



HAL
open science

**Intérêt et attentes des médecins généralistes libéraux,
praticiens hospitaliers et internes de 3e cycle hors
spécialité de médecine générale de Bordeaux, à propos
de la mise en place d'une formation à l'analyse critique
de la promotion pharmaceutique (FACRIPP) en
e-learning**

Alexandra Benoît, Victor Martinet, Charlotte Sangiani

► **To cite this version:**

Alexandra Benoît, Victor Martinet, Charlotte Sangiani. Intérêt et attentes des médecins généralistes libéraux, praticiens hospitaliers et internes de 3e cycle hors spécialité de médecine générale de Bordeaux, à propos de la mise en place d'une formation à l'analyse critique de la promotion pharmaceutique (FACRIPP) en e-learning. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03508027

HAL Id: dumas-03508027

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03508027>

Submitted on 3 Jan 2022

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.

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 8 décembre 2021 par

Alexandra BENOIT

Née le 17 mai 1991 à Bruges (33)

Victor MARTINET

Né le 16 novembre 1991 à Lagny-sur-marne (77)

Charlotte SANGIANI

Née le 13 août 1992 à Bordeaux (33)

**Intérêt et attentes des médecins généralistes libéraux,
praticiens hospitaliers et internes de 3^e cycle hors spécialité de
médecine générale de Bordeaux, à propos de la mise en place
d'une formation à l'analyse critique de la promotion
pharmaceutique (FACRIPP) en e-learning**

Sous la direction de

Monsieur le Docteur Florent BAZILE

Monsieur le Docteur Marco ROMERO

Membres du jury

Monsieur le Professeur Jean-Luc PELLEGRIN, Président

Monsieur le Docteur Edouard FORCADE, Rapporteur

Monsieur le Professeur William DURIEUX

Monsieur le Professeur Mathieu MOLIMARD

Monsieur le Docteur Didier SIMON

Monsieur le Docteur Florent BAZILE, directeur

Monsieur le Docteur Marco ROMERO, directeur

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

- **Monsieur le Professeur Jean-Luc Pellegrin,**
Professeur des universités - praticien hospitalier, médecin interniste au CHU de Bordeaux.
Directeur du collège science de la santé à l'université de Bordeaux

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Nous vous remercions de l'intérêt porté à notre travail. Veuillez trouver l'expression de nos sincères remerciements et de notre gratitude.

- **Monsieur le Docteur Edouard Forcade,**
Maitre de conférences des universités et praticien hospitalier, hématologue dans le service d'hématologie et thérapie cellulaire au CHU de Bordeaux.

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail de thèse. Nous vous remercions pour votre aide précieuse. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

- **Monsieur le Professeur William Durieux,**
Professeur associé – médecin généraliste à Targon.
Directeur Adjoint du Département de Médecine Générale de Bordeaux

Merci de nous faire l'honneur d'être membre de ce jury de thèse. Nous vous remercions pour votre pédagogie et votre écoute durant notre formation de médecine générale. Veuillez trouver ici toute notre sincère considération.

- **Monsieur le Professeur Mathieu Molimard,**
Professeur des universités – praticien hospitalier, pharmacologue clinicien et pneumologue.
Chef de Service de Pharmacologie Médicale du CHU de Bordeaux.
Responsable pédagogique de la plateforme PEPITe santé à l'université de Bordeaux.

Vous nous faites l'honneur de participer et juger ce travail de thèse. Soyez assuré de notre admiration concernant votre implication dans ce projet pédagogique qu'est la e-Facripp. Veuillez trouver l'expression de nos sincères remerciements et de notre gratitude.

- **Monsieur le Docteur Didier SIMON,**
Médecin généraliste à Mont-de-Marsan.
Vice-président du bureau de l'URPS médecins libéraux Nouvelle-Aquitaine.

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Tous nos remerciements pour l'attention portée à ce travail de thèse.

A nos directeurs de thèse :

- **Monsieur le Docteur Marco Romero,**
Médecin généraliste à Samadet.
Maître de conférences associé et chargé d'enseignement au département de médecine générale de Bordeaux.

Merci d'avoir accepté de nous accompagner, merci pour ton soutien et l'aide précieuse que tu nous as accordé tout au long de ce travail de thèse.

Nous te remercions infiniment de faire partie de ce jury.

Au-delà de cette thèse, nous avons eu la chance (Charlotte et Victor) de t'avoir eu comme maître de stage à Samadet. Merci de nous avoir fait profiter de ton expérience médicale et de ton humour ! Ce fut un passage enrichissant à tous points de vue et qui restera un socle important de notre pratique de médecin généraliste.

- **Monsieur le Docteur Florent Bazile,**
Médecin généraliste à Cadillac.
Enseignant vacataire au Département de Médecine Générale.

Merci d'avoir accepté de co-diriger ce travail de thèse, merci pour ton aide, ton écoute et ton analyse précieuse tout au long de ce travail de thèse. Merci d'avoir organisé toutes nos réunions zoom.

Nous te remercions infiniment de faire partie de ce jury.

Florent, je (Alexandra) t'ai rencontré lors de ma présentation de porte folio. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir proposé ce sujet de thèse.

Invitée du jury :

- **Madame Aloïs REILHAC**
Interne de Santé Publique
Présidente de l'association des Internes des Hôpitaux de Bordeaux

Merci de nous faire l'honneur d'assister à la présentation de ce travail de thèse. Nous te remercions de l'intérêt porter à notre étude. Nous soulignons également l'importance de la fonction que l'association représente tout au long du cursus 3^e cycles des études médicales.

Remerciements d'Alexandra

À ma maman, merci pour ton soutien sans faille, tes sacrifices. Tu nous as transmis (à mes sœurs et moi) la rigueur du travail. Tu as toujours été présente, tu nous as coaché. Notre réussite nous te la devons. Tout ça n'aurait pas été possible sans toi. Cette thèse, ce diplôme, tout ça, c'est grâce à toi.

À mon papa, tu as suivi mon parcours de loin et je sais que tu es fier de moi.

À mes sœurs, merci de faire partie de ma vie, je vous aime toutes les trois.

À Jessica, ma grande sœur, merci pour ton soutien. Et c'est bon, je n'ai pas battu ton record pour passer ma thèse ^^

À Laura, ma jumelle, je sais que tu seras toujours là pour moi.

À Sarah-Lou, ma petite sœur, voilà, après avoir changé tes couches et avoir fait je ne sais combien de tours de poussette pour t'endormir, à ton tour d'entrer à l'université.

À mes grands-parents, merci pour ces bons moments partagés.

À Marjorie, merci d'être là pour nous et de faire partie de notre grande famille.

À mon mari, merci de m'avoir soutenue, parfois relevée, supportée pendant ces longues années d'étude. Merci pour ton aide pour cette thèse.

Merci de m'aimer au quotidien. Et merci de m'avoir offert l'opportunité de jouer le plus beau rôle de ma vie, celui de maman.

À Étienne, mon premier bébé. Tu es maintenant un petit garçon rempli d'énergie, coquin, rieur, avec un sacré caractère. À Constance, mon bébé sourire. Il me tarde de voir quelle belle petite fille tu vas devenir.

À mes deux amours, vous m'avez appris ce qui était vraiment important dans la vie. Je suis fière d'être votre maman. Tout ça, je le fais pour vous. Je vous aime.

À Anne-Sophie, tu es la belle rencontre de cet internat. Nous avons commencé en tant que simples co-internes à Marmande et maintenant, tu fais partie de la famille, avec une place particulière auprès d'Étienne.

À Héloïse, merci pour ton aide pendant ces études et ton amitié qui dure depuis le lycée.

À Julie, JB, Léa et Moha, on en a parcouru du chemin depuis nos soirées et nos sous-colles.

À la famille David, merci pour votre amitié constante et fidèle depuis toutes ces années. Nous avons de la chance de vous avoir auprès de nous.

À Vanille, ta gentillesse, ta douceur, ton empathie et ta rigueur feront de toi un excellent médecin et j'espère que tu pourras les transmettre à Constance.

Aux Dr Roger et Dr Bernard, merci de m'avoir ouvert les portes de vos cabinets et transmis votre passion pour la médecine générale.

À mes maîtres de stage, merci d'avoir participé à forger le médecin que je serais demain.

À mes co-thésards, après des centaines de messages/emails échangés, ça y'est, on y est arrivé !

Je tiens à remercier également les médecins généralistes qui ont bien voulu participer à cette thèse et au temps qu'ils m'ont octroyé.

Remerciements de Charlotte

À ma famille,

À mes parents,

Ma réussite actuelle est le fruit de votre engagement sans limite. Les valeurs que vous m'avez transmises telles que la place de la famille, le respect, l'équité, le partage, la solidarité, l'empathie, l'abnégation, la rigueur... Ont érigé la personne que je suis et font de moi un meilleur médecin. Merci pour votre soutien sans faille, ma reconnaissance est éternelle, je vous aime.

Maman, merci pour ta sensibilité, ton énergie, ta persévérance. Ton courage et ta résilience au fil des épreuves m'ont appris à traverser les miennes.

Papa, merci pour ta patience, ton attention, ta présence. Ta joie de vivre et ton plaisir des choses simples m'encouragent à apprécier pleinement chaque moment.

À mes sœurs,

Vous êtes mes piliers, je ne vous dirai jamais assez à quel point je vous aime.

Camille, ma petite sœur qui grandit si vite, je suis fière de la femme que tu es devenue, généreuse, joyeuse et sensible. Je me réjouis de nous voir plus proches au fil des années.

Marie, merci pour cette complicité qui nous lie depuis toujours, pour ces moments de vie ensemble, pour ton support constant tout au long de mes études sans lequel je ne serais pas là. Ta générosité, ton dévouement et ta force me rendront toujours admirative.

À Nicolas, merci pour tes nombreuses attentions, ta constance et ta joie.

À Hugo et Juliette, du haut de vos quelques années de vie, vous me comblez de bonheur, votre innocence rend chaque moment passé ensemble unique.

À mes grands-parents, partis trop tôt pour apprécier ces moments de vie, vous auriez été si fiers.

À Papi, tu t'es éteint il y a peu, mais ton sourire brille dans ma mémoire en ce jour.

À Mamie, tu es un modèle. Je t'admire tant, ta force est une leçon de vie.

À Guillaume, merci pour la relation qu'est la nôtre ; nul besoin de parler pour se comprendre, merci pour ces rires, pour ta présence, pour tout l'amour que tu me portes. Merci à *Manu* et toi pour ces séjours parisiens que j'aime tant.

À mon grand Nico et à Chouchou, merci à vous pour ces journées de randonnée entre deux écrits de thèse, le début d'une longue liste je l'espère.

À Anaïs, collègue pharmacienne, nos parcours se ressemblent, merci pour ta volonté à toute épreuve et ta joie de vivre, merci à *Esther* et toi pour votre sens de la famille.

À ma Coli, merci pour tous ces souvenirs heureux, et à *Mathieu* et toi pour vos accueils toujours chaleureux.

À mes oncles et tantes qui ont suivi de près ou de loin mon cursus, merci pour votre bienveillance et vos encouragements.

À toute ma famille, du fond du cœur, un grand merci.

À mes amis,

À Aurore, je t'admire tant pour ta gentillesse, ta générosité, ta sensibilité, ta tolérance. Ta présence m'est indispensable. Merci pour ton écoute et ta disponibilité. Tu es une amie exceptionnelle, je t'aime.

À Alexia, ma première rencontre d'internat, ta gentillesse est sans limite, merci pour ton support au fil des stages et en dehors, merci pour cette amitié si forte qui nous lie.

À *Hong-Nhung et Aurélie*, quelle chance d'avoir croisé votre route à Pau, merci pour vos mots qui ont su m'apaiser et pour votre joie de vivre, vous êtes uniques.

À *Alizée* et notre amitié florissante qui ne présage que de belles choses.

Merci à vous quatre, avec vous la vie est plus belle. Je vous aime.

À *mes amis du château* à Périgueux, merci pour ces six mois intenses passés auprès de vous.

À *Xav et Mélissa* pour vos chamailleries dignes de frères et sœurs, à *Erwan* pour le changement de pneu nocturne, à *Greg* pour mon traumatisme crânien, à *Dodo* pour les dégustations de vin improvisées. À *Johanna*, merci pour cette amitié forte et sincère, à *Florian*, pour ta bonne humeur et tes défaites contre moi au badminton.

Merci pour ce bonheur inconditionnel lorsque je suis avec vous.

À *Maëva*, depuis la deuxième année, une si belle route nous lie... il est loin le temps des ateliers plâtres et sutures sur des pieds de porc. Merci pour ton soutien et tous ces moments partagés, merci pour ta générosité et ton honnêteté.

À *Alizé*, depuis le lycée, en passant par le concours d'entrée et jusqu'à maintenant, tant d'épreuves traversées ensemble. Merci pour ton aide.

À *Emma*, une belle rencontre devenue très vite une amitié complice, merci pour ton soutien notamment aux ECN. Merci pour ton accueil toujours chaleureux avec Ben, vous êtes formidables.

À *mes amies d'externat*, *Sophie, Léna, Marion, Marie, Chloé, Ambre*, et aux nombreuses heures écoulées dans notre seconde maison : la fameuse BU... entre fatigue, doutes mais aussi rires et solidarité.

Aux anciens, avec qui j'ai tout partagé et tant ri, qui m'ont vu grandir et évoluer.

À *Manon et Caro* depuis le collège, à *Laeti* pour tous ces rires au lycée, à *Roub et Max* nos photos à l'appui. Merci pour votre présence.

À *Émilie, Mathieu, Nico, Lucie, Antho, Sarah, Yannis, Léo, Tom, Clément*, mais aussi *Alexis, Thomas, Eva et Baptiste*.

Merci à tous pour ces moments passés, merci pour votre insouciance et votre bonne humeur qui me rendent heureuse.

À mes confrères,

Au Dr Marco Romero, merci de m'avoir fait confiance pour cette thèse. Merci pour ces six mois de partage et pour ta vision toujours critique et réfléchie de la médecine qui m'ont beaucoup apporté. Merci pour ta bonne humeur constante au fil des jours.

Merci à toi, au Dr Brice Aimé et au Dr Catherine Tausin pour votre accueil généreux à Samadet.

Au Dr Sébastien Turchet, merci pour la passion de transmission dont tu fais preuve et pour ta générosité. J'ai apprécié chaque moment passé auprès de ta famille.

Au Dr Philippe Veaux, merci pour ton accueil dans ce premier stage de médecine générale. Tu m'as fait découvrir et aimer cette spécialité, mais également la douce vie Arcachonnaise !

À *mes co-thésards*, *Alexandra et Victor*, merci pour votre constance. La route fut longue mais nous y sommes enfin. Tout vient à point à qui sait attendre.

Aux médecins qui ont pris le temps de réaliser les entretiens de cette thèse, merci.

Et enfin, à tous ceux qui ont croisé ma route au cours des études, aux équipes médicales et paramédicales qui m'ont aidé, de près ou de loin, à supporter des moments parfois difficiles et qui m'ont fait aimer ce magnifique métier, merci.

Remerciements de Victor

À Alexandra et Charlotte, merci d'avoir porté ce projet jusqu'au bout, merci pour votre travail et votre motivation !

À mes parents :

Merci pour votre soutien indéfectible durant ces longues années d'études. Merci de nous avoir à mes frères et à moi, apporté l'amour nécessaire à notre épanouissement. Vous nous avez toujours donné le meilleur pour notre réussite. Vous pouvez être fiers de vous.

À mes frères :

Antoine, je te souhaite beaucoup de bonheur pour la suite de ton parcours, j'espère que tu iras au bout de envies d'ailleurs, ne change rien.

Clément, je ne te l'ai jamais dit, sache que je suis très fier de toi, de ton parcours brillant, tu le mérites. Merci pour ce lien particulier malgré la distance.

Jean-Etienne, le petit dernier de la fratrie, un futur dentiste dans la famille, ça sert toujours ! Bravo pour ton parcours, tu as toute la vie devant toi !

À ma famille :

Pensée à grand mamie, merci pour tous ces souvenirs d'enfance, tu étais une arrière-grand-mère merveilleuse.

À mes grands-parents maternels, merci pour votre soutien et pour tous les souvenirs de vacances.

À mes grands-parents paternels, merci Mimi pour ta gentillesse et pour ton soutien. A papi, pensées émues, j'espère que de là où tu es, tu es fier de moi.

À tatie Josette, merci pour ton soutien, pour toutes ces histoires racontées et d'avoir cru en moi !

À tous mes oncles et tantes, merci pour ces repas de famille toujours animés, c'est toujours un plaisir de se retrouver. Enfin, merci à toi Tatie Emmanuelle de m'avoir accueilli chez toi durant les études !

À mes cousins et cousines, Elodie et Xavier, Emilie et Quentin, Jules et Baptiste, merci pour tous ces moments de rires partagés et ces parties de foot !!

À Irina, bravo pour ta carrière admirable, tu le mérites ! Merci d'avoir été là pour Clément.

À ma belle-famille :

Dominique et Muriel, merci de m'avoir accueilli parmi vous, merci pour votre patience à mon égard ! Enfin merci de m'avoir soutenu jusqu'au bout.

Flora, bravo pour ton parcours et je te souhaite encore et encore du bonheur pour la suite.

À mes amis :

Merci d'avoir été là dans les bons moments mais aussi dans les galères. Merci pour toutes ces belles années.

À Bertrand et Philippe, on a formé un beau trio de sous colle !! vous êtes un exemple de réussite pour moi, merci pour ces souvenirs de fac mémorables ! Merci à Tess et Fanny également d'être à leurs côtés

À Marie, notre maman à tous ! Merci pour ta joie de vivre et pour ta motivation lors des soirées, tous ces souvenirs...des férias à la croix jaune, je te souhaite que du bonheur avec Dorian !

À Emilie, merci à toi pour toutes ces années, pour ton sourire à toute épreuve, pour tous ces souvenirs avec une mention spéciale pour toutes ces fêtes de Bayonne endiablées !

À Julia, malgré les années, merci pour toutes les bonnes ondes envoyées et pour ton sourire, je te souhaite plein de bonheur dans ta nouvelle vie.

À Anne-Laude et Gaëtan, merci pour votre bonne humeur, c'est toujours un plaisir de vous revoir malgré la distance !

À Gabrielle, bravo pour ton parcours et félicitation à toi et Rui, Hâte de fêter votre mariage au Portugal !

À Hélène, merci pour ta gentillesse et ton sourire, souvenirs frais et nostalgiques de notre séjour à Prague durant ta période Erasmus !! je te souhaite beaucoup de bonheur avec Luca.

À Séverine, Zouzou, Rémi, #team muffin !! merci pour toute ces soirées de folies, mention spéciale pour les bodys léopards en soirées !! A très vite pour de nouvelles aventures !

À Thomas, merci pour ta joie de vivre et ton humour ! bravo à toi pour ce parcours d'excellence.

À Jehan et Camille, bravo à tous les deux pour avoir conjugué hautes études et parentalité.

Merci pour ces souvenirs près du feu lors des retrouvailles à la montagne avec toute la team !
Merci à toutes et à tous, d'avoir partagé avec moi ces études de médecines, merci à vous pour ces souvenirs de fac mémorable, les cours, la BU, l'hôpital et surtout les soirées et voyages inoubliables. Je pense fort à vous !!

À tous les médecins et maître de stage que j'ai croisé durant mon parcours de médecin, à tous mes co-internes de Bergerac, de Pau, de Saint-Jean-De-Luz et Bayonne, d'Arcachon, de Cagnac, de Samadet, merci à vous.

À Laurie :

Merci pour l'amour et le bonheur que tu m'apportes au quotidien. Je ne me lasse pas du temps passé à tes côtés. Merci de me rendre chaque jour meilleur par ta gentillesse et ton intelligence. Merci pour ton soutien indéfectible. J'espère partager ma vie avec toi encore très longtemps !

Table des matières

INTRODUCTION	18
1 L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ET SA PROMOTION	18
1.1 VISITE MEDICALE	18
1.2 AUTEURS FANTOMES	19
1.3 LEADERS D'OPINION	19
1.4 FORMATION MEDICALE CONTINUE (OU FMC)	19
1.5 PUBLICITE MEDICALE	20
1.6 LOGICIELS METIERS	20
1.7 PHARMACIES HOSPITALIERES	20
1.8 CARENCE DE FORMATION MEDICALE (18)	21
2 L'EVEIL DES CONSCIENCES	21
2.1 DES PRESCRIPTIONS INFLUENCEES	21
2.2 AUX SCANDALES NAISSANTS	22
2.2.1 Neurontin® (23).....	22
2.2.2 Vioxx® (25).....	23
2.2.3 Mediator® (28,29)	24
2.3 QUELQUES AVANCEES LEGISLATIVES	25
3 LA FACRIPP (FORMATION A L'ANALYSE CRITIQUE DE LA PROMOTION PHARMACEUTIQUE)	26
3.1 GENESE	26
3.2 UNE DEMARCHE PEDAGOGIQUE ACTIVE	27
3.3 ÉVOLUTION	30
3.4 LA E-FACRIPP ET SON EXTENSION A L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	30
3.4.1 Le projet en e-learning	30
3.4.2 La e-FACRIPP	31
4 OBJECTIF DE L'ETUDE	33
MATERIEL ET METHODE	34
1 POPULATIONS DE L'ETUDE	34
1.1 POPULATION N°1 : MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX	34
1.2 POPULATION N°2 : PRATICIENS HOSPITALIERS	34
1.3 POPULATION N°3 : INTERNES DE SPECIALITE HORS MEDECINE GENERALE	35
2 METHODOLOGIE	35
2.1 SCHEMA DE L'ETUDE.....	35
2.2 CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON	35
2.3 LE GUIDE D'ENTRETIEN	36
2.4 DEROULEMENT DES ENTRETIENS	37
2.5 RETRANSCRIPTION ET CODAGE.....	37
2.6 RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES	38
RESULTATS	39
1 PRESENTATION DES POPULATIONS	39
1.1 PRESENTATION DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES	39
1.2 PRESENTATION DE LA POPULATION DES PRATICIENS HOSPITALIERS	42
1.3 PRESENTATION DE LA POPULATION DES INTERNES DE SPECIALITE.....	44
2 PRESENTATION DES RESULTATS COMMUNS AUX TROIS POPULATIONS	
47	
2.1 PERCEPTION DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE	48

2.1.1	Entreprise puissante.....	48
2.1.2	Entreprise bénéfique.....	48
2.1.3	Entreprise nécessaire.....	49
2.1.4	Entreprise commerciale.....	49
2.1.5	Entreprise évolutive.....	50
2.1.6	Entreprise insistante.....	50
2.1.7	Ressenti général.....	50
2.2	LIENS AVEC L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE.....	52
2.2.1	Contacts avec l'industrie pharmaceutique.....	52
2.2.2	Évolution des contacts.....	52
2.2.3	Perception de la visite médicale.....	52
2.2.4	Qualité des informations délivrées.....	54
2.2.5	Perception de la relation médecin – industrie pharmaceutique.....	54
2.2.6	Liens entre formation médicale et industrie pharmaceutique.....	54
2.3	PERCEPTION DE L'INFLUENCE DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE.....	57
2.3.1	Pendant la formation initiale.....	57
2.3.2	Techniques d'influence ressenties.....	57
2.3.3	Influence actuelle de l'industrie pharmaceutique.....	58
2.3.4	Influence non ressentie.....	58
2.4	FORMATION MEDICALE ACTUELLE.....	60
2.4.1	Moyens de formation actuelle.....	60
2.4.2	Critères de choix.....	60
2.4.3	Lien entre industrie pharmaceutique et formation actuelle.....	61
2.5	PERCEPTION DE LA E-FACRIPP.....	62
2.5.1	Intérêt pour la E-FACRIPP.....	62
2.5.2	Attentes de la E-FACRIPP.....	63
2.5.3	Projection de participation à la E-FACRIPP.....	64

3 PRESENTATION DES RESULTATS COMMUNS A DEUX POPULATIONS 65

3.1	RESULTATS COMMUNS AUX MEDECINS GENERALISTES ET MEDECINS SPECIALISTES HOSPITALIERS.....	65
3.1.1	Perception de l'industrie pharmaceutique.....	65
3.1.1.1	Entreprise puissante.....	65
3.1.1.2	Entreprise commerciale.....	65
3.1.1.3	Entreprise évolutive.....	66
3.1.1.4	Entreprise insistante.....	66
3.1.1.5	Attentes vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.....	66
3.1.1.6	Ressenti général.....	66
3.1.2	Liens avec l'industrie pharmaceutique.....	68
3.1.2.1	Perception de la visite médicale.....	68
3.1.2.2	Perception de la relation médecin – industrie pharmaceutique.....	68
3.1.2.3	Liens entre formation médicale et industrie pharmaceutique.....	68
3.1.3	Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique.....	69
3.1.3.1	Pendant la formation initiale.....	69
3.1.3.2	Influence actuelle de l'industrie pharmaceutique.....	69
3.1.3.3	Influence non ressentie.....	70
3.1.4	Formation médicale actuelle.....	70
3.1.4.1	Moyens de formation actuelle.....	70
3.1.4.2	Évolution des formations.....	71
3.1.4.3	Critères de choix.....	71
3.1.4.4	Perception de la formation actuelle.....	71
3.1.4.5	Lien entre industrie pharmaceutique et formation actuelle.....	72
3.1.5	Perception de la E-FACRIPP.....	72
3.1.5.1	Intérêt pour la E-FACRIPP.....	72
3.2	RESULTATS COMMUNS AUX PRATICIENS HOSPITALIERS ET INTERNES DE SPECIALITES.....	73
3.2.1	Perception de l'industrie pharmaceutique.....	73
3.2.1.1	Entreprise bénéfique.....	73
3.2.1.2	Attentes vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.....	73
3.2.2	Liens avec l'industrie pharmaceutique.....	74
3.2.2.1	Contacts avec l'industrie pharmaceutique.....	74
3.2.2.2	Évolution des contacts.....	74
3.2.2.3	Perception de la visite médicale.....	75
3.2.2.4	Qualité des informations délivrées.....	75
3.2.2.5	Perception de la relation médecin-industrie pharmaceutique.....	75

3.2.3	Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique	76
3.2.3.1	Pendant la formation initiale.....	76
3.2.3.2	Influence actuelle de l'industrie pharmaceutique	76
3.2.3.3	Influence non ressentie	77
3.2.4	Formation médicale.....	78
3.2.4.1	Moyens de formation actuelle.....	78
3.2.4.2	Perception de la formation actuelle.....	78
3.2.5	Perception de l'E-FACRIPP.....	78
3.2.5.1	Caractère obligatoire de la E-FACRIPP	78
3.3	RESULTATS COMMUNS AUX MEDECINS GENERALISTES ET INTERNES DE SPECIALITE	79
3.3.1	Perception de l'industrie pharmaceutique	79
3.3.1.1	Entreprise bénéfique	79
3.3.1.2	Entreprise nécessaire	79
3.3.1.3	Entreprise commerciale	79
3.3.1.4	Attentes vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.....	80
3.3.1.5	Vision négative de l'industrie pharmaceutique.....	80
3.3.2	Liens avec l'industrie pharmaceutique	81
3.3.2.1	Contacts avec l'industrie pharmaceutique	81
3.3.2.2	Perception de la visite médicale.....	81
3.3.3	Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique	82
3.3.3.1	Techniques d'influence ressenties	82
3.3.3.2	Influence non ressentie	82
3.3.4	Formation médicale actuelle	83
3.3.4.1	Moyens de formation actuelle.....	83
3.3.4.2	Critères de choix	83
3.3.4.3	Facteurs limitant	84
3.3.5	Perception de la E-FACRIPP	84
3.3.5.1	Attentes de la E-FACRIPP	84
3.3.5.2	Attrait pour le e-learning.....	85

4 PRESENTATION DES RESULTATS SPECIFIQUE A CHAQUE POPULATION

86

4.1	RESULTATS SPECIFIQUES AUX MEDECINS GENERALISTES	86
4.1.1	Perception de l'industrie pharmaceutique	86
4.1.1.1	Entreprise bénéfique	86
4.1.1.2	Relation contrainte.....	86
4.1.1.3	Entreprise commerciale	86
4.1.1.4	Attentes vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.....	86
4.1.1.5	Vision négative de l'industrie pharmaceutique.....	87
4.1.2	Lien avec l'industrie pharmaceutique	88
4.1.2.1	Contacts avec l'industrie pharmaceutique	88
4.1.2.2	Évolution des liens avec l'industrie pharmaceutique.....	89
4.1.2.3	Perception de la visite médicale.....	89
4.1.2.4	Qualité des informations délivrées.....	89
4.1.2.5	Perception des liens entre formation médicale et industrie pharmaceutique	89
4.1.2.6	Modification du lien entre industrie pharmaceutique et formation médicale.....	90
4.1.3	Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique	92
4.1.3.1	Pendant la formation initiale.....	92
4.1.3.2	Techniques d'influence ressenties	92
4.1.3.3	Influence actuelle de l'industrie pharmaceutique	93
4.1.3.4	Influence non ressentie	93
4.1.4	Formation actuelle.....	94
4.1.4.1	Ressenti de la formation actuelle	94
4.1.4.2	Moyens de formation actuelle.....	95
4.1.4.3	Critères de choix	95
4.1.4.4	Facteurs limitant la formation.....	95
4.1.4.5	Évolution des formations	96
4.1.4.6	Lien des formations actuelles avec l'industrie pharmaceutique.....	96
4.1.4.7	Volonté de formation.....	96
4.1.5	Perception de la E-FACRIPP	97
4.1.5.1	Intérêt pour la E-FACRIPP	97
4.1.5.2	Les attentes de la E-FACRIPP	98

4.1.5.3	Projection de participation à la E-FACRIPP.....	98
4.2	RESULTATS SPECIFIQUES AUX PRATICIENS HOSPITALIERS	99
4.2.1	Perception de l'industrie pharmaceutique	99
4.2.1.1	Entreprise bénéfique	99
4.2.1.2	Entreprise évolutive	99
4.2.1.3	Entreprise nécessaire	99
4.2.1.4	Entreprise insistante.....	100
4.2.1.5	Attente vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique	100
4.2.2	Liens avec l'industrie pharmaceutique.....	101
4.2.2.1	Contacts avec l'industrie pharmaceutique	101
4.2.2.2	Évolution des contacts	102
4.2.2.3	Perception de la visite médicale.....	102
4.2.2.4	Qualité des informations délivrées.....	103
4.2.2.5	Perception de la relation médecin- industrie pharmaceutique	103
4.2.2.6	Changement du lien	103
4.2.3	Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique	105
4.2.3.1	Pendant la formation initiale.....	105
4.2.3.2	Techniques d'influence ressenties	105
4.2.3.3	Influence actuelle de l'industrie pharmaceutique	105
4.2.3.4	Influence non ressentie	105
4.2.4	Formation médicale actuelle	107
4.2.4.1	Moyens de formation actuelle.....	107
4.2.4.2	Évolution des formations	107
4.2.4.3	Perception de la formation actuelle.....	107
4.2.5	Perception de la E-FACRIPP	108
4.2.5.1	Attentes de la E-FACRIPP	108
4.3	RESULTATS SPECIFIQUES AUX INTERNES DE SPECIALITES	109
4.3.1	Perception de l'industrie pharmaceutique	109
4.3.1.1	Entreprise commerciale	109
4.3.1.2	Entreprise de recherche puissante.....	109
4.3.1.3	Vision négative de l'industrie pharmaceutique.....	109
4.3.1.4	Attentes vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.....	110
4.3.2	Liens avec l'industrie pharmaceutique.....	110
4.3.2.1	Contacts avec l'industrie pharmaceutique	110
4.3.2.2	Évolution des contacts	111
4.3.2.3	Perception de la visite médicale.....	111
4.3.2.4	Qualité des informations délivrées.....	111
4.3.2.5	Perception de la relation médecin – industrie pharmaceutique.....	111
4.3.2.6	Perception des lois anti cadeau	112
4.3.3	Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique	114
4.3.3.1	Pendant la formation initiale.....	114
4.3.3.2	Techniques d'influence ressenties	114
4.3.3.3	Influence actuelle de l'industrie pharmaceutique	114
4.3.3.4	Influence non ressentie	115
4.3.3.5	Prévention de l'influence de l'industrie pharmaceutique.....	115
4.3.4	Formation médicale actuelle	117
4.3.4.1	Moyens de formation actuelle.....	117
4.3.4.2	Critères de choix	117
4.3.4.3	Facteurs limitant	117
4.3.4.4	Liens entre l'industrie pharmaceutique et la formation actuelle	117
4.3.4.5	Impact de la loi anti-cadeaux sur la formation.....	118
4.3.4.6	Volonté de formation.....	118
4.3.5	Perception de la E-FACRIPP	119
4.3.5.1	Attentes de la E-FACRIPP	119
4.3.5.2	Projection de participation à la E-FACRIPP.....	120
4.3.5.3	Caractère obligatoire de la E-FACRIPP	120
5	RESUME DES RESULTATS SOUS FORME DE CARTE HEURISTIQUE	121
	DISCUSSION	126
1	VALIDITE INTERNE DE L'ETUDE.....	126
1.1	LES POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	126

1.2	LES POINTS FAIBLES DE L'ETUDE	126
1.2.1	Biais de sélection.....	126
1.2.2	Biais de mémorisation	128
1.2.3	Biais de déclaration	128
1.2.4	Biais d'investigation.....	129
1.2.5	Biais d'interprétation.....	129
1.2.6	Saturations des données théoriques	129
2	VALIDITE EXTERNE DE L'ETUDE	130
3	DISCUSSION DES RESULTATS.....	132
3.1	REPRESENTATIVITE DES POPULATIONS ETUDIEES	132
3.1.1	Population des médecins généralistes	132
3.1.2	Population praticiens hospitaliers.....	132
3.1.3	Population des internes de spécialité.....	132
3.2	DISCUSSION DES RESULTATS	133
3.2.1	État des lieux des principaux résultats.....	133
3.2.2	Besoin et mise en place de la E-FACRIPP	134
	CONCLUSION.....	138
	BIBLIOGRAPHIE	140
	RÉSUMÉ.....	147
	ABSTRACT IN ENGLISH	149
	ANNEXES.....	151
	SERMENT D'HIPPOCRATE	184

Table des figures

Tableaux :

<i>Tableau 1 : Avantage de la méthode de l'ARC versus méthode de présentation d'observation</i>	29
---	----

Schémas :

<i>Schémas 1 : Recrutement selon la méthode « boule de neige » de la population des médecins généralistes</i>	36
<i>Schémas 2 : Perception de l'industrie pharmaceutique par les trois populations</i>	51
<i>Schémas 3 : Liens avec l'industrie pharmaceutique commun aux 3 populations</i>	56
<i>Schémas 4 : Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique commun aux 3 populations</i>	59
<i>Schémas 5 : Formation médicale actuelle commun aux 3 populations</i>	62
<i>Schémas 6 : Perception de la E-FACRIPP commun aux 3 populations</i>	64
<i>Schémas 7 : Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique commun aux médecins généralistes et praticiens hospitaliers</i>	67
<i>Schémas 8 : Lien avec l'industrie pharmaceutique, commun aux médecins généralistes et praticiens hospitaliers</i>	69
<i>Schémas 9 : Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique commun aux médecins généralistes et praticiens hospitaliers</i>	70
<i>Schémas 10 : Formation médicale actuelle, commun aux médecins généralistes et praticiens hospitaliers</i>	72
<i>Schémas 11 : Perception de la E-FACRIPP commun aux médecins généralistes et praticiens hospitaliers</i>	73
<i>Schémas 12 : Perception de l'industrie pharmaceutique, commun aux praticiens hospitaliers et internes de spécialité</i>	74
<i>Schémas 13 : Lien avec l'industrie pharmaceutique, commun aux praticiens hospitaliers et internes de spécialité</i>	76
<i>Schémas 14 : Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique, commun aux praticiens hospitaliers et internes de spécialité</i>	77
<i>Schémas 15 : Formation médicale actuelle, commun aux praticiens hospitaliers et internes de spécialité</i>	78
<i>Schémas 16 : Perception de la E-FACRIPP, commun aux praticiens hospitaliers et internes de spécialité</i>	79
<i>Schémas 17 : Perception de l'industrie pharmaceutique, commun aux médecins généralistes et internes de spécialité</i>	80
<i>Schémas 18 : Lien avec l'industrie pharmaceutique, commun aux médecins généralistes et internes de spécialité</i>	81
<i>Schémas 19 : Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique, commun aux médecins généralistes et internes de spécialité</i>	83
<i>Schémas 20 : Formation médicale actuelle, commun aux médecins généralistes et internes de spécialité</i>	84
<i>Schémas 21 : Perception de la E-FACRIPP, commun aux médecins généralistes et internes de spécialité</i>	85
<i>Schémas 22 : Perception de l'industrie pharmaceutique par les médecins généralistes</i>	88
<i>Schémas 23 : Lien avec l'industrie pharmaceutique selon les médecins généralistes</i>	91
<i>Schémas 24 : Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique par les médecins généralistes</i>	94

<i>Schémas 25 : Formation médicale actuelle chez les médecins généralistes.....</i>	<i>97</i>
<i>Schémas 26 : Perception de la E-FACRIPP par les médecins généralistes</i>	<i>98</i>
<i>Schémas 27 : Perception de l'industrie pharmaceutique par les praticiens hospitaliers.....</i>	<i>101</i>
<i>Schémas 28 : Lien avec l'industrie pharmaceutique selon les praticiens hospitaliers.....</i>	<i>104</i>
<i>Schémas 29 : Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique par les praticiens hospitaliers</i>	<i>106</i>
<i>Schémas 30 : Formation médicale actuelle selon les praticiens hospitaliers.....</i>	<i>108</i>
<i>Schémas 31 : Perception de la E-FACRIPP selon les praticiens hospitaliers</i>	<i>109</i>
<i>Schémas 32 : Perception de l'industrie pharmaceutique selon les internes de spécialité.....</i>	<i>110</i>
<i>Schémas 33 : Liens avec l'industrie pharmaceutique selon les internes de spécialité</i>	<i>113</i>
<i>Schémas 34 : Perception de l'industrie pharmaceutique selon les internes de spécialité.....</i>	<i>116</i>
<i>Schémas 35 : Formation médicale actuelle selon les internes de spécialité.....</i>	<i>119</i>
<i>Schémas 36 : Perception de la E-FACRIPP selon les internes de spécialité</i>	<i>120</i>

ABREVIATIONS

AAMC : Association of American Medical Colleges
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
AMSA : American Medical Student Association
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARC : Apprentissage par Raisonnement Clinique
BMJ : British Medical Journal
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CMGF : Congrès Médecine Générale France
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
COVID : *corona virus* disease
COREQ : COnsolidated Criteria for REporting Qualitative research
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DCI : Dénomination Commune Internationale
DMG : Département de Médecine Générale
DMOS : Diverses Mesures d'Ordre Social
DPC : Développement Professionnel Continu
DTC : Direct To Consumer
DU : Diplôme Universitaire
ECN : Examen Classant National
EINT : Entretien des INTernes de spécialité
EMEA : European Medicines Evaluation Agency
EMG : Entretien des Médecins Généralistes
EPH : Entretien des Praticiens Hospitaliers
FACRIPP : Formation à l'Analyse CRItique de la Promotion Pharmaceutique
FDA : Food & Drug Administration
FMC : Formation Médicale Continue
GRELIN : Groupe de REflexion sur les Liens d'INTérêts
HAI : Health Action International
HAS : Haute Autorité de Santé
IOM : Institute Of Medecine
IP : Industrie Pharmaceutique
IPSOS : institut de sondage français et société internationale de marketing d'opinion
JAMA : Journal of the American Medical Association
LAP : Logiciel d'Aide à la Prescription
LCA : Lecture Critique d'Article
LEEM : LEs Entreprises du Médicament
MCU-PH : Maitre de Conférence Universitaire et Praticien Hospitalier
MG : Médecine Générale
MSU : Maitre de Stage des Universités
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PDA : Personal Digital Assistant
PEPITe : Plateforme d'Enseignement en Pharmacologie et d'Innovation Technologique en e-learning
PH : Praticien Hospitalier

PMI : Protection Maternelle et Infantile
PU-PH : Professeur des Universités et Praticien Hospitalier
QCM : Questionnaire à Choix Multiples
RCP : résumé des caractéristiques du produit
ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SARS-COV 2 : Severe Acute Respiratory Syndrome *coronavirus 2*
SIMGA : Syndicat des Internes de Médecine Générale d'Aquitaine
SNDS : Système National des Données de Santé
TICE : Technologies de l'Information et de la Communication pour l'Enseignement
UE : Unité d'Enseignement
UFR : Unité de Formation et de Recherche
USD : dollar américain

INTRODUCTION

1 L'industrie pharmaceutique et sa promotion

Qu'ils soient salariés ou libéraux, en ville ou en établissements de santé, les médecins font depuis longtemps l'objet du plus grand intérêt de l'industrie pharmaceutique.

De par leur pouvoir de prescription, les médecins en sont la cible première, perçus comme un levier modulable et de ce fait influençable, pour arriver à leur propre fin.

Pour cela, l'industrie pharmaceutique française ne lésine pas sur les moyens. En effet, l'organisation professionnelle des entreprises du médicament (LEEM pour LEs Entreprises du Médicament) ont évalué à un taux de 4,8% de leur chiffre d'affaires (2,7Mds d'euros (1) / 55,9Mds d'euros) les dépenses uniquement liées à la promotion pharmaceutique.

La commercialisation représente 24% des effectifs des entreprises du médicament en 2017 (1).

Celle-ci s'articule autour de différents outils pour promouvoir le médicament, décrits ci-dessous.

1.1 Visite médicale

La visite médicale peut être considérée comme le pilier de la promotion pharmaceutique puisqu'elle représentait, en 2018, 39% des dépenses promotionnelles (2) et reposait sur un effectif de 11143 visiteurs médicaux (3).

D'après le LEEM, le rôle des visiteurs médicaux est d'aller au contact des professionnels de santé afin de promouvoir les médicaments tout en apportant les informations nécessaires à leur bon usage (4). En moyenne, un visiteur médical voit 4 à 6 médecins par jour. (4). Une enquête réalisée par Cegedim en 2007 estime à environ 330 le nombre de visites reçues chaque année par un médecin généraliste (5).

Les médecins restent attachés à la visite médicale : certains médecins « disent apprécier l'échange « social » et « intellectuel » que constitue la visite médicale ; il s'agit d'une « pause » entre les consultations » (5).

Les délégués médicaux sont essentiellement des femmes, avec un âge moyen de 47.3 ans (6). A la base de rémunération des visiteurs médicaux, s'ajoute à hauteur de 20 à 30%, des primes calculées en fonction de l'atteinte d'objectifs commerciaux (5).

Les visiteurs médicaux disposent d'entraînement aux techniques de communication avec utilisation des techniques suivantes : (7)

- La confiance faite aux experts (basée sur l'hypothèse qu'il est compétent et impartial)
- La confiance faite aux pairs
- Le recours à des délégués médicaux séduisants et amicaux
- La cohérence d'engagement, qui consiste à amener le médecin à répondre par l'affirmative à des énoncés successifs et cohérents pour finir par la conclusion voulue
- Les cadeaux, dont les échantillons gratuits qui reposent sur la réciprocité

Il est toutefois intéressant de voir que d'après des données de 2005, les médecins généralistes sont les principaux visés avec 40% des dépenses qui leur sont dédiées contre 20% pour les médecins spécialistes (8). Médecins généralistes en qui, les études montreraient que les français aient d'avantage confiance vis-à-vis des médecins spécialistes (42% vs 28% sur l'étude IPSOS de 2018) (8) (9).

Au 1^{er} janvier 2018, la France recense 296755 médecins inscrits au tableau dont 87801 médecins généralistes (10).

1.2 Auteurs fantômes

Les auteurs fantômes, aussi appelés « ghost-writting », sont des publications de recherche écrites par des employés d'entreprise pharmaceutique ou des sociétés de communication médicales travaillant pour les entreprises pharmaceutiques. Ces publications sont proposées à des auteurs universitaires (7).

Ce phénomène de « ghost-writting » a été révélé par un psychiatre de l'Université du Pays de Galles, David Healy, qui décrit comment on lui a proposé un article (7).

Deux études ont tenté de quantifier ce phénomène en 1998 et 2002. Celles-ci sont basées sur la même méthode : envoyer des questionnaires anonymes à des auteurs ayant donné leurs coordonnées au bas d'articles publiés.

La première se base sur des articles publiés en 1996 dans 6 journaux scientifiques, dont trois de premier plan (Annals of Internal Medicine, JAMA, The New England Journal of Medicine) et trois journaux nationaux américains (American Journal of Cardiology, American Journal of Medicine, American Journal of Obstetrics and Gynecology). On y retrouve 63% de réponses aux questionnaires et une incidence du phénomène d'auteurs fantômes de 6 à 13%. La seconde étude a utilisé comme base de données des revues de la littérature issues de la base Cochrane en 1999. Il y a eu 69% de réponses (11).

Nous pouvons voir que cette méthode n'est pas un phénomène isolé.

1.3 Leaders d'opinion

Dans le domaine des médicaments, les leaders d'opinion sont des médecins connus ou renommés auxquels de nombreux professionnels de santé se fient pour se forger une opinion ou adopter une pratique. C'est sa notoriété et son expertise qui confèrent au leader d'opinion son influence. Cela relève du concept d'autorité reposant sur le fait que la position élevée d'une personne dans la hiérarchie sociale ou professionnelle est associée à la croyance qu'elle dispose d'informations privilégiées et d'un pouvoir supérieur (12). Ces présentations réalisées par des leaders d'opinion ne sont généralement pas perçues comme de la publicité par l'auditoire (7).

Le retour sur investissement de l'engagement d'un leader d'opinion en tant qu'orateur est le double de celui obtenu avec la visite médicale (12).

1.4 Formation médicale continue (ou FMC)

La FMC a pour but de perfectionner les connaissances. Elle permet de répondre à l'article 11 du code de déontologie médicale « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ».

L'obligation est initiée par une ordonnance du 24 avril 1996, complétée par un arrêté du 6 mai 1997 et confirmée par la loi du 4 mars 2002 (13).

La plupart des FMC sont financées par l'industrie pharmaceutique : entre 1998 et 2003, le financement des FMC par l'industrie pharmaceutique a quasiment triplé aux États-Unis, passant de 302 à 971 millions USD (8).

La FMC est obligatoire pour tous les médecins, mais étant majoritairement financées par l'industrie pharmaceutique, son contenu peut en être influencé. Leur aspect convivial et gratuit permet de renforcer la relation des médecins avec le laboratoire organisateur.

1.5 Publicité médicale

Nous pouvons tout d'abord trouver la publicité médicale dans les revues médicales destinées aux médecins. Les publicités sont utilisées pour délivrer et renforcer un message sur le médicament. Elles sont efficaces pour augmenter les ventes, et donc les prescriptions.

Certaines données montrent que les médecins utilisant les publicités comme source d'informations prescrivent de façon moins appropriée (7).

En 2018, l'industrie pharmaceutique a consacré 1,8% de ses dépenses pour la presse (2).

La publicité médicale est également destinée au public. Cette forme de promotion donne lieu à davantage de prescriptions, et donc, une augmentation des ventes de médicaments.

C'est pourquoi l'industrie pharmaceutique dépense une grande partie de son budget promotionnel au DTC (direct to consumer) : 37,6% en 2018 soit 998,6 millions d'euros (2).

La publicité (télévision, radio, magazine...) de médicaments sur ordonnance est autorisée en Nouvelle Zélande et aux États-Unis (2).

Dans les pays où la publicité pour des médicaments délivrés sur ordonnance est interdite, des moyens détournés sont utilisés : campagnes de sensibilisation à une maladie financées par l'entreprise pharmaceutique, programmes d'observance médicamenteuse, campagnes publicitaires sans nom de marque mais incitant le consommateur à demander à leur médecin un nouveau traitement ... (2)

1.6 Logiciels métiers

La promotion pharmaceutique est retrouvée de manière détournée dans les logiciels d'aide à la prescription (les LAP). Bien que ces logiciels soient certifiés par la HAS (liste consultable sur internet (14)) qui interdit la publicité de toute nature (15), des publicités peuvent apparaître à l'allumage ou lors de la télétransmission. Via ce biais, les industriels ont accès au logiciel et peuvent ainsi collecter les habitudes de prescription du médecin servant au ciblage des démarchages promotionnels (16).

1.7 Pharmacies hospitalières

Les firmes pharmaceutiques proposent aux pharmacies hospitalières (17) des prix très bas pour leurs médicaments afin qu'ils soient référencés dans le livret de l'hôpital. Leur but n'est pas de faire faire des économies à l'hôpital mais plutôt d'influencer les prescriptions en officine.

Les médicaments prescrits en milieu hospitalier sont généralement poursuivis pendant des mois, voire des années après la sortie de l'hôpital. En ambulatoire, les prix sont de 20 à 100 fois plus élevés que les prix libres et négociés à l'hôpital.

Ainsi, la recherche d'économies à l'hôpital, malgré son intérêt, contribue à un surcoût en ville.

1.8 Carence de formation médicale (18)

Un rapport de Bernard BEGAUD de 2013 met en lien le mésusage du médicament en France et la carence en formation initiale des professionnels de santé (notamment des médecins). Notre pays serait celui qui forme le moins sur la prescription et la gestion des médicaments, que ce soit en nombre d'heures, sur le contenu des enseignements et sur la répartition au cours du cursus.

En comparaison avec d'autres pays européens, la moyenne européenne serait de 124h et est supérieure d'un facteur 1,8 à celle observée en France.

En 2006, une étude menée sur 37 facultés de médecine françaises aboutissait à une moyenne d'heure de cours de 67,6 sur les 6 premières années, avec une très grande disparité entre les universités (24 à 141 heures avec un total inférieur à 68 heures pour 59% des universités).

On observe également une répartition inégale et inadéquate de ces heures au cours du cursus, avec la plus grande partie (30-40h) se trouvant en première année.

L'arrêté du 8 avril 2013 a introduit dans la réforme des premiers et second cycle des études médicales une unité d'enseignement relative au « bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses » (l'UE10). Malheureusement, une enquête du collège national de pharmacologie médicale montre que l'introduction de ce module ne s'est pas soldée par une augmentation du volume horaire dédié au médicament. La raison pourrait être que cet item est peu représenté dans les épreuves de l'ECN (Examen Classant National) et est donc jugé « inutile », les universités étant poussées à devenir des « machines » de préparation des étudiants au concours.

La formation initiale étant insuffisante et ne procurant pas les bases, la formation continue apparaît comme cruciale, mais plusieurs obstacles apparaissent : le financement (souvent issu de l'industrie pharmaceutique) et les méthodes. La synthèse du Groupe de Travail n°4 des Assises du Médicament montre que seuls 20 à 25% des médecins libéraux se forment à raison de deux journées par an.

Ainsi, même la formation continue semble peu suivie et inadaptée.

2 L'éveil des consciences

2.1 Des prescriptions influencées...

Une thèse française de 2012 (19) étudiait l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons. Celle-ci retrouvait une augmentation des prescriptions non rationnelles chez les médecins ayant le plus de contacts avec l'industrie pharmaceutique.

Une étude de 2001 (20) étudiait la perception des médecins concernant la crédibilité des informations publicitaires, retrouvant une expression des connaissances conformes aux messages publicitaires et non universitaires. Dans cette étude, 61% des médecins interrogés ne se trouvaient pas influencés via la promotion et le contact avec l'industrie pharmaceutique.

Dans une thèse portant sur l'exposition des internes de médecine générale aux techniques de promotion médicamenteuses (21), était décrite une expérience menée par Orłowski en 1992 recherchant l'influence de la participation aux congrès financés par l'industrie (ici congrès dans des hôtels luxueux en « all inclusive »). Les auteurs avaient pu constater une augmentation de prescription des médicaments plébiscités après les congrès.

Plus récemment, une étude française publiée dans le BMJ en 2019 (22) étudiait le lien entre les cadeaux de l'industrie pharmaceutique et la prescription médicale chez des médecins généralistes français en 2016.

L'étude reposait sur des données issues de la Base Transparence et le Système National des Données de Santé (SNDS). Ces données ont été croisées avec les indicateurs de la ROSP. 41 257 médecins généralistes ont été inclus dans cette étude rétrospective.

Cette étude a mis en évidence des différences de prescriptions entre les médecins n'ayant pas reçu d'avantages de ceux en ayant perçu. En effet, les prescriptions des médecins sans cadeaux s'étaient avérées moins coûteuses, et plus adaptées (médicaments génériques, moins de benzodiazépines, de vasodilatateurs, de sartans).

La prescription inadaptée de médicament croît progressivement en fonction de l'importance des avantages perçus par le médecin.

Les groupes de médecins ayant bénéficié d'avantages étaient associés à des coûts de prescription plus élevés que le groupe sans avantage, allant de 1,2 à 5,3€.

De manière générale, pour la plupart des médecins, le montant des cadeaux représentait une petite part de leurs revenus, et pour les industries pharmaceutiques, un petit investissement financier comparés aux bénéfices attendus.

Il s'agit ainsi d'une étude supplémentaire renforçant l'hypothèse de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les prescriptions médicamenteuses.

2.2 Aux scandales naissants

2.2.1 Neurontin® (23)

Le Neurontin® (ou Gabapentine) a été commercialisé aux États-Unis en 1994 par Parke-Davis. La seule indication alors autorisée par la FDA (Food and Drug Administration) était le traitement des épilepsies partielles chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans en ajout à d'autres anti-épileptiques.

Pourtant, le médicament fut largement promu par la firme pharmaceutique elle-même pour des indications hors AMM : douleurs, migraines, certains troubles psychiatriques, sclérose latérale amyotrophique, syndrome des jambes sans repos, épilepsie en monothérapie principalement.

En 1996, une plainte d'un employé de la firme fut à l'origine d'un procès. Celui-ci dévoila quantité de documents internes relatifs à la promotion de la Gabapentine (24), et mit en exergue les mécanismes d'incitation de prescription du Neurontin® développés par la firme auprès des médecins.

Plus la promotion était orientée vers des utilisations hors AMM, plus les supports utilisés étaient immatériels :

- Séances de formation professionnelle
- Honoraires de conférenciers et de conseillers,
- Soirées avec repas
- Financement de sociétés « écran » ; sociétés déclarées comme indépendantes de la firme, permettant d'organiser des formations sur l'utilisation hors AMM et donnant droit à des crédits de FMC
- Indemnisation de leaders d'opinion
- Ciblage des prescripteurs
- Ciblage des étudiants : vidéos, conférences, cours...
- Articles sur commande ; rédigés par un organisme payé par Parke-Davis, incluant un message incitant à la prescription hors AMM. L'article était publié seulement si l'étude était favorable à la Gabapentine.

En 2004, la firme sera condamnée à une amende de 430 millions de dollars.

2.2.2 Vioxx® (25)

Le Vioxx® (ou Rofécoxib) était un anti inflammatoire de la famille des -coxib, ayant comme principale indication l'arthrose et commercialisé par MERCK. Il obtint une AMM aux États-Unis en mai 1999 puis en France en Novembre 1999.

Avec ce médicament, l'industrie visait un large marché (futur blockbuster ?). La promotion pharmaceutique était intense, présentant ce médicament comme « révolutionnaire » notamment de par son innocuité digestive. De plus, en ville, un comprimé était vendu dix francs alors qu'il ne revenait qu'à un centime en pharmacie hospitalière.

En mai 2000, les premiers résultats de l'essai VIGOR dans la polyarthrite rhumatoïde sont présentés à un congrès britannique, démontrant un surcroît d'accidents cardiaques. Cet essai n'était pas en faveur du Vioxx® (comparé au Naproxène®), celui-ci présentant d'avantage d'effets indésirables digestifs graves. L'essai fut annulé, devant l'excès d'accidents cardiovasculaires graves (notamment infarctus). La firme pharmaceutique se défendit en émettant l'hypothèse de l'effet protecteur du Naproxène® sur le plan cardiovasculaire.

Malgré les résultats de cet essai, l'AMM du Vioxx® dans la polyarthrite rhumatoïde fut accordée aux États-Unis, mais également en France, estimant que les effets secondaires retrouvés ne faisaient pas partis du critère de jugement principal et de ce fait n'étaient pas valables.

Les ventes du médicament se poursuivirent. En France durant les années 2002 et 2003, l'Assurance Maladie remboursa respectivement 116 millions d'euros et 125 millions d'euros pour le Vioxx®.

En avril 2004, l'Agence Nationale du Médicament déclarait l'absence d'avantage gastro-intestinal significatif des inhibiteurs Cox 2 ainsi que leur désavantage sur le plan cardiovasculaire comparé aux AINS par rapport à leur manque d'effet anti plaquettaire. À la suite de ces déclarations, l'AMM n'est pas retirée mais les RCP sont seulement modifiées avec un renforcement des mises en garde.

En septembre 2004, MERCK annonçait le retrait du Vioxx® suite aux premiers résultats d'un essai en prévention des complications des polypes coliques.

En 2008, de nombreux documents internes sont divulgués par le Journal of the American Medical Association (JAMA), mettant en lumière l'utilisation de ghostwriters et de données sélectives par le laboratoire MERCK (26).

Aux États-Unis, le Vioxx® a été mis en cause dans 30000 décès pour accidents cardiaques, sans compter les AVC. Sur la base des résultats des essais cliniques et des modèles d'utilisation de la population, David Graham, haut fonctionnaire de l'US Food and Drug Administration (FDA), a estimé qu'entre 88 000 et 140 000 infarctus supplémentaires aux États-Unis étaient dus à l'usage de Vioxx® (rofécoxib) (27).

2.2.3 Mediator® (28,29)

Au cours des années 1960, la firme Servier développa des molécules dérivées des amphétamines ayant des propriétés anorexigènes : Dexfenfluramine, Fenfluramine et Benfluorex.

Parmi ces trois molécules, seul le Benfluorex fut commercialisé dans le cadre de l'hypertriglycéridémie et le diabète, les deux autres molécules étant commercialisées dans l'obésité.

Le Médiator® (ou Benfluorex) a été commercialisé en France en 1976.

En 1997, la Fenfluramine était retirée du marché suite à des risques cardiovasculaires élevés. Malgré ses liens pharmacologiques proches, le Benfluorex resta quant à lui sur le marché français.

En 1999, des cas de complications cardiovasculaires (hypertension pulmonaire et valvulopathie) sont rapportés en France.

En 2003, le Médiator® est retiré du marché en Espagne, il faudra attendre 2009 pour qu'il le soit en France.

En 2010, une étude de la CNAM évaluait à 500 le nombre de morts par valvulopathie dus au Médiator® en France alors que deux chercheurs de l'Inserm estimaient ce nombre à plus de 1300 entre 1976 et 2009.

Le scandale du Médiator® a mis en lumière des dysfonctionnements en lien avec des conflits d'intérêts. Dans ce contexte de pression de la firme, l'AFSAPPS a laissé le bénéfice du doute au laboratoire, réagissant de ce fait très tardivement. L'agence du médicament fut également mise en examen pour « homicides et blessures involontaires », soupçonnée d'avoir négligé les alertes sur la dangerosité du médicament. Ce scandale sanitaire, médiatisé, entraîna l'adoption de la loi Bertrand en 2011 (pour rétablir la confiance entre le consommateur et l'industrie du médicament) et l'AFSSAPS devient l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) en 2012 (30).

Jacques Servier fut mis en examen pour « tromperie sur les qualités substantielles avec mise en danger de l'homme » et « escroquerie ». Un rapport interne révéla que l'entreprise connaissait les dangers de son produit dès 1995. Le directeur de la firme Servier étant décédé le 16 avril 2014, son associé Jean Philippe Seta sera poursuivi.

Le procès du Médiator® (31) s'est ouvert en septembre 2019, soit 10 ans après la fin de sa commercialisation, et s'est achevé en septembre 2020. Le jugement, dévoilé le 29 mars 2021 par le tribunal judiciaire de Paris, était sans équivoque : la firme Servier ainsi que l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament ont été condamnées (32).

Ce procès a permis de mettre en lumière la faiblesse de l'agence du médicament dans son rôle de protection de la santé de la population, due à une certaine proximité avec la firme

pharmaceutique à travers des responsables et des experts externes. Ce procès met en lumière les conséquences des liens et conflits d'intérêts. Un procès en appel est prévu dans les prochaines années.

2.3 Quelques avancées législatives

Les liens entre l'industrie du médicament et les acteurs de la santé sont fréquents et parfois sans alternative dans certaines activités telles que la recherche. Ces relations se doivent d'être transparentes en prévention des conflits d'intérêt (33).

En France, ces relations sont encadrées par la loi DMOS du 27 janvier 1993 (portant sur diverses mesures d'ordre social) permettant d'introduire l'article L.365-1 du Code de la Santé Publique :

« Est interdit le fait, pour les membres des professions médicales visées au titre Ier du livre IV du présent code, de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. » (34)

Cependant, cette loi ne s'applique pas aux avantages prévus par conventions (envoyées aux instances ordinales) passées entre les membres des professions médicales et des entreprises, ainsi qu'aux hospitalités offertes de manière directe ou indirecte lors des invitations ou manifestations.

Depuis 1993, cet article a beaucoup évolué :

- La loi du 4 mars 2002 (35) ou loi Kouchner (relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) modifie l'article L.4113-6 du Code de la Santé Publique (équivalent de l'article L.365.1) (36). Elle apporte un changement à la loi DMOS en rendant les entreprises soumises à la DMOS pénalement responsables si elles remettent des avantages aux professionnels de santé
- La Loi Bertrand 2011 (37) (relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé) et son décret d'application du 21 mai 2013 rendent obligatoire la transparence des liens existant entre les professionnels de santé et les entreprises (38). Ces informations sur les liens entre un professionnel de santé et une entreprise sont rendues publiques et consultables sur un site internet : www.transparence.sante.gouv.fr (39). Cette base de données est actualisée tous les 6 mois et conserve les informations 5 ans.
- L'Ordonnance du 19 janvier 2017 (40) adoptée suite à la loi de modernisation de la santé du 26 janvier 2016 (41) étend le champ d'application des entreprises (sont incluses également les entreprises commercialisant des produits remboursables comme non remboursables) et des professionnels concernés.
- La Loi du 24 juillet 2019 (42) (relative à l'organisation et à la transformation du système de santé) : alors que l'ordonnance du 19 janvier 2017 autorise encore l'hospitalité offertes aux professionnels de santé, cette nouvelle loi en exclue les étudiants en formation initiale et les associations d'étudiants (43). Cette loi (42) apporte d'autres modifications avec, entre autres, la suppression du numéris clausus ainsi que les épreuves de l'ECN. On peut donc raisonnablement envisager une

augmentation du nombre de médecins formés ainsi qu'une mise en adéquation des programmes avec l'exercice médical.

3 La FACRIPP (Formation à l'Analyse Critique de la Promotion Pharmaceutique)

3.1 Genèse

Le projet FACRIPP débuta à la fin de l'année 2014 sous l'impulsion d'un enseignant du département de médecine générale de Bordeaux (DMG), maître de stage, le Docteur Baptiste LUACES.

Partant d'un constat, celui de l'insuffisance d'informations lors de la formation initiale des étudiants en médecine, la réflexion évolua vers l'influence de la promotion pharmaceutique sur les pratiques de prescription des médecins.

Comme le montrait un rapport de 2006 effectué au nom de la commission des affaires sociales sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments (44), la formation initiale des étudiants ne s'attachait pas suffisamment à leur donner une culture d'auto-évaluation de leur formation ; notamment en ce qui concernait les pratiques de prescription. Cette commission rappela également que le temps de formation consacré à la pharmacologie était le plus bas d'Europe.

Le souhait du docteur LUACES était alors de réaliser à l'Université de Bordeaux une formation complète et inédite sur les techniques d'influence de l'industrie pharmaceutique. L'instauration de cette formation avait pour volonté une prise de conscience des étudiants en médecine, et une acquisition de réflexion sur la promotion pharmaceutique, ses enjeux et son influence sur la prise de décision des médecins.

Ce projet d'étude fut développé à la suite d'une réunion, organisée à la faculté de médecine de Bordeaux le 16 janvier 2015, à l'initiative du Docteur LUACES (Médecin généraliste chargé d'enseignement à l'université de Bordeaux) et de Jonathan CORE (Interne en médecine générale) visant à réfléchir aux « Enjeux de la promotion pharmaceutique et à l'influence de la visite médicale sur les choix thérapeutiques des professionnels de santé ».

En février 2015, l'acronyme choisi pour la formation était et restera FACRIPP pour « Formation à l'Analyse Critique de la Promotion Pharmaceutique ». Un Groupe de travail se constitua autour des 14 membres présents à cette réunion :

- Sept futurs directeurs de thèse (médecins généralistes dont un professeur associé et un chef de clinique en médecine générale) ;
- Sept futurs doctorants (internes ou remplaçants en médecine générale).

À la suite de cette première réunion, 6 grands axes de travail ressortirent faisant l'objet de 6 thèses constituant le projet global :

- Élaboration et mise en place d'une formation à l'analyse critique de la promotion pharmaceutique (FACRIPP). Romain Lalanne/ Dr Romero Marco. Soutenue le 11/10/2016

- Comprendre la promotion pharmaceutique : état des lieux de l'enseignement aux étudiants en médecine du 2ème et du 3ème cycle de médecine générale. Axelle Dugarry/ Dr Florent Bazile. Soutenue le 11/01/2017
- Expérience du contact des internes de médecine générale avec l'industrie pharmaceutique : une analyse phénoménologique. Jonathan Alexander Corré/ Dr Baptiste Luaces. Soutenue le 06/07/2017
- Élaboration et validation d'un questionnaire de connaissances et compétences des étudiants pour appréhender la visite médicale. Coline Aubessard/ Dr Guillaume Conort. Soutenue le 12/10/2017
- Perception de l'industrie pharmaceutique par les internes en médecine générale après la FACRIPP et perception de la formation. Delphine Desclaux-Arramond/ Dr David Mereuze. Soutenue le 17/10/2017
- Évaluation de l'évolution des prescriptions médicamenteuses des internes de médecine générale après avoir bénéficié de la FACRIPP. Thomas Delwarde/ Dr Jean-Baptiste De Gaborry.

Ainsi, un travail préalable, au cours et en suivant la mise en place de la FACRIPP fut effectué afin de consolider l'idée d'une formation obligatoire à tous les étudiants en médecine et plus globalement aux médecins en exercice.

Sur le plan pratique, cette formation se composait alors de deux journées, avec un total de quatorze heures d'enseignement et une mobilisation enseignante importante (organisation, préparation et dispensation de la formation).

La première séance (janvier 2016) et la seconde (mars 2016) eurent lieu sur le site de la faculté de médecine de Bordeaux, menées par le Dr Marco ROMERO et le Dr Romain LALANNE, couple doctorant-directeur ayant élaboré la formation avec l'aide du Pr William DURIEUX (directeur adjoint du DMG).

La formation se déroula avec le soutien du DMG, qui consentit à mettre en place la formation pilote et valorisa la participation à cette formation par validation de crédits de formation médicale continue (FMC).

La formation fut également présentée et expliquée au syndicat des internes en médecine générale d'Aquitaine (SIMGA), soutenant vivement le projet.

3.2 Une démarche pédagogique active

La construction de l'enseignement s'est appuyée sur deux référentiels basés sur des études internationales indépendantes.

Le premier référentiel, nord-américain, s'intitulait « Evidence and recommandations for a model Pharmfree Curriculum » - preuves et recommandations pour la mise en place d'un curriculum de type Pharmfree. « Pharmfree » correspondait à la campagne de sensibilisation à l'influence de l'industrie pharmaceutique organisée par l'Association Américaine des Étudiants en Médecine (AMSA) à destination des professionnels de santé (45).

A partir de recommandations de l'Institut de Médecine (IOM) et de l'Association Américaine des Collèges de Médecine (AAMC), ce guide – à destination des facultés de médecine du pays - fut élaboré afin « d'enseigner les conflits d'intérêts et leurs conséquences aux étudiants en médecine ». Celui-ci préconisait ainsi des méthodes pédagogiques employées avec succès dans les facultés à travers le monde, dont le mode d'enseignement actif, largement préconisé.

Le second référentiel, correspondait à un guide destiné aux professionnels de santé et dénommé « Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre ». Cet écrit, élaboré en

2009 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en collaboration avec Health Action International (HAI), fut traduit en 2013 en français par la Haute Autorité de Santé (7).

Afin d'aider les professionnels de santé à la formation des étudiants aux enjeux de la promotion pharmaceutique, ce guide mettait l'accent sur l'analyse critique des informations délivrées et la réflexion des interactions avec les représentants des industries. Ce document, basé sur de nombreux travaux d'équipes internationales indépendantes, proposait des méthodes d'enseignements interactives destinées aux étudiants en médecine.

Ces deux références permirent ainsi de dégager les problématiques principales nécessaires à l'élaboration des tâches professionnelles et compétences à acquérir dans le programme de la FACRIPP.

Depuis, le plan de la formation, validé par le Département de Médecine Générale, s'articule autour de six thèmes :

- I - Identifier les techniques marketing influençant l'usage des médicaments dans sa pratique quotidienne
- II - Communiquer avec un visiteur médical
- III - Prendre une décision adaptée : juger la sécurité et l'efficacité d'un traitement
- IV - Maîtriser et appliquer les dispositions réglementaires en matière de gestion des liens d'intérêts et de régulation de la promotion pharmaceutique
- V - Évaluer sa pratique : identifier les conflits d'intérêts dans sa pratique quotidienne, organiser sa formation continue
- VI - Analyse transversale des moyens d'influence au travers des affaires médiatiques ayant révélé des conflits d'intérêts

Les méthodes pédagogiques, inspirées des deux référentiels précédemment cités (45 ; 7) associées à des méthodes d'enseignement ayant fait leurs preuves, sont les suivantes :

- **1 - Groupes d'échange de pratiques** - comprenant un nombre restreint d'étudiants par groupe - à propos d'une situation clinique authentique vécue en lien avec une confrontation directe ou indirecte à la promotion pharmaceutique durant leur cursus médical (46). Par le biais d'une prise de conscience individuelle sur les expositions à la promotion pharmaceutique, cette méthode pédagogique permet d'engager activement les étudiants dans la formation, les amenant à réfléchir à leurs pratiques de manière critique, constructive et rétroactive.
- **2 - Lecture d'articles en sous-groupes** portant sur des études en lien avec la promotion pharmaceutique, méthode ayant montré un bénéfice concernant l'identification des conflits d'intérêt dans la pratique (47).
- **3 - Analyse en groupe d'une séquence vidéo** mettant en scène la rencontre d'un délégué médical avec un médecin, ayant pour but le développement par les étudiants de compétences transférables dans leur pratique quotidienne à partir d'une situation vécue précocement (7).
- **4 - Débat entre les étudiants autour d'une question extraite du guide de l'OMS**, ayant pour thème : « Dois-je avoir ou non des contacts avec les visiteurs médicaux ? ». L'objectif est l'émergence chez les étudiants d'une réflexion critique autour de l'influence de la visite médicale et son intérêt réel pour les professionnels de santé.
- **5 - « Buzz group » ou « groupes de bourdonnement »** - groupes de réflexion restreints autour d'une problématique (48) - méthode pédagogique active permettant d'introduire des thèmes nouveaux afin d'évaluer les connaissances antérieures ou les croyances sur un thème proposé. Celle-ci encourage l'engagement des participants

dans des discussions ainsi que l'expression et la confrontation de leurs idées, opinions et réactions avec les autres.

- **6 - La méthode de l'apprentissage par raisonnement clinique (ARC) (49)**, méthode incitant l'utilisation par l'étudiant de stratégies de résolution de problèmes en favorisant la verbalisation de son processus de pensée, à l'origine d'une prise de conscience de la réalité de ses connaissances et de ses facultés de raisonnement. Cette méthode présente des avantages incontestables par rapport à la méthode de présentation d'observation classique, comme décrite dans le tableau ci-contre.

Méthode de l'ARC	Méthode de présentation d'observation / affirmative
Thème non connu à l'avance	Thème souvent dévoilé à l'avance
Etudiants actifs, maintenus en éveil, construisant pas à pas le raisonnement	Etudiants passifs qui suivent le raisonnement tel qu'il est exposé
Données révélées à la demande des étudiants. Effort d'activation du savoir antérieur et d'organisation des connaissances. Justification des questions, interprétations des réponses. Elaboration d'hypothèses multiples, concurrentielles. Nécessité de parvenir à la solution ("challenge")	Données livrées systématiquement par le "narrateur". Effort de réflexion nul.
Solidarité du groupe (communication horizontale)	Communication verticale
Prise de conscience de ses lacunes et insuffisances, et ainsi du caractère solide ou superficiel de ses connaissances Envie d'en savoir plus	L'absence d'effort de réflexion conforte l'étudiant dans l'idée "qu'il sait" "Mes connaissances sont suffisantes"

Tableau 1 : Avantage de la méthode de l'ARC versus méthode de présentation d'observation

- **7 - Jeu de rôle sous la forme d'un trinôme tournant** - composé d'un médecin, d'un patient et d'un observateur - abordant une situation clinique définie par l'enseignant et variable dans le but de faire expérimenter les trois rôles aux étudiants. Cette méthode pédagogique active ayant fait ses preuves (50, 51) et décrites dans les référentiels précédemment cités (45,7) permet aux étudiants le développement d'un savoir-être, d'une habileté communicationnelle et l'anticipation de leur futur rôle socio-professionnel au bénéfice du patient.
- **8 - Étude de cas à propos des affaires médiatiques**, basée sur des exemples de procès, tel que celui du Neurontin® (Gabapentine) (23 ; 24) ou du Vioxx® (Rofecoxib) cités précédemment (25 ; 26).

Les méthodes précédemment citées sont décrites comme **actives**, incitant l'étudiant à trouver les solutions aux problèmes soulevés ; contrastant avec les méthodes affirmatives d'enseignement dévoilant la réponse à l'apprenant sans attendre quelque réflexion de sa part.

Les techniques d'instruction engageant les étudiants et promouvant le débat sont plébiscitées.

3.3 Évolution

Les nombreux travaux de thèse autour de la FACRIPP ont permis de lui assoir une légitimité dans l'enseignement de 3^e cycle des études médicales en médecine générale.

D'une part, ces travaux soulignent l'intérêt de formation à l'indépendance pharmaceutique exprimée par les étudiants en médecine, soucieux de participer à un enseignement sans interférence avec l'industrie pharmaceutique.

D'autre part, il est à noter une préoccupation des étudiants quant à la qualité des méthodes actives d'enseignement utilisées, étant peu courantes dans le cursus universitaire médical conventionnel (16) (52).

La formation évolue au fil du temps, passant d'une formation pilote en 2016 à une formation optionnelle dans le cursus universitaire des internes de Médecine Générale de Bordeaux de 2017 à 2019. Durant cette période, la FACRIPP se fait connaître au-delà l'université de Bordeaux au travers de nombreuses communications au rayonnement national :

- **Juin 2017** : présentation de la FACRIPP lors des rencontres de la Revue Prescrire à Toulouse (53)
- **Novembre 2017** : présentation de posters lors du congrès de Collège national des généralistes enseignants (CNGE) à Montpellier
- **Mars 2018** : présentation de la FACRIPP lors de la 2^{ème} Journée Nationale de l'Indépendance de la Formation Initiale en Médecine organisée par le collectif Formindep
- **Mai 2018** : Présentation de la FACRIPP au 12^{ème} Congrès de Médecine Générale France (CMGF)
- Nombreux articles soumis à des revues médicales (Pédagogie médicale, Médecine ...)

C'est ainsi qu'en novembre 2019, le caractère obligatoire de cet enseignement est mis en place dans la maquette des enseignements du DES de Médecine Générale de Bordeaux ; permettant de former l'ensemble des promotions de DES de médecine générale à l'indépendance pharmaceutique.

3.4 La E-FACRIPP et son extension à l'ensemble des professionnels de santé

3.4.1 Le projet en e-learning

L'objectif du DMG de Bordeaux concernant la FACRIPP était sa démocratisation auprès de tous les professionnels de santé. Cet enseignement se devait donc d'être accessible de la formation initiale (universitaire) à la formation médicale continue (FMC). Un des outils les

plus adéquats pour répondre à cet objectif était alors de proposer un enseignement dématérialisé en ligne, autrement appelé formation en e-learning.

La Commission Européenne définit en 2001 la formation en ligne ou « e-learning » comme « l'utilisation des nouvelles technologies multimédias de l'Internet pour améliorer la qualité de l'apprentissage en facilitant d'une part l'accès à des ressources et à des services et d'autre part les échanges et la collaboration à distance » (54).

Le e-learning appartient aux technologies de l'information et de la communication pour l'éducation (TICE), il permet de réaliser des activités de formation non présentesielles par le biais d'ordinateurs ou d'appareils mobiles (smartphones, tablettes, PDA, etc.) connectés à Internet (54). La formation en ligne est disponible pour la personne l'utilisant en tout lieu et temps donné, via Internet (55). Même s'il est intéressant d'ajouter une contrainte temporelle de limitation d'utilisation, ce type de formation limite les contraintes logistiques.

Le manque d'interactivité est un inconvénient non négligeable de cette modalité d'enseignement, cependant compensé par de nombreux outils interactifs disponibles tout au long de la formation, tels que la validation des connaissances sous forme de quizz.

Par ailleurs, l'efficacité de l'enseignement en e-learning dans le domaine de la FMC est démontrée au cours de nombreuses études, et semble parfois même plus efficaces pour orienter le médecin vers des décisions fondées sur des preuves (56).

La FACCRIP en e-learning est hébergée actuellement par le site FORMeDOC (57), ayant permis l'adaptation en ligne et la création de ressources vidéo pour la réalisation de l'enseignement.

FORMeDOC est une plateforme académique et indépendante formant les professionnels de santé au bon usage des médicaments ; fruit d'un projet autofinancé impulsé par l'équipe de PEPiTe santé (58). Cette organisme, créé en 2008 sous l'acronyme PEPiTe santé - Plateforme d'Enseignement en Pharmacologie et Innovation Technologique en e-learning, est rattaché au service de Pharmacologie de Bordeaux (UFR Sciences Médicales) et dirigée par le Pr Mathieu MOLIMARD.

L'équipe PEPiTe santé est composée d'enseignants-chercheurs spécialisés dans le développement de formation initiale et continue en ligne autour du médicament et de la santé (58).

3.4.2 La e-FACRIPP

L'enseignement en ligne est basé sur celui préexistant, conçu par les enseignants du DMG de Bordeaux. Celui-ci se présente sous la forme de vidéos interactives et de présentations commentées, illustrant les techniques de communication et de marketing utilisées par la promotion pharmaceutique. Plusieurs supports de communication y sont analysés et décryptés afin de comprendre l'écosystème de la promotion pharmaceutique.

Les objectifs de la formation sont détaillés au sein d'un onglet spécifique sur le site internet de la formation. Cela permet au participant de comprendre et d'identifier les différents enjeux d'apprentissage avant même le début de l'enseignement. Ceux-ci sont aux nombres de cinq :

- Connaître les différentes méthodes commerciales et marketing des industries pharmaceutiques en direction des médecins
- Détecter et hiérarchiser les informations essentielles de promotion d'un médicament
- Choisir la quantité, la fréquence et la nature de l'information que l'on souhaite recevoir
- Schématiser le circuit du médicament de sa production jusqu'à sa prescription
- Estimer l'efficacité des démarches et supports d'information

L'enseignement est dirigé par quatre enseignants experts :

- Pr William DURIEUX : Directeur adjoint du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux
- Pr Mathieu MOLIMARD : Chef du Service de Pharmacologie Médicale du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux
- Dr Marco ROMERO : Médecin généraliste, Maître de Conférences au Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux
- Dr Florent BAZILE : Médecin généraliste remplaçant, Enseignant vacataire au Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux

Cette formation médicale continue se décompose en trois parties (le plan étant disponible en annexe).

La première consiste en l'évaluation des connaissances initiales du participant via la réalisation d'un questionnaire à choix multiples d'une dizaine de questions.

La seconde partie, cœur de la formation, aborde successivement les thèmes suivants :

- Influence de la visite médicale
- Circuit du médicament
- Décryptage de la promotion pharmaceutique
- Techniques de communication et d'influence
- Analyse critique des supports de communication à destination des médecins
- Liens et conflits d'intérêt
- Conclusion et synthèse

Cette partie inclut différents supports d'apprentissage en e-learning permettant une réelle interaction et implication du participant tout au long de sa formation. Les techniques dites d'apprentissage actives sont privilégiées par la diffusion de vidéos pré-enregistrées, intégrant des questions posées au participant et illustrant les propos précédemment énoncés par l'enseignant.

Les références (scientifiques et réglementaires) nécessaires à l'élaboration du programme sont référencées au fur et à mesure des vidéos.

La troisième et dernière partie correspond à l'évaluation des connaissances du participant au décours de cette formation, et permet l'obtention de l'attestation de réussite à la formation. La synthèse globale de la formation y est également délivrée.

A noter que le participant dispose en parallèle du plan détaillé de la formation, comprenant la durée de formation théorique pour chaque thème d'apprentissage. La durée totale de cet enseignement est estimée à 3 heures. Le déroulement de l'enseignement se fait de manière progressive en débloquant successivement les thèmes pédagogiques en fonction de la progression du participant.

4 Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'intérêt et les attentes des populations étudiées (médecins généralistes seniors installés, internes de Bordeaux hors médecine générale, praticiens hospitaliers) concernant la mise en place d'une formation à l'analyse critique de la promotion pharmaceutique (FACRIPP) en e-learning.

Les objectifs secondaires de cette étude sont les suivants :

- Étudier les représentations des populations étudiées sur l'industrie pharmaceutique
- Étudier la perception des populations étudiées sur leur lien avec l'industrie pharmaceutique

Hypothèse : La réalisation d'une étude qualitative ne nous permet pas d'émettre d'hypothèse.

MATERIEL ET METHODE

1 Populations de l'étude

Nous présentons ci-dessous trois sous-parties correspondant aux différentes populations étudiées par chaque thésard.

1.1 Population n°1 : Médecins généralistes libéraux

Les participants à l'étude étaient des médecins généralistes installés, en libéral, exerçant dans le département de la Gironde.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être médecin généraliste
- Exerçer en Aquitaine : Gironde (33), Landes (40), Pyrénées Atlantique (64), Dordogne (24), Lot et Garonne (47)
- Avoir passé l'internat avant 2015 (formation FACRIPP à partir de 2016)

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Exerçer une double activité (cure thermale, PMI, homéopathie, acupuncture...)
- Exerçer une activité mixte (libérale et hospitalière)
- Être enseignant de la e-Facripp

1.2 Population n°2 : Praticiens hospitaliers

Les participants à l'étude étaient les praticiens hospitaliers exerçant dans le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, et dans les Centres Hospitaliers d'Aquitaine.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être PH (praticien hospitalier), PUPH (professeur des universités et praticien hospitalier), MCU-PH (maitre de conférence universitaire et praticien hospitalier)
- Exerçer en Aquitaine : Gironde (33), Landes (40), Pyrénées Atlantique (64), Dordogne (24), Lot et Garonne (47)
- Exerçer les spécialités médicales les plus exposées à l'influence de la promotion pharmaceutique, à savoir : cardiologie, gastro-entérologie, ophtalmologie, dermatologie, pneumologie, rhumatologie, onco-hématologie (59)

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Médecins exerçant en clinique privée
- Chefs de clinique
- Médecins ayant une activité uniquement chirurgicale

1.3 Population n°3 : internes de spécialité hors médecine générale

Les participants étaient des internes de l'Université de Bordeaux de spécialités médicales différentes, hors spécialité de médecine générale, confrontés à la promotion pharmaceutique.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Étudiant en 3^e cycle d'étude médicale à l'Université de Bordeaux
- Toutes promotions confondues
- Les spécialités médicales les plus exposées à l'influence de la promotion pharmaceutique, à savoir : cardiologie, gastro-entérologie, ophtalmologie, dermatologie, pneumologie, rhumatologie (59)

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Étudiant en spécialité de médecine générale (la formation étant obligatoire depuis novembre 2019 dans le cursus du troisième cycle)
- Étudiants non confrontés à la promotion pharmaceutique (médecine du travail, santé publique, biologie, anatomopathologie)
- Exclusion des spécialités chirurgicales car peu soumises aux prescriptions.

2 Méthodologie

2.1 Schéma de l'étude

Afin de répondre à l'objectif principal de cette étude, un recueil de données non quantifiables issues de la verbalisation d'expériences, de ressentis et d'opinions de la part des différentes populations étudiées était nécessaire.

Pour se faire, nous avons choisi de réaliser une étude prospective qualitative en se basant sur la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés auprès des différentes populations. La réalisation de l'étude a été confronté à la grille d'écriture et de lecture COREQ pour les recherches qualitatives. (60). Cette grille est disponible en annexe.

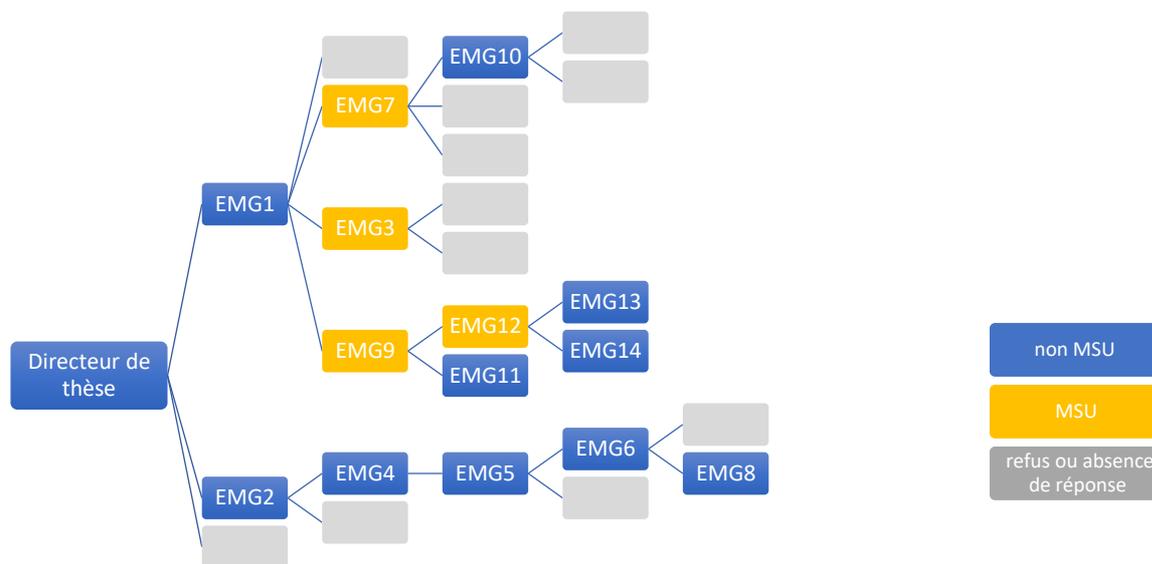
La méthode des entretiens s'est inspirée de la « théorie ancrée » ou « Grounded Theory » selon Jean Claude Kaufmann (61). Elle permet une approche descriptive et compréhensive en explorant le vécu et le ressenti des médecins. Cette méthode permet le recueil et l'étude d'entités subjectives comme la perception et le ressenti en lien avec des expériences vécues. Elle permet grâce à l'entretien d'établir une interactivité avec les sujets interrogés et leur permettre de s'exprimer sur notre thématique.

2.2 Constitution de l'échantillon

La taille des échantillons de chaque population n'a pas été déterminée à l'avance, elle dépendait du nombre d'entretiens nécessaire à l'obtention d'une saturation théorique des données, afin de faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Les entretiens ont été arrêtés lorsqu'aucun nouvel élément n'a émergé après les deux derniers entretiens pour les populations des médecins généralistes et praticiens hospitaliers. Les entretiens chez la population des internes se sont terminés lorsqu'aucun nouvel élément n'a émergé après le dernier entretien.

L'échantillonnage n'a pas recherché la représentativité de la population étudiée. Il s'agissait d'un échantillonnage cherchant une variation maximale sur les critères retenus (d'inclusion/exclusion) afin de recueillir une diversité d'opinion.

Pour la population n°1 des médecins généralistes installés, un recrutement selon la méthode « boule de neige » a été réalisé : le directeur de thèse désignait au hasard 3 médecins correspondant aux critères de l'étude. Lors des entretiens, les médecins interviewés nous orientaient à leur tour des médecins susceptibles de pouvoir entrer dans l'étude.



EMG : Entretien Médecin Généraliste
MSU : Maître des Stage des Universités

Schéma 1 : Recrutement selon la méthode « boule de neige » de la population des médecins généralistes

Pour la population n°2 (praticiens hospitaliers), un recrutement des populations concernées via l'annuaire fourni par l'Ordre des médecins a été réalisé sous forme de listes par spécialité. Un tirage au sort successif dans chaque liste a ensuite été réalisé et a permis la constitution de l'échantillon.

Pour la population n°3 des internes hors spécialité de médecine générale, le recrutement des populations s'est fait par l'obtention des listes d'internes de chaque spécialité sélectionnée. Pour se faire, le professeur et l'interne référents de chaque spécialité ont été contactés par mail ou téléphone afin de récupérer la liste des internes, contenant nom, prénom, adresse électronique et numéro de téléphone.

À partir de ces listes, un tirage au sort successif dans chaque liste a ensuite été réalisé permettant la constitution de l'échantillon.

2.3 Le guide d'entretien

Nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif commun aux trois populations, permettant d'avoir une ligne directrice structurant nos entretiens. À propos des sujets des questions à aborder, il ne s'agissait pas d'anticiper le contenu des données recueillies ni de répondre à des théories préconçues, mais d'être capable de mener pertinemment les entretiens.

Des questions de relance ont parfois été nécessaires afin d'aborder des sujets, spontanément non abordés par la personne interrogée. Des outils grammaticaux d'aide à la construction de questions ouvertes et de relance ont été utilisés pour mener les entretiens et sont disponibles en annexe.

Le guide d'entretien comportait quatre parties :

- Une introduction : nous nous présentions, rappelions l'objectif principal de l'étude, précisions que l'entretien était enregistré (et qu'il pouvait être interrompu si souhaité) puis anonymisé. Nous recueillions également le consentement oral de l'interviewé.
- Un recueil de données socio-démographiques s'en suivait :
 - Données générales : sexe, âge
 - Données professionnelles : spécialité, année d'obtention de l'internat, statut hospitalier (interne, PU, PUPH), statut universitaire (MSU, non MSU), mode d'exercice libéral (cabinet, groupe), mode d'exercice hospitalier (CHU, hôpital périphérique), lieu d'exercice libéral (urbain, semi rural, rural), date d'installation en libéral
- Une série de questions se déroulait ensuite :
 - La première était une question « brise-glace » posée dans le but d'explorer les représentations générales de la personne au sujet de l'industrie pharmaceutique
 - Les suivantes reposaient sur six questions ouvertes, permettant d'aborder les sujets suivant : place de l'industrie pharmaceutique dans la pratique médicale, influence de l'industrie pharmaceutique, expérience et liens avec l'industrie pharmaceutique, évaluer la formation actuelle, intérêt d'une formation indépendante vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.
- L'entretien se concluait par une question permettant à l'interviewé de proposer de nouveaux éléments, de nouvelles idées à approfondir.

Nous avons testé ce guide sur un à deux médecins/internes répondant aux critères de l'étude afin d'apporter des modifications permettant un meilleur encadrement des futurs entretiens. Ce guide s'est ensuite modifié et façonné au fil des entretiens, ayant fait émerger des thématiques et sujets non abordés initialement.

2.4 Déroulement des entretiens

Les participants à l'étude étaient contactés par mail et/ou par téléphone pour convenir d'un rendez-vous à leur convenance.

Les entretiens individuels semi-structurés devaient être réalisés idéalement en présentiel avec la personne concernée, mais au vu du contexte sanitaire lié au COVID 19, les entretiens par voie dématérialisée (conférence téléphonique) furent privilégiés. Chaque entretien était réalisé par un seul interviewer, permettant de limiter les biais d'informations.

Avec l'accord de l'interviewé, les entretiens ont été enregistrés avec le téléphone de l'interviewer puis anonymisés.

2.5 Retranscription et codage

Une approche inductive a été privilégiée, dans laquelle l'analyse est axée sur les données plutôt que sur une théorie ou un cadre. Cette méthode est particulièrement recommandée lorsque le phénomène étudié est peu ou pas du tout connu. (62)

Les entretiens étaient retranscrits dans leur intégralité, avec correction des erreurs de langage. La retranscription des verbatims était faite manuellement à l'aide d'un logiciel informatique de traitement de texte (Word®). Les signes de communication non-verbaux ont été rapportés (les silences, les soupirs...).

Ces retranscriptions ont été réalisées le jour-même ou le lendemain de la réalisation de l'entretien afin de limiter les biais de confusion. L'ensemble des entretiens n'a pas été intégré à ce rapport de thèse afin de ne pas en alourdir le contenu, cependant un exemple d'entretien est disponible dans son intégralité en annexe.

Nous avons ensuite procédé à un double encodage par structuration en unité de sens à l'aide du logiciel informatique (tableur Excel®).

L'étiquetage et l'indexation thématique ont été structurés en thèmes (occurrence) et en sous thèmes (dimension) afin de pouvoir répondre à la question de recherche.

2.6 Recherches bibliographiques

Nous avons utilisé comme base de recherche :

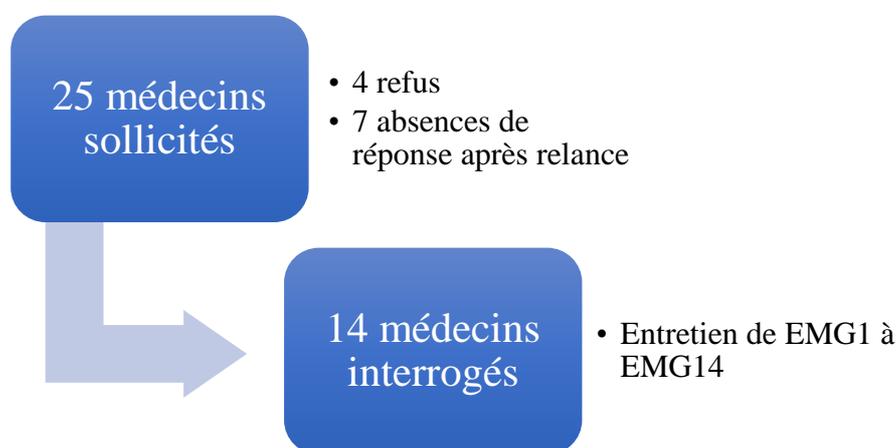
- PubMed
- Google Scholar
- CISMef
- DocDocPro
- Banque de Données en Santé Publique
- CAIRN
- Google
- Site Prescrire

RESULTATS

1 Présentation des populations

1.1 Présentation de la population des médecins généralistes

La thésarde a sollicité au total 25 médecins généralistes pour qu'ils participent à l'étude, à condition qu'ils ne présentent pas de critères d'exclusion.



Sur les 14 entretiens, 9 ont été réalisés en présentiel (au cabinet du médecin soit au domicile du médecin soit au domicile de la thésarde) et les 5 autres ont été réalisés par entretien téléphonique. L'absence d'analyse non verbale dans cette étude a permis la réalisation des entretiens téléphoniques.

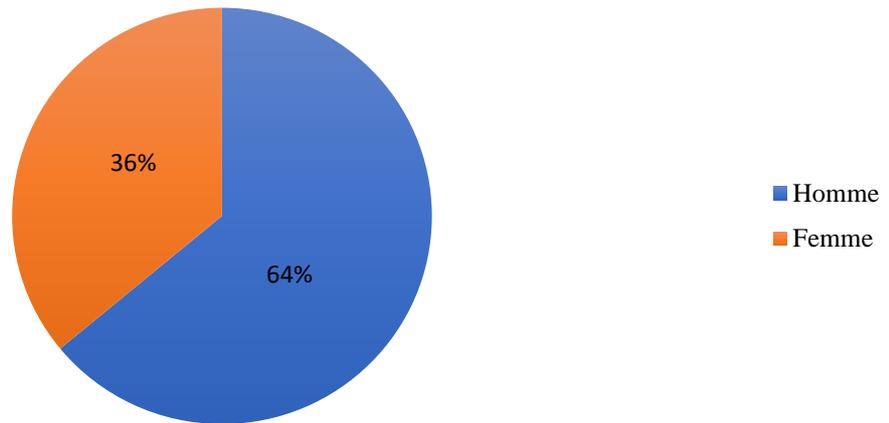
Les 14 entretiens réalisés ont été enregistrés et anonymisés (numérotés de EMG1 à EMG14).

La saturation des données a été atteinte au bout de 12 entretiens ; les deux derniers entretiens n'ayant pas apporté de nouvelle notion.

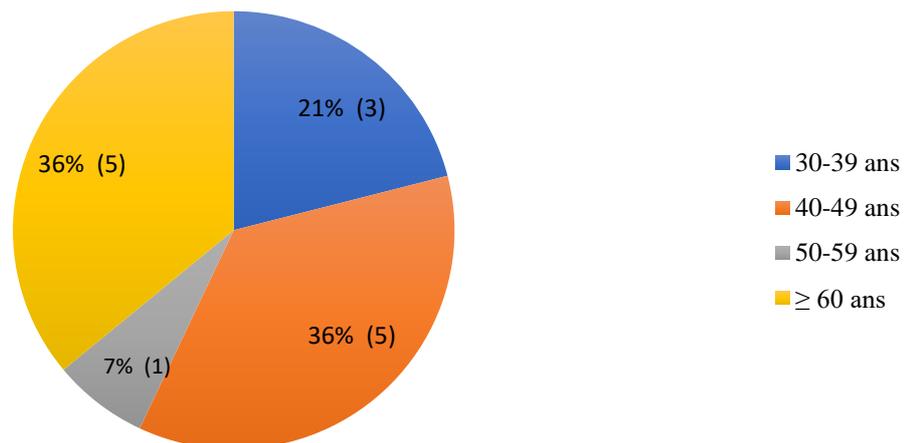
Caractéristiques de la population

La moyenne d'âge des médecins généralistes interrogés était de 50,5 ans [32 ; 69]. Il y avait 36% de femmes et 64% d'hommes, installés depuis en moyenne 16 ans [0 ; 41].

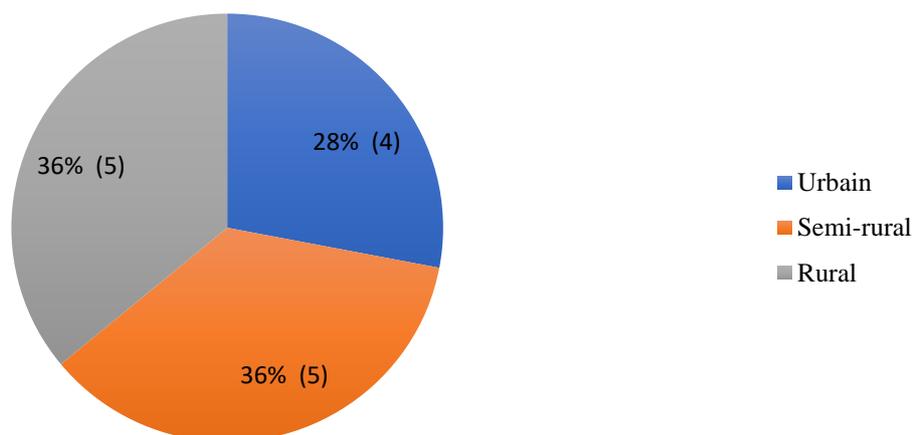
Sexe des médecins généralistes interrogés



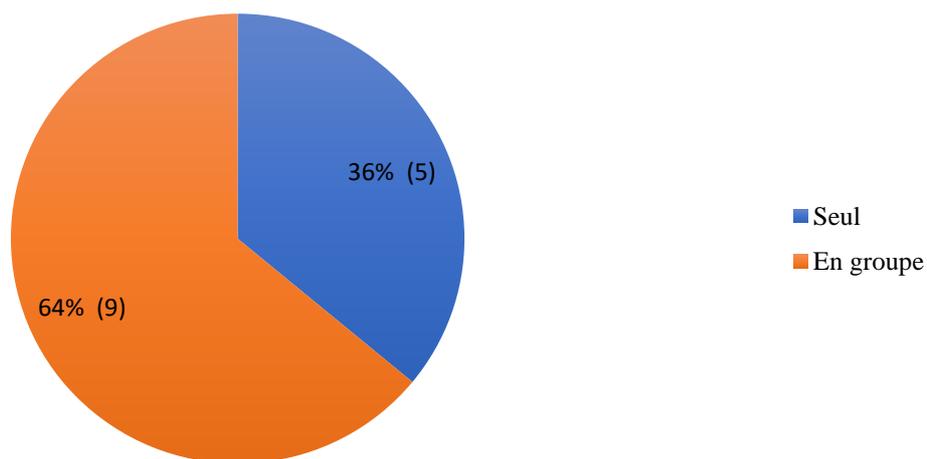
Tranche d'âge des médecins généralistes interrogés



Milieu d'exercice des médecins généralistes interrogés



Mode d'exercice des médecins généralistes interrogés

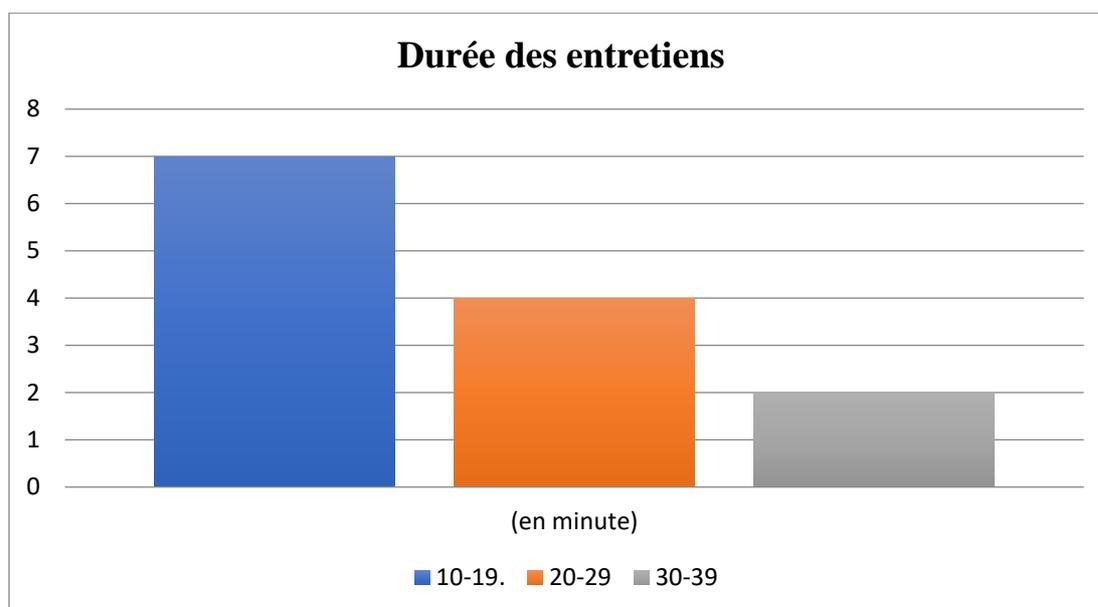


Parmi les 14 médecins participant à l'étude :

- 3 ne recevaient aucun laboratoire pharmaceutique,
- 8 les recevaient,
- 1 ne les recevait plus depuis quelques temps,
- et 2 recevaient seulement certains types de laboratoires

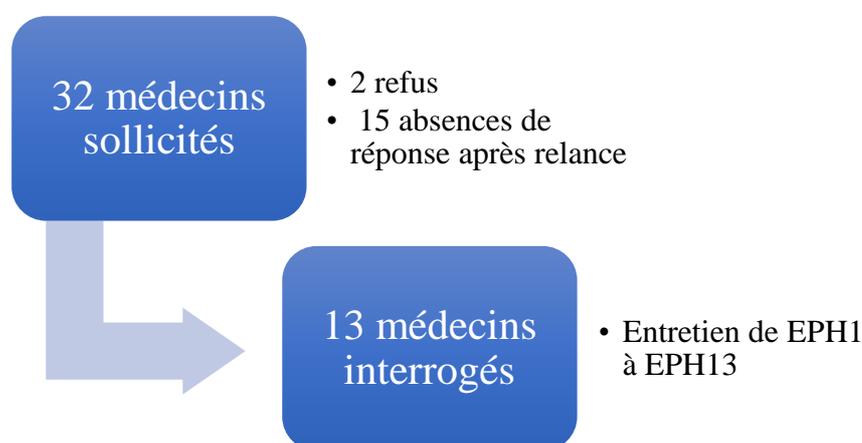
De plus, 29% des médecins généralistes interrogés étaient Maitres de Stage Universitaire (MSU) et 36% étaient abonnés à la revue Prescrire .

La durée moyenne des entretiens était de 23minutes et 3 secondes [11'36'' ; 36'49''].



1.2 Présentation de la population des praticiens hospitaliers

La thésarde a sollicité au total 32 praticiens hospitaliers pour qu'ils participent à l'étude, à condition qu'ils ne présentent pas de critères d'exclusion.



Sur les 13 entretiens, la totalité a été réalisée par entretien téléphonique. L'absence d'analyse non verbale dans cette étude a permis la réalisation des entretiens téléphoniques.

A noter que du fait d'une urgence durant l'entretien (le médecin était d'astreinte), l'un des entretiens (le EPH7) a été réalisé en deux fois, avec 3 semaines d'intervalle.

Les 13 entretiens réalisés ont été enregistrés et anonymisés (numérotés de EPH1 à EPH13).

Les spécialités interrogées étaient les suivantes : trois dermatologues, trois rhumatologues, deux cardiologues, trois hématologues, un ophtalmologue et un pneumologue.

La saturation des données a été atteinte au bout de 11 entretiens ; les deux derniers entretiens n'ayant pas apportés de nouvelle notion.

Caractéristiques de la population

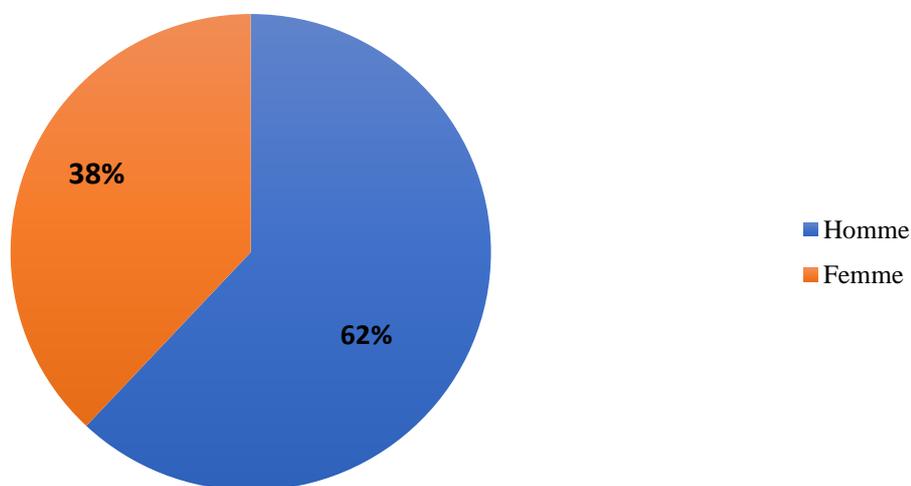
La moyenne d'âge des praticiens hospitaliers interrogés était de 47 ans [34 : 67].

Il y avait 38% de femmes et 62% d'hommes.

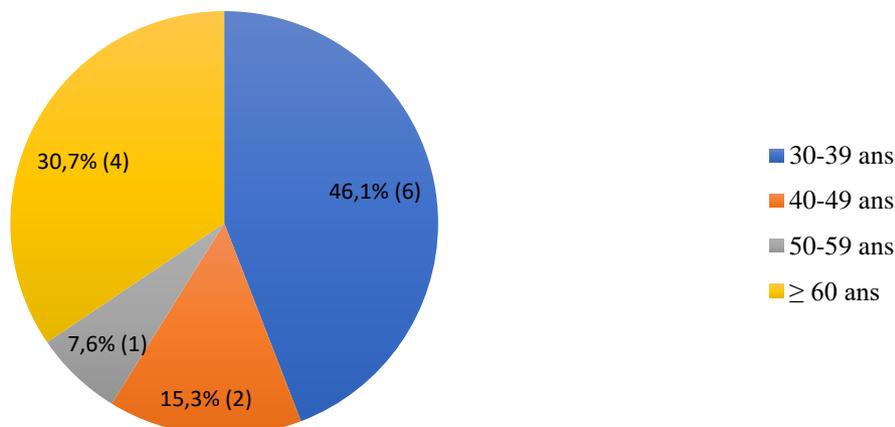
Parmi les médecins interrogés, 77% travaillaient en Centre Hospitalier Universitaire, et 23% travaillaient en hôpital périphérique.

De plus, 30% avaient un statut universitaire et 70% ne l'étaient pas.

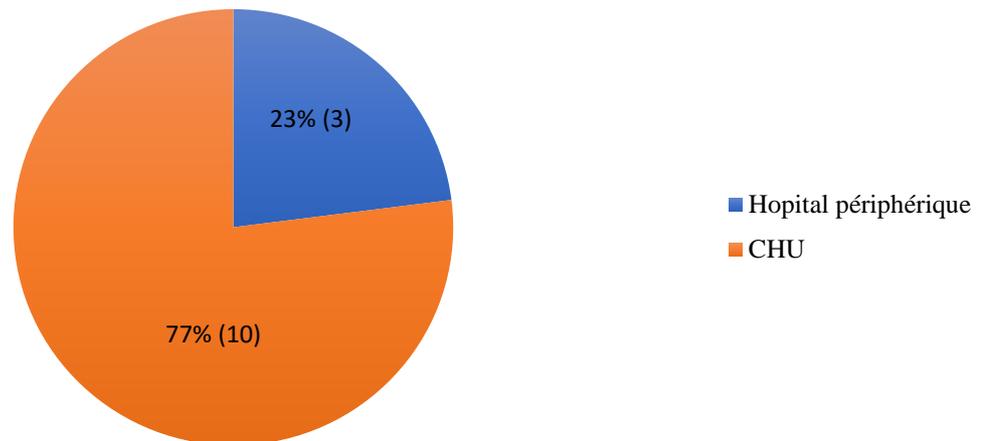
Sexe des praticiens hospitaliers interrogés



Tranche d'âge des praticiens hospitaliers interrogés

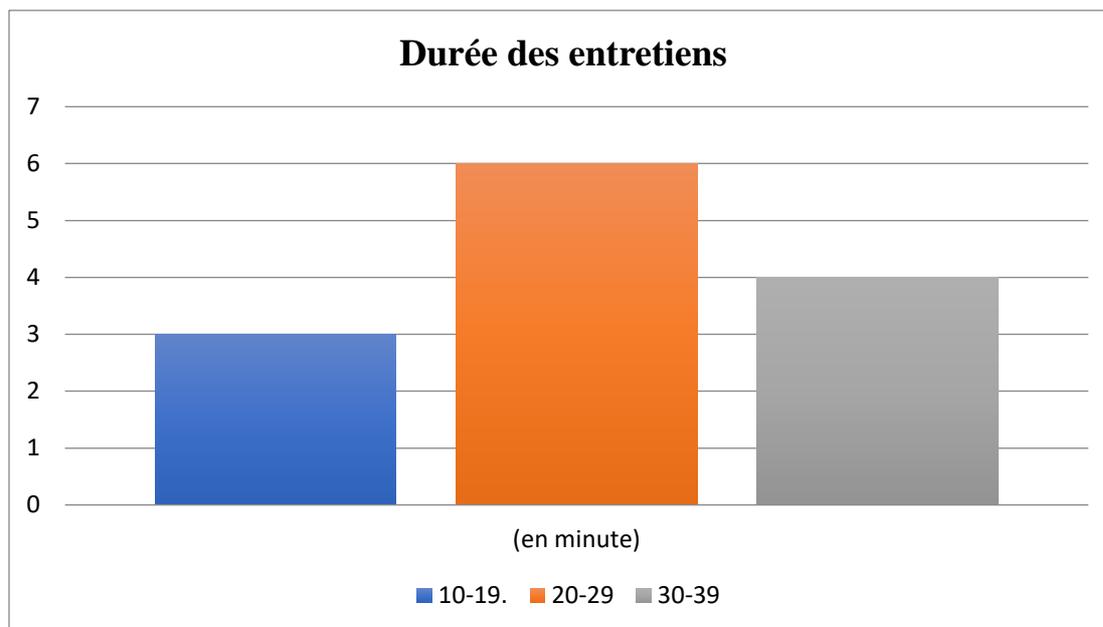


Milieu d'exercice des praticiens hospitaliers interrogés



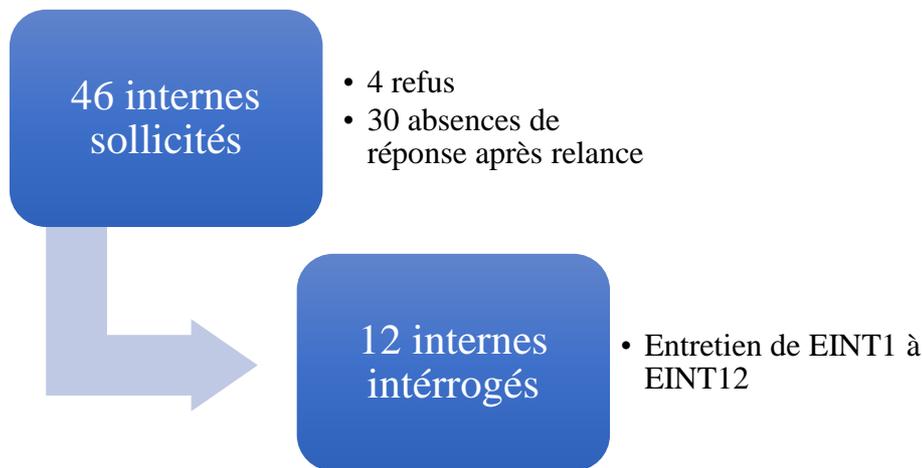
La durée moyenne des entretiens était de 24 minutes [14'47'' ; 41'00''].

Durée des entretiens



1.3 Présentation de la population des internes de spécialité

Le thésard a sollicité au total 46 internes des différentes spécialités concernées, pour qu'ils participent à l'étude, à condition qu'ils ne présentent pas de critères d'exclusion.



Sur les 12 entretiens, la totalité a été réalisée par entretien téléphonique. L'absence d'analyse non verbale dans cette étude a permis la réalisation des entretiens téléphoniques.

Les 12 entretiens réalisés ont été enregistrés et anonymisés (numérotés de EINT1 à EINT12).

La saturation des données a été atteinte au bout de 11 entretiens ; le dernier entretien n'ayant pas apporté de nouvelle notion.

Caractéristiques de la population

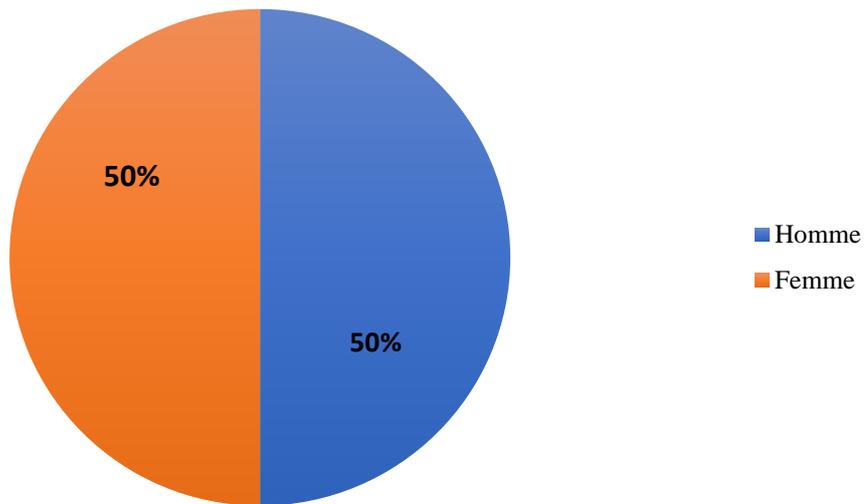
La moyenne d'âge des internes interrogés était de 28 ans [26 : 29].

Il y avait 50% de femmes et 50% d'hommes.

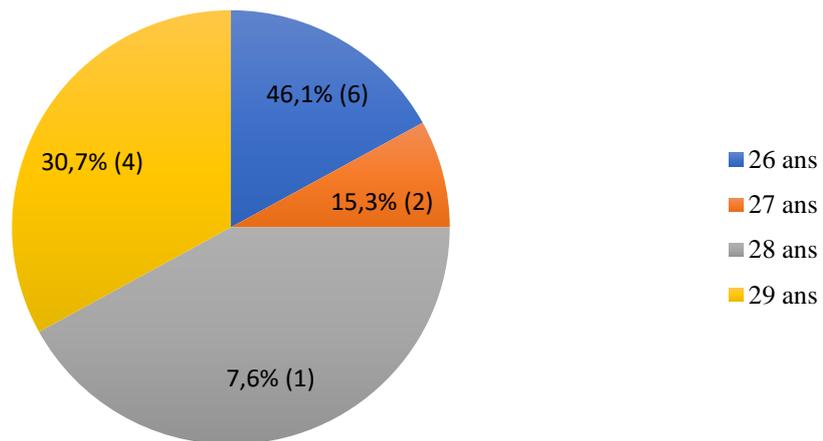
Au moment d'interroger les internes, 92% effectuaient leur semestre en Centre Hospitalier Universitaire, et 8% effectuaient leur semestre en hôpital périphérique.

Concernant les spécialités représentées, il y avait : 2 internes d'Hépatogastro-entérologie, 2 internes de Dermatologie, 2 internes d'Hématologie, 2 internes d'Oncologie, 1 interne d'Ophtalmologie, 1 interne de Cardiologie, 1 interne de Pneumologie et 1 interne de Rhumatologie.

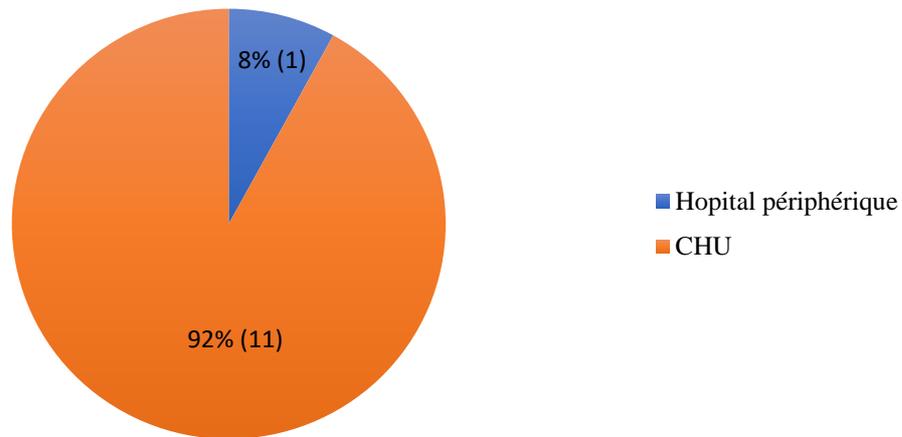
Sexe des internes interrogés



Répartition d'âge des internes interrogés

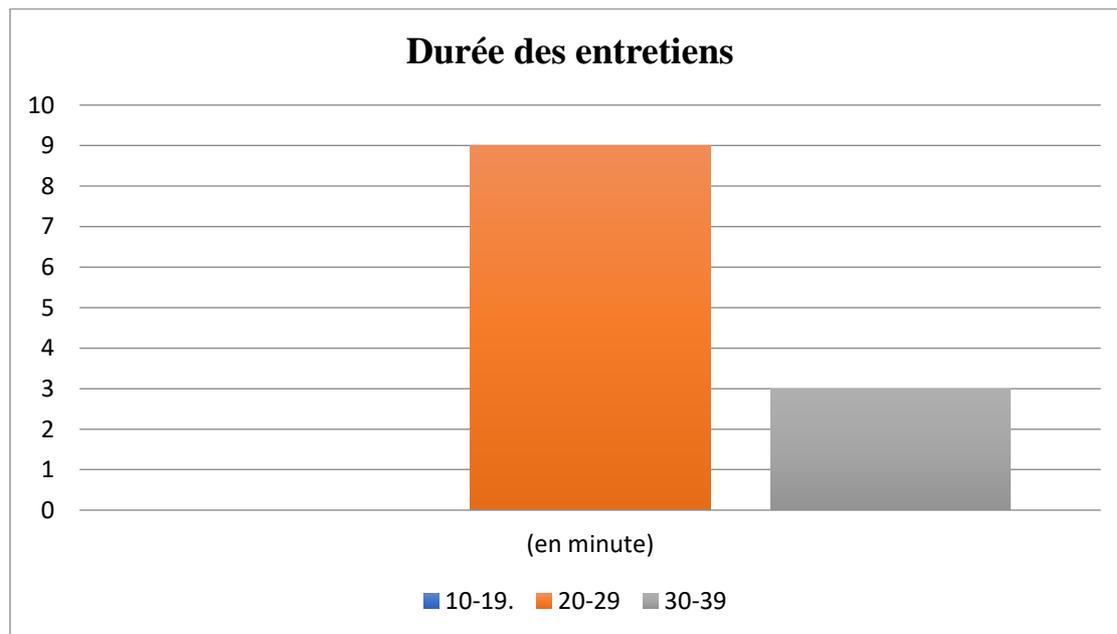


Milieu d'exercice des internes interrogés



La durée moyenne des entretiens était de 26 minutes [20'24'' ; 36'00''].

Durée des entretiens



2 Présentation des résultats communs aux trois populations

Rappel des abréviations :

EPH : Entretien des praticiens hospitaliers

EMG : Entretien des médecins généralistes

EINT : Entretien des internes de spécialité

2.1 Perception de l'industrie pharmaceutique

2.1.1 Entreprise puissante

Les médecins et internes interrogés perçoivent l'industrie pharmaceutique comme **une entreprise imposante**

EPH5 « Après l'industrie pharmaceutique c'est très puissant hein »

EMG11 « c'est une industrie qui est assez florissante et qui représente je pense la plus grosse au monde »

EINT8 « ils sont quand même hyper présents »

aux ressources importantes.

EPH3 « c'est-à-dire qu'ils ont les moyens de permettre le développement d'un certain nombre de nouveautés »

EMG7 « dans la recherche pure, je pense que c'est important que les labos s'investissent là-dedans parce qu'ils ont une expertise et des moyens »

EINT6 « ils ont des millions derrière eux »

2.1.2 Entreprise bénéfique

Les médecins et internes interviewés estiment l'industrie pharmaceutique comme **un partenaire de travail.**

EPH7 « L'industrie pharmaceutique, moi je dirai que c'est un partenaire »

EMG6 « l'industrie pharmaceutique, il faut considérer que c'est une alliée »

EINT10 « c'est une collaboration »

Il s'agit selon eux d'une entreprise **innovante** permettant un progrès dans le monde médical

EPH10 « l'industrie pharmaceutique nous permet d'acquérir un certain nombre d'avancées thérapeutiques »

EMG4 « il y a un énorme progrès liés à l'industrie pharmaceutique »

EINT6 « tous les progrès qui ont été faits, qui sont conséquent, voir colossaux ces dix dernières années en hématologie, sont le fruit de l'industrie »

et aidant à l'amélioration de la **santé globale de la population.**

EPH13 « ils nous permettent d'avoir accès ou de pouvoir donner des traitements à des personnes qui n'en auraient pas eu sinon »

EMG4 « De médicaments qui ont apporté beaucoup de choses au niveau santé »

EINT12 « ça permet de proposer des alternatives à certains de nos patients...sans ça...on serait en échec thérapeutique »

L'industrie pharmaceutique est également **facilitatrice des rencontres** entre professionnels de santé au travers de réunions et événements organisés.

EPH7 « ce sont des facilitateurs pour un certain nombre d'événements finalement médicaux ou paramédicaux d'ailleurs »

EMG12 « c'était pas mal car ça nous permettait de rencontrer d'autres professionnels du quartier »

EINT7 « ça permettait de rencontrer les acteurs de notre spécialité que ça soit en libéral ou pas et de rencontrer des personnes des autres spécialités »

2.1.3 Entreprise nécessaire

Les médecins séniors et internes considèrent l'industrie pharmaceutique comme **indispensable**.

EPH3 « il y a des intrications importantes entre l'industrie et la médecine, et que ces intrications elles sont par certains aspects totalement nécessaires puisque c'est eux qui nous mettent à disposition les médicaments, et que l'on peut pas s'en passer »

EMG9 « C'est un partenaire, quelque'un d'inévitable en terme de nos prises en charge de soin »

EINT3 « on ne peut pas trop fonctionner sans eux »

Dans un premier temps, les médecins se sentent **dépendants** de l'industrie pour la **recherche**.

EPH9 « je pense que s'ils n'étaient pas là il n'y aurait aucune étude de faite »

EMG11 « ils travaillent de manière à pouvoir trouver des médicaments »

EINT7 « Il y a beaucoup de recherche, je pense qu'elle est pas mal initiée par cette industrie pharmaceutique »

Cette dépendance est décrite comme la conséquence directe d'une **défaillance du système public** dans la recherche thérapeutique.

EPH4 « donc je dirai que le système public étant défaillant, malheureusement on n'a pas d'autre choix que de recourir à l'industrie pharmaceutique »

EMG9 « ils apparaissent comme support ou comme aidant, comme aidant financier, comme porteur d'étude... donc ils peuvent avoir cette impression d'être des partenaires indispensables. Après ils le sont car les fonds publics sont moins évidents à obtenir que les fonds privés »

EINT8 « ce n'est pas de la recherche académique qui va sortir des drogues sur le marché »

Dans un second temps, l'ensemble des populations se sentent **dépendantes** pour la **formation médicale**.

EPH10 « je pense que s'il n'y a pas d'industrie pharmaceutique il n'y a plus de formation médicale continue »

EMG9 « je pense que si ça s'arrêtait du jour au lendemain ça ferait sûrement mal à la FMC »

EINT5 « dans notre formation, c'est assez important qu'on soit aidé des industries pharmaceutiques »

2.1.4 Entreprise commerciale

Aux yeux des médecins interviewés, **l'objectif économique est privilégié par l'industrie pharmaceutique**, et ce, au détriment **de la santé globale**.

EPH4 « parce que ce ne sont pas des philanthropes, je veux dire s'ils viennent nous voir c'est par intérêt, avant tout, ce sont des commerçants ils veulent vendre leur médicaments »

EMG8 « mais s'ils font des médicaments c'est pour l'argent »

EINT12 « leur but premier c'est surtout de vendre leurs médicaments »

La première perception émanant des médecins interrogés est la notion **d'entreprise à but industriel** avant tout autre qualificatif.

EPH9 « enfin pour moi c'est industriel, quoi qu'il arrive ce sont des industriels »

EMG9 « par le biais de la santé, mais néanmoins c'est de faire des profits comme toute industrie »

EINT10 « ça reste des commerçants »

2.1.5 Entreprise évolutive

Malgré une notion d'entreprise innovante, les différentes populations étudiées décrivent de manière unanime une **baisse de l'innovation** thérapeutique

EPH3 « D'une part à l'heure actuelle, il n'y a plus de recherche scientifique purement réalisée par l'industrie pharmaceutique »

EMG5 « Mais il n'y a pas d'innovation particulière, il n'y a pas de nouveau médicament qui sort, pas de nouveauté »

EINT11 « c'est pas tous les jours non plus qu'ils viennent nous présenter des traitements avec un service médical rendu important »

Au profit d'une course à la rentabilité.

EPH5 « mais alors l'industrie pharmaceutique raisonne à mon avis en block busters, les médicaments qui vont vraiment leur apporter une grosse plus-value »

EMG5 « de faire des investissements à long terme qui leur coûtent très cher et qu'ils sont obligés de répercuter sur le prix du médicament »

EINT8 « développer des molécules qui vont rapporter de l'argent »

2.1.6 Entreprise insistante

Les médecins et internes perçoivent l'industrie pharmaceutique comme **trop présente** voire encombrante dans leur quotidien.

EPH5 « ça occupe beaucoup notre vie »

EMG9 « franchement c'est une pause café quoi, c'est pas pour aller écouter un labo »

EINT4 « ça s'est envahissant »

2.1.7 Ressenti général

Les médecins et internes ont unanimement un ressenti plutôt **neutre** concernant cette industrie pharmaceutique.

EPH2 « je n'ai pas de pensées particulières concernant l'industrie pharmaceutique »

EMG10 « mais je n'ai pas un avis précis ni positif ni négatif, voilà neutre »

EINT3 « pour moi ce n'est ni bien, ni mal »

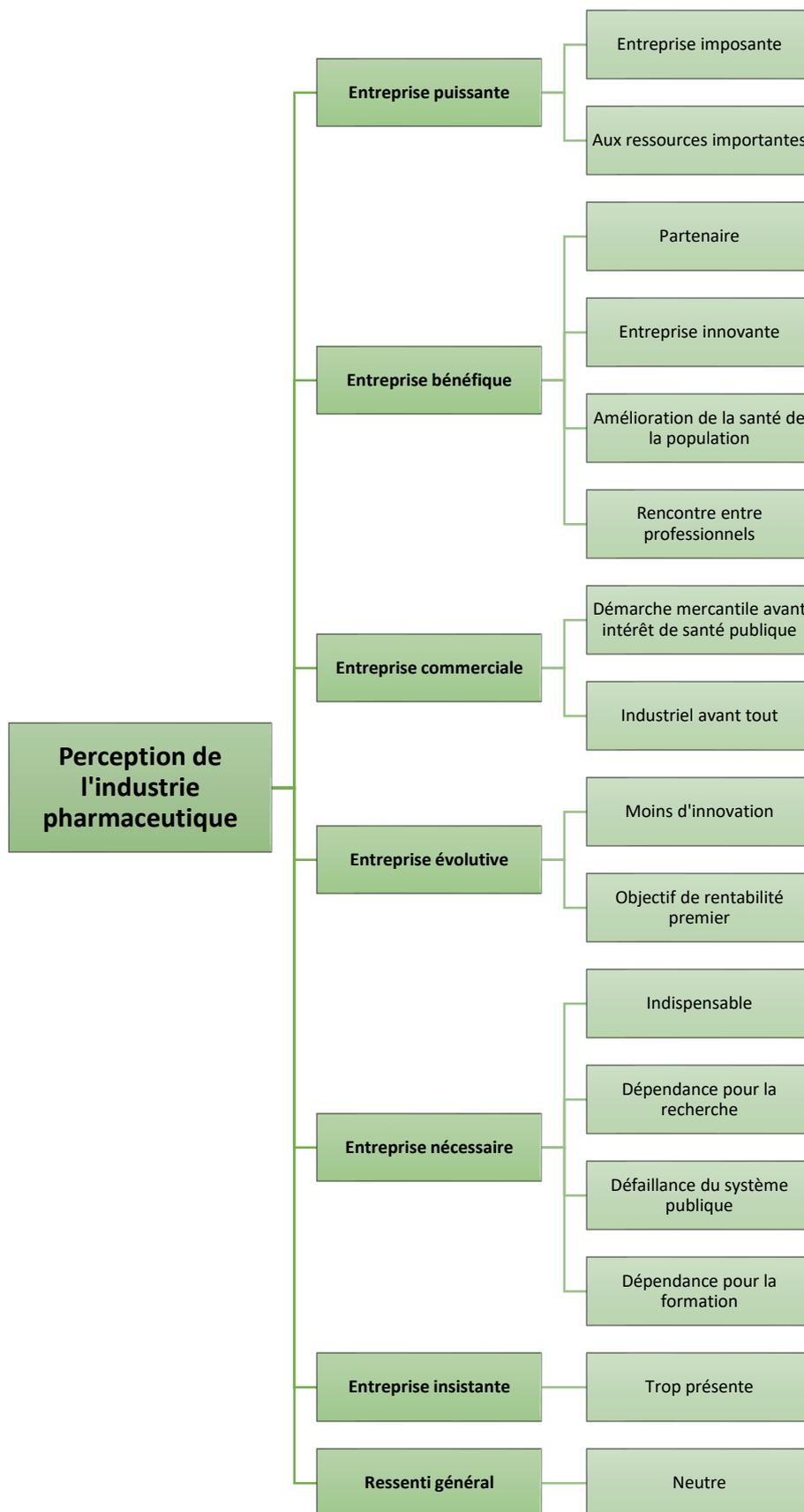


Schéma 2 : Perception de l'industrie pharmaceutique par les trois populations

2.2 Liens avec l'industrie pharmaceutique

2.2.1 Contacts avec l'industrie pharmaceutique

Les contacts avec l'industrie pharmaceutique des médecins généralistes, spécialistes hospitaliers et internes de spécialité se présentent sous forme **présentielle** via les **visiteurs médicaux**

EPH1 « rencontre avec des délégués médicaux »

EMG11 « je reçois les délégués médicaux »

EINT10 « des visiteurs médicaux de certains laboratoires qui viennent parler »

et les **formations et congrès** (organisés par l'industrie)

EPH2 « petits congrès le week-end par exemple, ou des soirées organisées par l'industrie pharmaceutique »

EMG13 « tous les labos qui ont leur petit box avec tout leurs petits trucs ... leurs moyens publicitaires »

EINT4 « là où on les voit le plus, c'est quand ils font une réunion le soir »

EINT2 « c'est dans les congrès, c'est souvent eux que l'on voit en premier avec leurs stands »

Et par voie **dématérialisée** via la publicité, les mails, les courriers, les logiciels métiers, webinaires ...

EPH6 « on est surchargé de mail, webinaires, zoom »

EMG8 « spots publicitaires sur les logiciels médicaux »

EINT9 « ils nous contactaient par nos adresses personnelles ou professionnelles »

2.2.2 Évolution des contacts

Les contacts entre l'industrie pharmaceutique et les médecins évoluent, et les **jeunes médecins** ont de **moins en moins de contact**.

EPH5 « des gens de laboratoires disent que les jeunes internes refusent même presque de leur dire bonjour, je trouve ça absurde »

EMG9 « mais je n'ai pas l'impression puisque quand ils viennent, les labos, ils me disent qu'ici je suis le seul médecin qui les reçoit sur 6, ils se font un peu jeter de partout »

EINT3 « on n'a plus tellement de liens avec eux »

2.2.3 Perception de la visite médicale

La visite médicale est perçue comme une activité **chronophage** avec un sentiment de **perte de temps**.

EPH6 « oui ça m'emmerde car j'ai d'autres chats à fouetter »

EMG8 « ils me prenaient déjà 2 fois une demi-heure par jour, ça faisait beaucoup par rapport à mon temps de travail »

EINT10 « on n'a jamais trop le temps de les recevoir »

Qui demande une certaine **organisation** qui peut être **contraignante**.

EPH11 « c'est un temps nécessaire qui est dédié à ça »

EMG1 « si on a un planning déjà bien chargé c'est moyen »

EMG14 « Sur rendez-vous, sur les créneaux de consultation »

EINT4 « ils nous écrivent, on se donne rendez-vous »

Le ressenti sur l'utilité de ces rencontres est ambivalent. Certains interviewés n'y trouvent **pas d'intérêt**

EPH4 « ils ne m'apprennent rien »

EMG14 « l'impression qu'on me rabâche toujours la même chose »

EINT6 « la visite dans le service, les distributions de leurs plaquettes, ça ne me servait à rien »

quand d'autres y perçoivent une **petite utilité**.

EPH8 « on en a quelques-uns qui servent entre guillemets »

EMG5 « Je pense qu'on peut toujours avoir quelques petits renseignements utiles »

EINT12 « je dois dire qu'il y a des choses qui m'ont aidé »

Les médecins et internes présentent un sentiment de **méfiance** vis-à-vis des visites médicales.

EPH3 « quand on est en face d'un représentant médical qui vient nous présenter les produits, discuter avec nous... la première des choses qu'il faut se dire c'est que ce sont des menteurs »

EMG5 « ce n'est pas avec l'industrie pharmaceutique que j'aurai des renseignements impartiaux et complets »

EINT5 « il faut faire attention »

Ils reprochent aux visiteurs médicaux un **manque de connaissances**,

EPH10 « si on creuse, si on gratte, et tout ça, on finit par se rendre compte qu'on atteint leur niveau de compétence »

EMG9 « j'ai arrêté de demander car en général après ils m'envoient des pavés sans répondre à ma question, c'est : débrouillez-vous la réponse est dedans »

EINT10 « des fois ça arrive qu'il y en ait qui ne sachent pas trop de quoi ils parlent »

une **approche trop mercantile**,

EPH4 « faut pas se leurrer hein, c'est-à-dire que les gens quand ils vous contactent c'est pour vous inciter à prescrire leur médicament »

EMG1 « ils ont besoin de vendre leur traitement »

EINT8 « parce qu'en fait c'est pour te vendre la molécule et en fait ils vont te baratiner dix minutes avec ça »

et une **pression à la prescription**.

EPH2 « vraiment c'est essayer de nous faire prescrire par tous les moyens un traitement »

EMG14 « toujours cette impression qu'on me force un peu la main en me disant de prescrire »

EINT2 « j'avais cette impression d'avoir...pas une obligation...mais une incitation forte »

Finalement, le **ressenti** des médecins sur la visite médicale est assez **partagé** avec du **positif**

EPH13 « oui tout à fait c'était un bon ressenti »

EMG11 « contact tout à fait bien veillant »

EINT3 « les visiteurs médicaux qui t'expliquent, je trouve ça bien »

et du **négatif**.

EPH2 « je n'aime pas forcément passer du temps à recevoir des délégués médicaux »

EMG2 « ils m'ont soulé »

EINT8 « après ça reste quand même des gens très agressifs »

2.2.4 Qualité des informations délivrées

Les médecins généralistes, les spécialistes hospitaliers ainsi que les internes, jugent les informations délivrées par l'industrie pharmaceutique comme **commerciales**,

EPH5 « c'est de l'information très intelligente, très marketing, très pensée »

EMG8 « Ce sont des informations scientifiquement commerciales »

EINT12 « je sais que derrière l'information, il y a surtout un produit à vendre »

partielles et partiales,

EPH1 « quand ils présentent les avantages de tel ou tel produit en nous montrant une étude, parfois ils sélectionnent une partie de l'étude »

EMG5 « Elles sont partielles et partiales »

EMG6 « de masquer un peu trop facilement tout ce qui est contre-indication et effets indésirables »

EINT11 « ils omettent pas mal de choses »

biaisées avec des informations basées sur des études scientifiques peu fiables,

EPH8 « ce n'est pas des études toujours très scientifiques »

EMG7 « je trouve que c'est biaisé »

EINT11 « je pense que le discours est ...un peu biaisé »

et nécessitant une vérification.

EPH1 « si on reprend de façon un petit peu plus poussé, on n'a pas forcément les mêmes informations »

EMG12 « heureusement j'ai des revues, une en particulier, qui me permet de faire le tri sur ce genre de chose »

EINT2 « je reçois l'information du labo mais derrière, le soir, il faudrait que j'essaye de confronter l'information que j'ai reçu »

2.2.5 Perception de la relation médecin – industrie pharmaceutique

Les médecins et internes perçoivent leur relation avec l'industrie pharmaceutique comme une **collaboration inévitable**.

EPH3 « on est obligé de travailler avec les industriels, on est obligé de travailler avec eux »

EMG12 « Oui, on ne peut pas faire comme si on produisait nous-même les médicaments »

EINT11 « de toute façon, on est forcé quelque part de travailler avec eux »

2.2.6 Liens entre formation médicale et industrie pharmaceutique

Il existe un **lien financier** entre la formation médicale et l'industrie pharmaceutique, pouvant entraîner des liens d'intérêt.

EPH12 « de manière indirecte par le biais de ce financement de congrès »

EMG7 « Le congrès, genre le dernier JUPSO est sponsorisé par 50 marques »

EINT2 « je me dis que s'ils financent c'est qu'ils ont un intérêt derrière »

Ce lien entre la formation médicale et l'industrie n'est **pas** perçu comme **bénéfique** par les médecins et les internes.

EPH4 « ça fait perdre du temps »

EMG5 « Euh... je ne pense pas qu'elle soit toujours, on va rester gentil, de bon aloi »

EINT6 « c'est quelque chose qu'on devrait essayer de se passer »

Mais il est inévitable de part le sentiment de dépendance pour la formation.

EPH12 « malheureusement on est dépendant »

EMG4 « Mais si personne ne finance la formation médicale, ben l'industrie pharmaceutique, elle se faufile »

EINT12 « après est-ce qu'aujourd'hui on peut faire autrement qu'avec les labos ? »

Les lois anti-cadeaux ont modifié ce lien. Les médecins et internes ont un ressenti négatif de ces lois avec la disparition d'avantages qu'ils pouvaient avoir.

EPH5 « nous, sincèrement, c'était des soirées de qualité, les internes étaient contents de venir, ils apprenaient beaucoup de choses, c'est un peu dommage »

EPH12 « ça créé un creux de formation qui n'est pas remplacé »

EMG8 « On a beaucoup perdu à cette période-là mais vous n'étiez pas née »

EINT11 « c'est depuis que la loi anti-cadeau est passée que l'on se rend compte de certains avantages qu'on avait »

Certains médecins souhaitent une **évolution de ce lien** et demandent une **formation indépendante** de l'industrie pharmaceutique.

EPH3 « pour que ce soit de bonne qualité, une formation indépendante de l'industrie pharmaceutique »

EMG12 « Je serais rassuré s'il y avait un label universitaire, public. Un label pour savoir qu'elles n'ont pas de lien direct, qu'elles ne sont pas sponsorisées par telle ou telle firme »

EINT8 « je trouve que ça serait beaucoup mieux si c'était complètement indépendant »

Tandis que d'autres veulent **conserver le lien** entre industrie pharmaceutique et formation médicale mais il doit toutefois être **encadré**.

EPH9 « il faut juste savoir maîtriser les aspects un peu litigieux et faire les choses correctement, mais ne pas tout jeter à la poubelle »

EMG11 « Donc moi je pense qu'il faut garder un lien mais il faut qu'il soit, il faut qu'on définisse comment travailler ensemble »

EINT7 « il faudrait une demi-mesure, qu'elle soit là mais de manière proportionnée quand même »

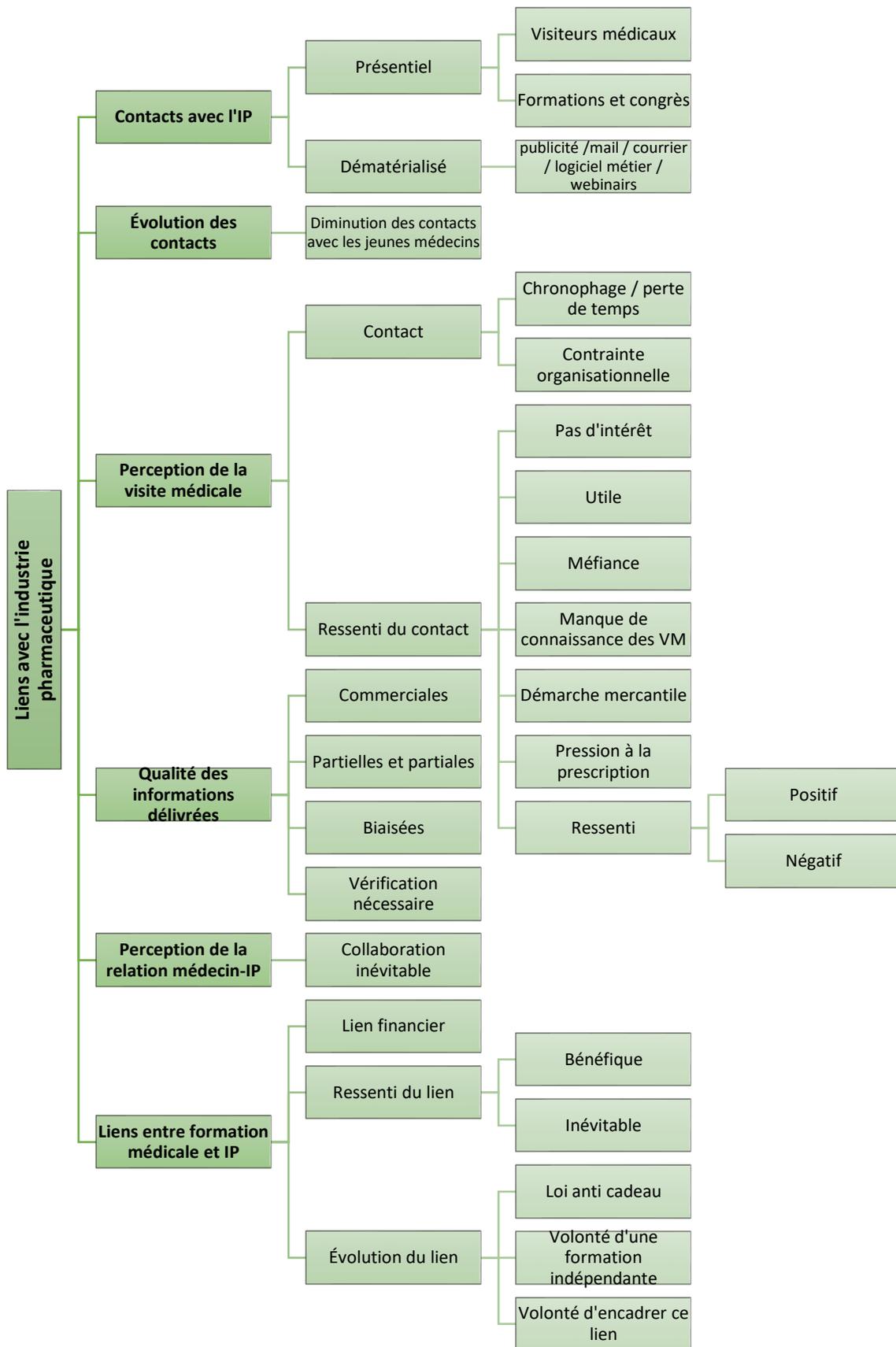


Schéma 3 : Liens avec l'industrie pharmaceutique commun aux 3 populations

2.3 Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique

2.3.1 Pendant la formation initiale

Les trois populations interviewées rapportent des contacts précoces avec l'industrie pharmaceutique, débutant **dès l'internat**.

EPH11 « dès qu'on fout les pieds dans un service et qu'on est interne, on est en contact direct avec l'industrie pharmaceutique »

EMG10 « à l'hôpital il y avait quand même des labos présents »

EINT4 « au début de mon internat c'était n'importe quand »

Ces contacts ont lieu **par le biais de visiteurs médicaux**.

EPH7 « donc c'est vrai que l'industrie pharmaceutique, par le biais de la visite médicale, ben pour moi était une source d'informations médicales par la force des choses »

EMG13 « On avait des visiteurs médicaux qui venaient voir les internes »

EINT2 « déjà dès notre formation on voit des labos »

2.3.2 Techniques d'influence ressenties

Les médecins généralistes, spécialistes hospitaliers et les internes identifient tous différentes techniques d'influence utilisées par l'industrie pharmaceutique :

Moments conviviaux, souvent autour d'un repas

EPH7 « en gros le laboratoire vient faire une revue publicitaire de sa molécule autour de petits fours »

EMG6 « Il y avait un lien convivial qui se créait et on retenait beaucoup plus facilement, c'était très malin »

EINT4 « ils sont sympas, ils t'apportent à manger »

A travers des cadeaux de faible valeur

EPH4 « ils donnaient des brochures, des ouvrages qui étaient très bien faits pour les étudiants en médecine »

EMG12 « et ils nous donnaient un stétho, ils nous donnaient des trucs comme ça »

EINT11 « je me souviens encore de ma première règle à ECG que j'ai reçu »

Mais aussi autour de cadeaux de forte valeur

EPH5 « moi j'ai connu le temps où les gens traversaient l'Atlantique avec femmes et maitresses pour aller à Orlando »

EMG3 « On était allé à un truc à Marrakech pour apprendre à se servir d'Hellodoc »

EINT5 « pour les congrès, avant, on pouvait se faire financer à la fois le transport, le logement »

Les visiteurs médicaux peuvent également donner des échantillons.

EPH6 « elle m'a laissé trois quatre produits à mon usage personnel en plus gros format »

EMG6 « qui apportent des échantillons »

EINT12 « les labos nous font parvenir les échantillons et du coup ça permet de les tester et de les faire tester aux patients »

Ils rapportent également l'utilisation de **leaders d'opinion** et la **confiance faite aux pairs**.

EPH3 « à partir du moment où on est considéré comme expert, c'est d'éventuellement aller baratiner sur l'estrade pour des symposiums de l'enseignement, qui visent à promouvoir les résultats qui sont obtenus »

EMG3 « les patrons qui nous font les cours sont aussi, vraisemblablement, et forcément de toute façon, influencés par l'industrie pharmaceutique »

EMG5 « j'ai plutôt une bonne opinion de mes confrères, je pense qu'ils savent faire le tri »

EINT2 « On fait intervenir des médecins qui semblent être un peu neutres »

Ils considèrent tous que les techniques d'influence sont **insidieuses et subtiles**.

EPH8 « c'est juste pour dire que c'est beaucoup plus subtil qu'on le pense »

EMG9 « Mais d'entendre petit à petit un médicament que je ne connais pas, ça va peut-être m'aider et finir par l'adopter »

EINT11 « je pense que c'est plus de manière inconsciente que consciente »

EINT11 « c'est moins grossier qu'avant...avant tu avais le nom du médoc en gros avec le labo, alors que maintenant tu as très rarement le nom du laboratoire, souvent il est en dernière page en tout petit, il essaye de se faire discret »

2.3.3 Influence actuelle de l'industrie pharmaceutique

Les médecins et internes considèrent l'influence actuelle de l'industrie pharmaceutique comme **importante**.

EPH11 « il y a quand même pas mal d'influence »

EMG8 « Tout le corps médical se faisait acheter mais bon, avec du plaisir »

EINT2 « j'aimerais être neutre par rapport à ça mais si je dois être honnête, je ne le suis pas totalement »

Cette influence a des conséquences directes **sur les prescriptions médicamenteuses**, notamment par le biais des visiteurs médicaux.

EPH3 « en général c'est le dernier qui a parlé qui va remporter la prescription hein »

EMG6 « disons que le passage des visiteurs médicaux faisait qu'on avait tendance à retenir plus facilement le médicament présenté »

EINT8 « je me suis rendu compte que j'avais quand même été influencé euh...au début de ma prescription par celle qui était venue me voir »

L'influence se fait également **au travers des formations** dont ils bénéficient.

EPH3 « l'immense majorité des articles qui servent à la formation et à l'apprentissage des nouveautés et du progrès émanent de l'industrie »

EMG10 « forcément, on prescrit ce qu'on a vu »

EINT7 « dans les congrès c'était peut-être un peu plus biaisé »

2.3.4 Influence non ressentie

De manière unanime aux trois groupes, une partie des interviewés ne se sent pas influencée par l'industrie pharmaceutique, cela correspond au **sentiment d'invulnérabilité**.

EPH6 « je n'ai jamais eu l'impression d'être achetée sous prétexte qu'il y avait un foie gras, dégueulasse d'ailleurs »

EMG4 « je pense que je ne me laisse pas influencer particulièrement. Je suis quand même lucide »

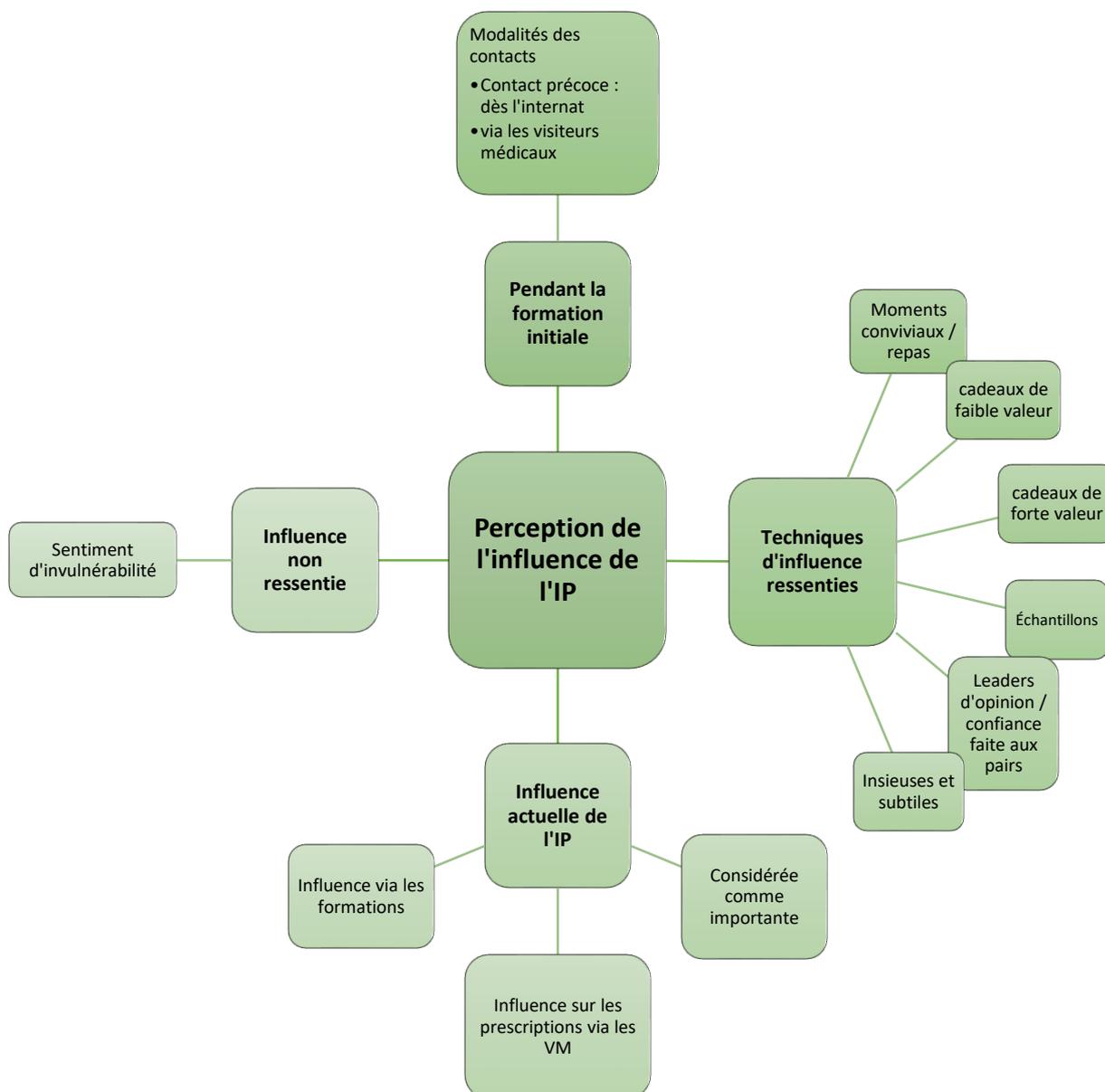


Schéma 4 : Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique commun aux 3 populations

2.4 Formation médicale actuelle

2.4.1 Moyens de formation actuelle

Les trois populations interviewées utilisent certains **moyens communs** pour se former :

- formations universitaires

EPH9 « on se forme dans les centres universitaires »

EMG13 « J'en ai fait à la fac aussi »

EINT11 « je me forme avec les cours de DES »

EINT7 « j'ai fait quelques DU »

- les congrès

EPH4 « dans les congrès médicaux nationaux et internationaux »

EMG9 « congrès du CNGE à Bordeaux. Et je fais aussi les journées d'Aquitaine de cicatrisation »

EINT5 « on se forme beaucoup avec les séminaires »

- les méthodes personnelles type revues médicales, recherche bibliographique

EPH6 « et puis autrement c'est PubMed toute la journée »

EMG2 « Je lis un peu quand même la presse scientifique : l'encyclopédie médicochirurgicale. Je lis un petit peu ce qui sort dans le Lancet ou dans les revues de cardiologie »

EINT6 « le support de l'information, il est principalement sur les grands journaux »

- les recommandations officielles

EPH8 « uniquement sur les dernières avancées et recommandations »

EMG5 « Je me référerai plus aux recommandations de la HAS »

EINT10 « les rapports de la société française d'ophtalmologie »

- groupes de pairs ou réunion multidisciplinaires

EPH11 « beaucoup de formation de revue de la littérature qu'on fait entre médecins et internes »

EMG3 « Groupe de pairs essentiellement. Ça, c'est ma principale source »

EINT2 « Après à l'hôpital, on a pas mal de staff »

2.4.2 Critères de choix

Qu'il s'agisse des médecins généralistes, spécialistes hospitaliers ou des internes de spécialité, le choix de la formation est majoritairement guidé **par le sujet abordé et son intérêt médical**

EPH1 « sur le sujet principalement, si ça m'intéresse je le fais sinon non »

EMG3 « quand il y a des trucs qui m'intéressent »

EINT3 « c'est surtout le sujet qui va m'intéresser en premier lieu »

Ainsi que par **son lien à la pratique clinique** effectué par le médecin en question.

EPH5 « moi je fais pas mal d'immunologie, je vais à des congrès d'immunologie un peu pointus »

EMG1 « mes besoins du moment »

EMG9 « Il faut que ce soit adapté à la médecine générale »

EINT7 « appétence pour ce que je veux faire plus tard »

La **qualité des intervenants** est également un critère commun.

EPH6 « avec de bons intervenants »

EMG13 « où il y a un médecin qui s'appelle Bellaïche, qui a fait l'Intermed de pédiatrie notamment et qui est un super formateur »

EINT4 « c'est aussi du coup la qualité des orateurs »

Enfin, le **lieu de formation** est un critère de choix, afin d'avoir un déplacement le plus court possible.

EPH1 « je privilégie largement tout ce qui est sans déplacement long, dans d'autres villes, pour un gain de temps en fait »

EMG9 « Je ne bouge pas beaucoup »

EINT4 « c'est à Paris, on n'a jamais le temps pour y aller »

2.4.3 Lien entre industrie pharmaceutique et formation actuelle

Une partie des trois populations confondues estime que leur formation actuelle est, aujourd'hui encore, **en lien avec l'industrie pharmaceutique**

EPH3 « ah ben oui il y a un lien clair plus ou moins important qui existe »

EMG13 « Beh, il reste présent »

EINT10 « Le lien existe ça c'est « sûr »

Notamment, par la **présence des laboratoires aux formations,**

EPH5 « peut-être un congrès ou deux »

EMG3 « je vais tous les ans aux journées de pédiatrie à Bordeaux Lac et là c'est des labos »

EINT10 « ils sont dans des congrès des trucs comme ça »

et le **financement de formation** coûteuse.

EPH9 « C'est eux qui financent les intervenants, c'est eux qui financent éventuellement les inscriptions des participants extérieurs -les médecins de ville notamment- et ... et ouais au travers de formation de plus en plus »

EMG10 « ça doit être, peut-être, plus compliqué d'aller dans des gros congrès car ça coûte cher »

EINT11 « j'ai pu faire deux DU où j'ai pu me faire financer par des labos »

A contrario, l'autre partie estime ce **lien comme limité voire absent.**

EPH5 « moi je n'ai jamais été sponsorisé ni en tant qu'interne ni en tant que chef »

EMG6 « Pour moi personnellement le lien est coupé »

EMG9 « C'est très rarement sous le couvert d'un laboratoire »

EINT4 « ce n'est pas l'industrie pharmaceutique au quotidien qui me forme »

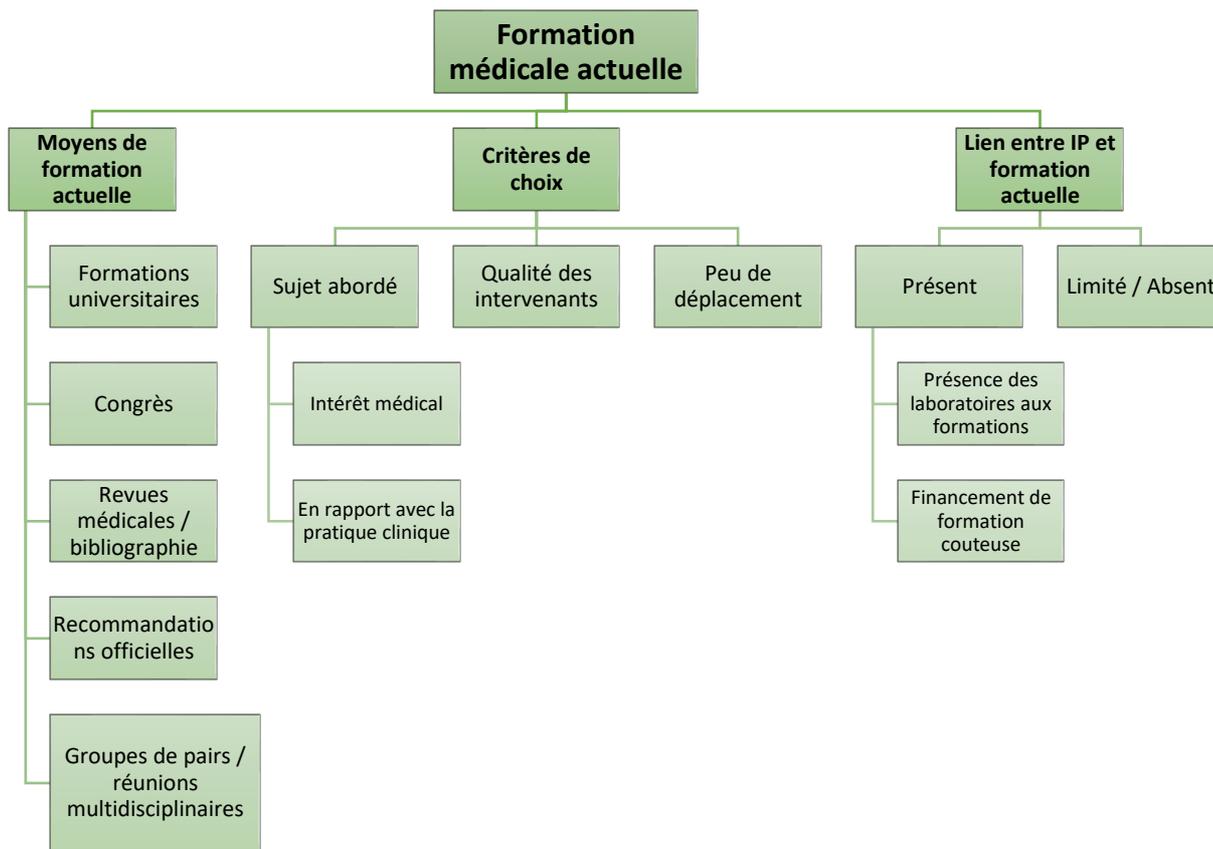


Schéma 5 : Formation médicale actuelle commun aux 3 populations

2.5 Perception de la E-FACRIPP

2.5.1 Intérêt pour la E-FACRIPP

L'ensemble des participants à l'étude montre un **intérêt positif** quant à la mise en place de la FACRIPP.

EPH7 « c'est très bien d'avoir ce genre de formation, ça me semble très pertinent »

EMG10 « je trouve ça super bien »

EINT6 « moi je trouve ça très bien, vraiment »

Cet intérêt est motivé par une **carence en formation de sensibilisation** pendant la formation initiale des médecins.

EPH8 « parce que nous, on ne l'a pas eu, hein, donc, on était très naïf en fait au départ »

EMG2 « J'ai pas tellement été formé à percevoir l'industrie pharmaceutique »

EINT10 « ce sont des choses, on n'a pas de formation de départ »

Pour eux, cette formation de sensibilisation devrait être **proposée aux médecins en début de cursus**.

EPH4 « mais pour les jeunes qui débutent c'est important »

EMG8 « c'est bien oui, pour éviter que les internes soient trop crédules par rapport aux informations »

EINT9 « qu'on nous présente au début de notre internat le sujet ça peut être bien oui. »

2.5.2 Attentes de la E-FACRIPP

Concernant les modalités de la formation, les trois populations s'entendent pour bénéficier d'une **formation courte et non chronophage**.

EPH2 « pas chronophage »

EMG7 « dans la mesure où ça ne me prend pas trop de temps non plus par rapport au reste de ma formation »

EINT1 « Pas quelque chose qui s'éternise sur des semestres...pas quelque chose de chronophage en tout cas »

Dans le contenu de celle-ci, ils souhaitent de manière unanime mieux **comprendre l'organisation de l'industrie pharmaceutique**,

EPH7 « ce serait reprendre tout le circuit du médicament et toute la partie réglementaire derrière parce que ce n'est pas forcément bien connu des médecins »

EMG1 « nous éclairer sur l'industrie pharmaceutique »

EINT9 « De nous présenter éventuellement les rôles de l'industrie pharmaceutique à tous les niveaux »

Et apprendre les techniques d'influence principales.

EPH8 « c'est : quelles sont leur formation, quelles sont leurs techniques pour nous influencer »

EMG12 « il y a certainement des choses que j'ai à apprendre sur comment ils arrivent à influencer ma pratique, beaucoup plus que ce que je pense »

EINT8 « savoir quelles sont leurs stratégies pour vendre les médicaments » et « comment ils mettent en place tout ce réseau-là »

Par ailleurs, les trois populations aimeraient entretenir par le biais de cette formation **un regard critique** sur l'industrie pharmaceutique.

EPH6 « ce que j'aimerais c'est essayer d'expliquer aux jeunes médecins qu'il faut toujours rester extrêmement critique »

EMG13 « cette formation peut aider pour garder un œil critique sur ce lien qu'on peut avoir avec l'industrie pharmaceutique »

EINT12 « outils qui te permettent de rester critique devant les informations balancées par les labos »

De plus, ils souhaitent pouvoir **échanger avec l'industrie pharmaceutique**.

EPH12 « Et vous vous êtes rapprochés des écoles de commerces pour voir ? Car je pense que ça pourrait être une bonne vision de la chose aussi pour apporter un complément d'information et voir la formation des délégués médicaux etc »

EMG5 « On pourrait avoir le point de vue de l'industrie, et le point de vue d'un critique, et ça serait à nous de faire la synthèse »

EINT2 « ça permettrait de connaître de manière plus rapide...euh quelles questions poser aux laboratoires devant un nouveau médicament par exemple »

2.5.3 Projection de participation à la E-FACRIPP

Alors que tous étaient unanimes sur l'utilité de la mise en place de cette formation, seulement une partie des interviewés se disent **prêts à participer** à la E-FACRIPP

EPH11 « oui moi ça m'intéresserai oui clairement »

EMG10 « je suis très intéressée pour la faire »

EINT5 « si c'est au programme de notre formation oui je la ferai »

Tandis que l'autre partie ne songe **pas à y participer**.

EPH4 « honnêtement moi non »

EMG4 « Ouf, là je ne suis plus du tout intéressée par une formation »

EINT11 « si c'était proposé dans le DES, je ne le ferai pas forcément »

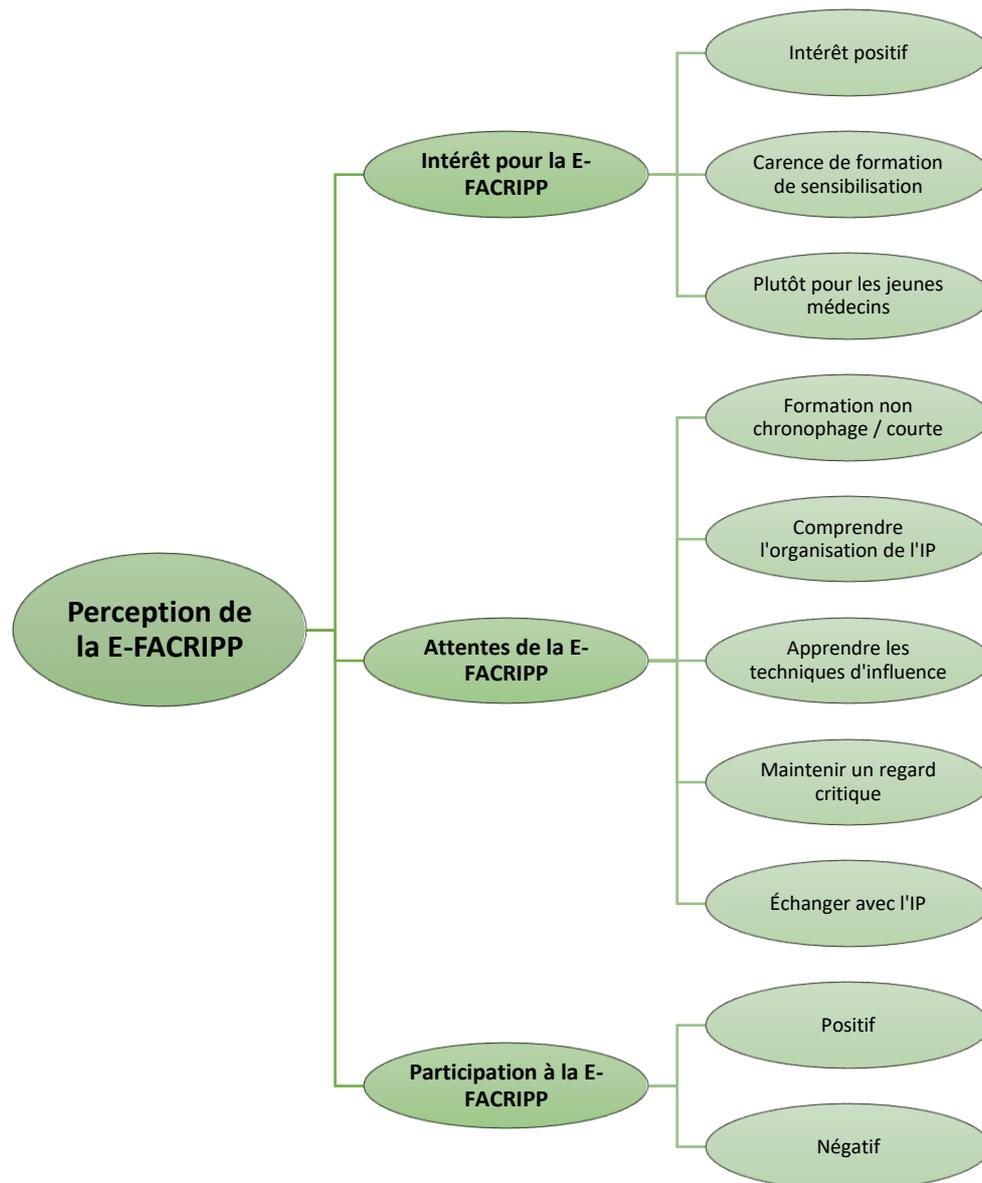


Schéma 6 : Perception de la E-FACRIPP commun aux 3 populations

3 Présentation des résultats communs à deux populations

Rappel des abréviations :

EPH : Entretien des praticiens hospitaliers

EMG : Entretien des médecins généralistes

3.1 Résultats communs aux médecins généralistes et médecins spécialistes hospitaliers

3.1.1 Perception de l'industrie pharmaceutique

3.1.1.1 Entreprise puissante

Les médecins généralistes et praticiens hospitaliers considèrent l'entreprise pharmaceutique comme **influente** dans le monde extra-médical.

EPH5 « Des grands géants qui ont beaucoup d'influence sur des domaines qui vont à mon sens bien au-delà de la médecine d'ailleurs »

EMG9 « c'est un lobbying aussi qui a un fort pouvoir financier politique »

3.1.1.2 Entreprise commerciale

Les médecins estiment que l'industrie pharmaceutique s'investit de manière prédominante dans des **pathologies lucratives**.

EPH3 « dans la perspective de se faire du fric il faut faire payer très cher des médicaments qui seront utilisés peut être par un petit nombre de personnes, mais un nombre suffisant pour que ce soit bien rentable »

EMG6 « qui sont peut-être un peu négligées entre guillemets par rapport à d'autres pathologies qui sont sur-investies »

Cette démarche mercantile est **partiellement comprise et acceptée**,

EPH1 « je ne leur reproche pas hein, développer un médicament ça coûte cher »

EMG13 « Le coté commercial me dérange mais il est compréhensible, ils ont besoin de vendre leur truc »

Mais entraîne une **divergence de vision et d'objectifs** décrite de manière unanime dans ces deux populations.

EPH7 « c'est là où on est un peu... on n'est pas fichu pareil entre guillemets, entre un médecin de soins courants et puis un médecin ... »

EMG9 « donc on n'a pas forcément les mêmes objectifs premiers »

3.1.1.3 Entreprise évolutive

Les médecins généralistes et praticiens hospitaliers reprochent un **abandon d'une partie de la recherche considérée comme non lucrative** pour l'industrie pharmaceutique ; alors même que celle-ci serait **bénéfique pour la santé de la population**.

EPH5 « dans l'antalgie qui est pourtant un sujet tout aussi important, euh on a le sentiment qu'il n'y a plus de recherche quoi »

EMG12 « l'industrie pharmaceutique ne s'intéresse plus aux antibiotiques parce que ce n'est pas rentable à terme. Et donc il y a des poly-résistances ou des résistances totales aux antibiotiques qui commencent à émerger, ça c'est un vrai problème lié à l'industrie et au fonctionnement de l'industrie pharmaceutique »

3.1.1.4 Entreprise insistante

Les médecins généralistes et praticiens hospitaliers rapportent une **pression** de rencontre importante exercée par les **visiteurs médicaux**.

EPH11 « c'est des gens qui nous croisent dans les services, qui se jettent sur nous »

EMG2 « lorsque le Tavanic était sorti là, pfff... on les voyait tout le temps les filles »

3.1.1.5 Attentes vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique

Les médecins espéreraient trouver, dans une industrie pharmaceutique future, un **altruisme** au service de la santé des populations et dépassant l'objectif lucratif actuellement prédominant.

EPH3 « Dans une perspective qui serait une perspective plus altruiste et qui considérerait que la santé est un bien... qui est un bien non marchandable »

EMG5 « le rôle de l'industrie pharmaceutique ne devrait pas être un rôle capitalistique pur »

Les médecins souhaiteraient **davantage de collaboration et d'échanges** avec l'industrie pharmaceutique, afin que celle-ci réponde au mieux aux problématiques de terrain.

EPH9 « donc voilà je pense que c'est un deal entre les institutions et les industriels pour que les études soient le mieux menées et qu'elles répondent à la problématique clinique ou thérapeutique »

EMG14 « il faut que ce soit un partenariat main dans la main avec les médecins »

3.1.1.6 Ressenti général

Le ressenti concernant l'industrie pharmaceutique n'est pas unanime.

Une partie des médecins généralistes et spécialistes hospitaliers ont une représentation **positive** de l'industrie pharmaceutique.

EPH8 « dans la mesure où ils nous rendent service, c'est toujours quelque chose de positif pour moi »

EMG11 « Je la perçois plutôt positivement »

Alors que certains autres ont une vision plutôt **négative**.

EPH2 « j'ai beaucoup d'acrimonie à l'égard de l'industrie pharmaceutique »

EMG7 « je ne suis pas un grand fan »

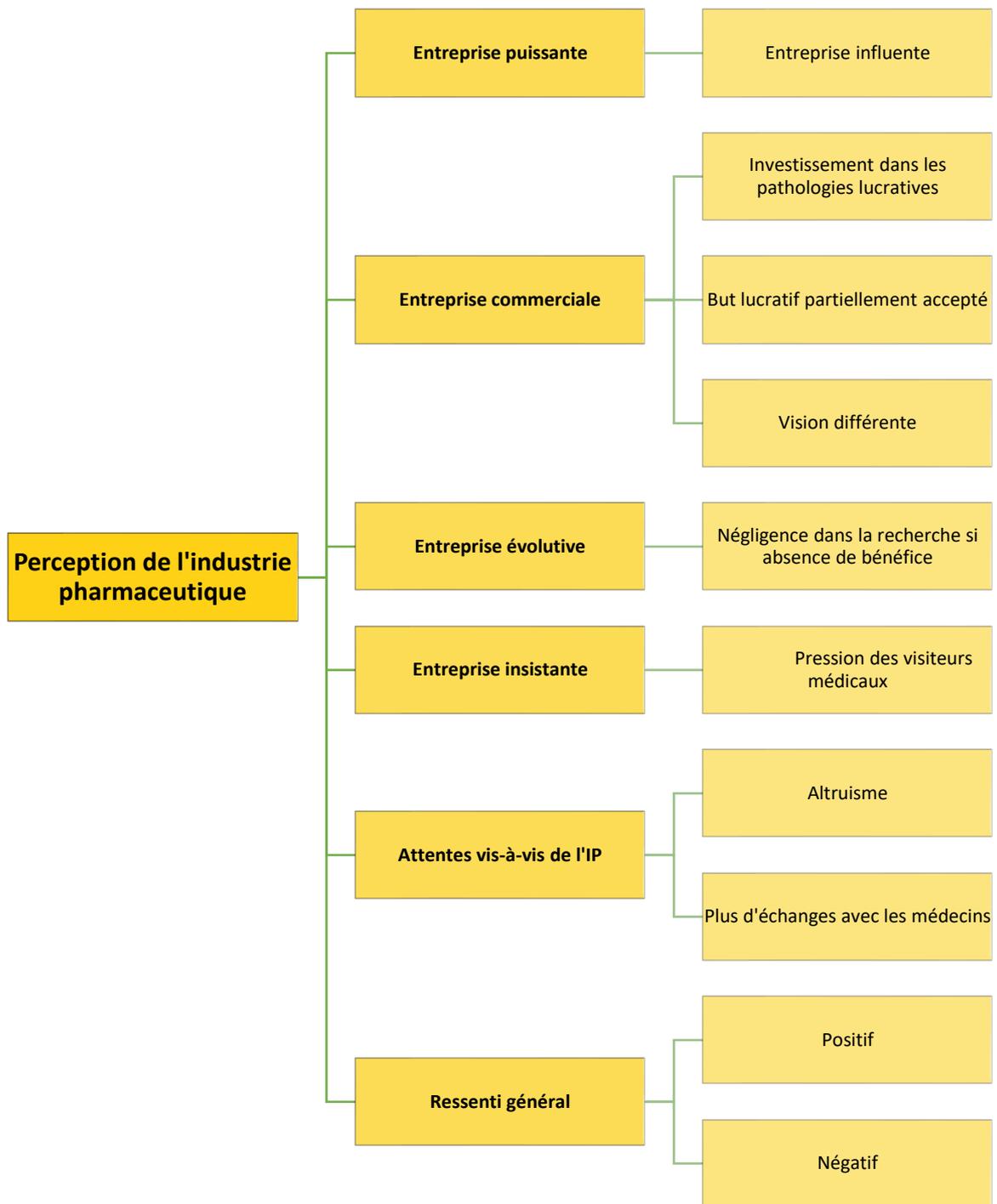


Schéma 7 : Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique commun aux médecins généralistes et praticiens hospitaliers

3.1.2 Liens avec l'industrie pharmaceutique

3.1.2.1 Perception de la visite médicale

Les médecins généralistes et spécialistes hospitaliers acceptent certaines visites médicales surtout par **empathie** envers les visiteurs médicaux.

EPH6 « je veux dire que les visiteurs médicaux quand je les reçois dans mon bureau c'est plus pour leur faire plaisir, parce que les pauvres c'est leur job, ils sont obligés d'aller voir le docteur, alors je ne leur ferme pas la porte au nez »

EMG9 « Je la plains en général, parce que les délégués médicaux, ils sont dans un environnement assez hostile »

Le ressenti de ces visites est **dépendant des intervenants**.

EPH4 « là encore ça dépend des laboratoires et des gens à qui on a affaire »

EMG1 « c'est plus ou moins adapté à la personne qui le présente et les liens qu'il a avec le médecin aussi »

Les visiteurs médicaux adaptent leur attitude et leur présentation au médecin rencontré.

EPH4 « ils ne vont pas avoir le même langage avec quelqu'un qui ne connaît absolument rien du produit que celui qui le connaît par cœur »

EMG4 « Bon de toute façon avec moi, ils savent aussi qu'il faut être cool »

EMG9 « Le contenu scientifique, il est quand même adapté parce ce qu'ils viennent présenter à un médecin »

3.1.2.2 Perception de la relation médecin – industrie pharmaceutique

Les médecins généralistes et spécialistes hospitaliers perçoivent cette relation comme **complexe**.

EPH4 « rapports ambigus mais nécessaires parce qu'on a besoin d'eux comme ils ont besoin de nous »

EMG13 « C'est aussi l'histoire de conflit d'intérêt qui est quand même compliqué »

3.1.2.3 Liens entre formation médicale et industrie pharmaceutique

Selon les médecins interrogés, le lien entre formation médicale et industrie pharmaceutique est à l'origine d'une **influence sur la formation**.

EPH8 « l'industrie peut encore influencer sur les congrès où ils nous invitent »

EMG7 « On est en tout cas fortement, à mon avis, influencé »

Ce lien entraîne par conséquent une vive **critique** de la part de la population.

EPH9 « dans les yeux du grand public les médecins sont des nantis. On fait tout pour eux ils sont tous vendus à l'industrie, et en plus l'histoire du COVID n'a rien arrangé »

EMG11 « j'ai l'impression qu'on est pris pour des bandits »

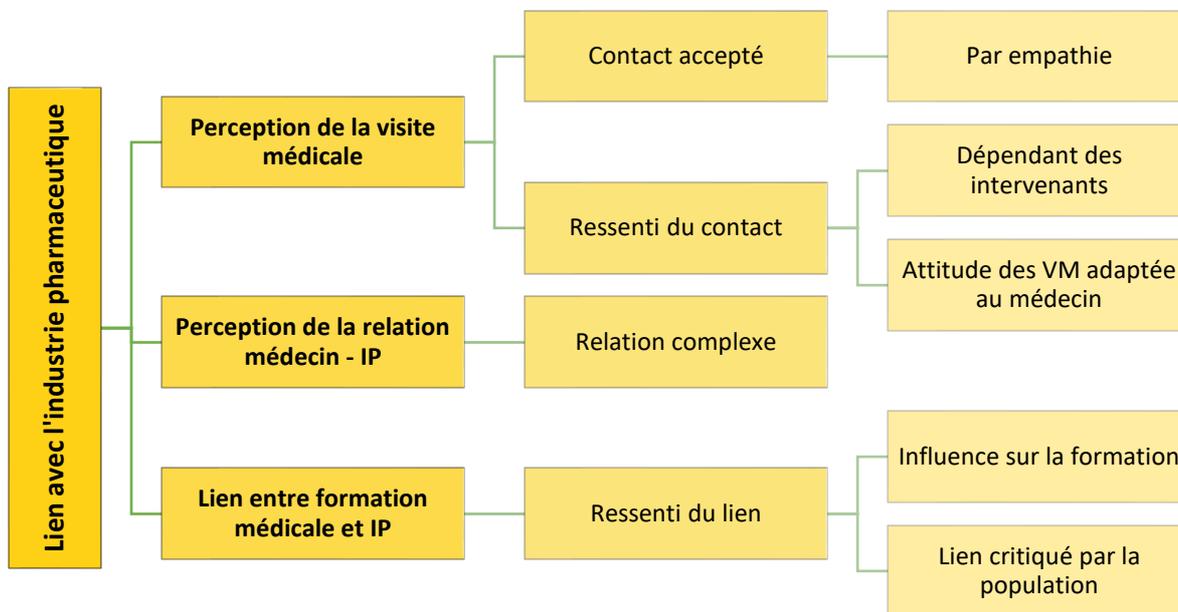


Schéma 8 : Lien avec l'industrie pharmaceutique, commun aux médecins généralistes et praticiens hospitaliers

3.1.3 Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique

3.1.3.1 Pendant la formation initiale

Les médecins généralistes et les praticiens hospitaliers ont identifié les **techniques d'influence** utilisées par l'industrie pharmaceutiques lors de leur internat. Généralement, il s'agissait de moments conviviaux et de cadeaux.

EPH4 « ils donnaient des brochures des ouvrages qui étaient très bien faits pour les étudiants en médecine et ça je trouvais très bien »

EMG8 « on faisait des repas payés par les laboratoires »

Durant leur internat, l'**influence** était **ressentie** par certains

EPH8 « je pense qu'on a dû être influencé au départ oui, à partir de l'internat oui »

EMG10 « y'avait des trucs qu'on prescrivait plus que d'autre »

alors que d'autres se sentaient **indépendants** malgré le contact avec l'industrie pharmaceutique.

EPH1 « je ne trouve pas qu'il y ait un énorme lien pendant l'internat, enfin l'internat pour le coup c'est très carré »

EMG4 « C'est pas pour autant qu'on était acheté »

3.1.3.2 Influence actuelle de l'industrie pharmaceutique

Les praticiens hospitaliers et les médecins généralistes rapportent une **influence sur leur pratique médicale**.

EPH11 « l'utilisation de certains produits, certaines drogues, ou médicaments ; clairement ça peut être influencé par l'industrie pharmaceutique que l'on côtoie oui »

EMG1 « Je trouve que ça influence beaucoup notre pratique »

3.1.3.3 Influence non ressentie

Certains médecins généralistes et spécialistes **remettent en question le sentiment d'invulnérabilité.**

EPH6 « j'ai l'impression, mais ça doit être une impression fausse, parce qu'autrement les laboratoires ne viendraient pas nous voir aussi souvent.. Que je reste indépendante dans ma prescription »

EMG12 « On peut avoir un esprit critique mais s'ils continuent à le faire c'est bien que ça s'impacte plus qu'on croit au niveau cérébral donc ... »

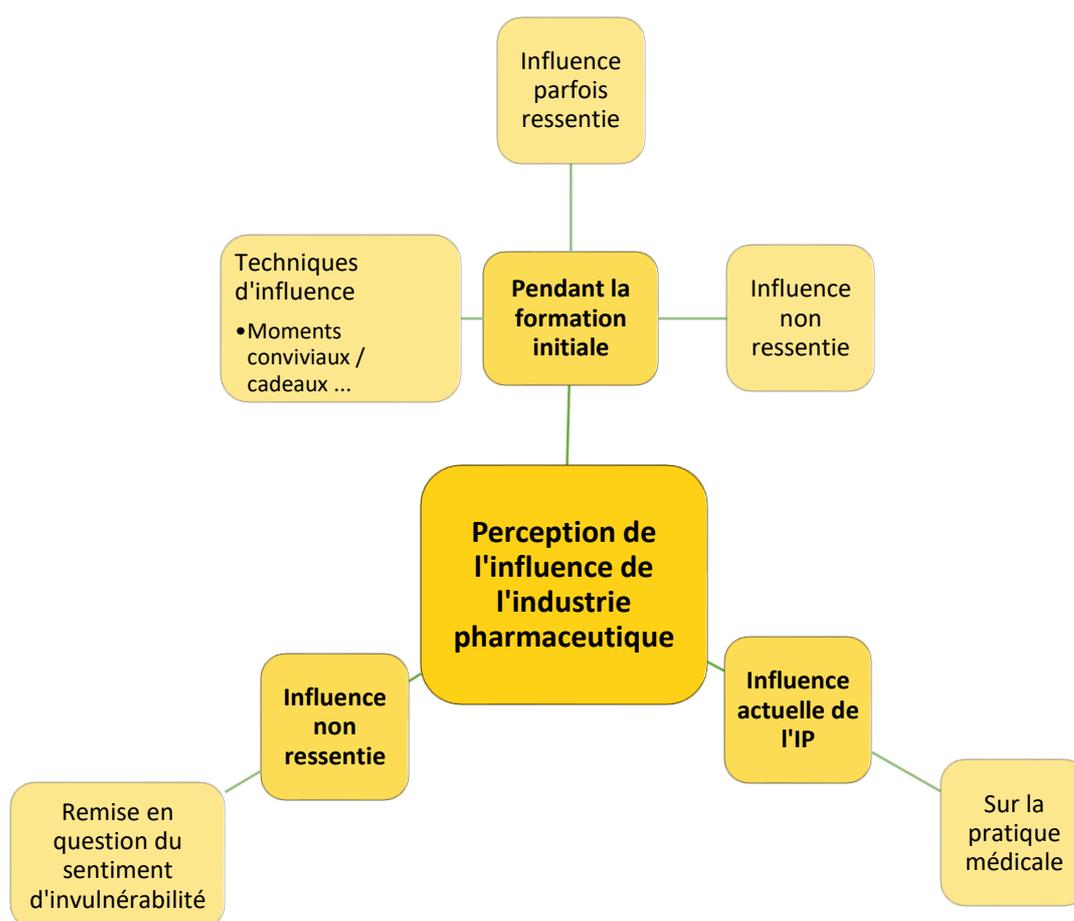


Schéma 9 : Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique commun aux médecins généralistes et praticiens hospitaliers

3.1.4 Formation médicale actuelle

3.1.4.1 Moyens de formation actuelle

Une partie des médecins généralistes et praticiens hospitaliers se forment de manière **indépendante.**

EPH8 « des biblios qu'on se paye entre nous qui n'est pas fournie »

EPH8 « notre association paye les congrès aussi donc on peut se les choisir aussi »

EMG11 « Et c'est une soirée que nous finançons par notre argent »

3.1.4.2 Évolution des formations

De par la pandémie due au SARS COV 2 que nous connaissons, certains médecins généralistes et spécialistes hospitaliers ont modifié leur méthode de formation et **privilégient les formations en ligne**

EPH7 « donc les congrès en présentiel ne sont plus possible mais on suit des congrès en virtuel »

EMG12 « Là, je fais des formations en ligne depuis le confinement »

Tandis que d'autres ont **baissé leur rythme de formation**

EPH5 « Donc on était un groupe très actif, et puis là maintenant, confinement oblige, et restaurants fermés oblige, ça a disparu »

EMG8 « depuis un an je ne fais pas grand-chose parce qu'avec le COVID c'est un peu le bazar »

3.1.4.3 Critères de choix

Les médecins généralistes et praticiens hospitaliers orientent leur formation en fonction de la **réputation de celle-ci**,

EPH6 « c'est sur la réputation »

EMG2 « faut que ce soit des formations de référence »

Ainsi que **de son accessibilité**.

EPH13 « la facilité d'accès »

EMG8 « c'est d'abord la commodité de la formation »

3.1.4.4 Perception de la formation actuelle

Les médecins généralistes et séniors hospitaliers considèrent tous que la formation médicale est **indispensable** en médecine.

EPH8 « c'est du temps qui n'est pas de la production ni de la consultation et qui peut être important »

EMG9 « On ne peut pas rester sans se former en médecine générale »

Mais ceux-ci la jugent **trop chronophage**, nécessitant une **contrainte organisationnelle**,

EPH1 « ça bloquait toute la journée »

EPH9 « je ne vois pas à quel moment de leur vie ils vont avoir le temps de lire des articles »

EMG6 « Malheureusement je n'ai pas trop l'occasion de pouvoir me faire remplacer »

EMG10 « et c'est du temps quand on est libéral qu'on a pas ... »

Et **coûteuse**.

EPH1 « se former coûte de l'argent »

EMG6 « c'est un coût »

3.1.4.5 Lien entre industrie pharmaceutique et formation actuelle

Les médecins maintiennent un **lien** entre leur formation et l'industrie pharmaceutique par le **biais d'invitation aux formations**.

EPH1 « se faire payer l'invitation par le laboratoire pharmaceutique plutôt que de le déboursier soi-même »

EMG2 « il y a les formations où on est invité »

Selon certains, ce **lien** disparaît en cas de financement indépendant de l'industrie pharmaceutique.

EPH1 « la plupart des formations médicales n'étaient pas forcément financées par l'industrie pharmaceutique »

EMG8 « Beh il n'y en a pas. Moi c'était une formation qui était payante »

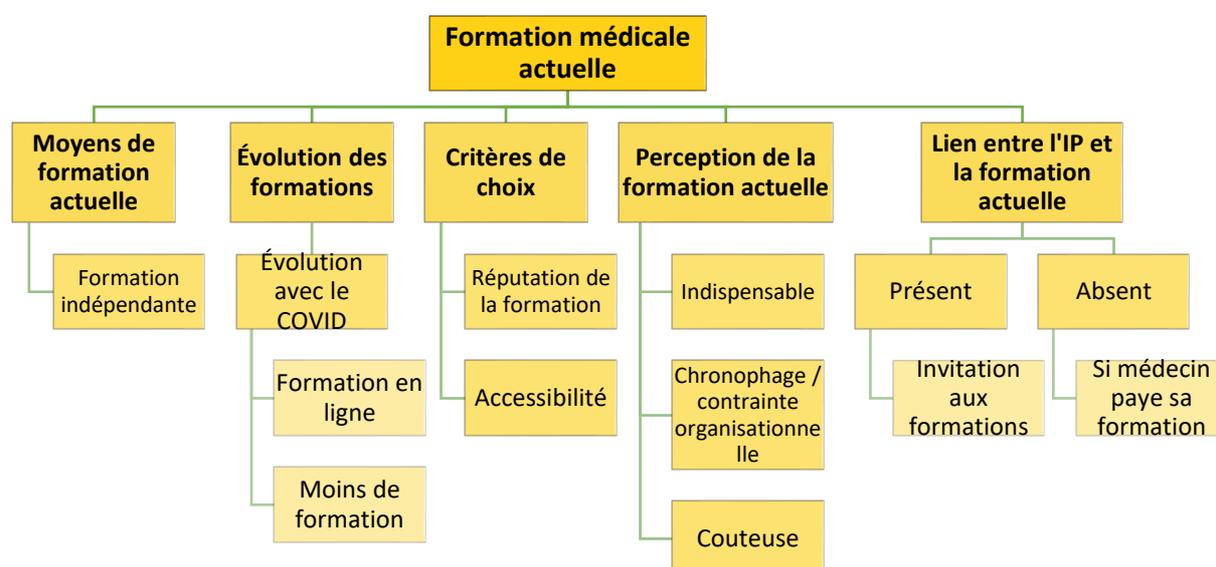


Schéma 10 : Formation médicale actuelle, commun aux médecins généralistes et praticiens hospitaliers

3.1.5 Perception de la E-FACRIPP

3.1.5.1 Intérêt pour la E-FACRIPP

Pour les médecins généralistes et praticiens hospitaliers, ceux ayant un fort **sentiment d'indépendance** vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique ne trouveront pas d'intérêt personnel pour cette formation.

EPH2 « comme aujourd'hui j'ai l'impression que j'arrive à avoir un jugement et un avis assez critique justement sur les présentations »

EMG12 « Après je ne sais pas si la formation intéressera les « pro-convaincus », ceux qui pensent ne pas du tout être influencés dans leur pratique »

De par un sentiment de maîtrise acquis au fil des années de pratique, les médecins en fin de carrière ne perçoivent **pas l'utilité** de ce que cette formation pourrait leur apporter

EPH4 « moi non parce que j'ai 62ans je côtoie l'industrie pharmaceutique depuis 39 ans, je travaille avec eux donc voilà, je sais où il faut aller, où il ne faut pas aller donc ça ne m'apportera pas grand-chose »

EMG8 « parce que j'ai 67 ans et que ça va me gonfler de le faire. Ça ne m'apportera rien »

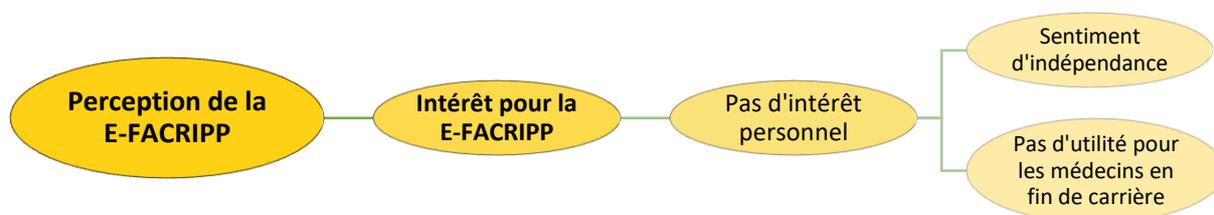


Schéma 11 : Perception de la E-FACRIPP commun aux médecins généralistes et praticiens hospitaliers

3.2 Résultats communs aux praticiens hospitaliers et internes de spécialités

Rappel des abréviations :

EPH : Entretien des praticiens hospitaliers

EINT : Entretien des internes de spécialité

3.2.1 Perception de l'industrie pharmaceutique

3.2.1.1 Entreprise bénéfique

L'industrie pharmaceutique **facilite la formation** des praticiens hospitaliers ainsi que des internes de spécialité.

EPH9 « ils nous permettent d'accéder à des formations par les américains notamment, les allemands, ils nous permettent de discuter avec ces personnes-là, ils nous mettent en relation »

EINT4 « de rendre accessible et me permettre d'accéder »

3.2.1.2 Attentes vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique

Les médecins et internes de spécialité attendent de l'industrie pharmaceutique qu'elle joue un **rôle de sécurité** et qu'elle **contrôle les bénéfices/risques** de leurs médicaments.

EPH3 « mettre en place les essais qui permettent de vérifier l'efficacité et l'absence de toxicité »

EPH9 « donc il faut obliger à ce que l'industrie pharmaceutique fasse des études correctes et les moins ambiguës possibles pour qu'on puisse les utiliser »
 EINT4 « S'assurer que les produits qu'ils développent...qu'ils soient vraiment efficaces »
 EINT11 « ils sont tenus de fabriquer leurs médicaments avec une certaine norme...une certaine euh qualité de fabrication »

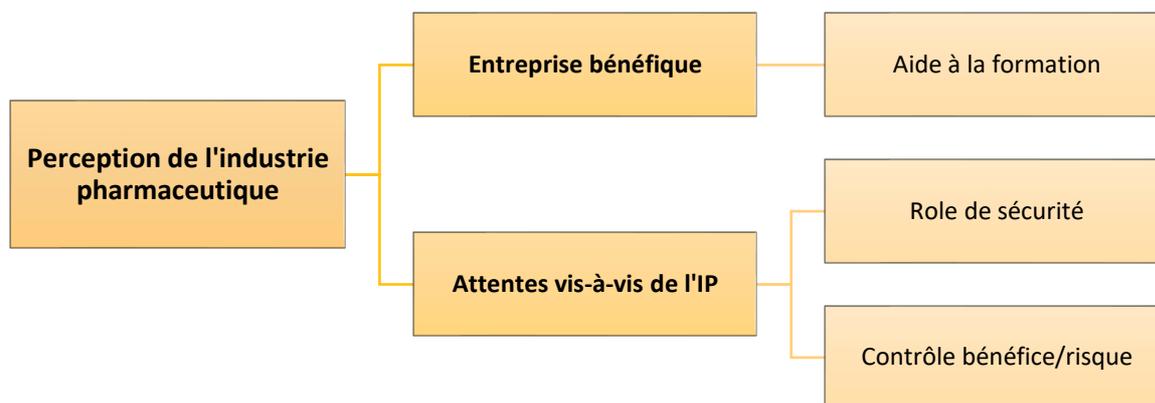


Schéma 12 : Perception de l'industrie pharmaceutique, commun aux praticiens hospitaliers et internes de spécialité

3.2.2 Liens avec l'industrie pharmaceutique

3.2.2.1 Contacts avec l'industrie pharmaceutique

Les praticiens hospitaliers et les internes de spécialité ont des contacts avec l'industrie pharmaceutique par l'intermédiaire des **collaborations pour la recherche clinique**.

EPH7 « moi j'en ai quasiment tous les jours parce que comme je vous le dis, je fais de la recherche clinique »

EINT11 « oui ils sont présents, que ça soit dans les essais cliniques que l'on fait dans les services »

3.2.2.2 Évolution des contacts

Les contacts avec l'industrie pharmaceutique **ont évolué suite à la pandémie** due au Sars Cov 2.

EPH6 « ils n'ont plus le droit de venir dans le service parce qu'on est en période COVID »

EINT11 « depuis le COVID, je n'ai pas eu l'occasion de croiser des visiteurs médicaux »

Les **lois anti-cadeau** ont également modifié ces contacts.

EPH7 « Nous par exemple, nous n'acceptons plus de staff où en gros le labo venait faire une revue publicitaire de sa molécule autour de petits fours »

EINT5 « moins le cas parce qu'ils ont beaucoup de restrictions »

3.2.2.3 Perception de la visite médicale

Les médecins et les internes perçoivent la visite médicale comme un contact **forcé** et parfois **imprévisible**.

EPH1 « notamment par le biais de délégués médicaux qui peuvent être parfois pressant pour des rendez-vous, parfois même sans rendez-vous dans les couloirs »

EINT4 « qu'ils débarquaient à n'importe quel moment »

3.2.2.4 Qualité des informations délivrées

Les médecins et les internes disent devoir **rester critique** concernant les informations délivrées par l'industrie pharmaceutique.

EPH3 « quand on n'a pas les moyens de pouvoir faire une analyse très précise de ce qu'ils sont en train de vous raconter on se fait baiser »

EINT11 « Il faut écouter ceux qu'ils ont à nous proposer et puis à nous d'être critique et de faire le tri quoi »

Ces informations semblent **plus recevables** et de meilleure qualité si elles sont délivrées **par des médecins experts** ou médecins de l'industrie pharmaceutique.

EPH12 « par contre les médicaments, enfin les médecins des laboratoires que j'ai la chance de voir, euh c'est intéressant... donc voilà »

EINT6 « l'information venant de médecins experts, elle est valable »

3.2.2.5 Perception de la relation médecin-industrie pharmaceutique

Les internes de spécialité et les praticiens hospitaliers perçoivent leur relation avec l'industrie pharmaceutique comme une **collaboration avec des bénéfices partagés**.

EPH6 « c'est du donnant donnant que j'accepte »

EINT10 « on a réussi à construire une opération gagnant gagnant »

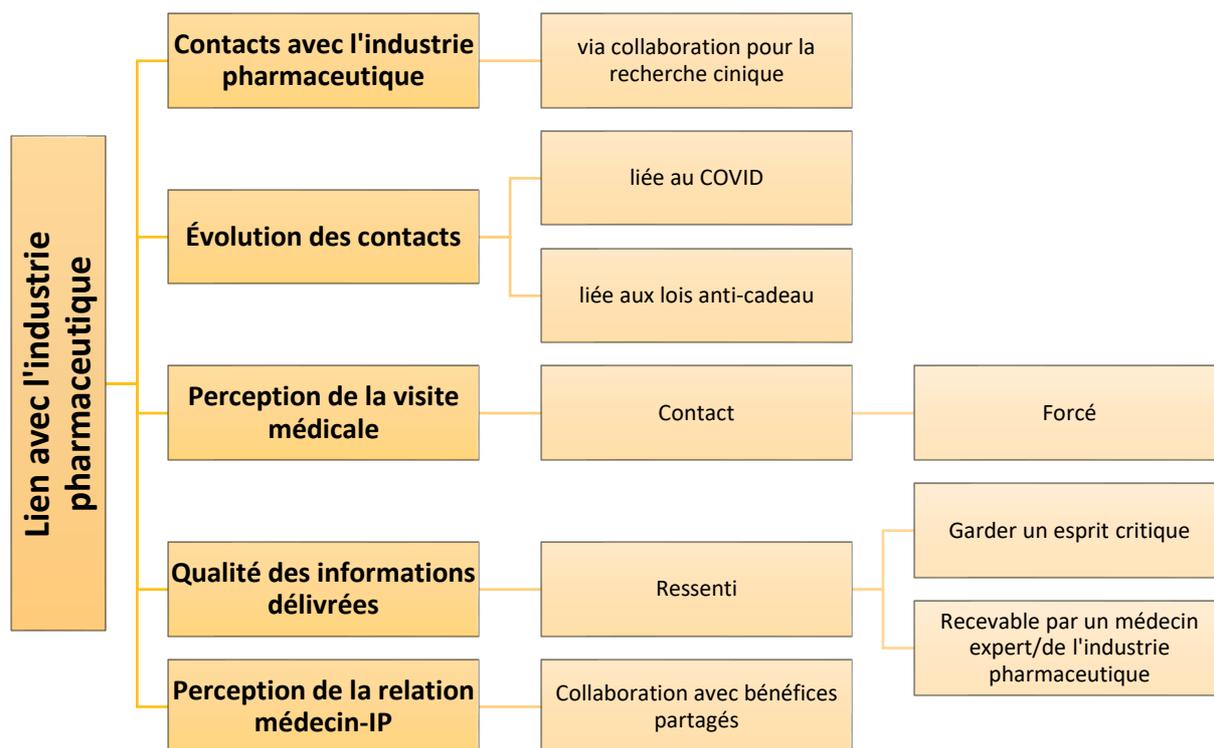


Schéma 13 : Lien avec l'industrie pharmaceutique, commun aux praticiens hospitaliers et internes de spécialité

3.2.3 Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique

3.2.3.1 Pendant la formation initiale

Les internes et praticiens hospitaliers semblent accepter les contacts avec l'industrie pharmaceutique pendant leur formation initiale et les trouvent globalement bénéfiques : l'industrie pharmaceutique représentant une **aide dans leur formation**.

EPH7 « c'est vrai qu'on prenait ça quand même comme une aide »

EPH9 « je sais que si je ne les avais pas suivies, ben il y a des choses que j'aurai acquies moins rapidement ou j'aurai été moins performant je pense »

EINT2 « personnellement ça m'embêterait de me priver de l'information »

3.2.3.2 Influence actuelle de l'industrie pharmaceutique

L'influence peut être ressentie au travers des **essais cliniques** et de leur financement par l'industrie pharmaceutique.

EPH3 « Et donc de façon très indirecte l'industrie pharmaceutique influence la connaissance qu'on peut avoir des progrès et des traitements, par le biais de la réalisation de ces essais »

EPH8 « y'a plus beaucoup d'études qui peuvent se faire sans que ça soit financé par un laboratoire »

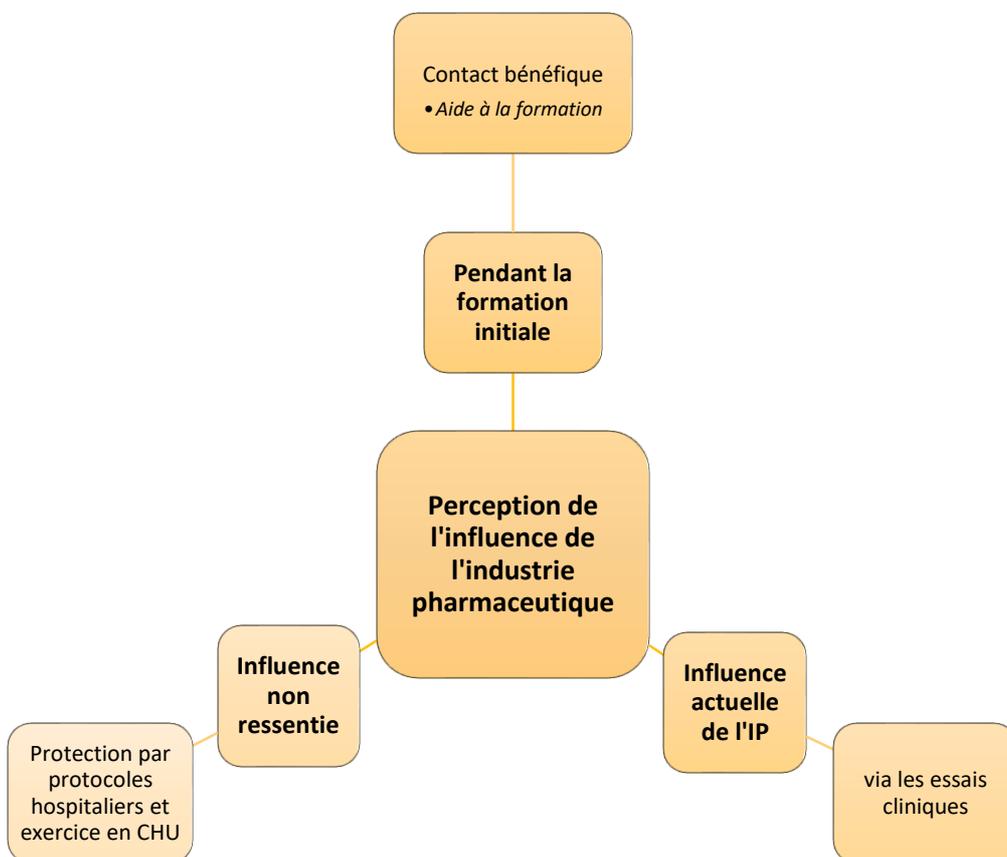
EINT6 « mon influence à moi, viendra de cette recherche clinique industrielle avec les laboratoires »

3.2.3.3 Influence non ressentie

Les médecins hospitaliers et les internes de spécialité ne ressentent pas l'influence de l'industrie pharmaceutique et considèrent comme garants d'indépendance les **protocoles hospitaliers et l'exercice en CHU**.

EPH12 « ça c'est fait dans les grandes institutions comme en CHU »

EINT7 « les décisions sont prises au-dessus de moi, par les médecins de mon service, je pense que c'est eux, à ce niveau, qui ont les prises de décisions dans les protocoles »



Schémas 14 : Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique, commun aux praticiens hospitaliers et internes de spécialité

3.2.4 Formation médicale

3.2.4.1 Moyens de formation actuelle

Les praticiens hospitaliers et les internes de spécialités **se forment par le biais et grâce à l'industrie pharmaceutique**.

EPH6 « les symposiums des laboratoires sont pas mal »

EINT11 « je pense que les labos participent de manière significative à notre formation »

3.2.4.2 Perception de la formation actuelle

Ils reprochent au **système public de ne pas assurer son rôle** d'organisation de formation médicale continue.

EPH12 « la problématique c'est la formation médicale continue qui n'est pas assurée par l'institution correctement »

EINT8 « ce n'est pas l'État qui nous les paye maintenant nos DU »

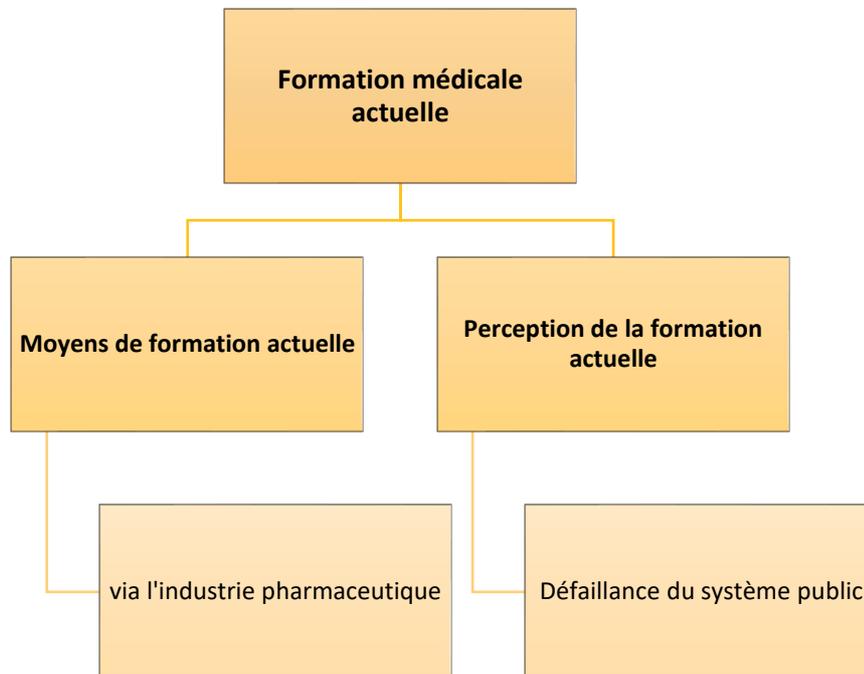


Schéma 15 : Formation médicale actuelle, commun aux praticiens hospitaliers et internes de spécialité

3.2.5 Perception de l'E-FACRIPP

3.2.5.1 Caractère obligatoire de la E-FACRIPP

Les internes et séniors hospitaliers s'entendent sur le caractère **facultatif** de cette formation de sensibilisation.

EPH1 « je pense qu'il doit rester facultatif »

EINT10 « Je pense que ça ne devrait pas être obligatoire »

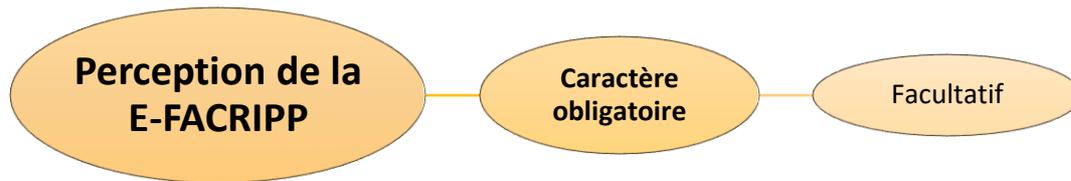


Schéma 16 : Perception de la E-FACRIPP, commun aux praticiens hospitaliers et internes de spécialité

3.3 Résultats communs aux médecins généralistes et internes de spécialité

Rappel des abréviations :

EMG : Entretien des médecins généralistes

EINT : Entretien des internes de spécialité

3.3.1 Perception de l'industrie pharmaceutique

3.3.1.1 Entreprise bénéfique

L'industrie pharmaceutique remplit un **rôle d'information**, notamment concernant les nouveaux médicaments et les caractéristiques de leur produit.

EMG13 « moi j'aime bien être tenue informée effectivement des nouveaux médicaments »

EINT10 « d'avoir un peu des informations supplémentaires sur ce qu'on prescrit »

3.3.1.2 Entreprise nécessaire

L'industrie pharmaceutique est considérée comme indispensable de par son rôle de **production des médicaments**.

EMG8 « utile car elle nous fabrique les médicaments »

EINT11 « c'est eux qui produisent, enfin fabriquent leurs médicaments »

3.3.1.3 Entreprise commerciale

Les internes et médecins généralistes rapportent des **stratégies marketing** perçues comme **agressives**.

EMG6 « ce que je leur reprocherai c'est d'être un peu trop persuasif dans les indications »

EINT8 « ils essaient par tous les moyens de nous atteindre »

L'industrie pharmaceutique créerait le **besoin** par le biais d'un stock insuffisant (pénurie) de médicaments, et la production de médicaments non indispensables et sans bénéfice pour la santé de la population.

EMG9 « on voit bien à travers certains mouvements de manque de médicaments, de pénurie »

EINT8 « l'industrie pharmaceutique qui va vouloir développer ses drogues à tout prix alors que des fois y'a pas forcément »

3.3.1.4 Attentes vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique

Les médecins généralistes et les internes de spécialité sont unanimes sur la volonté d'évincer l'industrie pharmaceutique de la **formation** des médecins.

EMG7 « mais je ne suis pas sûr qu'il ait sa place dans la formation »

EINT2 « je ne vois pas l'industrie pharmaceutique jouer un rôle dans ma formation médicale »

3.3.1.5 Vision négative de l'industrie pharmaceutique

Certains médecins généralistes et internes de spécialité associent l'industrie pharmaceutique aux **scandales sanitaires**.

EMG5 « une industrie pharmaceutique qui a été très décriée »

EMG6 « Ça est un gros scandale, c'était dramatique quand même »

EINT11 « l'industrie pharmaceutique n'est pas exempte de tous reproches, je dis pas ça... on le voit bien avec les différents scandales sanitaires »

Et ne la trouvent **pas bénéfique aux patients**.

EMG6 « Ce sont des médicaments qui auraient dû être retirés beaucoup plus vite »

EINT8 « le bénéfice du patient ce n'est pas ça qui les intéresse forcément »

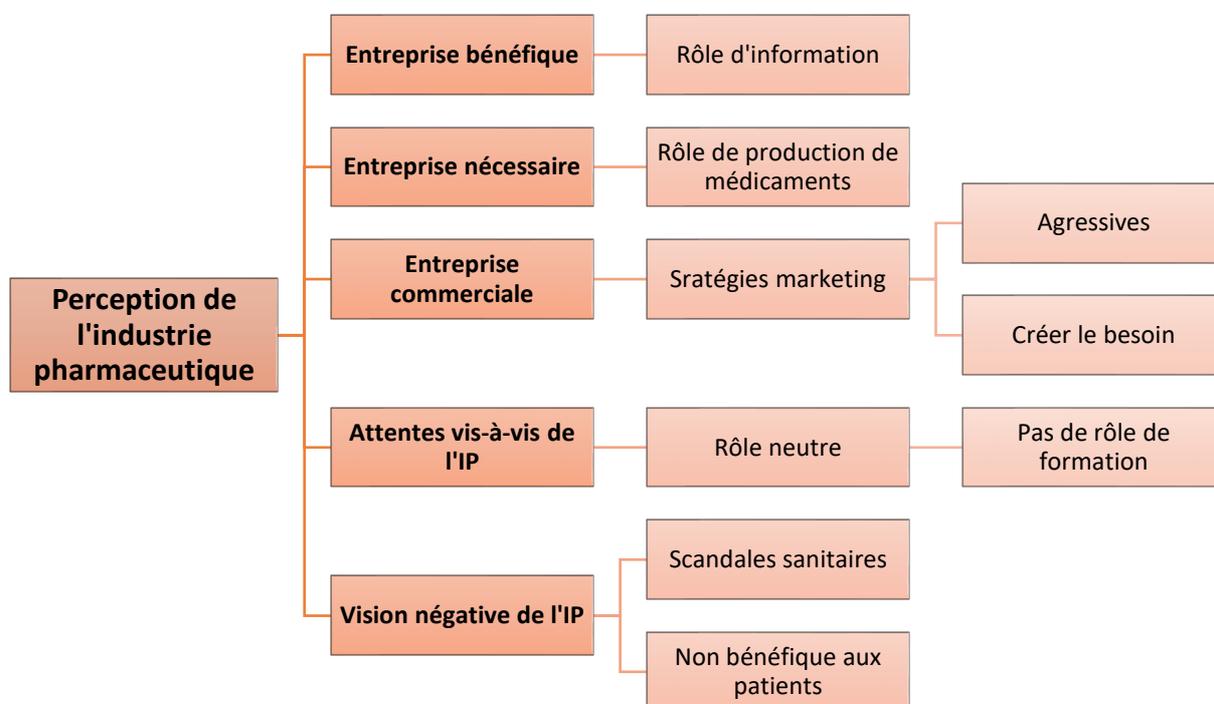


Schéma 17 : Perception de l'industrie pharmaceutique, commun aux médecins généralistes et internes de spécialité

3.3.2 Liens avec l'industrie pharmaceutique

3.3.2.1 Contacts avec l'industrie pharmaceutique

Les médecins généralistes et les internes de spécialité souhaitent que les contacts avec l'industrie pharmaceutique restent un **choix personnel**.

EMG1 « Que chacun garde son libre arbitre quant à recevoir un délégué médical ou pas »

EINT7 « quand on était intéressé on y allait »

Ils **diminuent** ou sélectionnent les visiteurs médicaux reçus.

EMG3 « les seules qu'on reçoit »

EMG14 « Nous, au cabinet médical, on en a très peu »

EINT10 « ça reste occasionnel »

3.3.2.2 Perception de la visite médicale

Ils ont un ressenti bénéfique de ce contact, la visite médicale permettant une **mise à jour des connaissances**.

EMG5 « Et on nous donne toujours des notifications, des changements d'AMM, des notifications sur les effets secondaires ou les indications »

EINT11 « Ça m'avait permis en peu de temps de connaître l'indication et l'utilisation du traitement »

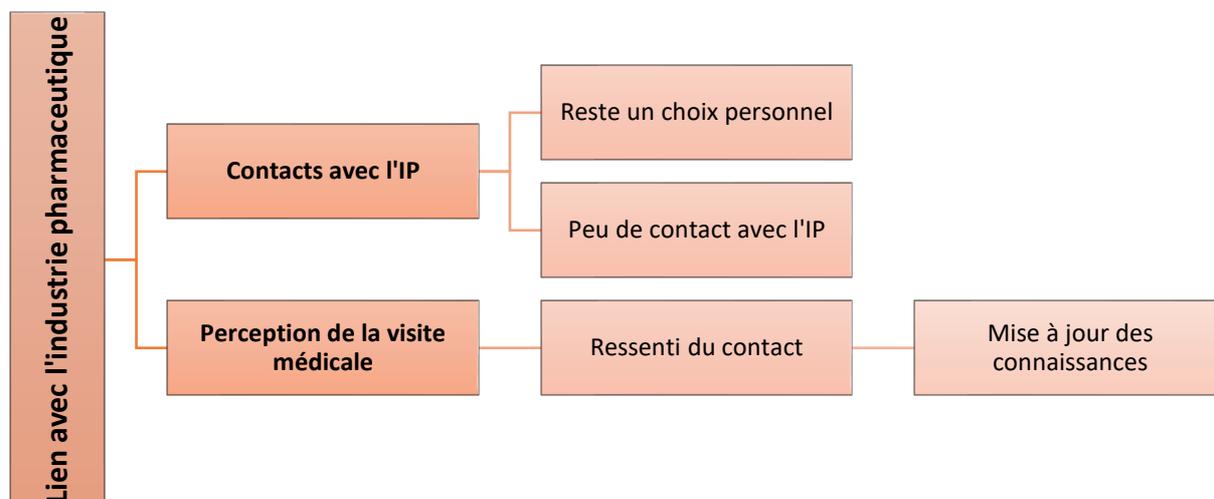


Schéma 18 : Lien avec l'industrie pharmaceutique, commun aux médecins généralistes et internes de spécialité

3.3.3 Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique

3.3.3.1 Techniques d'influence ressenties

Du point de vue des internes et des médecins généralistes, l'influence des médecins se fait au travers de la **séduction** exercée par les visiteurs médicaux, majoritairement des femmes usant de leur charme pour plaire aux médecins qu'elles rencontrent.

EMG1 « elles-mêmes bien présentées, essayent de faire de la séduction au médecin »

EMG12 « Hmm, comment dire, qui charment ... (rire) »

EINT4 « tu vois ils te draguent complètement »

3.3.3.2 Influence non ressentie

Certains internes de spécialité et médecins généralistes ne perçoivent pas l'influence de l'industrie pharmaceutique de par **l'absence de conséquences** ressenties. De ce fait, un sentiment d'indépendance est prédominant, notamment concernant leurs prescriptions.

EMG4 « Mais en 30 ans, j'ai jamais eu l'impression d'être forcée par la visite médicale »

EMG10 « ce n'est pas quelque chose qui va dicter ou qui va jouer trop dans mon quotidien de médecin »

EINT10 « je me dis que je reste libre de prescrire ce que je veux »

Ce sentiment d'indépendance est conforté par la **déclaration des liens d'intérêts** des intervenants aux congrès ou des auteurs d'articles scientifiques, conférant un ressenti de transparence.

EMG5 « Les articles sont toujours signés par ceux qui les écrivent, qui déclarent qu'ils n'ont pas de lien ou un lien. Sur un article, je regarde toujours le lien que l'auteur a avec l'industrie pharmaceutique »

EINT1 « Et dans les congrès, toutes les présentations...euh...je ne pense pas qu'il y a un lien dans le sens où voilà les intérêts sont déclarés lors de la présentation »

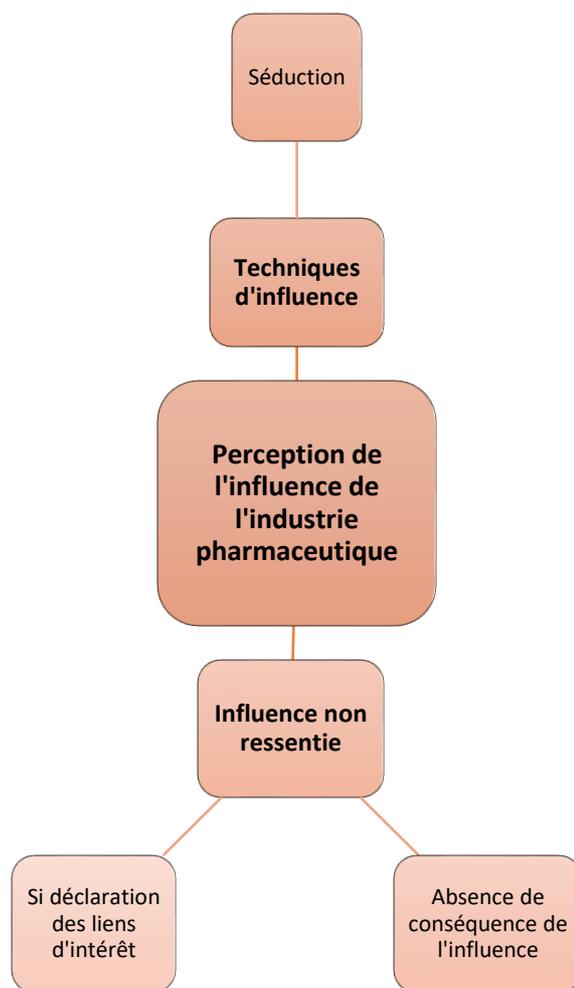


Schéma 19 : Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique, commun aux médecins généralistes et internes de spécialité

3.3.4 Formation médicale actuelle

3.3.4.1 Moyens de formation actuelle

Certains médecins généralistes et internes de spécialité entretiennent leurs connaissances via des formations en **distanciel**.

EMG14 « Sinon, je fais aussi des formations à distance »

EINT3 « maintenant c'est en webinar »

3.3.4.2 Critères de choix

Les choix de formation des médecins généralistes et internes reposent sur :

- le mode **présentiel**

EMG12 « je préfère être en présentiel »

EINT2 « l'interaction c'est quand même important...quand on a quelqu'un à qui s'adresser »

- la **mise en pratique** des formations

EMG2 « D'ailleurs, on a quand même monté un projet d'éducation thérapeutique derrière sur la maison de santé »
EINT7 « considère d'utile pour ma pratique »

3.3.4.3 Facteurs limitant

Par ailleurs, ils rapportent des facteurs limitant leur choix de formation, tel que des **thèmes trop spécialisés**,

EMG9 « j'ai de la curiosité mais je n'ai pas le temps d'aller dans un congrès où ça ne va rien m'apporter »

EINT10 « quand c'est des articles trop spécifiques, trop spécialisés sur des trucs qui m'intéressent mais sur lesquels ... que je comprends pas trop et que l'article est très dur, des fois je le lis en diagonale »

ou un **manque de temps**.

EMG2 « Mais je prends pas le temps de le faire »

EINT4 « je n'ai pas le temps d'être à jour constamment sur la biblio »

EINT6 « mais le vrai problème c'est le temps »

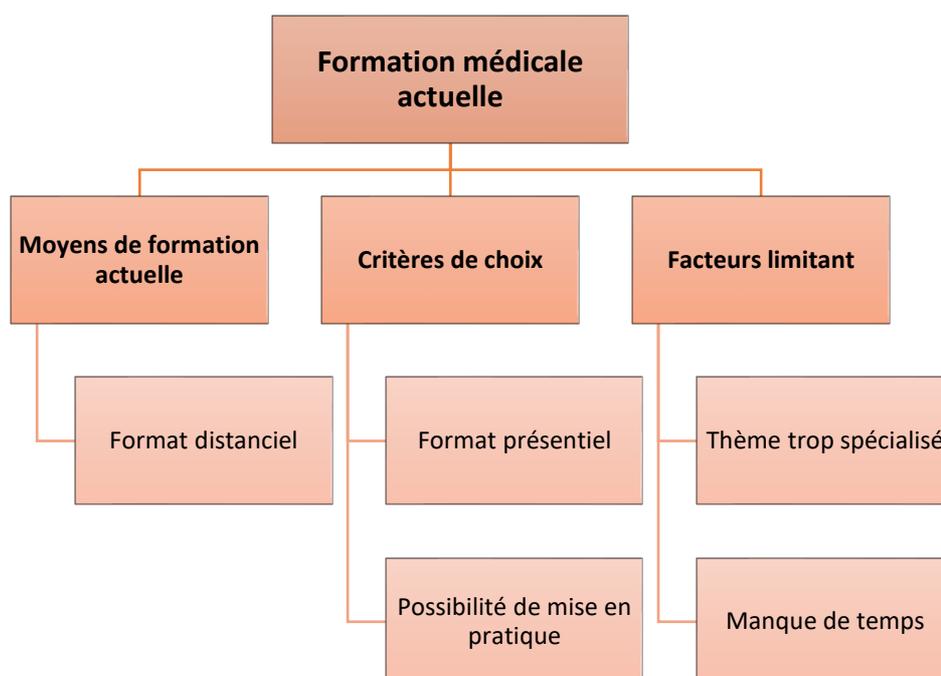


Schéma 20 : Formation médicale actuelle, commun aux médecins généralistes et internes de spécialité

3.3.5 Perception de la E-FACRIPP

3.3.5.1 Attentes de la E-FACRIPP

Concernant les modalités pratiques de la formation, les médecins généralistes et les internes de spécialité attendent de cette formation qu'elle soit **interactive**,

EMG13 « Et si ça pouvait être un peu interactif aussi, un peu. Ça pourrait être pas mal »

EINT2 « pas juste des diapos qui défilent sur l'écran »

concise,

EMG7 « Il faudrait que ce soit court, pas un truc trop indigeste »

EINT3 « il faudrait quelque chose de concis »

flexible ,

EMG6 « Si c'est en ligne, l'avantage c'est qu'on peut le faire quand on est disponible »

EINT12 « ça permet de s'organiser un peu comme on veut en fonction de son emploi du temps »

et qu'elle leur permette de **mieux appréhender leurs relations** avec l'industrie pharmaceutique.

EMG10 « Ca me permettrait de mieux apprivoiser les relations avec l'industrie : ce qu'il y a à prendre et à ne pas à prendre »

EINT2 « on n'a pas toujours les bonnes attitudes à adopter lorsque l'on reçoit un labo »

3.3.5.2 Attrait pour le e-learning

Les médecins généralistes et les internes sont **partagés sur le format e-learning** de la formation.

Certains y trouvent un **avantage** avec un coté pratique, facile d'accès

EMG10 « La formation, je pense que c'est bien en e-learning »

EMG6 « Avec l'informatique, c'est très souple. Ça me semblerait bien »

EINT12 « c'est accessible facilement sur son téléphone ou ordinateur »

EINT7 « c'est une formation qui peut se faire en e-learning, oui carrément »

Tandis que d'autres trouvent ce format plus **difficile** à magner et **moins attrayant**.

EMG3 « A priori, je n'aime pas les trucs en ligne »

EINT6 « après je trouve que les formations en e-learning, c'est compliqué »

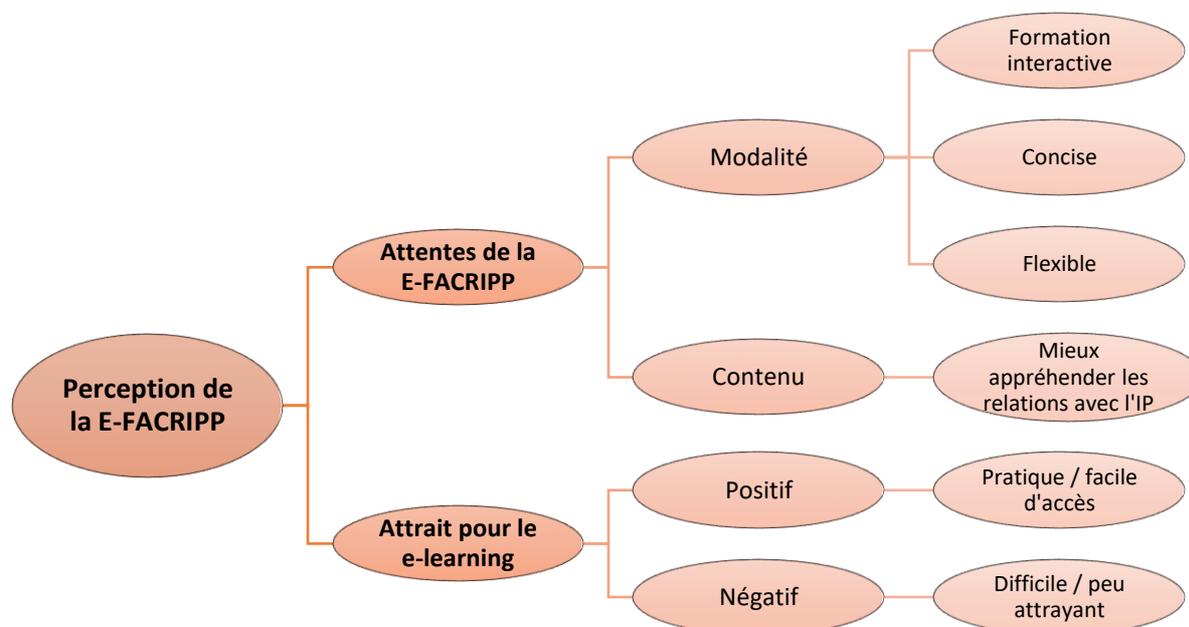


Schéma 21 : Perception de la E-FACRIPP, commun aux médecins généralistes et internes de spécialité

4 Présentation des résultats spécifique à chaque population

4.1 Résultats spécifiques aux médecins généralistes

4.1.1 Perception de l'industrie pharmaceutique

4.1.1.1 Entreprise bénéfique

Quelques médecins généralistes interrogés perçoivent l'industrie pharmaceutique comme un **employeur**, permettant de faire vivre des familles.

EMG1 « C'est ce qui me permettait de vivre »

EMG5 « Après qu'ils aient besoin de gagner leur vie »

4.1.1.2 Relation contrainte

Certains médecins généralistes ressentent le contact avec l'industrie comme imposé **notamment lors des remplacements en cabinet,**

EMG1 « c'était pendant un remplacement ça c'est sûr »

par le biais de patients dans la demande,

EMG3 « ils arrivaient au cabinet en me demandant de leur prescrire »

par le biais du marché des officines de ville, et ce malgré une prescription en dénomination commune internationale,

EMG12 « c'est quand même une industrie pharmaceutique qui va profiter, qui va abreuver, qui va approvisionner telle pharmacie »

par le biais du marché hospitalier, au travers des ordonnances de sortie d'hospitalisation.

EMG13 « l'hôpital prescrit de ce fait certaines choses et les gens restent accrocher à ce truc-là »

4.1.1.3 Entreprise commerciale

Les médecins généralistes rapportent certaines stratégies marketing à type de **shuntage des médecins** par l'industrie pharmaceutique.

EMG3 « Je crois que moi c'est le premier exemple où l'industrie pharmaceutique a shunté les médecins »

4.1.1.4 Attentes vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique

Selon les médecins généralistes, l'industrie pharmaceutique devrait jouer un rôle dans l'**éducation thérapeutique** des patients,

EMG4 « ils devraient éduquer les patients »

et la recherche concernant les **maladies rares.**

EMG6 « l'industrie pharmaceutique devrait se tourner davantage vers des maladies un peu plus rare »

L'industrie pharmaceutique ne devrait **pas promouvoir** elle-même les médicaments.

EMG3 « mais c'est certainement pas à eux de les promouvoir »

La **recherche** devrait être menée en collaboration **avec le ministère de la santé**

EMG7 « Une recherche d'État, une recherche qui ne soit pas financée par le privé »

EMG7 « ça devrait être une relation qui soit constructive entre les services de l'État/ ministère de la santé et les entreprises »

L'industrie pharmaceutique est également attendue dans un rôle **plus écologique** en évitant le gaspillage de médicaments.

EMG13 « ils pourraient se questionner sur tout le gâchis des médicaments »

EMG9 « d'arrêter le gaspillage de médicaments »

4.1.1.5 Vision négative de l'industrie pharmaceutique

Les médecins généralistes reprochent à l'industrie pharmaceutique son **désinvestissement de la médecine générale** alors qu'ils sont, selon eux, leur premier prescripteur.

EMG9 « on n'est pas leur priorité. Même si on doit être leur premier prescripteur »

EMG9 « On a très peu de nouvelles molécules qui nous permettent d'aider les patients, en tout cas en soin primaire »

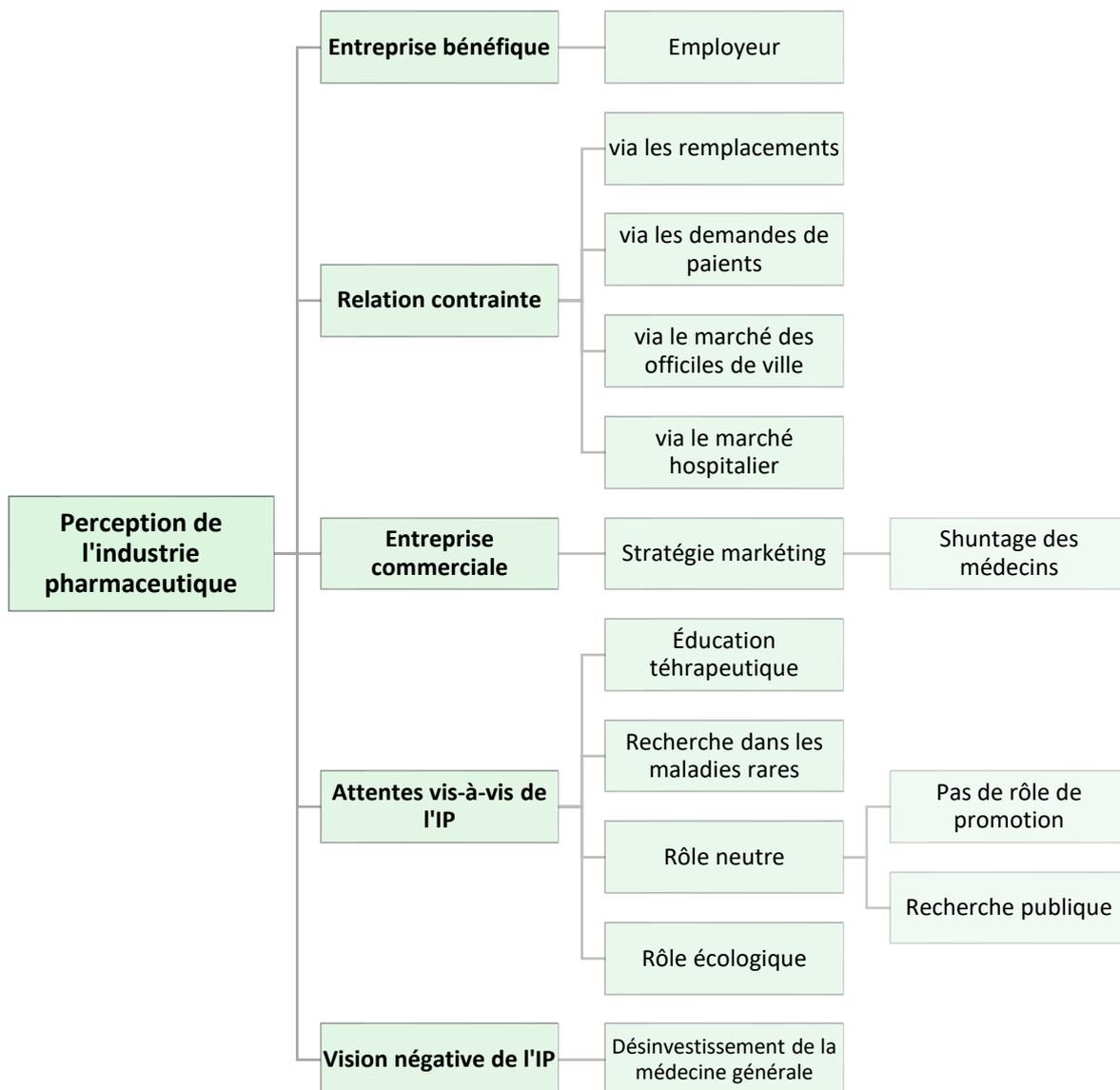


Schéma 22 : Perception de l'industrie pharmaceutique par les médecins généralistes

4.1.2 Lien avec l'industrie pharmaceutique

4.1.2.1 Contacts avec l'industrie pharmaceutique

Certains médecins généralistes **refusent les contacts** avec l'industrie pharmaceutique.

EMG10 « il y a des gens qui viennent au cabinet mais nous, on n'en reçoit pas »

EMG2 « Je les reçois pas »

La plupart d'entre eux **méconnaissent les moyens de promotion** de l'industrie pharmaceutique.

EMG10 « Là comme ça, ça ne me vient pas. Mais y'en a sûrement plein d'autres »

4.1.2.2 Évolution des liens avec l'industrie pharmaceutique

Certains médecins généralistes n'ont plus de liens actuels avec l'industrie pharmaceutique, alors qu'ils les **côtoyaient dans le passé.**

EMG2 « je n'ai plus de lien avec les labos depuis 3-4 ans. Ça c'est sûr »

EMG3 « À l'époque je recevais les délégués »

4.1.2.3 Perception de la visite médicale

Les médecins généralistes décrivent une évolution de la visite médicale, auparavant perçue comme **plus intrusive,**

EMG4 « ils sont moins incisifs »

EMG4 « C'est-à-dire qu'ils forçaient un petit peu »

avec davantage de visiteurs médicaux, **aujourd'hui en nette diminution.**

EMG8 « dans l'industrie pharmaceutique, en 15 ans, il en est sorti les trois quarts, ils sont partis »

Certains médecins considèrent la visite médicale comme une **pause** dans leur journée.

EMG4 « pour moi la visite médicale, c'est surtout une récré au cours des consultations »

EMG9 « Je les écoute mais ça me fait du bien de ne pas démarrer, de ne pas embrayer mon mercredi après-midi d'emblée par de la consultation »

Ils souhaitent par ailleurs garder un **contact purement professionnel.**

EMG5 « Je sais qu'ils viennent me voir pour leur boulot un point c'est tout »

4.1.2.4 Qualité des informations délivrées

Certains médecins généralistes peuvent trouver les informations **utiles.**

EMG7 « elles sont intéressantes »

D'autres leur reprochent d'être **trop techniques,**

EMG12 « qui nous noie un petit peu dans une espèce de technique, une espèce de spécialisation sur le produit »

EMG13 « je reconnais que des fois, j'ai pas toujours très très bien pigé le fonctionnement du médicament »

et **redondants.**

EMG13 « si on fait bien attention ils redisent toujours les mêmes choses »

Les médecins généralistes **souhaiteraient recevoir des informations plus fiables.**

EMG13 « ils devraient nous donner des informations toujours très ... voilà contre placebo... voilà, ce qui n'est pas toujours fait »

4.1.2.5 Perception des liens entre formation médicale et industrie pharmaceutique

Pour les médecins généralistes, le lien entre formation médicale et industrie pharmaceutique amène à une **relation inégale,**

EMG7 « ça amène à un lien de vassalité »
et les **informations** reçues sont **biaisées**.
EMG7 « Ca biaise les données »

4.1.2.6 Modification du lien entre industrie pharmaceutique et formation médicale

Les médecins généralistes rapportent une **évolution** de ce lien, devenu moins important avec les années.

EMG6 « Actuellement, ça me semble moins important »

EMG12 « j'ai eu des formations où c'était beaucoup plus grossier que ça, les liens »

Pour palier à ce lien, la plupart des médecins généralistes ne se sentent **pas légitimes** et **n'ont pas de solution à proposer**.

EMG8 « Ce sont des lois. Ce sont les législateurs qui peuvent changer, pas nous »

EMG5 « Je ne pense pas avoir de pouvoir »

Les lois anti-cadeau ont permis la création du **site « [Transparence.gouv](https://www.transparence.gouv.fr/) »** pour la déclaration des avantages perçus par l'industrie pharmaceutique.

EMG11 « lorsque l'industrie pharmaceutique donne à un médecin un avantage quel qu'il soit...de plus de 13€, les médecins sont déclarés en ligne sur un site gouvernemental »

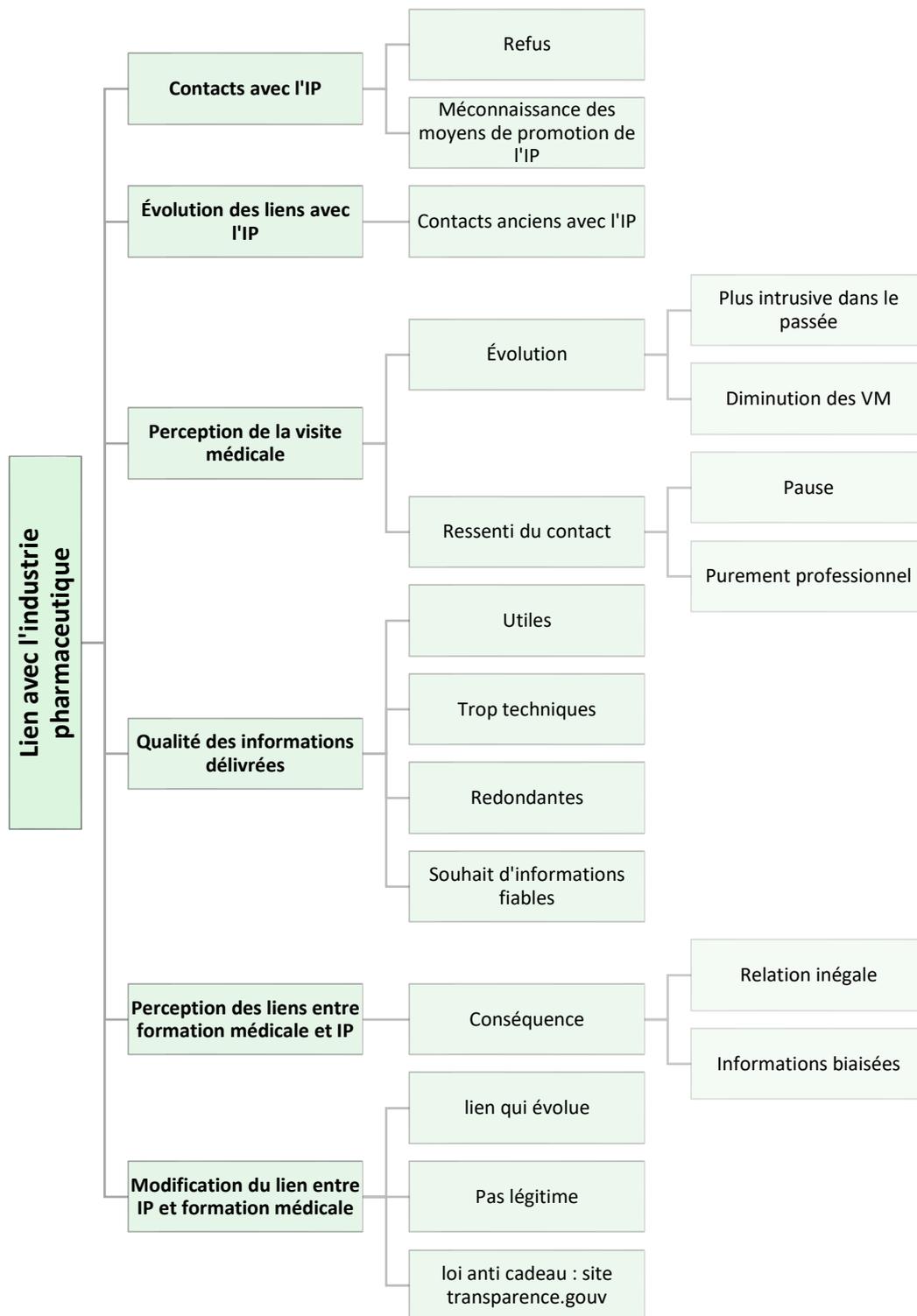


Schéma 23 : Lien avec l'industrie pharmaceutique selon les médecins généralistes

4.1.3 Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique

4.1.3.1 Pendant la formation initiale

Pendant leur formation initiale, les médecins généralistes ne sont pas unanimes quant à la fréquence de leurs contacts avec l'industrie pharmaceutique. Certains estiment y avoir été **peu confrontés**, ou tardivement dans leur formation,

EMG4 « Je ne me rappelle pas avoir eu de contacts avec les laboratoires pharmaceutiques avant 81 ou 80 ma dernière année »

EMG7 « mais à priori je ne pense pas avoir été trop en contact »

alors que d'autres ont trouvés ces **contacts importants**.

EMG11 « j'ai eu plus d'avantages à l'hôpital que je n'en ai eu dans mon cabinet »

Certains médecins se remémorent des contacts **imposés** avec l'industrie pharmaceutique.

EMG7 « quand j'étais interne parce qu'on m'obligeait à les recevoir »

L'**influence** de l'industrie pharmaceutique pouvait également se faire de manière **indirecte via les séniors**,

EMG3 « ils parlaient de l'information qu'ils avaient eu par les labos. Et comme c'était des patrons, ils nous influençaient, sans le vouloir »

via les protocoles hospitaliers / le marché hospitalier,

EMG10 « mais on prescrivait toujours un petit peu les mêmes trucs, c'est très protocolisé »

EMG10 « introduit un nouveau traitement qu'il va sûrement prendre pendant longtemps »

Et **via les enseignements** avec les noms commerciaux des médicaments.

EMG12 « mais moi j'ai eu toutes études où on me parlait de Lasilix®, jamais de furosémide »

4.1.3.2 Techniques d'influence ressenties

Dans leur pratique, les médecins généralistes soulignent des techniques d'influence utilisées par l'industrie pharmaceutique telle que la **publicité faite directement aux patients**.

EMG3 « ils font pression sur les patients, par l'intermédiaire de la presse, des magazines, les émissions TV »

EMG13 « j'ai des gens qui viennent et « oui, dans le magazine machin j'ai vu ça » »

Les médecins généralistes notent également l'influence de l'industrie pharmaceutique au travers du **marché hospitalier**, enjeu décrit comme important pour l'industrie pharmaceutique.

EMG3 « À la mat, ils doivent filer ... les gens reviennent toujours avec le même lait »

EMG13 « les visiteurs médicaux qui vont à l'hôpital car quand ils ont les marchés des hôpitaux »

Une notion de défi est également décrite par certains médecins, les visiteurs médicaux n'hésitant pas à **challenger** le médecin.

EMG9 « même s'ils me mettent un challenge des fois : « avant la prochaine fois, 2 boîtes et Youhou » »

4.1.3.3 Influence actuelle de l'industrie pharmaceutique

L'influence de l'industrie pharmaceutique entraîne, selon les médecins généralistes, une **altération de leur jugement médical**

EMG1 « Niveau objectivité c'était moyen »

et une **remise en cause de leurs connaissances.**

EMG2 « ils peuvent même nous amener à nous remettre en question »

Les médecins généralistes se perçoivent comme des **re-prescripteurs.**

EMG9 « C'est plutôt le spécialiste qui va le prescrire et derrière je vais apprivoiser le médicament »

EMG13 « Donc nous derrière, on est que des re-prescripteurs »

Selon eux, l'**influence** exercée par l'industrie pharmaceutique est **plus importante à l'hôpital,**

EMG4 « Je pense qu'il y en a qui se laisse financer facilement »

et **moindre en médecine générale.**

EMG4 « je pense que pour nous, médecin généraliste, c'est minime »

Au sein des médecins généralistes, certains estiment que l'influence de l'industrie pharmaceutique **est supérieure chez leurs confrères.**

EMG3 « J'ai des confrères qui bénéficiaient de voyage. J'en ai un paquet dont un associé, qui est à la retraite maintenant, mais qui a été dans tous les coins du monde »

4.1.3.4 Influence non ressentie

Les médecins généralistes ne ressentent pas l'influence de l'industrie pharmaceutique, mais ne la considère pas absente notamment si celle- est **insidieuse.**

EMG3 « Enfin je n'ai pas l'impression que ce soit abordé ou sinon c'est bien camouflé »

Certains ont un sentiment d'indépendance de part la **lecture de la revue Prescrire.**

EMG5 « Je lis une revue qui est très critique par rapport à l'industrie pharmaceutique, c'est Prescrire »

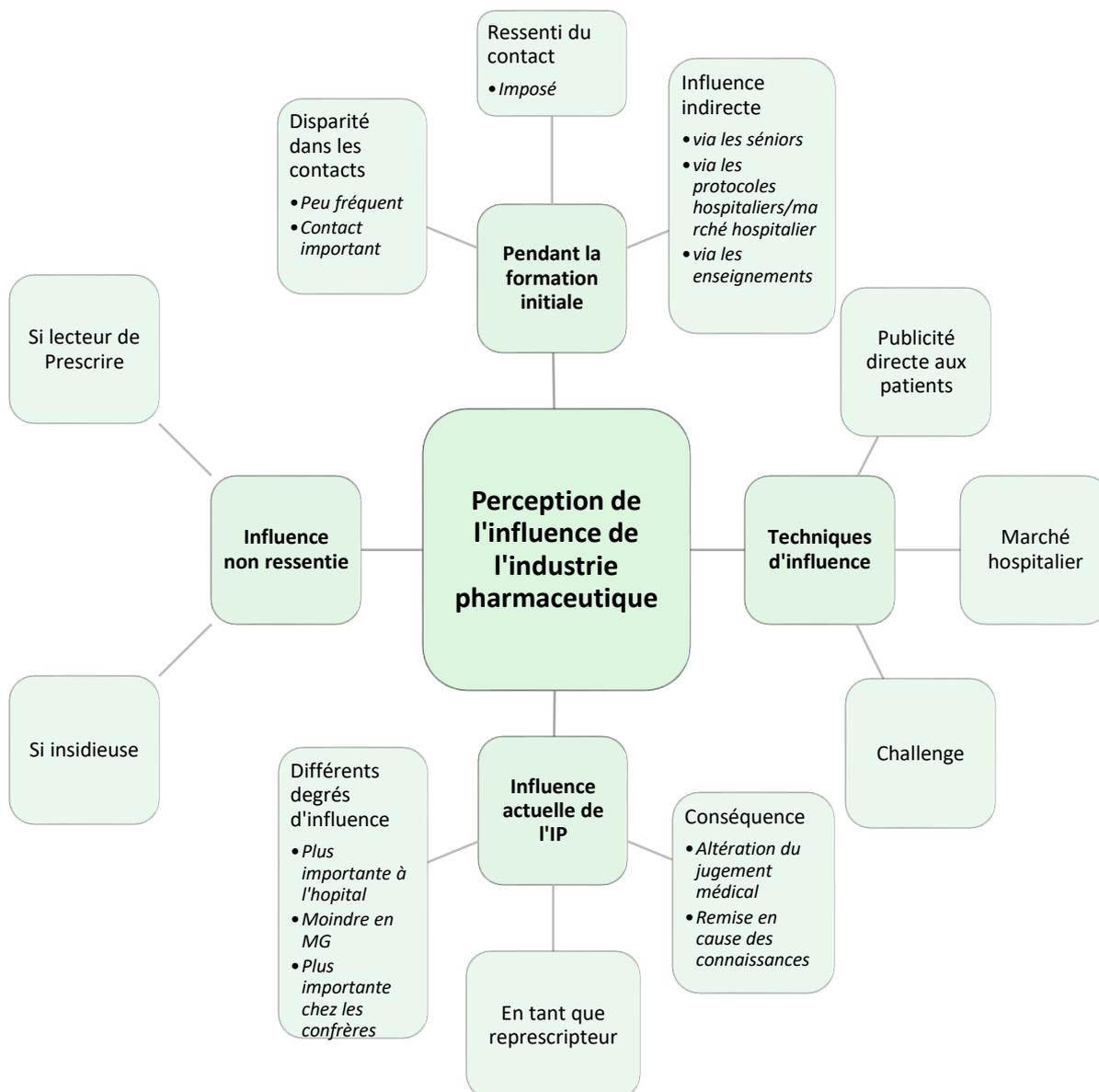


Schéma 24 : Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique par les médecins généralistes

4.1.4 Formation actuelle

4.1.4.1 Ressenti de la formation actuelle

Les médecins généralistes perçoivent leur formation comme **insuffisante**.

EMG2 « alors là, je ne suis pas très très bon »

Et ont un **manque de connaissance des moyens de formation** disponibles.

EMG2 « je sais pas où chercher l'information sur l'e-learning de qualité »

EMG12 « je pense que c'est beaucoup plus vaste que ce que je crois »

4.1.4.2 Moyens de formation actuelle

Les médecins généralistes se forment en utilisant le **DPC**.

EMG14 « je fais des formations dans le cadre des 21h de la DPC »

Certains utilisent les **recommandations officielles** comme source de formation.

EMG5 « Je me référerai plus aux recommandations de la HAS »

Et d'autres se forment grâce à leur **employeur** (notamment les médecins travaillant au centre 15).

EMG11 « j'ai au moins 2 formations professionnelles, du fait de mon activité de médecin régulateur au SAMU »

4.1.4.3 Critères de choix

Le choix de formation selon le **sujet** est un critère qui **évolue** tout au long de la carrière du médecin généraliste.

EMG3 « qui ont changé tout au long de ma carrière »

EMG3 « j'ai commencé à m'intéresser à la gériatrie parce que mes patients vieillissaient »

Leur choix s'oriente en fonction de leur **carence de connaissance**.

EMG1 « Puis en fonction de mes carences personnelles médicales »

EMG12 « Les sujets où je ne suis pas bon quoi »

Certains médecins privilégient des **formations indépendantes**.

EMG2 « Il faut pas ce que soit financé par un labo »

D'autres sont plutôt attirés par des **formations universitaires**.

EMG7 « j'aime bien le format du DU en fait »

Enfin, la question de la **rémunération** peut entrer en jeu.

EMG13 « Et si c'est possible en DPC »

EMG10 « oui ça compte je trouve parce qu'on prend du temps »

4.1.4.4 Facteurs limitant la formation

Une grande partie des médecins généralistes ne présentent pas d'appétence particulière pour une **formation en distanciel**.

EMG3 « je ne supporte pas les visioconférences »

EMG6 « Je ne sais pas trop bien manier Internet pour le faire par d'autres méthodes »

EMG8 « Quand on regarde un ordinateur, on s'endort devant et on ne fixe pas »

EMG9 « J'essaye désespérément de me mettre au e-learning »

EMG13 « pfff, mais c'est pas vraiment quelque chose qui m'intéresse »

EMG14 « Alors qu'en formation à distance, on est plus détaché forcément et on ne pose pas de questions, on est moins investi je trouve »

Le côté **astreignant** apparaît comme un facteur limitant également.

EMG5 « Je m'impose de lire une revue toutes les semaines. Ça nécessite une certaine discipline »

4.1.4.5 Évolution des formations

Avec les années, les **moyens de formation ont évolué**. En début de carrière, certains médecins généralistes n'avaient pas d'autre choix que de se former via l'industrie pharmaceutique.

EMG3 « Ben au départ on n'avait pas de formation post universitaire, on n'avait pas grand chose, y'avait même rien. Et du coup la formation post universitaire, c'était du pain béni, elle était quasiment faite que par les labos »

4.1.4.6 Lien des formations actuelles avec l'industrie pharmaceutique

Certains médecins généralistes perçoivent un **lien** entre leur formation et l'industrie pharmaceutique par le biais :

- des **liens d'intérêt des intervenants**

EMG1 « C'est quand ils nous présentent l'intitulé de la formation, il y a toujours des petites mentions qu'on ne lit pas, qui doivent signaler qu'il y a un lien »

- du **DPC** qui semble rétablir ce lien

EMG8 « Ben le DPC fait qu'on nous paye la formation maintenant et on nous paye pour y aller. Mais moi avant, je la payais cette formation »

- du **placement de produit**

EMG14 « Sauf pour une dernière formation en pédiatrie où on voulait nous vendre la mallette qu'on utilise en pédiatrie »

Pour certains médecins, ce lien semble **inévitabile** si l'on souhaite **se former sur les derniers médicaments**.

EMG10 « dès qu'il y a un nouveau truc ou même pas trop nouveau, les labos font des formations. Il y a des nouveautés qui sortent et il faut se former aux nouveaux produits »

4.1.4.7 Volonté de formation

Les médecins généralistes souhaitent **se former d'avantage**

EMG9 « J'aimerais peut-être en faire plus »

Ils souhaitent participer à des **formations adaptées à la médecine générale**.

EMG2 « trouver vraiment des formations qui répondent à nos besoins »

Et ils souhaitent **diversifier leur moyen de formation** en s'inscrivant à une **revue scientifique** ou en se mettant au **e-learning**.

EMG2 « que je me mette plus à l'e-learning »

EMG10 « Et j'aimerais bien m'abonner à Prescrire et à la Revue du Prat mais je ne l'ai toujours pas fait »

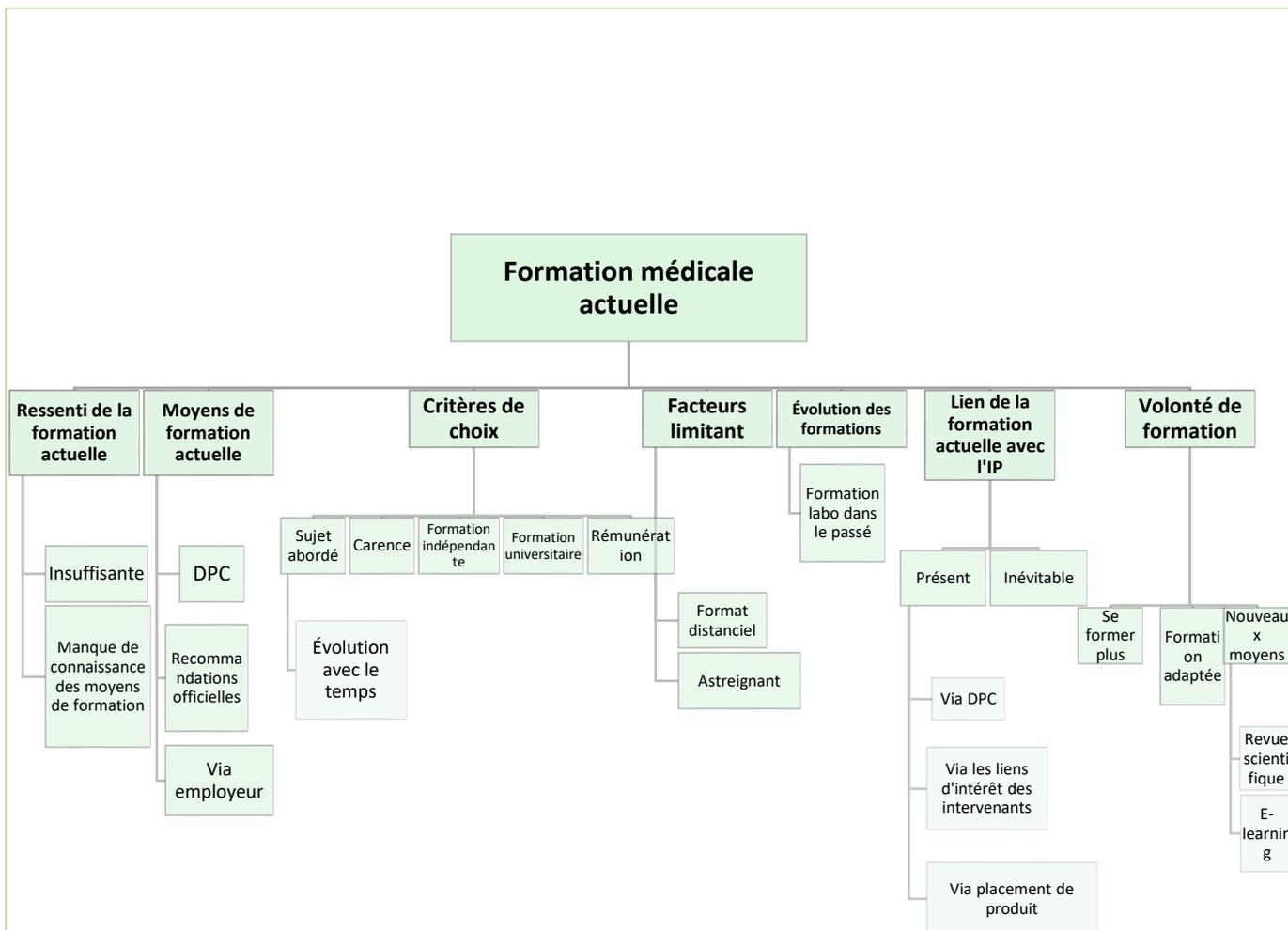


Schéma 25 : Formation médicale actuelle chez les médecins généralistes

4.1.5 Perception de la E-FACRIPP

4.1.5.1 Intérêt pour la E-FACRIPP

Les médecins généralistes rapportent une **confiance** dans les formations proposées par l'université.

EMG2 « c'est fait par la fac donc c'est probablement très bien »

EMG3 « Ça me paraît être le moyen le plus objectif de se former »

L'intérêt des médecins généralistes pour la formation est à **moduler selon l'âge** du médecin.

EMG3 « Mais je pense que l'intérêt que peut porter un médecin en fin de carrière n'est pas le même que celui d'un jeune médecin »

En effet, les médecins en fin de carrière ne semblent pas vouloir changer leurs habitudes de prescriptions.

EMG9 « cette formation peut servir aux plus vieux ... mais non ils ne changeront pas leurs vieilles habitudes »

Mais elle perdrait de son intérêt pour les jeunes médecins installés qui semblent déjà critiques envers l'industrie pharmaceutique.

EMG5 « Je pense que les plus jeunes sont beaucoup plus critiques que les plus anciens »
 EMG9 « cette jeune médecine qui s'installe, qui a été formée, est sûrement plus résistante ou plus vigilante avec sa relation avec l'industrie pharmaceutique »

4.1.5.2 Les attentes de la E-FACRIPP

Les médecins généralistes souhaitent, grâce à cette formation, avoir des clefs pour **argumenter** face à un spécialiste, un patient ou discuter d'une prise en charge.

EMG3 « Pour argumenter face à certaines prescriptions spécialisées »

EMG3 « Donc ça va permettre d'avoir plus d'arguments, plus de poids face à un patient concernant le poids de l'industrie pharmaceutique sur les prescriptions »

Ils souhaitent également que cette formation puisse **remettre en question leur positionnement** face à l'industrie pharmaceutique.

EMG10 « Donc je voudrais bien me faire une autre opinion »

EMG9 « Me démontrer que j'ai tort dans mon comportement, dans mon attitude »

Pour, pourquoi pas « profiter de ce qu'ils proposent malgré tout » (EMG7).

4.1.5.3 Projection de participation à la E-FACRIPP

Pour certains médecins généralistes, leur participation à la formation reste tributaire de leur **contrainte organisationnelle**.

EMG13 « en pratique, je ne sais pas trop quand je pourrais rentrer ça dans mon emploi du temps »

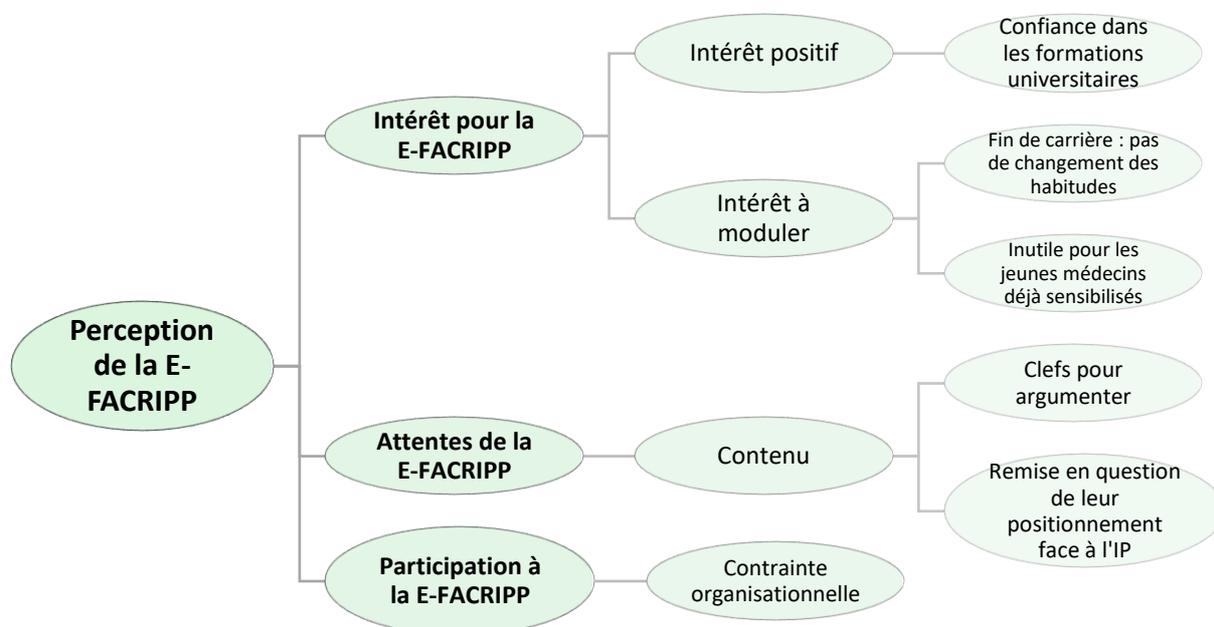


Schéma 26 : Perception de la E-FACRIPP par les médecins généralistes

4.2 Résultats spécifiques aux praticiens hospitaliers

4.2.1 Perception de l'industrie pharmaceutique

4.2.1.1 Entreprise bénéfique

Les médecins spécialistes hospitaliers considèrent l'industrie pharmaceutique comme un **tremplin** pour leur carrière.

EPH3 « Et très clairement, très clairement, les industriels, l'industrie, participent de façon très active et de façon très précise à la promotion des individus »

EPH7 « il y a des projets comme ça qui se développent, des partenariats avec l'industrie pharmaceutique, dans l'idée qu'ils soient facilitateurs en fait... de carrière, de masters »

4.2.1.2 Entreprise évolutive

Les praticiens hospitaliers perçoivent l'industrie pharmaceutique comme une entreprise en pleine **évolution** depuis plusieurs années.

EPH6 « oui je pense que ça a un peu évolué au fil des années »

EPH7 « Ils sont en pleine restructuration aussi de leur côté, moi, c'est ce que j'entends »

La recherche de rentabilité de l'industrie pharmaceutique aurait pour but de lever des fonds afin d'obtenir des **subventions**.

EPH3 « pour permettre de pouvoir supporter et arroser les actionnaires qui investissent de l'argent dans l'industrie en question »

4.2.1.3 Entreprise nécessaire

Selon les praticiens hospitaliers, l'industrie pharmaceutique se veut nécessaire car elle possède l'**exclusivité de certains produits**.

EPH2 « pour des produits qui n'ont pas forcément d'alternative »

EPH11 « et aussi de thérapeutique parce qu'il y a certaines molécules qui ne sont produites que par un seul laboratoire »

L'industrie pharmaceutique est également nécessaire pour leur **investissement dans les différents projets** des services.

EPH4 « ils nous aident beaucoup au niveau du service pour supporter certains projets »

EPH10 « je leur demande de temps en temps de participer à des projets pédagogiques ou de recherche »

Cette **collaboration** est considérée comme **regrettable** par certains.

EPH1 « malheureusement indispensable »

EPH4 « L'industrie pharmaceutique est malheureusement nécessaire »

4.2.1.4 Entreprise insistante

Les praticiens hospitaliers ressentent une **pression** de rencontre de la part des visiteurs médicaux, ayant pour **objectif final** une **augmentation** des **prescriptions** de leurs produits.

EPH1 « les visiteurs médicaux cherchent à nous rencontrer au moindre prétexte de modification de posologie etc »

EPH2 « vraiment c'est essayer de nous faire prescrire par tous les moyens un traitement »

4.2.1.5 Attente vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique

Dans une industrie pharmaceutique future, les praticiens hospitaliers attendent un investissement pour l'**amélioration de la santé globale de la population**,

EPH3 « dans ces conditions-là, on pourrait s'attendre à ce que l'objectif de l'industrie pharmaceutique soit de mettre en œuvre des découvertes de médicaments pour le bien-être de la population »

EPH5 « développer des produits nous permettant d'améliorer l'état de santé de nos populations »

une **augmentation de l'innovation thérapeutique**,

EPH2 « je dirai un rôle d'innovation en fait justement, proposer des produits, des traitements un peu nouveaux avec des avantages pour le patient et pour nous »

ainsi qu'une **mise à disposition** des **thérapeutiques**, afin de les rendre accessibles **au plus grand nombre**.

EPH4 « proposer des médicaments à des prix abordables, et pas prohibitifs »

La délivrance de l'information est un sujet divisant les opinions, certains praticiens hospitaliers étant favorables à la mise à jour des données cliniques ou thérapeutiques récentes disponibles,

EPH7 « qu'ils fassent une veille bibliographique sur leurs molécules »

et d'autres estimant plus légitime de **déléguer la dispense des informations**.

EPH1 « pas forcément un rôle de délivrance de l'information, ça devrait être des instances avec moins de conflits potentiels d'intérêt »

EPH9 « et qu'ensuite l'information scientifique soit transmise peut-être par quelqu'un de plus neutre que l'industriel »

Par ailleurs, certains praticiens hospitaliers attendent de l'industrie pharmaceutique un rôle **d'aide à la formation** par le biais d'une **contribution financière**, tout en restant extérieur à celle-ci.

EPH3 « Moi mon rêve, ce serait que l'industrie pharmaceutique dise « ok ben voilà, on gagne plein de pognon, on va mettre du fric dans une cagnotte au niveau national ou n'importe quoi, qui va servir à organiser de la formation médicale sans que nous ne soyons intervenants dans ce machin-là. On vous donne le pognon, démerdez-vous » »

EPH7 « c'est-à-dire qu'ils ont de l'argent... aider les médecins à faire des échanges à l'étranger, aller dans des universités étrangères »

Les avis convergent sur la notion de **vision utopique** quant aux rôles attendus de l'industrie pharmaceutique.

EPH3 « donc voilà d'une façon totalement utopique, on va dire, quel pourrait être le rôle de l'industrie pharmaceutique »

EPH11 « c'est un peu une vision idéaliste »

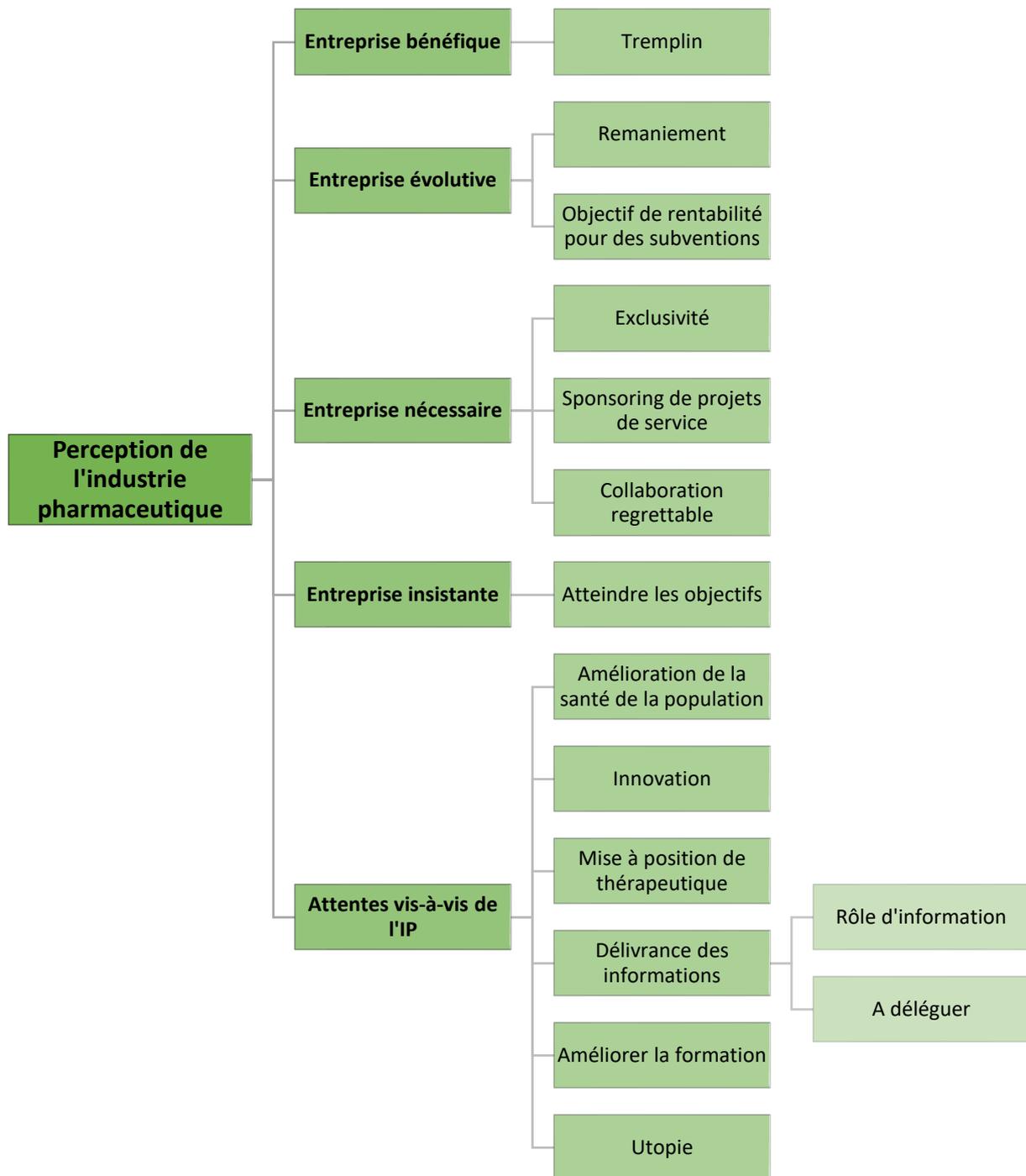


Schéma 27 : Perception de l'industrie pharmaceutique par les praticiens hospitaliers

4.2.2 Liens avec l'industrie pharmaceutique

4.2.2.1 Contacts avec l'industrie pharmaceutique

Les praticiens hospitaliers ont des contacts avec l'industrie pharmaceutique via les techniciens pour essai de matériel.

EPH8 « donc eux ils sont présents en tant qu'ingénieur ou technicien pour te montrer comment ça fonctionne »

Leurs contacts se font également par **différentes collaborations** avec l'industrie pharmaceutique tel que :

- médecin expert

EPH4 « et puis il y a des laboratoires avec lesquels je travaille parce que je suis, je fais partie de leur bande d'experts, de leur comité d'experts »

- invitation à des boards

EPH3 « c'est d'être sollicité pour participer à ce qu'on appelle des boards, réunions où on fait intervenir des experts de la pathologie en question »

- collaboration en vue d'améliorer le marketing d'un produit

EPH6 « je vais participer à une réunion de travail qui va viser à établir le meilleur moyen pour eux de vendre plus leur médicament »

- collaboration pour repérer des besoin en santé

EPH6 « donc on leur formule des souhaits, on leur formule des manques dans certains points de la prise en charge »

- discussion organisationnelle des services hospitaliers

EPH8 « pour discuter d'organiser une réunion sur les protocoles de service »

La plupart de ces **collaborations** étant **rémunérées**.

EPH4 « je travaille pour eux donc bien sûr ils me rémunèrent »

EPH6 « je vais être rémunérée pour cette relation »

EPH9 « je suis rémunéré par le laboratoire qui fabrique les prothèses »

4.2.2.2 Évolution des contacts

Dorénavant, les praticiens hospitaliers reçoivent les visiteurs médicaux uniquement sur **rendez-vous programmé**.

EPH8 « on les voit que sur rendez-vous sur des jours fixes, donc il n'y a personne qui traîne dans les couloirs »

Les médecins se voient refuser des visiteurs médicaux s'ils ne retrouvent pas de contenu médical **pertinent**.

EPH7 « on a beaucoup filtré dans les services aux choses un peu essentielles »

4.2.2.3 Perception de la visite médicale

Certains médecins hospitaliers acceptent de rencontrer les visiteurs médicaux par **courtoisie/amicalité**.

EPH4 « d'autres que je vois par politesse »

EPH5 « c'est une dame que je connais bien, que je sais qu'elle est efficace dans son métier »

Concernant leur ressenti sur la visite médicale, certains médecins sont soulagés de ne **plus les recevoir suite au COVID**.

EPH3 « alors maintenant il n'y en a plus dieu merci, au moins c'est un aspect positif du COVID c'est qu'on est plus emmerdé avec ces trucs »

Leur ressenti est par ailleurs positif **selon le contenu**, notamment s'il porte sur des innovations ou présentation de matériel.

EPH2 « parce qu'il y a peu de produits, quand ils nous montrent quelque chose c'est une innovation »

4.2.2.4 Qualité des informations délivrées

Les praticiens hospitaliers trouvent un intérêt aux informations **délivrées** si elles sont données **à des médecins non spécialistes** du domaine.

EPH4 « s'il s'agit de quelqu'un qui n'est pas très... dans le domaine même, ça peut être intéressant parce que ça apporte des informations »

4.2.2.5 Perception de la relation médecin- industrie pharmaceutique

Les médecins hospitaliers recherchent une relation **équilibrée** avec l'industrie.

EPH10 « à partir de ce moment-là j'essaie de construire une espèce d'équilibre »

Ils souhaitent **éviter un sentiment de redevabilité**.

EPH9 « j'ai toujours été clair que si c'était pour qu'on me fasse dire ce qu'ils veulent que je dise, je ne ferai rien »

Malgré leur relation avec l'industrie pharmaceutique, ils essaient de **conserver leur sens critique**.

EPH3 « ce qui est complexe c'est de pouvoir garder une forme de distanciation avec tout cela et de garder son sens critique »

Toutefois, ils veulent **éviter la diabolisation de cette relation**.

EPH9 « je pense qu'il faut arrêter de cracher dans la soupe »

EPH10 « il y a une telle lourdeur administrative censée nous protéger contre l'industrie pharmaceutique que ça devient ridicule et contre-productif »

4.2.2.6 Changement du lien

Les médecins hospitaliers proposent **plusieurs solutions afin de décroître cette dépendance** vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique :

- trouver un financement indépendant

EPH1 « il faudrait plus de moyens financiers et techniques »

- création d'un temps dédié à la formation

EPH8 « il faudrait qu'on se batte sur l'idée de faire apparaître ce travail comme un temps posté »

- pluralité des sources de formation

EPH5 « que l'industrie pharmaceutique ne soit pas la seule source d'information ça paraît évident »

- financement possible par l'industrie sans intervention de sa part

EPH3 « moi mon rêve serait que l'industrie pharmaceutique dise on va mettre du fric dans une cagnotte au niveau national ou n'importe quoi, qui va servir à organiser de la formation médicale sans que nous ne soyons intervenants dans ce machin-là »

Malgré ces pistes, la volonté **d'indépendance** des médecins semble **inatteignable**.

EPH9 « dans un monde idéal il faudrait que le gouvernement paye toutes les études pour que ce soit indépendant, mais ce n'est pas possible »

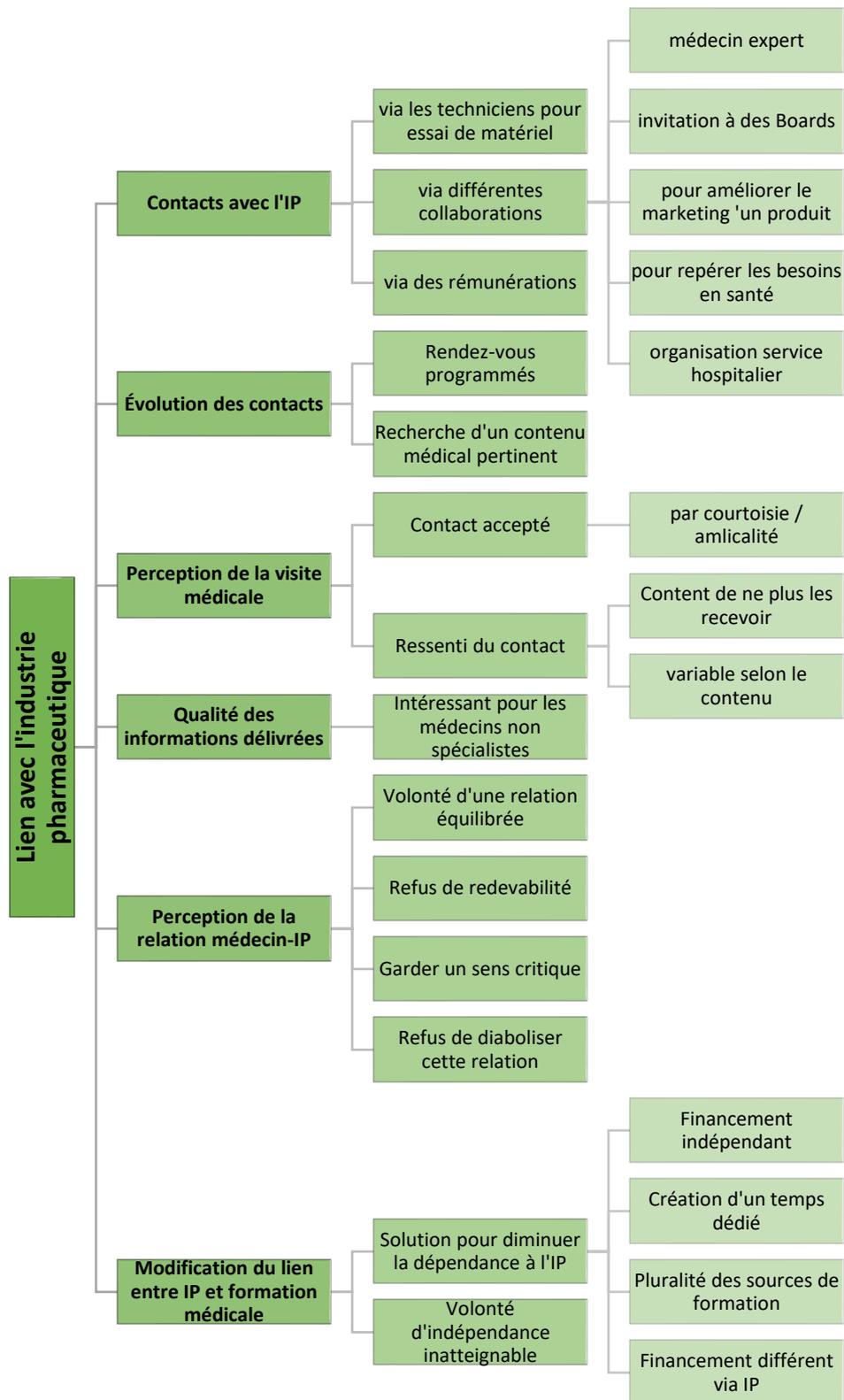


Schéma 28 : Lien avec l'industrie pharmaceutique selon les praticiens hospitaliers

4.2.3 Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique

4.2.3.1 Pendant la formation initiale

Les praticiens hospitaliers ne rapportent **pas de contact** avec l'industrie pharmaceutique **pendant l'externat**.

EPH3 « mais il n'y avait pas d'implication de l'industrie pharmaceutique dans la formation que j'ai pu avoir »

Cependant, pendant leur internat, les médecins hospitaliers ont bénéficié de **financement de leur formation** par l'industrie pharmaceutique.

EPH9 « je faisais régulièrement des formations approfondies en échographie qui étaient financées par les industriels de l'échographie »

4.2.3.2 Techniques d'influence ressenties

Les médecins spécialistes estiment que la **répétition des contacts** est une technique d'influence utilisée par l'industrie pharmaceutique.

EPH6 « on ne peut pas se soustraire au fait que si vous voyez 4 fois dans le mois le laboratoire La Roche-Posay, obligatoirement celui qui vient sous les stylos c'est celui que vous voyez tous les jours »

EPH8 « un vendeur, qui me dis « toute façon il faut que je vienne vous voir trois fois et après la troisième fois vous allez augmenter la prescription du médicament » »

4.2.3.3 Influence actuelle de l'industrie pharmaceutique

Actuellement, les praticiens hospitaliers ressentent l'influence de l'industrie pharmaceutique au travers du **statut de médecin expert** créé par l'industrie qui, selon eux, peut modifier leur regard critique.

EPH5 « quand ils sont euh... leurs revenus dépendent de l'industrie pharmaceutique je ne sais pas si leurs jugements ne sont pas à un moment donné, un peu biaisé »

EPH10 « moi je suis en quelque sorte considéré comme un expert, ce qu'ils appellent les « key opinion leaders » en quelque sorte ils s'appuient sur ce que je dis - c'est pour ça qu'il faut que je fasse attention à ce que je dis (rire) »

L'influence de l'industrie pharmaceutique se traduit par l'émergence de **conflit d'intérêt**.

EPH10 « bien sûr que ça crée un conflit d'intérêt même si on essaie, de un, de s'en défendre et de deux, de ne pas être trop contaminé »

4.2.3.4 Influence non ressentie

L'influence de l'industrie pharmaceutique n'est pas ressentie par les médecins hospitaliers du fait de leur **expérience, leur conférant un sentiment d'indépendance**.

EPH5 « après je crois qu'avec le temps les choses... on a pris un certain recul quoi, enfin je pense »

La **sensibilisation au préalable** est considérée comme protectrice de cette influence.

EPH5 « moi là j'ai toujours été sensibilisé à ça, qu'il fallait toujours prendre un peu de recul »

EPH8 « Euh mais moi je pense que pour le coup, si on a des gardes fous et qu'on est informé de cette influence »

L'**éviterment des contacts individuels** avec l'industrie pharmaceutique est une stratégie de limitation de l'influence décrite par les médecins spécialistes.

EPH12 « pour moi le principal garde-fou c'est justement de ne pas avoir d'entretien particulier avec un représentant... en tête à tête »

Le **contact préférentiel avec un médecin représentant l'industrie pharmaceutique** est décrit comme une stratégie d'indépendance par les praticiens hospitaliers, ceux-ci étant perçus comme non commerciaux à contrario des visiteurs médicaux.

EPH8 « on a l'impression d'être un peu moins influencé parce que ce ne sont que des médecins »

EPH12 « je trouve que le degré d'objectivité est constant même s'il reçoit une rémunération du laboratoire, je n'ai pas constaté de choses douteuses de ce point de vue-là »

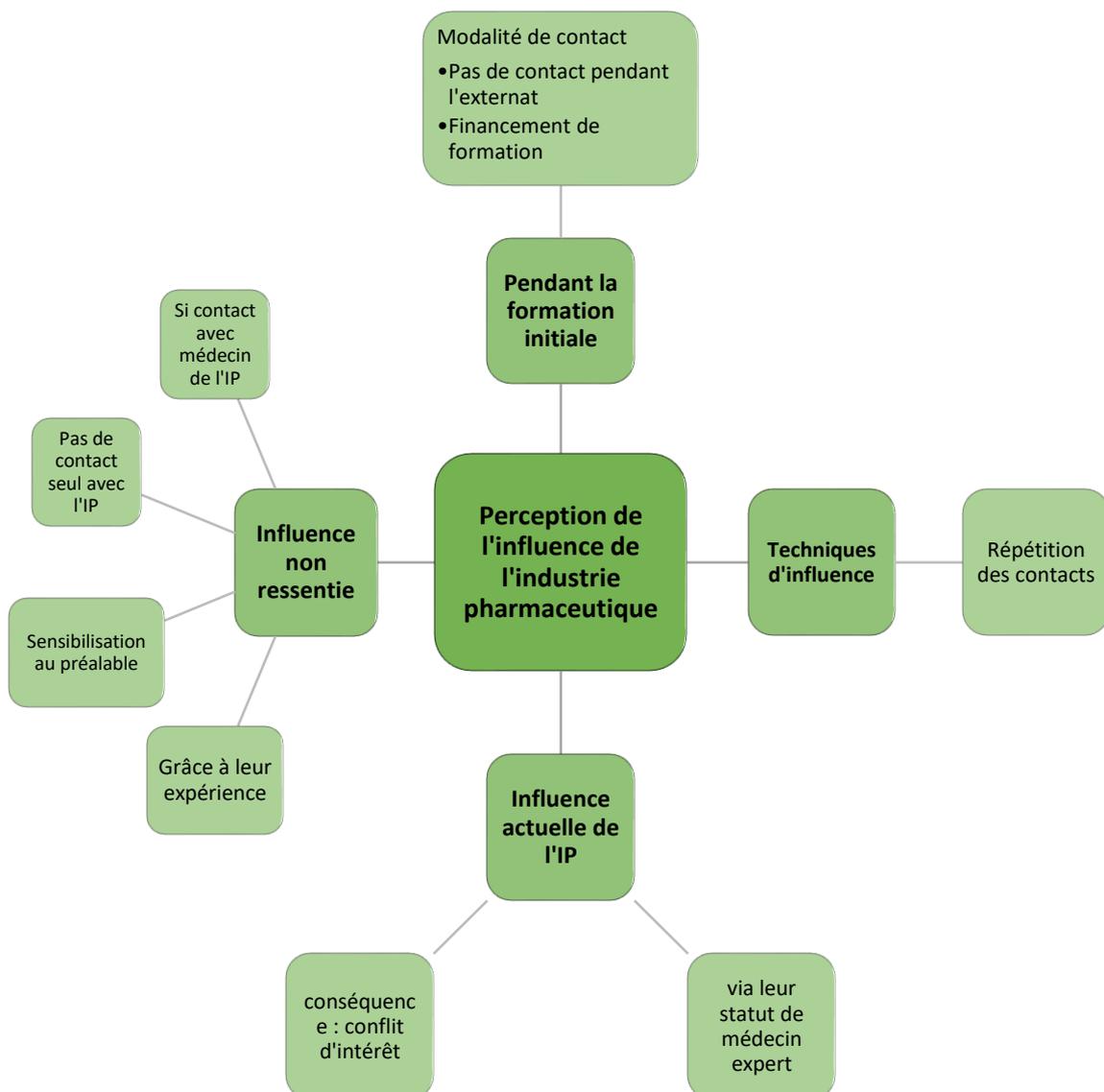


Schéma 29 : Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique par les praticiens hospitaliers

4.2.4 Formation médicale actuelle

4.2.4.1 Moyens de formation actuelle

Les médecins hospitaliers se forment **en participant à la recherche clinique**

EPH4 « et puis aussi parce que moi-même je fais partie, enfin je participe à la recherche clinique, je manipule et j'utilise des nouveaux médicaments que je teste, et ça permet effectivement d'améliorer mes connaissances »

ou par leur **rôle de formateur/enseignant**.

EPH9 « on se forme en faisant des topos et en formant les autres si on peut dire ça comme ça »

EPH10 « c'est en faisant des cours aux autres que j'apprends le plus »

4.2.4.2 Évolution des formations

Les médecins **adaptent leur moyen de formation** au fil des années.

EPH1 « avant, on pouvait être amené à se déplacer juste pour une formation de 2h à Paris, et ça bloquait toute la journée on était obligé de s'absenter. Ça moi je pense que je ne le ferai plus »

EPH5 « maintenant j'ai pris de l'âge je peux dépasser ça mais je trouvais ça bien jusqu'à 40 ans »

4.2.4.3 Perception de la formation actuelle

Les médecins hospitaliers critiquent leur accès à la formation dans le milieu hospitalier :

Le DPC n'est pas adapté.

EPH10 « ça met trop de temps sur le plan réglementaire pour faire les choses »

Les médecins rapportent une **hypocrisie** du système hospitalier.

EPH5 « avec une administration qui est un petit peu hypocrite »

Les **aides financières** sont **inexistantes** ou **insuffisantes**.

EPH1 « à ma connaissance on n'a pas trop d'aides pour cela »

EPH12 « que ce soit même au sein d'un CHU, il n'y a aucun crédit accordé à la formation »

Et la **formation médicale** n'est **pas valorisée** dans le milieu hospitalier.

EPH8 « qui n'est absolument pas compté comme un temps d'activité hein »

EPH9 « en pratique tout ce que nous on fait comme formation au CHU n'est pas du tout valorisé par l'administration ou par le système ou le gouvernement »

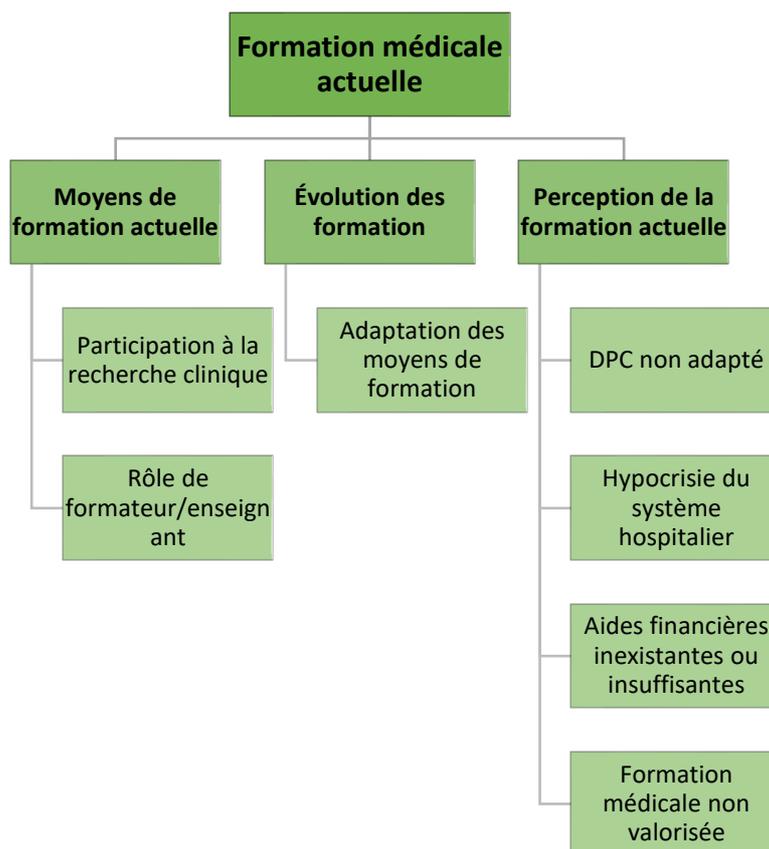


Schéma 30 : Formation médicale actuelle selon les praticiens hospitaliers

4.2.5 Perception de la E-FACRIPP

4.2.5.1 Attentes de la E-FACRIPP

Les praticiens hospitaliers souhaiteraient que la formation aborde **l'enseignement de la lecture critique d'article**

EPH12 « aussi bien sûr les pièges statistiques que les biais d'un article »

et qu'elle sensibilise sur la **démarche** intéressée et **mercantile** de l'industrie pharmaceutique.

EPH4 « enseigner que ce n'est pas un organisme de charité, ce ne sont pas des philanthropes et s'ils viennent nous voir c'est pour vendre leur produit »

Cependant, la majorité des médecins insistent sur le refus d'assister à une **formation diabolisant l'industrie pharmaceutique**.

EPH10 « c'est-à-dire être sûr que les choses sont factuelles, que ce n'est pas une chasse aux sorcières »

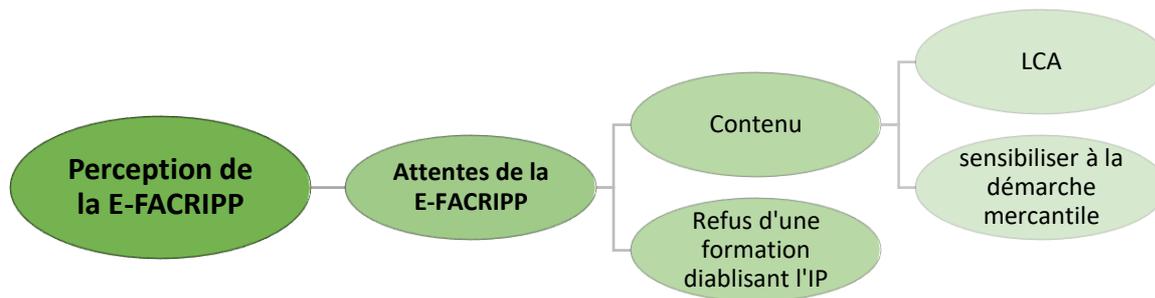


Schéma 31 : Perception de la E-FACRIPP selon les praticiens hospitaliers

4.3 Résultats spécifiques aux internes de spécialités

4.3.1 Perception de l'industrie pharmaceutique

4.3.1.1 Entreprise commerciale

Les internes de spécialité rapportent une **compétition**, une concurrence entre les laboratoires pharmaceutiques.

EINT10 « y'a certaines boites pharmaceutiques où c'est un peu la guerre entre elles »

4.3.1.2 Entreprise de recherche puissante

Les internes considèrent l'industrie pharmaceutique comme une entreprise de recherche puissante avec des **moyens logistiques importants**,

EINT6 « quand tu as une recherche industrielle qui à une force de frappe aussi importante, tu peux difficilement lutter »

détenant le **monopole de la recherche industrielle**,

EINT6 « la recherche industrielle, le fait est qu'elle est maintenant incontournable »

EINT10 « c'est eux aussi qui font aussi la majorité de la recherche clinique »

étant par conséquent très **attractive**.

EINT6 « tu vas forcément être attiré vers la recherche industrielle parce que ça paye plus vite quoi »

4.3.1.3 Vision négative de l'industrie pharmaceutique

Les internes se sentent **méfiant**s vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.

EINT3 « Il ne faut pas avoir une confiance aveugle »

EINT8 « Les chefs étaient quand même assez euh ... toujours méfiants, du coup, ça a entraîné la culture de la méfiance de l'interne envers eux. »

4.3.1.4 Attentes vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique

Les internes de spécialité attendent de l'industrie pharmaceutique qu'elle ait un **rôle de pharmacovigilance**,

EINT7 « un rôle d'alerte par rapport aux médicaments qu'ils mettent sur le marché »

ainsi qu'un rôle de **synthèse des connaissances**.

EINT4 « ils sont responsables de synthétiser »

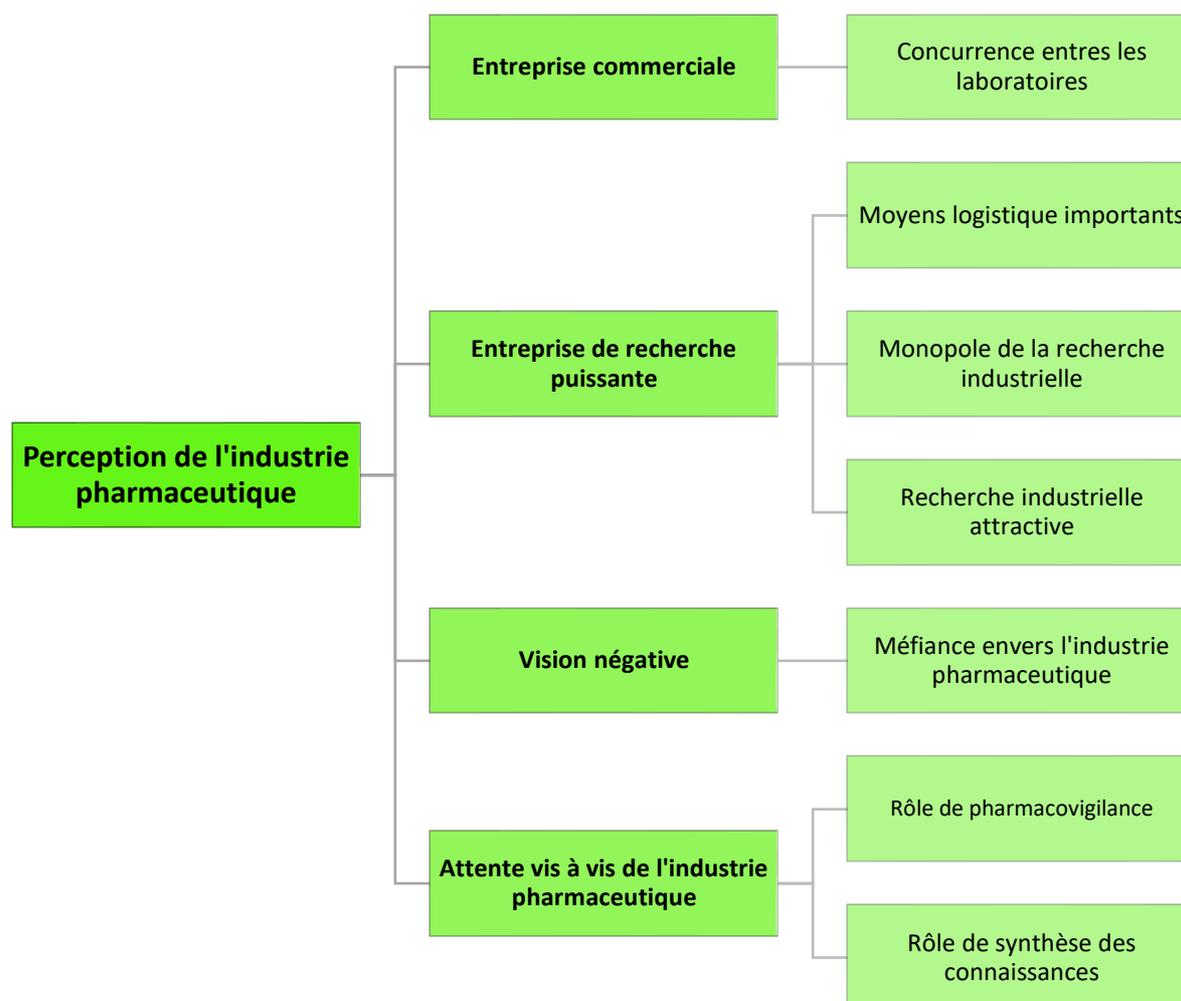


Schéma 32 : Perception de l'industrie pharmaceutique selon les internes de spécialité

4.3.2 Liens avec l'industrie pharmaceutique

4.3.2.1 Contacts avec l'industrie pharmaceutique

Les contacts avec l'industrie pharmaceutique ont lieu aussi bien **sur le lieu de travail**

EINT2 « c'était dans le service »

EINT3 « ils venaient te voir entre midi et deux dans le service »

qu'en **extra hospitalier**.

EINT9 « c'était en dehors de l'hôpital »

4.3.2.2 Évolution des contacts

Certains internes ont exprimé le souhait d'**encadrer les contacts** avec l'industrie pharmaceutique.

EINT4 « il faut cadrer pour pas que ça devienne trop envahissant et gênant dans ta pratique quotidienne »

Quand d'autres internes estiment que les contacts avec l'industrie pharmaceutique sont maintenant **encadrés** dans les services.

EINT6 « il a fait placarder des trucs disant que les visiteurs médicaux étaient interdits dans les services »

4.3.2.3 Perception de la visite médicale

Une partie des internes de spécialité trouvent que la visite médicale leur est **imposée**.

EINT2 « oui elle nous interpelle alors que l'on est déjà dans le dossier d'un patient »

EINT10 « On est obligés de les prendre »

Concernant leur ressenti face à la visite médicale, des internes ne savent pas **quel comportement adopter**,

EINT4 « tu ne sais pas si tu dois mettre une relation amicale parfois ou au contraire être froide comme une porte de prison »

ou présentent une certaine **hostilité** face à l'industrie.

EINT4 « tu avais plutôt tendance à les haïr »

4.3.2.4 Qualité des informations délivrées

Les internes perçoivent les informations délivrées par l'industrie pharmaceutique comme un **gain de temps**,

EINT10 « c'est des choses qu'on n'a pas trop le temps de faire en fait en temps normal »

qualitatives,

EINT12 « je trouve que l'information donnée par les labos est plutôt bien faite »

synthétiques,

EINT11 « c'est souvent des informations bien résumées avec l'essentiel »

mais malheureusement, **dépendantes du visiteur médical**.

EINT5 « variable d'un visiteur médical à l'autre »

4.3.2.5 Perception de la relation médecin – industrie pharmaceutique

Les internes ont plutôt une **bonne opinion** de leur relation avec l'industrie pharmaceutique.

EINT10 « il ne faut pas voir l'industrie pharmaceutique comme un ennemi »

Ils la trouve **bénéfique**.

EINT7 « je vois ça plutôt de manière bénéfique »

Mais cette relation peut être **différente selon les spécialités**.

EINT6 « ça diffère d'une spécialité à l'autre »

4.3.2.6 Perception des lois anti cadeau

Les lois anti cadeau ont eu pour conséquence une **diminution des contacts** avec l'industrie pharmaceutique,

EINT6 « ça s'est considérablement raréfié, bien sûr, il y a la loi qui est passée »

EINT7 « à partir de ce moment-là, on a eu beaucoup moins, en tant qu'interne de spécialité, de contacts avec l'industrie pharmaceutique »

avec un sentiment d'une **amélioration des relations**.

EINT4 « ça s'est beaucoup mieux passé par la suite »

Cependant, la **loi n'est pas toujours appliquée**,

EINT11 « même si théoriquement, les visiteurs médicaux n'ont plus le droit de solliciter les internes directement, en pratique, c'est compliqué »

et est parfois **méconnue** des internes.

EINT7 « enfin moi je ne connais pas trop les détails »

Certains internes ont accueilli **favorablement** ces lois anti cadeaux.

EINT4 « j'étais contente qu'on ait mis ces barrières »

EINT6 « qui je pense est tout à fait légitime »

Alors que d'autres ne voient **pas d'impact sur les prescriptions**,

EINT8 « Pour les prescriptions ça n'a rien changé »

la jugent **hypocrite**,

EINT8 « C'est hypocrite »

et **inéga**le,

EINT8 « S'ils ont cette logique-là il faudrait le faire aussi pour les PH tu vois, pour les médecins, pourquoi ils l'ont pas fait pour les médecins.. ? »

Les internes de spécialité trouvent qu'elle est plutôt **applicable pour la médecine générale**.

EINT6 « c'était une loi pensée par des médecins généralistes pour des médecins généralistes »

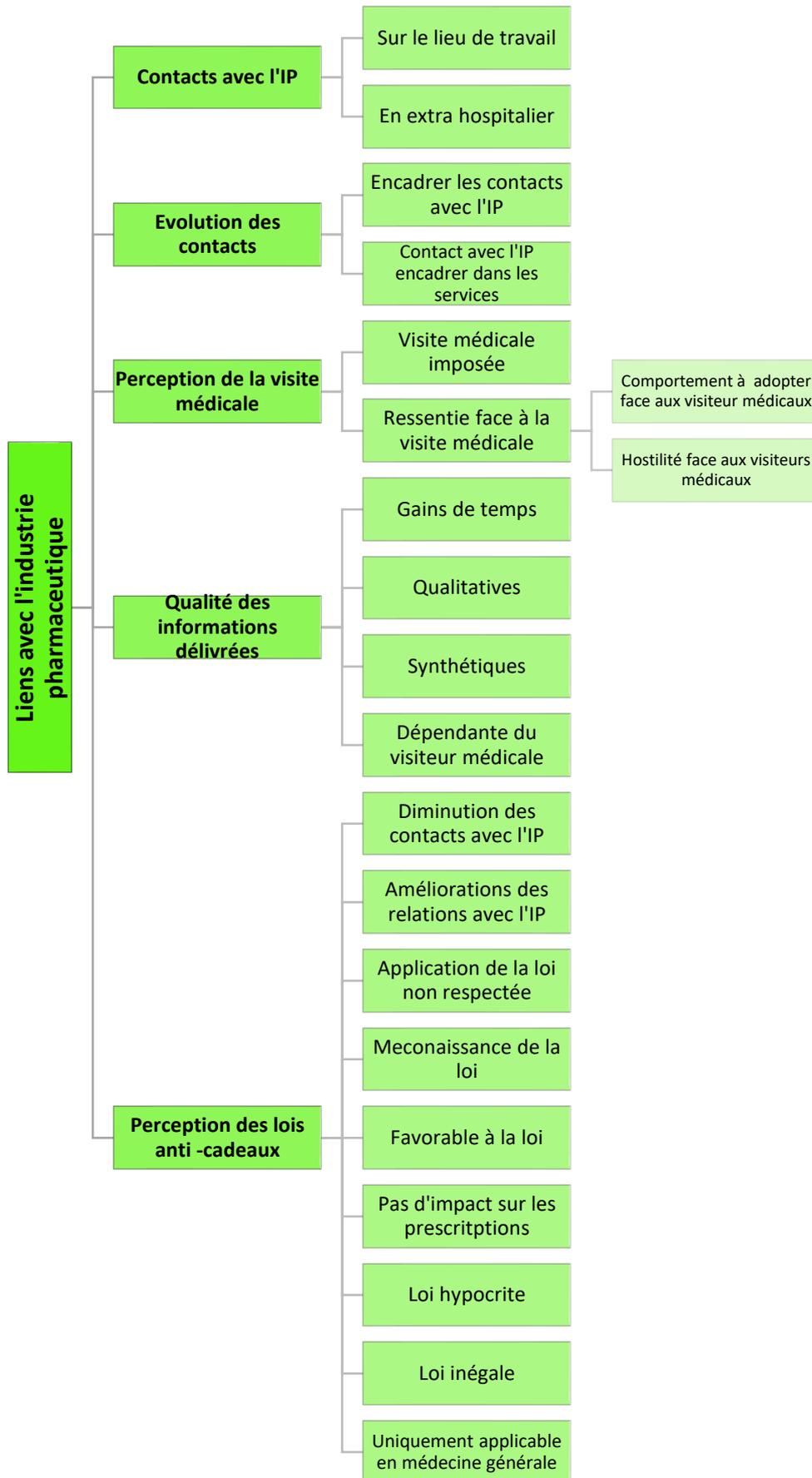


Schéma 33 : Liens avec l'industrie pharmaceutique selon les internes de spécialité

4.3.3 Perception de l'influence de l'industrie pharmaceutique

4.3.3.1 Pendant la formation initiale

Seuls les internes de spécialités rapportent un début de contact avec l'industrie pharmaceutique **dès l'externat**.

EINT11 « on commence à les voir dès l'externat »

4.3.3.2 Techniques d'influence ressenties

Les internes de spécialités décrivent des techniques d'influence telles que l'organisation de **formations par l'industrie pharmaceutique**

EINT2 « quand il y a des formations sous couvert de laboratoire...bah à mon avis c'est quand même...pour moi des espèces de...de liens intérêts »

EINT7 « sur des topos euh ça pouvait parfois être plus orienté »

où les **médecins experts** sont **rémunérés**.

EINT7 « ils étaient, je pense, rémunérés par les labos »

On retrouve également les visiteurs médicaux qui portent un **intérêt aux internes**, ce qui peut être flatteur.

EINT11 « quand tu vois qu'un labo s'intéresse à toi, bah tu y vois forcément une forme de reconnaissance »

L'industrie pharmaceutique s'investie également financièrement auprès des **associations de patients**.

EINT4 « il y avait un labo qui avait donné de l'argent pour la formation des internes et à une association de patients et donc les chefs prescrivait plutôt le produit du labo. »

Les internes identifient également la **publicité** faite par l'industrie.

EINT6 « dans ces revues francophones...ils ont leurs pages de pubs »

L'industrie se repose sur la **règle de réciprocité** où les internes se sentent redevables.

EINT8 « en contrepartie, forcément, quand ils te payaient ça bah tu les écoutait voilà »

4.3.3.3 Influence actuelle de l'industrie pharmaceutique

Pour les internes de spécialité, l'influence de l'industrie pharmaceutique semble **inévitabile**.

EINT6 « Contre ce phénomène-là, c'est quasiment impossible à lutter, en réalité »

EINT12 « je pense très franchement que c'est euh...utopique...de...d'être totalement hors influence des labos »

Certains **minimisent** cette influence.

EINT8 « entre 0 et 10 je pense qu'on est influencé entre 2 et 3 »

Alors que d'autres la trouve **problématique**.

EINT7 « Un problème...euh bah je pense que oui »

4.3.3.4 Influence non ressentie

L'influence de l'industrie pharmaceutique n'est **pas ressentie** par les internes **sur leur formation**.

EINT8 « je pense que la formation, elle était complètement détachée de toute influence des laboratoires pharmaceutiques »

Mais ils **doutent de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur leur pratique médicale**.

EINT4 « je ne sais pas si ça influence ma pratique »

Ce sentiment d'indépendance repose parfois sur la **méconnaissance du système autour de l'industrie pharmaceutique**

EINT7 « je ne comprends pas tous les enjeux qu'il y a derrière ... »

Cette sensation est renforcée par l'idée que **la connaissance médicale protège de l'influence de l'industrie pharmaceutique** et facilite **l'esprit critique envers cette dernière**.

EINT5 « on a quand même les connaissances médicales qui font qu'on arrive à avoir l'ouverture d'esprit et la critique assez facile »

4.3.3.5 Prévention de l'influence de l'industrie pharmaceutique

Les internes de spécialités ont différentes stratégies pour prévenir l'influence de l'industrie. Certains décident de **ne plus avoir de contacts** avec eux.

EINT5 « si les labos ne viennent pas nous voir, bah on ne connaît pas leurs produits, et donc du coup on les prescrit pas »

D'autres **vérifient les informations délivrées**

EINT2 « après c'est le traitement de l'information derrière qui permet de se...de se prémunir contre l'influence »

ou développent la **lecture critique d'articles**.

EINT4 « nous on fait des biblios dans notre service où on parle de ces molécules-là et on est amené très souvent à les critiquer »

Quelques internes se basent sur les **critiques émises par leurs seniors**

EINT4 « j'ai la chance d'avoir des chefs qui critiquent très ouvertement »

ou **suivent les directives** de ceux-ci.

EINT4 « souvent c'est les chefs qui nous disent quoi prescrire »

Enfin, une partie de la population étudiée estime que **l'enseignement** est susceptible de prévenir cette influence.

EINT6 « Comment « rééquilibrer les forces », moi je pense par l'enseignement »

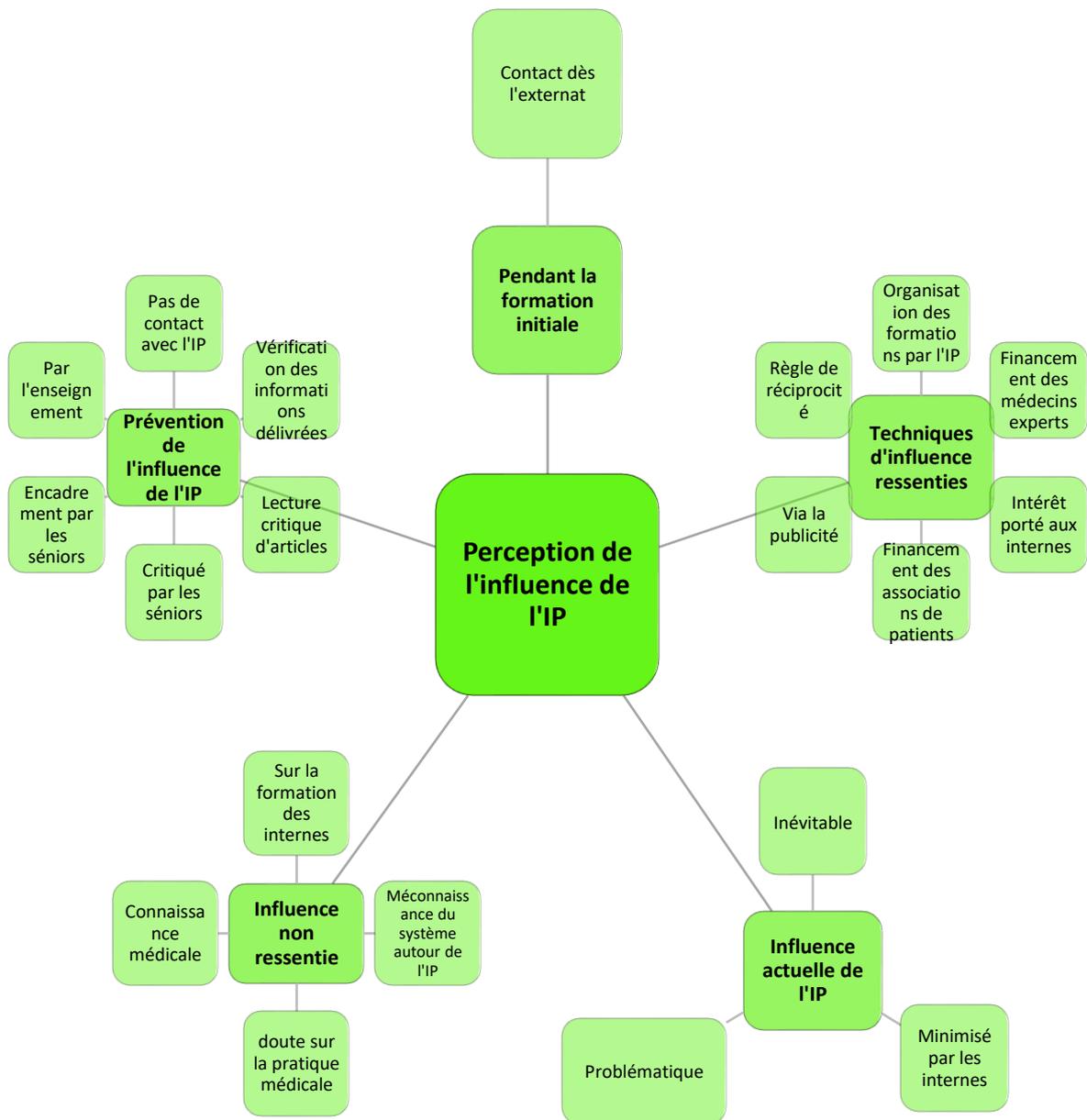


Schéma 34 : Perception de l'industrie pharmaceutique selon les internes de spécialité

4.3.4 Formation médicale actuelle

4.3.4.1 Moyens de formation actuelle

Les internes de spécialité décrivent l'utilisation des **réseaux sociaux** comme moyen de formation.

EINT9 « essentiellement via les réseaux sociaux »

EINT9 « Twitter c'est une très grosse source d'informations »

EINT11 « tu as beaucoup de choses sur les réseaux »

4.3.4.2 Critères de choix

Les internes recherchent des **formations gratuites**.

EINT7 « choses qui sont accessibles et peut être plus gratuitement »

Ils préfèrent les **formations synthétiques**.

EINT10 « quand c'est déjà un peu synthétisé, c'est plus facile, »

Leur choix repose également sur le **retour d'expérience** qu'ils ont de leurs confrères.

EINT7 « je me renseigne sur ce qui a été fait pas mes co-internes »

Ainsi que des formations qui **s'appuient sur des sociétés savantes**.

EINT11 « j'aime bien quand même que l'information soit validée, soit par la société européenne de cardiologie ou la société française de cardiologie »

4.3.4.3 Facteurs limitant

Les internes de spécialités rapportent des critères limitant dans leur choix de formation :

- le **format** de la formation

EINT10 « quand c'est des articles à rallonge avec beaucoup de texte euh ... je trouve que c'est moins vivant, c'est moins facile de suivre »

- la **langue**

EINT10 « tous les articles sont en anglais, bon des fois quand c'est vraiment trop compliqué je lâche »

- le **coût** de la formation

EINT5 « c'est vrai qu'en fonction du tarif tu te dis « bah non je vais pas y aller » »

- le **manque de diversité** dans les thèmes abordés

EINT7 « ça revient toujours au même »

4.3.4.4 Liens entre l'industrie pharmaceutique et la formation actuelle

Le lien entre la formation des internes et l'industrie pharmaceutique était **présent** car il n'y avait que l'industrie pharmaceutique qui **finançait leur formation**.

EINT8 « en fait y'avait qu'eux qui nous finançaient »

Et les internes **demandaient directement des financements** pour certaines formations.

EINT11 « tu pouvais leur demander de te financer un DU ou un congrès »

Ce lien était plutôt bien perçu par les internes.

EINT3 « heureusement que parfois il y a eu des labos qui nous ont aidés »

EINT8 « je trouvais ça bien que les labos nous financent »

Les internes de spécialités trouvaient même ce lien **nécessaire** pour bénéficier d'une formation jugée indispensable.

EINT6 « nous on a vraiment besoin de cette formation thérapeutique »

4.3.4.5 Impact de la loi anti-cadeaux sur la formation

Les internes de spécialité se sentent **pénalisés** dans leur formation.

EINT3 « je trouve que notre formation en pâti, du fait qu'il y ait eu cette loi »

EINT5 « c'est pénalisant c'est sûr pour notre formation »

EINT9 « Pour moi cette loi anti-cadeaux a un impact assez négatif »

L'accès aux formation est réduite pour les internes.

EINT3 « on ne peut plus accéder à ces formations là...à cause justement de cette loi contre les labos »

Il n'y a **plus de financement des formations** par l'industrie pharmaceutique,

EINT4 « qu'ils ne peuvent plus nous financer directement comme ils faisaient avant »

ce qui augmente le coût de la formation pour les internes.

EINT8 « ça m'a coûté je crois 3000 balles à faire ce truc donc ça a été vraiment compliqué »

Les internes regrettent l'**absence d'alternative** suite à ses dispositions.

EINT8 « derrière y'a rien qui est mis en place pour euh...pour euh...pour combler ce vide quoi »

4.3.4.6 Volonté de formation

Les internes souhaitent des **formations hospitalo-universitaires**.

EINT7 « c'est quelques choses qui devrait être délivrées par un médecin... euh... PU-PH »

Certains souhaitent également des **formations en lien avec l'industrie pharmaceutique**.

EINT6 « il faut que sur le plan de la formation continue, il y ait une connivence entre l'industrie pharmaceutique et le médecin spécialiste »

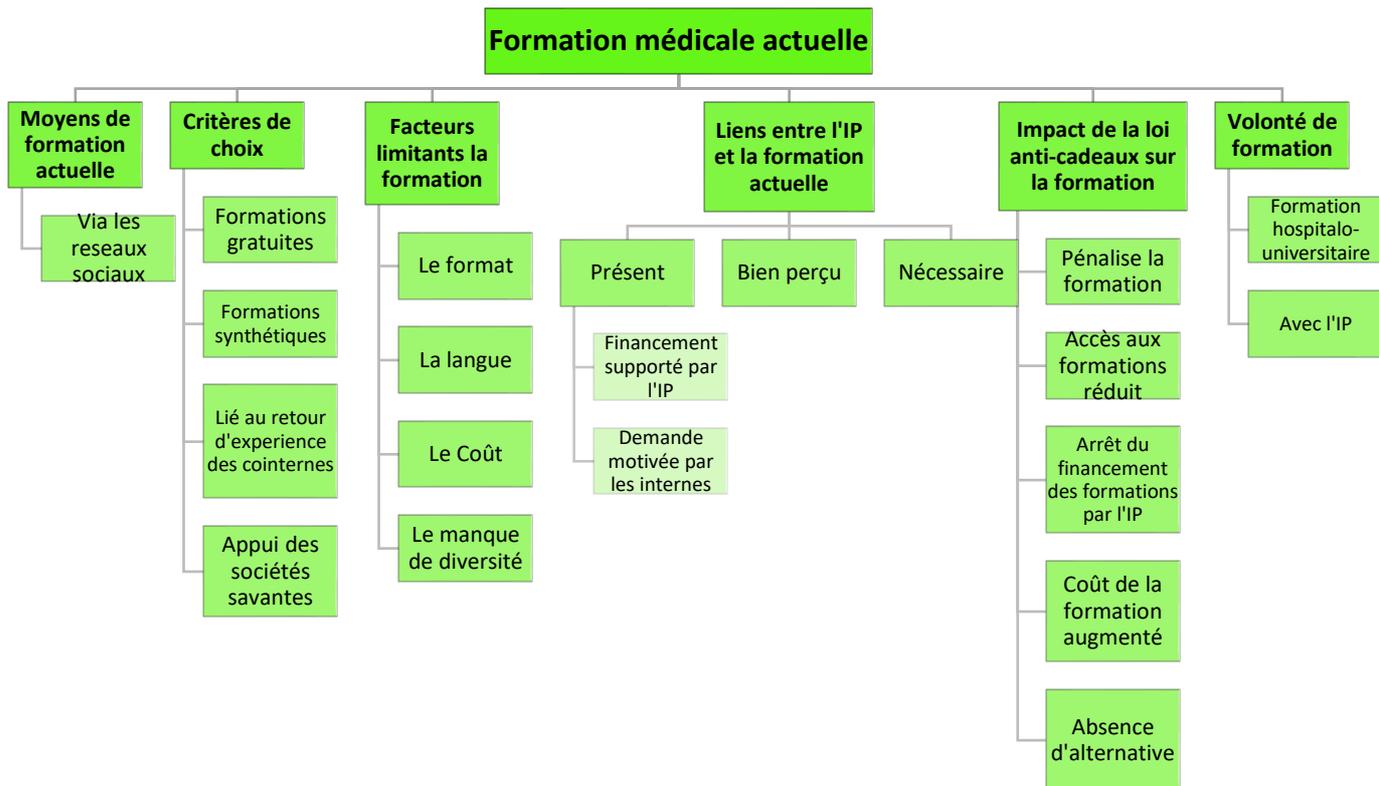


Schéma 35 : Formation médicale actuelle selon les internes de spécialité

4.3.5 Perception de la E-FACRIPP

4.3.5.1 Attentes de la E-FACRIPP

Les internes aimeraient une formation **adaptée à leur spécialité**

EINT9 « Il faudrait que ce soit adapté à chaque spécialité je pense que ce serait plus pertinent. »

EINT10 « quelque chose de plus pratique sur ma spécialité »

où ils puissent y retrouver des **exemples concrets**,

EINT3 « Il faudrait un contenu avec des exemples précis »

afin d'avoir une adaptation pratique rapidement possible.

EINT8 « il faut un truc pratique vraiment »

Ils souhaiteraient également que la formation puisse être **accessible de manière illimitée** pour pouvoir y revenir si besoin.

EINT4 « renouvelable s'il faut »

Concernant le contenu de la formation, ils aimeraient aborder le **cadre législatif**.

EINT4 « qu'il m'informe sur les droits et les devoirs des labos »

Ils attendent de la E-FACRIPP qu'elle **prévienne de l'influence de l'industrie pharmaceutique** sur les médecins,

EINT12 « si la formation te permet d'aborder ces questions d'influence, oui, c'est une bonne chose. »

et qu'elle aide à **empêcher les prochains scandales sanitaires**.

EINT11 « le but principal de ça, c'est de pouvoir prévenir d'autres scandales sanitaires »

4.3.5.2 Projection de participation à la E-FACRIPP

Certains internes sont **indécis** quant à leur participation à la formation si celle-ci n'est pas obligatoire.

EINT12 « si on nous laisse le choix de participer ou pas, je ne sais pas trop »

4.3.5.3 Caractère obligatoire de la E-FACRIPP

D'autres internes sont plutôt **favorables au caractère obligatoire** de la E-FACRIPP.

EINT8 « je pense qu'avoir une demi-journée obligatoire dans notre cursus d'interne : une en début d'internat la première année, et en faire une en dernière année, je pense que ça peut être très intéressant euh...et je serais plutôt pour que ça ait lieu. »

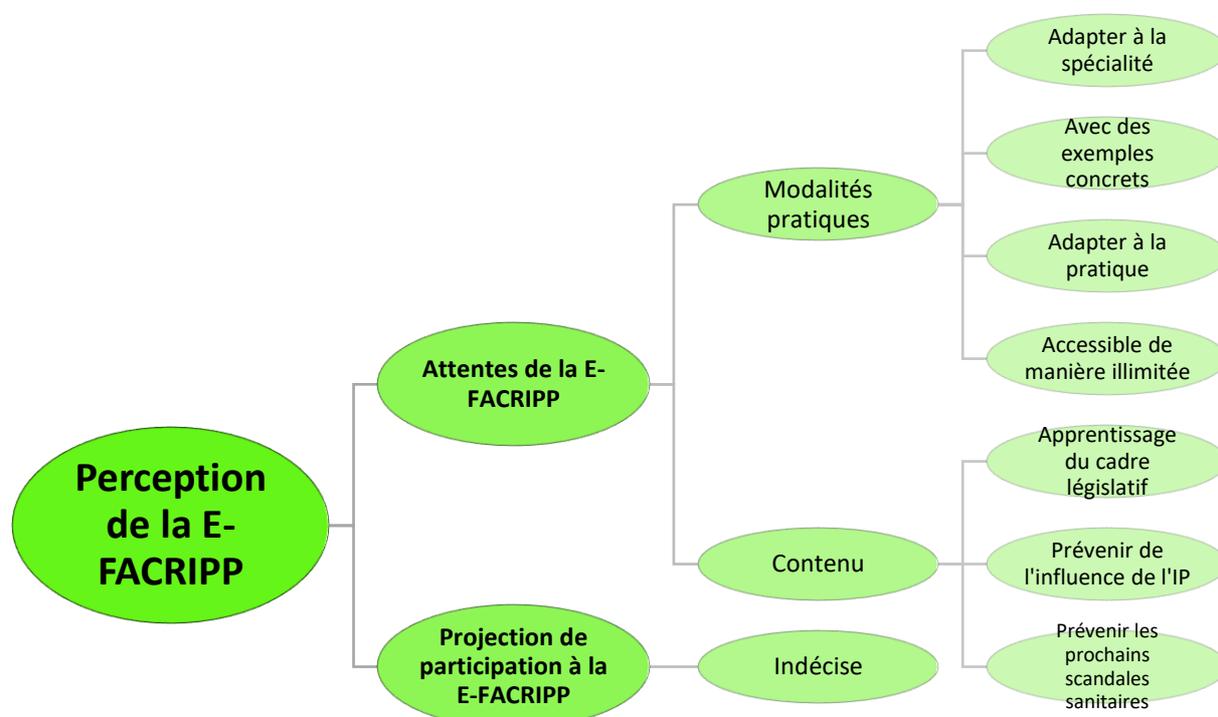
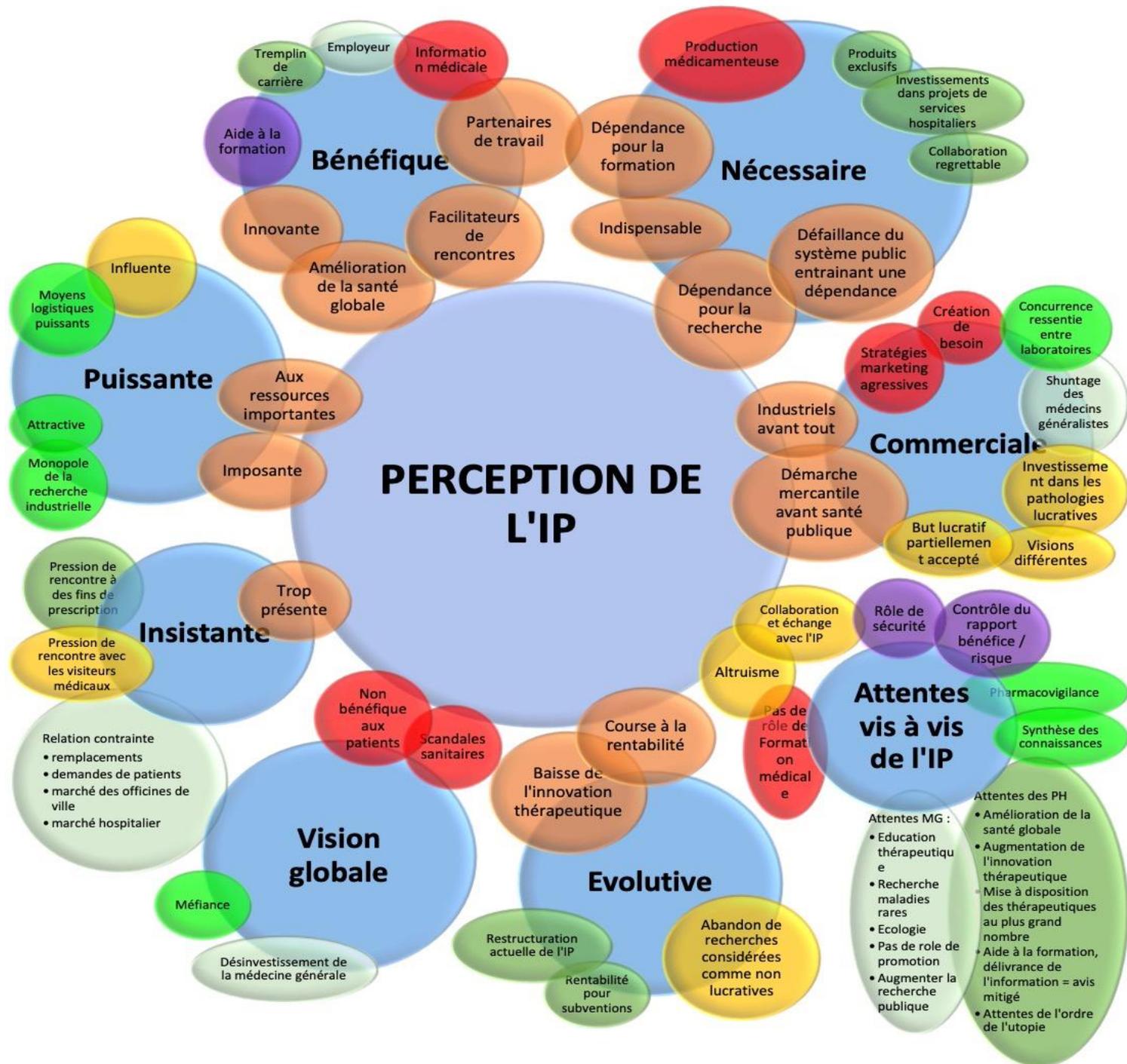


Schéma 36 : Perception de la E-FACRIPP selon les internes de spécialité

5 Résumé des résultats sous forme de carte heuristique



Perception de l'IP commune aux trois populations

Perception de l'IP commune aux médecins généralistes et praticiens hospitaliers

Perception de l'IP commune aux praticiens hospitaliers et internes de spécialités

Perception de l'IP commune aux médecins généralistes et internes de spécialités

Perception de l'IP unique aux médecins généralistes

Perception de l'IP unique aux praticiens hospitaliers

Perception de l'IP unique aux internes de spécialités



Perception de l'IP commune aux trois populations

Perception de l'IP commune aux médecins généralistes et praticiens hospitaliers

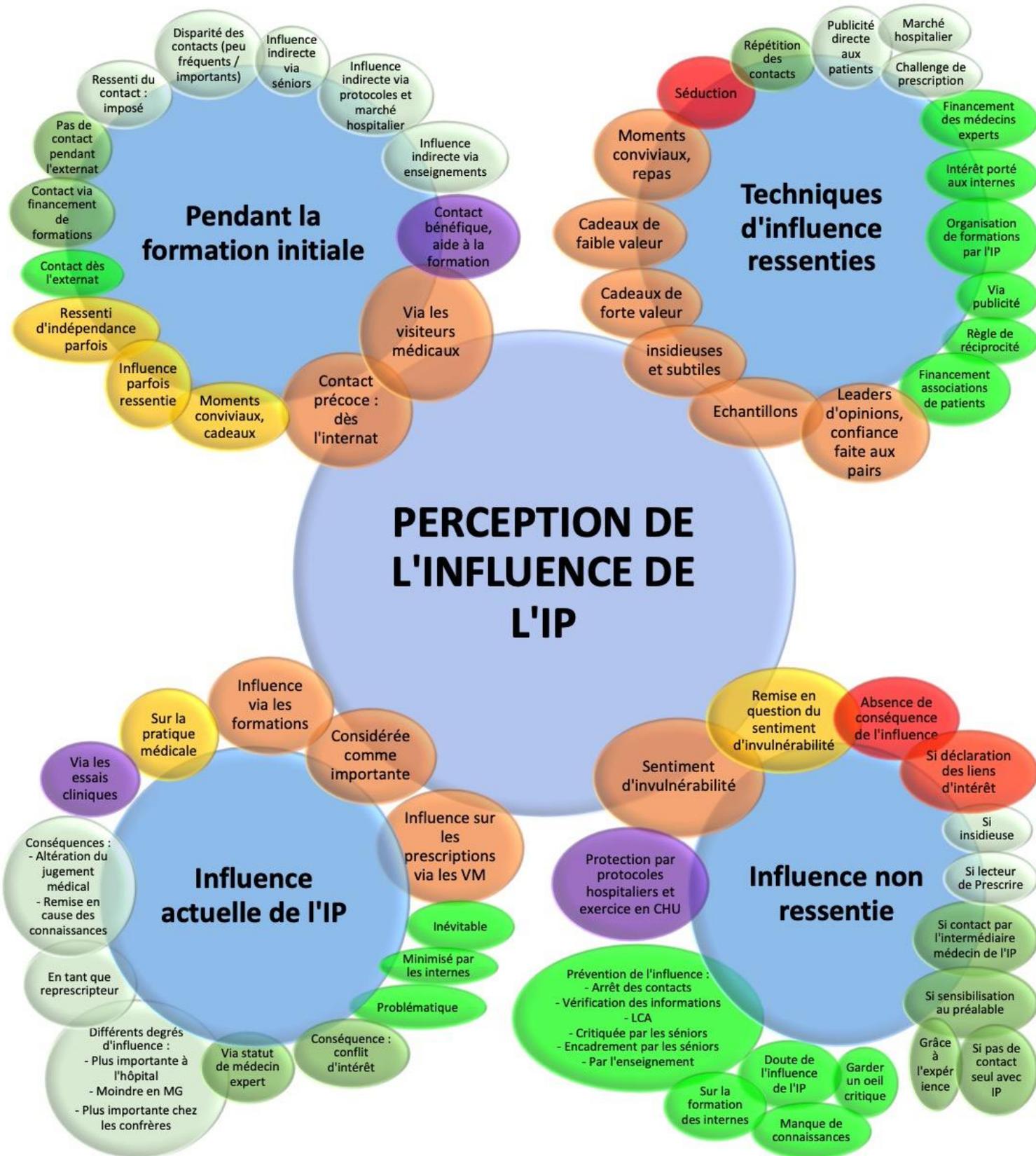
Perception de l'IP commune aux praticiens hospitaliers et internes de spécialités

Perception de l'IP commune aux médecins généralistes et internes de spécialités

Perception de l'IP unique aux médecins généralistes

Perception de l'IP unique aux praticiens hospitaliers

Perception de l'IP unique aux internes de spécialités



Perception de l'IP commune aux trois populations

Perception de l'IP commune aux médecins généralistes et praticiens hospitaliers

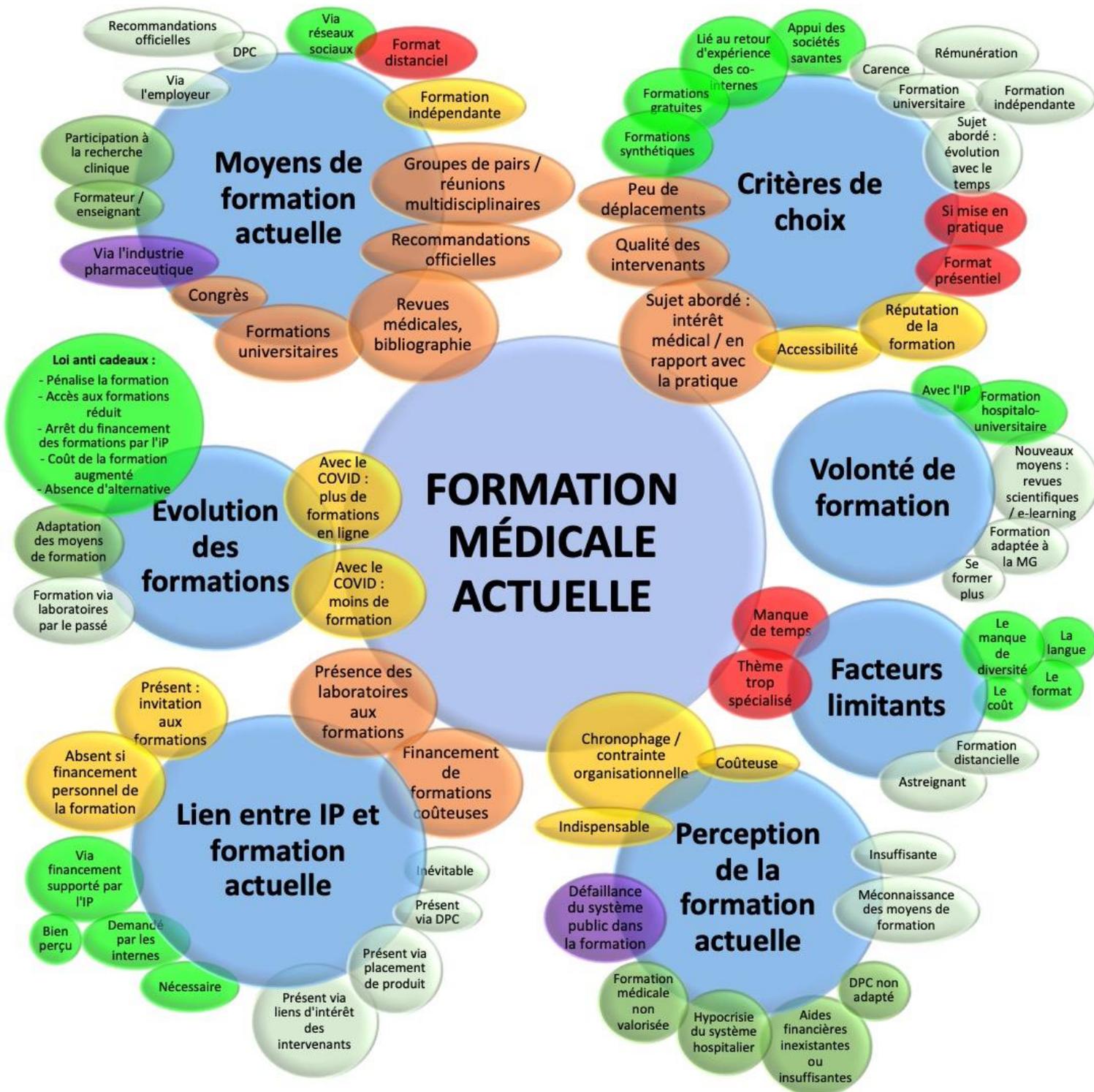
Perception de l'IP commune aux praticiens hospitaliers et internes de spécialités

Perception de l'IP commune aux médecins généralistes et internes de spécialités

Perception de l'IP unique aux médecins généralistes

Perception de l'IP unique aux praticiens hospitaliers

Perception de l'IP unique aux internes de spécialités



Perception de l'IP commune aux trois populations

Perception de l'IP commune aux médecins généralistes et praticiens hospitaliers

Perception de l'IP commune aux praticiens hospitaliers et internes de spécialités

Perception de l'IP commune aux médecins généralistes et internes de spécialités

Perception de l'IP unique aux médecins généralistes

Perception de l'IP unique aux praticiens hospitaliers

Perception de l'IP unique aux internes de spécialités hors MG



Perception de l'IP commune aux trois populations

Perception de l'IP commune aux médecins généralistes et praticiens hospitaliers

Perception de l'IP commune aux praticiens hospitaliers et internes de spécialités

Perception de l'IP commune aux médecins généralistes et internes de spécialités

Perception de l'IP unique aux médecins généralistes

Perception de l'IP unique aux praticiens hospitaliers

Perception de l'IP unique aux internes de spécialité

DISCUSSION

1 Validité interne de l'étude

1.1 Les points forts de l'étude

L'objet de notre étude était l'analyse du ressenti et de l'intérêt des médecins généralistes, spécialistes hospitaliers et internes de spécialité sur la mise en place d'une formation de sensibilisation à la promotion de l'industrie pharmaceutique en format e-learning (la e-Facripp).

Nous avons décidé de réaliser une **étude qualitative**, méthode d'analyse la plus adaptée pour le recueil du ressenti, du vécu et de l'expérience des sujets interrogés.

Les thésards ont mené des **entretiens individuels anonymisés**, favorisant la liberté d'expression et la mise en confiance de l'interviewé, celui-ci pouvant alors se livrer sans crainte du jugement et éviter l'effet « leader » du focus group.

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés avec des **relances** ce qui permettait d'approfondir certains points abordés par la personne interrogée.

La **saturation théorique des données** a été obtenue, pour tous les trois, avant la fin des entretiens ce qui est également un point fort de l'étude.

Par ailleurs, une **analyse par double encodage** permet de limiter le biais d'interprétation lié à la réalisation des entretiens, et augmente de ce fait la validité interne.

De par la pandémie relative au COVID 19 que nous connaissons faisant émerger un débat brûlant sur les conflits d'intérêts existants entre les médecins et les firmes pharmaceutiques, notre sujet de thèse s'inscrit **au cœur de l'actualité**.

Pour finir, ce travail de thèse est le **premier** concernant la population d'internes de spécialité médicale, de praticiens hospitaliers et de médecins généralistes libéraux, à étudier l'exposition et le ressenti de la promotion pharmaceutique et la mise en place d'une formation (e-Facripp).

1.2 Les points faibles de l'étude

Même si nous avons essayé de les limiter, notre étude présente malgré tout des biais.

1.2.1 Biais de sélection

Le recrutement des médecins généralistes a été réalisé selon la méthode « effet boule de neige », le médecin sollicité peut de ce fait nous adresser vers des confrères ayant le même profil que lui et les mêmes méthodes de travail. Par conséquent, cela peut entraîner un manque de diversité dans les réponses obtenues.

De plus, notre échantillon de médecins généralistes compte 36% d'abonnés à la revue Prescrire. En 2020, ce chiffre était de 18% (86102 médecins généralistes en France en 2020 (63), et 15446 inscrits à Prescrire en septembre 2020 (64)).

Par ailleurs, les Maîtres de Stage Universitaire (MSU) représentent 29% de notre population. En France, en 2020, les MSU représentaient 13% des médecins généralistes (11209 MSU en 2020 (65)).

Notre population de médecins généralistes compte donc un plus grand pourcentage de médecins abonnés à la revue Prescrire, revue indépendante de l'industrie pharmaceutique sensibilisant aux liens avec celle-ci. Cette différence peut ainsi entraîner un biais, ces médecins-là étant déjà sensibilisés au préalable à la question soulevée dans notre thèse.

Par ailleurs, la proportion plus importante des MSU dans cette population représente également un biais, ceux-ci doués de caractéristiques particulières : médecins plus jeunes, exerçant en milieu rural, arborant de meilleurs résultats dans les soins de prévention primaire (vaccination, suivi de diabète...), prescrivant plus en DCI (66) et se formant plus (67).

Concernant le choix des spécialités sélectionnées pour participer à notre étude, en se basant sur un article « les spécialités les plus soumises à l'influence de l'industrie pharmaceutique », un biais est forcément engendré du fait d'évincer une partie des spécialités (59).

Nous n'avons pas pu recruter d'hépatogastro-entérologue dans la population des praticiens hospitaliers au contraire de la population des internes de spécialité ; il en découle une population différente de celle escomptée, pouvant conduire à un biais.

Par ailleurs, de par leur activité et la nécessité d'utilisation de dispositifs médicaux, la relation des spécialités chirurgicales ainsi que des anesthésistes-réanimateurs avec l'industrie pharmaceutique nous semblait inévitable. Nous avons donc décidé de ne pas les intégrer dans notre sélection initiale.

Cependant, au cours de l'étude et notamment pour les praticiens hospitaliers, nous avons pris conscience de la nature également difficilement dénouable des liens avec l'industrie pharmaceutique, notamment pour certaines spécialités médicales occupant une activité interventionnelle (cardiologie, ophtalmologie). De ce fait, notre sélection peut être également biaisée.

Dans la population de praticiens hospitaliers, nous n'avons pas inclus les médecins exerçant en clinique, estimant leur activité similaire aux médecins exerçant en CHU.

Cependant, il est possible que l'exposition vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique des médecins exerçant en CHU soit différente et peut être supérieure à celle en clinique. De plus, leur sensibilisation aux techniques de promotion de l'industrie pharmaceutique est possiblement plus importante, au travers de la vision universitaire qu'il existe en CHU. De ce fait, un biais est possible quant à ce choix de population.

De plus, notre population de praticiens hospitaliers regroupait 77% de médecins exerçant en CHU, contre 23% exerçant en hôpital périphérique. De manière similaire aux médecins

exerçant en clinique, il est possible que les médecins exerçant en CHU ait un contact ainsi qu'une sensibilisation plus importante à l'industrie pharmaceutique que pour les médecins exerçant en hôpital périphérique, ce qui pourrait constituer un nouveau biais de sélection dans cette population.

Concernant la population des internes de spécialité, nous n'avons pas pu obtenir les listes intégrales des promotions des spécialités pré-sélectionnés. Ainsi, le tirage au sort s'est effectué sur des listes incomplètes engendrant donc un biais de sélection.

Nous identifions également un biais de volontariat : suite au tirage au sort des internes et des praticiens hospitaliers et de l'aiguillage vers un médecin généraliste, ces derniers étaient libres de participer ou non à notre étude. Il y a donc un risque de biais car les volontaires peuvent présenter des caractéristiques différentes des personnes ayant refusé de participer à l'étude.

Lorsque nous avons débuté ce travail de thèse, nous étions un quatuor. Le quatrième thésard avait en charge d'investiguer la population des spécialistes libéraux (hors médecins généralistes). Malheureusement, cette personne n'a pas répondu ni participé à nos réunions de travail par conséquent, nous avons décidé de mettre fin à cette collaboration.

Ainsi, cette population n'a pas pu être étudiée car il était trop tard pour recruter un nouveau thésard. À posteriori, nous pensons qu'il n'était pas forcément judicieux d'étudier cette population car les verbatims attendus auraient probablement été peu différents des autres populations (recoupement notamment entre les médecins généralistes et les praticiens hospitaliers).

1.2.2 Biais de mémorisation

Le biais de mémorisation peut se traduire par des difficultés pour les médecins en fin de carrière de se souvenir de faits anciens et de contacts anciens avec l'industrie pharmaceutique.

1.2.3 Biais de déclaration

Les participants étaient interrogés sur un sujet relativement délicat à aborder au sein de la profession médicale ; à savoir l'influence de l'industrie pharmaceutique sur leur formation et leurs pratiques. De manière inconsciente, les réponses ont pu être orientées afin de « plaire » à l'observateur ou répondre selon les normes sociales en vigueur ; les médecins sous-déclarant ainsi des comportements répréhensibles par la profession médicale. Cette attitude est à l'origine d'un biais de désirabilité sociale qui est potentiellement présent dans notre étude.

Nous avons essayé de minimiser ce biais en réalisant des entretiens individuels anonymisés. Initialement, des entretiens avec une méthode dite en « focus group » étaient envisagés lors de la création de l'étude, mais celle-ci avait pour risque de faire émerger un ou des leaders d'opinion, pouvant influencer les opinions des autres membres du groupe et diminuer la spontanéité des échanges, majorant également ce biais. (68)

Par ailleurs, un entretien parmi ceux des spécialistes hospitaliers a été réalisé en deux temps, pouvant entraîner un biais, notamment dans la seconde partie de l'entretien avec des réponses moins spontanées.

1.2.4 Biais d'investigation

Notre étude qualitative repose sur la réalisation d'entretiens individuels donc dépendants de la compétence des thésards à les réaliser. Nous devons rester le plus neutre possible, poser des questions ouvertes et ne pas influencer les réponses.

Il s'agissait pour nous trois de notre première expérience en tant qu'investigateur pour une thèse qualitative. Nous pensons avoir été meilleurs au fil des entretiens (notamment au niveau des relances).

Le guide d'entretien nous a aidé à mener les entretiens. Nous avons chacun réalisé au préalable deux entretiens tests pour vérifier la pertinence et la compréhension des questions. Le guide d'entretien avait été modifié/ajusté à l'issue de ces entretiens tests.

1.2.5 Biais d'interprétation

Les résultats de l'étude se basent sur l'analyse des verbatims correspondant au ressenti de l'interviewé. Ces données ne sont pas quantifiables et leur analyse est sujette à l'interprétation de l'investigateur.

Pour diminuer ce biais, nous avons mis en place un système de double encodage, puis une triangulation des données si nécessaire.

Une analyse non verbale aurait permis une analyse plus fine des données recueillies, cependant nous n'étions pas formés à ce type d'analyse et tous les entretiens n'ont pas été réalisés en présentiel.

1.2.6 Saturations des données théoriques

Concernant la population des médecins généralistes libéraux et des praticiens hospitaliers, deux entretiens ont été réalisés afin de confirmer l'absence d'émergence de nouvelles idées dans les entretiens.

Concernant la population des internes, la saturation des données a été confirmée après un seul dernier entretien, nous pouvons donc douter d'une réelle saturation des données dans cette population. Cela peut induire une faiblesse dans l'exhaustivité des résultats obtenue dans cette population.

Cependant, l'accès complet aux listes d'internes de chaque spécialité a été rendu difficile, du fait d'un refus de l'administration du département de DES de spécialité de fournir ces listes. Certaines listes étaient donc incomplètes lors du tirage au sort.

2 Validité externe de l'étude

Dans notre étude, les participants rapportaient une exposition précoce à l'industrie pharmaceutique majoritairement dès l'internat. Cette exposition précoce a été retrouvée dans plusieurs études.

Une thèse de 2018 de Jessica Poinsard (69) portant sur « l'exposition des étudiants en médecine de 3^{ème} cycle de la région Centre-Val de Loire à la promotion de l'industrie pharmaceutique » retrouvait 93% des participants exposés au moins une fois à la promotion pharmaceutique.

Cette exposition précoce à l'industrie pharmaceutique est également confirmée par une revue systématique réalisée entre 1971 et 2010 par Austad Ke *et al* en 2011 (70). Dans cette revue étaient estimées la fréquence et la nature des contacts de l'exposition des étudiants à la promotion pharmaceutique à travers plusieurs pays. L'exposition était variable en fonction des pays : 74% des norvégiens étant exposés au moins une fois contre 100% aux États-Unis.

Une thèse lyonnaise de 2012 (71) sur « la relation des étudiants en médecine et l'industrie pharmaceutique », retrouvait quant à elle que 100% des internes avaient été en contact au moins une fois avec l'industrie pharmaceutique et 97% pour les externes.

Concernant l'exposition des médecins généralistes, une thèse parisienne de 2014 retrouvait une exposition importante mais en nette diminution chez les jeunes médecins (72).

Nous n'avons pas retrouvé de littérature concernant l'exposition des médecins hospitaliers à la promotion pharmaceutique.

Ce contact avec l'industrie pharmaceutique est principalement associé à la rencontre des visiteurs médicaux. En effet, lors de la question sur le dernier contact avec l'industrie pharmaceutique, la majorité des médecins et internes interrogés aborde en premier lieu le contact avec les visiteurs médicaux, confirmant la visite médicale comme principale composante de la promotion pharmaceutique.

Concernant les liens entre l'industrie pharmaceutique et la formation médicale, les participants rapportent des informations utiles (comme 63% des internes interrogés dans la thèse de Jessica Poinsard (69) mais cependant biaisées (résultats correspondant à ceux publiés dans une étude parue dans le JAMA (73).

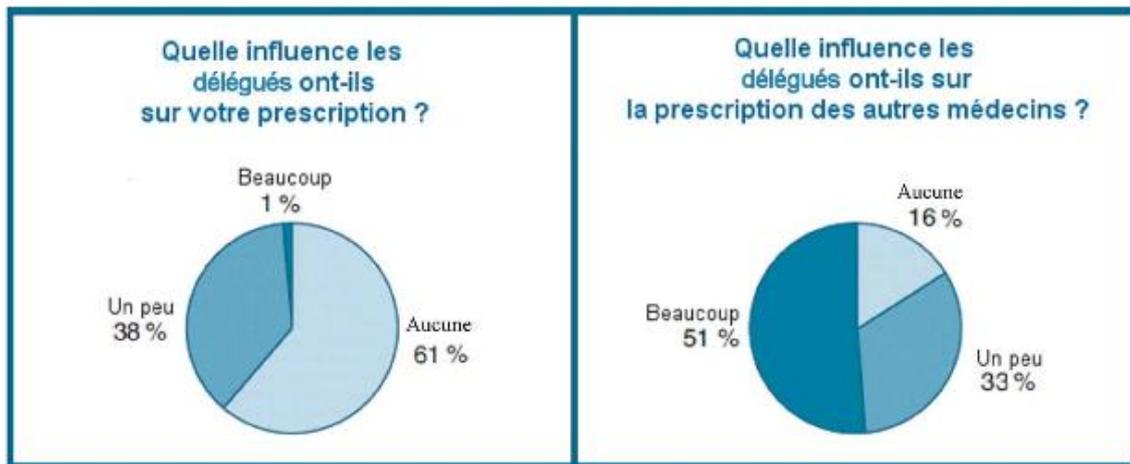
Qu'il s'agisse des médecins généralistes, des praticiens hospitaliers ou des internes de spécialité ; la notion d'invulnérabilité est très fréquente, notion retrouvée de manière similaire dans plusieurs thèses comme cette étude des médecins généralistes du Val de Marne, retrouvant que la moitié des médecins interrogés ne se sentent pas influencés par l'industrie pharmaceutique (72), ou bien dans une thèse sur l'exposition des internes de médecine générale aux techniques de promotion médicamenteuse au cours de leurs stages réalisée en 2017 (74).

Dans notre étude, outre le sentiment d'invulnérabilité, certains médecins généralistes évaluent l'influence de l'industrie pharmaceutique comme plus importante auprès de leurs confrères hospitaliers, ou bien même sur leurs confrères généralistes.

Parallèlement à cela, certains médecins hospitaliers se représentent les médecins généralistes comme la première cible des visiteurs médicaux, étant les prescripteurs majoritaires.

Enfin, les internes de spécialité estiment que la loi anti cadeau devrait être réduite à la seule médecine générale.

Cette notion que « l'autre est plus influençable » a été étudiée dans une étude menée par Steinman en 2001 où les avis des praticiens interrogés différaient beaucoup selon que les influences concernaient leurs propres prescriptions ou celles de leurs confrères (20). Des psychologues appellent ce phénomène « l'illusion de l'unique invulnérabilité ».



(Source : Steinman, 2001)

Concernant le désir de formation à la promotion pharmaceutique, les médecins et internes interrogés dans notre étude rapportent une formation actuelle insuffisante. Ce sentiment est également retrouvé au travers de plusieurs thèses ; en 2017 avec un travail de thèse retrouvant que seulement 27% des départements de médecine générale en France proposent un enseignement à la promotion pharmaceutique (75), ou encore en 2018 où 64% des internes de la région lyonnaise ne s'estiment pas suffisamment formés à la promotion pharmaceutique (71).

Les médecins et internes, bien qu'ambivalents sur l'industrie pharmaceutique, souhaitent pour la plupart une formation indépendante. Souhait d'indépendance également retrouvé dans une autre thèse (72) où les médecins généralistes (76%) interrogés étaient plutôt contre un financement direct de la FMC par les laboratoires.

Concernant l'intérêt même d'une formation telle que la e-Facripp chez les étudiants et notamment au travers de la population des internes de spécialité, l'intérêt est positif, tout comme le ressenti vis-à-vis d'une formation en petit groupes, personnalisée, corrélant avec plusieurs thèses évaluant la Facripp et son impact (76) (77).

Notre thèse répond à un souhait/ à l'ouverture d'une autre thèse bordelaise sur la e-Facripp évaluant la perception de l'industrie pharmaceutique après la formation, et la perception de cette formation. On pouvait y trouver un désir d'étendre la formation aux spécialistes, améliorer les supports et privilégier le mode de formation dématérialisée (77).

3 Discussion des résultats

3.1 Représentativité des populations étudiées

3.1.1 Population des médecins généralistes

Dans notre étude, l'âge moyen des médecins généralistes est de 50,5 ans et les femmes représentaient 35,7%.

En France en 2021 (78), l'âge moyen des médecins généralistes est de 49,9 ans et les femmes représentent 51,5% des effectifs.

Dans notre étude, les médecins moins de 40 ans représentent 21% (versus 24,1% selon le CNOM (78)) et les plus de 60 ans 36% (versus 25,9% selon le CNOM (78)).

Au niveau de l'âge, notre population est représentative des médecins généralistes français. Cependant, notre échantillon manque de médecins femmes et la part des plus de 60 ans est plus élevée.

3.1.2 Population praticiens hospitaliers

Dans notre étude, l'âge moyen des médecins est de 47 ans, et les femmes représentent 38%.

En France en 2021 (78), les médecins spécialistes médicaux ont en moyenne 50,4 ans et les femmes représentent 52,9%.

Dans notre étude, les moins de 40 ans représentent 46,1% (versus 26,9% selon le CNOM) et les plus de 60 ans 30,7% (versus 24,9% selon le CNOM).

Il est difficile de conclure sur la représentativité de cette population car nous avons sélectionné seulement un échantillon de spécialité, que nous comparons ici à l'ensemble des spécialités médicales (hors médecine générale).

Par ailleurs, notre population a une activité uniquement hospitalière tandis que les chiffres du CNOM correspondent aux médecins de spécialité médicale sans distinction de leur type d'activité.

3.1.3 Population des internes de spécialité

Nous n'avons pas trouvé de sources pour évaluer la représentativité de la population des internes participants à l'étude.

La moyenne d'âge est de 28 ans, ce qui est concordant avec une population d'internes.

Les femmes représentent 50% des internes interrogés, ce qui est concordant avec le pourcentage de femmes chez les médecins spécialistes médicaux en France en 2021 (52,9%) (78).

A noter que dans une étude qualitative, nous ne recherchons pas une représentativité de la population.

3.2 Discussion des résultats

3.2.1 État des lieux des principaux résultats

L'ensemble des médecins et internes interrogés a montré un intérêt pour une formation sur l'industrie pharmaceutique en général et en particulier sur ses techniques de promotion et d'influence.

Tous mettent en avant le manque de temps et se rejoignent sur la nécessité d'une formation courte. Le manque de temps pour se former englobe à la fois la durée de la formation et les temps de déplacement pour s'y rendre.

A noter que le temps estimé à la réalisation de la formation e-Facripp est de 3 heures. Cette estimation semble donc correspondre et répondre aux attentes des participants à notre étude.

Le e-learning semble une solution intéressante pour une formation flexible et pour les médecins éloignés des lieux de formation, cependant, bien que moins chronophage et plus pratique, l'idée d'une formation en e-learning n'est pas toujours considérée comme la plus adaptée.

Dans les freins à l'utilisation du e-learning nous pouvons citer des difficultés pour certains médecins seniors à utiliser l'outil informatique mais également le souhait de garder le contact humain et les interactions suscités par les formations en présentiel.

Nous pouvons noter que ces freins sont plus souvent évoqués par les médecins généralistes. Les internes ressortent comme la population la plus intéressée par le e-learning. Cet intérêt est motivé par la possibilité de pouvoir commencer, interrompre puis reprendre la formation à leur gré, en fonction de leur emploi du temps. Ils disent également avoir du mal à se libérer de leur stage lors des deux demi-journées hebdomadaires dédiées à la formation.

De plus, plusieurs médecins -notamment dans la population des praticiens hospitaliers- sont dans l'attente d'une formation pratique nécessitant une interaction qui semble difficilement accessible en e-learning.

Sur la question du contenu de la formation, les médecins confessent dans leur grande majorité une méconnaissance de l'organisation de l'industrie pharmaceutique. Ils souhaitent connaître les principales lignes qui permettent à l'industrie pharmaceutique de passer de la simple idée à un traitement efficace, mis sur le marché, avec une qualité de production maîtrisée, et un suivi des effets indésirables. Ils s'intéressent également à la branche de l'industrie qui assure la promotion du médicament.

Dans cet optique, certains médecins évoquent même le souhait d'échanger avec des professionnels de l'industrie pharmaceutique.

La plupart des médecins interrogés pensent n'être que peu influencés par des techniques de l'industrie pharmaceutique. Ils prennent néanmoins au sérieux ce sujet qui leur paraît d'actualité et estiment qu'une formation sur le sujet peut leur être bénéfique. Ils sont au final nombreux à reconnaître à demi-mot qu'ils ont peut-être été victimes à leur insu de techniques de promotion sans y avoir prêté attention.

Les internes pensent avoir un regard critique et être suffisamment indépendants vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique qu'ils considèrent comme nocive. Pour autant, ils ne sont pas contre l'idée d'aller à un congrès, un DU ou une soirée financée par l'industrie pharmaceutique. Sont-ils si sûrs de ne pas se sentir redevables ?

Les praticiens hospitaliers s'estiment pour la plupart dépendants de l'industrie pharmaceutique mais non influencés, nuance non négligeable retrouvée dans beaucoup d'entretiens. Ils considèrent l'industrie comme indispensable dans la recherche, pilier d'une grande partie de leur activité, même si celle-ci n'est pas toujours adaptée aux besoins recherchés.

Ils déplorent surtout de manière unanime la défaillance du système public hospitalier dans la formation, les contraignant à se former par le biais de l'industrie pharmaceutique. Enfin, ils s'entendent pour dédramatiser l'industrie pharmaceutique ; qu'ils considèrent comme positive et non pas altérante dans la qualité des soins pour le patient.

Au travers des différentes réponses apportées au fil des entretiens, nous voyons que les médecins estiment globalement intéressant de proposer une formation permettant de préserver et même accroître le sens critique des médecins. On observe également que les besoins de formation évoqués tournent autour des items proposés par la e-Facripp, en particulier :

- L'identification des techniques marketing influençant l'usage des médicaments dans sa pratique quotidienne.
- La connaissance des dispositions réglementaires en matière de gestion des liens d'intérêts et de régulation de la promotion pharmaceutique.
- L'identification des conflits d'intérêts dans sa pratique quotidienne
- La connaissance des moyens d'influence

Si tous s'accordent sur l'utilité d'une formation, ils ne souhaitent pas forcément pour autant la suivre. Ils sont plutôt favorables à une formation facultative alors même qu'ils reconnaissent avoir peut-être été déjà manipulés par méconnaissance des techniques employées. Le caractère facultatif converge surtout, pour les praticiens hospitaliers, à une orientation de cette formation pour les jeunes médecins plus influençables du fait d'une carrière débutante et d'un manque de sens critique général.

Par conséquent, nous pouvons dire que les médecins admettent méconnaître le fonctionnement de l'industrie pharmaceutique. Ils reconnaissent un déficit de formation sur comment appréhender les liens industrie pharmaceutique – médecins. Certains sont favorables à une formation en e-learning mais une part non négligeable reste attachée aux formations en présentiel notamment chez les médecins généralistes.

Un certain sentiment d'invulnérabilité incite les médecins à ne pas prendre part à une formation qu'ils jugent pourtant utile au développement de leur sens critique.

Nous faisons face à une forme de déni qui justifierai selon nous une sensibilisation pour tous et la e-FACRIPP nous semble être un des moyens possibles pour répondre à ce besoin.

3.2.2 Besoin et mise en place de la E-FACRIPP

Dans le cadre de la lutte contre les conflits d'intérêts, l'université de médecine de Bordeaux a adopté, dès sa parution en 2017, la charte éthique et déontologique suite à la conférence des doyens. Cette charte promeut l'indépendance vis-à-vis des firmes pharmaceutiques.

Le classement Formindep (association souhaitant favoriser une formation professionnelle et une information au public indépendantes) de l'année suivante classait alors la faculté de médecine de Bordeaux au 9^{ème} rang / 37, plutôt vers le haut du tableau malgré un faible score de 9/36. Ce classement n'avait alors pas de véritable sens, mais mettait surtout en lumière de grosses lacunes dans l'application de cette charte.

Le Formindep publie en avril dernier son troisième classement. Ce cru 2021 (79) dévoile que les facultés de médecine françaises ont globalement progressées en matière d'indépendance, tout en faisant apparaître des disparités.

L'Université de Bordeaux se place au 20^{ème} rang sur 35, régressant d'un score de 9/36 en 2018 (79) à 7/34 en 2021 -le total des points s'étant affaibli à 34 du fait de la suppression du critère « cadeau ». La Faculté de Médecine de Bordeaux n'ayant pas marqué de points relatifs à ce critère en 2018, il semblerait selon le Formindep qu'une régression dans la recherche d'indépendance par l'Université de Bordeaux soit à noter cette année, en partie liée à l'absence de sensibilisation des internes de 3^{ème} cycle hors DES de médecine générale, faisant perdre un point dans le classement. Les critères de ce classement sont disponibles en intégralité en annexe.

Notons que la mise en place de la e-Facripp, en tant que formation obligatoire pour les internes de médecine générale, est saluée sur ce critère par un 2/2. Cependant, former les futurs médecins généralistes ne suffit pas et il est important de trouver le moyen de former et sensibiliser l'ensemble des internes. Dans cette optique, la formation e-Facripp semble la réponse adaptée.

Selon nous, la e-Facripp doit rentrer dans le cursus de formation de DES de tous les internes quelle que soit leur spécialisation.

Dans notre étude, les internes semblent intéressés par ce sujet de formation sans pour autant prendre conscience des enjeux, la majorité ne projetant pas d'y participer en cas de formation facultative. Ils opposent à cela d'une part un trop plein de formations et d'autre part un manque de temps. **Le caractère obligatoire** nous semble donc être le seul levier pour une sensibilisation efficace de tous.

Cet avis est conforté par la démarche de certains départements de spécialités de Bordeaux, tels que celui de Psychiatrie ou d'Anesthésie Réanimation, s'étant récemment rapprochés du Département de Médecine Générale afin d'instaurer une formation obligatoire dans leur cursus respectif.

Si l'objectif principal est de sensibiliser les futurs médecins aux liens avec l'industrie pharmaceutique et favoriser l'indépendance vis-à-vis de celle-ci, il nous semble primordial de sensibiliser également les enseignants et praticiens les formant au quotidien, même si –et d'autant plus que- un certain nombre de médecins seniors se sentent à ce jour imperméables à la promotion pharmaceutique et protégés de par leur expérience.

Nous oserions donc avancer que la formation E-FACRIPP pourrait être également obligatoire pour les MSU, praticiens de CHU, et enseignants encadrant les internes.

Pour améliorer son indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, l'Université de Bordeaux ne devrait pas s'engager uniquement sur la sensibilisation des internes, mais fournir des efforts dans d'autres domaines.

Sur la base des critères du Formindep, le chemin vers plus d'indépendance pourrait se faire via la mise en place d'un comité de déontologie qui permettrait également d'examiner les cumuls d'activité des membres de la faculté (autre critère de ce classement).

Certes, l'Université de Bordeaux a adhéré à la Charte éthique et déontologique, cependant nous relevons l'absence de diffusion à l'ensemble des membres de la faculté et de signature

par les nouveaux enseignants ; cela semblerait être un effort de plus à réaliser pour progresser dans l'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.

Par ailleurs, l'Université de Bordeaux est pénalisée de par son partenariat entre le collège santé et le LEEM (organisme professionnel des Entreprises du Médicament en France) ; il serait donc également bénéfique de demander plus de transparence auprès de l'Université sur la nature des contacts entretenus entre l'UFR Santé et le LEEM.

Le sentiment d'invulnérabilité se retrouve dans les trois populations de notre étude. Mais si un médecin n'est pas influençable, alors pourquoi l'industrie pharmaceutique continue-t-elle d'investir autant d'argent dans sa promotion ?

Si une sensibilisation est nécessaire pendant les études, elle devrait l'être également selon nous tout au long de la formation continue, telle une piqûre de rappel et une occasion d'évoquer les potentielles évolutions des techniques de promotion et d'influence.

Mais comment promouvoir cette formation auprès des médecins ?

Concernant les médecins généralistes, la e-Facripp possède depuis peu l'agrément DPC, un argument indéniablement favorable pour suivre cette formation, les médecins étant indemnisés pour leur absence au cabinet. De plus, la formation universitaire est un critère positif et rassurant de notre formation, retrouvé dans notre étude, qu'il est possible de mettre en avant afin de promouvoir cette formation.

En novembre 2019 (données collectées en 2017), le Formindep publiait un classement des CHU français (80) selon leur politique de prévention des conflits d'intérêt ; classant le CHU de Bordeaux en dernière place avec 1/60 points.

En mars 2019, en suivant les traces de l'AP-HP, le CHU de Bordeaux fournissait un rapport pour la gestion des conflits d'intérêt au sein du CHU. Ce rapport du GRELIN (Groupe de REflexion sur les Liens d'INTérêts) (81) émettait 60 recommandations dont :

- Recommandation n°18 : Sensibiliser les professionnels du CHU aux risques des conflits d'intérêts au cours de la formation continue
- Recommandation 32 : Former les professionnels du CHU aux risques inhérents à la visite promotionnelle. Un outil de e-learning avec étape de validation des connaissances et d'engagement au respect de règles de transparence de la visite promotionnelle apparaît approprié.
- Recommandation 33 : Proposer à l'université d'intégrer un enseignement dédié à la visite promotionnelle.

À noter que le groupe GRELIN a également émis comme recommandation la mise en place d'un collège de déontologie au sein du CHU.

La e-Facripp semble être une solution pour répondre à certaines des recommandations émises par le groupe GRELIN. Nous pourrions soumettre la e-Facripp à ce groupe pour pouvoir bénéficier du soutien institutionnel du CHU de Bordeaux et pouvoir la proposer à l'ensemble de leurs praticiens.

Concernant le contenu de la formation, il semble important, d'après notre étude, de proposer une formation adaptée à chaque spécialité. Les participants recherchent des formations répondant à des problématiques de terrain, tout en évitant une dépense de leurs temps précieux dans l'abord de sujets éloignés de leur pratique.

Pour cela, adapter le contenu de la formation déjà existante semble importante ; la promotion et les liens avec l'industrie pharmaceutique étant bien différentes selon les spécialités, les modes d'exercice, les pathologies rencontrées. Pour exemple, certaines spécialités médicales nécessitent l'utilisation de dispositifs médicaux onéreux ou de produits de santé innovants.

Concernant le format de la E-FACRIPP, les avis restent partagés entre les internes préférant un format en e-learning des médecins généralistes et praticiens hospitaliers émettant des réserves quant à ce mode de formation dématérialisée.

Une idée possible serait de proposer une formation mixte, comprenant une partie sous forme de e-learning associée à quelques heures en présentiel afin de réaliser des ateliers pratiques. Ces ateliers pourraient être animés avec un intervenant universitaire de la spécialité proposant des exemples concrets et spécifiques à la spécialité concernée.

Concernant la faisabilité de la mise en place d'une telle formation, plusieurs questions se posent, notamment concernant la formation présentielle :

- disponibilité des formateurs et intervenants ?
- financement des frais de déplacement ?
- nombre d'inscrits / an ?

En effet, si la partie e-learning permet -en théorie- d'inscrire autant de personnes que l'on souhaite, la partie présentielle semble être un élément limitant le nombre d'inscrits.

De ce fait, il semble légitime d'imaginer une formation commune obligatoire en e-learning, associée à une partie optionnelle en présentiel. Cette proposition permettrait sans doute une meilleure acceptabilité de la formation et une sollicitation acceptable des formateurs.

Ne perdons pas de vue la difficulté d'utilisation de l'informatique de certains praticiens, et à ce titre ne serait-il pas opportun de proposer également pour ceux-ci une session 100% en présentiel ?

CONCLUSION

Au travers de trois populations distinctes mais complémentaires, ce travail de thèse met en exergue la diversité de perception de l'industrie pharmaceutique tout en confirmant son influence non négligeable et parfois insidieuse sur la formation des médecins. De manière plus globale, celui-ci dévoile également l'intrication complexe entre le système de soin et l'industrie pharmaceutique, sous tendue par une interdépendance considérable.

Les résultats présentés permettent une meilleure appréhension des représentations de l'industrie pharmaceutique développées par les différentes catégories médicales, mais éclairent également sur les attentes de chaque groupe envers la formation e-Facripp proposée. La connaissance de ces aspects est bénéfique pour l'adaptation fine du contenu, tout en améliorant parallèlement les modalités pratiques de dispensation de l'enseignement. Ainsi, dans une optique d'amélioration constante de la qualité de la formation, ce travail de thèse pourrait -nous l'espérons- devenir une source de travail permettant aux concepteurs de la e-Facripp d'enrichir leur formation.

Par ailleurs, une évaluation des liens avec l'industrie et des prescriptions médicamenteuses au décours de cette formation pourrait être bénéfique afin de confirmer l'impact de celle-ci dans nos pratiques, ce sujet pouvant faire l'objet d'une future thèse.

Sans équivoque et de par leur pouvoir de prescription, les médecins restent une cible privilégiée de l'industrie pharmaceutique. Cependant, la diminution efficace de son emprise ne peut se faire que collectivement. De ce fait, il est légitime de s'interroger sur la pertinence d'une sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé -pharmaciens, sage-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, aide-soignants- sous réserve d'un soutien des grandes instances de santé décisionnaires que sont la Haute Autorité de Santé, l'Agence Nationale du Médicament et le Ministère de la Santé.

Malgré un intérêt général croissant concernant l'influence de l'industrie pharmaceutique dans le monde médical, des exemples récents tendent à montrer que la route est encore longue. Citons parmi eux, le retrait de quatre recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) entachées de conflits d'intérêt (82), les soupçons de corruption des membres de la commission d'Autorisation de Mise sur le Marché de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) (83) ou encore la très médiatique affaire du benfluorex (Mediator®) (30).

L'absence de formation de sensibilisation des médecins face aux stratégies d'influence des firmes pharmaceutiques durant les études médicales apparaît comme l'une des causes principales d'échec dans la voie de l'indépendance. Il en ressort une mission prioritaire ; celle de l'amélioration de la formation de sensibilisation des médecins et à fortiori des étudiants en médecine, ceux-ci étant précocement exposés à l'influence de l'industrie pharmaceutique. L'information précoce des nouvelles générations quant aux liens avec l'industrie est ainsi un enjeu majeur pour les équipes enseignantes et décisionnaires des facultés de médecine.

Par le biais du classement réalisé par le Formindep et confirmé par les résultats de cette thèse, le constat est sans équivoque : des efforts sont nécessaires afin que les universités de médecine de France -notamment celle de Bordeaux- se dotent d'une politique de transparence

de lutte contre les conflits d'intérêt et de formation à l'indépendance. Les instances universitaires se doivent de réfléchir en profondeur à ces deux aspects, en adaptant leur politique universitaire et en améliorant le programme de sensibilisation actuel dispensé aux futurs médecins.

L'attente est grande... Provenant à la fois des professionnels de santé en demande de clairvoyance, d'argumentaire et de recul pour collaborer avec ce partenaire indispensable qu'est l'industrie pharmaceutique ; mais également de la société elle-même, les patients nourrissant des suspicions grandissantes au fil des scandales qui entachent notre profession.

La médecine, une discipline aussi enrichissante qu'exigeante, ne saurait être figée. Sa continuelle adaptation à travers les années et les questionnements qui lui incombe est gage de sa qualité. Avec pour seule aspiration l'amélioration de la santé globale, il est de notre devoir d'agir, en toute impartialité.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] L'industrie pharmaceutique en France : emploi et localisation [Internet]. [cité 13 juin 2020]. <https://www.leem.org/lindustrie-pharmaceutique-en-france-emploi-et-localisation>
- [2] Promotion du médicament : baisse continue des investissements – PharmAnalyses [Internet]. [cité 30 janvier 2020]. Disponible sur: <https://pharmanalyses.fr/promotion-du-medicament-baisse-continue-des-investissements/>
- [3] Marché français [Internet]. [cité 30 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.leem.org/marche-francais>
- [4] Définition du métier de visiteur médical [Internet]. [cité 30 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.leem.org/definition-du-metier-de-visiteur-medical>
- [5] L'information des médecins généralistes sur le médicament [Internet]. Vie publique.fr. [cité 6 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/29429-linformation-des-medecins-generalistes-sur-le-medicament>
- [6] Statistiques de l'information promotionnelle [Internet]. [cité 30 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.leem.org/statistiques-de-l-information-promotionnelle>
- [7] Manuel pratique : Connaître et comprendre la promotion et sa régulation [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1519581/fr/manuel-pratique-connaître-et-comprendre-la-promotion-et-sa-regulation
- [8] Cristofari JJ. Promotion comment les labos dépensent leur argent. Pharmaceutiques. Juin juillet 2006; 36-43. http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq138_36_dossier.pdf
- [9] Observatoire Sociétal du Médicament 2018 - IPSOS pour le Leem, 8ème édition [Internet]. [cité 17 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.leem.org/publication/observatoire-societal-du-medicament-2018-ipsos-pour-le-leem-8eme-edition>
- [10] Conseil National de l'ordre national des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2018. Paris: 2018.
- [11] Formindep. Le “ghostwriting” ou l'écriture en sous-main des articles médicaux [Internet]. Formindep. 2008 [cité 21 février 2021]. Disponible sur: <https://formindep.fr/le-ghostwriting-ou-lecriture-en-sous-main-des-articles-medicaux/>
- [12] Marketing: Les leaders d'opinion, instrument marketing des firmes. Rev Prescrire. 2012;32(341):219-21.
- [13] L'obligation de formation médicale continue (FMC) Historique, état des lieux et perspectives. [Internet]. [cité 12 avril 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/diapos_fmcpdf.pdf

- [14] Logiciels d'Aide à la Prescription pour la médecine ambulatoire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 avril 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_672760/fr/logiciels-d-aide-a-la-prescription-pour-la-medecine-ambulatoire
- [15] Certification des logiciels d'aide à la prescription, une démarche primordiale pour l'amélioration des pratiques des médecins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 février 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2864746/fr/certification-des-logiciels-d-aide-a-la-prescription-une-demarche-primordiale-pour-l-amelioration-des-pratiques-des-medecins
- [16] 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 doctorat en Médecine Générale. Université de Bordeaux; 2017.
- [17] Médicaments bradés à l'hôpital : induction de prescriptions coûteuse en ville. Rev Prescrire. 2015;35(378): 301.
- [18] Bégaud B, Costagliola D. Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013.
- [19] Foisset E. Étude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons. Thèse de doctorat en Médecine Générale. Université de médecine de Brest; 2012.
- [20] Steinman MA, Shlipak MG, McPhee SJ. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. Am J Med. mai 2001;110(7):551-7.
- [21] Pu PA-MM, Ibanez DG, Monnier DS. Exposition des internes de médecine générale aux techniques de promotion médicamenteuse au cours de leurs stages. Thèse de doctorat en Médecine Générale. Paris: Université Pierre et Marie Curie; 2014.
- [22] Goupil B, Balusson F, Naudet F, Esvan M, Bastian B, Chapron A, et al. Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016: retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases. BMJ. 5 nov 2019;367:1-9.
- [23] Stratégies de promotion des firmes pharmaceutiques : l'exemple de Neurontin®. Rev Prescrire. Juin 2007; 27(284): 464-6.
- [24] Steinman MA, Bero LA, Chren M-M, Landefeld CS. Narrative review: the promotion of gabapentin: an analysis of internal industry documents. Ann Intern Med. 15 août 2006;145(4):284-93.
- [25] Comment éviter les prochaines affaires Vioxx®. Rev Prescrire. Mars 2005; 25(259): 222-5.
- [26] Tanne JH. Merck used ghostwriters and selective data in Vioxx publications, JAMA says. BMJ. 19 avr 2008;336(7649):849.

[27] Graham DJ, Campen D, Hui R, et al. Risk of acute myocardial infarction and sudden cardiac death in patients treated with cyclo-oxygenase 2 selective and non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs: nested case-control study. Lancet. 2005;365(9458):475-81.

[28] Mullard A. Mediator scandal rocks French medical community. Lancet. 12 mars 2011;377(9769):890-2.

[29] Désastre du Médiator® : beaucoup de temps perdu et de vies gâchées. Rev Prescrire 2019 ; 39(432): 782-4.

[30] Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 13 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/L-Agence-nationale-de-securite-du-medicament-et-des-produits-de-sante-ANSM-est-creee-Point-d-information>

[31] Procès Mediator°. Procès d'un entre-soi entre des acteurs de l'Agence du médicament et une firme influente [Internet]. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/218/1902/61199/0/PositionDetails.aspx>

[32] Procès Mediator° : la firme Servier et l'Agence française du Médicament condamnée [Internet]. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/218/1902/60952/0/PositionDetails.aspx>

[33] Relations avec les Professionnels de santé et les acteurs de santé [Internet]. [cité 21 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.leem.org/relations-avec-les-professionnels-de-sante-et-les-acteurs-de-sante>

[34] Code de la Santé Publique. Article L365-1.

[35] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article 25 (Version en vigueur au 17 octobre 2021).

[36] Code de la Santé Publique. Article L4113-6.

[37] Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (Version en vigueur au 17 octobre 2021).

[38] Guide Loi Bertrand, loi anti-cadeau Etique et Transparence. Comident; Mai 2016.

[39] Base de données publique Transparence Santé [Internet]. [cité 14 avril 2020]. Disponible sur: <https://www.transparence.sante.gouv.fr/flow/main;jsessionid=2BC9142B517E410039EB7E2D0ADEED46?execution=e1s1>

[40] Ordonnance n°2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé. (JORF n°0017 du 20 janvier 2017, texte n°25) (Version en vigueur au 17 octobre 2021).

[41] Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (JORF n°0022 du 27 janvier 2016, texte n°1) (Version en vigueur au 17 octobre 2021).

[42] Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. (Version en vigueur au 17 octobre 2021).

[43] Code de la Santé Publique. Article L1453-7 (modifié par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019-art.77 (Version en vigueur au 17 octobre 2021).

[44] 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, Paris, juin 2006, n°382, 319 f.

[45] AMSA PharmFree - The Campaign | PharmFree Model Curriculum [Internet]. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.pharmfree.org/campaign?id=0006>

[46] Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807236/fr/staffs-d-une-equipe-medico-soignante-groupes-d-analyse-de-pratiques

[47] Vinson DC, McCandless B, Hosokawa MC. Medical students' attitudes toward pharmaceutical marketing: possibilities for change. Fam Med. janv 1993;25(1):31-3.

[48] Ammirati C, Amsallem C, Gignon M, Bertrand C, Pelaccia T. Les techniques modernes en pédagogie appliquée aux gestes et soins d'urgence. 2011;16.

[49] Chamberland M. Les séances d'apprentissage du raisonnement clinique (ARC): 2007 mars; Université de Sherbrooke.

[50] Jaffrelot M, Croguennec Y, Ammirati C, L'Her E. Les méthodes pédagogiques d'avenir. Congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence; 2012; Paris.

[51] Abramovici, Adra, Archimbaud, Demeaux, Duroux, Kahn, et al. Technique d'animation : le jeu de rôle. In: Créer et piloter un réseau de santé: un outil de travail pour les équipes. Rennes: Éd. de l'École nationale de la santé publique; 2004.

[52] Lalanne R. Elaboration et mise en place d'une formation a l'analyse critique de la promotion pharmaceutique. Thèse de doctorat en Médecine Générale. Université de Bordeaux; 2016.

[53] VIDÉO : Marco Romero « La FACRIPP (Formation à l'analyse critique de la promotion pharmaceutique) : principes et perspectives » [Internet]. [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/109/1975/58311/6301/6277/SubReportDetails.aspx>

[54] Formation en ligne ou e-learning [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807825/fr/formation-en-ligne-ou-e-learning

- [55] Masson E. L'Internet en formation médicale continue : aussi efficace que les formations dites présentiellees [Internet]. EM-Consulte. [cité 12 avril 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/227336>
- [56] E-learning : avantages et inconvénients [Internet]. Revolution-RH. 2014 [cité 21 févr 2021]. Disponible sur: <https://revolution-rh.com/e-learning-avantages-inconvenients/>
- [57] Plateforme de formation en ligne FORMeDOC [Internet]. [cité 12 avril 2020]. Disponible sur: <https://www.formedoc.org/>
- [58] Présentation de l'équipe PEPITe santé — université de Bordeaux [Internet]. [cité 12 avril 2020]. Disponible sur: <https://www.pepite-sante.fr/presentation.php>
- [59] Les labos soignent plus particulièrement les spécialistes du cancer [Internet]. Pharma Papers. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.bastamag.net/webdocs/pharmapapers/l-argent-de-l-influence/les-labos-soignent-plus-particulierement-les-specialistes-du-cancer/>
- [60] Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.
- [61] Cardon D. L'entretien compréhensif (Jean-Claude Kaufmann). *Rezeaux*. 1996;n° 79(5):177-9.
- [62] Burnard P, Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Analysing and presenting qualitative data. *Br Dent J*. avr 2008;204(8):429-32.
- [63] Conseil National de l'ordre national des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2020. Paris: 2020.
- [64] Les finances de l'Association Mieux Prescrire : bilan de l'exercice 2019-2020. *La revue Prescrire*. Mars 2021; 41(449):164-5.
- [65] Salma.S. Le cap des 11 000 maîtres de stage des universités dépassé en 2020 ! [Internet] [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.snemg.fr/post/21>
- [66] Rigault-Fossier P, Fossier B. Représentativité des généralistes enseignants: l'étude REGE. Thèse de doctorat en Médecine Générale. Lyon: Université Claude Bernard; 2014.
- [67] Danet A. Représentativité des maîtres de stage des universités réunionnais, comparée à l'ensemble des médecins généralistes de l'île : étude réalisée en 2015. Thèse de doctorat en Médecine Générale. Université de Bordeaux; 2016.
- [68] Morgan DL, Spanish MT. Focus groups: A new tool for qualitative research. *Qual Sociol*. 1 sept 1984;7(3):253-70.
- [69] Poinard J. Exposition des étudiants en médecine de troisième cycle de la région Centre-Val de Loire à la promotion de l'industrie pharmaceutique. Thèse de doctorat en Médecine Générale. Université de Bordeaux; 2018.

- [70] Austad KE, Avorn J, Kesselheim AS. Medical Students' Exposure to and Attitudes about the Pharmaceutical Industry: A Systematic Review. *PLOS Med* 2011;8:e1001037
- [71] Baron S, Bourvon L. Relations entre les étudiants en médecine et l'industrie pharmaceutique en France: exposition et attitudes d'externes et d'internes lyonnais. Thèse de doctorat en Médecine Générale. Lyon: Université Claude Bernard; 2012.
- [72] Davenas A. Médecins généralistes et laboratoires pharmaceutiques dans le Val-de-Marne : état des lieux et évolution de leurs relations. Thèse de doctorat en Médecine Générale. Paris: Université Descartes; 2014.
- [73] 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*. 7 sept 2005;294(9):1034-42.
- [74] Nollet Tassin I. Exposition des internes de médecine générale aux techniques de promotion médicamenteuse au cours de leurs stages. Thèse de doctorat en Médecine Générale. Paris: Université Pierre et Marie Curie; 2017.
- [75] Dugarry A. Comprendre la promotion pharmaceutique : état des lieux de l'enseignement aux étudiants en médecine de 2e cycle et de 3e cycle de médecine générale. Thèse de doctorat en Médecine Générale. Université de Bordeaux; 2017.
- [76] Delwarde T. Impact de la FACRIPP (Formation à l'Analyse CRitique de la Promotion Pharmaceutique) : vers plus d'indépendance ?. Thèse de doctorat en Médecine Générale. Université de Bordeaux; 2019.
- [77] 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 doctorat en Médecine Générale. Université de Bordeaux; 2017.
- [78] Conseil National de l'ordre national des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2021.
- [79] Classement des facultés françaises en matière d'indépendance [Internet]. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <https://facs.formindep.fr/2018/>
- [80] Guy-Coichard C, Perraud G, Chailleu A, Gaillac V, Scheffer P, Mintzes B. Inadequate conflict of interest policies at most French teaching hospitals: A survey and website analysis. *PLOS ONE*. 1 nov 2019;14(11):e0224193.
- [81] Berdaï D, Bonsignore-Boisset M, Boyer A, Breilh D, Comlan C, Deconzanet S, et al. Prévenir les conflits d'intérêt au sein du CHU de Bordeaux- Rapport du GRELIN (Groupe de REflexion sur les Liens d'Intérêt). CHU de Bordeaux: 2019.
- [82] Delarue L-A. Une thèse de médecine à l'épreuve d'une formation médicale sous influence. In : Scheffer Paul (Ed.) Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire, et chimique : quelles formations critiques ? Paris : L'Harmattan, 2015:105-116

[83] Pascariello MH et P. Les gendarmes du médicament faisaient affaire avec les laboratoires [Internet]. Mediapart. 2015 [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.mediapart.fr/journal/france/240315/les-gendarmes-du-medicament-faisaient-affaire-avec-les-laboratoires>

RÉSUMÉ

Titre : Intérêt et attentes des médecins généralistes libéraux, praticiens hospitaliers et internes de 3^e cycle hors spécialité de médecine générale de Bordeaux, à propos de la mise en place d'une formation à l'analyse critique de la promotion pharmaceutique (FACRIPP) en e-learning.

Introduction : L'industrie pharmaceutique influence de manière significative l'ensemble des acteurs de notre système de santé. De la formation universitaire jusqu'à l'actualisation des connaissances au cours de la carrière médicale, les médecins sont exposés de manière continue à celle-ci. Afin de sensibiliser ceux-ci à l'influence de l'industrie, et sous l'impulsion du département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux, un projet émerge alors en 2016 : la Facripp. Fort de son succès illustré par les avis positifs des premiers participants, celle-ci s'inscrit rapidement dans l'enseignement de DES de Médecine Générale de Bordeaux sous la forme d'une formation obligatoire. En expérimentant un format en e-learning, l'objectif réside désormais dans la démocratisation de cet enseignement à l'ensemble des professionnels de santé, de la formation initiale à la formation médicale continue.

Objectif : Étudier l'intérêt et les attentes des populations étudiées (médecins généralistes libéraux, internes de Bordeaux hors médecine générale, praticiens hospitaliers) concernant la mise en place d'une formation à l'analyse critique de la promotion pharmaceutique (FACRIPP) en e-learning.

Matériel et méthode : Une étude prospective qualitative a été réalisée, comprenant la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés auprès des trois populations suivantes : médecins généralistes libéraux, praticiens hospitaliers et internes de spécialité hors médecine générale. Concernant les spécialités, le choix s'est porté sur les plus exposées à la promotion pharmaceutique -cardiologue, pneumologue, rhumatologue, dermatologue, ophtalmologue, gastro-entérologue et onco-hématologue. Un guide d'entretien semi-directif commun aux trois populations a été élaboré afin de structurer les entretiens. La retranscription des verbatims était faite manuellement à l'aide d'un logiciel informatique de traitement de texte (Word®). Un double encodage par structuration en unité de sens à l'aide du logiciel informatique (tableur Excel®) a été réalisé. L'étiquetage et l'indexation thématique ont été structurés en thèmes (occurrence) et sous thèmes (dimension) afin de pouvoir répondre à la question de recherche.

Résultats : L'ensemble des médecins et internes interrogés exprime un intérêt positif pour une formation reprenant les bases de l'industrie pharmaceutique, tout en approfondissant les questions principales de promotion et d'influence de celle-ci sur les médecins. Le format d'enseignement en e-learning apparaît comme une réponse adéquate au désir d'une formation courte et non chronophage.

La plupart des médecins interrogés admet méconnaître le fonctionnement de l'industrie pharmaceutique ainsi que les différentes techniques d'influence de cette dernière.

L'ensemble des participants s'accorde sur l'existence d'une présence importante de l'industrie pharmaceutique dans leur pratique médicale, notamment au travers de la formation médicale.

Malgré cela, la majorité des médecins et internes interrogés ne se sent pas influencée par l'industrie pharmaceutique.

Les entretiens mettent en évidence l'ambivalence de pensée des participants, développant d'un côté ce sentiment d'invulnérabilité, tout en reconnaissant de l'autre l'utilité d'une formation de sensibilisation.

Les médecins interrogés envisagent les étudiants en médecine ou jeunes médecins comme cible prioritaire de cet enseignement, les estimant plus influençables du fait d'un regard moins critique et d'une carrière débutante.

Des interrogations subsistent, portant principalement sur la disponibilité réelle pour intégrer une nouvelle formation qu'ils redoutent chronophage. Par ailleurs, une réticence existe quant au format e-learning proposé, par crainte d'une difficulté de manipulation de l'outil informatique, ainsi qu'un manque d'interactions qu'ils considèrent comme bénéfiques pour la formation.

Conclusion :

Le sentiment d'invulnérabilité est indéniable et constant aux trois populations étudiées, incitant la mise en place d'une formation de sensibilisation de manière urgente et diffuse. Le débat réside maintenant dans le caractère obligatoire de cet enseignement, qui nous paraît être un moyen majeur d'action pour l'indépendance médicale. L'émergence et la visibilité d'une telle formation dépend aujourd'hui de la volonté des universités, des CHU ainsi que de nos instances décisionnaires, à adopter une réelle politique de transparence et d'indépendance vis à vis de l'industrie pharmaceutique.

Mots clés : FMC, e-Facripp, influence de l'industrie pharmaceutique, e-learning, Formation, internes, médecine générale, praticien hospitalier, indépendance médicale

ABSTRACT

Title: Interest and expectations of private general practitioners, hospital practitioners and postgraduate interns outside the speciality of general medicine in Bordeaux, concerning the implementation of an e-learning training regarding the critical analysis of pharmaceutical promotions (Facripp = training in critical analysis of pharmaceutical promotion)

Introduction: The pharmaceutical industry has a significant influence on all the actors of the healthcare system. Doctors, from their university training to their regular updating of their knowledge during their medical career, are continuously exposed to the pharmaceutical industry. In order to make them aware of the influence of the industry, and under the impetus of the Department of General Medicine at the University of Bordeaux, a project emerged in 2016: Facripp.

Following the success of the program, as illustrated by the positive opinions of the first participants, Facripp quickly became part of the teaching of the Bordeaux General Medicine DES in the form of an obligatory training. By experimenting with an e-learning format, the aim is to standardize the teaching to all health professionals, from the initial training to the continuing medical education.

Objective: To study the interest and expectations of the selected populations (private general practitioners, Bordeaux interns outside general medicine, hospital practitioners) concerning the implementation of an e-learning training (Facripp) and analysing the potential influence of the pharmaceutical industry on our populations.

Material and method: A prospective qualitative study was carried out, including individual semi-directed interviews with the following three populations: private general practitioners, hospital practitioners and interns in specialties other than general medicine. As regards to specialties, we selected those most exposed to the pharmaceutical promotions - cardiologist, pneumologist, rheumatologist, dermatologist, ophthalmologist, gastroenterologist and onco-haematologist.

A semi-structured interview guide common to all three populations was developed to design the interviews. The transcriptions of the verbatims were done manually using a word processing software (Word®). A double encoding by structuring into units of meaning with the help of computer software (Excel® spreadsheet) was carried out. The thematic labelling and indexing were structured into themes (occurrence) and sub-themes (dimension) in order to answer the research question.

Results: All the doctors and interns questioned expressed a positive interest in training that would cover the basics of the pharmaceutical industry, while also going into greater depth on the main issues of promotions and their influence on doctors. The e-learning format appears to be an adequate response to the desire for a short, non-time-consuming course.

Most of the doctors interviewed admitted to being unfamiliar with the workings of the pharmaceutical industry and the various techniques it uses to influence them.

All the participants agreed that the pharmaceutical industry has a significant presence in their medical practice and in their medical training. Regardless, the majority of doctors and interns interviewed did not feel influenced by the pharmaceutical industry.

The interviews highlighted the ambivalence of the participants' thinking, developing on the one hand this feeling of invulnerability, while recognising on the other the usefulness of awareness training.

The doctors interviewed considered medical students or young doctors to be a priority target for such training, believing them to be more susceptible to influence because of a less critical outlook and being at the beginning of their career.

One questions remain how to integrate a new training course that will be time-consuming. In addition, there is a reluctance to use the proposed e-learning format, for fear of the difficulty in handling the computer tool, as well as a concern with the lack of interaction, which is considered beneficial to the training.

Conclusion: The feeling of invulnerability is undeniable and constant in all three populations studied, prompting the urgent and widespread implementation of awareness training. The debate now lies in the compulsory nature of this education, which seems to us to be a major means of action for medical independence. The emergence and visibility of such training now depends on the willingness of universities, university hospitals and our decision-making bodies to adopt a real policy of transparency and independence from the pharmaceutical industry.

Key words: CME, e-Facripp, influence of the pharmaceutical industry, e-learning, training, interns, general medicine, hospital practitioner, medical independence

ANNEXES

Grille d'écriture et de lecture COREQ pour les recherches qualitatives

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Critères du classement effectué par le Formindep

Liste des critères et cotation

• Critère 1 Adoption de la charte

2	La charte a été votée en intégralité
1	La charte a été adoptée en retirant des éléments ou la faculté s'est dotée d'une autre politique publique de gestion des conflits d'intérêts, moins contraignante.
0	La charte n'a pas été votée et la faculté ne s'est pas dotée d'une autre politique publique de gestion des conflits d'intérêts. La faculté est considérée comme non-répondante pour l'ensemble du classement.

• Critère 2 Diffusion de la charte auprès des membres de la faculté

2	La charte fait l'objet d'une diffusion auprès de l'ensemble des membres de la faculté afin que chacun puisse la signer
1	La charte fait l'objet d'une diffusion partielle auprès des membres de la faculté
0	La charte ne fait pas l'objet d'une diffusion particulière

• Critère 3 Commission de déontologie

2	La commission a été créée. Elle a réalisé son rapport annuel. La composition de ses membres est respectée.
1	La commission a été créée. Son rapport annuel n'a pas été fait ou la composition de ses membres n'est pas respectée.
0	La commission n'a pas été créée.

• Critère 4 Publication du rapport annuel de la commission de déontologie

2	La commission a mis à disposition du public son rapport annuel en intégralité sur le site de la faculté.
1	Le rapport annuel n'est pas accessible en intégralité sur le site internet de la faculté.
0	Le rapport annuel n'est pas accessible

• **Critère 5 Référent à l'intégrité scientifique**

2	Création du poste et intégration du référent à la commission de déontologie.
1	Création du poste. Le référent n'est pas intégré à la commission de déontologie.
0	Le poste n'est pas créé.

• **Critère 6 Cumul d'activités accessoires**

2	L'examen du cumul d'activités est réalisé et rendu public.
1	L'examen du cumul d'activités est réalisé mais n'est pas rendu public.
0	Absence d'examen du cumul d'activités.

• **Critère 7 Cours sur l'influence des firmes et les conflits d'intérêts en 1er cycle**

2	Cours créé(s) sur l'influence des firmes et sur les conflits d'intérêts, respectant l'esprit du Pharmfree Curriculum de l'AMSA, sans soutien de l'industrie pharmaceutique. Formation d'au moins 2 heures obligatoire
1	Cours créé(s) sur l'influence des firmes et sur les conflits d'intérêts, respectant l'esprit du Pharmfree Curriculum de l'AMSA, sans soutien de l'industrie pharmaceutique. Formation de moins de deux heures ou facultative.
0	Absence de cours.

• **Critère 8 Cours sur l'influence des firmes et les conflits d'intérêts en 2e cycle**

2	Cours créé(s) sur l'influence des firmes et sur les conflits d'intérêts, respectant l'esprit du Pharmfree Curriculum de l'AMSA, sans soutien de l'industrie pharmaceutique. Formation d'environ 5h, obligatoire
1	Cours créé(s) sur l'influence des firmes et sur les conflits d'intérêts, respectant l'esprit du Pharmfree Curriculum de l'AMSA sans soutien de l'industrie pharmaceutique. Formation de moins de 5h, ou facultative.
0	Absence de cours.

• **Critère 9 Cours sur l'influence des firmes et les conflits d'intérêts en 3e cycle en médecine générale**

2	Cours créé(s) sur l'influence des firmes et sur les conflits d'intérêts, respectant l'esprit du Pharmfree Curriculum de l'AMSA, sans soutien de l'industrie pharmaceutique. Formation d'environ 10h, obligatoire.
1	Cours créé(s) sur l'influence des firmes ou sur les conflits d'intérêts, respectant l'esprit du Pharmfree Curriculum de l'AMSA, sans soutien de l'industrie pharmaceutique. Formation de moins de 10h, ou facultative.
0	Absence de cours.

• **Critère 10 Cours sur l'influence des firmes et les conflits d'intérêts en 3e cycle hors médecine générale**

2	Cours créé(s) sur l'influence des firmes et sur les conflits d'intérêts, respectant l'esprit du Pharmfree Curriculum, sans soutien de l'industrie pharmaceutique, dans de nombreuses spécialités.
1	Cours créé(s) sur l'influence des firmes et sur les conflits d'intérêts, respectant l'esprit du Pharmfree Curriculum, sans soutien de l'industrie pharmaceutique dans un nombre limité de spécialités.
0	Absence de cours.

• **Critère 11 Dénomination commune internationale (DCI)**

2	Les produits de santé sont présentés en DCI sur tous les supports utilisés lors des enseignements, des examens, et des préparations aux examens. La même logique est appliquée aux dispositifs médicaux.
1	La DCI n'est utilisée que partiellement.
0	La DCI n'est pas ou rarement utilisée

• **Critère 12 Déclaration publique d'intérêt des instances de gouvernances et commissions**

2	Déclarations publiques d'intérêts disponibles et à jour de tous les membres d'instances de gouvernance (Conseils d'UFR) ou de commissions (commission de cumul des activités accessoires, commission de déontologie, commission pédagogique, commission recherche).
1	Déclarations publiques d'intérêts incomplètes ou non mises à jour.
0	Absence de déclaration de publique d'intérêt.

• Critère 13 Déclaration publique d'intérêt des enseignants

2	Déclaration des liens d'intérêts des enseignants aux étudiants au début de chaque cours, quelle que soit leur nature (écrite, orale, en ligne), dans l'esprit pédagogique de la charte : « La communication des liens d'intérêts avant chaque cours constitue un exemple pédagogique sur le sujet de l'intégrité scientifique auprès des étudiants ». Neutralité des enseignants vis-à-vis de l'entreprise ou l'institution avec laquelle ils entretiennent un lien.
1	Déclarations des liens d'intérêts en début de cours par certains enseignants mais non systématiques.
0	Absence de déclaration des liens d'intérêts.

• Critère 14 Transparence des financements

2	La faculté rend public sur son site les financements reçus de la part des firmes pharmaceutiques et des organismes privés.
1	La faculté rend public les financements mais de manière incomplète, ou difficilement accessible.
0	La faculté ne rend pas public les financements reçus sur son site internet.

• Critère 15 Signature de la charte

2	La charte est signée par l'ensemble des personnels et étudiants de la faculté, ainsi que par les candidats au recrutement.
1	La charte n'est signée que par une partie des membres et futurs membres cités ci-dessus.
0	La charte n'est pas signée par les membres et futurs membres de la faculté ci-dessus.

• Critère 16 Extension des valeurs de la charte aux autres lieux de formation

2	La charte éthique est promue dans les autres lieux de formation (hôpital, stages). Le droit de réserve des étudiants formulé par la charte est respecté. La charte des maîtres de stage fait référence à des éléments relatifs à la charte éthique en matière d'indépendance vis-à-vis des firmes. La commission de déontologie comprend un représentant du Directeur général du CHU et du président de la CME du CHU.
1	La charte est promue mais de manière partielle.
0	La charte n'est pas promue.

• Critère 17 Non-respect de la charte

2	Mise en place et publication de la politique globale de lutte contre les conduites répréhensibles (processus de réception d'une plainte, processus d'enquête, dispositif de médiation, traitement du plagiat ou de la fraude, rétractation de la publication, demande de sanctions disciplinaires, communication des sanctions, signalement auprès des autorités compétentes et aux ordres professionnels).
1	Mise en place d'une politique moins globale.
0	Pas de politique

• Critère Sanction, en supplément

Ce critère apporte 2 points pour les facultés ayant appliqué la charte en cas de violation : « Les Facultés s'engagent à déférer devant les instances disciplinaires appropriées toute personne salariée de l'institution ou étudiant ayant violé tout ou partie de la présente Charte. Les Facultés s'engagent à alerter les autorités de tutelles et les ordres professionnels concernés en cas de manquement au respect des points de la Charte qui relèvent d'un texte législatif ou réglementaire ». Ces points sont attribués en supplément des 36 points possibles pour l'ensemble des 18 critères du classement, afin de valoriser les facultés respectant les dispositions de la charte dans ces situations, tout en ne pénalisant pas les facultés ne référant aucune violation. 1 point est attribué si les sanctions ont été partiellement appliquées.

• Critère Initiatives positives, en supplément

Ce critère valorise les initiatives positives en matière d'indépendance au-delà des engagements pris dans la charte, réalisées par les facultés, comme par exemple la réduction significative des financements reçus de la part des firmes pharmaceutiques et de produits de santé. 2 points sont attribués pour les plus fortes d'entre elles, 1 point pour celles plus intermédiaires.

• Critère Pénalités en cas de situation de conflits d'intérêts contraire à l'esprit de la charte ou en dehors du périmètre de celle-ci, en supplément.

Jusqu'à 2 points de pénalité, en fonction de la gravité, peuvent être enlevés en cas de constat d'une situation contraire à l'amélioration de la formation et de la gouvernance en matière de gestion des conflits d'intérêts et de l'intégrité scientifique, comme la présence d'un industriel du médicament et des produits de santé au sein du Conseil de faculté par exemple.



Plan de formation

Analyse Critique
de la Promotion Pharmaceutique

Plan de formation :

Analyse Critique de la Promotion Pharmaceutique



1

Évaluez vos connaissances actuelles

en répondant au quiz sur la promotion pharmaceutique



2

Mettez à jour vos connaissances

Introduction 5'

Influence de la visite médicale 30'

- > Film
- > Quiz
- > Correction du quiz et synthèse des techniques abordées

Circuit du médicament 30'

Le circuit du médicament avant l'autorisation de mise sur le marché

- > Développement d'un médicament
- > Obtention de l'AMM

Le circuit du médicament : accès au marché après l'autorisation

- > La commission de transparence
- > Fixation du prix et du taux de remboursement

Le circuit du médicament : la production

- > Coût de production d'un médicament

Le circuit du médicament : l'évaluation

- > Critères d'évaluation Prescrire
- > Évaluation par la commission de transparence

Décryptage de la promotion pharmaceutique 15'

Mieux connaître et utiliser la promotion pharmaceutique dans mon exercice au quotidien

- > Les coûts de la PP
- > Techniques commerciales et preuves de leurs effets
- > Échantillons gratuits
- > Cadeaux
- > Repas gratuits
- > Autres moyens
- > Remises accordées aux pharmacies hospitalières

Analyse critique de la publicité

- > Les 4 composantes d'une publicité
- > Graphiques et données

- > Texte
- > Références
- > Images et photographies
- > Les critères éthiques de l’OMS

Techniques de communication et d’influence

30’

Techniques de communication directes

La visite médicale et l’information promotionnelle

- > Introduction
- > Les investissements promotionnels
- > La visite médicale
- > Des outils pour une action de communication personnalisée
- > La collecte et l’analyse de données
- > Le ciblage
- > La segmentation
- > Le profiling
- > Formation aux techniques
- > Coaching
- > Training
- > Techniques d’influence

Critères de qualité de la visite médicale

- > Introduction, quelques dates
- > Ce que devrait être la visite médicale selon la charte
- > Ce que devrait être la visite médicale selon les acteurs indépendants
- > La réalité de la visite médicale
- > Les études
- > L’Observatoire National de l’Information Promotionnelle
- > Idées reçues

Techniques de communication indirectes

- > Publicité grand public
- > Campagnes type « Disease awareness »
- > Techniques utilisées
- > Exemple de la spondylarthrite
- > Decryptage des techniques
- > Impact de la promotion indirecte
- > Stratégies de réponse

Techniques de communication indirectes (suite)

- > Associations patients
- > « Disease mongering »

Pratiquer l’analyse critique des supports de communication à destination des Médecins

30’

- > Encart publicitaire : Fixirinox/dernox
- > Publicité indirecte ou d’environnement : La maladie de Gaucher
- > Numero spécial : Isoméride
- > Remis de visite : Priligy
- > Temerit duo

Liens et conflits d'intérêts

20'

Différenciation entre liens, conflits et prise illégale

Utilisation des bases de données publiques

- > Utilisation d'eurofordoc
- > Utilisation de transparence santé



Conclusions – Synthèses

20'

- > Points à retenir
- > Vade mecum des adresses et liens utiles

Évaluez à nouveau vos connaissances après la formation en répondant au quiz sur la promotion pharmaceutique

Demandez votre certificat d'achèvement et téléchargez l'aide-mémoire de synthèse

Votre formation en ligne :

 www.formedoc.org

Votre contact :

 contact@formedoc.fr

Aides pour les relances et à la construction des questions ouvertes

Relances	<p>Qu'est-ce qui vous a amené à penser que... ?</p> <p>Quand vous dites que..., que voulez-vous dire / à quoi pensez-vous ?</p> <p>Qu'entendez-vous par... ?</p> <p>Quelles autres raisons ?</p> <p>Pouvez-vous m'expliquer les raisons pour lesquelles vous pensez que... ?</p> <p>Pouvez-vous me donner un exemple ?</p> <p>Pourquoi suggérez-vous cela ?</p> <p>Pourquoi hésitez-vous ?</p> <p>Ainsi, selon vous...</p> <p>Si je comprends bien, vous pensez donc que...</p> <p>Cela semble vous déplaire...</p> <p>Vous n'avez pas l'air satisfait...</p> <p>Cela semble vous poser problème...</p>	<p>C'est-à-dire ?</p> <p>En quel sens ?</p> <p>Par rapport à quoi ?</p> <p>Dans quelle mesure ?</p> <p>A quelles conditions ?</p> <p>En quoi ?</p> <p>Sur quels critères ?</p> <p>Sur quel plan ?</p> <p>Dans quel cas ?</p>
-----------------	---	--

Questions ouvertes	<p>Que pensez-vous de ... ?</p> <p>Comment percevez-vous ... ?</p> <p>Pouvez-vous me parler de ... ?</p> <p>Quel est votre ressenti sur ... ?</p> <p>Que pouvez-vous me dire concernant ... ?</p> <p>Pouvez-vous me décrire ... ?</p> <p>Comment changeriez-vous les choses ?</p> <p>Quelles sont vos impressions au sujet de... ?</p>	<p>Pourquoi ... ?</p> <p>Pour quelles raisons ?</p> <p>De quelle manière ?</p> <p>Comment ... ?</p> <p>En quoi ... ?</p> <p>Quels aspects ... ?</p> <p>Quand ... ?</p> <p>Combien ... ?</p>
---------------------------	--	---

Charte éthique et déontologique des facultés de médecine et d'odontologie

Charte éthique et déontologique
des Facultés de médecine et d'odontologie

Préambule

Les Conférences nationales des Doyens de facultés de médecine et des Doyens de facultés d'odontologie ont décidé de rédiger une charte éthique et déontologique afin de formaliser et homogénéiser leurs pratiques dans ce domaine. Cette Charte répond à une exigence éthique, notamment en regard de l'intégrité scientifique et professionnelle, des liens d'intérêts, et de l'attente sociétale.

Les facultés de médecine et d'odontologie* fondent l'ensemble de leurs activités sur les valeurs universelles qui inspirent le respect des Droits de l'Homme, la dignité de la personne humaine, et la solidarité. Les Facultés partagent également les valeurs fondamentales de l'Université : exigence, indépendance, humanisme, promotion de la pensée critique, ouverture sur la société. Les Facultés se conforment aux textes législatifs et réglementaires en vigueur dans notre communauté nationale et, lorsqu'il n'y a pas de loi ou de règlement, elles se basent sur les recommandations des travaux, chartes, et instances nationaux et/ou internationaux en matière d'éthique.

Les Facultés ont une mission de service public en matière de formation, de recherche, d'orientation et d'insertion professionnelles de leurs étudiants. De plus, leurs personnels hospitalo-universitaires ont une mission de soin. La coopération entre le milieu académique et le milieu socio-économique, notamment industriel, est incontournable au regard de ces missions de formation, de recherche, et de soin, au bénéfice des étudiants, de la société, et des patients via le progrès médical. Le concept de recherche translationnelle, continuum entre la recherche fondamentale et la recherche appliquée, illustre ce besoin de coopération. Cette dynamique qui fait partie des missions statutaires des Facultés, doit se faire dans le respect de l'intégrité professionnelle et scientifique, la transparence des liens d'intérêt, et la lutte contre les pratiques d'influence.

Dans le cadre de l'enseignement, les Facultés ont pour mission commune d'intérêt général de former de futurs professionnels de santé aux démarches de soins, à la prise en charge des enjeux de santé publique et au respect de la dignité et de la protection de la personne humaine. Cette mission repose sur deux axes, le soin et la recherche. Dans leur politique pédagogique, la protection de l'intérêt des patients et de la collectivité doit prévaloir sur toute autre considération. Pour

cela, l'indépendance de la formation médicale à l'égard des intérêts particuliers ne se négocie pas, c'est un enjeu de santé publique. Les étudiants bénéficient d'un encadrement institutionnel et académique qui doit leur garantir cette indépendance au cours d'un parcours d'apprentissage délivré par des universitaires, dans le respect des principes de transparence, de loyauté, d'impartialité, et d'intégrité professionnelle et scientifique, auxquels ces professionnels s'engagent lors de leur recrutement.**

L'industrie du médicament est souvent mise au premier plan lorsqu'on parle des conflits d'intérêts, alors que l'enjeu financier des dispositifs médicaux est aussi important. Les objets et industries connectés aux données de santé et à leur analyse seront les enjeux de demain. Les conflits d'intérêts ne résument pas les problèmes déontologiques auxquels sont exposées les facultés de santé : l'intégrité professionnelle et scientifique est aussi essentielle.

Le respect des engagements de la présente Charte visant à promouvoir les principes éthiques et relatifs à l'intégrité professionnelle et scientifique est nécessaire dans le fonctionnement et l'administration des Facultés, ainsi que dans leurs relations avec les partenaires du milieu socio-économique et public, en particulier l'hôpital, le secteur libéral de la santé, et les acteurs privés. Cette Charte engage les signataires.

*Le terme de Faculté(s) (Unité de formation et de recherche, UFR) est associé dans ce texte aux facultés de médecine, de chirurgie dentaire, et aux facultés mixtes. Le terme d'enseignement est associé aux enseignements de premier, second et troisième cycle, ainsi qu'à la formation continue.

** Un lien est une situation où des partenaires ont un intérêt commun, en l'occurrence dans le domaine du développement de solutions de santé. Sans un tel lien, aucun partenariat ne serait possible. Le lien signifie qu'il existe un intérêt mutuel à agir ensemble fondé sur un projet scientifique et intellectuel. Un lien d'intérêt est donc non seulement légitime, mais souhaitable pour les progrès en santé. Il est impératif de bien distinguer cette notion de celle de conflit d'intérêts. Un conflit d'intérêts naît d'une situation dans laquelle un agent public a un intérêt personnel de nature à influencer ou paraître influencer sur l'exercice impartial et objectif de ses fonctions officielles. Un conflit d'intérêts est avéré quand une organisation ou un individu est impliqué dans de multiples intérêts, l'un d'eux pouvant corrompre la motivation à agir sur les autres.

Les Facultés s'engagent sur l'intégrité scientifique

La Commission européenne fait de l'intégrité scientifique et professionnelle une de ses toutes premières priorités en élevant le niveau d'exigence en termes d'éthique et de responsabilité sociétale dans le cadre de l'enseignement, de la recherche, et des pratiques en santé.

La charte nationale de déontologie des métiers de la santé adoptée par les Facultés souligne par ailleurs l'importance du respect du principe d'intégrité par les professions de santé. Par ailleurs, de par leurs missions

en termes d'enseignements et de recherche, les Facultés s'engagent à faire connaître et respecter les droits fondamentaux des personnes dans les pratiques de soins et de recherche, les règles de protection des participants à la recherche, de bon usage des données de santé, de conditions d'accès et d'utilisation des éléments et produits du corps humain, dans le respect des textes en vigueur, autant d'éléments contribuant au concept d'intégrité.

C'est pourquoi les Facultés s'engagent à respecter les propositions de mise en œuvre de la charte nationale de déontologie des métiers de la recherche, telles qu'elles sont détaillées dans le rapport du Pr. Pierre Corvol (29 juin 2016). Parmi ces propositions, certaines relèvent d'une politique nationale, ou de l'Université, alors que d'autres concernent directement les Facultés. Ainsi :

La proposition 4 vise à « l'acquisition d'une culture scientifique élargie incluant une initiation à l'éthique de la recherche et à l'intégrité scientifique ».

La proposition 5 recommande de « veiller à ce que chaque étudiant ait reçu une sensibilisation à l'éthique et à l'intégrité scientifique » pour les écoles doctorales. Ces propositions doivent être étendues à tous les professionnels de santé et à tous les étudiants.

La proposition 6 incite à des formations participatives (de type « bottom up ») dans lesquelles des étudiants formés à l'intégrité scientifique peuvent contribuer à la formation des générations suivantes.

La proposition 8 consiste à s'assurer de la mise en place d'une formation sur l'éthique de la recherche et l'intégrité scientifique.

Les propositions 9 et 10 incitent les Facultés à avoir une politique d'éthique et d'intégrité scientifique en conditionnant les financements de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR, comme ceux des autres agences nationales et européennes de recherche) à cette politique et en demandant au Haut Conseil de l'évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (HCERES) d'évaluer sa mise en œuvre.

La proposition 12 incite les Facultés à « favoriser la promotion et la mise en place d'une recherche sur les moyens de formation à l'intégrité et leurs effets, sur les questions épistémologiques d'éthique, d'intégrité et de responsabilité scientifique ainsi que leurs conséquences sociétales ».

Les Facultés s'engagent à mettre en place les dispositions susceptibles de promouvoir dans ses caractères fondamentaux et universels d'intégrité et de reproductibilité scientifiques, notamment une conduite responsable

de la recherche respectant :

un dépôt préalable d'un protocole de recherche sur un site accessible,
une analyse statistique des résultats effectuée de façon indépendante des promoteurs et des acteurs de la recherche,
une rédaction scientifique conforme aux lignes directrices du site EQUATOR (<http://www.equator-network.org/>; CONSORT, ESTROBE, STARD, PRISMA, etc.),
une communication des résultats, qu'ils soient positifs ou négatifs, soit sous forme de publication soit sous forme de dépôt dans un registre,
une garantie d'accessibilité aux données sources de la recherche,
la transparence et l'ouverture des méthodes et résultats de la recherche, permettant ainsi sa vérification et sa réplique.

Les Facultés s'engagent à lutter contre tous les manquements à l'intégrité scientifique (falsification et fabrication de données, vol de résultats et plagiat, non-respect des droits des personnes objets de la recherche comme par exemple l'information et le consentement éclairé, non-respect des obligations réglementaires de la recherche sur la personne humaine ou l'animal) et plus généralement contre toutes les « pratiques douteuses de recherche ».

Le plagiat, créant une inégalité de fait, lèse le plagié, l'institution du plagieur, la communauté scientifique et/ou pédagogique et le public, en exposant celui-ci à des dommages liés à un vol et un mésusage. Dans le cadre de la prévention du plagiat, les facultés s'engagent à former leurs étudiants et universitaires sur le risque de plagiat. L'utilisation de logiciels de détection de similitudes pour les thèses et mémoires doit être systématique. Dans le contexte réglementaire actuel et dans un but d'efficacité, les Facultés devront être accompagnées par les pouvoirs publics dans l'acquisition de tels logiciels et de leur exploitation.

En ce qui concerne le rôle d'auteur dans des articles ou travaux scientifiques, les Facultés promeuvent et doivent faire respecter les règles internationales, en particulier celles de l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, <http://www.icmje.org/>). En effet la signature d'un article scientifique est une reconnaissance de la propriété et de la valorisation intellectuelle d'un travail qui suppose une contribution significative à la conception ou à la réalisation des travaux présentés dans le respect d'une totale intégrité. La paternité de l'oeuvre scientifique doit être attribuée à ceux qui remplissent les critères de l'ICMJE. Les pratiques concernant les auteurs dits honoraires (ou

« cadeaux » car ils n'ont pas participé à la recherche) et les auteurs dits fantômes (par exemple le rédacteur professionnel non remercié,

l'étudiant ou le personnel omis volontairement) doivent être bannies car elles constituent un manquement à l'intégrité scientifique. Les Facultés condamnent la double publication des mêmes données (autoplégat) sauf dans des conditions particulières (langues différentes) et sous réserve de l'autorisation des revues concernées et de l'information des lecteurs. L'aide rédactionnelle à la publication scientifique fournie par des professionnels éventuellement rémunérés par un tiers, industriel par exemple, est possible, sous réserve que cette information soit clairement fournie aux lecteurs et que les liens d'intérêts soient explicités dans la publication. La publication de travaux scientifiques dans des revues dites

« prédatrices » est prohibée ainsi que l'exercice d'activité éditoriale pour ces revues (https://www.councilscienceeditors.org/resource-library/editorial-policies/cse-policies/approved-by-the-cse-board-of-directors/predatory-deceptive-publishers-recommendations-caution/).

Bien que les activités éditoriales relèvent de la liberté des universitaires, certaines de ces activités peuvent requérir une autorisation de cumul des activités accessoires du fait de l'importance du temps et de la rémunération qui y sont parfois associés.

En ce qui concerne l'évaluation des travaux de recherche (revue par les pairs) mais également pour toute mission où leur expertise est requise, les enseignants-chercheurs doivent fournir une évaluation impartiale, rapide, et rigoureuse, en respectant la confidentialité, la propriété intellectuelle, et l'intégrité.

En ce qui concerne, la participation à des projets de recherche, communications et publications scientifiques, expertises, et activités d'enseignement, les enseignants-chercheurs doivent faire état des liens d'intérêts susceptibles d'avoir influencé leur travail, de manière honnête et exhaustive.

Dans le cadre de la communication vers le grand public, les enseignants doivent limiter leur prise de parole et publication à leur expertise professionnelle. Dès lors qu'ils expriment une opinion (idéologie, point de vue citoyen, engagement politique, culturel, ou religieux), ils ne doivent plus s'exprimer au titre de leur fonction ou de leur institution et doivent exposer à quel titre ils s'expriment.

Pour suivre et accompagner l'ensemble des engagements de la présente Charte, les Facultés s'engagent à nommer un référent de l'intégrité scientifique et une commission de déontologie au sein de chaque Faculté. Ce référent est correspondant de l'Office Français de l'Intégrité Scientifique (OFIS) et vient renforcer le référent scientifique de chaque université. Ce référent est élu par ses pairs, membre de droit de la commission de déontologie et son absence de tout lien de dépendance vis-à-vis des autorités de la faculté doit être garantie. II

participe aux réseaux national et européen des référents de l'intégrité scientifique pour confronter leurs expériences de terrain et faire évoluer les pratiques de recherche.

Les Facultés s'engagent sur la déontologie

Les Facultés s'engagent à respecter et faire respecter les règles déontologiques et d'intégrité préconisées par l'ensemble des ordres des professions qui les composent. Les personnels des facultés ne doivent pas utiliser leurs prérogatives pour favoriser ou léser un tiers. Ils ne doivent pas susciter ou abuser d'une situation vis-à-vis d'une personne morale ou physique qui les conduirait à ne pas respecter les dispositions de la présente Charte ou à déroger aux textes et lois en vigueur.

A titre d'exemple concernant le respect des règles en matière de gestion des liens et conflits d'intérêts, les personnels des facultés doivent renoncer à participer aux débats et votes dans les instances décisionnelles sur les sujets pour lesquels ils ont un conflit d'intérêt personnel, familial, ou professionnel.

Pour appuyer cette dynamique, la participation d'un membre du Conseil d'un ordre professionnel au Conseil d'UFR et/ou à la commission de déontologie est indispensable. Les Facultés s'engagent à former leurs étudiants à la déontologie, en appui avec les Ordres professionnels. Il est recommandé que cet enseignement soit adapté au niveau de cycle des études et au degré de responsabilité clinique des étudiants, et donc réitéré tout au long des études.

Les Facultés s'inscrivent dans le cadre général de la promotion de l'égalité hommes-femmes et de la lutte contre les discriminations de toute nature, et de l'accessibilité du handicap. Les facultés s'engagent à respecter et faire respecter les décisions nationales concernant la laïcité applicables aux universités d'une part et aux structures de santé partenaires d'autre part.

Formation éthique et déontologique pour une conduite responsable

Les enseignements obligatoires d'éthique et de déontologie sont renforcés au sein des Facultés afin de couvrir les points de cette Charte et en particulier : 1) l'éthique et la déontologie professionnelles, en collaboration avec les Conseils de l'Ordre respectifs ; 2) les principes et règles de l'intégrité scientifique (y compris le plagiat et les règles de la communication scientifique, de la déclaration des liens d'intérêts et de la gestion des conflits d'intérêts (s'inscrivant dans les principes du Pharmfree Curriculum de l'American Medical Student Association ; <https://www.amsa.org/wp->

content/uploads/2015/03/ModelPharmFreeCurriculum.pdf) ; 3) plus généralement, le bon usage de l'information médicale et scientifique, les manipulations de l'information et les pratiques d'influence, les moyens de les repérer et de se prémunir de tout risque de perte d'indépendance. Cet enseignement est renouvelé au cours du troisième cycle, adapté à la spécialité enseignée et à la vulnérabilité particulière des étudiants du fait de leurs responsabilités croissantes vis-à-vis des patients.

Une formation des jeunes enseignants (CCA, AHU) et des nouveaux universitaires à la déontologie est assurée chaque année par les Facultés, dans les premiers mois qui suivent leur prise de fonction. Des formations similaires sont assurées dans les DU et DIU de pédagogie qui sont maintenant intégrés dans les pré-requis de la formation des futurs universitaires par la plupart des sous-sections du CNU. Dans le cadre des obligations de formation continue, l'ensemble des enseignants doit également bénéficier de la même formation à un rythme régulier.

Transparence et déclaration des liens d'intérêts

La déclaration des liens d'intérêts est un élément important de la politique de lutte contre les conflits d'intérêts et participe à la transparence des acteurs de la vie publique. Les professionnels de santé, lorsqu'ils sont sollicités comme expert, sont déjà astreints à l'obligation de déclaration publique de leurs liens d'intérêts via des institutions nationales aisément consultables.

Les Facultés s'engagent à rendre accessibles sur leur site propre les liens d'intérêts des membres de leurs instances de gouvernance (Conseils d'UFR) et de leurs commissions pouvant avoir à traiter des sujets en rapport (commission de cumul des activités accessoires, commission de déontologie, commission pédagogique, commission recherche). En outre, les enseignants doivent communiquer aux étudiants leurs liens d'intérêts en préambule aux enseignements qu'ils délivrent, quelle que soit leur nature (écrite, orale, en ligne). La communication des liens d'intérêts avant chaque cours constitue un exemple pédagogique sur le sujet de l'intégrité scientifique auprès des étudiants. Les enseignants doivent faire preuve de neutralité vis-à-vis de l'entreprise ou l'institution avec laquelle ils entretiennent un lien.

Cumul d'activités accessoires

Les Facultés mettent en place une commission chargée d'examiner les demandes de cumul d'activité accessoires, en application des lois et règlements en vigueur et selon les recommandations de la Conférence nationale des Doyens de facultés de médecine, la Conférence nationale des Doyens de facultés de pharmacie, la Conférence nationale des

Doyens de facultés de chirurgie dentaire, la Conférence nationale des Présidents de Commission médicale d'établissement (CME) de Centre hospitaliers universitaires (CHU), et la Conférence nationale des Directeurs généraux de CHU. Pour rappel, ces commissions examinent la convention avec l'entreprise ou l'institution, le demandeur s'engageant à l'indépendance du travail produit, au respect des obligations sociales et fiscales et, le cas échéant, à la soumission de la convention auprès de l'ordre professionnel concerné. Ce dernier examine, le cas échéant, la proportionnalité de la rémunération en regard du travail fourni. Le temps consacré à ces activités accessoires autorisées est plafonné selon les règles en vigueur. L'autorisation de cumul d'activités accessoires concerne toutes les activités donnant lieu à rémunération autorisée et les activités non rémunérées effectuées pour une personne morale à but lucratif. L'autorisation n'est donnée que pour une seule mission et pour une durée d'un an maximum, renouvelable. La participation des enseignants aux activités de marketing/vente des produits de santé est interdite.

Avantages et cadeaux

Les cadeaux financés par l'industrie ne sont pas autorisés car, même de faible valeur, ils sont susceptibles d'influencer les décisions des prescripteurs, affectant ainsi directement les patients.

Le défraiement (transport, hôtellerie, inscription) pour assister aux conférences, réunions, et congrès scientifiques est constitutif d'un avantage, autorisé sous conditions par la loi. Cet avantage doit donner lieu à déclaration sur le site de transparence des liens d'intérêts. Un tel défraiement ne peut être accepté que s'il est soumis à l'approbation de la Faculté ou s'il se plie à une procédure empêchant l'entreprise de sélectionner les destinataires (versement de fonds non affectés). En l'absence actuelle de source de financement institutionnel appropriée, hospitalière et/ou universitaire, sont considérés comme dérogatoires les défraiements pour présentation d'une communication scientifique dans les manifestations scientifiques sélectives et uniquement pour l'auteur présentant la communication, ou la participation à une manifestation ne pouvant être prise en charge au titre de la recherche mais apparaissant nécessaire à la formation continue de l'enseignant. Dans tous les cas, une déclaration de ce financement à la Faculté est obligatoire.

Les facultés s'assurent que les financements externes n'influencent pas l'indépendance des contenus pédagogiques

En tant qu'établissement public ayant pour finalité la transmission

désintéressée des savoirs médicaux, les Faculté doivent rendre transparents les financements qu'elles sont susceptibles de recevoir de la part des industries et des autres organismes privés en les publiant sur leur site internet public. Elles s'assurent que ceux-ci n'interfèrent pas avec l'indépendance des contenus pédagogiques.

Les industries ne sont pas autorisées à fournir un soutien financier à la formation professionnelle initiale ou continue (Développement Professionnel Continu ou DPC), directement ou par l'intermédiaire d'une agence subsidiaire, à l'exception des Fondations. Les seules exceptions à cette règle sont les actions particulières de formation où l'industriel est seul à disposer d'une partie de l'expertise (exemple formation sur un appareil ou un équipement spécifique) ou celles concourant à l'orientation et à l'insertion professionnelle des étudiants dans des secteurs industriels. Dans ce cas, une autorisation dérogatoire doit être délivrée par le Doyen, après avis favorable de la commission de déontologie, et l'action de formation doit être encadrée par un universitaire sans lien d'intérêts avec l'industrie concernée.

Le financement direct des Facultés par les industriels pour les activités de recherche et la pédagogie est possible selon plusieurs modalités (taxe d'apprentissage, financements divers) étendues depuis la Loi Pécresse. Ces financements ne doivent pas interférer avec les missions de la Faculté et son obligation d'éducation et de protection des étudiants contre l'influence des intérêts privés et doivent donc recevoir un avis favorable de la commission de déontologie. Ils doivent être validés par un vote en Conseil d'UFR. En tant qu'établissements publics ayant pour finalité la transmission désintéressée des savoirs médicaux, les Facultés devraient rendre transparents les financements reçus en s'assurant que cette information est accessible pour le grand public.

Les bonnes pratiques pédagogiques dans les relations avec les industries de santé

Les produits de santé cités dans le cadre des enseignements le sont obligatoirement en dénomination commune internationale (DCI) sans faire mention des noms commerciaux ni relayer de discours marketing, quel que soit le support (écrit, oral, en ligne). Les mêmes principes sont appliqués pour les dispositifs médicaux et la citation des marques en général. Les mêmes principes sont appliqués aux sujets d'examens et aux sujets d'entraînements et de préparations aux examens, comme ils le sont pour les examens nationaux.

Les enseignements facultaires, y compris la formation continue, ne peuvent être dispensés par l'industrie elle-même ou ses représentants, ou par tout autre organisme privé à but lucratif, en dehors de partage

d'expérience sur le fonctionnement même de l'industrie ou de l'orientation et de l'insertion professionnelle des étudiants au sein de ces industries. Des dérogations sont possibles lorsque l'industrie est seule à disposer de la connaissance et cette dérogation est alors autorisée par le Doyen après avis de la commission de déontologie.

Les supports d'enseignement distribués au sein des facultés ne peuvent en aucun cas être rédigés, distribués ou financés par une industrie ou tout autre organisme privé à but lucratif.

Les étudiants ont le droit d'exercer un devoir de réserve lorsqu'ils se trouvent en situation d'influence. Ils peuvent s'exprimer en toute liberté sur les conditions de déroulement de leur formation lors de stages hospitaliers, sans s'exposer à des griefs ou des sanctions de la part de leurs supérieurs hiérarchiques. Les élus étudiants du Conseil d'UFR peuvent saisir la Commission de déontologie de toute situation qui leur semblerait devoir relever de celle-ci. Ils ont la possibilité de saisir les commissions ad hoc dès lors qu'ils ont connaissance de telles pratiques, leur responsabilité personnelle ne peut être mise en cause dans ce cadre.

L'utilisation par les universitaires de supports pédagogiques fournis par l'industrie ou tout autre organisme privé, ou leur examen préalable par l'industrie ou tout autre organisme privé, sont prohibés, y compris pour les conférences extérieures.

Recrutement et promotion des personnels

Le recrutement et la promotion des personnels (enseignement, recherche, administration et soutien technique) se font sur des critères et selon des méthodes équitables et transparentes, sans discrimination ni favoritisme liée au sexe, à l'âge, à l'appartenance socio-économique, ethnique, politique, syndicale, ou religieuse dans le respect des principes de l'intégrité scientifique.

Dans le cadre de leurs recrutements universitaires, titulaires et non titulaires, les Facultés s'engagent à ne pas privilégier les aspects quantitatifs de la recherche mais à adopter une approche équilibrée quantitative/qualitative ainsi qu'une approche équilibrée recherche/pédagogie. L'évaluation des travaux scientifiques ne doit pas reposer uniquement sur le facteur d'impact des revues mais privilégier les aspects qualitatifs (San Francisco Declaration on Research Assessment (DORA) :

<http://www.ascb.org/wp-content/uploads/2017/07/sfdora.pdf>). Les seuils de points SIGAPS ou SIAPS ne sont que des valeurs indicatives d'un minimum requis, qui doivent être parfois adaptées et contextualisées. Ces variables quantitatives globales ne permettent pas de comparer des individus, a fortiori lorsqu'ils sont issus de spécialités différentes. Tout manquement

avéré aux règles de l'intégrité scientifique et professionnelle doit être pris en compte dans l'évaluation des candidats et des parcours professionnels.

Liens avec les partenaires du soin

Le respect des engagements de cette Charte est également nécessaire dans les relations des Facultés avec leurs principaux partenaires et acteurs du monde de la santé, en particulier l'hôpital et le secteur libéral de la santé. En effet, l'exposition au risque de conflit d'intérêts dans les secteurs de soins ne doit pas être sous-estimé. Les principes de la présente Charte doivent être partagés avec les établissements de santé ou lieux de soins où exercent des enseignants et qui accueillent des étudiants. Les Facultés doivent promouvoir, en lien avec les institutions partenaires, des procédures et des recommandations visant à garantir la qualité de l'enseignement prodigué dans les stages pratiques, y compris leur qualité éthique et déontologique, ainsi qu'une évaluation équitable des étudiants au cours de ces stages. Les stages doivent être évalués régulièrement.

Les représentants marketing des industries pharmaceutiques et des produits de santé (au sens très large) ne sont pas autorisés à rencontrer les personnels universitaires dans les zones de soins ou en présence d'étudiants. Des autorisations dérogatoires peuvent être délivrées à des fins non commerciales lorsque seul l'industriel dispose de la connaissance nécessaire (exemple de formation sur des appareils ou des équipements spécifiques).

Engagement de formation d'écoute et de suivi des étudiants

La sélection, l'orientation, et l'évaluation des étudiants se fondent sur des critères et méthodes équitables. Les facultés assurent l'équité d'accès aux moyens d'apprentissage et dans les modalités de validation des enseignements. Dans le cadre de leurs actions pédagogiques, les Facultés s'engagent à une exigence sur les connaissances et compétences acquises par ses étudiants, qu'elles doivent aux futurs patients et aux étudiants qu'elles forment, futurs professionnels de santé responsables des patients au regard de la société. Elles s'engagent également à une exigence de qualité pédagogique et de bienveillance envers leurs étudiants. Les relations entre les enseignants, le personnel administratif, et les étudiants doivent être courtoise et respectueuses, dans le respect de la vie privée. Ceci s'applique également aux relations interprofessionnelles, base de la prise en charge des patients au sein de leur parcours de soins.

Commission de déontologie

Une commission de la déontologie est mise en place au sein de chaque Faculté afin d'examiner tous les sujets relatifs à l'éthique et l'intégrité scientifique et professionnelle, en particulier les manquements à la présente charte. Tout personnel ou usager de la Faculté peuvent saisir la commission de déontologie. Les universitaires de cette commission sont élus ainsi que son président. Cette commission comprend des membres extérieurs à la Faculté, notamment un représentant des usagers (étudiants), un représentant d'associations de patients, un représentant du Directeur général du CHU et du président de la CME du CHU, et un représentant d'un Conseil de l'Ordre. Parmi les membres enseignants, il y a au moins un enseignant non titulaire (CCA- AHU). Le référent de l'intégrité scientifique est membre de droit de la commission. La commission de déontologie établit un rapport annuel de ses activités qui est présenté au Conseil de l'UFR et communiqué au Doyen, qui transmet au Président de l'Université après avis du Conseil de Faculté. Une commission commune entre plusieurs Facultés du domaine de la santé est possible.

Non respect de la charte

La présente Charte est opposable à tous les acteurs au sein des Facultés, quel que soit leur grade, statut, ou niveau hiérarchique. Les Facultés s'engagent à déférer devant les instances disciplinaires appropriées toute personne salariée de l'institution ou étudiant ayant violé tout ou partie de la présente Charte. Les Facultés s'engagent à alerter les autorités de tutelles et les ordres professionnels concernés en cas de manquement au respect des points de la Charte qui relèvent d'un texte législatif ou réglementaire.

Les Facultés s'engagent à faciliter les enquêtes sur l'intégrité scientifique et professionnelle, en particulier celles sollicitées par les revues scientifiques, les sociétés savantes, et les institutions publiques. Ces enquêtes doivent s'effectuer dans le respect du principe de présomption d'innocence et des droits de la défense mais aussi de la protection des lanceurs d'alerte et des droits d'auteur. Les Facultés s'engagent à mettre en place une politique globale de lutte contre les conduites répréhensibles : processus de réception d'une plainte, processus d'enquête, dispositif de médiation, traitement du plagiat ou de la fraude. Ainsi elles s'engagent à appuyer ou mettre en œuvre plusieurs processus parmi lesquels : rétractation de la publication, excuses, demande de sanctions disciplinaires, communication des sanctions, signalement auprès des autorités compétentes et aux ordres professionnels. Face à une suspicion documentée de conduite répréhensible, les enseignants-chercheurs et les étudiants sont invités à se

rapprocher du président de la commission de déontologie pour déterminer si une enquête doit ou non être diligentée. Les Facultés s'engagent à ce que l'ensemble de leurs membres soit informé sur les lanceurs d'alerte et sur la législation en vigueur. Elles s'engagent à appliquer et promouvoir ces dispositifs. La commission de déontologie est à disposition pour conseiller les éventuels lanceurs d'alerte, y compris pour les situations qui ne relèveraient pas directement du ressort de la loi.

La présente Charte sera votée en Conseil d'UFR. L'ensemble des personnels et étudiants des Facultés est invité à la signer. La signature des candidats au recrutement constitue un préalable au recrutement.

Pour :

La Conférence nationale des Doyens de facultés de médecine et de santé: Pr. Jean-Luc Dubois
Randé

La Conférence nationale des Doyens de facultés de chirurgie dentaire Pr. Corinne Taddei-
Gross

ENTRETIEN EPH3

(Certaines données ont été retirées pour garantir l'anonymat du participant, sans altérer pour autant son récit)

Questions socio-démographiques :

- Entretien n° 3
- Sexe : masculin
- Age : /
- Année d'obtention de l'internat : /
- Spécialité : /
- Statut hospitalier : /
- Statut universitaire : /
- Lieu d'exercice : /
- Durée de l'entretien : 41 minutes

1) Représentations de l'industrie pharmaceutique

J'aimerais m'entretenir avec vous sur l'industrie pharmaceutique. Qu'en pensez-vous ? Comment la percevez-vous ?

Euh c'est un vaste programme hein ! Ce que j'en pense, ce que j'en pense... vous me parlez de l'industrie pharmaceutique en elle-même ou des relations que je peux avoir avec l'industrie pharmaceutique ?

L'industrie pharmaceutique de manière générale.

Bon alors l'industrie pharmaceutique, je pense que c'est un pis-aller nécessaire. Euh, voilà. Que voilà il y a eu un... depuis des années et des années, on assiste de la part de l'industrie pharmaceutique à un glissement vers quelque chose de très purement marketing, voilà. Mais que malgré tout cette industrie pharmaceutique met à notre disposition -parce que dans une spécialité comme la notre c'est assez crucial, mais dans d'autres aussi d'ailleurs- met à notre disposition un certain nombre de produits, de médicaments, de techniques, de ce que vous voulez... qui sont, enfin qui font quand même progresser largement la prise en charge des patients.

Ça c'est l'aspect j'allais dire positif de l'industrie pharmaceutique ; c'est-à-dire qu'ils ont les moyens de pouvoir permettre le développement d'un certain nombre de nouveautés on va dire -médicamenteuses particulièrement- qui apportent un bénéfice indiscutable à la prise en charge des patients. Ça c'est le premier point.

Ensuite, malgré ça, il y a des points très négatifs qui consistent essentiellement... euh... comment dire... à...

Bon d'une part à l'heure actuelle, il n'y a plus de recherche scientifique purement réalisée par l'industrie pharmaceutique. L'industrie pharmaceutique se borne à l'heure actuelle -on va dire depuis une dizaine d'années à peu près- à, comment dire... à surveiller ce qu'il se passe dans les laboratoires académiques -ou dans les structures qui émanent de ces laboratoires académiques, qui sont des structures qu'on appelle aujourd'hui les start-up- et à faire une surveillance très précise pour pouvoir détecter ce qui peut éventuellement selon eux avoir de l'intérêt d'un point de vue de la mise sur le marché, on va dire, des choses comme ça... et à la suite de ça, à acheter ces innovations du laboratoire pour les propulser vers le marché, et je simplifie. D'accord ?

Et que donc dans ces conditions-là, il y a des pans entiers de la recherche scientifique qui n'aboutissent pas à une mise sur le marché et qui pourtant seraient des choses intéressantes, mais qui n'intéressent pas l'industrie pharmaceutique parce que le profit qu'ils envisagent de faire avec ces découvertes-là n'est pas suffisant.

Le meilleur exemple qui soit, c'est que depuis maintenant pratiquement 20 ans il n'y a eu pratiquement aucune évolution, aucune découverte ou mise sur le marché de nouveaux médicaments, par exemple dans le domaine des maladies infectieuses.

Et que parce qu'on a considéré que bah on avait fait le tour, que c'était pas rentable, et que c'était pas la peine de s'emmerder, et que par conséquent fallait pas aller voir... Et on en paye aujourd'hui les conséquences. Puisque toute la recherche qui s'est effectuée sur les virus n'intéressait personne, ni les bailleurs de fonds académiques, ni les industriels... sauf que là maintenant avec le vaccin c'est reparti.

Bon enfin voilà, donc si vous voulez c'est un peu ça mon ressenti, donc c'est... voilà.

Et après le dernier point qui est le point qui m'horripile le plus, c'est que quoi qu'ils fassent, des slogans comme quoi ils sont là pour le bien être des gens, c'est faux. Les industriels pharmaceutiques sont désormais des industriels comme les autres, qui cherchent à tout prix à faire un maximum de bénéfice dans un minimum de temps pour permettre de pouvoir supporter et arroser les actionnaires qui investissent de l'argent dans l'industrie en question.

Donc on est passé d'un modèle qui était un modèle de mise à disposition de nouveaux médicaments ou de nouvelles stratégies thérapeutiques vers un modèle qui consiste à mettre sur le marché des produits qui vont rapporter de l'argent et qui vont éventuellement avoir un intérêt.

Et le dernier point, c'est que face à cette course à la rentabilité, on assiste de la part des industriels à une euh... croissance absolument exponentielle du coût des médicaments qui sont mis sur le marché, alors que c'est des coûts qui sont sous tendus par euh, ben le petit nombre théorique de patients qui sont susceptibles de bénéficier des traitements. Et que par conséquent, dans la perspective de se faire du fric, il faut faire payer très cher des médicaments qui seront utilisés peut-être par un petit nombre de personnes, mais un nombre suffisant pour que ce soit bien rentable.

Donc voilà j'ai beaucoup de... d'acrimonie à l'égard de l'industrie pharmaceutique.

Il y a beaucoup de ressentis effectivement vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique...

Oui oui oui oui oui voilà donc euh bon, voilà, individuellement les gens qui sont en contact avec nous sont des gens qui sont très gentils, mais globalement voilà... l'industrie pharmaceutique... est aujourd'hui une industrie comme une autre si vous voulez...

Dans une perspective qui serait une perspective plus altruiste et qui considérerait que la santé est un bien... qui est un bien non marchandable, dans ces conditions-là, on pourrait s'attendre à ce que l'objectif de l'industrie pharmaceutique soit de mettre en œuvre des découvertes, des médicaments, etc... pour le bien-être de la population. Bien sûr, qu'ils fassent un peu de bénéfice parce que c'est normal pour pouvoir réinvestir, mais que euh... ça n'est pas le cas, à l'heure actuelle les bénéfices qui sont faits par l'industrie pharmaceutique sont réinvestis pour une très faible partie dans de la recherche.

Et si vous prenez l'exemple des vaccins à l'heure actuelle, les vaccins Astrazeneca, Pfizer etc sont des produits qui ont été fabriqués par des start-up ou par des laboratoires académiques, grâce à des financements qui sont des financements publics académiques, et qui ont été à la suite de ça plus ou moins rachetés ou plus ou moins avec des contrats de participation par des

grosses industries, qui vont garder le pognon et qui vont le distribuer à leurs actionnaires. Donc je trouve ça particulièrement immoral. Voilà.

Pouvez-vous me parler de votre dernière expérience/votre dernier contact avec l'industrie pharmaceutique ?

Euh... j'ai eu beaucoup de contacts, enfin oui j'avais beaucoup de contacts et j'en ai encore, avec l'industrie pharmaceutique dans bien des domaines, enfin dans le domaine de [REDACTED].

Euhh... bon moi les contacts que j'ai pour rester dans ma situation personnelle, c'est des contacts qui consistent à être sollicité par les industriels, d'une part pour participer à des essais de recherche clinique qui vont tester les nouveaux médicaments qui vont être mis sur le marché ; donc soit en anticipation dans des essais de phase précoce qu'on appelle, soit dans des essais randomisés lorsque les phases précoces ont permis d'être positives.

Et donc ça si vous voulez c'est le moyen qui permet de mettre à disposition à des patients de façon assez rapide, et euh... oui enfin précoce, des médicaments qui peuvent être intéressants chez ces patients. Et donc ça c'est plutôt positif.

Et puis la deuxième chose c'est d'être sollicité pour participer à ce qu'on appelle des boards, vous avez dû entendre parler de ce genre de choses, euh... c'est-à-dire des réunions où on fait intervenir des « experts » de la pathologie en question, et qui sont susceptibles de pouvoir à ce moment-là orienter les industriels vers euh... dans le contexte du développement de médicaments qu'ils pensent devoir développer ; des nouveaux médicaments des choses comme ça.

Et puis la troisième sollicitation, c'est ... à partir du moment où on est considéré comme expert, c'est d'éventuellement aller baratiner sur l'estrade pour des symposiums de l'enseignement... qui visent à promouvoir dans une certaine mesure, euh, les résultats qui sont obtenus avec des médicaments dans des essais thérapeutiques ou des choses comme ça.

Donc si vous voulez c'est un travail de... j'allais dire de publicitaire quelque part, qui est un travail un peu... comment dire... euh... un peu compli... pas compliqué dans la réalisation mais dans la relation que ça implique avec l'industrie. Puisque évidemment, quand on est sollicité pour aller faire un topo dans un symposium ou dans un congrès x ou y ou z à tel ou tel endroit, euh, c'est pas pour aller dire du mal du médicament, et éventuellement c'est plutôt mettre en exergue les effets positifs que les effets négatifs. Donc il y a une certaine forme de connivence qui peut s'installer, et qui peut éventuellement exister.

Donc voilà les contacts que j'ai avec l'industrie pharmaceutique.

Alors les plus récents, avec qui c'était... euhhh, c'était avec des gens du laboratoire [REDACTED], voilà, bien connu, dont on sait qu'ils se sont fait quand même euh... j'allais dire des grossièretés mais en platine massif avec les médicaments [REDACTED], et qui continuent à l'heure actuelle avec d'autres types de médicaments...

Le coût du médicament [REDACTED] qui avait été mis là, [REDACTED] puisque c'était comme ça que ça s'appelait, était un coût absolument prohibitif et qu'il avait comme objectif que de permettre de rembourser le financement qu'ils avaient mis pour acheter le laboratoire qui avait mis au point le [REDACTED] en question. Voilà.

Parce que si vous voulez quand on regarde de façon objective le coût de fabrication de certains médicaments, il est INFINIMENT (tonalité plus forte ++) plus faible que le prix de vente de ces médicaments dans les pays qui peuvent l'acheter, parce qu'ils ont besoin de se renflouer...

Donc voilà c'est pas pour ça, ils m'avaient sollicité parce qu'ils sont à l'heure actuelle détenteurs d'un médicament qui est un médicament passionnant qui s'appelle [REDACTED], vous avez dû entendre parler de ce genre de trucs, et que donc ben j'ai été dès le départ sollicité pour participer au développement de ces médicaments-là, et donc j'ai des relations avec eux concernant, des questions que j'ai à poser, concernant l'utilisation de ces médicaments, les indications, des machins comme ça... donc voilà.

Mais c'est des rapports qui sont des rapports du coup euh, comment dire... de connaissance. Enfin il n'y a pas de rapports financiers là-dedans. C'est juste savoir exactement où on en est, qu'est-ce qu'on a, qu'est-ce qu'on va avoir comme nouveaux médicaments, des choses comme ça. Mais ce sont des rapports qui sont très cordiaux hein.

Quelles étaient les circonstances de cette rencontre ?

C'était en direct. Je connais les gens qui sont les responsables médicaux du laboratoire ; à la fois au niveau national et au niveau international, et donc bah quand j'ai des questions à leur poser....

Là je vais vous dire très clairement, c'est parce qu'on m'a demandé d'écrire un chapitre d'un manuel au niveau européen sur l'utilisation [REDACTED] justement, et j'avais besoin d'avoir de la part du laboratoire, confirmation des critères d'autorisation de mise sur le marché au niveau des différents pays européens pour pouvoir écrire des choses qui ne sont pas trop cons dans le manuel en question.

Votre ressenti global sur cette dernière rencontre ?

C'est tout à fait positif, c'est tout à fait agréable et tout à fait précis hein euh... dans ce cadre-là si vous voulez d'échanges, y'a aucune arrière-pensée, y'a aucune ... y'a comment dire, y'a pas de ... y'a rien de caché là-dedans, donc c'est direct et donc ça se passe très très très bien y'a aucun problème.

Comment dire... les informations qui sont demandées sont des informations qui ne sont absolument pas confidentielles, et par conséquent, elles sont délivrées par les industriels en question sans aucune difficulté.

Quel devrait être selon vous le rôle de l'industrie pharmaceutique ?

Eh bien c'est un peu ce que je vous ai dit, pour moi le rôle de l'industrie pharmaceutique, ce serait de permettre le développement et la mise à disposition pour le plus grand nombre de produits, alors soit des dispositifs médicaux si on est dans le domaine chirurgical, ou que ce soit des médicaments ou des équivalents de médicaments dans le domaine de la santé globale. Ça c'est l'objectif à mon avis normalement de l'industrie pharmaceutique. C'est mettre à disposition et faire en sorte que, à partir du moment où un produit s'avère être un produit intéressant, avec une bonne efficacité, effectivement, mettre en place les essais qui permettent de vérifier l'efficacité et l'absence de toxicité, enfin l'absence... ou une toxicité en tous les cas gérable si elle existe, [REDACTED]...

Donc voilà, d'avoir des données qui soient des données fiables quant à l'efficacité et à la toxicité des médicaments, dans le contexte de la prise en charge des patients... et de participer à l'amélioration progressive du progrès et de l'efficacité par le biais bah de la recherche médicamenteuse, ou par le biais de la mise à disposition de produits toujours plus novateurs si vous voulez.

L'innovation, voilà pour moi, l'industrie pharmaceutique ça devrait être l'innovation d'une part, et d'autre part, le maintien de l'utilisation.

Par exemple, juste un exemple... il y a des vieux médicaments, qu'on continue à utiliser, et qui sont des médicaments tout à fait indispensables et tout à fait fonctionnels, et qui ont un ratio bénéfice / risque tout à fait acceptable, connu, etc, etc... sauf que les vieux médicaments en question, pour des raisons qui sont des raisons commerciales internationales, c'est-à-dire un médicament au bout d'un certain temps -une dizaine d'années en général- voit sa

composition tomber dans le domaine public. A partir de ce moment-là, une fois qu'il est dans le domaine public, évidemment son tarif va baisser par rapport au départ, et éventuellement certaines compagnies ou certains laboratoires vont s'emparer du brevet en question pour pouvoir fabriquer à un coût moins important le même médicament. Et souvent ce qu'il se passe à l'heure actuelle c'est que les vieux médicaments comme ça, subitement, ne sont plus fabriqués.

(Pause pour double appel)

Donc je disais que ces médicaments qui sont fabriqués par des industriels, bah les industriels trouvent que ça leur rapporte pas assez de pognon, donc ils arrêtent de les fabriquer. Et donc on se retrouve avec des pénuries de médicaments qui sont pour des tas de raisons, machins, ceci cela ... mais qui sont en fin de compte, au bout du compte, sont liés essentiellement au fait que ça leur rapporte pas un rond, et que par conséquent, ils vont arrêter de le fabriquer, et ça, je trouve que c'est totalement inadmissible de la part de ces industriels... Et que c'est encore plus inadmissible que des produits soient éventuellement rachetés par d'autres ou que éventuellement, la plupart du temps c'est comme ça que ça se passe, c'est racheté par d'autres qui vont revenir sur le marché en les revendant 4 à 5 fois plus cher que ce que c'était auparavant... enfin bref c'est tout un mécanisme commercial autour d'un certain nombre de médicaments qui fait le jeu de l'industrie pharmaceutique, qui consiste à essayer de faire en sorte de gagner le maximum de blé là où on s'attendrait à ce qu'éventuellement on puisse s'occuper plus de la santé des gens de façon différente... donc pour moi voilà de façon totalement UTOPIQUE on va dire, quel pourrait être le rôle de l'industrie pharmaceutique.

Quelles sont vos impressions concernant les informations délivrées par l'industrie pharmaceutique ?

Alors là, je vais vous dire très clairement, je me tue à dire avec les jeunes collègues que euh... il faut, quand on est en face d'un représentant de commerce médical, enfin d'un représentant médical qui vient nous présenter les produits, discuter avec nous... la première des choses, la première des choses qu'il faut se dire, c'est que ce sont des menteurs. Ça c'est la base de discussion, ce sont des menteurs, d'accord ?

Parce que, encore une fois, malgré toutes les commissions de surveillance, la publicité, tout ce que vous voulez ... le but essentiel de ces présentations, donc des relations directes qu'on a à travers les voyageurs de commerce là, je sais plus comment on appelle ça... les représentants médicaux là..

Les délégués médicaux ?

Oui les délégués médicaux. C'est à travers eux qu'on a des relations avec l'industrie pharmaceutique, et bien c'est d'abord et avant tout de faire en sorte que le médecin qu'ils vont aller voir prescrive leur médicament.

Et pour le prescrire, c'est mettre en avant tout un tas de trucs qui peuvent être plus ou moins positifs, soigneusement éviter de parler de tout ce qui pourrait être négatif, et euh comment dire... présenter la plupart du temps une information qui est certainement, qui est vraie, mais qui est tronquée. Ça c'est automatique, automatique. Il n'existe pas de représentant qui ne tombe pas dans ce... enfin qui ne tombe pas, auquel on n'apprend pas à avoir ce type de comportement.

Il faut savoir que les délégués médicaux qui sont dans un grand laboratoire sont réunis une à deux fois par an, plutôt deux ou trois, voire même davantage, pour avoir des séances de formation autour de la présentation de tel ou tel nouveau produit.

De manière à ce qu'il y ait éventuellement des experts qui viennent en parler, et des gens du laboratoire, les responsables du marketing, et éventuellement des responsables médicaux, qui vont être là pour dessiner très exactement la qualité du message et le type de message qui doit être divulgué : choisir telle courbe de survie par exemple plutôt que telle autre, telle analyse statistique plutôt que telle autre, etc etc.

Donc il y a une volonté de, comment dire... de peindre en rose des choses qui pourraient être un petit peu moins roses, ça c'est automatique.

Donc voilà, c'est comme ça hein ! Je ne sais plus quelle était la question mais...

C'était vos impressions concernant les informations délivrées par l'industrie pharmaceutique...

Ah et bien les informations délivrées par les industriels sont des informations qui sont par définition, euh, des informations tronquées, fausses, voilà. D'accord ?

Après une fois que vous êtes en face de ces gens là et que ben, vous connaissez la littérature, vous avez lu les articles, vous connaissez ce qu'il s'est passé et comment ça a été publié, vous avez épluché les articles, vous êtes capable de pouvoir leur dire « ben non ça c'est pas vrai », « oh ben là c'est vrai peut-être, mais enfin ce n'est pas statistiquement significatif », pati patin couffin... on peut avoir un dialogue. Mais quand on n'a pas les moyens de pouvoir faire une analyse très précise de ce qu'ils vont nous raconter, on se fait baiser.

Selon vous, par quelles méthodes ces informations sont-elles délivrées aux professionnels de santé ?

Oh ben je vous dis, c'est soit les délégués médicaux qui viennent avec leur ... alors autrefois c'était avec des dépliants brillants là, ça brillait avec des belles photos, des machins, alors maintenant ils se pointent avec une ardoise magique...comment on appelle ça, un iPad ! Une tablette, ils font circuler des trucs, des machins, etc... enfin, c'est pareil, ça revient exactement au même !

Éventuellement, éventuellement, ils peuvent éventuellement aussi faire circuler l'information en vous envoyant des, ce qu'on appelle des tirets à part d'articles qui ont été publiés dans tel ou tel journal, ça, ils ont le droit de le faire.

Éventuellement il peut y avoir une information par le biais de ces réunions qui sont organisées ... alors maintenant il y en a plus dieu merci. Putain, au moins, c'est un aspect positif du Covid : c'est qu'on n'est plus emmerdé avec ces trucs... ils se disaient « on invite les docteurs le soir, on leur fait des petits fours, un petit coup de blanc ou de rouge, enfin ça dépend ce qu'on aime... » et puis il y a des gens qui viennent raconter des trucs et des machins, ils sont payés pour ça d'ailleurs, on leur file du pognon hein... quand on va faire des ménages comme ça dans un symposium, ça rapporte du pognon...

Et du coup voilà, l'information va circuler comme ça, avec éventuellement d'ailleurs une tentative de contradiction qui peut être plus ou moins apportée par le modérateur ou des choses comme ça...

Donc voilà en contact direct par l'intermédiaire des délégués médicaux qui viennent vous présenter des trucs sur l'ardoise ou sur papier, par des symposiums qui sont organisés soit localement, soit au niveau national, soit les deux, et puis alors maintenant, par ce qu'ils appellent les Webinars, les machins là, on en reçoit à peu près 10 par jour, bon voilà... mais qui sont à peu près la même chose, c'est-à-dire on fait intervenir des experts entre guillemets, qui vont venir vous dire que c'est bien, que c'est mieux, que les autres c'est des nuls, etc etc...

2) Organisation de la formation médicale

Maintenant, abordons la formation médicale continue. De quelle manière vous formez-vous aujourd'hui ?

Ma formation personnelle -et ça c'est depuis des années et des années- c'est par la lecture des articles qui sont publiés dans des journaux importants. C'est-à-dire que je lis toutes les semaines tout ce qui est publié dans le New England Journal of Medicine, dans le Lancet, [REDACTED], [REDACTED], dans le [REDACTED], dans Sciences, dans Nature aussi mais un peu moins parce que c'est un peu compliqué pour moi... enfin voilà...

New England Journal of Medicine bien entendu. Voilà, de manière à pouvoir avoir une information qui se fasse sur la base d'articles qui sont publiés dans des journaux de bonne qualité, avec des articles qui sont revus par des experts et qui peuvent être travaillés, dans des journaux qui publient tout un tas de trucs... voilà.

Et puis autrement, en allant dans certains congrès, euh dans lesquels il peut y avoir des choses intéressantes... mais en fait, en règle générale, annuellement, je vais dans un congrès qui est le congrès américain [REDACTED], et puis autrement, dans un congrès de [REDACTED] euh souvent parce que j'ai des choses à y faire, mais voilà. Pas d'autres moyens d'enseignements, enfin d'apprentissage.

Sur quels critères reposent vos choix de formation ?

Ah mes critères, c'est exclusivement des données qui sont des données publiées, examinées par des experts et qui sont donc de bonne qualité. C'est uniquement ça. C'est essentiellement la littérature spécialisée en fin de compte.

3) Lien entre l'industrie pharmaceutique et la formation médicale

Que pensez-vous des liens qui peuvent exister entre l'industrie pharmaceutique et la formation médicale continue ?

Euh, je suis assez mal placé pour pouvoir répondre à la question parce que euh... si on discute formation médicale continue telle que j'avais l'occasion de le faire quand j'étais plus jeune, où je rencontrais des médecins généralistes parce qu'ils m'avaient demandé de venir leur parler de choses et d'autres, c'était comment dire... indépendant de l'industrie pharmaceutique. Enfin moi, je me plaçais dans une indépendance de l'industrie pharmaceutique.

C'est-à-dire que je ne considère pas que le fait d'aller discuter dans un symposium ou dans un machin qui a été organisé par un laboratoire, dans lequel vont être invités soit des collègues de la spécialité soit éventuellement d'autres médecins, soit de la formation médicale continue, enfin pour moi ça n'est pas ça.

En revanche, quand il m'arrivait d'aller parler de ... je ne sais pas moi, de [REDACTED] du [REDACTED], etc... je le faisais de façon indépendante de l'industrie, donc par conséquent je me sentais relativement libre pour annoncer un certain nombre de choses.

Vous voyez ce que je veux dire ?

D'accord, donc plutôt concernant votre formation, mais si vous prenez la formation médicale en général ? Chez vos confrères par exemple ?

Euh... je ne sais pas, mes confrères qui sont dans le service, ils ont à peu près le même type de formation... enfin j'utilise les mêmes moyens et ils font le même type de formation, enfin je pense, ils vont dans des symposiums des trucs comme ça...

Enfin la formation médicale très globalement à mon sens, elle passe quand même largement par ce que nous racontent les industriels et ce que nous racontent les délégués médicaux.

Je sais qu'il y a des séances de formation médicale continue qui sont organisées par la fac, j'y ai participé là, [REDACTED] organise des trucs qui sont totalement indépendants de l'industrie et qui sont des formations de bonne qualité... simplement pour des tas de raisons, de temps, de finances, etc... les gens qui sont le plus à même de pouvoir organiser ce genre de choses, ça reste quand même malheureusement les industriels.

Donc finalement, il y a potentiellement un lien potentiel entre les deux [FMC et industrie pharmaceutique] ?

Ah ben oui il y a un lien, il y a un lien euh... clair, plus ou moins important mais qui existe ! Après il y a d'autres séances. Mon épouse, [REDACTED], elle a des groupes de travail, elle organise deux fois par an des séances de « formation » mais qui sont des séances de formation comment dire... indépendantes là aussi de l'industrie pharmaceutique, ils se démerdent pour faire une organisation avec les [REDACTED] et etc... Je pense qu'il faut qu'il y ait, pour ce que ce soit de bonne qualité, une formation médicale qui se fasse de façon indépendante de l'industrie. Enfin, directement... Enfin qu'elle soit... qu'il n'y ait pas de dépendance directe.

Moi mon rêve ce serait que l'industrie pharmaceutique dise « ok ben voilà, on gagne plein de pognon, on va mettre du fric dans une cagnotte au niveau national ou n'importe quoi, qui va servir à organiser de la formation médicale sans que nous, nous ne soyons intervenants dans ce machin là. On vous donne le pognon, démerdez-vous. »

Maintenant que pensez-vous du lien entre l'industrie pharmaceutique et VOTRE formation initiale ?

Ah c'est une très bonne question. Ma formation initiale, elle est quand même très ancienne (rires).

Elle est très très très ancienne... très ancienne. Ma formation initiale, c'est-à-dire les études de médecine ? (*J'acquiesce*)

Pfff alors le vrai problème c'est que je ne sais pas comment ça se passe aujourd'hui, moi ce que je peux vous dire c'est comment ça se passait à l'époque.

Moi j'ai fait mes études de médecine dans les années 70 du siècle précédent quand même ! (rires)

Alors à cette époque-là, il y avait assez peu d'interaction avec euh... il y en avait hein, mais il y avait moins de labo que... enfin il y en avait. C'était pas pareil, il y avait moins de laboratoire qu'aujourd'hui, ils avaient pas la même implication.

Pour vous dire par exemple quand j'étais jeune étudiant, j'allais travailler à la BU. Mais de temps en temps, j'allais travailler aussi dans une bibliothèque qui était mise à disposition par un laboratoire pharmaceutique dans la ville où j'étais. J'étais pas à Bordeaux, j'étais à [REDACTED]. Et qui avait des ouvrages qu'on pouvait consulter, sans que ce soit forcément en rapport avec les médicaments qu'ils fabriquaient ou quoi que ce soit. Donc si vous voulez voilà comment était ma formation, mais il n'y avait pas d'implication de l'industrie pharmaceutique dans la formation que j'ai pu avoir.

Mais après très rapidement quand j'ai été interne, chef de clinique etc, la formation qu'on pouvait se faire entre nous ou bien vis-à-vis d'autres collègues, et bien elle passait par l'industrie pharmaceutique qui organisait ces fameuses réunions, symposiums, tout ce que vous voulez, dans lesquels on parlait forcément des médicaments qu'ils avaient, ou des pathologies dans lesquelles les médicaments qu'ils avaient pouvaient avoir de l'intérêt si vous voulez.

Mais il y avait déjà une formation de cette nature-là.

Et en revanche, on n'avait absolument pas de formation à la critique vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et de la présentation que faisait l'industrie pharmaceutique des progrès, des machins, etc.

Vous voulez dire « pas de formation de sensibilisation » ?

Non pas du tout.

Actuellement, que pensez-vous du lien entre l'industrie pharmaceutique et votre formation actuelle ?

Bah si vous voulez, l'industrie pharmaceutique, elle intervient dans ma formation de façon directe par le biais des délégués qui veulent venir me voir, etc etc mais, bon maintenant il n'y en a plus, donc on est pénard.

Mais autrement, quand ils venaient me voir, en général, ils savaient très bien qu'ils n'allaient pas pouvoir me raconter ce qu'ils avaient envie de me raconter, j'avais un petit peu travaillé le machin.

L'autre problème si vous voulez c'est que, puisque je vous dis que moi ma formation je la fais en lisant des articles, les articles en question, ils sont les résultats d'analyses, d'études, de protocoles qui sont sponsorisés par l'industrie pharmaceutique. Et donc de façon très indirecte, l'industrie pharmaceutique influence la connaissance qu'on peut avoir des progrès et des traitements, par le biais de la réalisation de ces essais.

Alors bon, il y a une certaine forme d'honnêteté malgré tout, qui est que les essais en question sont conduits selon des règles qui sont des règles extrêmement précises, avec des organismes qui vont analyser indépendamment de la publication, qui vont analyser les résultats pour pouvoir éventuellement aller vers ce qu'on appelle une AMM.

Mais néanmoins, l'immense majorité des articles qui servent à la formation et à l'apprentissage des nouveautés et du progrès émanent de l'industrie, qu'on le veuille ou non... simplement ils sont passés par le filtre, à la fois de reviewers dans les revues, et puis aussi des agences gouvernementales comme la FDA aux USA ou l'EMA en Europe.

Ça contrôle de façon précise, et ça permet de penser que les résultats qui nous sont montrés sont des résultats qui sont valides, valables, et qu'il n'y a pas de loup, il n'y a pas de mystères, il n'y a pas de choses cachées, pas de comment dire... il n'y a pas d'erreurs, pas d'omissions particulières, puisque la totalité des données doivent être transmises à ces agences pour qu'elles puissent se faire une idée de la façon dont les choses se passent. Donc là, de ce point de vue là, on peut être relativement tranquille. Mais ça reste, si vous voulez, en grande partie liée à l'industrie.

Alors, il y a aussi des travaux qui sont faits par des académiques hein, qui n'ont rien à voir avec l'industrie, qui vont se pencher sur tel ou tel travail, tel ou tel résultat, telle ou telle chose, et qui permettent aussi, de façon indépendante de l'industrie, de faire avancer les choses.

4) Formation en ligne

Une formation à l'analyse critique de la promotion pharmaceutique (Facripp) existe actuellement de manière obligatoire dans le cursus de formation des internes de médecine générale d'Aquitaine. Cette formation est maintenant disponible en ligne.

Que pensez-vous de l'intérêt d'une telle formation ?

Ah eh bien je pense que c'est... alors je ne l'ai jamais vu donc je ne sais pas à quoi ça correspond, je n'ai jamais vu cette formation... mais je pense que c'est une excellente initiative. Je sais pas qui l'a fait, et je ne sais pas si... alors la vraie question c'est est-ce que s'est fait indépendamment de l'industrie pharmaceutique ? (rire) Parce que si c'est l'industrie pharmaceutique qui paye le film...

Non mais si c'est totalement indépendant, je trouve que c'est une excellente chose... et je pense que, comment dire, c'est quelque chose qui devrait être obligatoire quoi finalement.

Alors c'est déjà obligatoire justement en médecine générale.

Oui et d'ailleurs c'est déjà une bonne chose que ce soit obligatoire en médecine générale. Parce que le médecin généraliste, c'est quand même une cible privilégiée dans notre pays, en tous les cas des délégués médicaux et de l'industrie, parce que c'est quand même eux les prescripteurs d'un certain nombre de choses. Donc ils vont marquer les pieds dans leurs bureaux, tous les laboratoires qui vont vendre le médicament anti hypertenseur, le médicament contre tout ce que vous voulez euh... et donc il va bien falloir qu'à un moment

ou à un autre, s'ils veulent se faire une idée de ce qu'on leur raconte, qu'ils aient un esprit un peu critique.

Parce que sinon en règle générale, c'est le dernier qui a parlé qui va remporter la prescription hein.

Dans quelles mesures seriez-vous prêt à participer à une formation telle que celle-là ?

Oh ben ouais, oui je serai assez prêt à faire ce type de formation... avec, enfin vous avez pu sentir dans tout ce que je vous ai raconté, j'ai quand même un angle un peu particulier, je ne serai pas forcément très tendre avec euh... mais pourquoi pas oui pourquoi pas.

Vous avez l'air déjà effectivement bien sensibilisé à la question...

Moi si vous voulez en plus de ça, je suis un peu parano comme tous les vieux (rires)... alors donc par conséquent... Je vous dis, mon premier état d'esprit, c'est : de toute les façons, ce sont des menteurs. Après éventuellement, je peux accepter le fait que ce ne sont pas que des menteurs, mais c'est quelque fois compliqué quand même.

Et donc j'apprendrai peut-être, en regardant cette formation, ou en participant à cette formation, j'apprendrai peut-être à voir qu'il y a un certain nombre de côtés positifs.

Mais alors il faudra que ça soit vraiment vraiment vraiment vraiment très très très très bien fait, parce que j'ai vraiment tendance à penser que c'est pas positif. (rires)

Moi de toutes les façons, par principe c'est négatif.

5) Reformulation, conclusion

Mon sujet de thèse est « Ressenti et attentes des praticiens hospitaliers en Aquitaine, à propos de la mise en place d'une formation à l'analyse critique de la promotion pharmaceutique (Facripp) en e-learning. », avez-vous quelque chose à ajouter ? Des points à éclaircir ?

Je pense que j'ai déjà beaucoup dit non ?

Oui oui c'est déjà bien, c'est déjà très bien même...

Je ne sais pas si c'est bien ou très bien mais dans tous les cas, je vous ai dit le fond de ma pensée, sans filtres. Non, je pense que c'est une bonne chose, euh... alors après le vrai problème... c'est très très compliqué vous savez.

Parce que euh... dans le contexte de l'hôpital -moi je ne connais que l'hôpital, j'ai fait des remplacements il y a une éternité mais sinon j'ai travaillé qu'à l'hôpital-, vous savez il existe des luttes, il existe une volonté... et c'est nécessaire et c'est humain, une volonté de progrès, une volonté de se positionner, etc etc...

Et très clairement, très clairement, les industriels ... l'industrie participe de façon très active et de façon très précise à la promotion des individus. Elle participe en... comment dire... en érigeant les uns ou les autres comme un expert, qui va devenir de plus en plus visible, qui va lui permettre d'avoir des articles éventuellement parce qu'on va lui faire signer des papiers, des machins etc... et ça c'est le rôle de l'industrie pharmaceutique.

Et très clairement, les uns et les autres se prêtent à ce jeu... moi-même j'ai bénéficié de cet appui de l'industrie, parce que ben, j'ai fait des travaux avec des industriels, ils m'ont fait parler, je suis devenu un peu plus connu, machin, ceci, cela...

Donc si vous voulez, il y a un aspect un peu particulier qu'on ne peut pas négliger, qu'on ne peut pas nier, et qui par certains aspects, peut aussi avoir un effet un peu positif en ce sens où ça va peut-être pouvoir permettre à certains individus de pouvoir s'exprimer, exprimer leur talent, exprimer leur volonté de faire de la recherche, des choses comme ça... donc si vous voulez ce n'est pas QUE complètement négatif, mais c'est quand même important.

Alors après, on peut garder un œil critique sur ce type de comportement si vous voulez, mais ne pas forcément le faire disparaître.

Oui effectivement, une situation très complexe avec de nombreuses choses intriquées ?

Ce qui est complexe si vous voulez, c'est de pouvoir garder une certaine forme de distanciation avec tout cela, et de garder son sens critique, et de pouvoir, même si on est obligé de travailler avec les industriels, on est obligé de travailler avec eux, de pouvoir garder avec eux la capacité d'être critique vis-à-vis de ce qu'ils veulent faire ou de ce qu'ils veulent nous raconter. Et je pense que c'est parfaitement possible, et parfaitement accepté par tout le monde hein.

Il faut donc pouvoir exercer ce talent, enfin ce talent... exercer cette activité critique pour pouvoir réaliser cela. Et être conscient du fait que, il y a des intrications importantes entre l'industrie et la médecine, et que ces intrications elles sont, par certains aspects, totalement nécessaires puisque c'est eux qui nous mettent à disposition les médicaments, et que l'on peut pas s'en passer, mais qu'on peut avoir une certaine distanciation critique qui soit euh... comment dire, constructive.

Un peu de recul. Tout n'est pas mauvais, tout n'est pas mauvais. Il y a beaucoup de choses mauvaises, mais pas tout (rires).

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.



Introduction : L'industrie pharmaceutique influence significativement l'ensemble des acteurs de notre système de santé. Afin de sensibiliser les médecins à son influence, et sous l'impulsion du département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux, un projet émerge en 2016 : la Facripp, qui s'inscrit rapidement dans l'enseignement de DES de Médecine Générale. Un format en e-learning permettrait de démocratiser cet enseignement à l'ensemble des professionnels de santé, de la formation initiale à la formation continue.

Méthode : Une étude qualitative avec entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès de médecins généralistes, praticiens hospitaliers et internes hors spécialité de médecine générale de Bordeaux. L'analyse des données a été faite par regroupement thématique.

Résultats : Les participants sont intéressés pour une formation reprenant les bases de l'industrie pharmaceutique notamment les techniques de promotion et d'influence. Le format e-learning semble répondre au désir d'une formation courte et non chronophage. Malgré une présence importante de l'industrie pharmaceutique dans leur pratique médicale, essentiellement via la formation, la majorité des participants ne se sent pas influencée.

Des questions subsistent sur la possibilité d'intégrer une nouvelle formation (redoutée chronophage) ainsi que sur le format e-learning (difficulté de manipulation de l'outil informatique, manque d'interactions).

Conclusion : Le sentiment d'invulnérabilité, indéniable et constant aux trois populations étudiées, incite la mise en place d'une formation de sensibilisation de manière urgente et diffuse. Le caractère obligatoire de cet enseignement nous paraît être un moyen majeur d'action pour l'indépendance médicale. L'émergence et la visibilité d'une telle formation dépend aujourd'hui de la volonté des universités, des CHU et de nos instances décisionnaires, à adopter une réelle politique de transparence et d'indépendance vis à vis de l'industrie pharmaceutique.

Introduction : The pharmaceutical industry significantly influences all the actors of the healthcare system. In order to make the doctors aware of her influence, and under the impetus of the Department of General Medicine at the University of Bordeaux, a project emerged in 2016: Facripp, who quickly became part of the teaching of the Bordeaux General Medicine DES. By experimenting with an e-learning format, the aim is to standardize the teaching to all health professionals, from the initial training to the continuing education.

Method : A qualitative study, including individual semi-directed interviews, was carried out with private general practitioners, hospital practitioners and interns in specialties other than general medicine. Data have been analyzed by thematic clustering.

Results : All the participants are interested in training that would cover the basics of the pharmaceutical industry, in particular promotion and influence techniques. The e-learning format seems to respond to the desire for a short and non-time-consuming training. Despite a significant presence of the pharmaceutical industry in their medical practice, mainly through training, the majority of participants did not feel influenced.

One questions remain on the possibility of integrating a new training course (dreading time-consuming), as well as the e-learning format (difficulty in handling the computer tool, lack of interaction).

Conclusion: The feeling of invulnerability, undeniable and constant in all three populations studied, prompted the urgent and widespread implementation of awareness training.^[1] The compulsory nature of this education seems to us to be a major means of action for medical independence. The emergence and visibility of such training now depends on the willingness of universities, university hospitals and our decision-making bodies to adopt a real policy of transparency and independence from the pharmaceutical industry.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS-CLÉS : FMC, e-Facripp, influence de l'industrie pharmaceutique, e-learning, Formation, internes, médecine générale, praticien hospitalier, indépendance médicale

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR : Université de Bordeaux – UFR des sciences médicales