UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013 2013-TOU3-1061

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 OCTOBRE 2013

PAR Thomas SZAJNGARTEN

Le médecin généraliste face à l'information donnée par le visiteur médical dans la région Midi-Pyrénées

DIRECTEURS DE THÈSE : Dr Olivier BOULBES et Dr Geneviève DURRIEU

JURY :

Monsieur le Professeur Jean-Louis MONTASTRUC	Président
Monsieur le Professeur Jean-Michel SENARD	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Madame le Docteur Geneviève DURRIEU	Assesseur
Monsieur le Docteur Olivier BOULBES	Membre invité
Madame le Docteur Vanessa ROUSSEAU	Membre invité

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013 2013-TOU3-1061

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 OCTOBRE 2013

PAR Thomas SZAJNGARTEN

Le médecin généraliste face à l'information donnée par le visiteur médical dans la région Midi-Pyrénées

DIRECTEURS DE THÈSE : Dr Olivier BOULBES et Dr Geneviève DURRIEU

JURY :

Monsieur le Professeur Jean-Louis MONTASTRUC	Président
Monsieur le Professeur Jean-Michel SENARD	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Madame le Docteur Geneviève DURRIEU	Assesseur
Monsieur le Docteur Olivier BOULBES	Membre invité
Madame le Docteur Vanessa ROUSSEAU	Membre invité

TABLEAU DU PERSONNEL HU
Des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1er Septembre 2012

Professeurs honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES G.
Doyen Honoraire	M. PUEL P.
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.
Professeur Honoraire	M. COMMANAY
Professeur Honoraire	M. CLAUX
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT
Professeur Honoraire	M. GAYRAL
Professeur Honoraire	M. PASQUIE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT
Professeur Honoraire	M. SARRASIN
Professeur Honoraire	M. GAY
Professeur Honoraire	M. ARLET J
Professeur Honoraire	M. RIBET
Professeur Honoraire	M. MONROZIES
Professeur Honoraire	M. MIGUERES
Professeur Honoraire	M. DALOUS
Professeur Honoraire	M. DUPRE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.
Professeur Honoraire	M. FEDOU
Professeur Honoraire	M. LARENG
Professeur Honoraire	M. DUCOS
Professeur Honoraire	M. GALINIER
Professeur Honoraire	M. LACOMME
Professeur Honoraire	M. BASTIDE
Professeur Honoraire	M. COTONAT
Professeur Honoraire	M. DAVID
Professeur Honoraire	Mme DIDIER
Professeur Honoraire	M. GAUBERT
Professeur Honoraire	M. GUILHEM
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.
Professeur Honoraire	M. BES
Professeur Honoraire	M. BERNADET
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES
Professeur Honoraire	M. REGNIER
Professeur Honoraire	M. COMBELLES
Professeur Honoraire	M. REGIS
Professeur Honoraire	M. ARBUS
Professeur Honoraire	M. LARROUY
Professeur Honoraire	M. PUJOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI
Professeur Honoraire	M. RUMEAU
Professeur Honoraire	M. PAGES
Professeur Honoraire	M. BESOMBES
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD
Professeur Honoraire	M. SUC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER F.
Professeur Honoraire	M. PASCAL JP
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. MANSAT M
Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	Mme ARLET

Professeurs émérites

Professeur GHISOLFI
Professeur LARROUY
Professeur ALBAREDE
Professeur CONTÉ
Professeur MURAT
Professeur MANELFE
Professeur LOUVET
Professeur SOLEILHAVOUP
Professeur SARRAMON
Professeur CARATERO
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur COSTAGLIOLA
Professeur L. LARENG
Professeur JL. ADER
Professeur Y. LAZORTHES
Professeur H. DABERNAT
Professeur F. JOFFRE
Professeur B. BONEU
Professeur J. CORBERAND
Professeur JM. FAUVEL

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : JP. VINEL

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophtalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R.(C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie
M. DEGUINE O.	O.R.L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Biochimie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASEHMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E.)	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch.	Hépato-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct..
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophtalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie - réanimation
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologique Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J.M.	Hépato-Gastro-Entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr. POUTRAIN J.Ch

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. ROUGE

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E.)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E.)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (CE)	Epidémio. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E.)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E.)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophtalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E.)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLED F.	Chirurgie Infantile
M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSESON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologie
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde - 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS. Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie-Virologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie Générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SOLER V.	Ophtalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N.	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
Mme LAPRIE A.	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.
Dr STILLMUNKES A
Dr. BRILLAC Th
Dr. ABITTEBOUL Y.
Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.

Décembre 2013

Remerciements

A notre jury de thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Louis MONTASTRUC

Professeur de Pharmacologie Clinique à la Faculté de Médecine de Toulouse

Pharmacologue des Hôpitaux de Toulouse

Directeur du Centre Midi-Pyrénées de Pharmacovigilance et d'Informations sur le Médicament

Membre Correspondant de l'Académie Nationale de Médecine

Je découvrais avec vos cours, il y a huit ans, la pharmacologie et l'existence des visiteurs médicaux. Nous vous remercions pour votre contribution à la formation des jeunes médecins. Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury.

Monsieur le Professeur Jean-Michel SENARD

Professeur de Pharmacologie Clinique à la Faculté de Médecine de Toulouse

Merci d'avoir accepté sans réserve de rejoindre ce jury. Nous vous exprimons notre plus grand respect.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Professeur Associé de Médecine Générale

Nous vous remercions pour votre investissement dans l'accompagnement des jeunes médecins généralistes dans la région. Vous étiez présent à l'initiation du projet. Merci de bien vouloir participer à sa conclusion.

Madame le Docteur Geneviève DURRIEU

Docteur en Pharmacologie

Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse, d'avoir su me guider et permettre l'aboutissement de cette étude. Nous sommes partis de peu de chose mais ces nombreuses heures de travail n'auront pas été vaines.

Monsieur le Docteur Olivier BOULBES

Docteur en Médecine Générale

Maître de Stage

Merci d'avoir accepté de codiriger ce travail. Tu m'as aidé à persévérer sur ce sujet alors que je découvrais avec toi ce beau métier qu'est la médecine générale.

Madame le Docteur Vanessa ROUSSEAU

Docteur en Biostatistiques

Merci pour toute l'aide que tu nous as apporté, au niveau méthodologique comme rédactionnel. C'est avec grand plaisir que je te compte dans ce jury.

Merci aux médecins généralistes de la région ayant bien voulu répondre à cette étude.

Merci à l'URPS sans qui l'envoi de ce questionnaire n'aurait pas été possible.

Merci aux nombreux médecins que j'ai croisé durant mes études. Entre autres, merci à Jacques BOUTOT, Sophie COT, Cathy DESSUS, Isabelle FRAY, Eric JORDAN, Michel LANGLOIS, Lara PELLIZZA, Philippe POINOT et Franck-Emmanuel ROUX. J'ai appris avec vous autant le savoir faire que le savoir être.

A mes proches :

A Fanny, mon épouse. Nous avons partagé la même route alors que ces longues études m'accaparaient. Tu gardes ta curiosité intacte et ta présence à mes côtés est une évidence. Après un bout de chemin ensemble, tu viens de m'offrir une petite Aurore. Elle dévore déjà le monde des yeux. Arrivée pendant que je rédigeais ces remerciements, elle m'a grandement motivé à finir cette thèse dans les délais. Merci à toutes les deux.

A mes parents. La curiosité est une qualité qui se cultive. Je l'ai bien entendu acquise auprès de vous, par la culture présente partout dans la maison et l'intérêt scientifique que vous avez su faire naitre chez moi. Par la suite, vous m'avez toujours laissé libre de choisir. Vous m'avez accompagné jusqu'à ce que je décide de mon futur et m'avez toujours soutenu. Ce soutien m'a été précieux et je tenais à vous en faire part dans ces quelques lignes.

A Valérie, Vincent, Emmanuel et Olivier. Etant le petit dernier, malgré quelques chamailleries, j'ai pu profiter de votre expérience. Grandir en levant la tête permet d'aller plus loin...

A Lucie, Clara et Simon, qui grandissent vraiment trop vite.

A Marie-Madeleine, pour tous ces mercredis matin, ces séjours à Thémines et bien plus encore.

A Eric, Maryse, Anton et Manon qui m'ont de suite accueilli comme l'un des leurs.

A mes amis. Je ne peux pas citer tout le monde mais je tenais à en saluer quelques uns. Loïc, après une sécurité de camping bien assurée, un concours de l'internat bien révisé, cette course à la naissance "au finish" a donné deux gagnants... A Guillaume, toujours présent pour les moments difficiles comme pour les meilleurs. Merci à toi et à Ségo. A Marion et Guilhem, en souvenir d'Auch et de tous les chefs-d'œuvre que nous avons réalisés. Béber, faut pas oublier de "taper fort". Même si tu files dans le Tarn, on trouvera bien un bon navet à partager ! Une grande pensée pour les belges et parisiens. Des amitiés qui se renforcent malgré les kilomètres sont forcément belles. Et à tous les autres bien sûr !

Enfin, à mon comité de relecture franco-américo-mauricien : merci à Fanny, Maryse, Manon, Josh et Roger !

Table des matières

Abréviations et acronymes 3
Introduction 4
Partie 1 : Contexte et motifs de la recherche 5
1. Avant la charte 5
2. La Charte 5
3. SMR et ASMR 6
4. Certification de la Charte 8
5. Notre étude 9
Partie 2 : Matériel et méthodes 10
1. Profil de l'étude 10
2. Le questionnaire 10
3. Objectif principal 11
4. Objectifs secondaires 12
a. Profil selon la CMR 12
b. Profil selon réception du visiteur médical 13
c. Profil selon le nombre de visiteurs médicaux par semaine 13
5. Analyse statistique 13
Partie 3 : Résultats 14
1. Réponses au questionnaire 14
2. Objectif principal 15
3. Objectifs secondaires 16
a. Profil selon la CMR 16
b. Profil selon réception du visiteur médical 17
c. Profil selon le nombre de visiteurs médicaux par semaine 18
Partie 4 : Discussion et commentaires 20
1. Echantillon 20
2. Objectif principal 20
3. Validité du critère principal 21
4. Objectifs secondaires 22

a. Accès aux soins hospitaliers 22
b. Groupes de pairs 23
c. Lectures et formation 23
d. La visite médicale 23
e. Les attentes 24
5. Le médecin généraliste vu par le visiteur médical 25
6. Limites de l'étude 26
a. Echantillon 26
b. Nombre de réponses 26
c. Nombre de receveurs 27
d. Seuil de la CMR 27
7. Perspectives 28
a. Qualité de l'information 28
b. Visite académique 29
c. Cercles de qualité médecins-pharmaciens 30
Conclusion 31
Références bibliographiques 32
Annexes 35
Annexe 1 : questionnaire 35
Annexe 2 : réponses au questionnaire 40
Annexe 3 : résultats selon connaissance minimale requise 43
Annexe 4 : résultats selon réception de la visite médicale 46
Annexe 5 : résultats selon le nombre de visiteurs médicaux par semaine 49

Abréviations et acronymes

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

CCF : Centre Cochrane Français

CMR : Connaissance Minimale Requise

CQMP : Cercles de Qualité Médecins-Pharmaciens

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecin Généraliste

SMR : Service Médical Rendu

SNIR : Système National Inter-Régimes

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VM : Visite Médicale

Introduction

Le médecin généraliste a depuis longtemps reçu les délégués médicaux avec comme principal objectif d'obtenir des informations sur le médicament.

Les visiteurs médicaux occupent dans cette relation une place singulière. Ils sont largement reconnus comme étant une source d'information du médicament en médecine générale alors que leur activité est considérée par la loi comme une forme de publicité[1]. D'ailleurs, plusieurs études ont montré que recevoir les délégués médicaux entraînait des prescriptions plus nombreuses, plus couteuses et de moindre qualité[2, 3, 4].

Malgré ces résultats, une grande majorité des médecins généralistes continue de recevoir la visite médicale.

Si de nombreuses études ont examiné l'influence des laboratoires sur les médecins, aucune n'a encore vérifié si les médecins généralistes étaient formés pour faire face à l'information donnée par le visiteur médical. L'étude que nous présentons a pour objectif de répondre à cette question.

Partie 1 : Contexte et motifs de la recherche

1. Avant la charte

Durant le siècle précédent, la visite médicale n'avait pas de cadre légal défini. Seul le code de déontologie[5] rapporte que « *les médecins ne peuvent aliéner leur indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit (article R 4127-5), doivent se garder de toute attitude publicitaire (article R 4127-13) et ne peuvent solliciter ou accepter un avantage, en nature ou en espèce, pour une prescription ou un acte médical quelconque (article R 4127-24)*». En dehors de l'ordinal, rien de coercitif.

Il faut attendre le 30 janvier 1993 pour que l'Etat s'intéresse à ces potentiels conflits d'intérêt et promulgue une loi dite « loi anti-cadeaux » modifiée en 1994, 2000, 2002, et 2007 (actuellement article 4113-6)[6] : « *Est interdit le fait, pour les membres des professions médicales mentionnées au présent livre, de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par le régime obligatoire de sécurité sociale. Est également interdit le fait, pour ces entreprises, de proposer ou de procurer ces avantages* ».

Malgré cette législation, rien ne semble pourtant changer. C'est ce que souligne le *Réseau d'observation de la visite médicale* de la *Revue Prescrire* en mars 2003[7].

2. La Charte

Au début des années 2000 éclatait le scandale du Vioxx®[8]. Des données concernant son risque quant à la mortalité cardio-vasculaire avaient été cachées alors que ses bénéfices étaient vantés par les visiteurs médicaux. La visite médicale a alors été remise en question. En décembre 2004, suite au retrait de ce produit, les entreprises du médicament et le comité économique des produits de santé ont rédigé, au nom de l'Etat, une charte de la visite médicale[9] avec pour but d'en renforcer le rôle dans le bon usage du médicament et la qualité de l'information. Cette charte oblige le délégué médical à plusieurs points dont les suivants :

- « informer le médecin sur tous les aspects réglementaires et pharmaco-thérapeutiques relatifs au médicament présenté : indications thérapeutiques de l'autorisation de mise sur le marché, posologies (en particulier les posologies pédiatriques si elles existent), durées de traitement, effets indésirables et éléments de surveillance, interactions médicamenteuses, surveillance du traitement, restrictions de prescription et modalités de prise en charge (indications remboursées aux assurés sociaux et taux de remboursement). »
- Remettre au médecin l'avis de la commission de transparence sur le médicament présenté dans chaque indication : le Service Médical Rendu (S.M.R)[10] et l'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR)[11].

3. SMR et ASMR

Selon la définition de la Haute Autorité de Santé (HAS)[10]: *Le service médical rendu est un critère qui prend en compte plusieurs aspects :*

- *d'une part la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué ;*
- *d'autre part des données propres au médicament lui-même dans une indication donnée :*
    - *efficacité et effets indésirables ;*
    - *place dans la stratégie thérapeutique (notamment au regard des autres thérapies disponibles) et existence d'alternatives thérapeutiques ;*
    - *intérêt pour la santé publique.*

En fonction de l'appréciation de ces critères, plusieurs niveaux de SMR ont été définis :

- SMR majeur ou important ;

- SMR modéré ou faible, mais justifiant cependant le remboursement ;

- SMR insuffisant pour justifier une prise en charge par la collectivité.

Le SMR d'un médicament est mesuré à un moment donné. Il peut évoluer dans le temps et son évaluation se modifier, notamment lorsque des données nouvelles sur lesquelles son appréciation se fonde sont produites, ou lorsque des alternatives plus efficaces apparaissent.

L'ASMR[11], définie par le lexique de Pharmacologie médicale 2012[12], représente *l'apport relatif (en comparaison de ce qui est déjà disponible) d'un nouveau médicament pour le traitement d'un symptôme ou d'une maladie donnée.*

Il est déterminé, après l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché)*, par la Commission de Transparence dépendant de la HAS. La valeur de l'ASMR repose sur un jugement qualitatif et quantitatif par essence comparatif et évolutif. Cette quantification fait appel à un score en 5 niveaux :*

- niveau 1 : progrès thérapeutique majeur ;

- niveau 2 : amélioration importante en terme d'efficacité thérapeutique et/ou de réduction des effets indésirables ;

- niveau 3 : amélioration modeste en terme d'efficacité thérapeutique et/ou de réduction des effets indésirables ;

- niveau 4 : amélioration mineure en terme d'efficacité thérapeutique et/ou de réduction des effets indésirables ;

- niveau 5 : absence d'amélioration ;

L'appréciation de l'ASMR intègre plusieurs paramètres comme la gravité de la maladie traitée, l'existence ou non d'alternatives thérapeutiques dans cette indication, le rapport bénéfice/risque du médicament, ou encore la place du médicament dans la stratégie thérapeutique. Dans certains cas, la Commission de Transparence peut attribuer à une spécialité un « partage d'ASMR » avec une autre spécialité pour laquelle elle a rendu un avis datant de moins de 3 ans dans la même indication et lorsque la concomitance des développements cliniques n'a pas permis de comparaison directe. Une ASMR en termes de meilleure observance ne peut pas être attribuée en l'absence de démonstration probante dans le dossier déposé par la firme. L'ASMR permet au Comité Economique des Produits de Santé (voir ce terme) de fixer le prix des médicaments.

SMR et ASMR sont très utiles lorsqu'on s'intéresse à un nouveau médicament. Ils permettent de savoir si la nouvelle thérapeutique entraîne un bénéfice supérieur au risque dans une indication (SMR majeur, modéré ou faible). L'ASMR permet quand à lui de répondre à la question suivante : le médicament apporte-t-il un progrès par rapport aux traitements existants ? C'est dans cette optique que la charte oblige le visiteur médical à

remettre l'avis de la Commission de Transparence et l'ASMR au médecin lors de la présentation d'un médicament.

4. Certification de la Charte

La HAS avait pour mission d'élaborer une procédure de certification de la visite médicale. Cette nécessité l'a amené à enquêter sur la perception de la qualité de la visite médicale auprès des médecins libéraux[13, 14]. Cela a permis d'interroger par téléphone 402 médecins généralistes libéraux, échantillon représentatif de leur population (représentativité de l'échantillon assurée par la méthode des quotas (sexe, âge, région)).

D'après cette étude[13, 14], datant de janvier 2009, sur 402 généralistes, 320 reçoivent les visiteurs médicaux alors que 82 ne les reçoivent pas. En proportion, il y avait donc 80% de médecins receveurs.

Les analyses du profil sociodémographique ne montrent pas de critère déterminant la réception ou non des visiteurs médicaux par les généralistes que ce soit en fonction du sexe, de l'âge, de la catégorie d'agglomération, du type d'exercice ou du nombre d'actes réalisés par jour.

Dans cette étude[13, 14], 20% des médecins déclaraient que les visiteurs médicaux leur avaient le plus souvent remis (plutôt que présenté oralement ou montré) l'avis de la Commission de Transparence du médicament.

Les médecins étaient également questionnés sur leurs sources d'information : « *Dans votre pratique quotidienne, pouvez-vous citer les 3 principales sources d'informations que vous utilisez sur le médicament, par ordre de préférence ?* ».

Les réponses à cette question placent la visite médicale deuxième, alors que la presse médicale tient la première place et le dictionnaire Vidal la troisième.

5. Notre étude

Via la charte de la visite médicale[9], l'Etat Français a essayé de réglementer celle-ci. L'étude de la HAS[13, 14] montre que cette Charte est peu appliquée. Elle révèle aussi que la majorité des médecins généralistes reçoit les visiteurs médicaux.

Aucune étude n'a encore cherché à savoir si les médecins généralistes étaient formés à faire face au discours du visiteur médical. Le praticien devrait en effet vérifier que celui-ci donne bien toutes les informations obligatoires (avis de la commission de transparence, effets indésirables, contre-indications…).

L'objectif principal de cette étude était de savoir si les médecins généralistes de Midi-Pyrénées avaient un **niveau minimal de connaissance** leur permettant de critiquer pertinemment l'information donnée par les visiteurs médicaux. Nous avons voulu l'évaluer de manière **objective** et **subjective**.

Secondairement, nous voulions rechercher si le niveau minimal de connaissance ou le fait de recevoir ou non la visite médicale était corrélé à une attitude, à des attentes particulières (actuelles ou futures) vis-à-vis de la visite médicale ou à certaines caractéristiques des médecins.

Partie 2 : Matériel et méthodes

1. Profil de l'étude

Cette thèse de médecine générale a été réalisée en partenariat avec le centre Midi-Pyrénées de PharmacoVigilance et avec l'aide de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS). Cette étude concernait les médecins généralistes de la région.

Un niveau minimal de connaissance n'avait pas été recherché jusqu'alors. Nous avons donc créé un questionnaire adapté à cette nouvelle question.

Notre but était de questionner le maximum de médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. C'est pourquoi nous avons fait appel à l'URPS. Ces derniers recensent, grâce au système national inter-régimes (SNIR)[15], 3202 médecins généralistes. Parmi eux, 1690 avaient une adresse courriel connue.

Nous avons d'abord testé le questionnaire sur 10 médecins généralistes. Puis l'URPS l'a envoyé à la totalité des adresses courriel connues. Le questionnaire était anonyme, à remplir en ligne et diffusé à l'aide du logiciel *Lime-Survey*®.

Cet envoi s'est effectué en deux étapes : un premier envoi le 15 octobre 2012 et une relance le 6 novembre 2012. Nous avons clôturé le questionnaire le 8 janvier 2013. La récupération des données a été faite au format *Excel*®.

Sur 1690 questionnaires envoyés, nous avons eu 152 réponses dont 8 incomplètes soit 144 réponses analysables.

2. Le questionnaire

Nous avons créé un questionnaire de 30 questions au total divisées en 7 sous-groupes de questions :

- caractéristiques du médecin généraliste : questions 1 à 12 : *« Vous ».* Cela nous permettait de connaitre le profil des médecins ayant répondu et de savoir si notre échantillon était représentatif des médecins généralistes de Midi-Pyrénées (comparé aux données du SNIR[15]).
- le médecin généraliste et la visite médicale : questions 13 à 17 : *« Vous et la visite médicale ».* La question 13 permettait de savoir si le médecin recevait ou non la

visite médicale. Si tel était le cas, les questions 14 à 17 permettaient de connaitre son attitude face au visiteur médical.

- le médecin généraliste et le visiteur médical : questions 18 à 20 : *« Vous et le visiteur médical ».* Evaluation de l'attachement du médecin au visiteur humain, à l'emballage relationnel et de son importance dans la présentation des nouveautés.
- évaluation de la visite médicale par le médecin généraliste : questions 21 et 22 : *« Votre évaluation de la visite médicale ».* Nous recherchions quelle importance les médecins accordaient aux aspects informatifs et scientifiques de la visite médicale.
- formation subjective du médecin généraliste : questions 23 et 24 : *« Votre formation ».* Perception subjective par le médecin de ses compétences face au discours du visiteur médical.
- formation objective du médecin généraliste : questions 25 à 29 : *« Vous lors de la visite médicale ».* Evaluation objective de la compétence du médecin face au discours du visiteur médical.
- attentes futures du médecin généraliste : question 30 *« Vous et la visite médicale du futur ».* Souhaits des médecins concernant la visite médicale dans le futur.

Le questionnaire est visible en annexe 1.

3. Objectif principal

Le but de cette étude était de savoir si les médecins généralistes de Midi-Pyrénées avaient un niveau minimal de connaissance leur permettant de critiquer pertinemment l'information donnée par les visiteurs médicaux.

Nous voulions savoir dans un premier temps comment les médecins auto-évaluaient leur compétence. Cette variable qualitative, subjective est retrouvée grâce à la question 23.

Pour évaluer de manière objective les compétences des médecins généralistes, nous nous sommes appuyés sur des éléments présents dans la charte de la visite médicale[9]. Les notions d'AMSR, de SMR, les contres indications et effets indésirables des médicaments nous semblaient être des éléments indispensables que le médecin doit demander lorsqu'ils

ne sont pas présentés spontanément par le visiteur médical (questions 26 à 29). Nous y avions adjoint une question sur la formation à la lecture critique d'article, qui permettait, selon nous, d'avoir un regard plus affuté sur les éléments de langage utilisés par les visiteurs médicaux (question 25).

Il a ensuite fallu pondérer ces cinq questions selon leur importance dans la connaissance du médicament. Nous avons créé un score composite où une ASMR demandée (question 27) valait trois points, les effets indésirables (question 28) et les contre-indications (question 29) deux points chacun, alors que SMR demandé (question 26) et formation à la lecture critique d'article (question 25) valaient un point chacun. La totalité des questions aboutit à un score sur 9. Nous avons décidé que tout médecin généraliste ayant un score supérieur ou égal à 6 serait considéré comme ayant un niveau minimal de connaissance lui permettant de critiquer pertinemment l'information donnée par les visiteurs médicaux.

Nous avons donc créé une variable qualitative : **la connaissance minimale requise (CMR)** pour un score supérieur ou égal à 6 sur 9.

Les médecins ne recevant pas la visite ne pouvaient être évalués. Ces questions ne leur ont donc pas été présentées.

Nous avons décrit la proportion des médecins généralistes ayant la connaissance minimale requise. Ayant observé le niveau de connaissance objectif des médecins, nous avons vérifié si il y avait une corrélation entre ce paramètre et l'évaluation subjective du médecin (question 23).

4. Objectifs secondaires

Nous avons identifié trois profils de médecin différents :

a. Profil selon la CMR

Nous recherchions dans tous les items du questionnaire si des réponses étaient différentes selon l'obtention ou non de la CMR (notre critère principal). Cela nous permettait d'esquisser un profil du médecin ayant la CMR et de son

pendant, celui n'ayant pas la CMR. Les attentes des médecins étaient également comparées.

b. Profil selon réception du visiteur médical

De la même manière, nous voulions rechercher un profil de médecin receveur et non-receveur. Là encore, tous les pôles du questionnaire ont été scrutés, notamment les attentes.

c. Profil selon le nombre de visiteurs médicaux par semaine

Nous recherchions une différence significative selon que les médecins recevaient plus ou moins de visiteurs médicaux par semaine. Cet objectif secondaire, s'il était cohérent, permettait d'étayer les résultats du critère principal.

5. Analyse statistique

Dans un premier temps, nous avons décrit les réponses au questionnaire via des effectifs et des pourcentages pour les variables qualitatives et via des moyennes et écart type pour les variables quantitatives. Les tableaux de l'analyse descriptive sont disponibles en annexe. Ceux ci comprennent les effectifs des modalités sans réponse.

La comparaison des réponses entre les groupes (réception des visiteurs médicaux, nombre de visiteurs par semaine et connaissance minimum requise) a été faite au moyen de tests du Chi2 pour les variables qualitatives (si les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, on utilisait le test de Fischer) et au moyen du test de Student pour les variables quantitatives.

Le seuil de significativité pour les tests est fixé à 5%. Nous avons décidé de ne décrire que les résultats significatifs.

Les analyses ont été faites à l'aide du logiciel SAS® 9.3.

Partie 3 : Résultats

1. Réponses au questionnaire

Sur 1690 questionnaires envoyés à deux reprises par mail via l'URPS, 144 médecins généralistes ont répondu. Il y a parmi eux 105 hommes (73,4%) pour 38 femmes.

L'âge médian est de 55 ans, allant de 30 à 66 ans, la moyenne étant de 52,8 ans.

Le type d'activité est réparti de façon homogène avec 51 praticiens urbains (35,7%), 50 semi-ruraux (35,1%) et 42 ruraux (29,4%).

La majorité des répondeurs travaillent en association (87 ; 60,8%) ou en maison médicale (10 ; 7%), les 46 restants travaillant seuls. 107 (74,8%) déclarent ne pas avoir d'activité hors du cabinet libéral. Par ailleurs, 109 médecins généralistes déclarent avoir un plateau technique proche (78,4%) et la quasi totalité est installée (140 ; 99,3%).

La médiane d'année de thèse est de 1987 [1974-2012].

Parmi les répondeurs, 118 (84,3%) déclarent participer à des FMC (formation médicale continue) alors que 42 (30,2%) participent à des groupes de pairs ; 98 (69,5%) lisent des revues médicales gratuites et 99 (69,2%) des revues payantes.

Plus de la moitié des médecins (74 soit 52,1%) déclarent que le visiteur médical n'est pas important pour eux dans le cadre de la présentation des nouveaux médicaments. A l'inverse, 93 médecins (67,4%) considèrent que son côté humain est important. Enfin, 70 médecins généralistes (53%) trouvent les échantillons utiles.

Seuls 28 répondeurs (20,1%) déclarent trouver bonne la qualité scientifique des renseignements fournis par le visiteur médical et 10 (7,1%) jugent bonne l'objectivité de ces renseignements.

La majorité (93 ; 67,4%) se sent formé pour juger de la qualité scientifique du discours des visiteurs médicaux. Pour 62 (54,4%), cette compétence n'a pas été acquise lors d'une formation et 78 (54,5%) ont bénéficié d'une formation à la lecture critique d'article.

Sur 144 médecins répondeurs, **94 (65,3%)** déclarent recevoir la visite médicale. On les nommera « receveurs ». Parmi eux, 65 (69,1%) déclarent la recevoir sur des plages de rendez-vous réservées et 50 (58,1%) disent ne pas guider l'entretien.

Pour 47 des receveurs (50%) la durée moyenne de présentation d'un produit est de 5 à 10 minutes et pour 42 (44,7%) de moins de 5 minutes.

Parmi les receveurs, 63 (68,5%) déclarent recevoir de 1 à 5 visiteurs par semaine, 28 (19,4%) de 6 à 10. Un seul déclare recevoir plus de 11 visiteurs par semaine.

Lorsqu'il n'est pas présenté spontanément, 53 des receveurs (58,2%) disent demander le SMR du produit exposé et 57 (62%) l'ASMR. Parmi les praticiens receveurs, 88 (95,7%) demandent les effets indésirables et 92 (97,9%) les contre-indications.

Enfin, parmi tous les répondeurs, 50 (37,3%) souhaitent une visite académique, 36 (26,9%) un maintient en l'état et 36 (26,9%) une suppression de la visite médicale.

Les résultats sont détaillés dans l'annexe 2.

2. Objectif principal

Nous avions défini la connaissance minimale requise comme un score supérieur ou égal à 6 au groupe de question "formation du médecin généraliste".

Parmi les 94 médecins généralistes recevant la visite médicale, **60,6% (57) ont une connaissance minimale requise** (CMR) selon ce score.

Nous voulions savoir si cette évaluation objective était corrélée à la perception subjective des médecins sondés : parmi ceux qui ont la CMR, **80% (44) se sentent formés** pour juger le discours du visiteur médical. Parmi les médecins n'ayant pas la CMR, 48,7% (18) se sentent formés. Le test du Chi2 conforte la corrélation entre le fait d'avoir la CMR et le fait de se sentir formé avec une p-value inférieure à 0,01.

Ceux ayant la CMR sont plus nombreux à déclarer avoir bénéficié d'une formation (24 ; 50%) que ceux n'ayant pas la CMR (5 ; 17,9%) (test du Chi2, p=0,01).

3. Objectifs secondaires

a. Profil selon la CMR

Le test du Chi2 nous permet de conclure à un lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir la Connaissance Minimale Requise et :

- **L'activité salariée hors du cabinet libéral** : 31,6% de ceux ayant la CMR (18) travaillent également hors du cabinet libéral contre 11,1% (4) dans l'autre groupe (test du Chi2, p=0,03).
- **Les groupes de pairs** : parmi ceux qui ont la CMR, 30,9% (17) y participent contre 10,8% (4) chez ceux n'ayant pas la CMR (test du Chi2, p=0,04).
- **La réception des visiteurs sur rendez-vous** : 77,2% des médecins du groupe CMR (44) les reçoivent sur rendez-vous contre 56,8% (21) chez ceux n'ayant pas cette connaissance minimale requise (test du Chi2, p=0,04).
- **Le nombre de visiteurs médicaux par semaine** : chez ceux ayant la CMR, 21,8% (12) en reçoivent plus de 6 par semaine contre 46% (17) chez ceux ne l'ayant pas (test du Chi2, p=0,01).
- **La place du visiteur dans la présentation des nouveaux produits** : ceux n'ayant pas la CMR jugent le visiteur médical important pour la présentation des nouveaux médicaments dans 89,2% des cas (33) contre 59,7% (34) chez ceux ayant la CMR (test du Chi2, p<0,01).
- **Le côté humain du visiteur** : parmi ceux ayant la CMR, 17,5% (10) ne jugent pas important le côté humain du visiteur médical. Chez ceux n'ayant pas la CMR, seul 2,7% des médecins (1) ne considèrent pas le visiteur comme important (test du Chi2, p = 0,03).
- **Les échantillons :** les échantillons de produits donnés par les visiteurs médicaux ne sont pas jugés utiles par 43,9% (23) des médecins ayant la CMR contre 9% (3) de ceux ne l'ayant pas (test du Chi2, p<0,01).
- **Le futur de la visite médicale :** parmi ceux ayant la CMR, 47,3% (26) souhaitent une visite académique et 27,3% (15) un maintien en l'état alors que chez ceux n'ayant pas la CMR, 61,8% (21) souhaitent un maintien en l'état (test de Fisher, p<0,01).

Ces résultats sont détaillés dans l'annexe 3.

b. Profil selon réception du visiteur médical

Parmi les 144 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, 65,3% (94) déclarent recevoir la visite médicale : les « receveurs ». Les 34,7% restants sont les « non-receveurs ».

Les caractéristiques statistiquement significatives liées au fait d'être receveur ou non sont :

- **la proximité d'un plateau technique :** 83% des receveurs (78) en sont proches contre 62% des non-receveurs (31) (test du Chi2, p=0,01)
- **la participation aux groupes de pairs :** les receveurs y participent moins que les non-receveurs : 22,3% (21) contre 42% (21) (test du Chi2, p=0,01).
- **la lecture de revues médicales gratuites :** 78,7% des receveurs (74) les lisent contre 48% des non-receveurs (24) (test du Chi2, p<0,01).
- **la lecture de revues médicales payantes :** 58,5% (55) des receveurs les lisent contre 88% des non-receveurs (44) (test du Chi2, p<0,01).
- **La place du visiteur dans la présentation des nouveaux produits :** 71,3% des receveurs (67) jugent le visiteur médical important dans la présentation des nouveaux médicaments contre 2% des non-receveur (1) (test du Chi2, p<0,01).
- **Le côté humain du visiteur médical :** 88,2% des receveurs (82) le jugent important contre 24,4% des non-receveurs (11).
- **Les échantillons de produits :** 69,8% des receveurs (60) les jugent importants contre 21,3% des non-receveurs (10) (test du Chi2, p<0,01).
- **La qualité scientifique des renseignements donnés par le visiteur médical :** chez les receveurs, 53,2% (50) la considèrent moyenne et 29,8% (28) bonne alors que chez les non-receveurs 80% (36) la jugent mauvaise (test du Chi2, p<0,01).
- **L'objectivité des renseignements donnés par le visiteur médical :** elle est jugée moyenne par 50% (47) des receveurs et mauvaise par 39,4% (37). Chez les non-receveurs, 95,7% (44) la considèrent comme mauvaise (test du Chi2, p<0,01).

- **La compétence pour juger de la qualité scientifique des renseignements donnés par le visiteur médical :** 38,2% des receveurs (29) déclarent l'avoir acquise lors de formation contre 60,5% (46) des non-receveurs (test du Chi2, p=0,02).
- **Le futur de la visite médicale :** 40,4% des receveurs (36) souhaitent le maintien en l'état et 37,1% (33) une visite académique. Chez les non-receveurs, 60% (27) souhaitent la suppression de la visite médicale et 37,8% (17) une visite académique (test de Fisher, p<0,01).

Ces résultats sont détaillés dans l'annexe 4.

c. Profil selon le nombre de visiteurs médicaux par semaine

Cette question donnait 3 possibilités de réponse (1 à 5, 6 à 10, plus de 10) mais seul un médecin a déclaré recevoir plus de 10 visiteurs médicaux par semaine. Nous avons donc regroupé les deux dernières réponses en une catégorie : plus de 6 par semaine.

Parmi les 94 médecins généralistes recevant les visiteurs médicaux :

- 67% (63) en reçoivent de 1 à 5 par semaine (groupe « 1 à 5 »)
- 30,9% (29) plus de 6 par semaine (groupe « plus de 6 »).

Le nombre de visiteurs médicaux est corrélé de façon significative aux caractéristiques suivantes :

- **Le sexe :** 31,7% des médecins du groupe « 1 à 5 » (20) sont des femmes alors qu'il n'y a que 10,3% (3) dans le groupe « plus de 6 » (test du Chi2, p=0,04).
- **Les groupes de pairs :** 32,3% des médecins du groupe « 1 à 5 » (20) y participent contre 3,6% du groupe « plus de 6 » (1) (test du Chi2, p<0,01).
- **La réception sur rendez-vous** : 77,8% des médecins du groupe « 1 à 5 » (49) reçoivent les visiteurs médicaux sur rendez-vous contre 48,3% des médecins du groupe « plus de 6» (14) (test du Chi2, p<0,01).
- **La place du visiteur dans la présentation des nouveaux produits** : 36,5% des médecins du groupe « 1 à 5 » (23) ne le jugent pas important dans la présentation

des nouveaux produits contre 6,9% des médecins du groupe « plus de 6 » (2) (test du Chi2, p<0,01).

- **Les échantillons** : 63,9% des médecins du groupe « 1 à 5 » (37) les jugent utiles. Ce chiffre grimpe à 88,5% soit 23 médecins dans le groupe « plus de 6 » (test du Chi2, p=0,03).
- **La demande de SMR** : 64,5% des médecins du groupe « 1 à 5 » (40) le demandent contre 40,7% des médecins du groupe « plus de 6 » (11) (test du Chi2, p=0,04).
- **La demande d'ASMR** : 69,4% des médecins du groupe « 1 à 5 » (43) le demandent contre 42,9% des médecins du groupe « plus de 6 » (12) (test du Chi2, p=0,02).
- **Le futur de la visite médicale** : 44,1% des médecins du groupe « 1 à 5 » (26) souhaitent une visite académique indépendante des laboratoires pharmaceutiques et 28,8% (17) un maintien en l'état alors que dans le groupe « plus de 6 », 67,9% des médecins (19) souhaitent un maintien en l'état (test du Fisher, p<0,01)

Ces résultats sont détaillés dans l'annexe 5.

Partie 4 : Discussion et commentaires

1. Echantillon

Une des ambitions de cette étude était d'obtenir un échantillon de médecins généralistes représentatifs de la région Midi-Pyrénées. Les données du SNIR[15] rapportent que la région comporte 1006 femmes (31,4%) pour 2196 hommes (68,6%). La population que nous avons étudiée était composée de 38 femmes (26,6%) et 105 hommes (73,4%).

L'âge moyen des médecins généralistes sur la région est de 56 ans et 11 mois (54 ans pour les femmes, 58 ans et 3 mois pour les hommes). Dans notre étude, l'âge médian est de 55 ans, allant de 30 à 66 ans, la moyenne étant de 52,8 ans.

Notre échantillon était légèrement plus jeune (- 4 ans en moyenne) et plus masculin (+ 5%) mais ces chiffres sont cohérents et nous pouvons considérer l'échantillon comme représentatif des médecins de la région concernant ces caractéristiques.

2. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de savoir si les médecins généralistes de la région étaient formés à faire face au discours du visiteur médical. Nos résultats montrent que 60,6% des médecins receveurs semblent poser les questions nécessaires face au visiteur médical. Parmi ces médecins, 80% se considèrent formés à cela.

Les 39,4% restants, qui n'ont pas atteint la CMR, sont relativement objectifs sur leur compétence : plus de la moitié ne se juge pas apte à faire face au discours du visiteur médical. Néanmoins, près de la moitié des médecins ne sont pas formés et pensent l'être.

Parmi les médecins ayant la CMR, la moitié a bénéficié d'un apprentissage de la lecture critique d'article. Au contraire, chez ceux qui n'ont pas la CMR, moins de la moitié en a bénéficié. Cette formation semble aider le médecin à mieux interagir avec le visiteur médical.

La demande systématique de l'ASMR détermine quasiment à elle seule l'objectif principal de cette étude (le fait d'avoir ou non la CMR). En effet, si la majorité des médecins receveurs demande les effets indésirables et les contre-indications, c'est bien la demande d'ASMR qui sélectionne les médecins dans nos deux groupes (CMR ou non). Egalement, plus les médecins reçoivent des visiteurs médicaux, moins ils demandent l'ASMR. Plusieurs hypothèses émergent :

- L'oubli de ce paramètre face au visiteur médical par baisse de la vigilance du médecin.
- La non-connaissance de cet outil : certains médecins ignoraient l'existence de l'ASMR. Cela a été observé lors du test du questionnaire.
- La non-guidance de l'entretien et l'habileté du visiteur : les médecins n'ayant pas la CMR semblent moins diriger les entretiens. Les visiteurs médicaux sont par contre formés pour cela. Ce faisant, ils peuvent omettre certaines données embarrassantes, telle l'ASMR, présentée que dans 20% des cas dans la pratique quotidienne[13, 14].

Encore une fois, il semble nécessaire de rappeler aux médecins généralistes l'existence et l'intérêt de l'ASMR.

3. Validité du critère principal

Nous avons créé une variable, la Connaissance Minimale Requise (CMR) pour répondre à notre problématique. Les questions qui permettent de calculer cette CMR ont principalement été inspirées par la charte de la visite médicale.

La HAS a depuis mis à la disposition des praticiens un manuel à visée éducative intitulé « Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre »[16], manuel initialement édité par la *Health Action International*. Ce document aborde la question de la visite médicale, mais principalement du point de vue de l'Amérique du Nord. Il n'y a là-bas pas de charte. Les échantillons et les « cadeaux » offerts aux praticiens sont autorisés.

Lorsque se pose la question de recevoir le visiteur médical en restant critique, ce manuel présente des domaines à analyser :

- L'efficacité : dans notre questionnaire, ce point correspond à la demande du SMR.

- La sécurité : les questions concernant les effets indésirables et les contre-indications permettent de répondre à cet impératif.
- L'utilité : l'ASMR répond parfaitement à ce critère puisqu'il permet de débusquer les médicaments efficaces mais non utiles.
- Les preuves des allégations formulées et les avis sur le médicament des autorités de références : là encore, l'ASMR permet de répondre puisqu'il correspond à l'avis de la commission de transparence du médicament. La formation à la lecture critique d'article permettra en plus de pouvoir appréhender et critiquer les articles cités comme preuves par le visiteur médical.

Notre CMR reprend bien ces domaines d'analyse. De plus, il pose des questions pratiques que le médecin peut facilement utiliser face au visiteur médical.

4. Objectifs secondaires

Parmi les questions que nous avons posées aux médecins généralistes de la région, certaines ont retenu notre attention par la significativité de leurs réponses. De plus, cela nous a permis de séparer notre échantillon en trois groupes de médecins :

- Le receveur ayant la CMR
- Le receveur n'ayant pas la CMR
- Le non-receveur

a. Accès aux soins hospitaliers

Le non-receveur est généralement moins proche d'un plateau technique que le receveur. Il est possible que cet éloignement corresponde à un exercice plus rural, et probablement plus intense, avec donc moins de temps à consacrer aux visiteurs médicaux. Nous n'avons pas noté de différence significative selon le type d'activité ou l'organisation du travail en fonction de la réception ou non des visiteurs médicaux.

b. Groupes de pairs

Les groupes de pairs sont plus fréquentés par les non-receveurs. Parmi les receveurs, ceux qui ont la CMR les fréquentent le plus.

La participation à un groupe de pairs implique une démarche volontaire, personnelle, avec une remise en question de son exercice et une recherche d'information validée. Cela entraîne un échange avec ses pairs au sujet des nouvelles thérapeutiques.

On peut considérer que cette pratique diminue le « besoin » de visite médicale par ses apports en termes d'information et de contact humain. De plus, il amène le praticien à avoir un regard plus critique sur l'information qu'il reçoit, par les recherches qu'il est amené à faire et qui pourraient être critiquées par ses pairs.

Cette hypothèse est renforcée par nos chiffres concernant le nombre de visiteurs médicaux reçus par semaine : ceux qui reçoivent le plus de visiteurs médicaux participent moins à ces groupes.

c. Lectures et formation

Receveur et non-receveur sont nettement différenciés par leurs lectures : si le premier lit majoritairement des revues médicales gratuites, les second lit les payantes. Ceux qui s'informent dans les revues médicales payantes cherchent à éviter les publicités et sponsors de l'industrie pharmaceutique que l'on retrouve dans les revues gratuites. Ils ne reçoivent donc pas la visite médicale, cherchant à éviter l'information donnée par l'industrie pharmaceutique.

Paradoxalement, les non-receveurs sont plus nombreux que les receveurs à avoir reçu une formation pour juger de la qualité scientifique des renseignements donnés par le visiteur médical. Les receveurs considèrent en majorité qu'ils n'ont pas été formés pour cela.

d. La visite médicale

La qualité scientifique et l'objectivité des renseignements donnés par le visiteur médical sont considérées comme mauvaises par la majorité des non-receveurs. De plus, ils

ne considèrent pas que le visiteur soit important dans la présentation des nouveaux médicaments.

Cette donnée se retrouve aussi dans le groupe des receveurs : ceux qui ont la CMR considèrent le visiteur médical comme moins important dans la présentation des nouveaux médicaments que ceux qui n'ont pas la CMR. De la même manière, ceux qui reçoivent le plus de visiteurs médicaux par semaine jugent leur place comme plus importante dans la présentation des nouveautés. Cela démontre une demande d'information concernant les nouveaux médicaments.

Les receveurs n'ayant pas la CMR reçoivent plus de visiteurs médicaux que ceux qui l'ont. Cela traduit probablement un émoussement de la vigilance critique face à l'augmentation des sollicitations des visiteurs.

De plus, les visiteurs sont plus souvent reçus sur rendez-vous chez ceux ayant la CMR. Cette pratique permet de limiter le nombre de visiteurs reçus par semaine, de donner un temps limite à l'entretien et de mieux le guider.

Le côté humain du visiteur médical est plébiscité par les receveurs, d'autant plus si ils n'ont pas la CMR. Au contraire, les non-receveurs ne considèrent pas ce paramètre comme important. On note qu'il est essentiel pour les receveurs, qu'ils aient ou non la CMR.

La majorité des médecins receveurs jugent les échantillons de produits importants. Cela d'autant plus que les médecins n'ont pas la CMR et qu'ils reçoivent plus de visiteurs médicaux.

e. Les attentes

Les souhaits concernant le futur de la visite médicale sont également différents selon les groupes :

- Les non-receveurs sont à 60% pour une suppression de la visite médicale. On a vu qu'ils s'étaient tournés vers d'autres moyens d'information et d'échange. Les groupes de pairs et les revues médicales payantes sont plus nombreux chez eux. Ils ne ressentent plus le besoin d'une visite médicale, ayant appris à vivre sans. Le

reste des non-receveurs est généralement pour la mise en place d'une visite académique. Ils voudraient pouvoir bénéficier d'une visite indépendante.

- Les receveurs n'ayant pas la CMR sont plus pour un maintien en l'état. Ils sont satisfaits de la visite telle qu'elle est et ne veulent pas de changement.
- Les receveurs ayant la CMR sont plus pour une visite académique : ils semblent avoir un œil plus critique sur la visite. Sachant répondre au visiteur, ils sont en demande d'une information validée et impartiale.

5. Le médecin généraliste vu par le visiteur médical

Dans sa thèse[17], Etienne Foisset décrit que plus les médecins reçoivent de visiteurs médicaux, moins leurs prescriptions sont de qualité. Elles sont plus onéreuses, plus iatrogènes ou de bénéfice incertain pour le patient par augmentation du risque de polymédication.

Cette prescription en accord avec les objectifs commerciaux des firmes pharmaceutiques peut se faire au détriment des patients, des caisses d'assurance maladie ou de la gestion des risques sanitaires.

De nombreux médecins ont connaissance de ces paramètres mais reçoivent malgré tout la visite médicale. En effet, tout est fait pour que cela continue : la société d'études marketing *Quatrax* a analysé les comportements et les habitudes des médecins[18, 19]. Ces derniers ont été segmentés en quatre catégories selon leur vision de la relation avec les laboratoires :

- Les apôtres : c'est important et ils en sont satisfaits.
- Les mercenaires : ce n'est pas important mais ils en sont satisfaits.
- Les otages : c'est important mais ils n'en sont pas satisfaits.
- Les réfractaires : ce n'est pas important et ils n'en sont pas satisfaits.

Ce document explique que selon la catégorie du médecin, des techniques commerciales et certains sujets sont à aborder en priorité pour renforcer la relation médecin-laboratoire. Cette relation est directement corrélée à la prescription par le médecin des produits présentés. Là encore, on note que le moyen de relation plébiscité est la visite médicale, quelque soit la catégorie de médecin concerné.

Le médecin généraliste doit donc faire face à un visiteur médical bénéficiant de nombreux outils de communication et d'une logistique d'entreprise.

Nous avons observé dans notre étude que plus d'un tiers des médecins receveurs n'étaient pas formés à leur répondre. L'échange n'est donc pas équilibré entre des médecins souvent formés par l'expérience et des visiteurs aux techniques commerciales ciblées. Cela explique l'influence de visite médicale sur les habitudes des médecins généralistes et pourquoi elle reste un des moyens privilégiés par l'industrie pharmaceutique pour promouvoir ses produits.

6. Limites de l'étude

a. Echantillon

Nous avons choisi d'envoyer le questionnaire par internet. Nous savions que nous allions avoir un biais d'échantillonnage en sélectionnant les médecins les plus « technophiles » de Midi-Pyrénées. Cependant, si ce biais était important par le passé, il y a actuellement peu de médecins non informatisés[20]. Par ailleurs, il nous semblait plus hasardeux de réaliser l'enquête par téléphone, les médecins étant rarement disponibles par ce moyen de communication. Enfin, nous n'avions pas les moyens logistiques et financiers nécessaires pour envoyer le questionnaire par voie postale et les résultats auraient probablement été moins nombreux.

Nous avons donc choisi de l'envoyer par courriel en espérant avoir le plus de réponses possibles.

b. Nombre de réponses

Nous n'avions pas de données connues concernant le critère principal. Nous ne pouvions donc pas calculer le nombre de médecins nécessaires pour garantir à l'étude une puissance maximale.

Avec 9% de réponses au questionnaire, nous craignons d'avoir un échantillon non représentatif de Midi-Pyrénées. Mais nos résultats sont comparables concernant l'âge et le sexe ratio avec les données de la région.

Nous avons donc considéré notre échantillon comme représentatif.

c. Nombre de receveurs

Sur notre population répondeuse, nous avions 65,3% de médecins recevant la visite médicale. L'étude de la HAS de janvier 2009[13, 14] montrait un chiffre plus proche des 80%. Notre étude est donc bien en deçà des chiffres antérieurs. Plusieurs hypothèses permettent d'expliquer ce phénomène :

- Un biais de recrutement : il est possible que notre étude ait intéressé des médecins plus critiques envers la visite médicale et qui la reçoivent donc moins.
- Une évolution des pratiques : l'étude de la HAS[13, 14] a eu lieu avant les derniers scandales sanitaires. L'affaire du benfluorex (Médiator®)[21] a pu entraîner une défiance envers l'industrie pharmaceutique et donc envers ses représentants, les visiteurs médicaux.
- Une disparité régionale : l'étude de la HAS[13, 14] était nationale. Peut-être les médecins de Midi-Pyrénées reçoivent-ils moins la visite médicale ?

Afin d'approfondir cette question, il serait intéressant d'avoir de nouvelles études pour vérifier si le nombre de médecin recevant la visite médicale a tendance à diminuer.

d. Seuil de la CMR

Avec un seuil à 6 sur 9, notre connaissance minimale requise était assez exigeante. Nous avons choisi ce seuil en fonction des réponses qui nous semblaient indispensables : effets indésirables, contre-indications et ASMR. Un tableau présentant le nombre de médecin selon leur score aurait permis de montrer la répartition des médecins mais il n'aurait pas amené de visibilité concernant la CMR. Nous n'aurions pas pu répondre à notre problématique. C'est pourquoi nous avons préféré fixer un seuil pour notre CMR.

7. Perspectives

a. Qualité de l'information

Nous pourrions espérer que des médecins formés pourraient bénéficier des informations de la visite médicale sans se retrouver trop influencé. Il faudrait pour cela que le visiteur donne des informations complètes au médecin, sans passer sous silence certains critères comme l'ASMR ou les effets indésirables.

Réalisée entre mai 2009 et juin 2010, l'étude de B. Mintzes et al.[22] a évalué la qualité des informations apportées par les visiteurs médicaux à Toulouse, Montréal, Sacramento et Vancouver. Les résultats montraient que les visiteurs médicaux citaient plus souvent les bénéfices des médicaments que les risques (80% versus 41%). Toulouse se distinguait par une communication plus importante sur les risques (61% versus 41%). Cependant, ces informations portaient plus souvent sur des effets indésirables fréquents et bénins. Comme dans les trois autres sites, 94% des présentations ne mentionnaient aucun effet indésirable « grave ».

Une vérification des données fournies par le visiteur médical doit donc être entreprise après chaque présentation, perdant tout le temps que l'on pensait gagné du fait de la visite médicale.

Une recherche d'information validée n'est pas toujours aisée. David L'HENORET, dans sa thèse[23], a recherché « quels étaient les outils de veille et de recherche documentaire, non institutionnels, validés, pertinents, indépendants, en libre accès et en langue française, proposés aux médecins généralistes en 2013 ». Il en ressort quatre outils :

- Le *Centre Cochrane Français*[A] (CCF) avec la lettre Cochrane Médecine Générale : il s'agit des résumés des revues systématiques effectués par le département de médecine générale de la faculté de médecine Paris Descartes. Le CCF propose également un flux rss « nouveaux résumés en Français » et une barre de recherche en ligne.

[A] www.cochrane.fr

- Le Bulletin d'Information de Pharmacologie « *BIP31* »[B] publiés par le Service de Pharmacologie Clinique et le Centre Midi-Pyrénées de PharmacoVigilance, de Pharmacoépidémiologie et d'Information sur le Médicament (CRPV) du CHU et de la Faculté de Médecine de Toulouse, à destination des professionnels de Santé. Un abonnement, des messages d'alerte et une barre de recherche en ligne sont également disponibles.
- *Minerva*[C], revue Belge d'*evidence-based-medecine*, qui propose bulletins d'information, dossiers thématiques et barre de recherche en ligne.
- *Folia Pharmacotherapeutica*[D] qui propose des articles « Bons à savoir » et des « Mises à jour », ainsi qu'une barre de recherche en ligne.

b. Visite académique

Une solution serait de relancer la visite académique, indépendante des laboratoires pharmaceutiques. Elle devra répondre à de nombreux critères. Notre étude montre qu'elle est plus demandée par les receveurs alors que les non-receveurs perdent l'usage de cette pratique.

En juin 2006, la HAS a créé un guide d'évaluation et d'amélioration des pratiques concernant la visite académique[24]. Son principe repose sur une action « officielle » éducative, au cabinet des médecins. Elle s'adresse aux médecins de manière individuelle ou collective, à un rythme de 6 à 8 visites par an, d'une durée de 20 minutes environ avec 1 à 3 thèmes par intervention. Elle propose des échanges sur les habitudes de prescription du médecin et des propositions pour l'amélioration des pratiques.

Cette visite académique permettrait d'utiliser un moyen de communication très efficace pour transmettre une information validée. Elle est demandée par de nombreux médecins receveurs de notre étude, notamment ceux ayant la CMR. Le côté humain de la visite serait en effet conservé. Par contre, les échantillons seraient supprimés mais on voit qu'ils sont surtout plébiscités par ceux qui n'ont pas la CMR.

[B] www.bip31.fr
[C] www.minerva-ebm.be/fr/home.asp
[D] www.cbip.be

En recoupant les profils de médecins issus de notre étude avec ceux de l'étude Quatrax[18], on retrouve que :

- Les apôtres et les mercenaires correspondent aux receveurs n'ayant pas la CMR. Ils reçoivent plus de visiteurs médicaux et sont satisfaits des échantillons et autres bénéfices secondaires. Ils sont majoritairement pour un maintien en l'état de la visite médicale et il sera difficile de les intéresser à la visite académique.
- Les otages correspondent aux receveurs ayant la CMR. La visite est importante pour eux, ils y recherchent un côté humain et des informations validées. Moins attachés aux échantillons, ce sont les plus demandeurs d'une visite académique.
- Les réfractaires correspondent aux non-receveurs : ils ne sont pas intéressés par la visite médicale. Plus de la moitié est pour la suppression de la visite médicale. Ils se sont déjà tournés vers d'autres moyens d'information et d'échange (revues médicales payantes, groupes de pairs).

c. Cercles de qualité médecins-pharmaciens

En Suisse, depuis 1997, des cercles de qualité médecins-pharmaciens[25] (CQMP) ont été introduits. Ils regroupent médecins et pharmaciens d'un secteur, tels des groupes de pairs élargis. Les séances sont préparées par les pharmaciens ayant accès aux données statistiques de prescription des médecins participants. Ces données sont comparées aux recommandations de pratique clinique avant d'établir un consensus entre médecins et pharmaciens. Cette collaboration constructive permet, avec l'accord de tous, de confronter les attitudes de prescription des médecins et d'en définir les origines et leur validité. La prescription d'un médicament est en effet conditionnée par de nombreux facteurs : type de patientelle, pathologie à traiter, connaissance, expérience et environnement pratique du médecin (publicité, visite médicale, internet…). Les CQPM permettent d'optimiser les profils de prescription des médecins en fonction de données objectives et de littérature adaptée à leur pratique. L'expérience Suisse a entraîné un impact positif dans la prise en charge des patients. Ils ont su créer une nouvelle manière d'informer les médecins sur le médicament avec un retour d'information efficace.

Conclusion

Dans notre étude, **65,3%** de médecins généralistes reçoivent la visite médicale. Parmi ceux-ci, **60,6%** possèdent, selon nos critères, la **connaissance minimale requise** pour critiquer l'information donnée par les visiteurs médicaux. Cependant, les renseignements délivrés par le visiteur médical restent incomplets, voire tronqués. Une recherche complémentaire d'information validée doit donc être entreprise par le médecin.

Pour compléter ce manque d'informations sur le médicament, trois pistes principales émergent des résultats de notre enquête.

Si la suppression de la visite est demandée par la majorité des non-receveurs, les autres médecins sont plus pour la création d'une **visite académique** indépendante des laboratoires pharmaceutiques.

Les **groupes de pairs** sont également une piste à approfondir et à développer. Ils ont l'avantage d'être confraternels, d'intégrer le facteur humain plébiscité par les médecins de notre étude et d'amener une réflexion sur les pratiques professionnelles.

Enfin, l'exemple Suisse des **cercles de qualité médecins-pharmaciens** nous montre que d'autres moyens d'information validée pourraient être mis en place.

A notre tour de trouver une solution pour satisfaire une demande d'information validée, claire et impartiale.

Toulouse le 10.09.2013

Vu permis d'Imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL

Vu et lu après l'impression
Le Président du Jury
9-11-13

Professeur Jean Louis MONTASTRUC
Laboratoire de Pharmacologie
Médicale et Clinique
FACULTE DE MEDECINE
37 allées Jules Guesde
31000 TOULOUSE

Références bibliographiques

1 Article L5122-1 sur la publicité pour les médicaments. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689929&dateTexte=20120520

2 SPURLING G. ET AL. Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity and cost of physicians' prescribing : a systematic review. PLOS Medicine. 2010 Oct 19;7(10):e1000352. DOI : 10.1371/journal.pmed.1000352. Disponible sur : http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000352

3 TOBIN L, ET AL. Influences on the prescribing of new drugs. Australian Family Physician. 2008;37(1-2):78-80,83

4 SERHAT VANCELIK, ET AL. Impact of pharmaceutical promotion on prescribing decisions of general practitioners in Eastern Turkey. BMC Public health Journal. 2007 Jun 25;7:122. Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17592644

5 Code de déontologie médicale; Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915

6 Code de la santé publique Article L4113-6 Art. 2 JORF 27 février 2007. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006688680&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100914

7 Le bilan du réseau d'observation de la visite médicale est toujours aussi accablant. La revue Prescrire 2003 ; 23 (237) : 225-227.

8 Médecins-Maîtres-Toile. Après le scandale du Vioxx, les laboratoires. 2005. Disponible sur : http://www.mmt-fr.org/article205.html#outil_sommaire_0

9 Comité Economique des Produits de Santé et Les Entreprises du Médicament. La Charte de la visite médicale. Décembre 2010. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-visite-medicale.html

10 Haute Autorité de santé. Fiche technique SMR. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/definition_smr.pdf

11 Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR). La Revue Prescrire 2002, Tome 22, n°234, page 889. Disponible sur : http://www.prescrire.org/editoriaux/EDI21714.pdf

12 Pr Jean Louis MONTASTRUC. Lexique de Pharmacologie médicale. Juin 2012. Disponible sur : http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/lexique3_leger.pdf

13 Haute Autorité de santé, Service qualité de l'information médicale – Institut de sondage IPSOS Santé. Enquête sur la qualité de la visite médicale perçue par les médecins. Mars 2009.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/enquete_has_ipsos_vm_032009.pdf

14 Haute Autorité de santé. Charte de la visite médicale: mise en œuvre de la procédure de certification: juillet 2006 – octobre 2009: premier bilan. Novembre 2009. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-11/premier_bilan_certif_vm_112009.pdf

15 ECOSANTE. Définition du SNIR. Disponible sur : http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/2352.html

16 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE ET ACTION INTERNATIONALE POUR LA SANTE. Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre. Edition originale 2009, traduction française 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr

17 FOISSET Etienne. Etude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons. Thèse de médecine générale ; Brest ; 2012 ; n°2912002.

18 QUATRAX CONSEIL. « Toubib or not to be » ; Enquête sur la relation entre les médecins généralistes et les laboratoires pharmaceutiques. 2006 ; 2ème édition en 2008.

19 CRISTOFARI JJ Médecin-labo : bien cerner les relations. Pharmaceutiques. 2008 ;(156) : 68-69

20 ACCENTURE, Etude auprès des médecins, profil national de la France. 2013

21 Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Suspension de l'autorisation de mise sur le marché des spécialités contenant du benfluorex. 2009. Disponible sur : http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Suspension-de-l-autorisation-de-mise-sur-le-marche-des-specialites-contenant-du-benfluorex-MEDIATOR-et-generiques

22 MINTZES B. et al. Pharmaceutical sales representatives and patient safety. Journal of General Internal Medicine. Avril 2013 ; *Epub ahead of print.*

23 L'HENORET David. Internet et soins primaires : les outils de veille et de recherche documentaires au service d'une information de qualité pour le médecin généraliste en 2013 ; Thèse de médecine générale ; Toulouse ; 2013 ; n°2013-TOU3 1031.

24 HAUTE AUTORITE DE SANTE. La visite académique. Juin 2006. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/va.pdf

25 Bugnon O. et al. Cercles de qualité Médecins-Pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription. Revue Médicale Suisse. 2012 ; 16;8(341):1042, 1044-8.

Annexes

Annexe 1 : questionnaire

Il y a 30 questions dans ce questionnaire

Vous

1 Sexe

○ Femme

○ Homme

2 Age

Veuillez écrire votre réponse ici :

3 Type d'activité

○ Urbain

○ Semi - rural

○ Rural

4 Organisation de travail

○ Seul

○ Médecins associés

○ Maison médicale

5 Plateau technique proche

○ Non

○ Oui

6 Type d'exercice

○ Installé

○ Remplacements

7 Année de thèse

Veuillez écrire votre réponse ici :

8 Activités salariées hors cabinet libéral

○ Non

○ Oui

9 Participez-vous régulièrement à des Formations Médicales Continues ?

○ Non

○ Oui

10 Participez-vous régulièrement à des groupes de Pairs ?

○ Non

○ Oui

11 Lisez-vous des revues médicales gratuites ?

○ Non

○ Oui

12 Lisez-vous des revues médicales payantes ?

○ Non

○ Oui

Vous et la visite médicale

13 Recevez-vous la visite médicale ?

○ Non

○ Oui

Si « *non* » à la question 13, les questions 14 à 17 et 26 à 29 n'étaient pas affichées.

14 Si oui, est-ce sur des plages de rendez-vous réservées ?

○ Non, à n'importe quel moment

○ Oui

15 Guidez-vous vous-même l'entretien ?

○ Non

○ Oui

16 Combien de temps dure la présentation par médicament, en moyenne ?

○ Moins de 5 minutes

○ De 5 à 10 minutes

○ Plus de 10 minutes

17 Combien de visiteurs médicaux recevez-vous par semaine ?

○ De 1 à 5

○ De 6 à 10

○ De 11 à plus

Vous et le visiteur médical

18 Le rôle du visiteur médical est-il important pour vous dans la présentation des nouveaux médicaments ?

○ Non

○ Oui

19 Le côté humain du visiteur médical est-il un plus pour vous ?

○ Non

○ Oui

20 Trouvez-vous utiles les échantillons de produits donnés par les visiteurs médicaux ?

○ Non

○ Oui

Votre évaluation de la visite médicale

21 En général, comment évaluez-vous la qualité scientifique des renseignements présentés par le visiteur médical ?

○ Bonne

○ Moyenne

○ Mauvaise

22 En général, comment évaluez-vous l'objectivité des renseignements présentés par le visiteur médical ?

○ Bonne

○ Moyenne

○ Mauvaise

Votre formation

23 Vous sentez-vous aujourd'hui formé pour pouvoir juger la qualité scientifique du discours des visiteurs médicaux ?

○ Non

○ Oui

24 Cette compétence a-t-elle été acquise lors d'une formation ?

○ Non

○ Oui

Vous lors de la visite médicale

25 Avez-vous reçu une formation à la lecture critique d'article ?

○ Non

○ Oui

Pour un nouveau médicament ou une nouvelle indication, lorsqu'il n'est pas présenté spontanément :

26 Demandez-vous le SMR (Service Médical Rendu) du produit présenté ?

○ Non

○ Oui

27 Demandez-vous l'ASMR (Amélioration du Service Médical Rendu) du produit présenté ?

○ Non

○ Oui

28 Demandez-vous les effets indésirables du produit présenté ?

○ Non

○ Oui

29 Demandez-vous les contre-indications du produit présenté ?

○ Non

○ Oui

Vous et la visite médicale du futur

30 Qu'attendez-vous en priorité de la visite médicale dans le futur ?

Veuillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

○ Maintien en l'état

○ Contrôle accru des visiteurs

○ Suppression des visiteurs

○ Visite médicale indépendante des laboratoires pharmaceutiques (visite académique)

○ Présence obligatoire de plusieurs médecins (visite collective)

Annexe 2 : réponses au questionnaire

	N	%
Caractéristiques des Médecins Généralistes		
Sexe	**143**	**100**
Femme	38	26,6
Homme	105	73,4
Age (Moy = 52.8 (ET = 8.6) Méd = 55 [30 - 66]	**137**	**100**
Moins de 55 ans	67	48,9
55 ans et plus	70	51,1
Type d'activité	**143**	**100**
rural	42	29,4
Semi - rural	50	35
urbain	51	35,7
Organisation de travail	**143**	**100**
Maison médicale	10	7
Médecins associés	87	60,8
Seul	46	32,2
Plateau technique proche	**139**	**100**
Non	30	21,6
Oui	109	78,4
Type d'exercice	**141**	**100**
Installé	140	99,3
Remplacements	1	0,7
Année de thèse (Med = 1987 [1974 -2012])	**144**	**100**
Avant 1988	77	53,5
Après 1988	67	46,5
Activités salariées hors cabinet libéral	**143**	**100**
Non	107	74,8
Oui	36	25,2
Participation à des Formations Médicales Continues	**140**	**100**
Non	22	15,7
Oui	118	84,3
Participation à des groupes de Pairs	**139**	**100**
Non	97	69,8
Oui	42	30,2
Lecture de Revues Médicales Gratuites	**141**	**100**
Non	43	30,5
Oui	98	69,5
Lecture de Revues Médicales Payantes	**143**	**100**
Non	44	30,8
Oui	99	69,2

Le médecin généraliste et la visite médicale		
Réception de Visite Médicale (VM)	**144**	**100**
Non	50	34,7
Oui	94	65,3
VM sur rdv réservés	**94**	**100**
Non, à n'importe quel moment	29	30,9
Oui	65	69,1
Guidage de l'entretien	**86**	**100**
Non	50	58,1
Oui	36	41,9
Durée de la présentation d'un médicament (3 classes)	**144**	**100**
Pas de VM	50	34,7
Moins de 5 minutes	42	29,2
De 5 à 10 minutes	47	32,6
Plus de 10 minutes	5	3,5
Durée de la présentation d'un médicament (2 classes)	**144**	**100**
Pas de VM	50	34,7
Moins de 5 minutes	42	29,2
Plus de 5 minutes	52	36,1
Nombre de visiteurs médicaux par semaine (3 classes)	**142**	**100**
Pas de VM	50	35,2
De 1 à 5	63	44,4
De 6 à 10	28	19,7
De 11 à plus	1	0,7
Nombre de visiteurs médicaux par semaine (2 classes)	**142**	**100**
Pas de VM	50	35,2
De 1 à 5	63	44,4
De 6 à plus	29	20,4
Le médecin généraliste et le visiteur médical		
Importance du visiteur médical dans la présentation des nouveaux médicaments	**142**	**100**
Non	74	52,1
Oui	68	47,9
Importance du côté humain du VM	**138**	**100**
Non	45	32,6
Oui	93	67,4
Utilité des échantillons	**132**	**100**
Non	62	47
Oui	70	53

Evaluation de la visite médicale par le Médecin généraliste		
Qualité scientifique des renseignements	**139**	**99,9**
Bonne	28	20,1
Mauvaise	52	37,4
Moyenne	59	42,4
Objectivité des renseignements	**140**	**100**
Bonne	10	7,1
Mauvaise	81	57,9
Moyenne	49	35
Formation subjective du Médecin généraliste		
Formé pour juger de la qualité scientifique du discours du VM	**138**	**100**
Non	45	32,6
Oui	93	67,4
Compétence acquise lors de formation	**114**	**100**
Non	62	54,4
Oui	52	45,6
Formation objective du Médecin généraliste		
Formation à la lecture critique d'article	**143**	**100**
Non	78	54,5
Oui	65	45,5
Demande du SMR	**91**	**100**
Non	38	41,8
Oui	53	58,2
Demande de l'ASMR	**92**	**100**
Non	35	38
Oui	57	62
Demande des effets indésirables	**92**	**100**
Non	4	4,3
Oui	88	95,7
Demande des contre-indications	**94**	**100**
Non	2	2,1
Oui	92	97,9
Attentes Futures du Médecin généraliste		
Futur de la VM	**134**	**100**
Maintien en l'état	36	26,9
Contrôle accru des visiteurs	7	5,2
Suppression des visiteurs	36	26,9
Visite médicale indépendante des laboratoires pharmaceutiques (visite académique)	50	37,3
Présence obligatoire de plusieurs médecins (visite collective)	5	3,7

Annexe 3 : résultats selon connaissance minimale requise

	Connaissance minimum requise (score >= 6)				Total	
	NON		OUI			
	N = 37	100%	N = 57	100%	N=94	100%
Caractéristiques des Médecins Généralistes						
Sexe (p = 0,79)						
Femme	10	27,03	14	24,56	24	25,53
Homme	27	72,97	43	75,44	70	74,47
Age (p = 0,53)	**Moy = 53.5 (ET = 8.4) Med = 55.0 [32-66]**		**Moy = 52.8 (ET = 9.2) Med = 54 [30-66]**		**Moy = 53.1 (ET = 8.8) Med = 55 [30-66]**	
Moins de 55 ans	17	45,95	30	52,63	47	50
55 ans et plus	20	54,05	27	47,37	47	50
Type d'activité (p = 0,82)						
Sans réponse	.	.	1	1,75	1	1,06
rural	10	27,03	13	22,81	23	24,47
Semi - rural	11	29,73	20	35,09	31	32,98
urbain	16	43,24	23	40,35	39	41,49
Organisation de travail (p = 0,94)						
Sans réponse	1	2,7	.	.	1	1,06
Maison médicale	2	5,41	5	8,77	7	7,45
Médecins associés	24	64,86	36	63,16	60	63,83
Seul	10	27,03	16	28,07	26	27,66
Plateau technique proche (p = 0,37)						
Sans réponse	1	2,7	1	1,75	2	2,13
Non	7	18,92	7	12,28	14	14,89
Oui	29	78,38	49	85,96	78	82,98
Type d'exercice (p = 0,38)						
Sans réponse	2	5,41	1	1,75	3	3,19
Installé	34	91,89	56	98,25	90	95,74
Remplacements	1	2,7	.	.	1	1,06
Année de thèse (p = 0,82)	**Med = 1985 [1974 - 2009]**		**Med = 1986 [1974 - 2012]**		**Med = 1986 [1974 - 2012]**	
Avant 1988	21	56,76	31	54,39	52	55,32
Après 1988	16	43,24	26	45,61	42	44,68
Activités salariées hors cabinet libéral (p = 0,03)						
Sans réponse	1	2,7	.	.	1	1,06
Non	32	86,49	39	68,42	71	75,53
Oui	4	10,81	18	31,58	22	23,4
Participation à des Formations Medicales Continues (p = 0,08)						
Non	8	21,62	5	8,77	13	13,83
Oui	29	78,38	52	91,23	81	86,17
Participation à des groupes de Pairs (p = 0,04)						
Sans réponse	.	.	2	3,51	2	2,13
Non	33	89,19	38	66,67	71	75,53
Oui	4	10,81	17	29,82	21	22,34
Lecture de Revues Médicales Gratuites (p = 0,12)						
Sans réponse	1	2,7	1	1,75	2	2,13
Non	4	10,81	14	24,56	18	19,15
Oui	32	86,49	42	73,68	74	78,72
Lecture de Revues Médicales Payantes (p = 0,58)						
Sans réponse	1	2,7	.	.	1	1,06
Non	16	43,24	22	38,6	38	40,43

Oui	20	54,05	35	61,4	55	58,51
Le médecin généraliste et la visite médicale (VM)						
VM sur rdv réservés (p = 0,04)						
Non, à n'importe quel moment	16	43,24	13	22,81	29	30,85
Oui	21	56,76	44	77,19	65	69,15
Guidage de l'entretien (p = 0,10)						
Sans réponse	2	5,41	6	10,53	8	8,51
Non	24	64,86	26	45,61	50	53,19
Oui	11	29,73	25	43,86	36	38,3
Durée de la présentation d'un médicament (3 classes) (p = 0,36)						
Moins de 5 minutes	14	37,84	28	49,12	42	44,68
De 5 à 10 minutes	22	59,46	25	43,86	47	50
Plus de 10 minutes	1	2,7	4	7,02	5	5,32
Durée de la présentation d'un médicament (2 classes) (p = 0,28)						
Moins de 5 minutes	14	37,84	28	49,12	42	44,68
Plus de 5 minutes	23	62,16	29	50,88	52	55,32
Nombre de visiteurs médicaux par semaine (3 classes) (p = 0,03)						
Sans réponse	.	.	2	3,51	2	2,13
De 1 à 5	20	54,05	43	75,44	63	67,02
De 6 à 10	16	43,24	12	21,05	28	29,79
De 11 à plus	1	2,7	.	.	1	1,06
Nombre de visiteurs médicaux par semaine (2 classes) (p = 0,01)						
Sans réponse	.	.	2	3,51	2	2,13
De 1 à 5	20	54,05	43	75,44	63	67,02
De 6 à plus	17	45,95	12	21,05	29	30,85
Le médecin généraliste et le visiteur médical						
Importance VM dans la présentation des nouveaux médicaments (p = 0,00)						
Non	4	10,81	23	40,35	27	28,72
Oui	33	89,19	34	59,65	67	71,28
Importance du côté humain du VM (p = 0,03)						
Sans réponse	1	2,7	.	.	1	1,06
Non	1	2,7	10	17,54	11	11,7
Oui	35	94,59	47	82,46	82	87,23
Utilité des échantillons (p = 0,00)						
Sans réponse	4	10,81	4	7,02	8	8,51
Non	3	8,11	23	40,35	26	27,66
Oui	30	81,08	30	52,63	60	63,83
Evaluation de la visite médicale par le Médecin généraliste						
Qualité scientifique des renseignements (p = 0,15)						
Bonne	15	40,54	13	22,81	28	29,79
Mauvaise	4	10,81	12	21,05	16	17,02
Moyenne	18	48,65	32	56,14	50	53,19
Objectivité des renseignements (p = 0,13)						
Bonne	4	10,81	6	10,53	10	10,64
Mauvaise	10	27,03	27	47,37	37	39,36
Moyenne	23	62,16	24	42,11	47	50
Formation subjective du Médecin généraliste						
Formé pour juger de la qualité scientifique du discours du VM (p = 0,00)						
Sans réponse	.	.	2	3,51	2	2,13
Non	19	51,35	11	19,3	30	31,91
Oui	18	48,65	44	77,19	62	65,96
Compétence acquise lors de formation (p = 0,01)						
Sans réponse	9	24,32	9	15,79	18	19,15
Non	23	62,16	24	42,11	47	50
Oui	5	13,51	24	42,11	29	30,85

Formation objective du Médecin généraliste						
Formation à la lecture critique d'article						
Non	28	75,68	28	49,12	56	59,57
Oui	9	24,32	29	50,88	38	40,43
Demande du SMR						
Sans réponse	3	8,11	.	.	3	3,19
Non	30	81,08	8	14,04	38	40,43
Oui	4	10,81	49	85,96	53	56,38
Demande de l'ASMR						
Sans réponse	2	5,41	.	.	2	2,13
Non	34	91,89	1	1,75	35	37,23
Oui	1	2,7	56	98,25	57	60,64
Demande des effets indésirables						
Sans réponse	.	.	2	3,51	2	2,13
Non	3	8,11	1	1,75	4	4,26
Oui	34	91,89	54	94,74	88	93,62
Demande des contre-indications						
Non	2	5,41	.	.	2	2,13
Oui	35	94,59	57	100	92	97,87
Attentes Futures du Médecin généraliste						
Futur de la VM (p = 0,01)						
Sans réponse	3	8,11	2	3,51	5	5,32
Contrôle accru des visiteurs	1	2,7	5	8,77	6	6,38
Maintien en l'état	21	56,76	15	26,32	36	38,3
Présence obligatoire de plusieurs médecins (visite collective)	3	8,11	2	3,51	5	5,32
Suppression des visiteurs	2	5,41	7	12,28	9	9,57
Visite médicale indépendante des laboratoires pharmaceutiques (visite académique)	7	18,92	26	45,61	33	35,11

Annexe 4 : résultats selon réception de la visite médicale

	Réception de VM NON		Réception de VM OUI		Total	
	N=50	100%	N=94	100%	N=144	100%
Caractéristiques des Médecins Généralistes						
Sexe (p = 0,70)						
pas de réponse	1	2	.	.	1	0,7
Femme	14	28	24	25,5	38	26,4
Homme	35	70	70	74,5	105	72,9
Age (p = 0,65)	**Moy = 52.3 (ET = 8.3) Med = 54 [34 - 66]**		**Moy = 53.1 (ET = 8.8) Med = 55 [30 - 66]**		**Moy = 52.8 (ET = 8.6) Med = 55 [30 - 66])**	
pas de réponse	3	6	4	4,3	7	4,9
Moins de 55 ans	24	48	43	45,7	67	46,5
55 ans et plus	23	46	47	50	70	48,6
Type d'activité (p = 0,08)						
pas de réponse	.	.	1	1,1	1	0,7
rural	12	24	39	41,5	51	35,4
Semi - rural	19	38	31	33	50	34,7
urbain	19	38	23	24,5	42	29,2
Organisation de travail (p = 0,34)						
pas de réponse	.	.	1	1,1	1	0,7
Maison médicale	20	40	26	27,7	46	31,9
Médecins associés	27	54	60	63,8	87	60,4
Seul	3	6	7	7,4	10	6,9
Plateau technique proche (p = 0,01)						
pas de réponse	3	6	2	2,1	5	3,5
Non	16	32	14	14,9	30	20,8
Oui	31	62	78	83	109	75,7
Type d'exercice (p = 0,46)						
pas de réponse	.	.	3	3,2	3	2,1
Installé	50	100	90	95,7	140	97,2
Remplacements	.	.	1	1,1	1	0,7
Année de thèse (p = 0,54)	**Med = 1988 [1975 - 2008]**		**Med = 1986 [1974 - 2012]**		**Med = 1987 [1974 - 2012]**	
Avant 1988	25	50	52	55,3	77	53,5
Après 1988	25	50	42	44,7	67	46,5
Activités salariées hors cabinet libéral (p = 0,57)						
pas de réponse	.	.	1	1,1	1	0,7
Non	36	72	71	75,5	107	74,3
Oui	14	28	22	23,4	36	25
Participation à des Formations Medicales Continues (p = 0,38)						
pas de réponse	4	8	.	.	4	2,8
Non	9	18	13	13,8	22	15,3
Oui	37	74	81	86,2	118	81,9
Participation à des groupes de Pairs (p = 0,01)						
pas de réponse	3	6	2	2,1	5	3,5
Non	26	52	71	75,5	97	67,4
Oui	21	42	21	22,3	42	29,2
Lecture de Revues Médicales Gratuites (p = 0,00)						
pas de réponse	1	2	2	2,1	3	2,1
Non	25	50	18	19,1	43	29,9
Oui	24	48	74	78,7	98	68,1

Lecture de Revues Médicales Payantes (p = 0,00)						
pas de réponse	.	.	1	1,1	1	0,7
Non	6	12	38	40,4	44	30,6
Oui	44	88	55	58,5	99	68,8
Le médecin généraliste et la visite médicale						
VM sur rdv réservés						
.	50	100	.	.	50	34,7
Non, à n'importe quel moment	.	.	29	30,9	29	20,1
Oui	.	.	65	69,1	65	45,1
Guidage de l'entretien						
pas de réponse	50	100	8	8,5	58	40,3
Non	.	.	50	53,2	50	34,7
Oui	.	.	36	38,3	36	25
Durée de la présentation d'un médicament (3 classes)						
Pas de VM	50	100	.	.	50	34,7
Moins de 5 minutes	.	.	42	44,7	42	29,2
De 5 à 10 minutes	.	.	47	50	47	32,6
Plus de 10 minutes	.	.	5	5,3	5	3,5
Durée de la présentation d'un médicament (2 classes)						
Pas de VM	50	100	.	.	50	34,7
Moins de 5 minutes	.	.	42	44,7	42	29,2
Plus de 5 minutes	.	.	52	55,3	52	36,1
Nombre de visiteurs médicaux par semaine (3 classes)						
pas de réponse	.	.	2	2,1	2	1,4
Pas de VM	50	100	.	.	50	34,7
De 1 à 5	.	.	63	67	63	43,8
De 6 à 10	.	.	28	29,8	28	19,4
De 11 à plus	.	.	1	1,1	1	0,7
Nombre de visiteurs médicaux par semaine (2 classes)						
pas de réponse	.	.	2	2,1	2	1,4
Pas de VM	50	100	.	.	50	34,7
De 1 à 5	.	.	63	67	63	43,8
De 6 à plus	.	.	29	30,9	29	20,1
Le médecin généraliste et le visiteur médical						
Importance du visiteur médical dans la présentation des nouveaux médicaments (p = 0,00)						
pas de réponse	2	4	.	.	2	1,4
Non	47	94	27	28,7	74	51,4
Oui	1	2	67	71,3	68	47,2
Importance du côté humain du VM (p = 0,00)						
pas de réponse	5	10	1	1,1	6	4,2
Non	34	68	11	11,7	45	31,3
Oui	11	22	82	87,2	93	64,6
Utilité des échantillons (p = 0,00)						
pas de réponse	4	8	8	8,5	12	8,3
Non	36	72	26	27,7	62	43,1
Oui	10	20	60	63,8	70	48,6
Evaluation de la visite médicale par le Médecin généraliste						
Qualité scientifique des renseignements (p = 0,00)						
pas de réponse	5	10	.	.	5	3,5
Bonne	.	.	28	29,8	28	19,4
Mauvaise	36	72	16	17	52	36,1
Moyenne	9	18	50	53,2	59	41

Objectivité des renseignements (p=0,00)						
pas de réponse	4	8	.	.	4	2,8
Bonne	.	.	10	10,6	10	6,9
Mauvaise	44	88	37	39,4	81	56,3
Moyenne	2	4	47	50	49	34
Formation subjective du Médecin généraliste						
Formé pour juger de la qualité scientifique du discours du VM (p = 1,00)						
pas de réponse	4	8	2	2,1	6	4,2
Non	15	30	30	31,9	45	31,3
Oui	31	62	62	66	93	64,6
Compétence acquise lors de formation (p = 0,02)						
pas de réponse	12	24	18	19,1	30	20,8
Non	15	30	47	50	62	43,1
Oui	23	46	29	30,9	52	36,1
Formation objective du Médecin généraliste						
Formation à la lecture critique d'article (p = 0,09)						
pas de réponse	1	2	.	.	1	0,7
Non	22	44	56	59,6	78	54,2
Oui	27	54	38	40,4	65	45,1
Demande du SMR						
pas de réponse	50	100	3	3,2	53	36,8
Non	.	.	38	40,4	38	26,4
Oui	.	.	53	56,4	53	36,8
Demande de l'ASMR						
pas de réponse	50	100	2	2,1	52	36,1
Non	.	.	35	37,2	35	24,3
Oui	.	.	57	60,6	57	39,6
Demande des effets indésirables						
pas de réponse	50	100	2	2,1	52	36,1
Non	.	.	4	4,3	4	2,8
Oui	.	.	88	93,6	88	61,1
Demande des contre-indications						
pas de réponse	50	100	.	.	50	34,7
Non	.	.	2	2,1	2	1,4
Oui	.	.	92	97,9	92	63,9
Attentes Futures du Médecin généraliste						
Futur de la VM (p = 0,00)						
pas de réponse	5	10	5	5,3	10	6,9
Maintien en l'état	.	.	36	38,3	36	25
Contrôle accru des visiteurs	1	2	6	6,4	7	4,9
Suppression des visiteurs	27	54	9	9,6	36	25
Visite médicale indépendante des laboratoires pharmaceutiques (visite académique)	17	34	33	35,1	50	34,7
Présence obligatoire de plusieurs médecins (visite collective)	.	.	5	5,3	5	3,5

Annexe 5 : résultats selon le nombre de visiteurs médicaux par semaine

	Nombre de VM par semaine						Total	
	Non Renseigné		De 1 à 5		De 6 à +			
	N=2	100%	N=63	100%	N=29	100%	N=94	100%
Caractéristiques des Médecins Généralistes								
Sexe (p = 0,04)								
Femme	1	50	20	31,7	3	10,3	24	25,5
Homme	1	50	43	68,3	26	89,7	70	74,5
Age (p = 0,12)	**Moy = 48.5 (ET = 19.1) Med = 48.5 [35 - 62]**		**Moy = 52.0 (ET = 9.0) Med = 53 [30 - 66]**		**Moy = 55.9 (ET = 7.4) Med = 58 [32 - 64]**		**Moy = 52.8 (ET = 8.6) Med = 55 [30 - 66])**	
Non renseigné			2	3,2	2	6,9	4	4,3
Moins de 55 ans	1	50	33	52,4	9	31	43	45,7
55 ans et plus	1	50	28	44,4	18	62,1	47	50
Type d'activité (p = 0,45)								
Non renseigné	.	.	1	1,6	.	.	1	1,1
Rural	.	.	29	46	10	34,5	39	41,5
Semi - rural	1	50	18	28,6	12	41,4	31	33
urbain	1	50	15	23,8	7	24,1	23	24,5
Organisation de travail (p = 0,66)								
Non renseigné	.	.	1	1,6	.	.	1	1,1
Maison médicale	1	50	16	25,4	9	31	26	27,7
Médecins associés	.	.	41	65,1	19	65,5	60	63,8
Seul	1	50	5	7,9	1	3,4	7	7,4
Plateau technique proche (p = 0,35)								
Non renseigné	.	.	2	3,2	.	.	2	2,1
Non	.	.	8	12,7	6	20,7	14	14,9
Oui	2	100	53	84,1	23	79,3	78	83
Type d'exercice (p = 0,33)								
Non renseigné	.	.	3	4,8	.	.	3	3,2
Installé	2	100	60	95,2	28	96,6	90	95,7
Remplacements	.	.	.	.	1	3,4	1	1,1
Année de thèse (p = 0,19)	**Med = 1991 [1978 - 2003]**		**Med = 1987 [1974 - 2012]**		**Med = 1983 [1975 - 2009]**		**Med = 1986 [1974 - 2012]**	
Avant 1988	1	50	32	50,8	19	65,5	52	55,3
Après 1988	1	50	31	49,2	10	34,5	42	44,7
Activités salariées hors cabinet libéral (p = 0,49)								
Non renseigné	.	.	1	1,6	.	.	1	1,1
Non	1	50	49	77,8	21	72,4	71	75,5
Oui	1	50	13	20,6	8	27,6	22	23,4
Participation à des Formations Medicales Continues (p = 1,00)								
Non	1	50	8	12,7	4	13,8	13	13,8
Oui	1	50	55	87,3	25	86,2	81	86,2
Participation à des groupes de Pairs (p = 0,00)								
Non renseigné	.	.	1	1,6	1	3,4	2	2,1
Non	2	100	42	66,7	27	93,1	71	75,5
Oui	.	.	20	31,7	1	3,4	21	22,3
Lecture de Revues Médicales Gratuites (p = 0,08)								
Non renseigné	.	.	.	.	2	6,9	2	2,1
Non	.	.	16	25,4	2	6,9	18	19,1

Oui	2	100	47	74,6	25	86,2	74	78,7
Lecture de Revues Médicales Payantes (p = 0,86)								
Non renseigné	.	.	.	.	1	3,4	1	1,1
Non	1	50	26	41,3	11	37,9	38	40,4
Oui	1	50	37	58,7	17	58,6	55	58,5
Le médecin généraliste et la visite médicale								
VM sur rdv réservés (p = 0,00)								
Non, à n'importe quel moment	.	.	14	22,2	15	51,7	29	30,9
Oui	2	100	49	77,8	14	48,3	65	69,1
Guidage de l'entretien (p = 0,95)								
Non renseigné	.	.	5	7,9	3	10,3	8	8,5
Non	2	100	33	52,4	15	51,7	50	53,2
Oui	.	.	25	39,7	11	37,9	36	38,3
Durée de la présentation d'un médicament (3 classes) (p = 0,53)								
Pas de VM								
Moins de 5 minutes	.	.	26	41,3	16	55,2	42	44,7
De 5 à 10 minutes	2	100	33	52,4	12	41,4	47	50
Plus de 10 minutes	.	.	4	6,3	1	3,4	5	5,3
Durée de la présentation d'un médicament (2 classes) (p = 0,21)								
Pas de VM								
Moins de 5 minutes	.	.	26	41,3	16	55,2	42	44,7
Plus de 5 minutes	2	100	37	58,7	13	44,8	52	55,3
Le médecin généraliste et le visiteur médical								
Importance du visiteur médical dans la présentation des nouveaux médicaments (p = 0,00)								
Non	2	100	23	36,5	2	6,9	27	28,7
Oui	.	.	40	63,5	27	93,1	67	71,3
Importance du côté humain du VM (p = 0,16)								
Non renseigné	.	.	1	1,6	.	.	1	1,1
Non	1	50	9	14,3	1	3,4	11	11,7
Oui	1	50	53	84,1	28	96,6	82	87,2
Utilité des échantillons (p = 0,03)								
Non renseigné	.	.	5	7,9	3	10,3	8	8,5
Non	2	100	21	33,3	3	10,3	26	27,7
Oui	.	.	37	58,7	23	79,3	60	63,8
Evaluation de la visite médicale par le Médecin généraliste								
Qualité scientifique des renseignements (p = 0,47)								
Bonne	.	.	18	28,6	10	34,5	28	29,8
Mauvaise	2	100	32	50,8	16	55,2	50	53,2
Moyenne	.	.	13	20,6	3	10,3	16	17
Objectivité des renseignements (p = 0,60)								
Bonne	.	.	7	11,1	3	10,3	10	10,6
Mauvaise	.	.	30	47,6	17	58,6	47	50
Moyenne	2	100	26	41,3	9	31	37	39,4
Formation subjective du Médecin généraliste								
Formé pour juger de la qualité scientifique du discours du VM (p = 0,42)								
Non renseigné	.	.	1	1,6	1	3,4	2	2,1
Non	.	.	19	30,2	11	37,9	30	31,9
Oui	2	100	43	68,3	17	58,6	62	66
Compétence acquise lors de formation (p = 0,53)								
Non renseigné	.	.	9	14,3	9	31	18	19,1
Non	2	100	34	54	11	37,9	47	50
Oui	.	.	20	31,7	9	31	29	30,9

Formation objective du Médecin généraliste								
Formation à la lecture critique d'article (p = 0,88)								
Non	1	50	38	60,3	17	58,6	56	59,6
Oui	1	50	25	39,7	12	41,4	38	40,4
Demande du SMR (p = 0,04)								
Non renseigné	.	.	1	1,6	2	6,9	3	3,2
Non	.	.	22	34,9	16	55,2	38	40,4
Oui	2	100	40	63,5	11	37,9	53	56,4
Demande de l'ASMR (p = 0,02)								
Non renseigné	.	.	1	1,6	1	3,4	2	2,1
Non	.	.	19	30,2	16	55,2	35	37,2
Oui	2	100	43	68,3	12	41,4	57	60,6
Demande des effets indésirables (p = 1,00)								
Non renseigné	.	.	1	1,6	1	3,4	2	2,1
Non	1	50	2	3,2	1	3,4	4	4,3
Oui	1	50	60	95,2	27	93,1	88	93,6
Demande des contre-indications (p = 0,53)								
Non	.	.	1	1,6	1	3,4	2	2,1
Oui	2	100	62	98,4	28	96,6	92	97,9
Attentes Futures du Médecin généraliste								
Futur de la VM (p = 0,00)								
Non renseigné	.	.	4	6,3	1	3,4	5	5,3
Maintien en l'état	.	.	17	27	19	65,5	36	38,3
Contrôle accru des visiteurs	.	.	5	7,9	1	3,4	6	6,4
Suppression des visiteurs	.	.	9	14,3	.	.	9	9,6
Visite médicale indépendante des laboratoires pharmaceutiques (visite académique)	2	100	26	41,3	5	17,2	33	35,1
Présence obligatoire de plusieurs médecins (visite collective)	.	.	2	3,2	3	10,3	5	5,3

SZAJNGARTEN Thomas

The general practitioner and the information provided by pharmaceutical sales representatives in Midi-Pyrenees region.

Toulouse, October 10th 2013

Abstract:

Background: Most of General Practitioners (GPs) receives pharmaceutical sales representatives even though it has been shown that it leads to lower quality prescriptions. If the French "Sales Visit Charter" attempt to supervise it, no study has yet investigated whether GPs were trained to receive medical representatives or not.

Objective: To assess whether GPs from Midi-Pyrenees had the minimum level of knowledge required to effectively criticize the information provided by sales representatives.

Methods: Our study consisted of a questionnaire sent by email to GPs from Midi-Pyrénées. The main criterion, the minimum knowledge required was defined from some key points of the "Sales Visit Charter" : "ASMR", "SMR" witch are criteria of utility and efficacy, adverse effects and contraindications.

Results: Among the 65.3% of GPs receiving sales representatives, 60.6% had, according to our criteria, the minimum knowledge required to criticize the information given during the sales visits. Among these ones, 80% felt trained to do this. Conversely, half of the doctors who didn't have this minimum knowledge thought they did.

Conclusion: Our study shows that most of the GPs seems trained to criticize the information provided by sales representatives. But as the information provided by them is truncated, a search for additional information has to be done by GPs. Academic detailing, development of peer groups and the Swiss example of physicians-pharmacists quality circles have to be explored.

Key-words : academic detailing - general practitioner - Midi-Pyrénées - minimum level of knowledge - pharmaceutical sales representative - primary care - questionnaire - sales visit - training

SZAJNGARTEN Thomas

Le médecin généraliste face à l'information donnée par le visiteur médical dans la région Midi-Pyrénées

Toulouse, le 10 octobre 2013

Résumé

Contexte : La majorité des médecins généralistes reçoit les délégués médicaux alors qu'il a été prouvé que cela entraînait des prescriptions de moindre qualité. Si la Charte de la Visite Médicale tente d'encadrer la visite médicale, aucune étude n'avait encore cherché à savoir si les médecins généralistes étaient formés à recevoir les visiteurs médicaux.

Objectif : Déterminer si les médecins généralistes de Midi-Pyrénées avaient un niveau minimal de connaissance leur permettant de critiquer pertinemment l'information donnée par les visiteurs médicaux.

Méthode : Notre étude consistait en un questionnaire envoyé par courriel aux médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Le critère principal, la connaissance minimale requise, a été construit à partir de points essentiels de la Charte de la Visite Médicale : ASMR, SMR, effets indésirables et contre-indications.

Résultats : Parmi les 65,3% de médecins généralistes recevant la visite médicale, 60,6% possédaient la connaissance minimale requise pour critiquer l'information donnée lors de la visite médicale. Parmi ces derniers, 80% se sentaient formés pour ce faire. Par contre, la moitié des médecins n'ayant pas cette connaissance minimale requise pensaient l'avoir.

Conclusion : Dans notre étude, la majorité des médecins généralistes semble formée à critiquer pertinemment le discours du visiteur médical. Mais sachant que les renseignements donnés par les visiteurs sont souvent tronqués, une recherche d'information complémentaire doit être effectuée par le médecin. La visite académique, le développement des groupes de pairs et les cercles de qualité médecins-pharmaciens Suisses sont des pistes à approfondir.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-Clés : connaissance minimale requise - formation - médecine générale - Midi-Pyrénées - questionnaire - visite académique - visite médicale

---

Faculté de Médecine Rangueil - 133 route de Narbonne - 31062 Toulouse Cedex 04 - France

---

Directeurs de thèse : Dr BOULBES Olivier et Dr DURRIEU Geneviève