

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude-Bernard Lyon I
Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lyon Sud

Année 2014 N°

Les relations maîtres de stage universitaires et les visiteurs médicaux

Thèse pour le doctorat en Médecine Générale

Présentée à l'Université Claude-Bernard Lyon I

Soutenue publiquement le 25 novembre 2014

Par Mme GERMAIN Fanny née à Bonneville (74) le 02 février 1984

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Directeur Général des Services	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Directeur : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Directeur : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Denis BOURGEOIS Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE LYON	Directeur : Gérard PIGNAULT
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Bruno GUIDERDONI

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES
MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BELLON Gabriel	Pédiatrie
BERGER Françoise	Anatomie et Cytologie pathologiques
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion
COLLET Lionel	Physiologie / O.R.L.
DEVONEC Marian	Urologie
DUBREUIL Christian	O.R.L.
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
LAVILLE Martine	Nutrition
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
PERRIN Paul	Urologie
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SAUMET Jean Louis	Physiologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VITAL DURAND Denis	Thérapeutique

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUERIN Jean-Claude	Pneumologie
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LLORCA Guy	Thérapeutique
MAGAUD Jean-Pierre	Hématologie ; Transfusion
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie
SIMON Chantal	Nutrition
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THAI-VAN Hung	Physiologie
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BARREY Cédric	Neurochirurgie
BERARD Frédéric	Immunologie
BOHE Julien	Réanimation médicale
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CERUSE Philippe	O.R.L.
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
DAVID Jean Stéphane	Anesthésiologie et Réanimation
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
JUILLARD Laurent	Néphrologie
KASSAI KROUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LONG Anne	Chirurgie vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SANLAVILLE Damien	Génétique
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène	Soins palliatifs
SOUQUET Pierre-Jean	Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

ERPELDINGER Sylvie

GIRIER Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BONMARTIN Alain	Biophysique et Médecine nucléaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CARRET Gérard	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie - Transfusion
VIART-FERBER Chantal	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
KOCHER Laurence	Physiologie
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERRAUD Michel	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BREVET Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
BRUNEL-SCHOLTES Caroline	Bactériologie Virologie, Hygiène Hospitalière
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DESESTRET Virginie	Cytologie - Histologie
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie - Histologie
METZGER Marie-Hélène	Epidémiologie, Economie de la santé, Prévention
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

*Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.
Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DALERY Jean	Psychiatrie Adultes
FABRY Jacques	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
GRANGE Jean-Daniel	Ophthalmologie
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PLAUCHU Henry	Génétique
TRAN-MINH Van-André	Radiologie et Imagerie médicale

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, pour l'attention que vous avez portée à mon travail, veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre FAUVEL

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail, veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Xavier LAINE

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail, veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements.

Au Docteur Thierry FARGE,

Je vous remercie de m'avoir aidé à trouver ce sujet et d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre disponibilité et votre gentillesse.

Au Docteur Nadir KELLOU,

Je vous remercie de m'avoir aidé à organiser mes résultats et d'avoir pris le temps de le faire.

Je remercie également tous les maitres de stage universitaires qui ont accepté de répondre à mon questionnaire.

Maman, Papa merci à vous de m'avoir amenée jusque-là... La vie n'a pas toujours été facile pour vous mais si j'en suis là aujourd'hui c'est sûrement grâce à vous...Merci pour l'accompagnement durant ces longues (!!) études, pour les colis de gâteau et pour les plats préparés du dimanche soir...

Olivier, ça y'est tu vas pouvoir passer des soirées tranquilles...Merci pour la relecture, l'aide à la mise en page et tout le reste...

A Aurélie, même si la vie ne t'a pas permis de faire des études, j'en aurai fait pour deux !! Si j'en suis là c'est aussi grâce à toi.

A Léa, notre petit bourrico, j'aurai un peu plus de temps pour toi, à nous les princesses sophia !

A Yvonne, tu m'as permis de réaliser ces études dans de très bonnes conditions, je ne l'oublierai pas...

A mon pépé Bellon, je me souviendrai des après-midi à travailler au 1^{er} et d'attendre la pause ricoré, j'en garde un beau souvenir, merci.

A mes autres grands-parents, comme quoi rien n'est immuable, d'ouvriers, on passe à médecin, j'espère que vous êtes fiers de là-haut.

A Aurore, Cécile, Jeanne et Audrey, filles du « foyer forever » merci à vous. Vous avez donné du pétillant, du soutien et de la franche rigolade à ces années concours et si j'en suis là c'est aussi en grande partie grâce à vous merci.

A Laetitia, tu as été une des pionnières de mon entourage pour la thèse, merci de tes précieux conseils, de ton soutien et de m'avoir supportée avec tous mes coups de fils et mails... Merci pour ton amitié.

Merci à Céline pour ton amitié et d'avoir partagé une petite partie de mon internat avec des débuts un peu épiques parfois...Bon courage pour ta thèse !

Merci à Elodie, nous avons partagé une partie de notre internat ensemble, nous nous souviendrons de la gériatrie, des 10 min à pied, la nuit, dans l'obscurité, à -10° pour rejoindre la chambre de garde...Bonne continuation à toi, bon courage pour la thèse, ça va le faire !!!

Merci enfin à Lulu et Sylvie de m'avoir accompagnée dans l'externat et de tous les bons moments passés.

Abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CREDES	Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la santé
FDA	Food and Drug Administration
FORMINDEP	Association pour défendre une information indépendante
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
JAMA	Journal of the American Medical Association
LEEM	Les entreprises du médicament
MG	Médecin Généraliste
MSU	Maître de Stage Universitaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SUDOC	Système Universitaire de Documentation
UFC que choisir	Union Fédérale des Consommateurs-que choisir
USD	United States Dollar
VM	Visiteur Médical
WHO	World Health Organisation
RCP	Résumé des Caractéristiques du Produit
FMC	formation médicale continue

Sommaire

Abréviations	1
Table des illustrations	6
Introduction	7
Première partie	8
I. L'industrie pharmaceutique	8
A. Les dépenses promotionnelles	8
B. La régulation des relations médecins-industrie pharmaceutique	8
C. Techniques d'influence de l'industrie	10
D. Activités visant à augmenter les ventes : Procès gabapentine (Neurontin®)	13
II. Les visiteurs médicaux	16
A. Objectifs du visiteur médical	16
B. La formation et la rémunération.....	16
C. Fonctionnement.....	16
D. Qualité de l'information délivrée par les VM	17
E. Techniques d'influence.....	17
III. Les relations médecins généralistes/VM.....	19
A. Etude Anthropologique : Les rapports à l'ordonnance	19
B. La représentation de la visite médicale chez les médecins.....	21
C. Les sources d'information des médecins	22
D. La crédibilité de la visite médicale	22
E. Les raisons qui motivent la réception de la visite médicale	23
IV. Influence de la visite médicale chez les médecins et ses conséquences	25
A. Absence de reconnaissance de l'influence de la part des médecins	25
B. Influence de la fréquence des visites médicales sur le comportement.....	26

C.	Impact sur le taux de prescription	26
D.	Impact sur le coût des prescriptions	28
E.	Impact sur le type de prescription	28
V.	Les relations entre les étudiants et l'industrie pharmaceutique	29
A.	Fréquence des contacts	29
B.	Influence des prescriptions.....	29
C.	Attitude envers l'industrie	29
D.	Avantages en nature	30
E.	Position des étudiants envers l'industrie	30
VI.	Influence de l'enseignant sur l'étudiant.....	32
	Deuxième partie	33
	Matériel et Méthode	33
I.	Type d'étude.....	33
II.	Population étudiée	33
III.	Méthode	33
IV.	Durée de l'étude.....	34
V.	Elaboration du questionnaire.....	34
VI.	Démarche de recherche bibliographique	36
VII.	Traitement des résultats.....	37
	Résultats	38
I.	Résultats du questionnaire	38
A.	Nombre de MSU répondants en fonction de la Faculté et taux de réponse	38
B.	Caractéristiques des MSU répondants	39
C.	Les différentes sources d'informations des MSU	40
D.	Fréquence des rencontres MSU/VM et raisons de cette rencontre.....	41

E.	Connaissances et perceptions des MSU de la VM	43
F.	Relation entre internes/MSU/VM.....	45
II.	Variables croisées	46
A.	En fonction des sources d'information	46
B.	Différences selon le lieu d'exercice.....	49
C.	Les raisons de recevoir les VM.....	50
D.	Disparition de la VM.....	51
E.	Idées Forces	51
	Discussion.....	53
I.	Limite de l'étude	53
II.	Principaux points	53
A.	Des sources d'information plutôt indépendantes	53
B.	Rencontre des MSU/VM : un regard plus critique par rapport aux autres médecins généralistes.....	54
C.	Une moins bonne image globale de la VM et une connaissance plus limitée du cadre réglementaire.....	56
D.	Des internes peu influencés par les VM et une initiation au sens critique de la part des MSU.....	58
E.	Des MSU plus âgés ayant d'avantage de contact avec l'industrie pharmaceutique que les MSU plus jeunes.....	59
F.	Une formation continue moins indépendante pour les MSU plus au contact de l'industrie pharmaceutique	60
G.	Un contact plus étroit avec l'industrie pharmaceutique de la part des MSU exerçant en rural.....	60
H.	Evolution débattue de la VM	60
I.	Perspective.....	60

CONCLUSIONS	62
Bibliographie	64
Annexes	74

Table des illustrations

Tableau 1: répartition des MSU en Rhône-Alpes Auvergne	38
Tableau 2: caractéristiques des MSU répondants	39
Tableau 3: sources d'information des MSU	40
Tableau 4: rencontre des MSU avec les VM	42
Tableau 5: Connaissances et perceptions des MSU de la VM et de cadre réglementaire.....	43
Tableau 6: Relation des internes en stage chez le MSU et VM	45
Tableau 7: Participation aux formations sponsorisées par les laboratoires selon l'âge des MSU	46
Tableau 8: lecture de la presse médicale avec publicité selon l'âge des MSU	47
Tableau 9 formation par FMC indépendante en fonction du nombre de visites par mois de VM	47
Tableau 10: réalisation de Groupe de Pairs selon le lieu d'exercice	47
Tableau 11: formation de type Groupe de pairs en fonction de la réception des VM	48
Tableau 12: apport d'information par le VM et participation à des FMC sponsorisées	48
Tableau 13: apport d'information par le VM et lecture de la presse médicale contenant des publicités	48
Tableau 14: bonne image globale de la VM selon la participation à des Groupes de pairs	49
Tableau 15: réception des VM en fonction du lieu d'exercice	49
Tableau 16: fréquence des VM en fonction du lieu d'exercice	49
Tableau 17: image globale de la visite médicale en fonction du lieu d'exercice.....	50
Tableau 18: le VM "contact social agréable" en fonction de l'âge	50
Tableau 19 : justification du VM comme source d'information en fonction de l'âge des MSU	
Tableau 20:souhait de la disparition de la VM en fonction de l'âge des MSU	51
Tableau 21: souhait de la disparition de la VM des MSU participant à des Groupe de pairs ..	51

Introduction

« Le visiteur médical a pour mission d'assurer l'information médicale auprès des professionnels de santé et entretenir une relation professionnelle avec ceux-ci pour promouvoir les produits et leur bon usage dans le respect de l'éthique. » d'après les entreprises du médicament (LEEM) (1).

La relation médecin/visiteur médical depuis le milieu du XX siècle, suscite des interrogations (2). Et en 2014, le débat est toujours présent (3) (4).

Bien que l'industrie pharmaceutique ait permis de grandes avancées, « le respect de l'éthique » est parfois mis à mal. Comme le montre l'affaire du Médiator®, où 1320 décès seraient dûs à ce médicament d'après des chercheurs de l'INSERM (5) et ce malgré les recommandations de certaines revues indépendantes des firmes demandant son retrait du marché depuis 1997 (6).

Par conséquent, la qualité de l'information des médecins paraît primordiale. La visite médicale est la troisième source d'information d'après une enquête IPSOS de 2009 (7), et une source d'information indispensable pour 55% des médecins d'après le rapport de l'IGAS de 2007 (8). Et les médecins ne se sentent pas influencés par les visiteurs médicaux (8).

L'industrie pharmaceutique est présente dès le début des études de médecine et les étudiants ne se sentent pas influencés (9). Les maîtres de stages en participant à la formation des futurs praticiens de demain ont également un rôle à ce sujet. Mais quelles sont leurs relations avec l'industrie et la visite médicale ? Et qu'en pensent-ils ?

L'objectif de cette thèse est de décrire les relations entre les maîtres de stage universitaires (MSU) et les visiteurs médicaux (VM).

L'objectif secondaire est d'étudier également, la représentation que les MSU se font des relations des internes avec les VM lors de leur stage chez le praticien.

L'hypothèse est que les MSU reçoivent moins les VM et par conséquent ont une attitude plus critique envers l'industrie pharmaceutique.

Première partie

I. L'industrie pharmaceutique

D'après l'anthropologue Anne VEGA, en France, l'industrie pharmaceutique s'appuierait sur différents paramètres pour favoriser la vente des médicaments. Il y aurait tout d'abord chez les médecins français une « représentation positive des médicaments » (associée à des probables lacunes en pharmacologie) et une « culture de la reproduction » (reproduire les comportements acquis en tant qu'étudiant dans sa façon d'exercer). Enfin, les « plaisirs gustatifs » seraient également pris en compte et permettraient aux firmes pharmaceutiques d'être présentes lors des repas et congrès et s'immisceraient ainsi dans la « formation continue » (10).

A. Les dépenses promotionnelles

En 2004, les dépenses promotionnelles représentaient 12% du chiffre d'affaire soit 2.8 milliards d'euros sur un chiffre d'affaires de 22.8 milliards d'euro d'après les entreprises du médicament (LEEM). La dépense promotionnelle envers la visite médicale représentait 2.09 milliards d'euro en 2012 contre 3.195 milliards d'euro en 2008. On constatait une augmentation de la promotion via internet (campagnes d'emailing) ainsi que de la promotion orientée directement vers le consommateur passant de : 15% en 2008 à 23.9% en 2012. Le rapport de CEGEDIM (entreprise spécialisée dans les technologies et services liés à l'informatique médicale) montrait de plus que la promotion au travers du système de visite médicale avait subi une forte baisse ces dernières années puisqu'elle représentait 62% du budget promotionnel en 2008 contre 50.8% en 2012 pour un budget promotionnel total diminué par rapport à 2008 (11).

B. La régulation des relations médecins-industrie pharmaceutique

En 1941, le gouvernement publiait un décret-loi sur les relations médecins industrie. La publicité auprès du grand public était limitée, une commission de la publicité était créée.

Mais l'Etat ne réglementait pas la publicité auprès des médecins puisque « ils n'étaient pas susceptibles d'être influencés par des théories ou des promesses charlatanesques » (2).

En 1953 apparaissaient les premières lois de régulation des conflits d'intérêts en interdisant aux médecins de « percevoir des intérêts en échange de prescription » (12).

Plusieurs décrets encadraient la publicité auprès des médecins au fur et à mesure, pour que la publicité soit de plus en plus informative. En 1976, un décret imposait le contrôle de toute publicité remise aux médecins et notamment les documents utilisés par les visiteurs médicaux. Il imposait de remettre une « fiche signalétique » aux médecins pour tout médicament (2).

Une taxe sur la promotion du médicament était instaurée en 1983 (2).

Les premiers codes établissant des règles éthiques concernant la promotion dataient de 1966 en France. Plus largement, des codes étaient adoptés par les fédérations mondiales de l'industrie pharmaceutique en 1981 ou européennes de l'industrie pharmaceutique en 1992. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) établissait des « critères éthiques » en 1988. Une directive européenne sur la publicité était publiée en 1992 (2).

L'obligation de déclarer d'éventuels conflits d'intérêts apparaissait en 2002 (13).

La charte de la visite médicale instaurée en 2004 était rédigée par le syndicat patronal de l'industrie pharmaceutique dans un accord contractuel avec l'Etat. La certification de la visite médicale fût mise en place par la HAS en 2009.

Les cadeaux étaient également interdits par la suite.

Tous ces mécanismes de régulation étaient mis en place mais leurs applications paraissaient problématiques. En effet la visite médicale en terme d'information semblait de mauvaise qualité (14).

Pour vérifier l'obligation de la déclaration des conflits d'intérêts lors d'une expression publique, le collectif FORMINDEP et l'UFC que choisir avaient réalisé une étude menée en

2009, auprès de 150 professionnels de santé. Les résultats montraient que la loi sur la déclaration des conflits d'intérêts n'était pas respectée (15). En effet sur ces 150 professionnels, aucun n'avait fait de déclaration de conflits d'intérêts alors qu'il avait été retrouvé que pour au moins 56 d'entre eux il en existait (15).

C. Techniques d'influence de l'industrie

L'industrie disposerait de nombreuses techniques pour promouvoir ses produits. Certaines seraient bien connues comme les visiteurs médicaux, la publicité dans la presse et d'autres plus méconnues et implicites.

Le leader d'opinion est une stratégie utilisée pour la promotion. Il s'agit « d'une présentation faite par un médecin rémunéré par un intermédiaire mais qui ne doit pas être considérée comme de la publicité par l'auditoire » (16). Lors du procès du rofecoxib (Vioxx) des documents émanant du laboratoire Merck avaient pu être rendus publique. Certains documents indiquaient que les médecins ayant participé à une conférence donnée par un médecin payé par le laboratoire Merck, prescrivaient l'année suivante 624 United States Dollar (USD) de plus que les médecins n'y ayant pas participé. Les réunions avec les visiteurs médicaux ne généraient par comparaison, que 166 USD (17).

Cette stratégie paraît efficace auprès de l'auditoire car la confiance en un expert repose sur le fait qu'il est « compétent et impartial » (16).

Les leaders d'opinion sont une des stratégies marketing les plus rentables pour les laboratoires pharmaceutiques. Actuellement, les firmes dépenseraient 15 à 25% de leur budget marketing dans des événements avec intervention de leaders d'opinion (18).

Par exemple dans le Minnesota, plus de 20% des médecins auraient reçu un financement moyen de 1000 USD de la part de l'industrie pharmaceutique pour avoir présenté des médicaments et environ une centaine de médecins plus de 100 000 USD (19).

L'industrie tente de faire de la promotion par le biais de la formation continue également.

Aux Etats Unis, la formation médicale continue était financée par l'industrie pharmaceutique. Le financement de la FMC par les entreprises pharmaceutiques avait triplé entre 1998 et 2003 (20) (21) .

D'après the Journal of the American Medical Association (JAMA), la participation à des formations continues sponsorisées entraînerait une prescription préférentielle des médicaments du sponsor (22).

Les guides de recommandations de bonne pratique ne seraient pas non plus complètement indépendants de l'industrie. Une étude de plus de 200 recommandations provenant de divers pays et référencées dans la base US National Guideline Clearinghouse avait noté que plus d'un tiers des auteurs déclarait avoir des conflits d'intérêts, 49% des guides de recommandations n'inscrivaient aucun détail sur les conflits d'intérêts des auteurs et seulement 31 guides sur 200 (soit 16%) n'avaient aucun conflit d'intérêt (23).

En France, deux recommandations professionnelles avaient été abrogées par le conseil d'Etat pour le « traitement médicamenteux du diabète de type II » et sur la maladie d'Alzheimer. En effet plusieurs experts n'avaient pas signalé leurs liens d'intérêts (24).

Le rédacteur fantôme « ghost-writing » est une autre technique utilisée. L'article de journal est écrit « soit par un employé d'un laboratoire pharmaceutique, soit par une société de communication médicale travaillant pour le compte d'un laboratoire pharmaceutique mais qui paraît sous le nom d'un auteur universitaire » (16).

David Healy, psychiatre à l'université du pays de Galles, a décrit comment il avait été invité à parler à un congrès financé par un laboratoire avec un article écrit par un rédacteur fantôme. Il avait refusé, et écrivit son propre article. Au final, l'article paru était celui du rédacteur fantôme signé par un autre universitaire (25).

Lors d'un procès aux Etats-Unis concernant la sertraline (Zoloft®), il avait été révélé qu'une liste de projets de 55 articles avec « auteurs à déterminer » avait été préparée. Ces articles incluait les résultats de 25 essais tous favorables à la sertaline (25).

Un médecin américain avait rapporté la demande de la part d'une entreprise de communication dans le domaine de la santé, pour signer un article. L'article n'était pas rédigé pour décrire les avantages d'un médicament mais pour émettre des doutes sur la molécule concurrente afin de lancer un nouveau traitement (26).

L'industrie pharmaceutique trouve d'autres moyens de communication. Elle s'insère dans des associations de malade pour prouver qu'elle s'engage auprès des patients. Ce qui permet la diffusion de publicité dans les journaux édités par les associations, des subventions, des achats de matériel, du sponsoring mais par exemple une présence lors des salons organisés par ces associations. Les laboratoires utilisent également internet en diffusant de l' « information » grand public (27) (28).

L'automédication est également un nouveau domaine bien exploité actuellement par l'industrie pharmaceutique (27).

Un autre moyen utilisé est le démarchage par téléphone et par courriel (29). Un rapport du centre d'expertise des soins de santé belge, montrait que la plupart des informations écrites reçues par les médecins étaient parcellaires. Seuls 17% de l'information était basés sur des preuves scientifiques ou sur le texte de résumé des caractéristiques du produit, les autres assertions étant vagues ou non scientifiquement fondées (30).

Toute personne peut être influencée par des techniques de marketing élaborées. Pourquoi les firmes investiraient autant d'argent si la promotion n'avait aucun effet sur les prescriptions ? (16).

Les professionnels de santé sont « continuellement confrontés à des décisions en terme de diagnostic ou de thérapeutique, les décisions doivent être prises rapidement et de façon efficace ». De ce fait les médecins pourraient avoir recours « aux raccourcis décisionnels »: par exemple, l'usage d'un médicament parce que de nombreux collègues le prescrivent, le dernier médicament présenté par un visiteur médical... (16)

Visiteurs médicaux, leaders d'opinion, publicités et autres messages professionnels « se renforceraient mutuellement » (16).

« Les études qui évaluent un nouveau médicament sont longues à lire et vu la charge de travail des médecins, il semblerait que peu d'entre eux aient vraiment le temps de les parcourir et d'en faire des évaluations critiques » (16).

Une étude réalisée par la World Health Organisation (WHO) concernant des évaluations systématiques de publicités et autres sources d'information professionnelle (sponsorisées par l'industrie pharmaceutique), avait fait ressortir une tendance à exagérer les avantages et à minimiser les effets délétères (31).

D. Activités visant à augmenter les ventes : Procès gabapentine (Neurontin®)

La seule indication de la gabapentine autorisée par la Food and Drug Administration (FDA) dans l'autorisation de mise sur le marché (AMM) lors de sa commercialisation, était pour l'épilepsie partielle des adultes et enfants de plus de 12 ans en adjonction à d'autres antiépileptiques. Mais la gabapentine avait été rapidement proposée dans d'autres indications telle que la migraine, les douleurs, le syndrome des jambes sans repos...

La revue Prescrire et H. Gaillard De Semainville dans sa thèse, relataient les faits concernant le procès lié à la gabapentine (32) (33). Tout avait commencé par un employé de la firme qui commercialisait la gabapentine (firme Parke Davis filiale de Warner Lambert rachetée par Pfizer par la suite) et qui avait porté plainte pour commercialisation en dehors des indications de la FDA. Ceci avait entraîné un procès puis la condamnation de la firme. Lors du procès, les documents internes de l'entreprise étaient accessibles et permettaient de comprendre les mécanismes de promotion des nouveaux traitements.

La firme avait développé une stratégie marketing élaborée.

Les étudiants et les professionnels avaient été bien ciblés. Les médecins furent classés selon la stratégie marketing qui leur était destinée : « les gros prescripteurs d'anti-épileptique » ; « les médecins à fort potentiel d'influence sur leurs collègues dits fans locaux du

médicament » ; et des leaders d'opinion recrutés dans des universités ou académies dont certains avaient reçu des sommes allant de 10 000 USD à 150 000 USD.

De gros budgets avaient été consacrés aux étudiants pour la promotion de la gabapentine sous la forme de films, vidéos, conférences...L'objectif était d'influencer les praticiens « par la base ».

Une grosse partie du budget avait été pour la « formation professionnelle » avec des conférences dont le but était « d'augmenter la prescription de la gabapentine en convainquant les non prescripteurs de la prescrire, et pour ceux qui le faisaient, de la prescrire encore plus ». Dans certaines conférences, la firme fixait l'ordre du jour et intervenait même pendant la séance. Le message que devait diffuser les animateurs était « comment le Neurontin® était devenu une prescription de première ligne dans la pratique ».

La firme avait également payé des sociétés spécialisées pour mettre en place des formations dans lesquelles elle renonçait à intervenir sur le contenu mais dont le but des conférenciers était de promouvoir la gabapentine hors AMM.

De nombreuses réunions avaient eu lieu pour demander aux participants (leader d'opinion, universitaire...) leurs avis sur les stratégies marketing, les projets cliniques en échange d'honoraires, de logements en hôtel de luxe...

Une autre stratégie concernait la publication dans la littérature des essais de gabapentine hors AMM pour « disséminer aussi largement que possible l'information dans la littérature mondiale » afin de stimuler le marché et les prescriptions hors AMM avec l'ordre de ne publier que les résultats favorables.

La firme avait également demandé auprès d'entreprises spécialisées d'écrire des articles rémunérés jusqu'à 18000 USD chacun et dont le contenu et les auteurs étaient choisis « à la discrétion de la firme Parke Davis » et « où chaque article devait contenir un message incitant à prescrire la gabapentine hors AMM ».

Des actions promotionnelles plus ou moins cachées avaient été réalisées par le laboratoire tel que « des programmes d'accompagnements et d'éducation des patients, des formations continues sponsorisées... »

L'objectif était de diffuser « un message positif sur le médicament » et « de provoquer une ambiance favorable à la promotion de la gabapentine ».

II. Les visiteurs médicaux

A. Objectifs du visiteur médical

Pour le LEEM « le visiteur médical a pour mission d'assurer l'information médicale auprès des professionnels de santé et entretenir une relation professionnelle avec ceux-ci pour promouvoir les produits et leur bon usage dans le respect de l'éthique ».

« L'ensemble des activités et des compétences [des VM] sont mises en œuvre dans le cadre de la réglementation pharmaceutique et des obligations légales dans le respect de la stratégie de l'entreprise » (34).

B. La formation et la rémunération

Depuis 1993, un diplôme est obligatoire pour exercer la profession de VM. La durée de la formation initiale est d'au moins 9 mois après un baccalauréat +2 ans.

Le programme comporte un module de connaissance médicale sur le fonctionnement du corps humain, de connaissance scientifique sur le médicament, un second module sur la connaissance réglementaire et économique du médicament, un troisième s'intitulant « communiquer et convaincre », un quatrième : « développer l'argumentaire relatif aux produits et services dans le cadre des directives d'entreprise », le cinquième : « utiliser les outils de traitement de l'information », le sixième : « planifier et organiser son activité dans le cadre d'un travail en équipe » et enfin le septième : « analyser et suivre son activité sur un secteur en fonction de la stratégie d'entreprise » (35).

Les niveaux de rémunération varient en fonction de l'ancienneté et des responsabilités. Le niveau minimum serait de 18 600 euros en 2007 et le niveau moyen de rémunération de 3000 euros environ. A noter, l'existence de primes en fonction des objectifs atteints (8) .

C. Fonctionnement

Le visiteur médical est sous la responsabilité d'un directeur de vente et d'un directeur de produit pharmaceutique. Le pharmacien est responsable des données inscrites sur les

supports qui sont remis aux médecins lors des visites. Le VM doit gérer par la suite sa clientèle. Le médecin doit être vu régulièrement, l'information réitérée, plusieurs produits présentés et tout cela en peu de temps (8).

D. Qualité de l'information délivrée par les VM

Aux Etats Unis, une équipe de chercheurs avait analysé en 1995, 13 présentations de visiteurs médicaux et les avaient comparées à des guides de bonnes pratiques ou avec les documents remis. Sur 106 assertions, 11% étaient inexactes et en faveur du produit présenté et sur 15 références à des produits concurrents, aucune n'était positive (36).

La revue Prescrire avait réalisé une étude d'observation sur les informations délivrées par les visiteurs médicaux pendant 15 ans. Les résultats montraient que 25 à 30% des indications différaient de celles du résumé des caractéristiques du produit, 15% des posologies s'écartaient de celles recommandées du RCP, les contre-indications et les effets indésirables n'étaient pas annoncés dans 65% des cas (14).

E. Techniques d'influence

Une équipe de recherche spécialisée en psychologie sociale, avait montré que les VM utilisaient principalement certaines techniques pour influencer les médecins :

autorité : la confiance accordée aux experts (leaders d'opinion),

validation sociale : confiance accordée aux pairs,

amitié : confiance accordée aux gens que nous aimons,

cohérence d'engagement : référence à des situations cliniques

réciprocité : cadeaux, échantillons, invitations (37).

De plus, le besoin de rendre avantage pour avantage, gentillesse pour gentillesse, et faveur pour faveur est une motivation basique dans pratiquement toute société humaine (38).

L'objectif est de faire connaître le médicament, puis de susciter un intérêt pour celui-ci jusqu'à le prescrire une première fois, puis à l'utiliser de façon répétée (16).

Les échantillons de médicament étaient interdits mais les laboratoires distribuait encore des stylos, des post-it ou des dessus de bureau avec le nom du produit écrit sur ceux-ci permettant de faire un stimuli à chaque fois que le médecin écrit (16). Plus les médecins recevaient des cadeaux et plus ils pensaient que le visiteur médical n'avait aucune influence sur leur comportement. Le fait de recevoir des cadeaux entraînait une attitude positive envers le visiteur médical (22) mais diminuait l'esprit critique (39).

Certains médecins pensaient ne pas être influencés car ils prétendaient ne pas faire attention aux messages délivrés. Pourtant les techniques pourraient être plus efficaces lorsqu'on y prête pas attention (16). La simple répétition avait de l'effet : entendre plusieurs fois le même nom de marque contribue à le faire venir à l'esprit en premier lors de la prescription (40).

III. Les relations médecins généralistes/VM

A. Etude Anthropologique : Les rapports à l'ordonnance

1. La mise à l'écart des effets iatrogènes et une vision positive des médicaments

En 2011, une étude de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) menée par Anne VEGA, anthropologue, analysait les usages sociaux-culturels du médicament chez les médecins généralistes français (10). Elle permettait de mieux comprendre les mécanismes de la prescription.

Il y était observé que les médecins français ont « une vision positive voire très positive des médicaments », ces derniers sont considérés comme « efficaces » et « bénéfiques ». Ils sont également « convaincus des progrès de la biomédecine et de la thérapeutique » (10).

Il existait un premier facteur de prescription : la « sous-estimation des effets négatifs des traitements ». Les effets secondaires étaient peu reconnus, ils n'entraînaient pas de risques vitaux et étaient donc minimisés par les médecins. De plus ces derniers « sont peu enclins à écouter les doléances des patients concernant l'ensemble des effets négatifs des traitements, l'écoute des plaintes revêt souvent un aspect contraignant, voire pesante » (10).

Les « médecins ne critiquent pas les prescriptions de leurs confrères d'autres spécialités même si elles sont responsables d'effets secondaires et les renouvèlent ». « Ce phénomène pouvait s'expliquer par la surreprésentation des spécialités médicales et chirurgicales dans le cursus universitaire de médecine générale » (10).

L'ordonnance était également un « moyen de réassurance : elle est la preuve matérialisée de la capacité du médecin à poser un diagnostic et à trouver un traitement » (10).

Pour satisfaire le patient, il faudrait avoir « recours aux médicaments ». Cela permettrait de « construire la relation avec le patient et de lui montrer que sa plainte a été prise en compte ». A noter que cette constante était retrouvée dans d'autres pays notamment chez les médecins néerlandais et québécois (10).

Pourtant, les patients accepteraient en majorité de ne pas avoir de prescription en fin de consultation si cela n'est pas nécessaire (41). Ce qui était donc en opposition avec le nombre important de consultations qui se terminait par une ordonnance d'après une enquête IPSOS pour la CNAMTS où 78% des consultations se termineraient par une prescription de médicaments ou d'exams paracliniques (42).

2. La médicalisation des maux bénins

L'envie de stopper les symptômes mêmes bénins des affections respiratoires telles que le rhume et les infections virales, serait lié à une « spécificité et une sensibilité culturelle française ». Les médecins auraient peur des complications et par conséquent intensifieraient les traitements. « La succession de patients et le suivi problématique de certains sont usants et amplifiés lors des épidémies, à mesure que la journée avance ou que la semaine se termine. Les médecins sont moins enclins à écouter leurs patients, sont moins attentifs, ont moins envie de donner des explications et ont un désir d'en finir au plus vite » (10).

3. Des surinterprétations médicales : lacune de la formation initiale

L'étude d'Anne VEGA montrait que les apports en pharmacologie semblaient réduits lors de l'enseignement et que les médecins généralistes interprétaient souvent les attentes et les besoins des patients. « Ils ont tendance à jeter des à priori sociaux et des hantises faute de formation aux relations soignants-soignés, en science humaine, en psychiatrie, en épidémiologie et en santé publique » (10).

Le désir de résoudre la souffrance sociale se manifesterait par « une médicalisation des problèmes sociaux » (10).

4. Profil des prescripteurs

L'étude nous apprenait que les petits prescripteurs avaient plus de motivation et « des vocations soignantes plus importantes » au départ. Ils auraient une meilleure connaissance socio-culturelle. Ils « médicalisent moins les problèmes sociaux » et « recherchent une étiologie » à ces maux. Ils relativisaient plus certains risques de santé, « prennent des distances à l'égard du réflexe médicament » et travaillaient plus en équipe. Ils considéraient

plus les patients comme des « acteurs actifs dans les soins ». Ils informaient plus « leurs patients sur les traitements et modèrent l'ordonnance » (10).

Les moyens prescripteurs avaient « une motivation plus floue, ils suivent les consensus et les recommandations, ils ont plus un profil « d'orientateurs » vers d'autres médecins, ils ont des difficultés et des peurs face aux responsabilités des soins et pensent jouer un rôle mineur, délèguent facilement et se cantonne « aux petits soins » (10).

Les gros prescripteurs avaient « une vision négative des patients et/ou étaient motivés par l'appât du gain ». Ils recrutaient souvent des patients « malléables », « restreignent leurs échanges avec leurs confrères ». Ils cherchaient également « à se rassurer et à ne prendre aucun risque, ainsi que leur confort personnel ». Ils « pallient via le médicament leur manque d'empathie ». Ils « médicalisent les problèmes sociaux et les sur-prescriptions permettant de mettre fin à des échanges jugés « dénués d'intérêts » et considérés comme éprouvants ». Cela les amenait à gérer les effets secondaires cachés aux patients « faisant croire qu'ils ont de l'intérêt pour le patient et qu'ils maîtrisent les effets des produits ». Ils exprimaient également « de l'angoisse et de la solitude car sont conscients de leurs propres limites » (10).

B. La représentation de la visite médicale chez les médecins

L'industrie pharmaceutique n'a pas une image très positive actuellement, notamment avec les derniers procès comme le Médiator®. Et même si les effectifs ont tendance à diminuer, 23250 visiteurs médicaux en 2005 contre 16043 en 2012 (43), les visiteurs médicaux sont encore très largement reçus par les médecins (8).

D'après le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2007, un tiers des médecins recevait plus de sept visiteurs médicaux par semaine, 3% à 5% n'en recevait pas du tout (8).

C. Les sources d'information des médecins

Les sources d'information pour les médecins sont nombreuses. Dans les différentes études réalisées, on remarquait que la visite médicale n'était pas citée en dernière position. Les médecins se trouvaient bien informés sur le médicament (9 médecin sur 10) (8).

D'après Poignant C. où 800 médecins généralistes ont été interrogés, la première source d'information des médecins généralistes était le Vidal®, puis les visiteurs médicaux, puis la presse médicale. En milieu de classement loin derrière la visite médicale, il y avait l'HAS puis l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM ex AFFSSAPS) et en fin de classement les congrès et l'information diffusée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) (44).

Une enquête IPSOS réalisée pour l'HAS en 2009 auprès de 800 médecins libéraux dont la moitié était généraliste (7) montrait que la première source d'information était la presse médicale puis le Vidal® puis les visiteurs médicaux et à nouveau en fin de classement, les congrès et l'information issue des institutions publiques.

Le rapport de l'IGAS de 2007 obtient un classement différent. Tout d'abord le Vidal®, l'ANSM (ex AFFSSAPS), les formations continues, la HAS, la presse médicale. La visite médicale n'était citée qu'ensuite et n'était primordiale ou importante que pour seulement 56% des médecins (8).

D. La crédibilité de la visite médicale

Tous les rapports et études déjà cités démontraient que la visite médicale est largement reçue et apporte de l'information. Pourtant elle est jugée peu crédible en règle générale. En effet seul 27% des médecins allaient dans ce sens selon le rapport de l'IGAS (8). Radig P montrait dans son étude que la visite médicale était parcellaire à 61%, objective à seulement 2% (45).

La thèse de Foisset E. démontrait que les médecins qui ne recevaient pas ou peu de visiteurs médicaux trouvaient la visite médicale peu crédible. La crédibilité augmentait chez les

médecins qui recevaient plus les visiteurs médicaux même si celle-ci restait très modérée (46).

La thèse réalisée par Demets S. en 2010 à Lille notait, que sur un échantillon de 174 médecins, 67% disaient avoir un intérêt plutôt bon pour la visite médicale mais que ce moyen d'information était celui en lequel ils avaient le moins confiance (47).

Il existe donc un paradoxe sur le fait que la visite médicale est peu crédible alors qu'elle est largement répandue.

E. Les raisons qui motivent la réception de la visite médicale

L'étude, déjà citée, réalisée par la revue Prescrire sur l'information délivrée par les visiteurs médicaux nous montrait que l'information donnée lors de la visite médicale n'était pas d'une grande qualité (14).

Pourtant, il y aurait plusieurs raisons qui motiveraient les médecins à recevoir la visite médicale.

L'échange social que confère la visite médicale est apprécié, il permet de faire une « pause » entre les consultations. Il est noté un caractère convivial à cette relation. De plus le visiteur médical essaye de valoriser le médecin et lui permet d'avoir une certaine reconnaissance sociale, ce qui n'est pas toujours le cas avec les patients (8).

D'après les médecins, la visite médicale apporte de l'information, son caractère rapide, succinct et gratuit, les intéressait (8). La thèse de Radig P de 2008 prouvait que le visiteur médical apportait une information à 78.9% et qu'elle était nécessaire au renouveau des connaissances à 32% (45). La visite était considérée comme indispensable pour 55% des médecins et 72% en avait une bonne image. L'information fournie par les laboratoires était intéressante pour les nouveaux produits (87%), utile pour se remémorer les caractéristiques des vieux médicaments (73%) et adaptée aux besoins (58%) (8).

De plus comme le notait Anne VEGA, l'industrie pharmaceutique étant présente dès le début des études, le fait de recevoir les visiteurs médicaux pouvait être intégré comme faisant partie du métier de médecin et devenir une habitude (10).

Enfin, certains médecins considéraient que les visiteurs médicaux ont un métier difficile, manifestaient une compassion, et par politesse les recevaient et les écoutaient (8).

IV. Influence de la visite médicale chez les médecins et ses conséquences

A. Absence de reconnaissance de l'influence de la part des médecins

Une constante était retrouvée dans de nombreuses études : les médecins ne se sentaient pas influencés par le marketing pharmaceutique (8). En revanche, ils pensaient que leurs confrères l'étaient (8). Cette attitude se mettait en place très tôt puisqu'elle était déjà retrouvée chez les internes (48).

Pourquoi l'industrie pharmaceutique investirait autant d'argent dans la promotion et notamment pour la visite médicale si cela n'était pas rentable ? Le but des visiteurs médicaux, entre autre, est de faciliter la vente, donc d'influencer le médecin pour qu'il prescrive le traitement présenté.

Des psychologues ont étudié les comportements des médecins face à la publicité. L'analyse de ces études avait montré une « illusion de l'invulnérabilité à la persuasion ». « On croit que seuls les autres sont vulnérables à la publicité et que nous-même sommes résistants » (49). Les médecins se sentiraient donc invulnérables au marketing pharmaceutique. Les professionnels de santé pensaient ne pas pouvoir être influencés parce qu'ils étaient « intelligents » et parce qu'ils avaient fait des études. Mais « l'intelligence et l'éducation ne sont pas une protection contre l'influence car la promotion prend en compte le niveau d'étude du public cible » (16). De plus, les professionnels de santé ont rarement des compétences dans le domaine du marketing (16). Pour limiter cette influence, il faudrait que les médecins reconnaissent leur propre vulnérabilité (49).

B. Influence de la fréquence des visites médicales sur le comportement

Les visiteurs médicaux essaient de rencontrer le plus régulièrement possible les médecins (8).

Mais quelle que soit la fréquence des visites médicales, les médecins ne se sentaient pas influencés (46).

La fréquence de rencontre du VM aurait une répercussion sur le comportement des médecins (46). Il a été établi qu'elle influait la participation à des congrès et à des repas financés par l'industrie pharmaceutique (46). Une étude a montré que la fréquence des visites favorisait la lecture de la presse médicale gratuite, presse qui diffuse de nombreuses publicités (46).

C. Impact sur le taux de prescription

Les prescriptions semblent influencées par le marketing pharmaceutique. Une étude a été réalisée dans un hôpital universitaire aux Etats Unis sur les taux de prescription de deux nouveaux traitements intraveineux avant et après une « formation continue » tous frais payés dans un hôtel de luxe par le laboratoire qui commercialisait le nouveau traitement. On remarquait que les prescriptions augmentaient de manière significative après le voyage, redescendaient quelques mois après et remontaient par la suite pour rester nettement supérieures aux taux de prescriptions des autres structures hospitalières. En effet un des traitements passait de 81 unités prescrites par mois à 272 après la « formation » et le second de 34 unités par mois à 87 unités. Pourtant les médecins interrogés déclaraient que la participation à une « formation » entièrement financée n'influencerait pas leurs prescriptions (50).

Quand les visiteurs médicaux étaient reçus fréquemment, il avait été noté une augmentation du nombre de lignes de prescription sur l'ordonnance dans plusieurs études (46) (51).

Une étude menée en 2000 montrait que l'interaction entre les visiteurs médicaux et les médecins impactait le coût des prescriptions, les prescriptions non adaptées, la prescription

rapide des nouveaux traitements et la diminution de la prescription de génériques (22). Une autre étude traitant de ce sujet a été réalisée au Danemark en 2009 et concluait que les visites des délégués médicaux augmentaient les parts de marchés du médicament mais n'améliorait pas la prise en charge des patients (52). Charbit O montrait dans sa thèse que l'augmentation de la publicité pour les sartans entraînait une hausse de leurs ventes et par conséquent une chute de la vente des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (53). D'après une étude réalisée par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES anciennement CREDES en 2003), il était constaté une corrélation entre la promotion et la prescription. En effet à chaque pic de promotion pharmaceutique par exemple pour les macrolides, on observait un pic de prescription de la part des généralistes (54). Une autre étude réalisée par le CREDES en 2001 concernant la prescription des statines montrait que plus les médecins recevaient les visiteurs médicaux et plus ils prescrivaient des statines de 3^{ème} génération plutôt que celles de première ou deuxième génération (55).

Une équipe de chercheurs avait étudié tous les travaux réalisés jusqu'en 2008 qui traitaient des conséquences de la promotion pharmaceutique sur la qualité, la quantité et le coût des prescriptions. Les études concernant d'autres critères que les moyens directs d'information n'ont pas été prises en compte (par exemple les cadeaux ...). Au final 58 études ont été incluses. Les résultats ont été classés selon trois critères : la qualité, le volume et le coût des prescriptions (56).

Concernant la qualité dix études ont été retenues, 5 trouvaient une association entre exposition à l'information délivrée par l'industrie pharmaceutique et prescriptions de moins bonne qualité, 4 ne trouvaient pas d'associations, 1 trouvait des associations avec des prescriptions à la fois de meilleure et de moins bonne qualité en fonction des critères d'analyse (56).

Concernant le volume 51 études ont été retenues : 38 trouvaient une association entre exposition à l'information délivrée par l'industrie pharmaceutique et importance du volume de prescription et 13 ne trouvaient pas d'association (56)

Concernant les coûts 8 études ont été retenues : 3 trouvaient une association entre information délivrée par l'industrie pharmaceutique et coût des prescriptions plus

importants, 4 ne retrouvaient pas d'association, 1 retrouvait une association entre information délivrée par l'industrie pharmaceutique et coût des prescriptions plus faible (56).

Les auteurs notaient qu'il n'y avait pas de preuve tangible d'une amélioration de la prescription grâce à l'information délivrée par l'industrie pharmaceutique. Leur revue montrait que cette information n'avait pas d'impact sur la prescription ou au pire qu'elle avait un impact négatif sur les prescriptions (56).

D. Impact sur le coût des prescriptions

Dans la marge du prix des médicaments innovants, il y a une part de cette marge qui intègre le coût de la promotion (8). Hors si les dépenses de promotion paraissent être une dépense des laboratoires, elles sont au final financées en partie par l'assurance maladie, les organismes complémentaires et les patients (8). En effet les nouveaux médicaments sont plus chers que les génériques et ce « surcoût » est à la charge de la sécurité sociale et aux mutuelles. Une estimation du coût de la visite médicale était de 25000 euros par généralistes et par an ce qui correspond à 285 heures d'activité (8).

La visite médicale a un impact sur le coût des prescriptions. Une étude de 2003 dans le British Medical Journal, montrait que les médecins qui avaient des coûts de prescription élevés étaient ceux qui étaient le plus enclin à recevoir les visiteurs médicaux et qui les recevaient plus fréquemment (57). Une autre étude a montré qu'il y aurait un lien entre fréquence des VM et un coût augmenté de l'ordonnance (46). Et le simple fait de recevoir la visite médicale, quelle que soit la fréquence, augmentait le coût des prescriptions d'après la thèse de Darribes S (58).

E. Impact sur le type de prescription

Plusieurs études notaient que les médecins qui recevaient les visiteurs médicaux prescrivaient beaucoup plus les nouvelles molécules (58) (57) (10).

V. Les relations entre les étudiants et l'industrie pharmaceutique

Deux études montraient qu'en tant que futur praticien, les étudiants n'étaient pas négligés par l'industrie pharmaceutique et que les rencontres avec l'industrie pharmaceutique commençaient tôt dans le cursus (22) (59).

A. Fréquence des contacts

Les étudiants sont fréquemment en relation avec l'industrie pharmaceutique (60) (61).

Dans une thèse réalisée en 2012, les externes avaient été exposés au moins une fois à une discussion avec un visiteur médical pour 97% d'entre eux (9).

En 2009, une enquête avait été réalisée auprès de 149 internes au DES de cardiologie et de médecine vasculaire sur leurs relations avec les firmes pharmaceutiques. En moyenne ils étaient en contact avec un représentant de laboratoire 7 fois par mois (62) (63).

B. Influence des prescriptions

Leurs prescriptions seraient influencées également (48) (64).

Dans la thèse de Baron S et Bourvon L, ils pensaient ne pas être influencés par l'industrie pour 70.6% et 58.7% seraient opposés à l'interdiction de contact avec l'industrie (9).

Les internes déclaraient prescrire plus facilement un médicament quand le visiteur médical venait souvent et le financement d'une formation ou d'un repas, facilitait la prescription du médicament présenté par le laboratoire en question (62).

C. Attitude envers l'industrie

Les étudiants ont une attitude positive vis-à-vis de l'industrie (60) (61).

Les internes déclaraient à 64% prescrire plus facilement un médicament quand le visiteur médical était sympathique (62) (63).

Une étude réalisée en 2001, avait étudié les attitudes et comportement de médecins auprès des visiteurs médicaux qui sortaient de deux universités différentes. Une avec une régulation de la fréquence des contacts entre étudiants et visiteurs médicaux, et une qui n'avait pas de politique de régulation. Les résultats montraient que les médecins ayant étudié dans un contexte de régulation des contacts avaient moins de rapports avec l'industrie pharmaceutique. Les médecins n'ayant pas eu cette régulation attachaient plus d'intérêt à l'information délivrée par les visiteurs médicaux (65).

D. Avantages en nature

Dans la thèse de Baron S et Bourvon L, plus de 90% des étudiants avaient déjà participé à un repas ou un petit déjeuner offert par l'industrie pharmaceutique et 92% d'entre eux avaient déjà reçu un petit cadeau (9).

Dans la même étude, les externes et les internes trouvaient en majorité acceptable de recevoir du matériel médical, de participer à des repas et de se faire rembourser des frais de congrès. Par contre ils n'étaient pas favorables à la réception des cadeaux (9). La quasi-totalité des internes avait reçu un petit cadeau de l'industrie pharmaceutique, participé à un repas ou un petit déjeuner offert (9).

Dans une étude américaine, 97% des internes possédaient au moins un objet offert par l'industrie pharmaceutique. Les cadeaux les plus courants étaient les cadeaux non éducatifs (bloc note...) et les tirés à part d'articles scientifiques. Les laboratoires avaient invité 79% des internes à un congrès national ou régional et 29% à un congrès international. Ils étaient 90% à estimer que les invitations à des congrès étaient appropriées (62) (63).

E. Position des étudiants envers l'industrie

La plupart des externes et des internes étaient indifférents concernant l'utilité de l'information apportée par l'industrie pharmaceutique. Ils étaient opposés à une interdiction

de contacts avec les représentants de l'industrie pharmaceutique. Mais ils ne se sentaient pas assez formés aux relations avec les professionnels de l'industrie pharmaceutique (9).

VI. Influence de l'enseignant sur l'étudiant

Il est difficile d'établir un lien direct sur l'influence que pourrait avoir l'attitude de l'enseignant sur son étudiant. Quelques études nous démontrent néanmoins que le comportement du « maître » sur son élève n'est pas anodin.

Une étude menée en 2004 aux Etats Unis montrait que les étudiants en médecine souhaitaient connaître les conflits d'intérêts de leurs enseignants (66).

En 2010, une étude avait montré que les déterminants de prescription pour les étudiants étaient en premier l'efficacité d'un traitement et en deuxième l'exemple de prescription de leurs médecins séniors (67).

Une enquête en 2011 réalisée auprès de DCEM4 sur la possible influence de l'enseignement sur le choix de la spécialité médicale montrait que 74% des étudiants pensaient que l'enseignement avait eu un impact majeur sur le choix de leur spécialité. Parmi eux, 88 % des étudiants étaient influencés par l'enseignement reçu lors du stage clinique (68).

Deuxième partie

Matériel et Méthode

I. Type d'étude

C'était une étude transversale avec un questionnaire informatique qui a été réalisé à l'aide du logiciel Lime Survey dont l'adresse avait été diffusée par email.

II. Population étudiée

La population étudiée était constituée par les maitres de stages universitaires. Au départ le questionnaire devait être envoyé aux maitres de stage qui étaient rattachés à la faculté de Lyon puis il a été décidé d'élargir cette étude à l'ensemble des maîtres de stage qui dépendaient de la faculté de Clermont-Ferrand, Grenoble, Saint-Etienne pour récolter plus de données. Les facultés ont été contactées par mails. Une relance téléphonique a été faite puis les différentes universités avaient accepté de participer à cette thèse.

III. Méthode

Le questionnaire a été créé grâce au logiciel open source Lime Survey. Ce logiciel a été choisi par rapport à Google car il permettait de générer un numéro d'unicité tout en respectant l'aspect totalement anonyme des réponses. Des relances pouvaient donc être faites uniquement à ceux qui n'avaient pas répondu. Cela permettait également d'éviter qu'une même personne puisse répondre deux fois au questionnaire.

Les adresses mails des maîtres de stage de Lyon avaient été récupérées grâce à mon directeur de thèse. Celles de la faculté de Saint Etienne avaient été transmises directement également. Pour la faculté de Clermont Ferrand et de Grenoble, elles n'avaient pas pu être recueillies directement. Ces deux facultés avaient refusé de diffuser les mails de leurs maîtres de stage par contre elles avaient accepté de participer à l'étude. Le lien avait donc été envoyé à leur secrétariat pour qu'elles diffusent elle-même le questionnaire. La méthodologie était moins parfaite ainsi mais cela était indépendant de ma volonté.

Concernant la faculté de Grenoble, même si elle avait donné son accord initialement pour participer à cette étude, les questionnaires n'avaient jamais été diffusés, sans qu'aucune explication ne soit donnée et malgré de nombreuses sollicitations.

Le lien d'accès au questionnaire avait été envoyé grâce au logiciel LimeSurvey pour les facultés de Saint- Etienne et de Lyon et par l'intermédiaire de leur propre département de médecine générale pour la faculté de Clermont Ferrand. Pour les facultés de Saint-Etienne et Lyon une relance par semaine a été faite à tous les non-répondants, soit 2 au total. Le département de médecine générale de Clermont-Ferrand avait également fait 2 relances.

Le questionnaire était accessible en ligne grâce à un abonnement souscrit auprès de LimeServices.com plateforme d'hébergement allemande spécialisée.

IV. Durée de l'étude

Les questionnaires avaient été envoyés le 11/02/2014. Les données ont été récoltées sur un mois.

V. Elaboration du questionnaire

La présentation choisie était assez simple et succincte. Il était expliqué l'objectif de ce travail sur les relations entre les visiteurs médicaux et les MSU et que l'étude regroupe les quatre facultés précitées.

Le questionnaire a été testé initialement auprès de quatre MSU.

Les premières questions concernaient les données démographiques avec le sexe, l'âge. Ensuite les conditions d'exercice étaient demandées : rural, semi urbain, urbain.

Une question à choix multiples sur les sources d'information des médecins était posée. Elle a été sous divisée en plusieurs catégories : institutions publiques, FMC indépendantes ou sponsorisées par les laboratoires, presse médicale indépendante ou sponsorisée par l'industrie pharmaceutique, internet, les visiteurs médicaux, le Vidal ou la banque Claude Bernard. Une réponse libre a été laissée si besoin. Ces catégories ont été reprises d'après une étude de l'HAS/IPSOS de 2009 sur la certification de la visite médicale. Ainsi cela nous

permet de comparer les résultats obtenus en 2009 à ceux obtenus lors de cette étude. De plus dans de nombreux travaux ces catégories étaient retrouvées.

Une question sur le fait de recevoir les visiteurs médicaux était bien évidemment posée ainsi que le nombre de visite par mois. Ce découpage a été choisi suite à l'enquête de l'IGAS sur l'information des médecins sur le médicament réalisée en 2007, pour comparer le résultat des médecins généralistes global par rapport aux maîtres de stage.

Les raisons qui motivaient la visite médicale sont tirées du rapport de l'IGAS également. C'était une question à choix multiple. L'objectif était toujours de comparer les motivations des maîtres de stage pour recevoir la visite médicale et de les comparer aux médecins généralistes de façon globale.

Les caractères « primordiale, crédible, objective et source d'information indispensable » étaient cités dans le rapport de l'IGAS mais ainsi dans d'autres travaux notamment des thèses dont il était cité les résultats en première partie. Il paraissait donc intéressant de comparer ces données aux maîtres de stage.

Il en était de même pour l'image globale de la visite médicale. Dans le rapport de l'IGAS cette question était posée et il était intéressant de voir la différence entre les médecins et les maîtres de stage spécifiquement.

Une question sur la connaissance de la charte a été posée pour savoir si les maîtres de stage connaissent cette mesure. Cette charte était-elle respectée ? Il était intéressant d'avoir leur avis surtout après la parution des résultats de l'étude menée par le magazine Prescrire concernant l'observation de la visite médicale.

L'influence de la visite sur les prescriptions était une question essentielle puisque comme nous l'avons vu dans la première partie les médecins ne se sentaient pas influencés, qu'en pensaient les maîtres de stage ?

Une très grande majorité des médecins ne souhaitaient pas que la visite médicale disparaisse. Est-ce que l'opinion des maîtres de stage était différente ?

En tant qu'enseignant, il était intéressant de savoir s'ils pensaient que la prescription de leurs internes pouvait être influencée par les visiteurs médicaux. Et si eux ne les recevaient pas, autorisaient ils leurs internes à les recevoir ?

Enfin, la qualité de l'information de la visite étant mise en doute dans plusieurs études, aidaient-ils leurs internes à réfléchir à cette question ?

VI. Démarche de recherche bibliographique

Il n'a pas été facile de réaliser une bibliographie sur ce sujet car les mots clés n'étaient pas faciles à trouver. Et quand ils ont été trouvés, les articles concernant ce sujet précisément étaient inexistantes. Mr SOREL, bibliothécaire à la bibliothèque de médecine de Lyon 1, avait été contacté et une recherche bibliographique avait été entreprise pour trouver des articles également, mais sans y réussir.

Les mots clés utilisés étaient les suivants : visiteur médical, pharmaceutical representative, maître de stage universitaire, general practice trainer, general practitioner, industrie pharmaceutique, marketing pharmaceutique, pharmaceutical industry, étudiants, students.

Les recherches ont été faites sur : SUDOC avec plusieurs thèses lues, MINERVA, IRDES, IPSOS, HAS, LEEM, IGAS, Prescrire, CAIRN, FORMINDEP, INSERM, Comité Professionnel de la Visite Médicale, Visite Actuelle, PUBMED, cochrane, google scholar, Journal of the American Medical Association, New England Journal Of Medicine, British Medical Journal, Family Practice, World Health Organisation, CAIRN, Banque de Donnée en Santé Publique.

Au final, nous n'avons pas trouvé d'article concernant ce sujet précisément mais de nombreux articles sur les relations visiteurs médicaux/ industrie pharmaceutique/ médecins généralistes.

Mme FAYOLLE de la bibliothèque de l'IUFM de Lyon, avait été contactée également pour savoir s'il existait des articles concernant la relation maître/élève et surtout l'influence que peut avoir le maître sur l'élève concernant la reproduction de comportements, d'attitudes ou de façons de faire. Mais nous n'avons pas trouvé d'articles en lien direct, seuls des

articles traitants cet aspect du point de vue psychologique mais seulement au niveau de l'école maternelle.

VII. Traitement des résultats

Les résultats ont été réalisés avec le logiciel BiostaTGV et des tests de Chi2 ou de Fischer si les effectifs sont inférieurs à 5. Le logiciel Microsoft Excel a également été utilisé pour la réalisation des tableaux croisés dynamiques et des calculs de type médiane.

Résultats

I. Résultats du questionnaire

A. Nombre de MSU répondants en fonction de la Faculté et taux de réponse

DMG	Population MSU n(%)	Echantillon n(%)
Clermont-Ferrand	216 (22.5%)	85 (32%)
Grenoble	312 (32.5%)	0 (0%)
Lyon	294 (30.5%)	123 (47%)
Saint-Etienne	139 (14.5%)	56 (21%)
Total	961 (100%)	264 (100%)

Tableau 1: répartition des MSU en Rhône-Alpes Auvergne

Parmi les quatre DMG sollicités au final, trois avaient acceptés de répondre. Les quatre DMG comptaient au total 961 MSU et le pourcentage de réponse était de 264/961 soit 28%.

B. Caractéristiques des MSU répondants

Caractéristiques	n (%)
Sexe	
Masculin	176 (67%)
Féminin	88 (33%)
Classe d'âge	
30 à 39 ans	37 (14%)
40 à 49 ans	55 (21%)
50 à 59 ans	119 (45%)
Supérieur à 60 ans	53 (20%)
Lieu d'exercice	
Rural	59 (22%)
Semi-rural	107 (41%)
Urbain	98 (37%)

Tableau 2: caractéristiques des MSU répondants

La majorité des MSU répondants était des hommes 176/264 (67%), de la classe d'âge 50 ans et plus 172/264 (65%) exerçant en milieu semi-rural et urbain.

C. Les différentes sources d'informations des MSU

Sources d'informations	n(%)
Institutions publiques	
Oui	200 (76%)
Non	64 (24%)
Formation continue indépendante	
Oui	221(84%)
Non	43 (16%)
Formation continue sponsorisée par les laboratoires	
Oui	68 (26%)
Non	196 (74%)
Presse médicale indépendante	
Oui	193 (73%)
Non	71 (27%)
Presse médicale avec publicités	
Oui	69 (26%)
Non	195 (74%)
Internet	
Oui	157 (59%)
Non	107 (41%)
Visiteurs médicaux	
Oui	86 (33%)
Non	178 (67%)
Vidal ou banque Claude Bernard	
Oui	164 (62%)
Non	100 (38%)
Groupe de Pairs	
Oui	120 (45%)
Non	144 (55%)
Autre	17 (6%)

Tableau 3: sources d'information des MSU

La source d'information la plus utilisée était la formation continue indépendante 221/264 soit 84% puis l'information émanant des institutions publiques à 76% (200/264), la presse médicale indépendante à 73% (193/264), l'utilisation du Vidal ou Banque Claude Bernard à 62% (164/264), internet à 59% (157/264), les groupes de pairs à 45% (120/264), les visiteurs médicaux à 33% (86/264) et enfin la presse médicale avec publicités ainsi que les formations sponsorisées par les laboratoires à 26% (68/264).

D. Fréquence des rencontres MSU/VM et raisons de cette rencontre

Variables	n (%)
Rencontre avec les visiteurs médicaux	
Oui	141 (53%)
Non	123 (47%)
Nombre de rencontres mensuelles	
Jamais	123 (47%)
1 à 10 rencontres	81 (31%)
11 à 40 rencontres	57 (21%)
>40 rencontres	3 (1%)
Raisons évoquées pour la rencontre	
Apport d'information	
Oui	90 (64%)
Non	51 (36%)
Contact social agréable	
Oui	64 (45%)
Non	77 (55%)
Pause entre deux patients	
Oui	34 (24%)
Non	107 (76%)
Rapide	
Oui	15 (11%)
Non	126 (89%)
Gratuité	
Oui	7 (5%)
Non	134 (95%)
Contact vivant	
Oui	41 (29%)
Non	100 (71%)
Valorisation du médecin	
Oui	3 (2%)
Non	138 (98%)
Norme culturelle	
Oui	13 (9%)
Non	128 (91%)
Politesse/compassion	
Oui	69 (49%)
Non	72 (51%)
Autre	20 (14%)

Tableau 4: rencontre des MSU avec les VM

La majorité des MSU recevait les visiteurs médicaux pour 141/264 soit 53%. Parmi ceux qui les recevaient, la majorité du nombre de rencontres mensuelles était de 1 à 10 pour 31% (81/264) d'entre eux et 21% (57/264) les rencontraient entre 11 et 40 fois par mois.

La raison évoquée en premier, parmi ceux qui recevaient les visiteurs médicaux, était l'apport d'information pour 90/141 (64%). Venait ensuite la politesse et la compassion 69/141 (49%) et le contact social agréable pour 64/141 (45%). L'existence d'un contact vivant était évoquée pour 41/141 (29%) des MSU et la pause entre deux patients pour 34/141 (24%). Les autres raisons étaient faiblement citées.

E. Connaissances et perceptions des MSU de la VM

Variables	Résultats
Perceptions de la VM*	
Primordial, score médian (min-max)	1 (1-10)
Objective, score médian (min-max)	1 (1-10)
Crédible, score médian (min-max)	2 (1-10)
Sources d'information indispensable, score médian (min-max)	1 (1-10)
Bonne image	
Oui, n (%)	83 (31%)
Non, n (%)	181 (69%)
Connaissance de la charte de la visite médicale	
Oui, n(%)	106 (40%)
Non, n(%)	158 (60%)
Respect de cette charte par les visiteurs médicaux	
Oui, n(%)	100 (38%)
Non, n(%)	164 (62%)
Vérification de l'information donnée par les VM	
Oui, n(%)	144 (54%)
Non, n(%)	120 (46%)
Influence de la visite médicale sur les prescriptions*	
Score médian (min-max)	4
Disparition de la visite médicale souhaitée	
Oui, n(%)	140 (53%)
Non, n(%)	124 (47%)

Tableau 5: Connaissances et perceptions des MSU de la VM et de cadre réglementaire

*échelle de Lickert (1=pas du tout d'accord à 10=complètement d'accord)

Les MSU pensaient que la visite médicale n'était pas primordiale, ni objective, ni crédible, ni une source d'information indispensable.

La majorité des MSU n'avait pas une bonne image globale de la visite médicale pour 181/264 (69%) d'entre eux. Ils ne connaissaient pas la charte de la visite médicale pour 158/264 (60%), et pour ceux qui la connaissaient, elle n'était pas respectée. Les MSU vérifiaient les informations apportées par les VM pour 144/264 (54%), 120/264 (46%) ne le faisaient pas.

L'influence était également modérée d'après les MSU puisque le score médian était de 4/10. Enfin, la disparition de la VM était souhaitée par 140 d'entre eux soit 53%.

F. Relation entre internes/MSU/VM

Variables	Résultats
Influence de la VM sur les prescriptions des internes*	
Score médian (min-max)	4
Autorisation de recevoir les VM même si le MSU ne les reçoit pas	
Oui, n(%)	38 (31%)
Non, n(%)	85 (69%)
Vérification avec l'interne des informations données par le VM*	
Score médian (min-max)	6

Tableau 6: Relation des internes en stage chez le MSU et VM

*échelle de Lickert (1=pas du tout d'accord à 10=complètement d'accord)

Les MSU pensaient que la VM pouvait influencer les prescriptions de leurs internes de façon assez modérée puisque le score médian est de 4/10.

La majorité des MSU n'autorisait pas leurs internes à recevoir les VM si eux même ne les recevaient pas pour 85/123 (69%).

L'information délivrée par les VM aux internes était plutôt vérifiée avec les MSU puisque le score médian était à 6/10.

II. Variables croisées

Dans cette partie, je n'ai conservé que les croisements de données dont le p était inférieur à 0,05.

J'ai réalisé de très nombreux croisements sauf les données ayant des échelles de Lickert :

- Age avec toutes les données ;
- Rural et urbain avec toutes les données ;
- Recevez-vous les VM avec toutes les données ;
- Combien recevez-vous de VM avec toutes les données ;
- Bonne image globale et les autres données ;
- Apport d'information et toutes les données ;
- Disparition de la VM avec toutes les données ;
- Croisement sources d'informations et raisons pour recevoir les VM.

A. En fonction des sources d'information

Formations sponsorisées par les laboratoires		
Age :	Non (n, %)	Oui (n, %)
30-39	35 (17.86%)	2 (2.94%)
40-49	38 (19.39%)	17 (25.00%)
50-59	83 (42.35%)	36 (52.94%)
Sup à 60	40 (20.40%)	13 (19.12%)
Total	196 (100%)	68 (100%)

Tableau 7: Participation aux formations sponsorisées par les laboratoires selon l'âge des MSU

Les formations continues sponsorisées par les laboratoires attiraient plus les médecins plus âgés ($p=0.008$).

Presse médicale avec publicités		
Age	Non (n, %)	Oui (n, %)
30-39	33 (16.92%)	4 (5.8%)
40-49	43 (22.05%)	12 (17.39%)
50-59	80 (41.03%)	39 (56.52%)
Sup à 60 ans	39 (20%)	14 (20.29%)
Total	195 (100%)	69 (100%)

Tableau 8: lecture de la presse médicale avec publicité selon l'âge des MSU

Les journaux avec publicités étaient plus lus par les MSU plus âgés que les plus jeunes (p=0.046).

FMC indépendante		
Nombre de VM par mois	Non (n, %)	Oui (n, %)
jamais	14 (32.56%)	109 (49.32%)
1 à 10	14 (32.56%)	67 (30.32%)
11 à 40	15 (34.88%)	42 (19.02%)
40 et plus	0	3 (1.14%)
Total	43 (100%)	221 (100%)

Tableau 9 : formation par FMC indépendante en fonction du nombre de visites par mois de VM

Les MSU effectuant des FMC indépendantes recevaient moins de VM. (p=0.06).

Formation par Groupe de pairs		
Lieu	Non (n, %)	Oui (n, %)
rural	42 (47.72%)	17 (24.63%)
urbain	46 (52.28%)	52 (75.36%)
Total	88 (100%)	69 (100%)

Tableau 10: réalisation de Groupe de Pairs selon le lieu d'exercice

Les formations de type Groupe de pairs étaient moins présentes chez les MSU exerçant en zone rurale (p=0.003).

Formation type Groupe de pairs		
Recevez-vous les VM	Non (n, %)	Oui (n, %)
non	52 (36.11%)	72 (60%)
oui	92 (63.89%)	48 (40%)
Total	144 (100%)	120 (100%)

Tableau 11: formation de type Groupe de pairs en fonction de la réception des VM

Les formations de type Groupe de pairs étaient moins représentées chez les médecins qui recevaient les VM ($p=0.0001$).

VM : apport d'information		
FMC sponsorisée par les laboratoires	Non (n, %)	Oui (n, %)
Non	39 (76.47%)	42 (46.66%)
Oui	12 (23.53%)	48 (53.34%)
Total	51 (100%)	90 (100%)

Tableau 12: apport d'information par le VM et participation à des FMC sponsorisées

Les MSU qui recevaient les VM car ils leur apportaient de l'information, faisaient plus de FMC sponsorisées par les laboratoires ($p=0.005$).

Presse médicale avec publicités		
VM : apport d'information	Non (n, %)	Oui (n, %)
Non	43 (47.8%)	8 (15.7%)
Oui	47 (52.2%)	43 (84.3%)
Total	90 (100%)	51(100%)

Tableau 13: apport d'information par le VM et lecture de la presse médicale contenant des publicités

Les lecteurs de la presse médicales avec publicité étaient plus enclin à recevoir les VM pour leur apport d'information ($p=0.0001$).

Groupe de pairs		
Bonne image globale de la VM	Non (n, %)	Oui (n, %)
Non	88 (61.11%)	93 (77.5%)
Oui	56 (38.89%)	27 (22.5%)
Total	144 (100%)	120 (100%)

Tableau 14: bonne image globale de la VM selon la participation à des Groupes de pairs

Les MSU qui participaient à des Groupe de pairs avaient une moins bonne image globale de la VM ($p=0.004$).

B. Différences selon le lieu d'exercice

Recevez-vous les VM			Total (n, %)
lieu	Non (n, %)	Oui (n, %)	
rural	23 (38.99%)	36 (61.01%)	59 (100%)
urbain	56 (57.14%)	42 (42.86%)	98 (100%)

Tableau 15: réception des VM en fonction du lieu d'exercice

On peut noter que les médecins exerçant en rural recevaient plus les VM ($p=0.02$).

Lieu d'exercice			
Combien de VM reçu par mois	Rural (n, %)	Urbain (n, %)	
jamais	23 (39%)	56 (57%)	
1 à 10	23 (39%)	21 (22%)	
11 à 40	12 (20%)	19 (19%)	
40 et plus	1 (2%)	2 (2%)	
Total	59 (100%)	98 (100%)	

Tableau 16: fréquence des VM en fonction du lieu d'exercice

Les médecins exerçant en rural recevaient à une fréquence plus élevée les VM ($p=0.04$).

Bonne image globale de la VM		
Lieu	Non (n, %)	Oui (n, %)
rural	34 (32%)	25 (49%)
urbain	72 (68%)	26 (51%)
Total	106 (100%)	51 (100%)

Tableau 17: image globale de la visite médicale en fonction du lieu d'exercice

Les médecins exerçant en rural avaient une meilleure image globale de la VM $p=0.04$.

C. Les raisons de recevoir les VM

Contact social agréable		
âge	Non (n, %)	Oui (n, %)
30-39	13 (16.88%)	2 (3.13%)
40-49	12 (15.58%)	17 (26.56%)
50-59	31 (40.26%)	33 (51.56%)
Sup à 60	21 (27.28%)	12 (18.75%)
Total	77 (100%)	64 (100%)

Tableau 18: le VM "contact social agréable" en fonction de l'âge

La raison « contact social agréable » était plus citée par les médecins plus âgés ($p=0.01$).

Apport d'information		
âge	Non (n, %)	Oui (n, %)
30-39	11 (21.57%)	4 (4.44%)
40-49	10 (19.61%)	19 (21.11%)
50-59	21 (41.18%)	43 (47.78%)
Sup à 60	9 (17.64%)	24 (26.67%)
Total	51 (100%)	90 (100%)

Tableau 19 : justification du VM comme source d'information en fonction de l'âge des MSU

La raison « apport d'information » évoquée pour la rencontre avec un VM était d'avantage citée chez les MSU plus âgés ($p=0.01$).

D. Disparition de la VM

Disparition de la VM		
âge	Non (n, %)	Oui (n, %)
30-39	9 (7.26%)	28 (20%)
40-49	29 (23.39%)	26 (18.57%)
50-59	60 (48.39%)	59 (42.14%)
Sup à 60	26 (20.96%)	27 (19.29%)
Total	124 (100%)	140 (100%)

Tableau 20:souhait de la disparition de la VM en fonction de l'âge des MSU

La disparition de la VM était moins souhaitée chez les MSU plus âgés ($p=0.03$).

Source d'information : Groupe de pairs		
Disparition de la VM souhaitée	Non (n, %)	Oui (n, %)
Non	80 (55.56%)	44 (36.67%)
Oui	64 (44.44%)	76 (63.33%)
Total	144 (100%)	120 (100%)

Tableau 21: souhait de la disparition de la VM des MSU participant à des Groupe de pairs

Les MSU participant à des Groupes de pairs souhaitaient davantage que la VM disparaisse ($p=0.002$).

E. Idées Forces

L'objectif était de décrire les relations MSU/VM. Les résultats nous permettent d'avoir une représentation de ce type de relation. Les MSU recevaient en majorité les VM à 53%. Par rapport aux autres médecins généralistes, ils avaient une formation qui était plus indépendante de l'industrie pharmaceutique puisqu'ils étaient 84% à avoir une formation continue indépendante et étaient 73% à lire une presse médicale indépendante. Pour ceux qui recevaient les VM, ils pensaient que ces derniers apportaient de l'information pour 64% des MSU. Les deux autres critères les plus cités étaient de recevoir par politesse et compassion pour 49% des MSU et le VM comme contact social agréable pour 45% des MSU. Les autres critères qui motivaient de recevoir la VM étaient moins cités par rapport aux autres médecins. Ils n'avaient pas une bonne image de la visite médicale pour 69% d'entre

eux, connaissaient peu le cadre réglementaire (60% ne connaissaient pas la charte de la VM) qui l'entourait et ne se sentaient pas vraiment influencés (score médian à 4). Les MSU étaient 53% à vouloir que la VM disparaisse. Concernant la relation avec les internes, ils ne les pensaient pas influencés par les VM (score médian à 4), et vérifiaient pour la majorité, les informations délivrées par les VM avec eux (score médian à 6).

Les MSU plus âgés avaient plus de contact avec l'industrie. En effet ils participaient plus aux formations sponsorisées par les laboratoires ($p=0.008$), recevaient plus le VM pour apport d'information que les plus jeunes ($p=0.01$) et lisaient plus la presse médicale contenant des publicités ($p=0.046$).

Les MSU exerçant en rural avaient également plus de contact avec l'industrie pharmaceutique. Ils recevaient plus les VM ($p=0.02$) et à une fréquence plus élevée ($p=0.04$).

Les MSU qui recevaient les VM ont une formation moins indépendante de l'industrie pharmaceutique : ils participaient moins au groupe de pairs ($p=0.0001$). Les MSU qui citaient recevoir les VM pour l'information qu'ils apportaient faisaient plus de FMC sponsorisées par les laboratoires ($p=0.005$), lisaient plus la presse médicale avec publicités ($p=0.0001$).

Discussion

I. Limite de l'étude

Sur le plan de l'échantillon, il était assez bien représentatif de la population de médecin généraliste en termes de tranche d'âge (69). En revanche, la catégorisation rural/semi-rural/urbain n'était pas assez précise sur le questionnaire. Au final, il a donc été utilisé les variables « rural » et « urbain » sans tenir compte de « semi-urbain ».

La question concernant le respect de la charte n'était pas très bien posée. En effet elle n'était pas conditionnée et les médecins qui ne recevaient pas les VM étaient obligés de répondre pour poursuivre le questionnaire. Par conséquent leurs réponses étaient difficilement exploitables.

Il en est de même pour la question sur la vérification des données, il aurait fallu la conditionner. En effet les MSU qui ne recevaient pas les VM ne vérifiaient pas forcément les informations données.

Les échelles de lickert n'étaient peut-être pas les plus adaptées non plus, même si dans ce questionnaire les réponses étaient bien exploitables quand même.

II. Principaux points

A. Des sources d'information plutôt indépendantes

La première source d'information qui était citée par les MSU était la formation continue indépendante, en sachant que la formation continue n'était pas retrouvée en tête de classement dans plusieurs autres études auprès des MG où le VIDAL était cité en premier (8) (44).

L'information émanant des institutions publiques était citée en deuxième position chez les MSU alors que l'ANSM était citée en deuxième position et l'HAS en quatrième dans le rapport de l'IGAS (8), et intervient en fin de classement dans les autres études (44) (7).

La presse médicale indépendante était citée ensuite comme dans d'autres études (sauf qu'on ne parlait que de presse médicale en général). Puis venait chez les MSU le VIDAL (8) (44).

La quatrième source d'information des MSU était les Groupes de pairs (45%). Dans une thèse réalisée en 2013, seulement 30% des médecins participaient à ces Groupes de Pairs (70).

Puis venaient ensuite les VM (33% des MSU comme source d'information). Ils étaient cités en fin de classement en tant que source d'information dans le rapport de l'IGAS (8) mais 3^e dans l'enquête IPSOS (65% des médecins) (7) et en 2^e position dans la thèse de Poignant C (44).

On peut également noter que les MSU lisaient pour 26% d'entre eux la presse médicale avec publicités contre 69.5% dans la thèse de Szajngarten T. (70).

Donc on constatait que les MSU privilégiaient les sources indépendantes de l'industrie pharmaceutique pour s'informer.

B. Rencontre des MSU/VM : un regard plus critique par rapport aux autres médecins généralistes

Même si la majorité des médecins de notre échantillon rencontrait les VM ce taux est inférieur par rapport aux résultats obtenus dans d'autres études sur les MG. D'après une enquête IPSOS de 2009, les MG étaient 80% à recevoir les VM (7). Dans la thèse de Radig P., 89% des médecins les recevaient (45) contre 65.3% dans la thèse de Szajngarten T. (70).

Les MSU recevaient à 31% entre 1 à 10 VM par mois, fréquence similaire à l'enquête CEGEDIM (32%) (7). En revanche, au sein de cette étude 45% des médecins recevaient entre

11 et 40 VM (21% pour les MSU) par mois et 20 % pour plus de 40 VM par mois (contre 1% pour les MSU).

Pour comparer à une enquête réalisée aux Etats Unis, on retrouvait 4% de médecins qui recevaient plus de 20 VM par mois, 10% entre 12 et 20 VM par mois et 72% entre 1 et 12 et 14% jamais (71). Les MSU recevaient donc moins les VM par rapport à cette étude mais l'enquête CEGEDIM sur les MG montraient qu'ils les recevaient plus et à une fréquence plus élevée (7).

Parmi les MSU qui recevaient les VM, 64% pensaient que la VM apportait de l'information. Ce chiffre concernant cette affirmation est plus élevé que celui retrouvé dans le rapport de l'IGAS (55%) (8) mais moins élevé que celui retrouvé dans la thèse de Radig P. (79%) (45).

Plusieurs raisons en faveur de la rencontre avec les VM citées dans le rapport de l'IGAS n'étaient pas retrouvées dans les réponses des MSU. En effet, ils n'étaient pas d'accord pour affirmer que le rencontre permettait de faire une pause. L'obtention d'information rapidement n'était pas non plus un avantage selon eux. Le caractère gratuit et rapide n'était pas un critère qui motivait à recevoir les VM. Les autres paramètres, contact vivant, norme culturelle, valorisation du médecin, étaient faiblement cités comme pouvant motiver à recevoir les VM.

En revanche, parmi ceux qui recevaient les VM, la première raison citée qui motivait cette rencontre était l'apport d'information. Pourtant la qualité de l'information est souvent remise en cause dans différentes études (14) (36). Une étude réalisée en 2010 dans les villes de Vancouver, Montréal, Sacramento et Toulouse, publiée en 2013 dans le Journal of General Internal Medicine, remettait en cause également la qualité de l'information. L'étude montrait que les médecins trouvaient que la qualité de l'information scientifique était bonne ou même excellente dans 54% des cas et se disaient prêts à prescrire dans 64% des cas. 61% des médecins à Toulouse, notaient recevoir « quelques informations » sur les effets secondaires et seulement 39% à Sacramento ou 34% à Montréal et Vancouver. Cette différence pourrait s'expliquer d'après les chercheurs par une réglementation plus stricte en France sur la promotion des médicaments. Ce qui était notable également, était la rareté des informations concernant le risque indésirable grave (5%) dans toutes les villes, alors que 45%

des visites concernaient des médicaments avec risques secondaires pouvant être graves (72).

Presque la moitié des MSU était d'accord pour affirmer qu'ils les recevaient par politesse/compassion. Était-ce le côté humain du médecin qui s'exprime ? Il ne peut pas toujours être facile de refuser d'un point de vue « humain ».

45% des MSU qui recevaient les visiteurs médicaux étaient en accord avec le critère « contact social agréable ». Cette réponse pourrait s'expliquer par un ressenti d'isolement de la part des médecins comme le montre plusieurs études (73) (74).

C. Une moins bonne image globale de la VM et une connaissance plus limitée du cadre réglementaire

Les MSU avaient une mauvaise perception de la VM. Ils ne la jugeaient ni primordiale, ni objective, ni crédible, ni comme une source d'information indispensable. Les résultats n'étaient pas totalement similaires au rapport de l'IGAS (8). On retrouvait un résultat similaire concernant la crédibilité (jugée peu crédible dans le rapport) et l'objectivité (objective à 27%). En revanche, elle était considérée comme une source d'information indispensable par 55% des médecins et primordiale par 56% dans le rapport. Les MSU n'étaient pas en accord avec ces deux dernières affirmations.

Les MSU ont une moins bonne image globale de la visite médicale : 31% des MSU avaient une bonne image contre 72% des médecins dans le rapport de l'IGAS (8).

Concernant la charte de la VM, les MSU ne la connaissaient pas en majorité. L'enquête IPSOS de 2009, montrait que 66% des médecins connaissaient les règles de « bonne conduite » de la VM (qui se retrouvaient dans la charte de la VM) (7). Les médecins généralistes pensaient que les VM s'étaient améliorés dans la remise des documents validés par les autorités (54%), 52% estimaient constantes les capacités des VM à répondre à leurs questions, le caractère complet des informations délivrées par les VM était constant, et en terme de déontologie et d'éthique, l'attitude des VM était stable également (7).

Cette différence entre les MSU et les MG pourrait peut-être s'expliquer par le fait que les MSU recevaient moins les VM par rapport aux autres médecins généralistes et s'étaient donc peut-être moins intéressés à cette charte. En effet cette question a été posée à tous les MSU même ceux qui ne recevaient pas les VM.

En effet, le cadre réglementaire de la VM devait permettre « d'améliorer » la qualité de la VM. Mais même la HAS « pointait le caractère illusoire de contrôle de la VM par une charte » (29). La revue Prescrire écrivait concernant la certification de la VM par la HAS, qu'elle « constituait un élément essentiel de la crédibilité de la publicité des firmes pharmaceutiques auprès de professionnels de santé naïfs ou mal formés » et restait « de la publicité certifiée par les autorités sanitaires et scientifiques » (75).

Les MSU pensaient que les VM ne respectaient pas la charte de la visite médicale. Pour autant il y avait un biais car les MSU qui ne recevaient pas de VM avaient répondu à cette question.

Les MSU se trouvaient peu influencés par la visite médicale concernant leurs prescriptions, conformément aux études sur les médecins en général. Dans une thèse écrite en 2008, il a été montré que les médecins pensaient conserver leur liberté de prescription grâce à la multiplicité des opinions venant de plusieurs laboratoires à 30%, en s'appuyant sur leur esprit critique à 66%, en ayant recours à d'autres modes d'information sans finalités commerciales à 75%, par l'expérience personnelle à 55% (45). Et il était noté que seulement 2% des médecins pensaient qu'ils ne conservaient pas leur liberté de prescription (45). De nombreux médecins pensaient que de rencontrer plusieurs représentants venant de différents laboratoires permettait de neutraliser les biais et par conséquent l'influence exercée (16). En effet la promotion concernait les nouveaux médicaments, les plus rentables et non pas les anciens et génériques quel que soit le meilleur produit (16). Dans sa thèse Foisset E, montrait également l'absence de reconnaissance d'influence de la part des médecins sur leurs prescriptions par l'industrie pharmaceutique (moyenne de 1.9 sur une échelle de 1 à 5) (46). Demets S notait dans sa thèse également, que 62% des médecins généralistes interrogés pensaient qu'elle n'influencait pas leur prescription (47) .

Enfin, la majorité des MSU souhaitait que la visite médicale disparaisse. Ce qui n'était pas retrouvé dans les autres études. Dans la thèse de Radig P, seulement 13% des médecins généralistes souhaitait qu'elle disparaisse et 60% aimerait qu'elle soit complétée (45). Dans celle de Demets S, il était noté également que 91 % des médecins ne voulaient pas que la visite médicale disparaisse (47).

D. Des internes peu influencés par les VM et une initiation au sens critique de la part des MSU

Comme il a déjà été vu, les MSU pensaient que les VM avaient peu d'influence sur leurs internes.

Pourtant plusieurs études montraient une influence de l'industrie pharmaceutique sur les étudiants. En effet aux Etats Unis, les internes en contact avec des échantillons de médicaments prescrivaient plus ces médicaments par rapport aux autres (64) (76) (77).

Une partie des MSU qui ne recevait pas les VM acceptait que leurs internes le fassent.

Le rôle des médecins enseignants paraît déterminant dans le comportement futur des étudiants. Une étude réalisée aux Etats Unis a montré que les étudiants les plus critiques envers l'industrie étaient ceux qui étudiaient dans une université qui limitait les relations industrie/étudiant. Et que les étudiants invités par un médecin universitaire à accepter un cadeau ou à assister à un évènement sponsorisé l'étaient moins (78).

D'après la thèse de Sinsard S, la majorité des étudiants estimait « ne pas avoir reçu de formation spécifique sur les relations entre les laboratoires pharmaceutiques et les médecins en dehors de la lecture critique d'article » (79). De même dans la thèse de Bourvon L et Baron S, les étudiants ne se sentaient pas assez formés aux relations avec l'industrie pharmaceutique pour 78% des externes et 64% des internes, et étaient demandeurs de formation à ce sujet (9).

Les MSU en vérifiant les informations données par les VM aux internes permettaient justement de travailler à ce sujet et de renforcer l'esprit critique des étudiants.

Certaines universités américaines avait proposé des politiques de régulation des relations médecins industrie au sein des universités et lieux d'enseignements pour limiter et « encadrer » ces relations (80). En effet la formation en médecine générale comporte de nombreux stages hospitaliers où la présence de l'industrie est importante (85) (63).

En France, une mission sénatoriale avait fait plusieurs propositions à ce sujet en proposant d'augmenter le volume horaire de pharmacologie, en mettant en place un enseignement spécifique sur la pharmacovigilance, en appliquant les règles de dénominations communes internationales, interdiction de l'accès de l'industrie pharmaceutique aux étudiants et en obligeant une déclaration des conflits d'intérêts du personnel des CHU (81).

Radig P dans sa thèse proposait de revoir le mode de rémunération en supprimant les primes à l'objectif et d'augmenter les cours de pharmacologie à la faculté (45).

E. Des MSU plus âgés ayant d'avantage de contact avec l'industrie pharmaceutique que les MSU plus jeunes

En effet il ressortait que les MSU plus âgés assistaient plus aux formations continues sponsorisées par les laboratoires que les MSU plus jeunes, ils lisaient également plus la presse médicale contenant des publicités.

Les MSU plus âgés citaient plus souvent que le VM était « un contact social agréable ».

En outre les MSU plus âgés pensaient d'avantage que la VM apportait de l'information et souhaitaient moins sa disparition.

Ventelou B., chercheur au CNRS, montrait dans un article que les médecins généralistes plus âgés recevaient plus les VM également (82).

F. Une formation continue moins indépendante pour les MSU plus au contact de l'industrie pharmaceutique

En effet plus les MSU recevaient de VM par mois, moins ils faisaient de FMC indépendante.

Les MSU recevant les VM participaient moins à des formations de type Groupe de pairs.

Cette différence est retrouvée également dans la thèse de Szajngarten T, qui montrait que plus les médecins recevaient de VM et moins ils participaient à des Groupes de pairs (70).

G. Un contact plus étroit avec l'industrie pharmaceutique de la part des MSU exerçant en rural

Les MSU travaillant en zone rurale faisaient moins de formation de type Groupe de pairs. Ils recevaient d'avantage les VM et à une fréquence plus élevée.

De même ils avaient une meilleure image globale de la VM.

Est-ce l'isolement de ces médecins qui pourrait expliquer ces résultats ?

H. Evolution débattue de la VM

Le métier de VM est donc amené à évoluer. De nouveaux modes de VM sont développés tel que « e-detailing » (VM à distance adaptée au médecin) et « self-directed » (cas clinique suivi d'une VM). On parle également d'un nouveau statut nommé APM pour « attaché à la promotion » qui a un rôle à la fois « d'information » auprès des médecins et qui vendent ou prennent des commandes en pharmacie ou à l'hôpital (83).

I. Perspective

Il ne faut pas diaboliser l'industrie car la recherche et la production sont à la base des progrès, mais il faut arriver à différencier information promotionnelle et information

scientifique (84). Pour cela il faut s'assurer que l'information soit au maximum indépendante. L'HAS proposait que les visiteurs médicaux deviennent non pas des employés des firmes pharmaceutiques mais dépendants d'une institution publique pour porter l'information sur les nouveaux produits. Cette information pourrait être diffusée par exemple sur internet en quelques minutes et être accessible ainsi à tous les médecins quel que soient leurs lieux d'exercice. Il serait également intéressant d'étudier comme aux Etats-Unis, la différence d'attitude de prescription des médecins qui sortent d'universités n'ayant aucun contact avec l'industrie pharmaceutique, par rapport à celles qui sont en contact avec cette dernière.

CONCLUSIONS

La majorité des médecins généralistes reçoivent les visiteurs médicaux, principalement pour l'information apportée, malgré une qualité souvent remise en cause. Il a été démontré que le contact avec l'industrie pharmaceutique a une influence sur la prescription médicale. En tant que « formateur » des futurs médecins, il était intéressant d'étudier le comportement des MSU vis-à-vis des firmes pharmaceutiques.

L'objectif était de d'étudier les relations entre les visiteurs médicaux et les maîtres de stage universitaires en comparant les résultats obtenus dans cette thèse à ceux des études traitant des médecins en général.

Une étude transversale a donc été réalisée par auto-questionnaire diffusé par internet du 1^{er} février 2014 au 28 février 2014. Le taux de participation a été de 28%.

Comme les médecins généralistes en général, les résultats montraient que la majorité des MSU recevaient les VM. La fréquence était comprise entre 1 et 40 fois par mois. Les raisons les plus citées pour les recevoir étaient : l'apport d'information, la politesse/compassion, le contact social agréable, le contact vivant et la pause entre deux patients.

Les MSU n'avaient pas une bonne image globale de la VM et ne la considéraient pas comme une source d'information indispensable. Les MSU pensaient que la VM n'avait pas une grande influence sur leurs prescriptions. En revanche ils souhaitaient sa disparition pour la majorité d'entre eux contrairement aux médecins généralistes non MSU.

Les MSU plus âgés avaient d'avantage de contacts avec l'industrie pharmaceutique de même que les MSU exerçant en rural mais de manière moins importante par rapport aux médecins généralistes en général.

Concernant les internes, les MSU pensaient qu'ils étaient peu influencés par les visiteurs médicaux et ne les autorisaient pas à les recevoir si eux ne le faisaient pas.

En revanche, les MSU amenaient les internes à avoir une réflexion sur l'information délivrée par les VM puisqu'ils vérifiaient avec leurs internes les propos des VM.

A la suite de ce travail, on pourrait proposer de réaliser une étude afin de repérer le risque d'influence de l'industrie dans le cadre de la formation des internes.

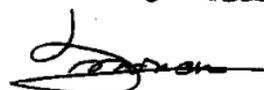
Vu, Le Doyen de la Faculté
de Médecine et de Maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux



Carole BURILLON

Le Président de la Thèse
(Nom et signature)

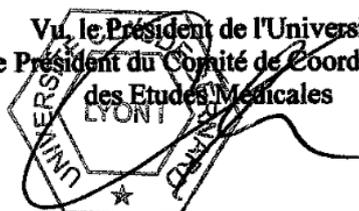
A. Roman



Vu et Permis d'imprimer

Lyon, le 29/10/2014

Vu, le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

Bibliographie

1. Visiteur médical. Les entreprises du médicament. [En ligne] 2014. <http://www.leem.org/visiteur-medical>.
2. Greffion J. Contrôler la promotion des médicaments auprès des médecins: les pouvoirs publics face à l'industrie pharmaceutique. savoir-agir. [En ligne] juin 2011. <http://www.savoir-agir.org/IMG/pdf/SA16-Greffion.pdf>.
3. Vicuna M. Les visiteurs médicaux, une profession dans le collimateur. Libération. [En ligne] janvier 2011. http://www.liberation.fr/societe/2011/01/27/les-visiteurs-medicaux-une-profession-dans-le-collimateur_710333.
4. Collen V. Promotion des médicaments : l'encadrement des visiteurs médicaux divise les députés. Les échos. [En ligne] septembre 2011. http://www.lesechos.fr/20/09/2011/LesEchos/21020-014-ECH_promotion-des-medicaments---l-encadrement-des-visiteurs-medicaux-divise-les-deputes.htm.
5. Benkimoun P. 1 320 décès seraient imputables au Mediator, selon deux chercheurs de l'Inserm. Le Monde. [En ligne] février septembre 2012. http://www.lemonde.fr/societe/article/2012/02/09/1320-deces-seraient-imputables-au-mediator-selon-deux-chercheurs-de-l-inserm_1641097_3224.html.
6. Benfluorex pour quoi faire ? Mediator^o comprimés. Prescrire. 1997, Vol. 17, 179, pp. 807-809.
7. Idatab L et Brocvielle AL. Certification de la visite médicale: présentation des résultats d'étude. HAS. [En ligne] 18 mars 2009. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/enquete_has_ipsos_vm_032009.pdf.
8. Bras PL, et al. information des généralistes sur le médicament. s.l. : Inspection Générale des Affaires Sociales, 2007.

9. Baron S et Bourvon L. Relations entre les étudiants en médecins et l'industrie pharmaceutique en France: expositions et attitudes d'externes et internes lyonnais. s.l. : Th. Méd. Lyon 1, Lyon Sud: 2012,, 2012.
10. Vega A. les usages socio-culturels du médicament chez les médecins généralistes français. [En ligne] 2011. http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf.
11. Cristofari JJ. <http://pharmanalyses.fr/promotion-du-medicament-le-visiteur-medical-reste-un-vecteur-essentiel-2/>. pharmanalyses. [En ligne] mai 2013.
12. Code de la santé publique. article L549. 1953.
13. Code de la santé publique. article L 4113-13. 2002.
14. 15 ans d'observation et un constat: rien à attendre de la visite médicale pour mieux soigner. Prescrire . 2006 Vol 26, 272, pp383-389.
15. Lois sur la transparence de l'information médicale: des enjeux majeurs. Formindep UFC Que Choisir. [En ligne] avril 2009. <http://www.quechoisir.org/sante-bien-etre/maladie-medecine/medicament/etude-loi-sur-la-transparence-de-l-information-medecale-des-enjeux-majeurs>.
16. Projet collaboratif de l'organisation mondiale de la santé et de l'action internationale pour la santé. Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre. [En ligne] 2009. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf.
17. Hensley S et Martinez B. New treatment: to Sell Their Drugs, Companies Increasingly Rely on Doctors. The Wall Street Journal. [En ligne] 15 juillet 2005. <http://online.wsj.com/news/articles/SB112138815452186385>.
18. Zuffoletti J et Freire O. KOL relationship management should be an essential component of any pharma brand team. Pharmaceutical executive. [En ligne] octobre 2006.

<http://www.pharmexec.com/pharmexec/Professional+Marketing/Marketing-to-Professionals-Key-Opinion-Control/ArticleStandard/Article/detail/378072>.

19. Spurgeon D. New York Times reveals payments to doctors by drug firms. British Medical Journal. [En ligne] 29 mars 2007. <http://www.bmj.com/content/334/7595/655.2>.

20. Steinbrook R. Commercial Support and Continuing Medical Education. New England Journal Of Medicine. [En ligne] 10 février 2005. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp048322>.

21. Blumenthal D. Doctors and drug company. The New England Journal Of Medicine. [En ligne] octobre 2004. <http://senate.universityofcalifornia.edu/underreview/pharmaceutical.articles.0107.pdf>.

22. Wazana A. Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift? The Journal Of American Medical Association. [En ligne] janvier 2000. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=192314>.

23. Taylor R et Giles J. Cash interests taint drug advice. Nature. [En ligne] octobre 2005. <http://www.nature.com/nature/journal/v437/n7062/full/4371070a.html>.

24. Des recommandations professionnelles peu recommandables. FORMINDEP. [En ligne] mars 2009. <http://www.formindep.org/Des-recommandations.html>.

25. Healy D. Posted e-mail correspondence concerning European College of Neuropsychopharmacology Meeting. Let them eat Prozac. [En ligne] avril 2009. <http://www.healyprozac.com/GhostlyData/default.htm>.

26. Fugh Berman A. How I was asked to 'author' a ghostwritten research paper. The Guardian. [En ligne] 21 avril 2005. <http://www.theguardian.com/science/2005/apr/21/science.research>.

27. Romand C. L'évolution de la communication des laboratoires pharmaceutiques. s.l. : Th. Ph.: Grenoble1, 2009.

28. Firmes et associations de patients: un marché de dupes. *Prescrire*. 305, 2009, Vol. 29, p. 215.
29. Visite médicale une charte pour rien. *Prescrire*. 318, 2010, Vol. 30, p. 293.
30. Valeur en terme de données probantes des informations écrites de l'industrie pharmaceutique destinées aux médecins généralistes. centre fédéral d'expertise des soins de santé KCE. [En ligne] 2007. https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20071027313.pdf.
31. Norris P, et al., Drug promotion: what we know, what we have yet to learn. World Health Organisation. [En ligne] 2005. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s8109e/s8109e.pdf>.
32. Gaillard De Semainville H. Procès américain du neurontin: les dérives de l'industrie pharmaceutique. s.l. : Th. Méd.: Lyon1, 2012, 2012.
33. Stratégie de promotion des firmes pharmaceutiques: l'exemple du neurontin. *Prescrire*. 284, 2007, Vol. 27, pp. 464-466.
34. Fiche visiteur médical. LEEM [En ligne] 2013. <http://www.leem.org/visiteur-medical>.
35. CNPVM-programme de la visite médicale. CNPVM. [En ligne] 2013. <http://www.cpnvm.com/>.
36. Ziegler MG, Lew P et Singer BC. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. [En ligne] 1995. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=388133>.
37. Roughead EE, Harvey JK et Gilbert AL. Commercial detailing techniques used by pharmaceutical representatives to influence prescribing. *internal medicine journal*, 1998, Vol. 28, pp. 306-310.

38. Schafer A. Biomedical conflicts of interest: a defence of the sequestration thesis— learning from the cases of Nancy. *Journal Of Medical Ethics*. [En ligne] février 2004. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1757130/pdf/v030p00008.pdf>.
39. Resit D et Vandecreek L. The Pharmaceutical Industry's Use of Gifts and Educational Events to Influence Prescription Practices: Ethical Dilemmas and Implications for Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. août, 2004, Vol. 35, pp. 329-335.
40. Mansfield PR. The Medical Journal Of Australia. healthy skepticism new adwatch: understanding drug promotion. [En ligne] août 2003. https://www.mja.com.au/system/files/issues/179_11.../man10667_fm.pdf.
41. Charra E. s.l. : Th. Méd.: Lyon1, Lyon Sud:2012, 2012.
42. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. IPSOS Santé pour la CNAMTS. . [En ligne] octobre 2005. http://ars.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/2_BON_USAGE/Fichiers/ANTIBIOS_Etudeeuropeensetmedicaments.pdf.
43. Statistique de la visite médicale. LEEM. [En ligne] février 2013. <http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medicale>.
44. Poignant C. L'information sur le médicament en médecine générale. Th. Ph.: Besançon: 2005.
45. Radig P. Une prescription sous influence? Enquête d'opinion sur la visite médicale auprès des médecins du Bas Rhin. s.l. : Th. Méd.: Strasbourg1, 2008.
46. Foisset E. Etude de l'impact de la visite médicale sur la prescription des médecins bretons. Th. Méd.: Brest, 2012.
47. Demets S. Evaluation de l'intérêt de la visite des délégués médicaux au cabinet des médecins généralistes. s.l. : Th. Méd.: Lille 2, 2010.

48. Zipkin A et Steinman A. Interactions Between Pharmaceutical Representatives and Doctors in Training. *journal of general internal medicine*. [En ligne] août 2005. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490177/>.
49. Sagarin SB, et al., Dispelling the Illusion of Invulnerability: The Motivations and Mechanisms. *Journal Of Personality and Social Psychology*. [En ligne] septembre 2002. <http://www.niu.edu/user/tj0bjs1/papers/scrs02.pdf>.
50. Orlowski JP. The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. There's no such thing as a free lunch. *Pub Med*. [En ligne] juillet 1992. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1623766>.
51. De Bakker DH, et al., <http://link.springer.com/article/10.1186%2F1472-6963-7-132>. Determinants of the range of drugs prescribed in general practice a cross-sectional analysis. [En ligne] *BMC Health Serv Res*, 2007.
52. Sondergaard J, et al., Impact of pharmaceutical representative visits on GPs' drug preferences. *Family practice*. 2009, 26, pp. 204-209.
53. Charbit O. influence de la publicité pharmaceutique sur la prescription. Th. Méd.: Toulouse 3, université Paul Sabatier: 2003.
54. Auvray L, Hensgen F et Sermet C. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>. IRDES. [En ligne] Question d'économie de la santé numéro 73, 2003.
55. Mousques C, Renaud J et Sermet T. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes42.pdf>. IRDES. [En ligne] Question d'économie de la santé: la variabilité des pratiques médicales en médecine générale le cas des hyperlipidémies, 2001 numéro 42.
56. Spurling JK, et al., Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: A Systematic Review. [En ligne] 2010. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000352>.

57. Watkins C, et al., Attitudes and behaviour of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey. *BMJ Quality and Safety Health Care*. [En ligne] 2003. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743655/pdf/v012p00029.pdf>.
58. Darribes S. La visite médicale des laboratoires pharmaceutiques a-t-elle une influence sur la prescription des médecins généralistes? s.l. : Th. Méd.: Bordeaux 2, 2010.
59. Wofford CA et Ohi, JL. Teaching appropriate interactions with pharmaceutical company representatives: The impact of an innovative workshop on student attitudes. *BMC Medical Education*. [En ligne] 2005. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/5/5/>.
60. Korenstein D, Keyhani S et Ross JS. *Arch Surg: JAMA surgery*. [En ligne] juin 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2891545/>.
61. Kirsten E, Avorn J et Kesselheim, AS. Medical Students' Exposure to and Attitudes about the Pharmaceutical Industry: A Systematic Review. *PLOS Medicine*. [En ligne] mai 2011. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001037>.
62. Moubarak G, et al., Frequency and type of gifts given by pharmaceutical industry to cardiology residents. *La presse Médicale*. [En ligne] septembre 2010. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498210001685>.
63. Petits cadeaux: des influences souvent inconscientes mais prouvées. *Prescrire*. 335, 2011, Vol. 31, pp. 694-696.
64. Adair RF et Holmgren RL. Do drug samples influence resident prescribing behavior? *The American Journal Of Medicine*. [En ligne] 2005. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16084181>.
65. Mc Cormick BB, Tomlinson G et Brill Edwards P. Effect of restricting contact between pharmaceutical company representatives and internal medicine residents on posttraining attitudes and behavior. *The Journal Of The American Medical Association*. [En ligne] octobre 2001. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11667936>.

66. Watson PY, et al., BRIEF REPORT: Resident and Faculty Perceptions of Conflict of Interest in Medical Education. *Journal Of General Internal Medicine*. [En ligne] 2005. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490087/>.
67. Tichelaar J, et al., Do medical students copy the drug treatment choices of their teachers or do they think for themselves? *European Journal Of Clinical Pharmacology*. [En ligne] 2010. http://peer.ccsd.cnrs.fr/docs/00/53/90/80/PDF/PEER_stage2_10.1007%252Fs00228-009-0743-3.pdf.
68. Gaucher S et Thabut D. L'enseignement et l'enseignant influencent le choix de la spécialité médicale. [En ligne] avril 2013. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498212005544>.
69. Recherche, étude, évaluation et statistique. DREES. [En ligne] avril 2014. <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-des-medecins-rpps,11287.html>.
70. Szajngarten T. Le médecin généraliste face à l'information donnée par le visiteur médical dans la région Midi-Pyrénées. Th Méd.: Toulouse, 2013.
71. Prosser H et Walley T. Understanding why GPs see pharmaceutical representatives: a qualitative interview study. *British Journal Of General Practice*. [En ligne] avril 2003. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314573/pdf/12879831.pdf>.
72. Mintzes B, et al., Pharmaceutical sales representatives and patient safety: a comparative prospective study of information quality in Canada, France and the United States. *PubMed*. [En ligne] 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23558775>.
73. Chauvel G. Suicide des médecins généralistes. s.l. : Th. Méd.:Rennes 1, 2013.
74. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives. Union Régionale des Médecins Libéraux , Ile-de-France. [En ligne] 2007. http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf.

75. Certification de la visite médicale des firmes: illusion et collision. *Prescrire*. 277, 2006, Vol. 26, p. 790.
76. Boltri JM, Gordon ER et Vogel RL. Effect of antihypertensive samples on physician prescribing patterns. *Family Medicine*. [En ligne] 2002. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12448641>.
77. Schwartz TL, Kuhles DJ, Wade M, Masand PS. Newly admitted psychiatric patient prescriptions and pharmaceutical sales visits. *Annals of Clinical Psychiatry*. [En ligne] 2001. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11791954>.
78. Sierles FS, Brodkey AC, Cleary LM, McCurdy FA, Mintz M, Frank J, Lynn DJ, Chao J, Morgenstern BZ, Shore W, Woodard JL. Medical students' exposure to and attitudes about drug company interactions: a national survey. *The Journal of the American Medical Association*. [En ligne] 2005. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16145023>.
79. Sinsard S. Vision des laboratoires pharmaceutiques par des internes de Médecine Générale Grenoblois. [En ligne] Th. Méd.: Grenoble, 2012. http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/66/70/71/PDF/2012GRE15010_sinsard_sophie_1_D_.pdf.
80. Daniel Carlat, MD et David Korn , MD. Conflicts of Interest in Medical Education Recommendations From the Pew Task Force on Medical Conflicts of Interest. *Journal of the American Medical Association*. [En ligne] 2013. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1788465>.
81. Hermange MT. Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur "Médiateur: évaluation et contrôle des médicaments". Sénat. [En ligne] 2011. <http://www.senat.fr/rap/r10-675-1/r10-675-11.pdf>.
82. Ventelou B. Médecine de ville quelles mutations? [En ligne] 2007. http://www.ces-asso.org/sites/default/files/upload/note_synthese/Club_Hippocrate/C.H.F.8.pdf.

83. Fédération nationale de l'information médicale. Visite médicale : une vocation en pleine mutation. [En ligne] 2011. <http://www.lafnim.com/fnim-rendez-vous.asp?id=5>.
84. L'influence de l'industrie sur les prescriptions des médecins. UNAFORMEC. 412, 2006.
85. L'hôpital: la vie rêvée des firmes. FORMINDEP. [En ligne] mai 2010. <http://www.formindep.org/L-hopital-la-vie-revee-des-firmes>.
86. Les firmes observent prescriptions et ventes pour affirmer leur promotion. Prescrire. 315, 2010, Vol. 30, pp. 66-67.
87. Watkins C, et al., Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives: national cross sectional study. British Medical Journal. [En ligne] <http://www.bmj.com/content/326/7400/1178>.

Annexes

Thèse sur les relations entre maîtres de stage universitaire et les visiteurs médicaux

De nombreux médecins généralistes reçoivent les visiteurs médicaux, mais qu'en est-il des maîtres de stage universitaires?

Cher Docteur,

En tant que MSU vous êtes sollicité pour répondre de manière objective et impartiale à ce questionnaire.

Les réponses sont bien évidemment anonymes.

Le questionnaire dure 3 à 4 minutes maximum.

Il y a 17 questions dans ce questionnaire

Qui êtes-vous ?

Quel est votre sexe? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin

Quel est votre âge ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

Quel est votre type d'exercice ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

Quelles sont vos sources pour vous tenir informés ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Institutions publiques HAS, ANSM (ex-afssaps), CNAM...
- FMC indépendante
- FMC sponsorisée par des laboratoires
- Presse médicale indépendante
- Presse médicale avec publicités pharmaceutiques
- Internet
- Visiteurs médicaux
- Vidal ou banque claudes bernard
- Autre :

Vous et les visiteurs médicaux

Recevez-vous les visiteurs médicaux ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Combien de visiteurs médicaux recevez-vous en moyenne chaque mois ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 40 visites ou plus (soit environ 2 par jour minimum)
- Entre 11 et 40 visites (soit au moins 3 par semaine)
- De 1 à 10 visites
- Jamais

Pour quelle(s) raison(s) les recevez-vous? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse n'était pas 'Jamais' à la question '6 [Q006]' (Combien de visiteurs médicaux recevez-vous en moyenne chaque mois ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Apport d'information
- Contact social agréable
- "Pause" entre 2 patients
- Rapidité
- Gratuité
- Contact vivant
- Valorisation du médecin
- Norme culturelle
- Politesse/Compassion
- Autre :

Pensez-vous que la rencontre des visiteurs médicaux soit : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Primordiale	1 Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Tout à fait d'accord
Objective	1 Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Tout à fait d'accord
Crédible	1 Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Tout à fait d'accord
Source d'information indispensable	1 Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Tout à fait d'accord

Avez-vous une bonne image globale de la visite médicale ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Connaissez-vous la charte de la visite médicale ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Pensez-vous que les visiteurs médicaux respectent cette charte ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Vérifiez-vous les informations délivrées par les visiteurs médicaux ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Pensez-vous que la visite médicale influence vos prescriptions ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '5 [Q005]' (Recevez-vous les visiteurs médicaux ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

1 - Pas du tout d'accord 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - Tout à fait d'accord

Souhaitez-vous que la visite médicale disparaisse ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Quels effets sur les internes en stage avec vous ?

Pensez-vous que la visite médicale influence la prescription actuelle et future des internes en stage avec vous ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse n'était pas 'Jamais' à la question '6 [Q006]' (Combien de visiteurs médicaux recevez-vous en moyenne chaque mois ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

1 - Pas du tout d'accord 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - Tout à fait d'accord

Même si vous ne recevez pas de Visiteurs Médicaux : autorisez-vous votre interne à les recevoir ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Jamais' à la question '6 [Q006]' (Combien de visiteurs médicaux recevez-vous en moyenne chaque mois ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Vérifiez-vous avec votre interne l'information délivrée par les visiteurs médicaux sur vos sources habituelles ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse n'était pas 'Jamais' à la question '6 [Q006]' (Combien de visiteurs médicaux recevez-vous en moyenne chaque mois ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Oui' à la question '16 [Q014]' (Même si vous ne recevez pas de Visiteurs Médicaux : autorisez-vous votre interne à les recevoir ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

1 - Jamais 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - Systématiquement

Thèse de Médecine Générale - Les relations MSU et VM

<http://germainfanny.limequery.org/index.php/admin/printablesurvey/sa...>

Merci beaucoup de votre participation.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

GERMAIN Fanny : Les relations maîtres de stage universitaires et les visiteurs médicaux

Nbr p 87 tab. 21 réf. 89

Th. Méd.: Lyon 2014; n°

RESUME

La visite médicale a une bonne image globale pour 72% des médecins généralistes d'après l'Inspection Générale des Affaires Sociales et pourtant de nombreux scandales tel que le Médiateur® ont mis à mal ce mode d'information. L'objectif de cette thèse est de décrire les relations maîtres de stage universitaires (MSU) et des visiteurs médicaux (VM) des facultés de Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon et Saint-Etienne.

Un questionnaire a été réalisé via Lime Survey et diffusé par mail.

Le taux de réponse était de 28%. La source d'information la plus utilisée était la formation continue indépendante à 84%, les visiteurs médicaux à 33%. La majorité des MSU recevait les visiteurs médicaux à 53%. Parmi ceux qui les recevaient, la majorité du nombre de rencontres mensuelles était de 1 à 10 pour 31% d'entre eux et 21% les rencontraient entre 11 et 40 fois par mois.

La raison évoquée en premier, parmi ceux qui recevaient les visiteurs médicaux, était l'apport d'information (64%). Venait ensuite la politesse et la compassion (49%) et le contact social agréable (45%). Les MSU pensaient que la visite médicale n'était pas primordiale, ni objective, ni crédible, ni une source d'information indispensable.

La majorité des MSU n'avait pas une bonne image globale de la visite médicale pour 69% d'entre eux. Ils ne se sentaient pas influencés et la disparition de la VM était souhaitée pour 140 d'entre eux soit 53%.

Les maîtres de stage universitaires ont donc un regard plus critique et une moins bonne image de la visite médicale.

MOTS CLES

- visiteurs médicaux
- maître de stage universitaire
- industrie pharmaceutique

JURY

Président : Pr Alain MOREAU

Membres : Pr Jean-Pierre FAUVEL

Pr Xavier LAINE

Dr Thierry FARGE

DATE DE SOUTENANCE

Le 25 novembre 2014

ADRESSE DE L'AUTEUR

42 rue du lac

69003 Lyon