



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Ludovic SCHNEIDER

08 Janvier 2016

**État des lieux de la promotion pharmaceutique chez les médecins généralistes
lorrains en 2015**

Examineurs de la thèse :

M. Professeur PAILLE	Président
M. Professeur DE KORWIN	Juge
M. Professeur ALLA	Juge
M. Docteur BIRGE	Juge

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Ludovic SCHNEIDER

08 Janvier 2016

**État des lieux de la promotion pharmaceutique chez les médecins généralistes
lorrains en 2015**

Examineurs de la thèse :

M. Professeur PAILLE
M. Professeur DE KORWIN
M. Professeur ALLA
M. BIRGE

Président
Juge
Juge
Docteur en Médecine

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseeurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL
Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (pharmacien)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))

Docteure Anne DEBOURGOGNE (sciences)

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
Docteure Nelly AGRINIER

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)*)

Docteur Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'Urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

55^{ème} Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A Monsieur le Professeur PAILLE,

Vous nous faites l'honneur et le plaisir d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre très respectueuse gratitude.

Toute notre reconnaissance également pour votre relecture et vos suggestions.

*A Monsieur le Professeur DE KORWIN,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères
remerciements et de mon profond respect.*

*A Monsieur le Professeur ALLA,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères
remerciements et de mon profond respect.*

*A Monsieur le Docteur BIRGE,
Vous avez su me guider dans mon travail et m'apporter une aide de grande valeur sans
laquelle je n'aurai pu terminer ce travail. Je vous remercie également pour la patience dont
vous avez fait preuve ainsi que pour votre relecture ô combien précieuse.*

A mes parents qui m'ont soutenu et ont cru en moi durant ce long cursus universitaire. Qu'ils voient en ce travail l'aboutissement de leurs efforts et ma plus profonde reconnaissance.

A Séverine, ma compagne, pour sa patience, son amour, sa tempérance dans les moments difficiles et pour les deux enfants qu'elle m'a offerts.

A Lauris et Paul, mes fils, qui ont changé ma vie pour le meilleur.

A mes frères, Cédric et Christophe, pour leur présence tout simplement.

A Arnaud, mon frère de cœur, pour avoir toujours été présent à mes côtés, m'écouter me plaindre et me prodiguer les bonnes paroles dont j'avais besoin.

A Victorine, ma grand-mère, partie trop tôt, avec qui j'aurai aimé partager les heureux événements de ma vie et pour qui j'aurai toujours une pensée...

A mon « Chef » et à Emeline pour les merveilleux moments que j'ai pu passer, avec vous le travail est tellement plus agréable.

A Julia, Mathilde et Van Mai pour leur bonne humeur et pour m'avoir appris tant de choses durant mes stages.

A Carole, pour sa gentillesse et sa bienveillance, qui me manquent depuis son départ de Lorraine. N'hésite pas à passer nous voir.

A toutes les personnes que j'ai pu rencontrer durant mes stages et qui ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

I. Table des matières

Déclaration publique d'intérêts.....	18
I. Introduction	19
II. La législation concernant la promotion pharmaceutique.....	21
A. Evolution de la législation concernant la promotion pharmaceutique.....	21
B. La charte de la visite médicale	22
C. La loi anti-cadeaux et sa mise à jour la loi Bertrand sur la transparence.....	23
III. Matériels et méthodes	26
A. Type d'étude	26
B. Population étudiée.....	26
C. Mode de recueil des données	26
D. Le questionnaire.....	27
1. Les caractéristiques des médecins : sexe, âge	27
2. Les conditions d'exercices.....	28
3. L'expérience professionnelle	29
4. La formation médicale	30
5. Les moyens de promotion pharmaceutique.....	31
6. Les autres moyens de promotion pharmaceutique	32
E. Recueil des résultats	32
F. Analyse statistique :	33
IV. Résultats	34
A. Caractéristiques de médecins interrogés.....	35
1. Comparaison en fonction du sexe des médecins interrogés	36
2. Comparaison en fonction de l'âge des médecins interrogés	39
B. Les conditions d'exercice.....	40
1. Cabinet de groupe et exercice individuel	40
2. Milieu rural, semi-rural et urbain	41
3. Nombre d'actes moyen par jour	42
4. Mode d'exercice particulier	43
C. La visite médicale et ses caractéristiques.....	44
V. Discussion	51
A. Les limites de l'étude	51
1. La taille de l'échantillon	51
2. Un biais de sélection	51
3. Le type d'étude	52
B. Les principaux résultats de l'étude.....	52
C. La visite médicale	53
D. Les formations médicales	55

1. La presse médicale	56
2. Le publipostage.....	57
3. Les invitations au restaurant ou à des séminaires	57
4. Internet.....	58
5. Les échantillons	59
E. Analyse en sous-groupes	59
1. Sexe	59
2. Age	60
3. Le type d'exercice.....	61
4. Le lieu d'exercice	62
5. La charge de travail.....	62
6. Les MEP	62
7. Les maitres de stage.....	62
8. Les médecins installés depuis moins de cinq ans	63
F. Comparaison de notre étude avec une thèse récente :	64
VI. Conclusion.....	66
VII. Bibliographie :.....	68
VIII. Annexes :.....	72
A. Annexe 1 : Le questionnaire	72
B. Annexe 2 : Mail du club des remplaçants	74

Déclaration publique d'intérêts

Je soussigné, Ludovic Schneider, doctorant en médecine générale et auteur de cette thèse, déclare n'avoir aucun lien d'intérêt de quelque nature que ce soit, direct ou indirect, à titre personnel ou via les membres de ma famille, avec des entreprises ou établissements produisant ou exploitant des produits de santé, non plus qu'avec des organismes de conseil intervenant sur ces produits¹.

¹ L'article L4113-13 du Code de la Santé Publique (inséré par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, art. 26 du Journal Officiel du 5 mars 2002) fait obligation aux membres des professions médicales qui s'expriment sur les produits de santé de faire une déclaration de leurs liens avec les entreprises, établissements et organismes qui les produisent ou les exploitent ou les conseillent.

I. Introduction

L'industrie pharmaceutique accompagne les médecins. De leur formation universitaire à leur installation puis au cours de leur exercice quotidien, elle sait leur apporter des informations sur les différents traitements commercialisés. Elle redouble d'effort afin de faciliter l'apprentissage des nombreux traitements disponibles, les DCI (Dénomination Commune Internationale) font place à des noms plus aisés à mémoriser. L'acide acétylsalicylique fait donc place nette à l'Aspirine et au Kardégic.

La promotion représente une part importante des finances de l'industrie pharmaceutique. En 2004, outre-Atlantique, cette part s'élevait à 57 milliards de dollars, soit 24% de leur budget. En comparaison, le financement consacré à la recherche et au développement de nouveaux médicaments était deux fois moins élevé (1).

En France, la promotion du médicament se fait en majeure partie par le biais de la visite médicale (2). Les médecins les plus touchés par la visite médicale sont les médecins généralistes (3). Un rapport de l'IGAS datant de 2007 montrait que, dans notre pays, la dépense pour la promotion pharmaceutique s'élevait à 3 milliards d'euros et au minimum à 25 000 euros par médecin généraliste rien que pour la visite médicale (4). Ce rapport constatait également que les informations délivrées étaient efficaces commercialement mais scientifiquement biaisées, valorisant les médicaments récents et dévalorisant les plus anciens. En 2005, la visite médicale représentait 70% des dépenses promotionnelles (3). Depuis quelques années, une baisse de l'effectif des visiteurs médicaux est en cours. Entre 2004 et 2014, le nombre de visiteurs médicaux a diminué de plus de 45%, passant de plus de 24 000 personnes à 13029, soit 13% des effectifs du secteur (2)(5). Le 26 novembre 2015, le laboratoire Servier annonçait une réorganisation de son groupe avec suppression de 610 postes de visiteurs médicaux sur un total de 690 postes (6).

L'industrie pharmaceutique, comme toute industrie, espère un retour sur investissement lorsqu'elle développe la promotion pharmaceutique. Rien n'est laissé au hasard. La visite médicale n'est pas une visite de courtoisie. Le comportement des visiteurs médicaux est optimisé afin que leur influence sur les médecins soit la plus importante possible (7). La revue Prescrire, connue pour son indépendance vis à vis des firmes pharmaceutiques, a mené une étude observationnelle sur 15 ans concernant la visite médicale. Cette dernière montre que les risques des médicaments promus lors d'une visite médicale sont occultés dans les trois quarts des visites, rendant les informations de la visite médicale dangereuses (8). Les médecins

recevant les visiteurs médicaux sont plus enclins à prescrire de nouvelles molécules et moins de médicaments génériques et donc associés à un coût par ordonnance plus élevé (9).

Les médecins savent que les informations données lors d'une visite médicale sont biaisées (10). Ils pensent avoir le discernement suffisant pour ne retenir que les données valides (10). Durant une visite médicale, le médecin reste passif, à l'écoute et ne critique pas les informations soumises (10). Les médecins nient souvent que des cadeaux puissent influencer leur pratique, or plus les médecins reçoivent de cadeaux, moins ils sont enclins à croire que cela a des effets sur leur prescription (9). Plus les médecins sont en contact avec les délégués médicaux, plus leur capacité à reconnaître des allégations inexacts est moindre (9). Des études marketing montrent l'importance d'une communication interactive, sociale et personnelle ainsi que des « cadeaux ». Cela génère un sentiment d'obligation réciproque (10), les relations amicales étant efficaces pour stimuler les ventes (11)(12).

La visite médicale est également efficace en utilisant l'illusion de l'unique invulnérabilité (13). Les professionnels de santé pensent ne pas être personnellement influencés par la promotion pharmaceutique mais que leurs collègues le sont. Le fait d'avoir fait de longues études leur donne le sentiment de pouvoir discerner les informations correctes de celles qui ne le sont pas. La promotion destinée aux professionnels de santé prend en compte les compétences et le niveau d'études du public cible (9).

En tant que médecin, il est important de garder son objectivité. Les prescriptions ne doivent avoir pour unique objectif que l'amélioration de l'état de santé du patient. Afin de rester indépendant, il est important de connaître et d'identifier les méthodes utilisées par les laboratoires pharmaceutiques.

Alors que la visite médicale décroît depuis quelques années, quels sont les moyens actuels utilisés par l'industrie pharmaceutique pour continuer de promouvoir leurs produits auprès des médecins généralistes, et quel est le point de vue de ceux-ci?

II. La législation concernant la promotion pharmaceutique

Afin de comprendre la promotion pharmaceutique actuelle, nous allons revenir sur les principaux textes législatifs qui la régissent.

A. Evolution de la législation concernant la promotion pharmaceutique (14)

L'un des premiers décrets-lois apparaît en 1941, il limitait la publicité pharmaceutique visant le grand public. Cependant, la promotion pharmaceutique visant les médecins n'était pas concernée. Les médecins n'étant « pas susceptibles d'être influencés par des théories ou des promesses charlatanesques ». Il en était ainsi jusque dans les années 1960 où plusieurs décrets sont venus encadrer la promotion pharmaceutique visant les médecins et principalement la visite médicale. L'un de ces décrets disposait que la publicité devait être contrôlée par l'administration *au préalable* et que certaines informations devaient obligatoirement figurer sur les publicités à l'image du prix et de la posologie des traitements. En 1976, l'Etat a rendu obligatoire la remise d'une « fiche signalétique » lors de la visite médicale.

Cette visite médicale est menacée dans le début des années 1980 avec des projets de lois prévoyant de nationaliser des services de prospection au profit d'une information médicale publique et de rendre obligatoire une formation universitaire pour les visiteurs médicaux. Ces projets ne seront jamais mis en place devant l'hostilité des industries pharmaceutiques et de certaines administrations telle que l'IGAS. L'industrie pharmaceutique préfère négocier une taxe sur la promotion pharmaceutique et garder ses moyens d'influence sur les médecins. Cette taxe est mise en place dès 1983. Le but de cette taxe était de financer l'assurance maladie et de limiter les moyens de promotions pharmaceutiques en introduisant une pression fiscale.

Face à ces tentatives d'ingérence de l'Etat, l'industrie pharmaceutique a adopté une stratégie simple mais efficace : l'autorégulation sous forme de code de bonne conduite. Ainsi, lorsque

l'Etat s'apprêtait à légiférer sur la promotion pharmaceutique, l'industrie pharmaceutique le devançait en adoptant un code de bonne conduite à l'image de la « Charte de la visite médicale » rédigée par l'industrie pharmaceutique elle-même. La HAS était chargée de s'assurer de sa bonne application.

B. La charte de la visite médicale

Elle est signée en 2004 entre le LEEM et le CEPS¹. La HAS était chargée d'en contrôler l'application.

L'objectif de cette charte était de « renforcer le rôle de la visite médicale dans le bon usage du médicament et la qualité de l'information ». Elle définissait :

1. Les missions du délégué médical : qui devait « de façon exclusive et en dehors de toute activité commerciale » promouvoir les médicaments auprès des médecins en l'informant de tous les aspects réglementaires et pharmaco-thérapeutiques relatifs au médicament présenté (indications, posologies, effets indésirables, interactions médicamenteuses, surveillance du traitement, restrictions de prescription et modalités de prise en charge).
2. La qualité de l'information délivrée : les délégués médicaux utilisaient des supports validés par l'AFSSAPS, mis à jour régulièrement, contenant les effets indésirables. Les délégués médicaux devaient suivre une formation initiale suffisante et validée par un diplôme, cette formation devait être continue.
3. La déontologie médicale : le délégué médical est soumis au secret professionnel, il doit se présenter et respecter les règles du cabinet, il lui est interdit d'offrir des échantillons.
4. Le contrôle de l'activité de délégué médical : le contenu des supports papier était sous la responsabilité du pharmacien responsable de même que le contrôle des connaissances du visiteur médical.
5. Le suivi paritaire : il s'agissait du suivi de la présente charte et de la réalisation des objectifs qu'elle poursuivait.

La revue *Prescrire* décrit une charte inefficace suite à un rapport de la HAS en 2007, soit 3 ans après sa mise en place (15). La HAS explique que les firmes ont d'autres occasions de continuer la remise d'échantillons ou de cadeaux en dehors de la visite médicale, par exemple par courriel ou téléphone. De plus, la formation des visiteurs médicaux n'étant pas contrôlée, il est impossible de prétendre contrôler le contenu de la visite médicale. La HAS conclut

¹ Comité Economique des Produits de Santé

qu'il « n'y a pas de démonstration sur l'amélioration du contenu du message oral diffusé dans le cabinet du médecin et sur la remise des documents », en soulignant que tous les secteurs des firmes « n'ont pas intérêt à promouvoir un message rigoureux ».

Suite au décret de transparence, une modification de la charte intervient le 14 octobre 2014 et la renomme « Charte de l'information promotionnelle ». Elle réforme le cadre d'exercice de l'information promotionnelle en garantissant la qualité de l'information délivrée aux médecins et en renforçant le bon usage des médicaments. Les délégués médicaux sont soumis à une formation initiale et continue. S'ils répondent à ces critères de formation, ils se voient remettre une carte professionnelle, attribuée par le LEEM. L'attribution de cette carte permet de garantir le niveau de connaissance réglementaire et scientifique.

Le contrôle de l'activité des visiteurs médicaux est sous la responsabilité d'un « pharmacien responsable » au sein de l'entreprise. Il doit s'assurer de la qualité du contenu, de la formation, des procédures et des documents remis par les visiteurs médicaux (16).

C. La loi anti-cadeaux et sa mise à jour la loi Bertrand sur la transparence (17)(18)(19)

Cette loi date du 27 janvier 1993. Elle interdisait aux professionnels de santé de « recevoir des avantages » illicites. Les industriels n'étaient donc pas mis en cause. Ils auraient pu l'être sur le terrain de la complicité mais aucune décision de justice n'a été prise en ce sens.

Une première modification apparaît en 2002. L'interdiction de « proposer ou procurer » des avantages illicites. Cette modification concerne donc les firmes pharmaceutiques.

La loi se présente comme interdisant « *à certains professionnels de santé de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, de la part d'industriels du monde de la santé, et à ces industriels, de proposer ou procurer ces avantages.* ».

Les entreprises concernées sont celles qui commercialisent ou produisent « des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ».

La loi Bertrand de 2011, dont le décret d'application prend effet en 2013, étend cette interdiction aux « étudiants se destinant aux professions de santé », aux « associations

représentant les membres des professions médicales » et aux « associations et groupements représentant les étudiants se destinant aux professions de santé ».

De plus, la loi Bertrand demande une obligation de transparence à « toutes les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire ou cosmétique ou assurant des prestations associées à ces produits ». Il s'agit d'une définition plus large que précédemment. L'obligation de publication de liens d'intérêts dans le cadre de la transparence est portée par les entreprises.

Il existe cependant des exceptions :

- Les activités de recherche ou d'évaluation scientifique. Un contrat doit être établi et soumis au conseil de l'ordre deux mois avant son entrée en vigueur. La loi Bertrand modifie ce paragraphe. « Toutes » les conventions doivent à présent être soumises au conseil de l'ordre un mois avant leur entrée en vigueur.
- L'hospitalité qui recouvre la prise en charge des frais d'hébergement, de transport, de restauration ou d'inscription à un congrès.
- Les cadeaux de valeur négligeable. Il n'existe pas de seuil réel, mais pour la CNOM et le CNOP, le montant cumulé de ces cadeaux ne doit pas dépasser 30 euros par médecin pour une même entreprise sur un an. Ces cadeaux doivent être en rapport avec l'activité médicale. Si la valeur unitaire de ces cadeaux est supérieure à 10 euros, ils doivent être publiés au titre de la transparence. La charte de la visite médicale interdit que ce soit le visiteur médical qui remette ces cadeaux.
- Les relations normales de travail. Il s'agit de situations exceptionnelles, non programmées, non répétées et accessoires comme un déjeuner impromptu d'une valeur raisonnable par exemple, des échantillons de faible valeur.
- Le financement des activités de formation médicale continue. Les FMC et les EPP sont regroupées au sein des DPC. Il est donc possible pour les industriels de financer des formations qui ne sont pas étiquetées DPC.

Surnommé le décret « sunshine » en référence au sunshine act états-unien, le décret d'application de la loi Bertrand est critiqué par certains, à l'image du Formindep (20). Les principaux points négatifs étant :

- Le décret ne permettra pas au public de connaître les montants des contrats passés entre les firmes et les acteurs de la santé, ni même l'existence de tous les contrats. En effet, la loi prévoyait initialement que l'existence de l'ensemble des conventions conclues entre les firmes et les autres acteurs de santé soit connue. Pourtant, le décret exclut de l'obligation de publication l'existence de contrats entre les firmes et les

leaders d'opinion facturant aux firmes des « prestations de service ». Or ceux sont ces leaders d'opinions qui influencent leurs confrères.

- Pas de transparence au premier euro. L'influence inconsciente des « petits cadeaux » est démontrée (9). Stylos, petits déjeuners offerts lors des staffs hospitaliers, etc., contribuent à entretenir un climat de proximité et de bienveillance envers le donateur.

A ce jour, les liens d'intérêts sont publiés sur le site : www.transparence.sante.gouv.fr.

III. Matériels et méthodes

A. Type d'étude

Pour faire l'état des lieux de la promotion pharmaceutique chez les médecins généralistes lorrains en 2015, nous avons élaboré un questionnaire téléphonique permettant une étude quantitative descriptive et transversale.

B. Population étudiée

La population étudiée était des médecins généralistes lorrains d'exercice ambulatoire. Un listing de la population a été établi après une recherche sur le site internet des pages jaunes (<http://www.pagesjaunes.fr/>). Les deux critères de recherche étaient : médecins généralistes pour le nom et Lorraine pour le lieu. Cette recherche a permis de répertorier 2194 résultats le 13 janvier 2015. Les coordonnées (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone) ont été exportées vers un fichier Excel à l'aide du logiciel CAPAJA. Les médecins ont été classés par ordre alphabétique en fonction de leur nom. Un numéro de 1 à 2194 a été attribué à chaque médecin répertorié.

Nous avons réalisé un tirage au sort aléatoire à l'aide de la fonction RANDBETWEEN du logiciel Excel. Les résultats obtenus ont été triés par adresse postale permettant de mettre en évidence les médecins regroupés au sein d'un même lieu, à l'image des maisons de santé. Le but de cette étape était de ne pas contacter à plusieurs reprises le même groupe de médecins. Les doublons ont été supprimés manuellement.

C. Mode de recueil des données

Les médecins ont été contactés par téléphone. Nous nous présentions comme « médecin remplaçant » ou « interne de médecine générale » réalisant une thèse sur la promotion pharmaceutique chez les médecins généralistes lorrains via un questionnaire téléphonique d'une durée de 3 à 4 minutes. Cette durée était précisée dès le début de l'entretien téléphonique. Sur demande du médecin interrogé souhaitant participer à cette étude mais ne

pouvant répondre dans l'immédiat, nous rappelions à la date et à l'heure souhaitées quand cela était possible.

Devant la difficulté d'obtenir des réponses, une version informatique du questionnaire a été mise en place à l'aide de la plate-forme Google Forms permettant de remplir le questionnaire sur internet en cas d'impossibilité pour le médecin contacté de répondre par téléphone. Une adresse courriel était demandée. Le lien internet vers le questionnaire en ligne était adressé par courriel comprenant un lien hypertexte permettant au médecin d'ouvrir la première page du questionnaire sur son navigateur internet d'un « simple clic ».

Si le médecin n'était pas joignable mais possédait un répondeur, un message vocal était enregistré. Ce message expliquait brièvement la démarche du questionnaire. Un numéro de téléphone était donné afin que les médecins désirant participer à l'étude puisse le faire au moment souhaité. Si les médecins ne rappelaient pas, ils étaient considérés comme « non répondant ».

Si une secrétaire répondait, la démarche était également explicitée puis une demande de mise en relation téléphonique avec un médecin était demandée lorsque cela était possible. En cas d'impossibilité de transfert de l'appel à un médecin, il était stipulé qu'il était possible de répondre via internet. Une adresse de courriel était alors demandée et un courriel envoyé si nous obtenions l'adresse mail. Si aucune de ces démarches n'aboutissait, les médecins étaient considérés comme « non répondant ».

D. Le questionnaire

Le questionnaire était divisé en plusieurs parties.

1. Les caractéristiques des médecins : sexe, âge

Ces deux paramètres nous permettront, lors de l'analyse des résultats, de voir si l'échantillon de l'étude correspond à l'état actuel de la population des médecins généralistes lorrains de 2015. Une étude française de 1997 montrait que les médecins plus âgés prescrivaient plus de médicaments que les médecins plus jeunes (21). L'explication donnée était que les patients âgés, polypathologiques, nécessitant plus de prescriptions par actes privilégiaient des médecins plus âgés. Une étude de 2005 apportait des résultats contraires (22). Les médecins hommes de moins de 45 ans avaient une probabilité plus importante de prescrire au moins un

médicament au cours d'une consultation que leur confrère de plus de 45 ans. Il semblerait donc que le sexe et l'âge ne soient pas déterminants dans la prescription médicamenteuse. Nous étudierons quels sont les moyens de promotions pharmaceutiques privilégiés en fonction de ces critères.

2. Les conditions d'exercices

- **exercice individuel ou cabinet de groupe** : dans la littérature française, le fait de travailler en groupe augmenterait la prescription de nouvelles molécules (23). Une étude de 2010 montrait que les médecins travaillant en groupe organisaient leur emploi du temps différemment. Ils consultaient moins de jours par semaine, mais effectuaient plus d'actes les jours où ils travaillaient. Le nombre d'actes moyen par semaine était identique aux médecins à exercice individuel. Nous tenterons de voir si une différence existe quant à la promotion pharmaceutique entre l'exercice individuel de la médecine et la pratique en cabinet de groupe.

- **lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain)** : une étude socio-anthropologique (24) montre que les médecins exerçant en milieu rural ou semi-rural ont un profil individualisable. Ils pratiquent une médecine diversifiée car ils sont plus isolés, s'intègrent dans des réseaux de soins, actualisent leurs connaissances, prescrivent moins voire déprescrivent. Ils ont en général une vision plutôt critique des médicaments, sont abonnés à *Prescrire*, et ne reçoivent pas ou peu les délégués médicaux.

- **la charge de travail (nombre d'actes par jour)** : une étude de 2012 (25) montrait que plus un médecin effectuait un nombre important d'actes par jour, plus il avait tendance à prescrire de nombreux traitements et moins il se sentait influencé par la visite médicale. La visite médicale lui permettait d'obtenir rapidement des réponses qu'il n'avait pas le temps de rechercher seul et était considérée comme un moyen efficace de formation.

- **MEP¹** : « un médecin ayant un mode d'exercice particulier est un médecin dont la spécialité n'est pas reconnue par la sécurité sociale, telles que l'acupuncture et l'homéopathie ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié. On peut ainsi distinguer parmi les omnipraticiens libéraux

¹ Mode d'exercice particulier

ceux qui exercent réellement une médecine générale (généraliste) de ceux qui pratiquent une médecine plus spécifique (MAP¹). Le trait commun aux généralistes et aux MEP est la valeur des tarifs conventionnels des actes de consultation et de visite, qui est inférieure à celle des autres spécialistes » (26). Les praticiens exerçant des MEP ont un coût d'ordonnance plus faible que leurs confrères (27) du fait de leur exercice particulier. Nous observerons donc si ces médecins ayant un exercice particulier sont soumis de la même manière à la promotion pharmaceutique que les généralistes.

- **utilisation de LAP²** : ils sont définis comme « *tout logiciel dont l'objet est de proposer aux prescripteurs exerçant en ville, en établissement ou en établissement médico-social, une aide à la réalisation de la prescription de médicaments* » (28). Ils permettent de répondre facilement à l'obligation de prescrire en DCI³ depuis le 01 janvier 2015 selon l'article L5121-1-2 du Code de santé publique, d'indiquer le prix des médicaments et le coût de l'ordonnance. Ils sont soumis à une procédure de certification établie par la HAS⁴(29). Ils permettent une amélioration de la pratique (30) en délivrant une information indépendante sur les médicaments selon la base de données utilisée.

3. L'expérience professionnelle

Nous l'avons déterminée en fonction de la date de fin des études médicale en différenciant les médecins ayant terminé leurs études il y a plus de cinq ans et ceux qui ont terminé leur cursus il y a moins de cinq ans.

L'année d'installation ne nous a pas paru être un critère pertinent. Un médecin thésé peut remplacer durant des années avant de s'installer et donc acquérir de l'expérience. Il peut également pratiquer un mode d'exercice salarié durant plusieurs années puis s'installer en libérale (31).

L'année de thèse n'est pas non plus le critère le plus approprié puisque légalement un médecin non thésé peut remplacer durant trois ans après la fin de ses études médicales (32) et acquérir de l'expérience.

Nous étudierons si le fait d'avoir de l'expérience influence le fait d'être soumis à la promotion pharmaceutique.

¹ Mode d'activité particulier

² Logiciels d'aide à la prescription

³ Dénomination commune internationale

⁴ Haute Autorité de Santé

Des questions supplémentaires étaient posées si le médecin répondant avait terminé ses études médicales récemment (moins de cinq ans). Ces questions avaient pour but de savoir si les jeunes médecins étaient en contact avec l'industrie pharmaceutique durant leurs études et si cela leur semblait bénéfique.

4. La formation médicale

- **Participation à des groupes de pairs®** : il s'agit d'un terme déposé par la SFMG¹ qui le définit comme étant « des médecins de la même spécialité (dans notre cas des généralistes) se réunissant régulièrement sans hiérarchie entre eux, dans un climat de confiance favorisant la liberté de parole, qui font une analyse argumentée de la pratique quotidienne centrée sur la présentation de cas cliniques tirés au sort et s'appuyant sur l'expertise collective » (33). Ce système est bien développé en Europe et particulièrement au Bénélux (4) mais peu en France. Ces groupes permettraient aux médecins d'être plus attentif aux recommandations de bonnes pratiques (34).

- **Temps de formation (FMC² et DPC³) estimé sur une année** : les médecins suivant des FMC et des DPC ont tendance à moins prescrire de médicaments (24). En 2005, P. Urfalino écrivait qu'une grande partie de la formation permanente pour les médecins « est en fait réalisée à l'initiative et aux frais des compagnies pharmaceutiques » (35). Ces propos ont été confirmés par l'étude de l'IGAS en 2007 montrant que 98% des FMC étaient financés par les firmes pharmaceutiques (4).

- **Abonnement à des revues médicales** : il est important de distinguer deux types de revues médicales. Les revues médicales payantes, indépendantes des firmes pharmaceutiques telles que *Prescrire*, *Médecine et Exercer* dont le financement n'est assuré que par l'abonnement payant de ses lecteurs, et les revues médicales gratuites financées entièrement par l'industrie pharmaceutique ou payante mais dont une partie de l'abonnement est également pris en charge par l'industrie pharmaceutique. Un moyen assez simple de les différencier est de noter la présence de publicité médicale témoignant d'un financement par les firmes pharmaceutiques. D'autres facteurs tels que la présence d'un comité de relecture indépendant peuvent orienter le lecteur vers des revues indépendantes.

¹ Société Française de Médecine Générale

² Formation médicale continue

³ Développement professionnel continu

5. Les moyens de promotion pharmaceutique

a. Les moyens indirects d'influencer la pratique médicale :

- **la publicité dans les revues médicales** : comme nous venons de le décrire, la présence de publicités dans les revues médicales doit inciter les médecins à se poser la question d'un financement de la revue par les firmes pharmaceutiques et donc de l'indépendance de la revue.

- **le financement de la FMC et des DPC** : également décrits dans les paragraphes précédents, les FMC sont majoritairement financés par l'industrie pharmaceutique. Le DPC est financé par une contribution des caisses nationales d'assurance maladie, une dotation de l'Etat et une quote-part d'une taxe sur l'industrie pharmaceutique (36). Les médecins doivent être à même de critiquer les informations données durant ces séances de formation. Chaque intervenant se doit de présenter ses liens d'intérêts éventuels avant d'aborder le thème principal de la formation. Les leaders d'opinion sont régulièrement utilisés par les firmes pharmaceutiques afin de promouvoir leurs produits. Ces derniers sont rémunérés pour leurs prestations et parfois par plusieurs laboratoires durant la même année (37). Certaines recommandations de la HAS¹ ont également été remises en cause pour leur manque d'indépendance. C'est ainsi que la recommandation de la HAS de 2006 sur le diabète de type 2 a été abrogée par le Conseil d'Etat en 2011 suite à l'action du *Formindep*² (38) devant le manque de gestion des conflits d'intérêts. Depuis, la HAS a mis en place un dispositif de prévention et de gestion des conflits d'intérêts et une charte de déontologie (39).

b. Les moyens directs d'influencer la pratique médicale :

- **la visite médicale et ses caractéristiques** : le visiteur médical est défini par le LEEM³ comme étant le « responsable de l'information, de la promotion des médicaments et de leur bon usage » (40). Les effectifs des visiteurs médicaux sont en baisse mais ces derniers représentent toujours une part importante des dépenses promotionnelles. En 2013, ils représentaient 45,4% du budget promotionnel. Nous tenterons d'observer au travers de notre étude si cette baisse est retrouvée chez les médecins généralistes.

- **le mailing** : il s'agit plus précisément du E-mailing, terme anglais désignant le fait pour les firmes de faire la promotion de leurs produits en adressant des courriels directement aux

¹ Haute Autorité de Santé

² Collectif pour une formation et une information médicales indépendantes

³ LEEM : organisation regroupant les entreprises du médicament en France

professionnels de santé. Ce type de communication est soumis au chapitre II du titre II de la loi n°2004-575 du 21 juin 2004. Une copie du mail doit être adressée aux autorités de santé à l'adresse : celluleinternet@afssaps.sante.fr afin de vérifier les fonctionnalités de type lien hypertexte (41). Cette pratique se développe en France depuis quelques années passant de 7,3% du budget promotionnel des firmes pharmaceutiques en 2009 à 12,2% en 2013 (42).

- **le phoning** : également un terme anglais qui désigne « les actions de marketing direct de prospection effectuées par téléphone » (43). Peu de données sont actuellement disponibles sur ce moyen de promotion pharmaceutique. Nous nous attacherons à observer si cette technique est utilisée auprès des médecins généralistes lorrains.

6. Les autres moyens de promotion pharmaceutique

Afin d'être exhaustif, la dernière question était ouverte. Nous demandions aux médecins à quelles autres formes de promotion pharmaceutique ils étaient soumis et que nous n'aurions pas citées précédemment.

Nous n'avons pas pris en compte le secteur conventionnel des médecins. D'après une étude de la DREES¹ (22), les médecins pratiquant des honoraires libres prescrivaient moins que leurs confrères à honoraires fixes. Nous avons négligé ce facteur car il est très peu présent en médecine générale comme le montrent les données de 2013 sur le site ameli.fr : seulement 26 médecins généralistes sur 1985 étaient inscrits en secteur à honoraires libres en Lorraine.

E. Recueil des résultats

Les résultats étaient reportés sur papier en temps réel lorsqu'il s'agissait d'un questionnaire téléphonique. Lorsque les médecins répondaient au questionnaire sur internet, les résultats étaient enregistrés dans Google Forms ainsi que dans un fichier Excel directement.

Dans un second temps, l'ensemble des résultats obtenus sur papier et sur Google Forms a été intégré informatiquement dans un nouveau formulaire Google Forms afin de faciliter les calculs statistiques.

¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

L'analyse en sous-groupe ayant une moindre valeur statistique, nous ne dégagerons de ces résultats qu'une tendance statistique.

F. Analyse statistique :

Le calcul des moyennes et des écarts-types a été effectué à l'aide du logiciel Excel. La comparaison des moyennes d'âge entre les hommes et les femmes a été faite par une approximation de la loi normale. Le test du chi 2 a été utilisé pour comparer les valeurs qualitatives avec un p considéré comme significatif lorsque $p < 0,05$. Lorsque les effectifs étaient insuffisants, un test de Fisher a été utilisé. Les différents tests statistiques ont été réalisés sur le site internet : BiostaTGV (<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests>).

IV. Résultats

575 médecins ont été triés. 126 doublons et 5 adresses sans numéros de téléphone ont été exclus manuellement, soit un total de 444 médecins appelés.

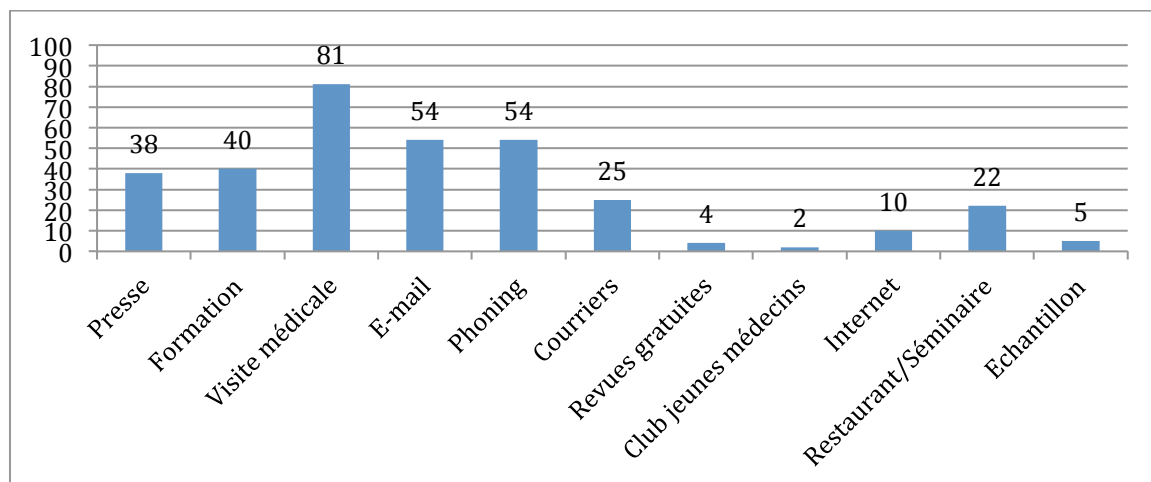
Il y a eu 11 erreurs dans le fichier des pages jaunes post tirage au sort : 1 personne qui n'était pas médecin, 1 gynécologue, 4 numéros non attribués, 1 médecin esthétique, 1 expert médical, 2 phlébologues, 1 médecin retraité. Il y avait également un cabinet fermé pour cause de santé et un médecin remplacé au moment de notre appel. Ces 13 numéros ont également été exclus.

Sur les 431 médecins restants : 142 médecins ne souhaitaient pas répondre, 132 n'ont pas pu être joints par téléphone. Nous avons obtenu 101 réponses soit un taux de réponses de 23 % dont 72 par téléphone et 29 par internet. Lors des appels téléphoniques, 85 médecins avaient dit qu'ils répondraient au questionnaire sur Google Forms.

Les différents moyens de promotion pharmaceutique retrouvés dans notre questionnaire étaient : les revues médicales financées par les firmes pharmaceutiques, le financement de formations type FMC et DPC ainsi que la présence de stands promotionnels sur le lieu de formation, la visite médicale, le publipostage comprenant le e-mailing, le phoning et la réception de courriers, les revues gratuites, un « club de jeunes médecins » financé par l'intermédiaire du laboratoire Sanofi, internet (avec des sites médicaux mais aussi des applications sur téléphone mobile), les invitations au restaurant ou à différents séminaires, les échantillons.

Les résultats quantitatifs sont représentés dans l'histogramme n°1.

Histogramme n°1 : Pourcentage des différents moyens de promotions liés aux firmes pharmaceutiques cités par les médecins interrogés.



A. Caractéristiques de médecins interrogés

La première partie du questionnaire détaillait les caractéristiques des médecins dont les résultats sont décrits dans le tableau n°1.

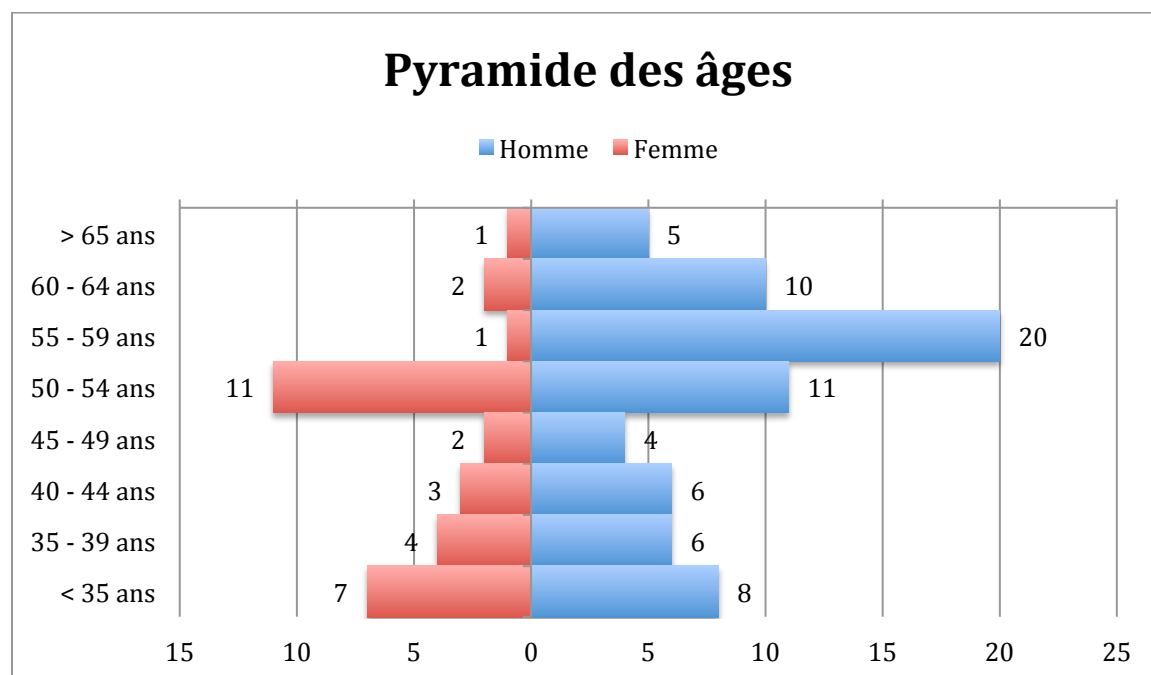
Tableau 1: Typologie des médecins interrogés.

	Effectif	Moyenne d'âge (écart type) (valeurs extrêmes)	Nb de médecins interrogés ayant terminé leurs études médicales < 5 ans	Nb de médecins interrogés ayant terminé leurs études médicales > 5 ans
Homme	70 (69%)	51 (10,7) (28-66)	8	62
Femme	31 (31%)	46 (10,7) (30-67)	7	24
Total	101	49 (10,9) (28-67)	15	86

Il existait une différence significative entre la moyenne d'âge des hommes et des femmes interrogés, les femmes étaient plus jeunes que leurs confrères de sexe masculin.

Nous avons réalisé une pyramide des âges de la population médicale présentée dans le graphique suivant :

Graphique 1 : Pyramide des âges.



1. Comparaison en fonction du sexe des médecins interrogés

Dans les histogrammes n°2 et n°3, nous avons comparé les moyens de promotion pharmaceutique en fonction du sexe des médecins interrogés.

Le groupe « presse » regroupe les médecins possédant au moins un abonnement à des revues en lien avec l'industrie pharmaceutique. Nous incluons donc ceux qui reçoivent uniquement de la presse financée par l'industrie pharmaceutique mais également les médecins qui reçoivent de la presse « mixte », c'est à dire ceux ayant un ou plusieurs abonnements à de la presse indépendante et un ou plusieurs abonnements à de la presse financée par les firmes pharmaceutiques. Ont été exclues les revues gratuites ne nécessitant pas d'abonnement. Le fait de s'abonner à une revue montre une volonté des médecins généralistes de se former à travers des revues spécialisées.

Dans une logique similaire, la catégorie « formations » comprend les médecins suivant au moins une formation médicale continue par FMC ou DPC financée par l'industrie pharmaceutique. Le fait de suivre par ailleurs des formations indépendantes n'est pas pris en compte dans ce tableau. Sont exclus de cette catégorie, les séminaires et les formations suivies lors d'un dîner au restaurant payé par les laboratoires pharmaceutiques. Ces formations ne pouvant être assimilées à de la formation continue.

La visite médicale a également servi de comparaison entre les hommes et les femmes.

Les différents moyens de publipostages ont été divisés en 3 catégories : l'e-mailing, le phoning et le courrier de la part des firmes pharmaceutiques.

En Lorraine, des conférences destinées aux jeunes médecins sont dispensées par Sanofi-Aventis. Les participants sont regroupés au sein du « club des remplaçants » ou « club des jeunes médecins ». Il n'est pas nécessaire d'être thésé. Ces formations sont validantes dans le cadre de la FMC et par conséquent aucune promotion de médicament n'est faite durant la séance¹. Lors de ces conférences, des leaders d'opinions sont présents en fonction d'une thématique déterminée à l'avance. Le lieu est généralement un hôtel où un buffet est mis à disposition des participants. Le tout est gratuit pour le participant.

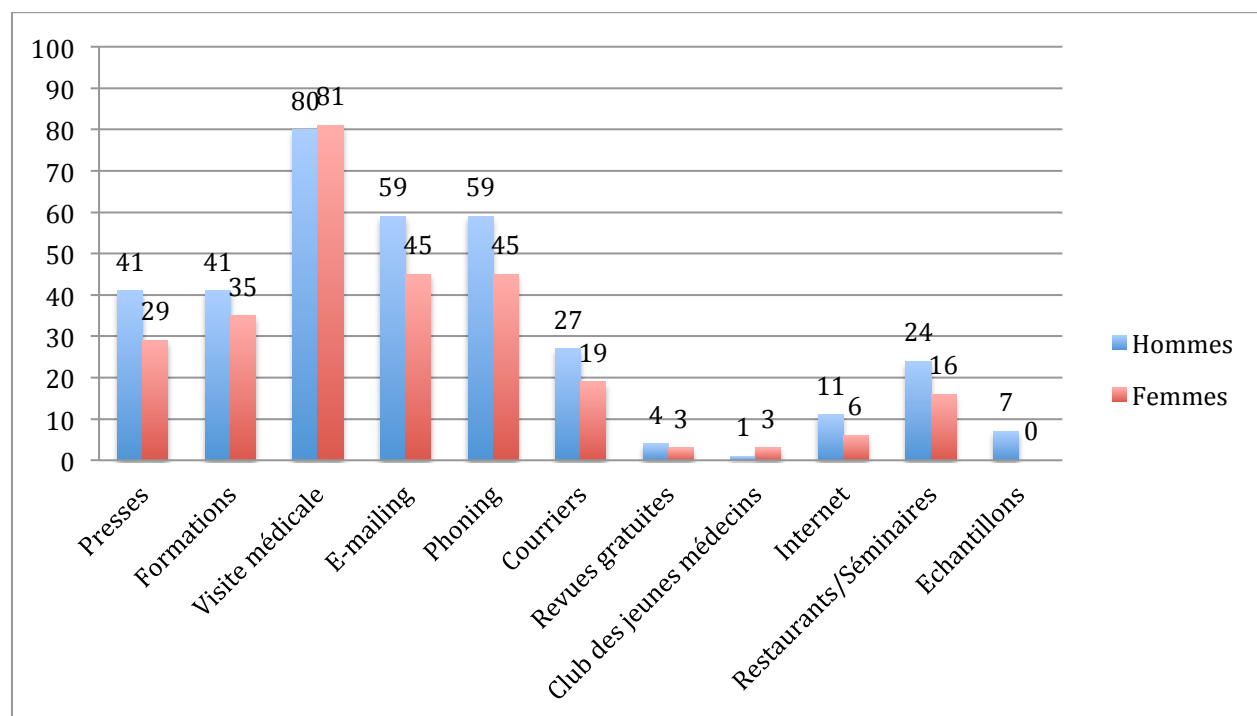
La catégorie « internet » regroupe les sites d'informations destinés aux médecins et financés par l'industrie pharmaceutique mais également les applications mobiles, à l'image d'Univadis (seule application mobile citée lors de notre questionnaire) appartenant au laboratoire MSD. Cette application regroupe différents services : les dates de différents congrès en France, l'actualité de la médecine au travers de différents articles, une analyse de la presse médicale, des planches d'anatomie de l'ensemble du corps humain, des liens vers d'autres sites partenaires, une section de quizz afin que chacun teste ses connaissances, une rubrique oncologie, le BMJ Learning présenté comme une FMC fondée sur les preuves et approuvée par nos pairs, la Collection radiologie regroupant des cas cliniques basés sur l'imagerie, l'accès à des nombreuses revues comme le JAMA, le Lancet, BMJ, une médiathèque afin d'avoir accès à des ressources multimédias comme des images, des podcasts et des vidéos, un traducteur d'anglais, l'accès au Vidal gratuitement et même une rubrique de petites annonces médicales ou des envois de SMS directement aux patients.

Les formations dans des restaurants ou des séminaires ont été regroupées dans une même catégorie.

La réception d'échantillons constitue le dernier moyen de promotion pharmaceutique recensé lors de notre questionnaire.

¹ Ces informations proviennent d'un mail de délégués médicaux du laboratoire Sanofi-Aventis, cf. annexe 2.

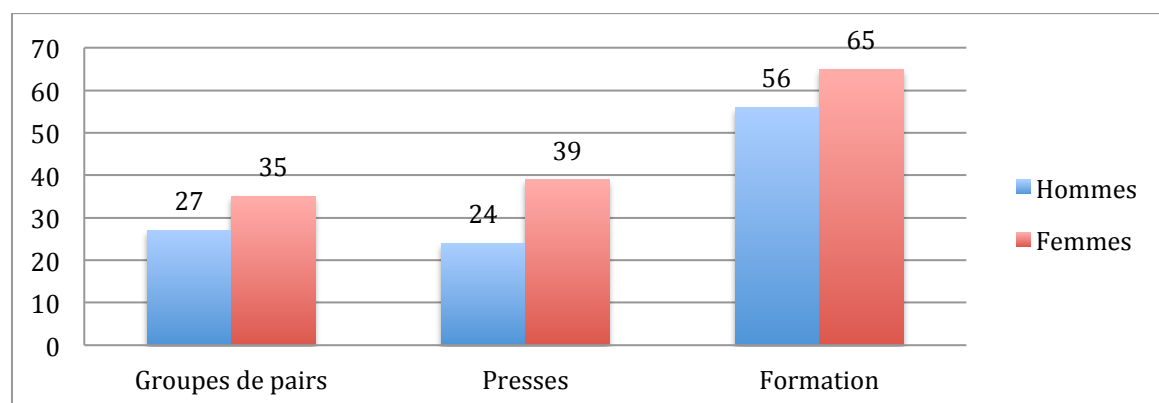
Histogramme n°2 : Comparaison des moyens de promotion pharmaceutique exprimée en pourcentage entre les médecins hommes et les médecins femmes.



Il n'existait pas de différence significative des moyens de promotion pharmaceutique entre les hommes et les femmes. Quelque soit leur sexe, les médecins généralistes lorrains sont soumis aux mêmes moyens de promotion pharmaceutique et dans les mêmes proportions.

A l'opposé, nous avons également cherché à savoir si une différence existait entre les hommes et les femmes quant aux moyens de pratiquer une médecine indépendante des firmes pharmaceutiques. Quatre catégories ont été identifiées : la formation à l'aide de groupe de pairs, la lecture de revues indépendantes de l'industrie pharmaceutique à l'image de *Prescrire*, les formations par FMC ou DPC non financées par les laboratoires et l'utilisation de logiciels d'aide à la prescription.

Histogramme n°3 : Comparaison des moyens de formation indépendants exprimée en pourcentage entre les médecins hommes et les médecins femmes.

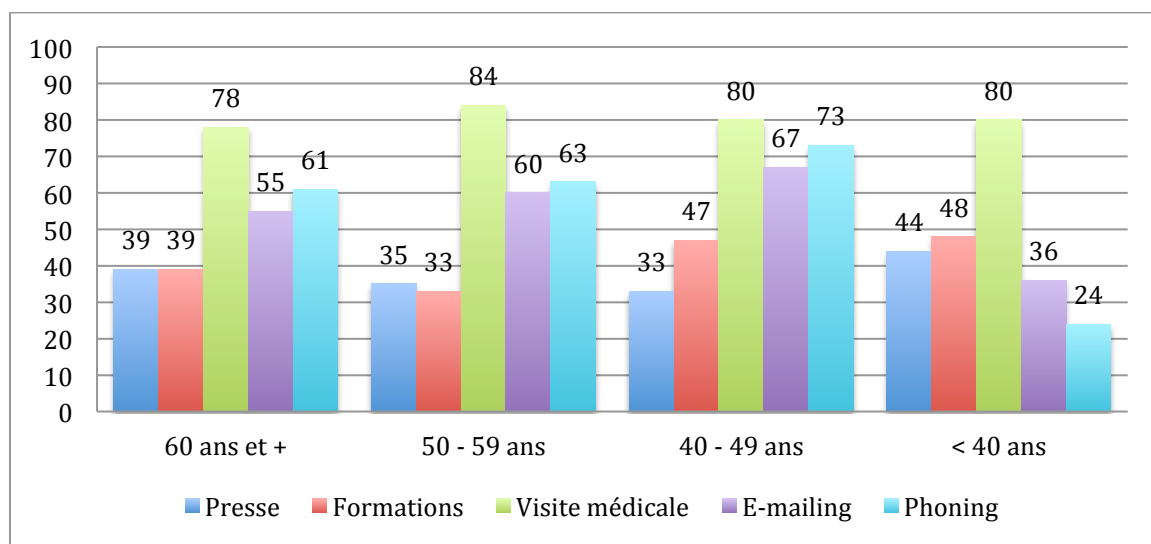


Il n'existait pas de différence statistiquement significative sur les moyens de formation indépendant des firmes pharmaceutiques entre les hommes et les femmes.

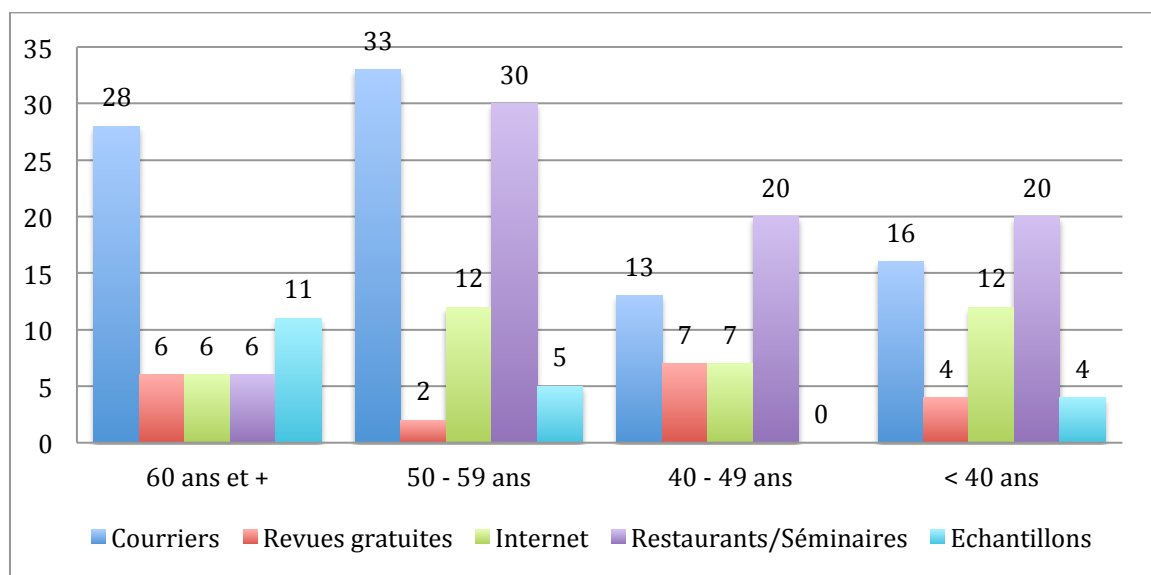
2. Comparaison en fonction de l'âge des médecins interrogés

Les histogrammes n°4 et n°5 comparent les différents moyens de promotion pharmaceutique en fonction de la classe d'âge des médecins. Les résultats sont exprimés en pourcentage pour permettre une comparaison.

Histogramme n°4 : Comparaison des moyens de promotion pharmaceutique exprimée en pourcentage en fonction de l'âge des médecins.



Histogramme n°5 : Comparaison des moyens de promotion pharmaceutique exprimée en pourcentage en fonction de l'âge des médecins.



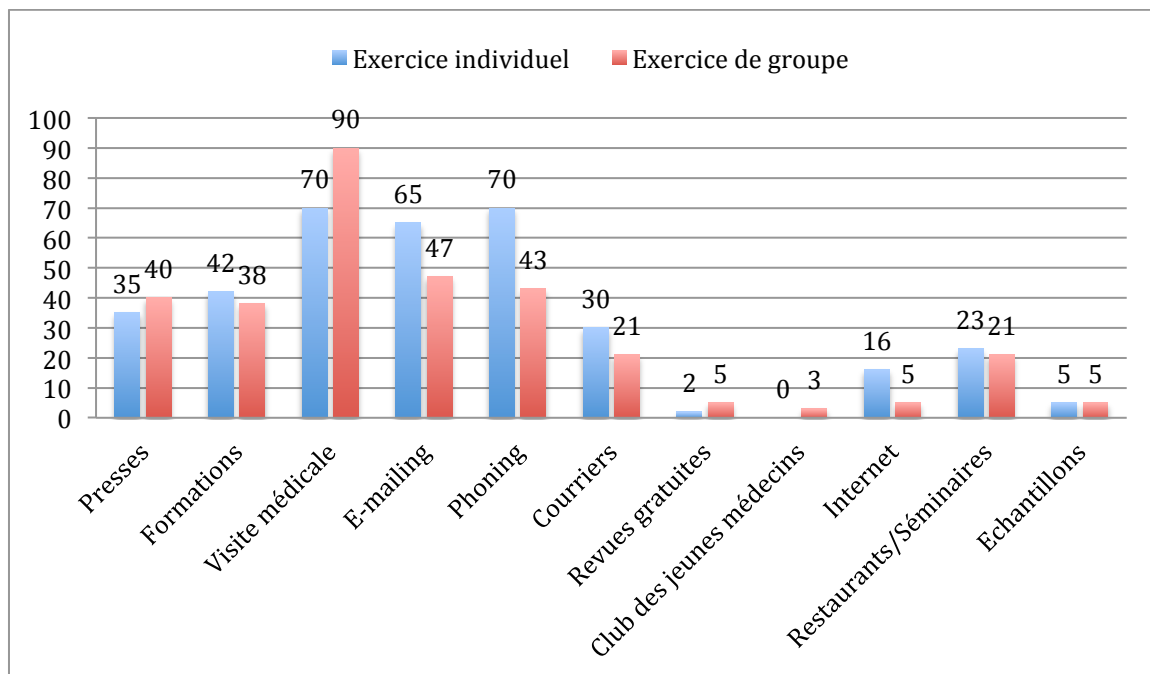
Il n'existait pas de différence statistiquement significative des moyens de promotion pharmaceutique en fonction de l'âge des médecins.

B. Les conditions d'exercice

1. Cabinet de groupe et exercice individuel

L'exercice en groupe représente 57% des médecins interrogés, soit 58 médecins. L'histogramme n°6 présente une comparaison des moyens de promotion pharmaceutique utilisés en fonction de ce critère.

Histogramme n°6 : Comparaison des moyens de promotion pharmaceutique exprimée en pourcentage en fonction du mode d'installation des médecins.



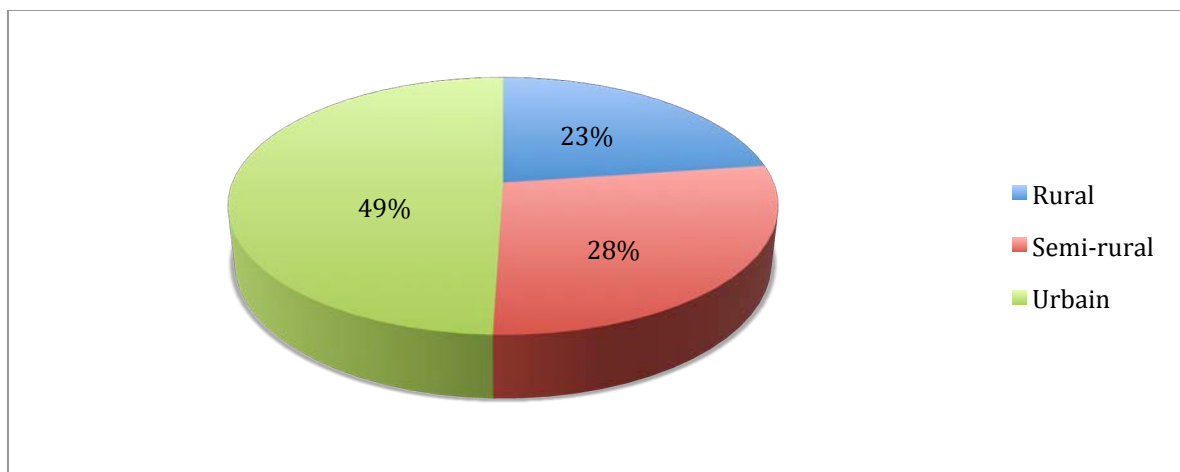
Il existait une différence significative de certains moyens de promotion pharmaceutique entre les médecins à exercice individuel et ceux à exercice de groupe : la visite médicale est plus présente chez les médecins à exercice de groupe ; le mailing et le phoning sont quant à eux majoritaires chez les médecins à exercice individuel.

Sur l'ensemble des autres moyens de promotion pharmaceutique, il n'y avait pas de différence statistiquement significative.

2. Milieu rural, semi-rural et urbain

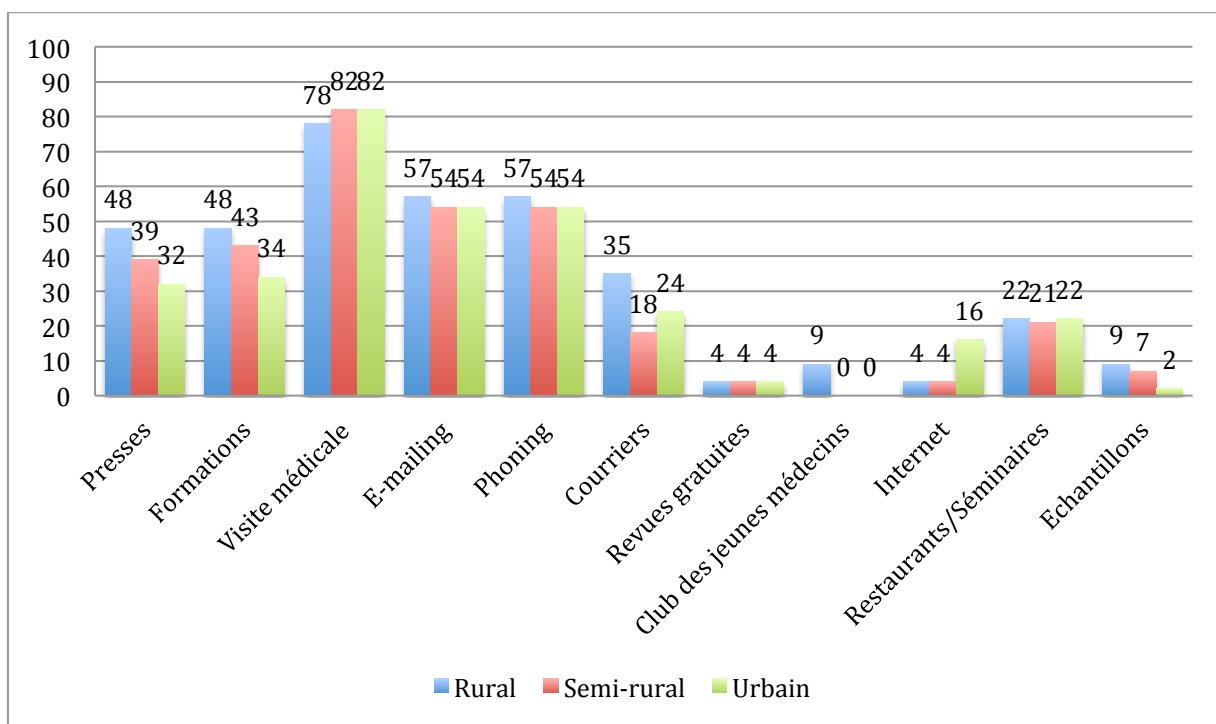
Les questions concernant les conditions d'exercice montraient qu'une majorité des médecins exerçaient en milieu urbain (diagramme n°1).

Diagramme n°1 : Répartition géographique des médecins.



L'histogramme n°7 montre la répartition des moyens de promotions pharmaceutiques en fonction de la répartition géographique des médecins.

Histogramme n°7 : Comparaison des moyens de promotion pharmaceutique exprimée en pourcentage en fonction de la répartition géographique.

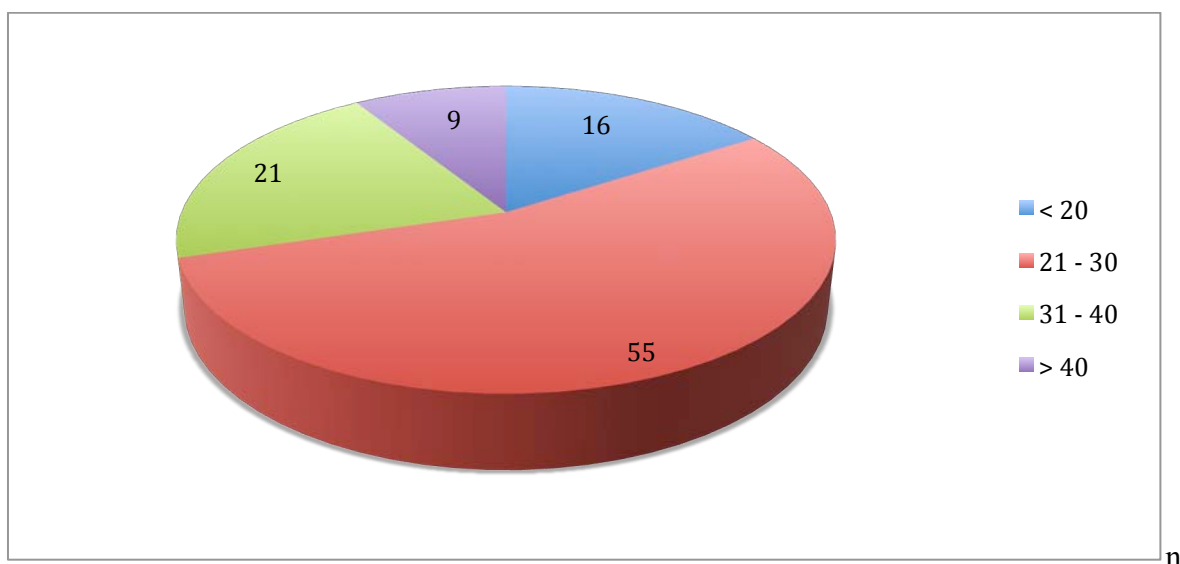


Il n'existait pas de différence significative sur l'ensemble des moyens de promotion pharmaceutique sur le critère de la localisation géographique (rural, semi-rural ou urbain).

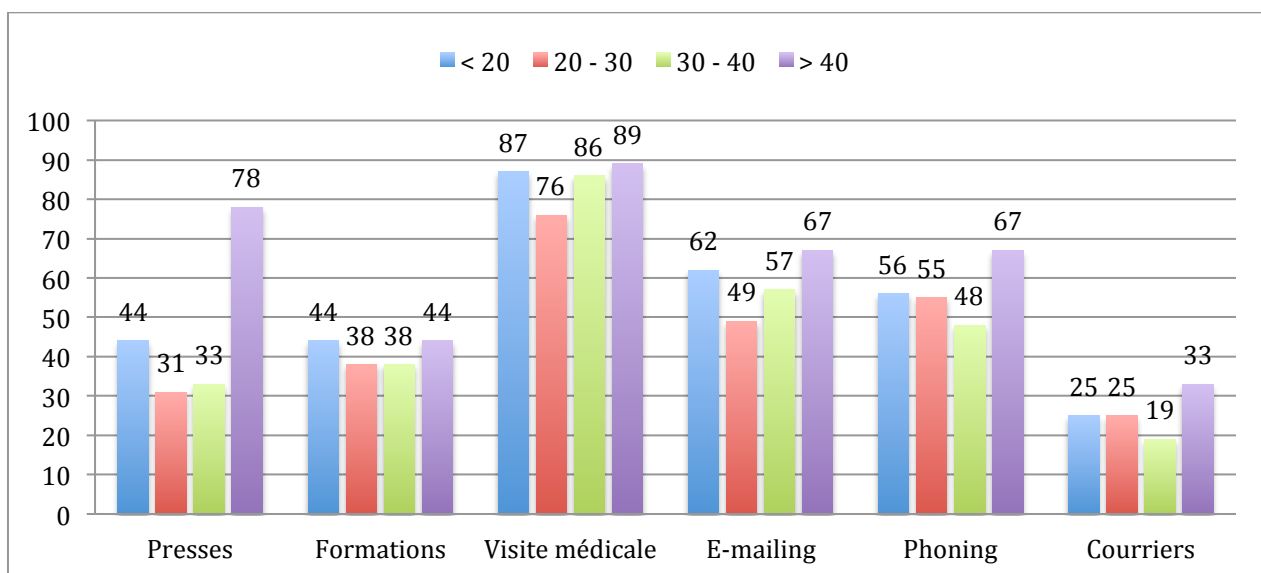
3. Nombre d'actes moyen par jour

Dans ce paragraphe, nous avons comparé les différents moyens de promotion pharmaceutique utilisés selon le nombre d'actes par jour. Nous avons 4 catégories : moins de vingt actes par jour, entre vingt et trente actes par jour, entre trente et quarante actes par jour et plus de quarante actes par jour. Les résultats sont présentés dans les histogrammes n°8 et n°9, la répartition quantitative des médecins interrogés est présentée dans le diagramme n°2.

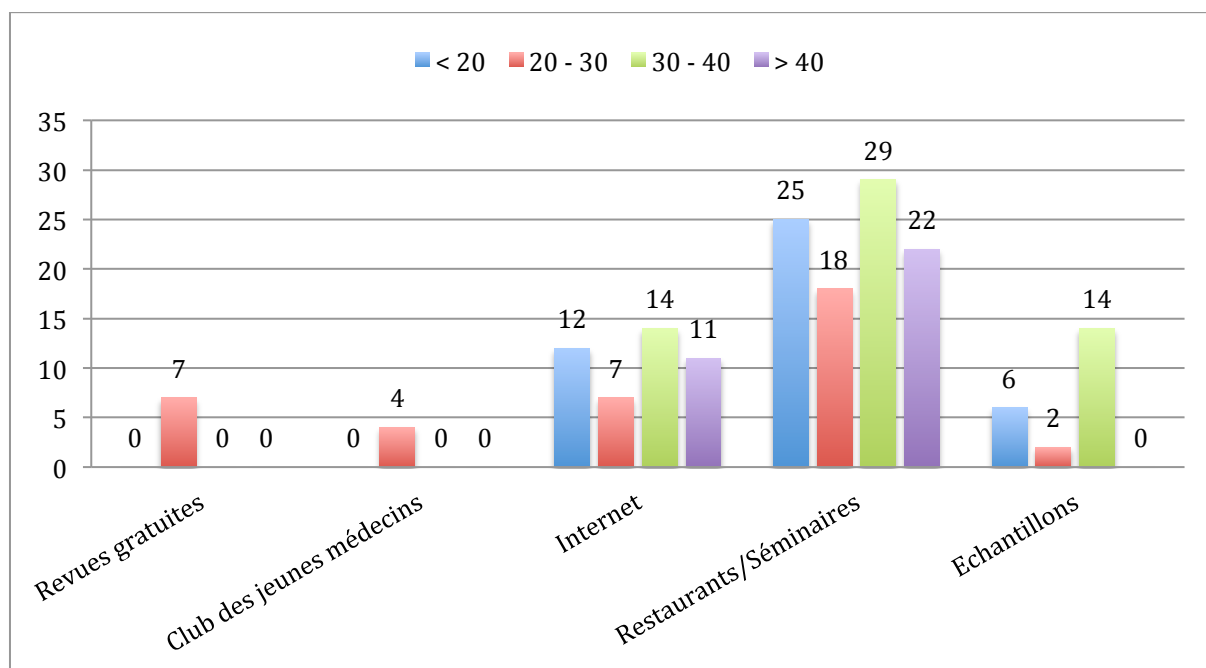
Diagramme n°2 : Répartition quantitative des médecins interrogés en fonction du nombre moyen d'actes par jour.



Histogramme n°8 : Comparaison des moyens de promotion pharmaceutique exprimée en pourcentage en fonction du nombre d'actes moyen par jour.



Histogramme n°9 : Comparaison des moyens de promotion pharmaceutique exprimée en pourcentage en fonction du nombre d'actes moyen par jour (suite).

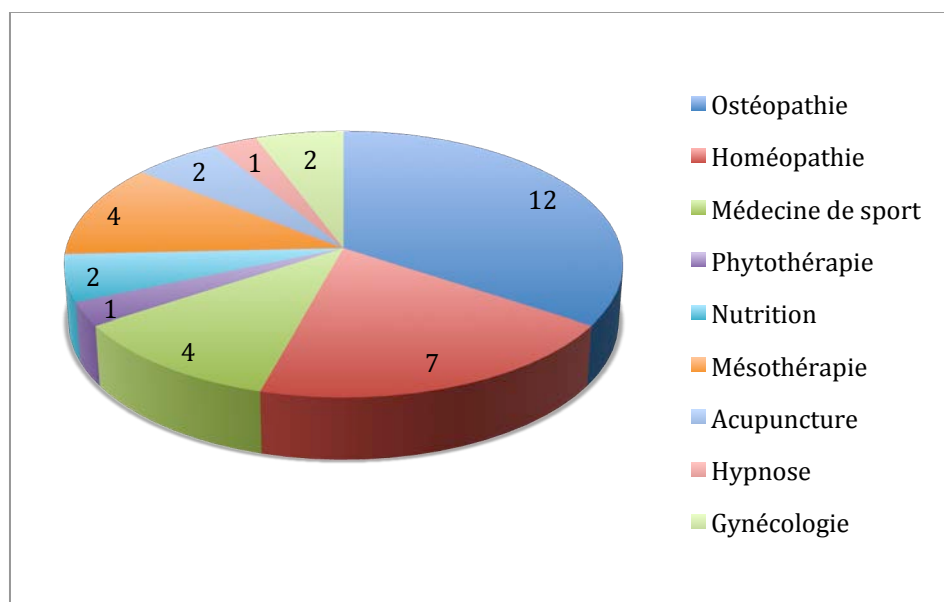


Il n'existait pas de différence statistiquement significative sur l'ensemble des moyens de promotion pharmaceutique en fonction du nombre d'actes moyen réalisés par jour par les médecins généralistes lorrains.

4. Mode d'exercice particulier

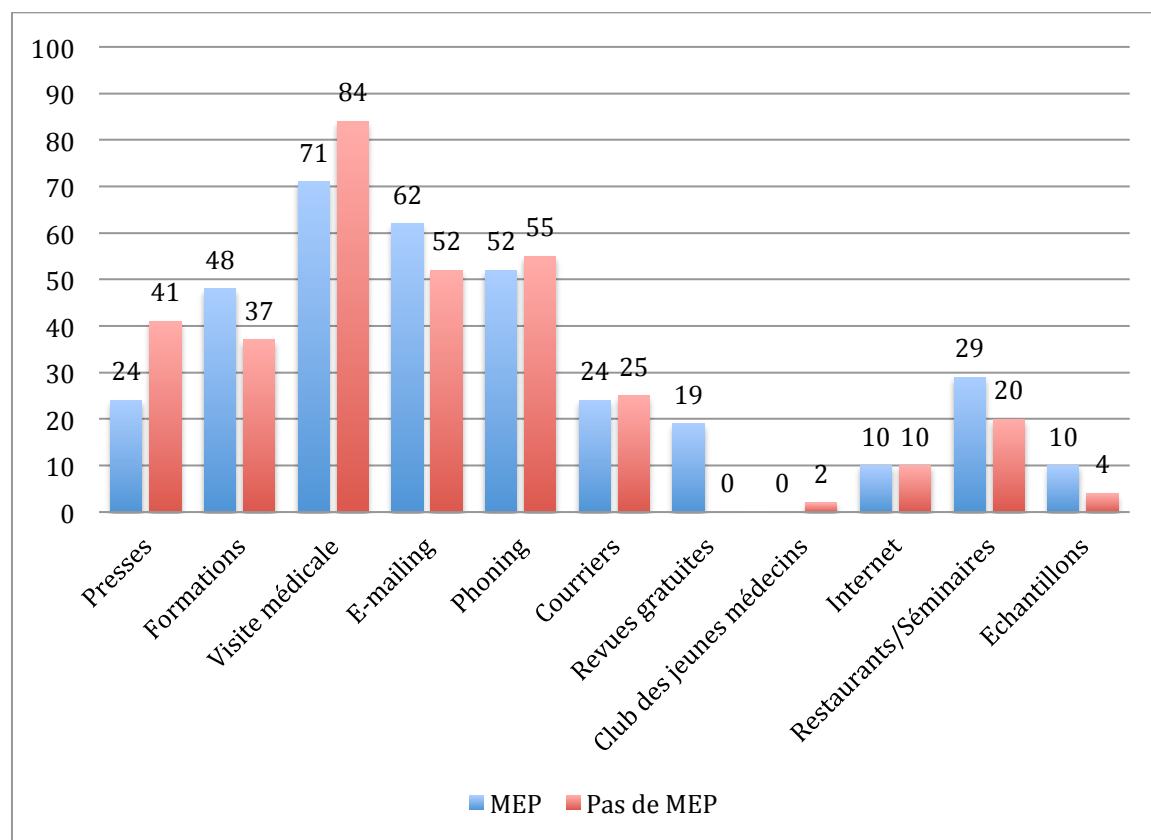
27% des praticiens interrogés exerçaient un mode d'exercice particulier. Nous avons répertorié 9 modes d'exercices différents qui sont présentés dans le diagramme n°3.

Diagramme n°3 : Nombre de médecins exerçant un mode d'exercice particulier.



Dans l'histogramme suivant, nous avons comparé si le fait d'exercer un mode d'exercice particulier influence les moyens de promotion pharmaceutique auxquels les médecins sont soumis (histogramme n°10). Nous n'avons pas comparé chaque mode d'exercice particulier.

Histogramme n°10 : Comparaison des moyens de promotions pharmaceutique exprimée en pourcentage entre les médecins pratiquant un mode d'exercice particulier et les médecins n'en pratiquant pas.



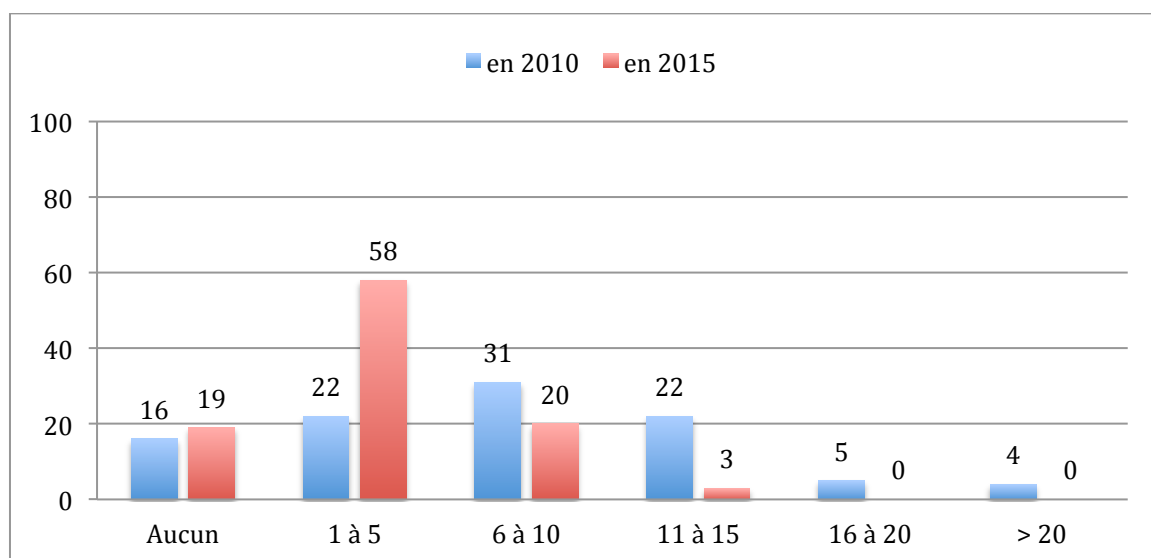
Il n'existait pas de différence statistiquement significative sur l'ensemble des moyens de promotion pharmaceutique en fonction de la pratique ou non d'un MEP.

C. La visite médicale et ses caractéristiques

82 des 101 médecins interrogés reçoivent les visiteurs médicaux.

Nous avons cherché à quantifier le nombre de visiteurs médicaux reçus par médecin et par semaine. Nous avons également cherché à savoir si la baisse de l'effectif des visiteurs médicaux correspondait à une baisse quantitative de la visite médicale. Nous avons donc demandé aux médecins installés depuis plus de 5 ans le nombre de visiteurs médicaux reçus à cette époque. Les résultats sont représentés dans l'histogramme n°11.

Histogramme n°11 : Comparaison du nombre de visiteurs médicaux reçus par semaine en 2010 et en 2015 exprimée en pourcentage.

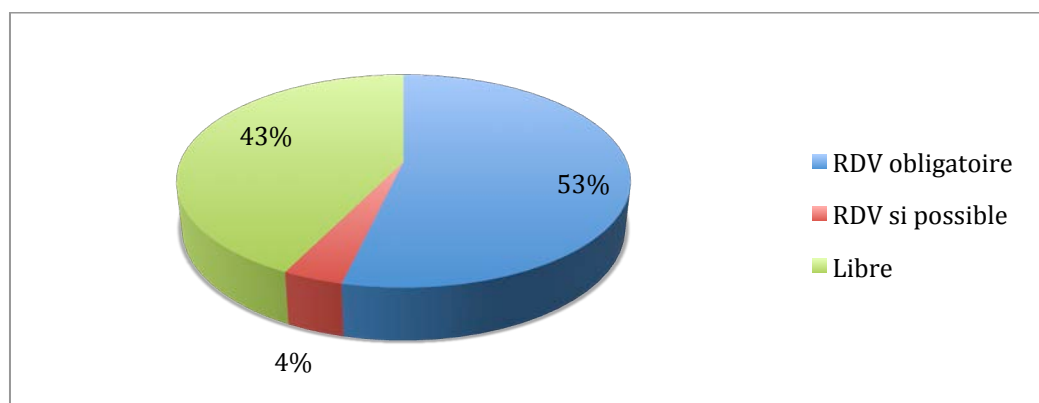


Il existait une différence statistiquement significative entre le nombre de visiteurs médicaux reçus par semaine en 2010 et en 2015. Les médecins généralistes lorrains recevaient en 2015 moins de visiteurs médicaux qu'en 2010 par semaine.

Les caractéristiques de la visite médicale regroupent la modalité de mise en contact (rendez-vous obligatoire, rendez-vous si possible ou libre), la durée de l'entretien ou si une limite de temps est exigée, la présence d'une limitation qualitative aux nouveaux produits ou aux nouveaux dispositifs et la présence d'un confrère pour les praticiens exerçant en cabinet de groupe.

Le diagramme n°4 montre les modalités de mise en contact des visiteurs médicaux avec les médecins généralistes.

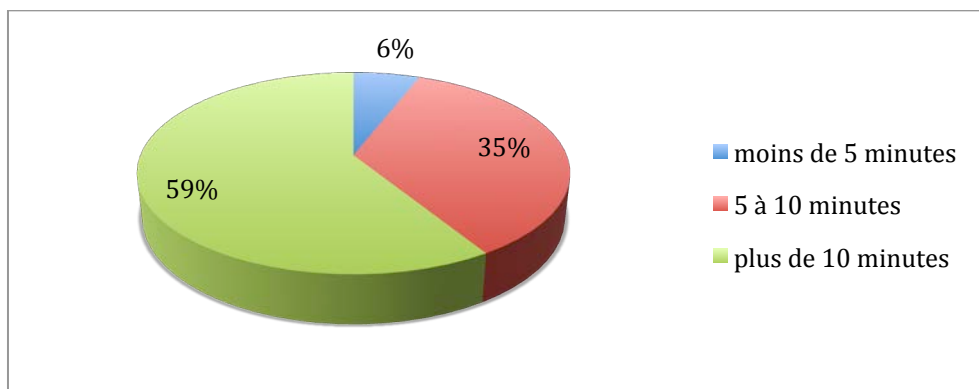
Diagramme n°4 : Modalité de mise en contact de la visite médicale.



Parmi les 82 médecins recevant les visiteurs médicaux, 48 (soit 59%) ne limitent pas la durée de l'entretien. Nous avons demandé à ces médecins combien de temps durait en moyenne la visite médicale. Sur les 48 médecins interrogés, tous ont répondu : 15 minutes, soit le temps d'une consultation.

Les limitations de temps pour les 34 autres médecins sont représentées dans le diagramme n°5.

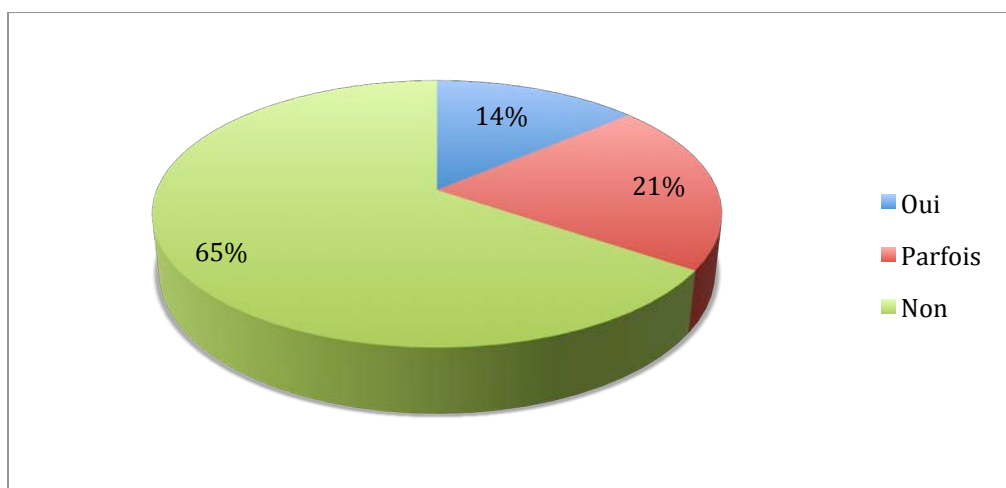
Diagramme n°5 : Limitation de la durée l'entretien avec les visiteurs médicaux.



Un seul médecin restreignait qualitativement la visite médicale aux nouveaux médicaments ou aux nouveaux dispositifs. Les 81 autres médecins acceptaient de voir à plusieurs reprises les visiteurs médicaux pour un même médicament.

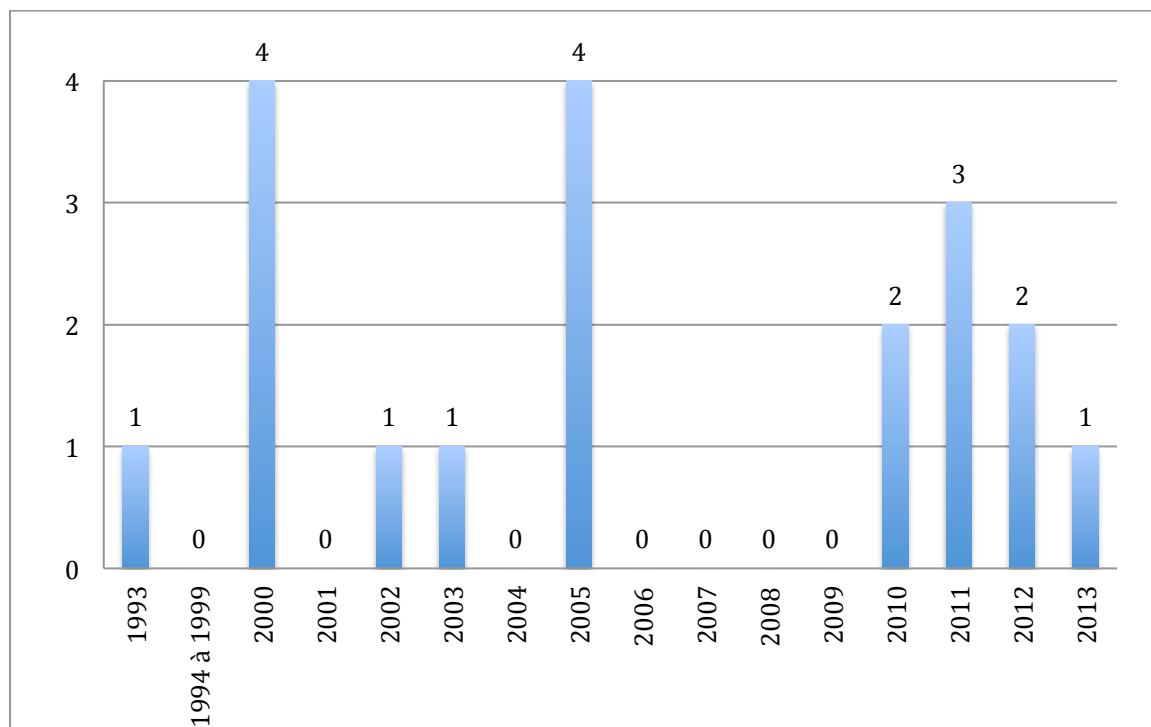
Lorsque les médecins exerçaient dans un cabinet de groupe, ils avaient la possibilité de recevoir les délégués pharmaceutiques avec leur(s) confrère(s). Le diagramme n°6 montre si ces derniers recevaient les visiteurs médicaux seul ou avec leur(s) confrère(s).

Diagramme n°6 : Présence d'un confrère lors de la visite médicale.



Parmi les 19 médecins ne recevant pas les visiteurs médicaux, nous avons cherché à savoir à partir de quelle année ils ont arrêté de voir ces derniers (histogramme n°12).

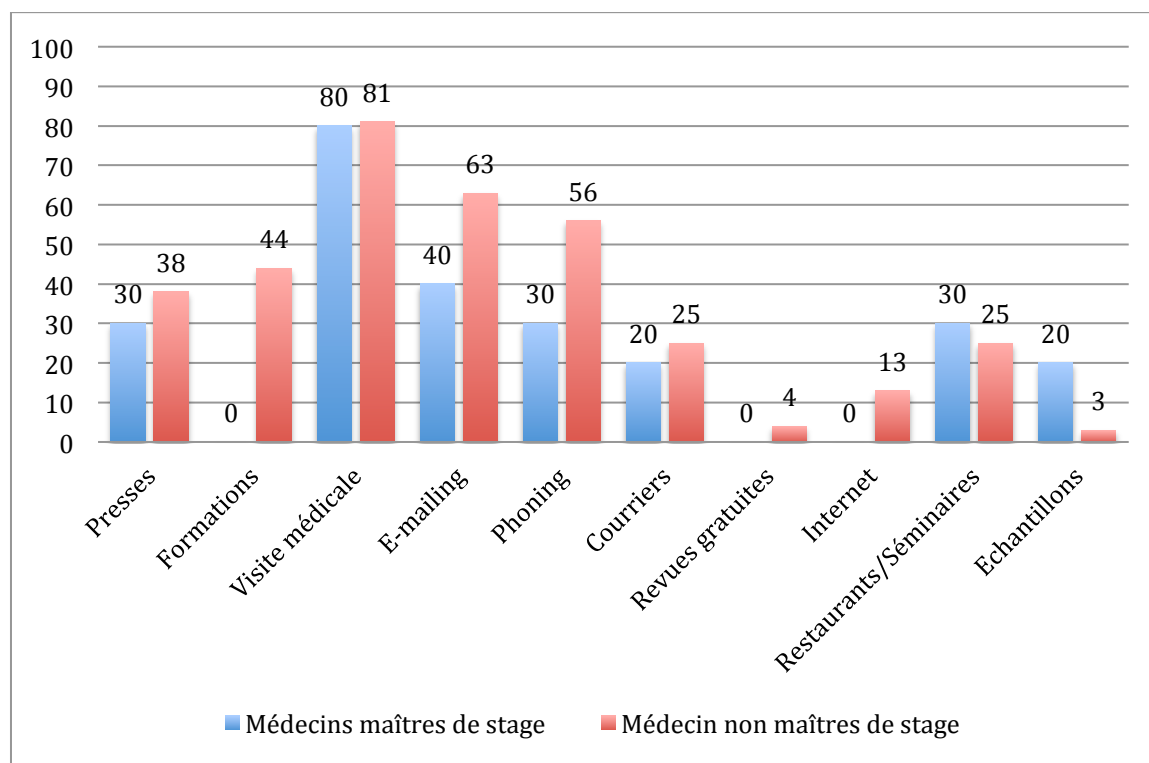
Histogramme n°12 : Depuis quelle année les médecins ont arrêté de recevoir des VM.



10 médecins étaient également maîtres de stage. 100% de ces médecins font participer leurs étudiants en médecine à la visite médicale. Nous n'avons pas fait de différence entre les externes, les internes et les SAPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé).

Nous avons également regardé si les maîtres de stages avaient une approche différente de la promotion pharmaceutique. Les résultats sont présentés dans l'histogramme n°13.

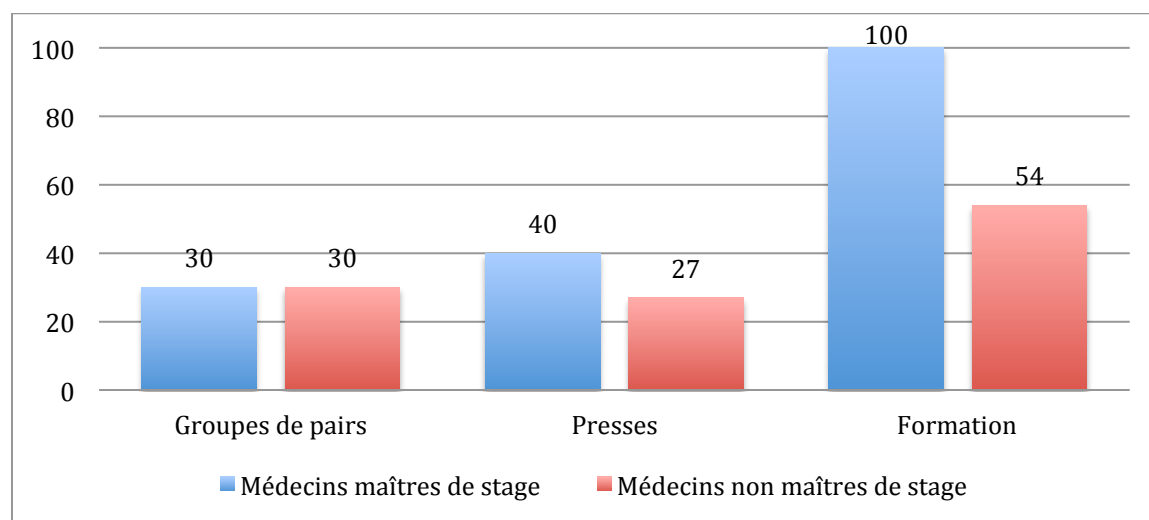
Histogramme n°13 : Comparaison des moyens de promotion pharmaceutique exprimée en pourcentage entre les médecins maîtres de stage et les médecins non maîtres de stage.



Il existait une différence statistiquement significative entre les médecins maîtres de stage et les médecins non maîtres de stage concernant la formation continue financée par l'industrie pharmaceutique. Les médecins maîtres de stage n'utilisent pas de moyens de formation continue par l'industrie pharmaceutique.

Nous avons également comparé ces deux groupes quant à leurs formations indépendantes de l'industrie pharmaceutique (histogramme n°14).

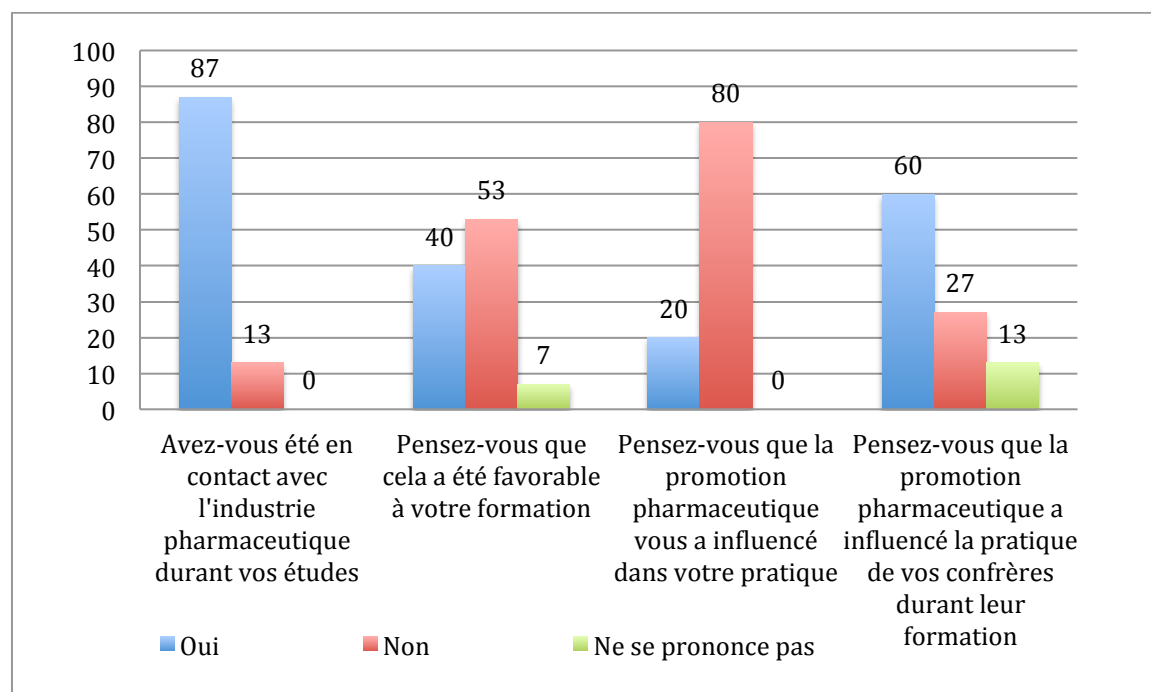
Histogramme n°14 : Comparaison des moyens de formations indépendants de l'industrie pharmaceutique entre les médecins maîtres de stage et les médecins non maîtres de stage.



Il existait une différence significative entre les médecins maîtres de stage et leurs confrères non maîtres de stage sur le critère de la formation indépendante de l'industrie pharmaceutique. Les médecins maîtres de stage se forment plus en utilisant des moyens indépendants de l'industrie pharmaceutique. Mais il n'existait pas de différence statistiquement significative concernant la participation à des groupes de pairs ou la formation indépendante des firmes à travers la presse médicale.

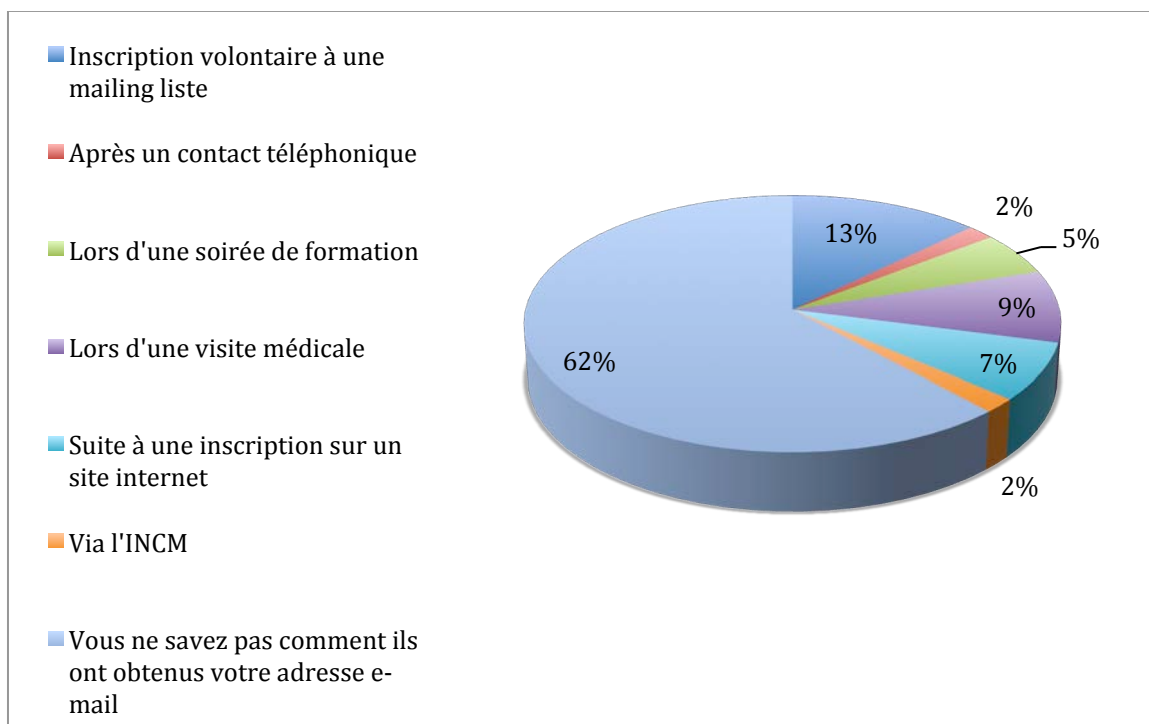
Une partie du questionnaire était consacrée aux médecins ayant terminé leur formation médicale dans les 5 années précédentes, soit 15 médecins. Nous avons tenté d'observer s'ils avaient eu des contacts avec l'industrie pharmaceutique et s'ils pensaient avoir été influencés par les différents moyens de promotions des firmes. Puis nous leur avons demandé si leurs confrères avaient été influencés. Les résultats sont présentés dans l'histogramme n°15.

Histogramme n°15 : Relation en pourcentage entre les étudiants en médecine et l'industrie pharmaceutique.



Une partie du questionnaire cherchait à savoir par quel moyen l'industrie pharmaceutique a obtenu les adresses courriels des médecins recevant de la promotion pharmaceutique e-mails. Les réponses sont présentées dans le diagramme n°6.

Diagramme n°6 : Moyens d'obtention de l'adresse e-mail des médecins par l'industrie pharmaceutique.



V. Discussion

Malgré une importante diminution des effectifs des délégués médicaux, la visite médicale reste le moyen privilégié des firmes pharmaceutiques afin de promouvoir leurs nouveaux produits. Cela semble logique puisqu'il s'agit du média qui, malgré son coût élevé, permet le meilleur retour sur investissement pour les firmes pharmaceutiques (44). Nous constatons également le développement de nouvelles approches à l'image de sites internet et d'application mobiles afin de maintenir une relation étroite avec les médecins.

A. Les limites de l'étude

1. La taille de l'échantillon

La première limite est la quantité de médecins interrogés. Nous avons recueilli 101 réponses sur 431 médecins appelés soit un taux de réponses de 23%. L'effectif n'est pas assez important pour être statistiquement représentatif de la population des médecins généralistes lorrains. Le questionnaire ne concernait que les médecins lorrains, on ne peut pas extrapoler nos résultats à l'ensemble des médecins français.

2. Un biais de sélection

La deuxième limite est un probable biais de sélection. Malgré le fait que nous ne jugeons pas les médecins généralistes et que les données aient été rendues anonymes, nous pouvons nous interroger sur le faible taux de réponses. Une explication serait que les médecins ayant le plus de contacts avec l'industrie pharmaceutique ont probablement refusé de répondre. De plus, les médecins ayant répondu à l'étude ont pu sous-estimer volontairement ou involontairement les résultats pour deux raisons. La première est que les médecins ont une tendance naturelle à ne pas se sentir influençables par la promotion pharmaceutique, à l'image des résultats obtenus concernant les jeunes médecins installés depuis moins de cinq ans. La seconde raison est que sachant qu'il est préférable de bénéficier d'une formation indépendante, les médecins ont pu vouloir faire « bonne figure » en donnant des résultats erronés et sous-estimés, il s'agit de la désirabilité sociale.

3. Le type d'étude

La troisième limite est le type même de l'étude. Il s'agissait d'une étude rétrospective qui par définition comporte des imprécisions quant aux réponses générées et n'a qu'un faible niveau de preuve.

De plus, nous avons choisi de réaliser un questionnaire court, ne nécessitant que quelques minutes pour être complété. Ce choix a été fait pour obtenir un taux de réponse satisfaisant. Pour ce faire, nous avons choisi de détailler les moyens de promotion pharmaceutique les plus répandus déjà connus (revues médicales, FMC et DPC, visite médicale). La question ouverte du questionnaire permettait de mettre en évidence des moyens de promotion non recensés initialement.

Ces deux facteurs peuvent avoir sous-estimé les moyens de promotion pharmaceutique recueillis lors de la question ouverte. Lorsqu'un médecin est soumis à un moyen de promotion qu'il n'utilise pas ou peu habituellement, il peut omettre de le signaler lors d'une étude rétrospective du fait d'un oubli.

B. Les principaux résultats de l'étude

Dans la littérature actuelle, environ 40% des médecins disent qu'ils manquent d'informations sur les traitements (29). Selon un rapport de la HAS de 2009 (45), les trois principales sources d'informations pour les médecins sont dans l'ordre de préférence : la presse professionnelle, la visite médicale et le Vidal. Les médecins généralistes ne recevant pas la visite médicale citent quant à eux, comme source d'information complémentaire : la revue *Prescrire*. Les autres sources citées sont internet, l'information des pairs, la production institutionnelle (46).

Dans notre étude, le principal moyen de promotion des laboratoires pharmaceutiques reste la visite médicale. Nous retrouvons ensuite le publipostage avec la réception de courriels et d'appels téléphonique ainsi que des courriers mais de manière moins fréquente. Puis la presse médicale et les formations par FMC et DPC arrivent en troisième place.

Nous pouvons différencier les moyens de promotion pharmaceutique par deux aspects importants.

Le premier est la promotion que les médecins généralistes peuvent difficilement contrôler comme le publipostage. En effet, les médecins étant référencés sur les pages jaunes, il s'agit d'un moyen simple pour les firmes pharmaceutiques de récupérer des données comme l'adresse et le numéro de téléphone. L'adresse e-mail est plus difficile à obtenir. Une grande part des médecins généralistes (62%) ne sait d'ailleurs pas par quels moyens l'industrie

pharmaceutique est parvenue à récupérer leur adresse mail. Une possibilité non évoquée par les médecins interrogés serait que l'industrie pharmaceutique ait récupéré certaines adresses mails par l'intermédiaire des FMC qu'elle a financées.

Le second est la promotion pharmaceutique dissimulée sous le couvert d'une information. Qu'il s'agisse de la visite médicale, de la presse médicale, des formations type FMC ou DPC ou encore des séminaires, l'objectif premier des médecins est d'obtenir des informations quant à leur pratique et de continuer à se former.

C. La visite médicale

Avec 81% de médecins généralistes recevant des visiteurs médicaux, nos résultats sont comparables à ceux retrouvés dans d'autres études (46)(45).

Bien que les médecins généralistes continuent de recevoir la visite médicale, nous constatons une baisse du nombre de délégués pharmaceutiques reçus par semaine. Dans notre étude, aucun médecin ne reçoit plus de 15 visiteurs médicaux par semaine en 2015 alors qu'ils étaient 7 en 2010. Il existe donc une diminution quantitative de la visite médicale. Cependant, le nombre de médecins acceptant de recevoir des visiteurs médicaux n'a pas été modifié.

Les délégués pharmaceutiques continuent donc d'aller voir autant de médecins mais moins régulièrement. Il est légitime de se demander si cette baisse quantitative est due à une régulation des médecins généralistes eux-mêmes ou simplement à la baisse des effectifs de visiteurs médicaux en France.

Or les médecins ne régulent pas ou très peu les visites médicales. Les trois moyens les plus simples étant :

1. De ne recevoir les délégués médicaux que lorsqu'ils apportent de nouveaux dispositifs ou de nouvelles molécules. En effet, les médecins estiment que la visite médicale permet de se former même s'ils reconnaissent que les informations données lors de la visite médicale sont biaisées. Mais sur les 82 médecins recevant des délégués pharmaceutiques, un seul accepte de recevoir uniquement ceux présentant de nouveaux traitements. Il est donc difficile de croire que la visite médicale permet une quelconque formation. Cette visite médicale est plus destinée à être un « *reminder* » dont l'efficacité n'est plus à démontrer.

2. D'obliger les visiteurs médicaux à prendre rendez-vous afin de pouvoir réguler le nombre de délégués pharmaceutiques vus par semaine. Mais encore une fois, nous constatons que près de la moitié des médecins n'exige pas obligatoirement un rendez-vous.
3. De limiter la durée de l'entretien à quelques minutes afin de pouvoir consacrer du temps à ses patients. Une nouvelle fois, nous constatons que 59% des médecins recevant les visiteurs médicaux ne limitent pas la durée de l'entretien. Lorsque nous nous attachons à observer la limite de temps fixée par les 38 médecins restants, 60% (soit 20 médecins) avouent qu'elle dure plus de 10 minutes. Pour résumer, 68 des 82 médecins recevant des visiteurs médicaux, soit 83%, ne limitent pas réellement la durée de la visite médicale.

Nous pouvons donc mettre en relation la baisse quantitative de la visite médicale, non pas avec une régulation des médecins, mais avec la baisse quantitative du nombre des visiteurs médicaux.

L'histogramme n°12 qui indique à partir de quelle année certains médecins ont refusé de recevoir les délégués médicaux montre qu'il existe deux pics : en 2000 et en 2005. Depuis 2010, plusieurs médecins ont refusé la visite médicale. A la différence des deux pics précédemment décrits, nous avons l'impression que ce phénomène à l'air plus stable dans le temps. L'une des hypothèses, bien que non confirmée, pourrait être que les deux pics correspondraient à des scandales sanitaires. Quant à l'évolution depuis 2010 qui semble plus stable, nous pourrions émettre l'hypothèse que plusieurs facteurs en sont responsables : une baisse de la pression pharmaceutique due à la diminution des visiteurs médicaux depuis plusieurs années, une meilleure formation universitaire concernant les conflits d'intérêts, l'affaire des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération et l'affaire du Médiator. Il ne s'agit là que de pistes de réflexion et non d'arguments validés.

Afin de limiter l'influence des firmes pharmaceutiques sur les prescriptions, un rapport de l'IGAS de 2011 proposait de supprimer la visite médicale (47). A défaut, il est possible pour les médecins généralistes de réguler la venue des délégués pharmaceutiques par plusieurs moyens : prise de rendez-vous obligatoire, durée limitée de la visite, ne recevoir que les présentations de nouveaux produits ou dispositifs.

Avec la fin des « blockbusters », la promotion des médicaments génériques, la visite médicale se tourne actuellement vers une autre cible que les médecins libéraux. Il s'agit des hôpitaux. Le modèle des « blockbusters » a dominé des années 1990 au milieu des années 2000. Un médicament blockbuster ou « médicament vedette » est un médicament générant un chiffre d'affaire de plus d'un milliard de dollars. Pour obtenir un tel résultat, l'objectif était de jouer sur la quantité vendue. Les firmes utilisaient donc des « me-too » qui sont des médicaments proches de ceux déjà présents sur le marché, sans avantage thérapeutique réel, mais dont le prix est 20 à 40% plus cher que le médicament de base. Il s'agissait ensuite pour les firmes de promouvoir ce « me-too » à grande échelle pour engendrer des bénéfices colossaux sans avoir à dépenser d'importantes sommes en recherches et développements.

Devant le contrôle des dépenses instauré par l'Etat, une période de transition a permis de voir l'avènement des « nichebusters ». Il s'agit de traitements destinés à des maladies rares où il n'existe pas de thérapie établie. Les avantages sont nombreux : processus d'autorisation accéléré, crédits d'impôts supplémentaires, aides financières à la recherche et périodes d'exclusivité étendues. De plus, les essais cliniques ne pouvant porter sur une grande population par définition, les essais cliniques sont moins coûteux. De même, les prescripteurs de ces médicaments sont des médecins spécialistes peu nombreux, ce qui nécessite des coûts marketings réduits (48).

D. Les formations médicales

Dans notre étude, les formations type FMC et DPC financées par l'industrie pharmaceutique arrivent en quatrième position après la visite médicale, le phoning et le mailing. Si nous ne prenons en compte que les moyens de promotion pharmaceutique soumis à une action directe du médecin, les formations médicales sont à la seconde place. En effet, comme nous l'avons expliqué, il est difficile pour les médecins de réguler les promotions reçues par publipostage. En 2007, le rapport de l'IGAS annonçait un taux de financement des FMC à hauteur de 98% par les firmes (47). En 2011, le rapport d'information réalisé au nom de la mission commune d'information sur le Médiateur (29) faisait état d'un financement des programmes de formation continue à 80% par les laboratoires.

Notre étude montre que seulement 40% des médecins participent à des formations financées par les firmes. Devant cet écart important entre les données publiées et les résultats obtenus, nous pouvons donc nous demander si les médecins généralistes connaissent réellement le financement de leur formation continue ou s'ils supposent simplement qu'il s'agit d'une formation indépendante.

De plus, notre étude retrouve 98% de médecins participants à des formations continues. Or, en 2009, seulement 15% de la population médicale libérale (généralistes et spécialistes) a suivi une action de formation médicale continue (29). Nous pouvons donc nous interroger une nouvelle fois quant à l'authenticité des propos recueillis.

1. La presse médicale

En 2009, la presse demeurait l'une des principales sources d'informations des médecins. 69% des médecins utilisaient la presse médicale comme source d'information (45). Notre questionnaire retrouve un pourcentage sensiblement identique : 66% des médecins interrogés lisent des revues médicales.

Il existe une trentaine de revues médicales dont les objectifs sont parfois différents. *Le Quotidien du médecin* évoque l'actualité médicale ; *la Revue du praticien* et *le Concours médicale* ont pour vocation la formation continue ; la revue *Prescrire* donne principalement des recommandations pratiques et analyse les nouveaux médicaments mis sur le marché. Ces différentes revues constituent une part importante de l'information pour les médecins (29).

Les formats numériques sont peu développés, principalement en raison de l'âge moyen des médecins (50 ans) et de leur faible intérêt pour ce format.

Le financement d'une revue par des firmes ne correspond pas à une formation de qualité. Ces revues omettent régulièrement de citer les effets indésirables des traitements, ne présentent que les études aux résultats les plus favorables pour les laboratoires ou publient les études aux résultats défavorables avec du retard (4).

En France, quatre revues médicales sont indépendantes de l'industrie pharmaceutique : la revue *Prescrire*, la revue *Exercer*, la revue *Pratique*, *les cahiers de la médecine utopique* et la revue *Médecine* (47).

Dans notre étude, seule la revue *Prescrire* a été citée par 30% des médecins interrogés ce qui est supérieur aux résultats attendus. En 2014, la revue *Prescrire* recensait 16 118 médecins généralistes abonnés (49) pour 90 630 médecins généralistes en activité (50) dont 45 à 50 000 exerçant en ambulatoire, soit 18% environ. Le financement de cette revue se base uniquement sur les revenus générés par les abonnements des lecteurs. Elle a d'ailleurs vu son nombre d'abonnés augmenter suite au scandale du Médiateur qu'elle avait dénoncé bien avant la médiatisation de cet événement.

Les firmes contrôlent les informations des revues médicales soumises à son financement. Privilégier une revue possédant un financement indépendant semble être plus raisonnable.

2. Le publipostage

Ce moyen de promotion pharmaceutique regroupe donc les courriers, le phoning ainsi que le mailing. Nos résultats sous-estiment possiblement le pourcentage de médecins recevant des courriers à visée promotionnelle car nous ne demandions par directement si les médecins en recevaient contrairement au phoning et au mailing.

Cependant, nous constatons qu'une grande partie des médecins sont soumis à ce moyen de promotion pharmaceutique. Il est peu cher pour les firmes et permet de toucher l'ensemble des médecins sans leur demander leur autorisation.

Dans les prochaines années, ces moyens de promotion vont se développer. Le mailing sera de plus en plus personnalisé à l'image de la visite médicale grâce au « profiling ». 62% des médecins ne savaient pas comment leur e-mail avait été obtenu par les firmes. Notons que certains sites internet mettent en vente les adresses mails des médecins, vétérinaires ou encore des opticiens. Le site <http://www.emailing-network.com/home/medecins-france-generalistes-specialistes-dentistes-veterinaires.html> permet ainsi d'obtenir l'adresse mail de 299 272 médecins, leurs numéros de téléphone, leurs numéros de fax voire le chiffre d'affaire annuel moyen afin de permettre un premier ciblage.

Nous n'avons pas trouvé de données sur ce sujet dans la littérature afin de comparer nos résultats à une référence.

3. Les invitations aux restaurants ou à des séminaires

22% des médecins reconnaissent avoir moyen à ce type de promotion.

Les firmes pharmaceutiques utilisent des leaders d'opinions lors de séminaires afin d'avoir un impact plus important chez les médecins. Ces leaders d'opinions sont donc rémunérés par les firmes. Le fait qu'un « expert » dans un domaine fasse la promotion de certains traitements donne une certaine légitimité à ces traitements. Les médecins de pratique ambulatoire modifient peu les prescriptions de spécialistes. Il est important de noter que l'industrie pharmaceutique se concentre actuellement vers une promotion de plus en plus hospitalière allant jusqu'à diminuer le prix de vente des traitements aux hôpitaux. Ainsi les patients, lorsqu'ils sont hospitalisés, sortent avec une ordonnance contenant des médicaments parfois chers, que leur médecin traitant renouvellera sans oser le modifier alors que le prix de ces molécules en ville est quant à lui beaucoup plus important.

Les invitations aux restaurants ont un double effet. Le premier objectif est d'être un « reminder ». Plus le médecin entend parler d'une molécule, plus cette dernière aura de chance d'être prescrite. Le second objectif est d'induire un sentiment d'obligation de réciprocité. Un cadeau, même de faible valeur, induit un sentiment de réciprocité permettant d'augmenter les ventes des traitements (9).

Afin de se prémunir de ce type de promotion, il existe un moyen simple pour les médecins généralistes : refuser ces opportunités lorsqu'elles se présentent.

4. Internet

10% des médecins généralistes de notre étude étaient soumis à la promotion pharmaceutique sur ce nouveau canal, soit par l'intermédiaire d'applications mobiles soit via des sites internet sponsorisés par des firmes.

Aucun des médecins interrogés n'a évoqué l'e-detailing qui correspond à une visite médicale directement via internet. Le médecin choisit le moment de sa journée pour se connecter à un site internet à l'aide d'un identifiant donné par un visiteur médical. Une fois connecté au site internet, il est en liaison direct avec un délégué pharmaceutique qui pourra partager des diaporamas concernant les produits de sa firme. Il est également là pour répondre aux questions du médecin.

Aucun sondé n'a évoqué l'e-learning. Il s'agit d'un apprentissage en ligne pour lequel la HAS vient de publier un guide de conception des formations par voie électronique (51). Il permet au médecin de se former de chez lui.

Un autre exemple de formation via internet est la formation à travers des cas cliniques, également appelé serious-game. Ils sont là pour simuler l'activité professionnelle du médecin généraliste. Par exemple, le site <http://www.medicactiv.com/fr/> propose des cas cliniques de cardiologie. L'internaute est dans la peau d'un médecin généraliste face à son patient présentant divers symptômes. Derrière l'approche pédagogique, la société développant cette plateforme, Interaction Healthcare, est également partenaire de laboratoires pharmaceutiques (52).

L'utilisation de ces différents canaux permet à l'industrie pharmaceutique de recueillir des informations sur les médecins généralistes qui y participent. Ces informations seront à l'avenir utilisées afin de cibler les envies et les besoins de chacun. Ce « profiling » est déjà mis en place pour la visite médicale. Mais avec l'avancée d'internet, il y a fort à parier que

ces moyens vont fortement se développer. La plupart des médecins sont actuellement informatisés, certains uniquement en vue de télétransmettre leurs feuilles de soins.

Les principaux avantages pour les industries pharmaceutiques sont le faible coût de ces nouveaux moyens de promotions, la possibilité d'obtenir le « profil de prescription » de chaque médecin, la souplesse temporelle puisque le médecin décide du moment ainsi que du temps qu'il désire y consacrer. Même si cela ne remplace pas le face-à-face de la visite médicale, il s'agit d'un complément non négligeable pour les firmes.

5. Les échantillons

Malgré la mise en place d'une loi dite « anti-cadeaux », 5% des médecins interrogés affirment recevoir des échantillons gratuits. Les médecins font donc bénéficier leurs patients qui n'en auraient pas les moyens de ces échantillons. Le but attendu de l'industrie pharmaceutique est que le patient demande à son médecin de renouveler ce traitement ultérieurement. Il en ressort une situation absurde où un patient avec peu de moyens se voit demander à son médecin un traitement coûteux même s'il existe des alternatives à ce traitement (9).

E. Analyse en sous-groupes

1. Sexe

Nous avons recensé 31% de femmes et 69% d'hommes lors de notre étude. Ces chiffres correspondent à la démographie médicale en Lorraine au 1^{er} janvier 2015 avec 646 femmes (soit 31,6%) pour 1399 hommes (soit 68,4%) sur un total de 2045 médecins (53). Il existe une différence entre le nombre de médecins généralistes enregistrés sur les pages jaunes et les chiffres officiels communiqués par le conseil national de l'ordre des médecins. Cette différence est due aux erreurs contenues dans le fichier des pages jaunes. Certains médecins sont mal renseignés comme nous avons pu le constater lors de nos appels téléphoniques : phlébologue, médecin retraité, gynécologue, médecin esthétique.

L'analyse en sous-groupes ne montre pas de différence significative entre les hommes et les femmes concernant l'ensemble des moyens de promotions pharmaceutiques en dehors d'internet. Les femmes seraient en effet plus enclines à utiliser ce nouveau média.

2. Age

La moyenne d'âge des médecins de l'étude était de 49 ans ce qui semble proche de la moyenne des médecins généralistes lorrains qui est de 52 ans (53).

La pyramide des âges confirme que la profession se féminise. Les médecins les plus âgés sont principalement des hommes alors que cette tendance s'inverse lorsque nous approchons de la base de la pyramide des âges.

Nous pouvons donc noter que sur les critères du sexe et de l'âge, la population de l'étude se rapproche des caractéristiques des médecins généralistes lorrains.

Notre étude ne retrouvait pas de différence significative selon l'âge des médecins.

Nous retrouvons une place importante de la visite médicale chez les médecins généralistes. Elle est encore peu régulée par les médecins eux-mêmes d'un point de vue quantitatif et qualitatif. La baisse constatée de la visite médicale découle de la baisse des effectifs des visiteurs médicaux et non de la volonté des médecins. Elle permet de toucher également les jeunes générations d'étudiants en stage chez un praticien. Ces futurs médecins restent sensibles à la promotion pharmaceutique (54). Les résultats de l'étude confirment les données bibliographiques montrant que chaque étudiant pense être insensible à la promotion pharmaceutique et apte à avoir un jugement indépendant. Ils pensent également que leurs confrères n'auraient pas cette capacité de jugement et seraient influençables.

Même s'ils en ont la possibilité en travaillant dans un cabinet de groupe, les médecins restent souvent seuls face aux visiteurs médicaux sans que l'on puisse apporter une réponse à ce phénomène.

Une majorité d'entre eux sont abonnés à une ou plusieurs revues médicales. Il est nécessaire de s'informer des nouveautés dans le domaine médical et de poursuivre une formation continue. Mais le financement de ces revues par l'industrie pharmaceutique n'apporte pas la qualité nécessaire requise afin de prendre les meilleures décisions possibles. Une revue médicale comportant de la publicité pharmaceutique et un abonnement gratuit devrait alerter le médecin quant à l'information qu'il obtiendra en lisant cette revue.

Le financement de la formation médicale est parfois plus subtil. Les médecins pensent avoir une formation indépendante à travers les FMC et les DPC comme le montre notre questionnaire. Nombreux sont les médecins ayant répondu que leur formation n'est jamais

financée par un laboratoire. Malheureusement, nous mettons une réserve quant à ce chiffre puisque 98% des FMC étaient financées par l'industrie pharmaceutique en 2007 (55).

De nouveaux moyens se développent également. Le mailing et le phoning, souvent non sollicités par les médecins, augmentent. Des applications mobiles afin « d'aider » les médecins voient le jour. Il peut s'agir d'aide à l'exercice quotidien de la médecine, un organisateur d'agenda ou la réalisation d'un site internet pour le médecin. Des clubs de jeunes médecins s'organisent, ils sont souvent menés par des leaders d'opinions payés par un laboratoire pour intervenir et dispenser la bonne parole.

Nous devons toutefois relativiser les résultats de cette étude.

Le premier biais vient du fait qu'il s'agit d'une étude basée sur un questionnaire téléphonique. Afin d'être mis en relation avec les médecins, nous avons dû appeler durant les horaires d'ouvertures des différents cabinets. Cela implique que les médecins étaient en consultation lorsqu'ils répondaient et n'avaient donc que peu de temps à nous accorder.

Les questions ouvertes ont donc tendance à obtenir des réponses permettant d'abréger le questionnaire. Par exemple, à la question: « Existe-t-il d'autres moyens de promotions pharmaceutiques auxquels vous faites face? », les médecins ont répondu majoritairement « non ». Il semble peu probable que 44,6% des médecins ne reçoivent pas de courriers de la part de l'industrie pharmaceutique.

Certains médecins ont probablement eu tendance à vouloir donner des « bonnes » réponses même si ces dernières ne correspondaient pas à leur pratique.

3. Le type d'exercice

Le fait d'avoir une pratique de groupe ou d'exercer seul n'avait pas d'influence sur les moyens de promotions utilisés par l'industrie pharmaceutique en dehors de la visite médicale, le mailing et le phoning. Les médecins travaillant en groupe avaient tendance à recevoir plus facilement les délégués médicaux que les médecins isolés. Ils recevaient moins de mails et d'appels téléphoniques.

Ce phénomène était mis en évidence dans l'étude d'Anne Vega en 2011 (24). Lorsque des médecins initialement réticents à recevoir des visiteurs médicaux travaillaient dans un cabinet de groupe avec des confrères plus gros prescripteurs qu'eux, ils avaient tendance à accepter la visite médicale plus facilement. Les visiteurs médicaux se servaient donc de ce fait avec des

phrases telles que : « Votre collègue m'a dit que cela lui facilitait le travail. Lui, il utilise plutôt (tel produit) ».

4. Le lieu d'exercice

Sur l'ensemble des moyens de promotions pharmaceutiques recensés, le fait que les médecins exercent en milieu rural, semi-rural ou urbain n'a pas d'importance. Les moyens de promotion pharmaceutique sont similaires et dans des proportions équivalentes.

5. La charge de travail

A l'image du lieu d'exercice, le fait d'effectuer un nombre important d'actes par jour ne semblait pas modifier les différents moyens de promotion pharmaceutique. Une donnée apparaît cependant assez contradictoire. Les neuf médecins effectuant plus de quarante actes par jour étaient ceux qui lisaient le plus de revues médicales.

On aurait pu penser que le fait d'effectuer un très grand nombre d'actes par jour laisserait moins de temps à ces médecins de lire des revues scientifiques. L'effectif des médecins interrogés effectuant plus de quarante actes par jour est trop faible pour tirer des conclusions.

6. Les MEP

Les praticiens exerçant un mode d'exercice particulier ont moins recours aux différents traitements médicamenteux que leurs confrères. Les résultats de notre étude montraient qu'ils avaient cependant recours aux mêmes moyens de promotions pharmaceutiques dans l'ensemble. Le seul critère distinguant les deux groupes était l'invitation à des séminaires ou à des repas organisés. Sur ce critère, les médecins ayant un MEP ont moins tendance à accepter ce type d'invitation.

7. Les maîtres de stage

Les résultats de notre questionnaire tendaient à montrer que les médecins maîtres de stage n'avaient pas recours à l'industrie pharmaceutique pour leur formation continue à type de FMC ou DPC. Sur l'ensemble des autres critères, le fait d'être maître de stage ne semblait pas apporter de réelles différences.

Nous avons retrouvé ce phénomène sur les critères de formations indépendantes des laboratoires. Les médecins maîtres de stage avaient des résultats semblables en ce qui concernaient les groupes de pairs et les revues médicales mais ils se formaient tous de façon indépendante dans le cadre de leur FMC et DPC.

Un second critère a été révélé par notre étude. Tous les médecins maîtres de stage interrogés faisaient participer leurs étudiants à la visite médicale.

Une motion a été votée en juin 2012 à la faculté de Nancy dans laquelle le DMG¹ s'interdit tout partenariat industriel lors de l'accueil des étudiants et lors des enseignements. Les médecins maîtres de stage participent à la formation des étudiants en médecine à travers des stages dans leur cabinet. Pour respecter cette motion, les visiteurs médicaux ne devraient pas être acceptés par les maîtres de stage lors de l'accueil des étudiants. Le DMG pourrait rappeler cette motion à l'ensemble des maîtres de stage.

Le DMG de la faculté de médecine de Bordeaux va débiter un enseignement sur la compréhension et l'influence de la promotion pharmaceutique pour les internes de médecine générale de dernière année.

8. Les médecins installés depuis moins de cinq ans

La question supplémentaire posée aux jeunes médecins installés montrait qu'une très large partie était déjà en contact avec l'industrie pharmaceutique durant leurs études, 86%. Notre questionnaire a également confirmé le fait que les jeunes médecins ne se sentaient pas influencés par les firmes pharmaceutiques. Ils jugeaient également que ces contacts n'étaient pas favorables à leur formation. Ils étaient par contre une majorité à penser que leurs confrères étaient influencés.

Certains étudiants se mobilisent contre l'influence des laboratoires pharmaceutiques. « La troupe du rire » en est un exemple. Il s'agit d'un collectif d'étudiants souhaitant sensibiliser les médecins aux influences de l'industrie pharmaceutique. Ils ont publié un livret afin de sensibiliser les futurs médecins aux liens avec l'industrie pharmaceutique (56).

¹ Département de Médecine Générale

F. Comparaison de notre étude avec une thèse récente :

Une thèse de 2014 faisait un état des lieux des relations entre les médecins généralistes et l'industrie pharmaceutique en termes de comportements et de perceptions dans le Val de Marne (57). Ce chapitre a pour vocation de présenter les similitudes et les différences retrouvées entre nos deux travaux. Les comparaisons exprimées présenteront toujours les résultats de l'étude de 2014 puis les résultats de notre étude pour plus de lisibilité.

Les deux travaux présentaient des différences démographiques. Le pourcentage de femme était de 31% alors qu'il était de 41% dans notre étude ; environ 10% des médecins exerçaient en milieu rural alors qu'ils étaient 33% dans nos travaux. Il existait également quelques similitudes : les moyennes d'âges étaient proches avec 49 ans contre 51,5 ans ; les médecins exerçants en cabinet de groupe étaient respectivement de 53% et 57%.

Les principaux résultats que nous avons pu comparer étaient :

- la comparaison en fonction de l'âge des médecins : ce travail montrait que les jeunes médecins (moins de 40 ans) recevaient moins de visiteurs médicaux que leurs confrères plus âgés. Nous n'avons pas retrouvé cette différence dans notre étude.
- le nombre de médecins recevant des visiteurs médicaux : 66% contre 80%.
- le nombre de visiteurs médicaux reçus par semaine : le pourcentage des médecins recevant 6 à 10 visiteurs médicaux par semaine étaient respectivement 11% et 20%. Les catégories de médecins recevant entre 1 et 5 délégués médicaux par semaine et les médecins en recevant plus de 10 par semaine semblaient comparable avec 53% et 58% pour la première catégorie, 2% et 3% pour la seconde catégorie.
- l'influence des firmes pharmaceutiques : plus de la moitié (57%) des médecins se sentaient peu ou pas influencé par les firmes pharmaceutiques. Notre étude montre ce phénomène dans des proportions plus importantes avec 80% des médecins qui ne se sentaient pas sous influence. Mais notre questionnaire se limitait aux jeunes médecins installés depuis moins de cinq ans.
- la perception de l'industrie pharmaceutique : la moitié des médecins accordaient une crédibilité faible ou nulle ce qui concordait avec les 53% de jeunes médecins estimant que les informations délivrées par les firmes n'étaient pas favorables à leur formation.

Ce travail présentait également le manque de formation des médecins face aux moyens de promotions pharmaceutiques. Devant la diversité de ces moyens, actuels et futurs comme internet et les applications mobiles, ces travaux pourraient donner des outils intéressants aux enseignants de médecine générale afin de former les futures générations de médecins quant aux moyens de promotion de l'industrie pharmaceutique.

VI. Conclusion

Les moyens de promotion pharmaceutique utilisés par l'industrie pharmaceutique par ordre de fréquence sont : la visite médicale, le publipostage, la formation continue, la presse, les invitations dans des restaurants ou des séminaires, internet, la remise d'échantillon, les revues gratuites.

La baisse de l'effectif des visiteurs médicaux se traduit par une diminution de la fréquence des visites chez les médecins. Le nombre de médecins recevant les visiteurs médicaux n'est pas modifié.

L'objectif de cette thèse n'est pas de juger les médecins généralistes mais de leur donner des informations quant aux différents moyens de promotions utilisés par les firmes pharmaceutiques. L'influence de ces différents moyens a déjà été démontrée par de nombreuses études. Ils sont efficaces pour augmenter les ventes des traitements les plus récents mais également les plus chers au prix d'effets indésirables moins connus que les traitements de référence et dont l'efficacité n'est pas toujours supérieure. Les différents scandales sanitaires (Médiator, pilule de 3^{ème} et 4^{ème} génération) n'ont pas modifié la mentalité des médecins. Ils pensent pouvoir rester indépendants des firmes tout en acceptant de recevoir les visiteurs médicaux ou des cadeaux de faibles valeurs. Des institutions comme la HAS et l'ANSM ont évolué et ont développé une politique de transparence. Elles tentent d'éviter les conflits d'intérêts. Pour ce faire, la HAS a par ailleurs élaboré une charte de déontologie en 2008.

Afin de rester indépendants dans leurs prescriptions vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques, les médecins généralistes doivent connaître les formes que cette promotion pharmaceutique peut prendre. Une prise de conscience que ces moyens de promotion fonctionnent est un élément important et doit conduire à une modification des mentalités chez les médecins généralistes. La visite médicale reste le moyen le plus répandu pour amplifier les ventes de médicaments. De nouvelles formes de promotion voient le jour et vont se développer dans les prochaines années comme les sites médicaux ainsi que les applications sur téléphone mobile. Ce type de promotion peut accompagner les médecins partout et tout le temps, lors de leurs consultations mais également lors des visites à domicile.

Il existe pourtant plusieurs sources de formations indépendantes telles les revues *Prescrire*, *Médecine et Exercer*. Des étudiants se mobilisent et tentent de sensibiliser leurs confrères à l'influence de l'industrie pharmaceutique au cours de la formation médicale afin de rendre accessible la problématique aux étudiants. Certains se sont réunis dans un collectif appelé : la troupe du rire. Le collectif Formindep, regroupant des professionnels de santé et des patients, dont l'objectif est de favoriser une formation médicale indépendante. En tant que médecins généralistes, nous devons privilégier ce type de ressources.

Tout comme pour les maladies que nous combattons chaque jour, il serait judicieux de développer des moyens de prévention. Cela passe par des formations universitaires concernant ce sujet pour développer l'esprit critique des futurs médecins. Ces formations ne sont pas encore mises en place. Seuls quelques intervenants, déjà sensibilisés, tentent d'informer les générations futures de médecins sur l'influence des industries pharmaceutiques.

VII. Bibliographie :

1. Feryel G. Le budget promotion des laboratoires explose [Internet]. [cité 23 août 2015]. Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/societes-francaises/2008/01/23/04010-20080123ARTFIG00270-le-budget-promotion-des-laboratoires-explose-.php>
2. LEEM - Les entreprises du médicament en France. Bilan économique - Edition 2014 [Internet]. [cité 23 août 2015]. Disponible sur: <http://www.calameo.com/read/002049284aabedac20e30>
3. CRISTOFARI J-J. Promotion comment les labos dépensent leur argent [Internet]. [cité 23 août 2015]. Disponible sur: http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq138_36_dossier.pdf
4. Bras P-L, RICORDEAU P, ROUSSILLE B, SAINTOYANT V. L'information des médecins généralistes sur le médicament. IGAS. 2007;247.
5. Statistiques de la visite médicale | LEEM - Les entreprises du médicament [Internet]. [cité 22 août 2015]. Disponible sur: <http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medicale>
6. Servier restructure drastiquement sa VM et projette de supprimer 610 emplois en 2016 [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 30 nov 2015]. Disponible sur: http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/11/27/servier-restructure-drastiquement-sa-vm-et-projette-de-supprimer-610-emplois-en-2016-_783081
7. CARBONNAL P. Témoignage, et propositions sur la visite médicale. Formindep; 2005.
8. la Rédaction @la revue Prescrire. 15 ans d'observations et un constat: rien à attendre de la visite médicale pour mieux soigner [Internet]. La revue Prescrire; 2006 [cité 5 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/editoriaux/EDI26679.pdf>
9. Mintzes B et coll. Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre. Organisation mondiale de la santé et Action internationale pour la santé, traduction française 2013;
10. Prosser H, Walley T. Understanding why GPs see pharmaceutical representatives: a qualitative interview study. Br J Gen Pract. 2003;53(489):305-11.
11. Oldani MJ. Thick prescriptions: toward an interpretation of pharmaceutical sales practices. Med Anthropol Q. 2004;325-56.
12. Roddier-Herlant V. Le comportement des médecins généralistes vis-à-vis du Gardasil résulte-t-il d'un choix éclairé? 2009;
13. Sagarin BJ, Cialdini RB, Rice WE, Serna SB. Dispelling the illusion of invulnerability: the motivations and mechanisms of resistance to persuasion. J Pers Soc Psychol. 2002;83(3):526.
14. Greffion J. Contrôler la promotion des médicaments auprès des médecins: les pouvoirs publics face à l'industrie pharmaceutique [Internet]. [cité 11 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.savoir-agir.org/IMG/pdf/SA16-Greffion.pdf>
15. La revue Prescrire. Visite médicale: une charte pour rien. (318):293.
16. LEEM, Comité Economique des Produits de Santé. Charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments [Internet]. [cité 11 janv 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CHARTE_CEPS_LEEM_promotion_vm_signee.pdf
17. Loi DMOS et Loi Bertrand [Internet]. [cité 14 oct 2015]. Disponible sur: www.neurochirurgie.fr/spip.php?article327
18. Le Calvé L. Loi anti-cadeaux et transparence: où en est-on? [Internet]. Gazette de l'AFAR; 2014 [cité 14 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.lcheurope.com/fr/assets/pdf/afar-84.pdf>

19. webmaster@formindep.org. Formindep [Internet]. 2013 [cité 13 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.formindep.org/Decret-sur-la-transparence-en.html>
20. webmaster@formindep.org. Les décrets 2013-414 et 2013-413 parus le 21 mai 2013 devaient permettre l'application de la loi du 29 décembre 2011 relative (...) [Internet]. 2015 [cité 12 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.formindep.org/Decrets-du-sunshine-act-Decisions>
21. Lancry P-J, Paris V. Age, temps et normes: une analyse de la prescription pharmaceutique. *Économie Prévision*. 1997;129(3-4):173-87.
22. Amar E, Pereira C, Delbosc A. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. 2005 [cité 29 août 2015]; Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/12851>
23. Mousquès J, Cash R, Renaud T, Sermet C, Spira R. La variabilité des pratiques médicales en médecine générale: le cas des hyperlipidémies. CREDES; 2001.
24. Vega A. Le partage des responsabilités en médecine: une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. Août 2011. [Httpwww Formindep.org/IMG/pdf/rapportfinal3.Pdf](http://www.Formindep.org/IMG/pdf/rapportfinal3.Pdf).
25. Vega A. Prescription du médicament en médecine générale Première partie: déterminants culturels de la prescription chez les médecins français. *Médecine*. 2012;8(4):169-73.
26. Source IRDES Eco-Santé France. Modes d'exercice particulier MEP [Internet]. [cité 12 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/2362.html>
27. Masson P. La prescription des médecins généralistes: conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie. *Sociétés Contemp*. 2011;83(3):33-57.
28. HAROUSSEAU J-L. Note de cadrage de la version 2 de la certification des LAP de médecine ambulatoire [Internet]. HAS; 2014 déc [cité 9 nov 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/binary/octet-stream/2015-01/cadrage_v2lap_ambu_2015-01-14_10-41-55_870.pdf
29. HERMANGE M-T. La réforme du système du médicament, enfin [Internet]. [cité 11 sept 2015]. Report No.: 675. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r10-675-1/r10-675-114.html>
30. Tang PC. Key capabilities of an electronic health record system. Inst Med Comm Data Stand Patient Safety· Board Health Care Serv Wash DC. 2003;
31. Atlas de la démographie médicale française 2013 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 14 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2013-1327>
32. Code de la santé publique - Article L4131-2 | Legifrance [Internet]. [cité 14 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688814&dateTexte=&categorieLien=cid>
33. Société Française de Médecine Générale : Groupe de pairs® [Internet]. [cité 14 sept 2015]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/groupe_de_pairs/
34. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. *Singul Généralistes Sociol Médecine Générale*. 2010;117-32.
35. Urfalino P. Le grand méchant loup pharmaceutique. 2005;
36. DEUMIE B, GEORGES P. Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé [Internet]. IGAS; 2014. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2013-126R_controle_OGDPC.pdf
37. Le ministère de la santé organise le black out sur la transparence ... - Formindep [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.formindep.org/Le-ministere-de-la-sante-organise.html>

38. Le Conseil d'Etat abroge la recommandation de la Haute autorité de santé sur le diabète de type 2 [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/05/02/le-conseil-d-etat-abroge-la-recommandation-de-la-haute-autorite-de-sante-sur-le-diabete-de-type-2_1515644_3224.html
39. HAS. Prévention et gestion des conflits d'intérêts [Internet]. [cité 13 nov 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_522970/fr/prevention-et-gestion-des-conflits-d-interets
40. Définition du métier de visiteur médical | LEEM - Les entreprises du médicament [Internet]. [cité 19 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.leem.org/article/definition-du-metier-de-visiteur-medical>
41. AFSSAPS. Charte pour la communication sur internet des entreprises pharmaceutiques.pdf [Internet]. 2010. Disponible sur: [http://www.anism.sante.fr/S-informer/Presse-Communique-Points-presse/Charte-pour-la-communication-sur-Internet-des-entreprises-pharmaceutiques/\(language\)/fre-FR](http://www.anism.sante.fr/S-informer/Presse-Communique-Points-presse/Charte-pour-la-communication-sur-Internet-des-entreprises-pharmaceutiques/(language)/fre-FR)
42. Promotion du médicament : stabilisation des dépenses en 2013 « PharmAnalyses [Internet]. [cité 19 sept 2015]. Disponible sur: <http://pharmanalyses.fr/promotion-du-medicament-stabilisation-des-depenses-en-2013/>
43. Définition Phoning : Le glossaire illustré du marketing [Internet]. [cité 19 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.definitions-marketing.com/Definition-Phoning>
44. Charrondière H. Les nouvelles stratégies de la visite médicale. Étude Eurostaf Mai. 2006;
45. Haute Autorité de santé, Service qualité de l'information médicale I de sondage IS. Certification de la visite médicale - Présentation des résultats d'étude 18 mars 2009.pdf [Internet]. 2009 [cité 10 juin 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/enquete_has_ipsos_vm_032009.pdf
46. Haute Autorité de Santé. Charte de la visite médicale: mise en oeuvre de la procédure de certification. Juillet 2006 - Octobre 2009.pdf [Internet]. [cité 10 mai 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-11/premier_bilan_certif_vm_112009.pdf
47. Bensadon A, Marie E, Morelle A. Rapport sur la pharmacovigilance et la gouvernance de la chaîne du médicament, synthèse: IGAS Paris. 2011;
48. Gagnon M-A. PiluledOr2015_Gagnon.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.prescrire.org/Docu/DownloadDocu/PDFs/PiluledOr2015_Gagnon.pdf
49. La revue Prescrire. Les finances de l'Association Mieux Prescrire: bilan de l'exercice 2013-2014 [Internet]. 2015 [cité 10 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Docu/Archive/Docus/Bilan.pdf>
50. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1er janvier 2014. Conseil national de l'ordre des médecins;
51. HAS. Guide de conception de formation ouverte et à distance (FOAD) dans le monde de la santé [Internet]. [cité 1 nov 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/guide_e-learning_rapport_complet.pdf
52. César N. Numérique : Interaction Healthcare recrute à Bordeaux [Internet]. SudOuest.fr. [cité 1 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.sudouest.fr/2015/09/30/numerique-interaction-healthcare-recrute-a-bordeaux-2139953-705.php>
53. LE BRETON-LEROUVILLOIS G, RAULT J-F. Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1er janvier 2015. Conseil national de l'ordre des médecins;
54. Montastruc F, Moulis G, Palmaro A, Gardette V, Durrieu G, Montastruc J-L. Interactions between Medical Residents and Drug Companies: A National Survey after the Mediator® Affair. Cox D, éditeur. PLoS ONE. 3 oct 2014;9(10):e104828.
55. Hermange M, Payet A. Les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments-Médicament: restaurer la confiance. Rapport d'information n 382 de la Commission sénatoriale des affaires sociales. Sénat, le 08 juin 2006.

56. La troupe du rire. Pourquoi garder son indépendance face aux laboratoires pharmaceutiques [Internet]. Disponible sur: <http://www.formindep.org/Pourquoi-garder-son-independance.html>
57. Davenas A. Médecins généralistes et laboratoires pharmaceutiques dans le Val-de-Marne: état des lieux et évolution de leurs relations.

VIII. Annexes :

A. Annexe 1 : Le questionnaire

Questionnaire téléphonique :

Genre : ☐ homme ☐ femme

Age :

Fin des études médicales : ☐ <5 ans ☐ >5ans

Mode d'exercice : ☐ rural ☐ semi-rural ☐ urbain
☐ Cabinet de groupe ☐ exercice individuel

MEP (mode d'exercice particulier) : ☐ oui ☐ non

Si oui, le(s)quel(s) :

Nombre d'actes/ jour : ☐ <20 ☐ 20-30 ☐ 30-40 ☐ >40

Maître de stage : ☐ oui ☐ non

Participation à des groupes de pairs : ☐ oui ☐ non

Abonnements à des revues médicales: ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles :

Nombre d'heures/an de formation médicale continue ou DPC :

☐ <5 ☐ 5-10 ☐ 10-15 ☐ 15-20 ☐ > 20

Ces formations sont-elles financées par un laboratoire :

☐ jamais ☐ parfois ☐ toujours

Logiciels d'aide à la prescription utilisés en routine :

☐ oui ☐ non

DP reçus : ☐ oui ☐ non

Si non, depuis quand :

Nombre de DP reçus par semaine :

☐ <5 ☐ 5-10 ☐ 10-15 ☐ 15-20 ☐ > 20

Nombre de DP reçus par semaine il y a 5 ans:

☐ <5 ☐ 5-10 ☐ 10-15 ☐ 15-20 ☐ > 20

Modalité de mise en contact :

☐ Rendez-vous obligatoire ☐ Rendez-vous si possible ☐ Libre

Entretien limité en temps : ☐ oui ☐ non
Si OUI : ☐ <5' ☐ 5-10' ☐ >10'

Si NON : durée moyenne consacrée à l'entretien :

Présence d'un confrère lors de la VM : ☐ oui ☐ occasionnellement ☐ non

Présence d'un stagiaire lors de la VM : ☐ oui ☐ occasionnellement ☐ non

VM limitée : ☐ aux nouveaux médicaments ☐ aux nouveaux dispositifs ☐ non

Réception de mails par l'industrie pharmaceutique : ☐ oui ☐ non

Si oui : ☐ après inscription volontaire à une mailing liste
☐ suite à une inscription sur un site internet
☐ vous ne savez pas comment ils ont obtenus votre mail
☐ autres :

Réception d'appels téléphoniques à visée promotionnelle : ☐ oui ☐ non

Autres moyens de promotions pharmaceutiques (stylo(s), post-it, fax, etc...) :

Questions ouvertes spécifiques aux MG ayant terminés leurs études médicales il y a moins de 5 ans :

1. Avez-vous été en contact avec les VM durant vos études ?
2. Pensez-vous que la VM a été favorable à votre formation ?
3. Pensez-vous que la VM a influencé la pratique de vos confrères durant leur formation ?
4. Pensez-vous que la VM a influencé votre pratique ?

Commentaires libres :

B. Annexe 2 : Mail du club des remplaçants

« Bonjour,

Ce mail pour vous souhaiter la bienvenue au club de remplaçants créé par Agnes Decuyper-Wien et Laurent Salvaia, délégués du laboratoire SANOFI-AVENTIS.

Le but premier de ce club est de vous proposer régulièrement une FMC animée par des spécialistes locaux, et en même temps de créer un espace de rencontre et d'échange entre vous.

Ces FMC seront validantes (donnant droit à des points) et par conséquent aucune promotion de médicament sera faite pendant la formation.

Parallèlement, nous nous proposons de vous faire parvenir régulièrement par mail des demandes de remplacement émanant de médecins installés.

Chaque réunion aura lieu le 2eme mardi de chaque mois (sauf août)

Au restaurant : Hôtel MERCURE ALPHA

34 Av de VERDUN

MEYLAN

Tel : 04 xx xx xx xx

Nous vous recevrons à partir de 20 heures autour d'un buffet.

La réunion débutera aux alentours de 21 heures.

Le sujet, le nom de l'intervenant et la date exacte vous seront communiqués un mois avant la réunion, par mail. »

Mme XXX

06 – xx –xx – xx - xx

sanofi-aventis

xxx@fr.sanofi-aventis.com

Pr François PAILLE
Chef de service - PU-PH

**Rapport du Professeur PAILLE
concernant la thèse de Monsieur Ludovic SCHNEIDER**

Intitulée

Secrétariat :
Tél : 03 83 15 71 90
Fax : 03 83 15 71 91
secretariat.pr.paille@chu-nancy.fr

**Etat des lieux de la promotion pharmaceutique chez les
médecins généralistes lorrains en 2015**

L'information médicale et notamment l'information sur le médicament reste en France un sujet compliqué oscillant en permanence entre la nécessaire qualité de l'information et le fait que celle-ci est dans l'immense majorité des cas portée par l'industrie pharmaceutique.

Le travail de thèse de M. Schneider porte sur une enquête visant à préciser la façon dont les médecins généralistes lorrains voient en 2015 la promotion des médicaments par l'industrie pharmaceutique.

A partir d'un questionnaire intégrant un certain nombre de variables concernant les médecins et les différentes modalités de promotion de l'industrie pharmaceutique, il a analysé s'il y avait des différences de perception et d'utilisation des outils de l'industrie en fonction du sexe, de l'âge, du type et du lieu d'exercice, de la charge de travail, de l'ancienneté de l'installation et du fait d'être maître de stage ou non.

Il a ainsi pu analyser 101 réponses, soit un taux de réponses de 23 %. Il apparaît globalement qu'il y a peu de différences dans la perception de la promotion du médicament par l'industrie pharmaceutique selon ses différentes catégories.

La différence la plus importante concerne les maîtres de stage qui ont beaucoup moins recours à l'industrie pharmaceutique pour leur formation.

Ce travail a permis également de comparer l'évolution de la visite médicale depuis une dizaine d'années montrant que, si le nombre de visiteurs médicaux a nettement diminué en France, la visite médicale est toujours bien présente, bien que moins fréquente et que l'industrie a diversifié ses modes de contact (presse médicale, publipostage, téléphone, internet...).

Cette thèse comprend donc un travail personnel intéressant et important. Elle est présentée de façon claire.

Elle mérite tout à fait l'imprimatur pour l'obtention du grade de docteur en médecine.

Nancy, le 14 décembre 2015



L. F. PAILLE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : La promotion pharmaceutique représente un budget deux fois plus important que la recherche et le développement de nouveaux traitements. La visite médicale en est le principal poste de dépense malgré la forte diminution de l'effectif des visiteurs médicaux. L'objectif de cette étude est de faire l'état des lieux des moyens utilisés par l'industrie pharmaceutique chez les médecins généralistes lorrains en 2015 et d'approcher la représentation que s'en font les médecins installés depuis moins de 5 ans.

Méthode : Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive et transversale à l'aide d'un questionnaire téléphonique et internet. La population était les médecins généralistes lorrains. Ils ont été tirés au sort. Le questionnaire permettait une étude quantitative des moyens traditionnels de promotion pharmaceutique : visite médicale, publicité dans les magazines médicaux, courriers, invitations dans des restaurants, échantillons et de quantifier des moyens de promotion plus récents.

Résultats : 101 médecins ont répondu soit 23% des médecins interrogés. Malgré la baisse de l'effectif des visiteurs médicaux, le nombre de médecins recevant les visiteurs médicaux n'a pas changé : 82% mais les médecins reçoivent moins de visiteurs qu'en 2010. La visite médicale reste le moyen de promotion pharmaceutique le plus répandu devant le publipostage et les formations continues sponsorisées (FMC, presse médicale écrite). De nouveaux médias émergent : sites médicaux, applications mobiles. Certaines formes de promotions interdites par la loi perdurent comme la remise d'échantillons.

Conclusion : L'industrie pharmaceutique utilise une promotion multicanale. La mentalité des médecins n'a pas changé. Ils pensent ne pas être influençables. Certains se mobilisent comme la Troupe du RIRE, le Formindep et la revue *Prescrire*. Un enseignement universitaire sur les moyens d'influence de l'industrie pharmaceutique pourrait être une première étape pour changer les mentalités.

TITRE EN ANGLAIS :

Current state of pharmaceutical promotion to general practitioner from Lorraine in 2015.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2016

MOTS CLEFS : (1)

Promotion pharmaceutique ; visite médicale ; délégués médicaux, médecins généralistes

INTITULÉ ET ADRESSE :

**UNIVERSITÉ DE
LORRAINE** Faculté de
Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
