ?

I : Maintenant il y a internet. Peut-être qu'ils leur font perdre leur temps. Moi ça m'est égal car ils doivent quand même être au courant des produits par d'autres moyens. C'est eux qui voient c'est leur décision. Je pense que c'est mieux que les médecins se forment avec une source indépendante des laboratoires mais je suis aussi d'accord que mon médecin reçoive des visiteurs médicaux. Ils peuvent connaître les évolutions grâce à Internet maintenant. Le médecin se fait davantage son opinion lorsqu'il se forme avec une source indépendante.

M : Pour vous le médecin a-t-il besoin d'être guidé par le visiteur médical ?

I : Peut-être quand il sort un nouveau médicament. Mais il doit pouvoir se débrouiller seul. C'est peut-être mieux une source indépendante comme ça on n'essaye pas de vous forcer la main pour prescrire tel médicament comme le ferait un laboratoire par les visiteurs médicaux. Enfin il essaye mais le médecin reste juge mais oui ils doivent bien vanter leurs médicaments pour vendre leurs produits. À la fin, c'est au médecin d'être seul juge.

M : Pour vous quels seraient les avantages d'avoir un médecin traitant qui ne reçoit pas les visiteurs médicaux ?

I : Moins de temps d'attente pour les patients. Plus de temps pour les consultations.

M : Et quel inconvénient y aurait-il ?

I : Une perte de temps pour les patients moins de temps de consultation. Je ne pense pas qu'il y ait davantage ou d'inconvénients par rapport aux prescriptions médicales. Il doit pas y avoir de changement entre un médecin qui reçoit les représentants et un médecin qui ne reçoit pas au niveau des prescriptions. Je pense que tous les médecins restent neutres, j'espère en tout cas.

M : Comment font-ils pour rester neutre, car vous m'avez dit tout à l'heure qu'il était humain ?

I : C'est le patient qui passe avant tout, le bien-être du patient. En gardant ça à l'esprit, il arrive à rester impartial.

M : Avez-vous déjà parlé de ça avec votre médecin ?

I : Non pas du tout

M : Pensez-vous avoir votre mot à dire dans la conduite du médecin par rapport aux visiteurs médicaux ?

I : Non, c'est leur décision.

M : Pourquoi ?

I : Ça me regarde pas, c'est tout.

M : D'accord. Y a-t-il autre chose sur ce sujet dont nous n'avons pas parlé et qui vous semble important ?

I : Je pense qu'on a tout dit.

4. Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé en français :

Introduction : La rencontre entre professionnels de santé et visiteurs médicaux a prouvé son influence sur les médecins et leurs prescriptions. Si les praticiens s'interrogent sur l'intérêt ou non de recevoir des représentants pharmaceutiques, l'avis des patients pourrait les aider à se décider. Leur avis est peu recherché alors qu'ils sont les principaux impactés par les conséquences de cette influence.

Méthode : Cette étude explore les perceptions des patients sur la pratique de leur médecin traitant concernant les visiteurs médicaux, en cabinet de médecine général, à travers des entretiens semi-dirigés.

Résultats : Les patients ne sont que peu au courant du rôle du visiteur médical et encore moins de son lien avec les laboratoires. Ils ont bien conscience que les représentants vont essayer d'influencer le professionnel de santé lors des entrevues. En revanche, ils ont une confiance totale en leur médecin pour se prémunir de cette influence et garder sa neutralité pour préserver le bien-être du patient. Ils ignorent la pratique de leur médecin traitant par rapport aux représentants. Ils ne savent pas s'il les reçoit ou non. Les avis sont partagés quant à leurs préférences pour la pratique de leur médecin. Ils le sont aussi quant au fait de vouloir être consultés par le médecin pour prendre la décision de recevoir ou non des visiteurs. Ils s'accordent néanmoins sur le fait que sa politique vis-à-vis des représentants pharmaceutiques ne modifie pas la relation médecin-patients.

Discussion – Conclusion : Les patients ne se sentent pas impliqués concernant les visiteurs médicaux. Pour eux, le médecin est l'intermédiaire et il ne leur paraît donc pas nécessaire de s'informer. Même s'ils sont les principaux impactés par les conséquences de l'influence sur les prescriptions, ils réalisent peu les enjeux de la visite des représentants. Si le manque évident d'informations à ce sujet fait que les patients ne peuvent donner un avis complètement éclairé sur la pratique de leur médecin, combler leurs lacunes semble être pertinent.

Titre en anglais : Patients' perceptions of their general practitioner's practice in relation to the pharmaceutical sales representatives in general practice.

Résumé en anglais :

Introduction: Meetings between health professionals and pharmaceutical sales representatives are proven to influence physicians and their prescriptions. If practitioners are debating whether to receive pharmaceutical representatives, perhaps patients' opinions can help them decide. Their opinion is rarely looked for, even though they are the ones most affected by the consequences of this influence.

Method: This study explores patients' perceptions of their physician's practice regarding pharmaceutical sales representatives, in general practice, through semi-structured interviews.

Result: Patients know little about the role of pharmaceutical sales representatives and even less about their link with pharmaceutical companies. They are well aware that pharmaceutical sales representatives try to influence health professionals during visits. However, they have total confidence in their physician to resist this influence and maintain neutrality in order to preserve the patients' well-being. They are unaware of their physician's practice in relation to the pharmaceutical sales representatives. They do not know whether they meet them or not. They are divided in their preference as to their physician's practice. They are also divided on whether they want to be consulted by their physician to decide whether to meet representatives. However, they agree that the physician's practice towards pharmaceutical sales representatives does not change the physician-patient relationship.

Discussion – Conclusion: Patients do not feel involved with regard to pharmaceutical sales representatives. For them, the physician is the intermediary and it does not seem necessary for them to be informed. Even if they are the ones impacted by the consequences of the influence on prescriptions, they do not realise the stakes of the representatives' visits. If the obvious lack of information on this subject means that patients cannot give a fully informed opinion on their physician's practice, feeling this gap appears relevant.

Discipline : Médecine Générale

Mots clés : qualitatif, visiteur médical, représentant pharmaceutique, influence, perception, industrie pharmaceutique, laboratoire, indépendance.

UFR des Sciences Médicales, 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux