

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Pharmacie

FAPH

Année universitaire 2021 - 2022

Thèse N° :/.....

THESE

**CONTRIBUTION DES VISITEURS MÉDICAUX DANS
L'INFORMATION PHARMACEUTIQUE DES PRESCRIPTEURS
DE LA COMMUNE RURALE DE KALABAN-CORO (KATI)**

Présentée et soutenue publiquement le 19 / 01 / 2023 devant le jury de la
Faculté de pharmacie

Par

M^{me}. TRAORE Awa Tonko

Pour obtention du Diplôme de Docteur en Pharmacie
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : **M. Sékou Fantamady TRAORE, Professeur**
Membres : **M. Sylvestre TRAORE, Maitre-Assistant**
M. Alhassane DICKO, Médecin
Co-Directeur : **M. Issa COULIBALY, Maitre-Assistant**
Directeur : **M. Sékou BAH, Professeur**



FACULTE DE PHARMACIE

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE PHARMACIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

ADMINISTRATION

Doyen : Boubacar TRAORE, Professeur

Vice-doyen : Sékou BAH, Maître de Conférences

Secrétaire principal : Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

Agent comptable : Ismaël CISSE, Contrôleur des Finances.

PROFESSEURS HONORAIRES

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
2	Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
3	Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
4	Abdoulaye	DABO	Malacologie -Biologie animale
5	Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
6	Mouctar	DIALLO	Parasitologie-mycologie
7	Souleymane	DIALLO	Bactériologie - Virologie
8	Kaourou	DOUCOURE	Physiologie hymaine
9	Ousmane	DOUMBIA	Chimie thérapeutique
10	Boukassoum	HAÏDARA	Législation
11	Gaoussou	KANOUTE	Chimie analytique
12	Alou A.	KEÏTA	Galénique
13	Mamadou	KONE	Physiologie
14	Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
15	Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
16	Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
17	Saïbou	MAÏGA	Législation
18	Elimane	MARIKO	Pharmacologie
19	Mahamadou	TRAORE	Génétique
20	Sékou Fantamady	TRAORE	Zoologie

PROFESSEURS DECEDES

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mahamadou	CISSE	Biologie
2	Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
3	Moussa	HARAMA	Chimie analytique

DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES

DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mounirou	BABY	Hématologie
2	Mahamadou	DIAKITE	Immunologie-Génétique
3	Alassane	DICKO	Santé Publique
4	Abdoulaye	DJIMDE	Parasitologie-Mycologie
5	Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie
6	Akory Ag	IKNANE	Santé Publique/Nutrition
7	Ousmane	KOITA	Biologie-Moléculaire
8	Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Aldjouma	GUINDO	Hématologie
2	Kassoum	KAYENTAO	Santé publique/ Bio-statistique
3	Bourèma	KOURIBA	Immunologie Chef de DER
4	Almoustapha Issiaka	MAÏGA	Bactériologie-Virologie
5	Issaka	SAGARA	Bio-statistique
6	Mahamadou Soumana	SISSOKO	Bio-statistique
7	Ousmane	TOURE	Santé Publiq/Santé environnement

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mohamed	AG BARAIKA	Bactériologie-virologie
2	Charles	ARAMA	Immunologie
3	Boubacar Tiétiè	BISSAN	Biologie clinique
4	Djibril Mamadou	COULIBALY	Biochimie clinique
5	Seydou Sassou	COULIBALY	Biochimie Clinique
6	Antoine	DARA	Biologie Moléculaire
7	Souleymane	DAMA	Parasitologie -Mycologie
8	Djénéba Koumba	DABITAO	Biologie moléculaire
9	Laurent	DEMBELE	Biotechnologie Microbienne
10	Klétigui Casimir	DEMBELE	Biochimie Clinique
11	Seydina S. A.	DIAKITE	Immunologie
12	Yaya	GOÏTA	Biochimie Clinique
13	Ibrahima	GUINDO	Bactériologie virologie
14	Aminatou	KONE	Biologie moléculaire
15	Birama Apho	LY	Santé publique
16	Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
17	Dinkorma	OUOLOGUEM	Biologie Cellulaire
18	Fanta	SANGHO	Santé Publique/Santé communautaire
19	Oumar	SANGHO	Epidémiologie

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Djénéba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
2	Issa	DIARRA	Immunologie
3	Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
4	Merepen dit Agnès	GUINDO	Immunologie
5	Falaye	KEÏTA	Santé publique/Santé Environnement
6	N'Deye Lallah Nina	KOITE	Nutrition
7	Djakaridia	TRAORE	Hématologie

DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Rokia	SANOGO	Pharmacognosie Chef de DER

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
-	Néant	-	-

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Loséni	BENGALY	Pharmacie hospitalière
2	Bakary Moussa	CISSE	Galénique
3	Yaya	COULIBALY	Législation
4	Issa	COULIBALY	Gestion
5	Balla Fatogoma	COULIBALY	Pharmacie hospitalière
6	Mahamane	HAÏDARA	Pharmacognosie
7	Hamma Boubacar	MAÏGA	Galénique
8	Adiaratou	TOGOLA	Pharmacognosie

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Seydou Lahaye	COULIBALY	Gestion pharmaceutique
2	Daouda Lassine	DEMBELE	Pharmacognosie
3	Adama	DENOU	Pharmacognosie
4	Sékou	DOUMBIA	Pharmacognosie
5	Assitan	KALOGA	Législation
6	Ahmed	MAÏGA	Législation
7	Aïchata Ben Adam	MARIKO	Galénique
8	Aboubacar	SANGHO	Législation
9	Bourama	TRAORE	Législation
10	Sylvestre	TRAORE	Gestion pharmaceutique
11	Aminata Tiéba	TRAORE	Pharmacie hospitalière
12	Mohamed dit Sarmoye	TRAORE	Pharmacie hospitalière

DER : SCIENCES DU MEDICAMENT

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Benoît Yaranga	KOUMARE	Chimie Analytique Chef de DER
2	Ababacar I.	MAÏGA	Toxicologie

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Sékou	BAH	Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Dominique Patomo	ARAMA	Pharmacie chimique
2	Mody	CISSE	Chimie thérapeutique
3	Ousmane	DEMBELE	Chimie thérapeutique
4	Tidiane	DIALLO	Toxicologie
5	Madani	MARIKO	Chimie Analytique
6	Hamadoun Abba	TOURE	Bromatologie

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
2	Dalaye Bernadette	COULIBALY	Chimie analytique
3	Blaise	DACKOOU	Chimie Analytique
4	Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
5	Abdourahmane	DIARA	Toxicologie
6	Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Pharmacologie
7	Mohamed El Béchir	NACO	Chimie analytique
8	Mahamadou	TANDIA	Chimie Analytique
9	Dougoutigui	TANGARA	Chimie analytique
10	Karim	TRAORE	Pharmacologie

DER : SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
-	-	-	-

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Lassana	DOUMBIA	Chimie appliquée
2	Boubacar	YALCOUYE	Chimie organique

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mamadou Lamine	DIARRA	Botanique-Biologie végétale
2	Abdoulaye	KANTE	Anatomie
3	Boureima	KELLY	Physiologie médicale

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Seydou Simbo	DIAKITE	Chimie organique
2	Modibo	DIALLO	Génétique
3	Moussa	KONE	Chimie Organique
4	Massiriba	KONE	Biologie Entomologie

CHARGES DE COURS (VACATAIRES)

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
2	Babou	BAH	Anatomie
3	Souleymane	COULIBALY	Psychologie
4	Yacouba M	COULIBALY	Droit commercial
5	Moussa I	DIARRA	Biophysique
6	Satigui	SIDIBE	Pharmacie vétérinaire
7	Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-embryologie
8	Fana	TANGARA	Mathématiques
9	Djénébou	TRAORE	Sémiologie et Pathologie médicale
10	Mahamadou	TRAORE	Génétique
11	Boubacar	ZIBEÏROU	Physique

Bamako, le 09 juin 2022

P/Le Doyen PO
Le Secrétaire Principal




Seydou COULIBALY
Administrateur Civil

DEDICACES.

Allah : le tout puissant et le tout miséricordieux

Je m'incline devant vous non seulement pour vous remercier de votre générosité, de m'avoir assisté jusque-là, de m'avoir aidé à surmonter les obstacles les plus difficiles de ma vie, mais également pour vous prier afin de m'assister dans la bonne exécution de mes projets.

Seigneur, les mots me manquent pour faire vos éloges. C'est grâce à vous que j'ai pu réaliser ce travail.

Prophète Mohammad (SAW), « ...le Messager d'ALLAH est un excellent Modèle à suivre... » (S33-V21). Votre exemple a donné un sens à ma vie. Que la paix et la Grace d'Allah soient sur vous.

Mon Père Dramane TRAORE

Ce travail est le fruit de vos efforts. Cette éducation rigoureuse que nous avons reçue n'était en fait que votre volonté de nous voir réussir. Grace à toi j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Père puisse le tout Puissant, le Créateur, l'Omniscient vous accorde la santé et la longévité. AMEN !!!

Ma Mère Rokia Diancoumba

En reconnaissance de toutes les souffrances que tu as endurées pour nous. Tu as guidé mes premiers pas dans les études et travaillé durement afin que tous tes enfants aient une solide assise pour affronter le dur combat de la vie. Si j'ai pu réussir aujourd'hui c'est grâce à votre courage. Que Dieu vous accorde une longue vie, une excellente santé afin que nous puissions continuer à jouir de vos bénédictions. AMEN !!!

Ma Tante Mariam Diallo

Votre conseil ainsi que vos bénédictions m'ont été vraiment utiles. Merci pour tout.

Mon époux Nadjiyoulahi Poudiougou

Ton inquiétude, ta patience, ta compréhension, ton soutien moral et matériel m'ont été d'un grand secours. Merci de me soutenir et de m'encourager à donner le meilleur de moi-même en toutes circonstances. Puisse notre amour résiste à l'épreuve du temps et qu'Allah nous accorde une longue vie ensemble et nous aide à réaliser nos projets communs.

REMERCIEMENTS

Mes oncles et mes tantes

Pour toutes ces années, au cours desquelles vous avez toujours cru en ma personne et m'avez soutenu, je vous dis Merci !! Puisse Allah, le Très-Haut, vous garder longtemps auprès de nous.

Mes frères et sœurs

Abdoulaye Tiébissan, Boubacar Tiémoko, Yahaya, Djènebou, Djèneba, Alfousseyni, Alassane, Fatoumata, Sadio, Mahamadou

En témoignage de l'affection qui nous a toujours unis sous le toit paternel. Je voudrais que vous trouviez dans ce travail le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard. Gardons l'esprit de la cohésion familiale et le sens de devoir, que nos parents nous ont inculqués. Ce travail est aussi le vôtre. Que le Tout Puissant préserve et renforce notre affection fraternelle.

A ma belle-famille, Famille Poudiougou

Qui m'ont soutenu moralement et matériellement à ma formation et à la réalisation de ce travail. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

Mes Maitres

De la faculté de pharmacie merci pour la qualité de la formation que vous m'aviez dispensée.

Mes Amis :

Abdoul Mouinou Poudiougou mon beau-frère,

Fatoumata Camara, Salimata Alou Ouedraogo, Tenin G Sanogo, Abdoulaye Poudiougou, Abel Ousmane Poudiougou, Ousmane G Traoré, Alhasseyni Koné et autres, je vous remercie pour toutes les motivations que vous m'avez apportées.

A Mes camarades de la 13^{ème} Promotion, en souvenir des dures années écoulées ensemble. Que Dieu nous assiste.

Enfin, je dis grand merci et sincère reconnaissance à tous ceux qui, de près ou de loin, m'auraient apporté leur soutien et qui œuvrent pour la paix et la justice dans le monde entier.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur TRAORE Sékou Fantamady

- ↳ Professeur honoraire de génétique et de biologie cellulaire ;
- ↳ Ancien Co-Directeur du MRTC et Ancien Directeur du Département d'Entomologie et des Maladies à Transmission Vectorielle.

Honorable Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples responsabilités. Homme de principe, vos qualités humaines et intellectuelles, votre sens élevé de la responsabilité ainsi que votre rigueur dans le travail font de vous un maître respectable. Recevez, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude et toutes nos considérations de haute estime.

Qu'Allah le Tout-Puissant, vous comble de ses bienfaits.

A notre Maître et Juge

Docteur TRAORE Sylvestre

- ↳ Spécialiste en gestion des approvisionnements pharmaceutiques et logistique en santé ;
- ↳ Assistant en gestion pharmaceutique à la FAPH ;
- ↳ Pharmacien praticien au CHU Pr BSS de Kati.

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Votre humilité et votre intégrité font de vous un Maître exemplaire.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre profond respect.

A notre Maitre et Juge

Docteur DICKO Alhassane

↳ MD, MPH Suivi-évaluateur de projet et programme de santé ;

↳ Médecin d'appui SIS au CS Réf de la commune II du district de Bamako.

Cher maître,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail en dépit de vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre qualité d'homme de science, votre rigueur dans le travail bien fait nous ont été très utiles pour mener à bien ce travail. C'est le lieu pour nous, cher maître, de vous exprimer notre sincère remerciement et notre profonde gratitude

A notre Maitre et Co-directeur de thèse

Docteur COULIBALY Issa

- ↳ PhD en sciences de Gestion ;
- ↳ Chargé de cours de gestion à la FMOS ;
- ↳ Praticien hospitalier au CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati ;
- ↳ Chef de service des examens et concours de la faculté de Pharmacie.

Cher Maître,

Votre disponibilité permanente, votre générosité, et votre rigueur scientifique ont tout le temps suscité notre admiration. Votre amour pour le travail bien fait, soucieux de notre formation, vous êtes pour nous un modèle de réussite et surtout de courage. Recevez cher maitre nos sincères remerciements et notre attachement. Puisse Dieu d'avantage et fasse prospérer vos souhaits.

A notre Maitre et Directeur de thèse

Professeur BAH Sékou

- ↳ Professeur titulaire de Pharmacologie ;
- ↳ Vice Doyen de la Faculté de Pharmacie ;
- ↳ Chef de service de la Pharmacie hospitalière du CHU Point G.

Cher Maître,

Tout le mérite de ce travail vous revient. Vous nous avez fait un grand honneur d'accepter de diriger et encadrer ce travail. Votre sagesse, l'esprit d'ouverture, votre précision dans le travail et votre pédagogie font de vous un maitre admiré et respecté. Nous vous remercions pour votre disponibilité malgré vos multiples occupations, nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre plus profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
ASMR	: Amélioration du Service Médical Rendu
BSS	: Bocar Sidy Sall
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CMU-c	: Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNAMTS	: Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs
CREDES	: Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la santé
CS Com	: Centre de Santé Communautaire
CS Rêf	: Centre de Santé de Référence
DCI	: Dénomination Commune Internationale
DREES	: Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques
E.P.U	: Enseignement Post-Universitaire
EFMC	: Entreprises de formations médicales et de communication
FAPH	: Faculté de Pharmacie
FMC	: Formations médicales continues
FMOS	: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
FP	: Firmes Pharmaceutiques
HAS	: Haute Autorité de Santé
IPP	: Inhibiteur de la Pompe à Proton
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PhD	: Philosophiae doctor
QOF	: Quality Outcomes Framework
SMIT	: Service de Maladies Infectieuses et Tropicales
SMR	: Service Médical Rendu
SNIR-PS	: Système National d'Informations Inter Régimes des Professionnels de Santé
VM	: Visiteur Médical

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste de figures

Figure 1 : Facteurs entrant dans la décision clinique	24
Figure 2 : Répartition des prescripteurs selon le sexe	40
Figure 3 : Répartition des prescripteurs selon la tranche d'âge.....	40
Figure 4 : Répartition des prescripteurs selon la qualification	41
Figure 4 : Répartition des prescripteurs selon l'activité salariée hors cabinet libéral	43
Figure 5 : Répartition des prescripteurs selon l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription	43
Figure 6 : Répartition des prescripteurs selon les formations médicales continues	44
Figure 7 : Répartition des prescripteurs selon la fréquence par mois à la participation de repas organisés par les laboratoires pharmaceutiques	48
Figure 8 : Répartition des prescripteurs selon la fréquence par mois à la participation à des congrès organisés par les laboratoires pharmaceutiques	49
Figure 9 : Répartition des prescripteurs selon l'influence de l'orientation des prescriptions .	49

Liste de tableaux

Tableau I : Répartition des prescripteurs selon la zone d'activité	41
Tableau II : Répartition des prescripteurs selon la résidence	42
Tableau III : Répartition des prescripteurs selon l'organisation de travail	42
Tableau IV : Répartition des prescripteurs selon le type d'exercice	42
Tableau V : Répartition des prescripteurs selon la participation régulière à des groupes de pairs	44
Tableau VI : Répartition des prescripteurs selon la participation à des échanges de groupe scientifique	44
Tableau VII : Répartition des prescripteurs selon l'abonnement à des revues médicales payantes	45
Tableau VIII : Répartition des prescripteurs selon la réception des visiteurs médicaux	45
Tableau IX : Répartition des prescripteurs selon la durée des entretiens avec les visiteurs médicaux	45
Tableau X : Répartition des prescripteurs selon les plages de rendez-vous réservées	46

Tableau XI : Répartition des prescripteurs selon la fréquence de visite médicale	46
Tableau XII : Répartition des prescripteurs selon les firmes de visiteurs médicaux.....	46
Tableau XIII : Répartition des prescripteurs selon la perception de l'importance du rôle du visiteur médical dans la présentation des nouveaux médicaments	47
Tableau XIV : Répartition des prescripteurs selon la compétence acquise lors de formation	47
Tableau XV : Répartition des prescripteurs selon leur participation à la filière universitaire de médecine générale	47
Tableau XVI : Répartition des prescripteurs selon la participation à des repas organisés par les laboratoires pharmaceutiques	48
Tableau XVII : Répartition des prescripteurs selon la participation à des congrès organisés par les laboratoires pharmaceutiques	48
Tableau XVIII : Répartition des prescripteurs selon les types de médicaments	50
Tableau XIX : Répartition des prescripteurs selon la personne qui guide les entretiens	50
Tableau XX : Répartition des prescripteurs selon la perception du côté humain du visiteur médical	50
Tableau XXI : Perception des prescripteurs sur l'utilité des échantillons gratuits des produits donnés.....	51
Tableau XXII : Perception des prescripteurs de la qualité scientifique des renseignements présentés	51
Tableau XXIII : Avis des prescripteurs de l'objectivité des renseignements présentés par les visiteurs médicaux.....	51
Tableau XXIV : Répartition des prescripteurs selon leur capacité à juger la qualité scientifique du discours des visiteurs médicaux	52
Tableau XXV : Répartition des prescripteurs selon la formation reçue à la lecture critique d'article	52
Tableau XXVI : Répartition des prescripteurs selon la demande du SMR du produit présenté	52
Tableau XXVII : Répartition des prescripteurs selon la demande de l'ASMR du produit présenté.....	53
Tableau XXVIII : Répartition des prescripteurs selon la demande des effets indésirables du produit présenté	53
Tableau XXIX : Répartition des prescripteurs selon la demande des contre-indications du produit présenté	53
Tableau XXX : Répartition des prescripteurs selon l'attente en priorité de la visite médicale dans le futur	54

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
GENERALITES.....	4
1. Déterminants de la prescription médicamenteuse	4
1.1. Déterminants liés aux médecins	4
1.2. Déterminants liés aux conditions d'exercice.....	7
1.3. Déterminants liés aux patients.....	14
1.4. Autres déterminants.....	22
1.5. Conclusion.....	22
2. Production et la diffusion de l'information médicale.....	24
2.1. Information scientifique	25
2.2. Devoir de formation continue au Mali	27
3. Visiteur médical (VM)	28
3.1. Mission du visiteur médical.....	28
3.2. Formation du visiteur médical.....	28
4. Qualités du visiteur médical	30
5. Déontologie du visiteur médical.....	30
5.1. Vis-à-vis du patient.....	30
5.2. Vis-à-vis du médecin.....	30
5.3. Vis-à-vis de son entreprise	31
6. Moyens de diffusion de l'information par le visiteur médical.....	31
6.1. Publicité directe.....	31
6.2. Publicité indirecte.....	34
MÉTHODOLOGIE	36
1. Cadre d'étude	36
2. Lieu d'étude.....	37
3. Type et Période d'étude.....	37
4. Population d'étude.....	37
5. Technique d'échantillonnage	38
6. Collecte et analyse des données	38
7. Variables à collecter	38

8. Considérations éthiques.....	39
RÉSULTATS	40
1. Données sociodémographiques des prescripteurs	40
2. Données socioprofessionnelles des prescripteurs	42
3. Ampleur de la visite des délégués médicaux	45
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	55
1. Fréquence globale et limites de l'étude.....	55
2. Ampleur de la visite des délégués médicaux	56
3. Vulnérabilité des médecins généralistes	57
4. Qualité douteuse de l'information thérapeutique.....	58
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	60
Conclusion	60
Recommandations	61
RÉFÉRENCES.....	62
ANNEXES.....	69
Fiche d'enquête.....	69
Serment de Galien	73

INTRODUCTION

La rationalisation de la prescription médicamenteuse constitue un axe stratégique de la maîtrise des dépenses de santé particulièrement dans les pays en voie de développement où environ le tiers de ces dépenses est absorbé par les médicaments et un pourcentage relativement plus élevé des dépenses privées des ménages sert à leur achat [1].

La décision médicale de prescrire un médicament est un processus très complexe, basé sur le savoir médical et l'expérience professionnelle, il s'inscrit dans une logique socio-économique, législative et un contexte culturel, sans oublier ses spécificités d'une création artisanale et poétique [2,3]. Il est illusoire de croire que le seul diagnostic est à l'origine d'une décision thérapeutique raisonnée. Un grand nombre de facteurs vont venir influencer cette décision. Ces facteurs qui influencent la prescription sont nombreux et interdépendants. Ce sont d'une part les facteurs propres au patient (ses antécédents, ses intolérances, ses préférences), d'autre part, les données de la littérature médicale et enfin les facteurs relevant du médecin praticien lui-même (sa formation, ses convictions, ses habitudes, ses conditions d'exercice, ses sources d'information, son attitude vis-à-vis de l'innovation).

Les liens entre les professions de santé et l'industrie pharmaceutique se sont fortement développés à la fin du XX^e et au début du XXI^e siècle [4]. Ces dernières années, un motif croissant de préoccupation a attiré l'attention sur les relations entre les professionnels de santé et l'industrie pharmaceutique tout particulièrement l'influence de l'industrie pharmaceutique sur la prescription médicale au moyen d'une gamme d'outils promotionnels (les flyers sur le médicament, les échantillons médicaux gratuits, etc.)

La forte délivrance des ordonnances dans les consultations curatives et la prescription des antibiotiques et des produits injectables d'une façon incorrecte,

insuffisante, insensée ou multiple témoignent de l'ampleur de la prescription irrationnelle des médicaments surtout dans les structures de première ligne [3].

En effet des études anglo-saxonnes ont montré que les contacts avec les firmes pharmaceutiques étaient liés de façon significative à une augmentation des prescriptions non rationnelles [4]. Par exemple, aux Etats-Unis une étude a montré que l'offre d'échantillon gratuit modifiait les prescriptions des étudiants en faveur de ces laboratoires [5].

Au Mali, la médecine est un domaine qui évolue très vite, il faut une mise à jour des connaissances capitales généralement la participation des congrès est sponsorisée par industrie Pharmaceutique.

Ainsi, l'information thérapeutique des médecins est principalement véhiculée, par l'industrie pharmaceutique qui investit des budgets considérables et emploie des ressources qualifiées en marketing : les visiteurs médicaux dont l'influence sur les habitudes de prescription est actuellement prouvée [1]. En effet, plusieurs études ont démontré l'impact éthique [6], économique et technique de la promotion pharmaceutique auprès des médecins internes et résidents, en médecine familiale, en médecine interne, en psychiatrie et en anesthésie-réanimation [7]. Les études réalisées sur cette thématique au Mali sont aujourd'hui rares.

Notre étude contribuera à l'augmentation des données sur le phénomène.

OBJECTIFS

Objectif général :

Étudier la place des visiteurs médicaux dans l'information pharmaceutique des prescripteurs de la commune rurale de Kalaban-coro.

Objectifs spécifiques :

- Mesurer l'ampleur de la visite des délégués médicaux en pratique de la médecine générale ;
- Décrire les attitudes des prescripteurs à l'égard de ces visiteurs médicaux ;
- Évaluer la qualité de l'information pharmaceutique délivrée par ces visiteurs ;
- Déterminer le type d'information fournis par les visiteurs aux prescripteurs.

GENERALITES

1. Déterminants de la prescription médicamenteuse

Le choix d'une prescription (ou d'une absence de prescription) est un processus complexe, mettant en jeu des mécanismes plus ou moins conscients. Aux connaissances des médecins vont se mêler des facteurs qui, bien que n'ayant aucune caractéristique scientifique ou médicale, vont moduler leurs choix. Ces facteurs influençant les prescriptions de manière inconsciente, ou déterminants de la prescription médicamenteuse, vont essentiellement être liés aux deux parties en présence lors d'une consultation, le médecin et le patient, ainsi qu'aux conditions dans lesquelles se déroule cette consultation [8].

1.1. Déterminants liés aux médecins

a) Sexe

Une part importante des travaux à propos des déterminants de la prescription liés aux médecins se rapporte à la différence hommes/ femmes.

D'un point de vue quantitatif, une revue de la littérature suisse publiée en 1998 estime que les médecins femmes effectuent globalement plus de prescriptions que leurs confrères masculins [9].

Dans le même ordre d'idée, une étude canadienne de 1991 montre qu'elles ont également un coût plus élevé par patient [10].

Si l'on considère uniquement les patients âgés, toujours au Canada, il semble que les hommes soient cette fois de plus gros prescripteurs [11], ce que ne confirme pas une étude belge ultérieure qui ne retrouve pas de différence entre praticiens [12].

Sur le plan qualitatif, des études estiment que les femmes adoptent moins rapidement les nouveautés que les hommes [13] et en prescrivent généralement moins [14]. Une hypothèse avancée est la moindre crainte qu'auraient les hommes à utiliser de nouveaux traitements pour obtenir des résultats en termes de santé.

Cela peut être également interprété comme de la prudence, comme le propose une étude anglaise de 1993 qui relève que les femmes sont de moins grosses prescriptrices de médicaments qui font l'objet d'un programme de surveillance après leur mise sur le marché que les hommes [15].

D'autres études montrent des différences de prescription lorsqu'on s'intéresse à une classe thérapeutique en particulier. C'est le cas par exemple des psychotropes qui, selon une étude suisse publiée en 1992, seraient plus prescrits à leurs patientes par les médecins femmes que par les médecins hommes [16]. Dans ce cas précis, s'est posée la question de savoir si les femmes n'étaient pas plus attentives aux problèmes psychosociaux de leur clientèle, mais certaines études réfutent cette hypothèse [17].

b) Age

L'autre déterminant souvent étudié est l'influence de l'âge des praticiens sur leurs habitudes de prescriptions.

La revue de la littérature suisse déjà citée estime que les médecins âgés sont de plus gros prescripteurs [9]. Une analyse française de 2001 va dans le même sens, en relevant que les « très gros prescripteurs » sont plus fréquemment de praticiens plus anciens dans l'exercice de leur profession [18].

A l'inverse l'étude canadienne citée plus haut ne retrouve pas de différence en fonction de l'âge sur la probabilité d'être un petit ou un gros prescripteur [11].

Si l'on s'intéresse uniquement aux patients âgés, l'étude belge ne retrouve pas de différence quantitative de prescription en fonction de l'âge du praticien [12].

Sur le plan qualitatif, on retrouve des résultats variables en fonction du critère de prescription pris en compte.

L'étude anglaise de 1993 indique par exemple que les jeunes diplômées sont de moins gros prescripteurs de médicaments qui font l'objet d'un programme de surveillance après leur mise sur le marché [15].

Deux études du Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES), publiées en 1998 et 2001 [19,20] montraient que les praticiens se situant aux âges extrêmes (donc les plus jeunes et les plus âgés) prescrivait plus que la moyenne, notamment en ce qui concerne les statines. Toujours d'après le CREDES, les prescriptions des médecins les plus âgés seraient en revanche moins onéreux que celles de leurs confrères, en partie en raison d'une durée de prescription plus courte.

Certaines données concernant les antibiotiques sont contradictoires. Deux études canadiennes publiées à 2 ans d'intervalle vont par exemple retrouver des résultats différents. Pour la première, le taux de prescription d'antibiotique est plus important chez les médecins âgés [21], alors que pour la seconde, les grands prescripteurs et les petits prescripteurs d'antibiotiques pour les infections aiguës étaient semblables en ce qui concerne l'âge du médecin [22].

Une étude anglaise qui a analysé des critères qualitatifs combinés à propos de la mise en place de traitements conformes à la médecine basée sur les preuves (ou Evidence-Based Medicine) ne retrouve pas, de manière générale, de différence d'attitude liée à l'âge [23].

Des études ont également regardé les différences de prescriptions en croisant les déterminants âges et sexe. Ainsi, en France, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a analysé les prescriptions de médecins généralistes hommes et femmes de plus ou moins 45 ans [24]. Il en ressort que si les hommes de moins de 45 ans prescrivent plus que leurs confrères âgés, les femmes de moins de 45 ans prescrivent elles moins que l'ensemble des médecins ; que les médecins femmes âgées de plus de 45 ans prescrivent plus de génériques que leurs confrères masculins du même âge ; et qu'à l'inverse, les femmes de moins de 45 ans prescrivent deux fois moins de génériques que les médecins hommes plus âgés.

c) Expérience

En ce qui concerne l'expérience des médecins, les données sont contradictoires, avec une étude canadienne pour qui l'expérience ne joue pas sur le fait d'être un gros ou un petit prescripteur (5), tandis que pour les auteurs d'une étude néo-zélandaise, les médecins exerçant depuis plus longtemps ont des prescriptions moins onéreuses que les autres [25].

d) Formation initiale

Enfin, deux études montrent des différences de prescriptions liées à l'université d'origine des médecins. Différence en termes d'habitudes de prescription à destination des patients de plus de 75 ans dans une étude menée en Wallonie [12], et différence en termes de prescriptions de nouveautés dans une étude menée au Québec [14]. De même, une étude a montré en Angleterre que les médecins diplômés à l'étranger étaient de plus gros prescripteurs de médicaments faisant l'objet d'un programme de surveillance après leur mise sur le marché [15].

1.2. Déterminants liés aux conditions d'exercice

a) Exercice de groupe/isolé

Plusieurs études se sont intéressées à la rapidité d'adoption de nouvelles molécules selon que les médecins exercent en groupe ou de manière isolée. Si deux études européennes avancent des résultats en faveur d'une adoption plus rapide de nouvelles thérapeutiques lorsque les médecins exercent en groupe [13,26], une étude australienne ne rapporte, elle, aucune différence [27].

En France, lorsque les statines pouvaient encore être considérées comme des nouveautés, exercer en groupe semblait favoriser leur prescription [20]. Ces résultats suggéreraient une différence de fonctionnement entre les groupes de médecins australiens et européens, mais notre recherche documentaire n'est pas assez exhaustive pour pouvoir tirer de conclusion solide.

En ce qui concerne la variété des médicaments prescrits, les données de deux études européennes, (Danemark [28], et Irlande du Nord [29]) suggèrent que les médecins exerçant en groupe prescrivent un plus grand nombre de médicaments différents. Cette conclusion n'est toutefois pas confirmée par une étude hollandaise qui ne retrouve pas de rapport entre l'exercice de groupe et la prescription d'une plus grande variété de médicaments [30].

L'étude nord-irlandaise ajoute que si les médecins de groupe prescrivent une plus grande variété de médicaments, les coûts de prescription par patient ne s'en trouvent pas augmentés.

Sur le plan qualitatif, une étude britannique utilisant un indicateur de performance (« Quality and Outcomes Framework » (QOF) = « système de qualité et de résultat ») indique un score plus élevé chez les médecins exerçant en groupe [31].

b) Environnement professionnel

Les auteurs d'une étude menée aux Pays-Bas en 1988 arrivaient à la conclusion que l'environnement professionnel influence les médecins dans le choix des traitements prescrits [32].

D'autres études vont dans le même sens en précisant la source de l'influence. Ainsi, une étude irlandaise estime que les prescriptions initiées à l'hôpital ont un impact direct sur le choix et l'utilisation des médicaments en médecine générale, notamment dans les pathologies chroniques [33], tandis qu'une étude britannique conclue que le choix des Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) utilisés par les médecins généralistes est influencé par les prescriptions hospitalières [34].

Les spécialistes ne sont pas en reste, puisqu'une étude qualitative australienne publiée en 2003 rapporte l'influence importante des spécialistes, et notamment des spécialistes locaux, sur les médecins généralistes, à la fois sur les prescriptions de nouveaux médicaments, sur le choix des molécules au sein d'une même classe, et parfois sur des changements d'habitude de prescription [35].

La densité de médecins généraliste semble également entrer en compte, puisqu'en France, dans les unités urbaines où la densité moyenne est importante (supérieure à 135 généralistes pour 100 000 habitants), les médecins ont une moindre propension à prescrire des antibiotiques [36]. A l'inverse, les volumes de prescriptions des médecins semblent s'aligner sur ceux des autres praticiens exerçant à proximité, et ce d'autant plus que la concurrence est forte [37].

c) Lieu d'exercice/ géographie

Des études se sont intéressées à la différence de prescription entre les médecins exerçant en milieu rural et en milieu urbain.

S'il ne semble pas y avoir de rapport entre le fait d'être installé en ville aux Pays-Bas et la prescription d'une plus grande variété de médicaments [30], les généralistes québécois installés en milieu rural semblent utiliser moins de nouveautés que leurs confrères [14]. Les grandes différences géographiques entre les deux pays interdisent évidemment toute comparaison valable.

En France, une étude de la DRESS menée en 2002 relève que si la part de foyers ruraux dans la zone d'emploi influence la probabilité de prescrire au moins un médicament au cours de la consultation [24], la prescription de génériques apparaît également plus élevée en zone rurale.

Mais la variabilité géographique des prescriptions ne semble pas se résumer à une opposition rural/urbain. Les études du CREDES [19,20] déjà citées montrent en effet d'importantes différences dans les prescriptions en fonction de la région d'exercice.

Par rapport à la région Sud-Est choisie comme référence, le coût des prescriptions des généralistes était plus faible en 1994 dans l'Est et le Sud-Ouest, et plus élevé en Île-de-France, dans le Centre et le Centre- Est.

L'analyse par classe thérapeutique montrait également des disparités importantes. Les médecins de la région parisienne et du bassin parisien prescrivaient par

exemple moins de statines en 1999 que leurs confrères des autres régions. Plus récemment, une carte établie par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en 2005 faisait apparaître un pôle de surprescription au centre géographique de la métropole, diffusant ensuite en direction du Cotentin et d'une partie du littoral Atlantique. Ces différences ne semblaient alors pas pouvoir être expliquées uniquement par les différences des clientèles (âge et pathologies essentiellement) [38].

L'étude de la DREES de 2005 aboutissait également à la conclusion que la région d'exercice du médecin apparaît comme un facteur influant tant sur la probabilité de prescrire un médicament que sur le nombre de médicaments prescrits [24].

Ces variations régionales se retrouvent aussi dans d'autres pays. Ainsi en Belgique, les auteurs d'une étude sur les habitudes de prescriptions concernant les patients de plus de 75 ans rapportaient des différences en fonction de la province d'exercice du médecin [12].

d) Charge de travail/ taille de la clientèle

Une charge de travail importante et une clientèle de grande taille semblent être des facteurs liés à la prescription d'une plus grande variété de médicaments. C'est ce qui ressort en tout cas de deux études, une danoise [28], et une hollandaise [30].

La taille de la clientèle influence également l'utilisation de médicaments nouveaux, puisqu'une étude canadienne relie le fait d'avoir une grande clientèle et le fait d'utiliser plus de molécules récentes [14]. Une étude danoise va dans le même sens en reliant cette fois le fait d'avoir une petite clientèle et le fait d'adopter moins rapidement des nouveautés [13].

En ce qui concerne la quantité de médicament, une autre étude danoise montre qu'une charge de travail importante est liée à un risque de poly-médication [39]. Une canadienne confirme cette tendance en relevant que plus le nombre de patients vus par jour est important, plus le nombre de médicaments prescrits aux

personnes âgées est important [11]. Ce rapport n'est toutefois pas retrouvé dans l'étude belge concernant les patients âgés de plus de 75 ans [12].

Une étude de 1997 [37] partant du constat que plus un médecin fait d'actes, plus il prescrit de médicaments par acte, émettait l'hypothèse que la prescription agirait comme une substitution au temps de consultation lorsque la durée de cette dernière était plus courte. L'équation se résumait ainsi : grosse charge de travail = moins de temps passé avec chaque patient = recours à la prescription médicamenteuse plus fréquente car moins chronophage que des explications.

Ce facteur a également été étudié à propos de la prescription d'antibiotiques. Il en ressort des résultats contradictoires au Canada où une étude associe grande clientèle et prescription d'antibiotique importante [22], alors qu'une autre ne trouve pas de corrélation entre le nombre de patients vus et le fait d'être un grand ou un petit prescripteur d'antibiotique [23].

En France, l'étude du CREDES de 2003 montre que plus un généraliste effectue de consultations et de visites par jour, plus la probabilité qu'il recoure aux antibiotiques pour rhino-pharyngite est importante [36].

Une étude britannique qui a analysé un indicateur de performance au regard de la taille de la clientèle ne trouve pas de diminution de cet indicateur en cas de liste de patients de grande taille [31].

e) Nombre de jours de travail

Sur deux études analysant ce sujet, l'une, canadienne, rapporte que les médecins ayant plus de jours de travail prescrivent plus de médicaments aux personnes âgées que les autres (5), et l'autre, française, que les médecins libéraux exerçant à temps complet ont une probabilité plus faible de prescrire des génériques [24].

f) Durée de la consultation

Deux études françaises relient de manière positive la durée de consultation et la prescription médicamenteuse. Dans la première, la probabilité de prescription et

le nombre de médicaments prescrits augmentent avec la durée de la consultation déclarée par le praticien [24]. Dans la seconde, la probabilité de prescription de psychotropes augmente avec la durée de la consultation [40]. Mais dans ce cas précis, les auteurs relèvent la possibilité d'un biais avec une probabilité peut-être plus grande de mettre à jour des problèmes psychologiques lors d'une consultation plus longue.

Dans les autres pays, le rapport semble inverse. Ainsi, une étude qualitative néo-zélandaise indique que les médecins les plus « coûteux » ont des créneaux de consultations plus courts que les autres [25].

Idem en ce qui concerne les antibiotiques, avec deux études, une écossaise [41] et une suédoise [42] qui montrent que la durée de consultation est inversement corrélée à la quantité d'antibiotiques prescrits.

Selon l'étude suédoise, ce temps de consultation plus long va de pair avec une écoute et une information du patient permettant une prescription moindre d'antibiotique.

g) Autres activités médicales

Si une étude française de 2003 arrive à la conclusion que les généralistes exerçant une autre activité médicale à l'extérieur de leur cabinet ont adopté plus rapidement de nouvelles molécules (ici des macrolides de deuxième génération) [43], une étude australienne plus ancienne ne retrouve pas ce rapport [27].

Dans un même ordre d'idée, les médecins participant à un réseau de soins ont une moindre propension à prescrire d'antibiotiques pour traiter une rhino-pharyngite aiguë [36].

h) Mode de rémunération

Deux études canadiennes, où deux modes de rémunération coexistent, explorent ce sujet. La première retrouve une forte association entre paiement à l'acte et prescription d'antibiotique par rapport au salariat [21], tandis que la seconde

associe le paiement à l'acte avec une plus grande prescription de nouveautés par les médecins généralistes [14].

i) Divers

D'autres déterminants ont été analysés, mais le nombre d'études s'y rapportant semble plus restreint.

- Secteur conventionnel : selon l'étude de la DREES cité plus haut [24], « *les généralistes de secteur à honoraires libres (secteur 2) ont une probabilité plus faible de prescrire des médicaments lors de leurs consultations et prescrivent moins de médicaments que leurs confrères du secteur à honoraires fixes (secteur 1). Les médecins non conventionnés ont au contraire une probabilité beaucoup plus forte de prescrire lors de leurs consultations mais, « toutes choses égales par ailleurs », ils prescrivent moins de médicaments que leurs confrères du secteur 1* ».
- Concurrence : l'hypothèse selon laquelle, plus le médecin fait face à une concurrence importante plus il aurait tendance à prescrire de médicaments pour conserver sa clientèle, n'a pas été validée par cette même étude de la DREES [24].
- Participation à des Formations Médicales Continues (FMC) : les médecins les plus fortement impliqués dans des FMC ont une moindre propension à prescrire d'antibiotiques pour traiter une rhino-pharyngite aiguë [36].
- Centres d'intérêt : une étude danoise publiée en 2011 ne retrouve pas de lien entre centre d'intérêt déclaré par le médecin et adoption de nouvelles molécules en lien avec ces centres d'intérêt [44].
- Sensibilité des médecins aux attentes des patients : selon une étude néo-zélandaise, les médecins les plus coûteux sont plus sensibles que les autres à la pression des attentes des patients [25].

- Période de consultation : la probabilité de se voir prescrire une antibiothérapie dans le cadre d'une rhino-pharyngite aiguë est plus forte lorsque la consultation a lieu en période épidémique [36].
- Pratiques locales : une revue de la littérature effectuée par la Haute Autorité de Santé (HAS) indique que les comportements de prescription peuvent être influencés par des « standards locaux », c'est-à-dire des « normes plus ou moins formelles partagées entre praticiens ». Il existerait ainsi des « des pratiques de prescriptions standardisées déterminées par la contrainte qu'exerce l'environnement professionnel sur chaque praticien et par la concurrence qui en découle » [37].
- D'après une étude danoise publiée en 1999, les consultations par téléphone entraînent une sur-prescription [39].

1.3. Déterminants liés aux patients

a) Sexe

Les études semblent d'accord sur le fait que les femmes reçoivent globalement plus de médicaments que les hommes. C'est en tout cas la conclusion de la revue de littérature suisse déjà évoquée [9]. Ce rapport est identique en France d'après l'étude de la DREES [24] : « *les médecins ont une probabilité de prescrire au moins un médicament au cours de la consultation sensiblement plus importante, « toutes choses égales par ailleurs », pour les femmes que pour les hommes, et dans ce cas, le nombre de médicaments qui leur est prescrit est également supérieur* ».

La proximité entre la sur-prescription et la poly-médication a amené les chercheurs à s'intéresser à ce problème. Il en ressort sans surprise que les femmes y sont plus exposées. Ainsi, dans une étude finlandaise, le fait d'être une femme de plus de 85 ans est associée au risque de polymédication [45].

Une étude danoise utilisant une grille d'analyse différente retrouve elle une polymédication plus importante chez les femmes que chez les hommes avant 70 ans, cette différence s'estompant par la suite [46].

Un des biais proposés par une étude française pour expliquer cette sur-prescription à destination des femmes est l'existence d'une pression de prescription (ou d'une demande de prescription) plus importante de la part des femmes. La recherche documentaire n'a pas permis de trouver d'étude dans un autre pays traitant de ce problème [47].

Sur le plan qualitatif, l'étude de la DREES [24] relève une probabilité sensiblement plus élevée pour les femmes par rapport aux hommes de recevoir une prescription de génériques.

Des différences hommes/ femmes sont également retrouvées lorsque l'on regarde la prescription de classes pharmaceutiques spécifiques.

Dans le cas des psychotropes en général, l'étude wallonne [12] à propos des patients de plus de 75 ans montre que les psychotropes sont plus prescrits aux femmes qu'aux hommes. Dans le cas précis des anxiolytiques, une étude internationale publiée en 2000 [48] conclue que les femmes sont plus susceptibles de se faire prescrire des anxiolytiques par des médecins généralistes que les hommes.

A l'inverse, en ce qui concerne les antibiotiques, elles ont une moindre probabilité de s'en voir prescrire dans la rhino-pharyngite aiguë que les hommes [36].

D'autres molécules ont été analysées, mais les résultats sont d'interprétation plus difficile. C'est le cas de statines en France qui sont plus prescrites aux hommes qu'aux femmes, mais dans cet exemple, on ne sait pas si le sexe est pris comme variable indépendante ou comme facteur de risque coronarien [24].

b) Age

Les auteurs des études s'accordent sur le fait qu'une clientèle âgée est liée à une augmentation des volumes de prescription. C'est par exemple la conclusion de la revue de la littérature suisse déjà citée [9], ou d'une étude nord-irlandaise qui note parallèlement une augmentation des coûts de prescription [49]. Cette augmentation du coût avec l'âge est également retrouvée dans une étude française qui compare les prescriptions aux patients de moins de 15 ans et celles aux patients de plus de 65 ans [19].

A l'inverse, une étude française de 2007 montre que les consultations consacrées aux enfants donnent moins souvent lieu à une prescription médicamenteuse que les autres [50].

L'étude de la DREES apporte une précision intéressante : si le nombre de médicaments prescrits est plus faible pour les patients de moins de 25 ans que pour les patients de plus de 55 ans, l'effet de l'âge du patient apparaît plus limité lorsque l'on tient compte des caractéristiques des médecins [24].

Pour les auteurs, cela est dû au fait que les médecins qui ont une clientèle âgée ont globalement tendance à prescrire plus que les médecins qui ont une clientèle plus jeune.

Corollaire de ces résultats, le risque de poly-médication augmente également avec l'âge des patients.

C'est ce que retrouvent deux études, une danoise, et une finlandaise centrée sur les femmes de plus de 85 ans [45,46].

La raison la plus souvent avancée de cette différence est l'augmentation de la prévalence des pathologies avec l'âge. Mais l'étude française citée plus en haut avance également l'argument d'une pression de prescription (ou demande de prescription) plus importante de la part des personnes âgées [47].

Toutefois, une étude canadienne affirme que l'âge des patients ne joue pas sur le fait que leur médecin soit ou non un gros ou un petit prescripteur [11]. Ce n'est cependant pas l'avis des caisses d'assurance maladie française qui estiment, sur la base de résultats provisoires pour l'année 2001, que la clientèle des médecins « très gros prescripteurs » est légèrement plus âgée (source : Système National d'Informations Inter Régimes des Professionnels de Santé (SNIR-PS)). On ne peut pourtant pas dire que ces études aboutissent à des résultats opposés, puisque les volumes de prescription pris en compte sont différents (« gros prescripteurs » et « très gros prescripteurs »).

En ce qui concerne la variété des médicaments utilisés, les résultats semblent contradictoires avec par exemple une étude danoise [28] qui retrouve un rapport entre clientèle âgée et augmentation de la variété des médicaments prescrits, rapport non retrouvé par une étude hollandaise [30].

D'un point vu qualitatif, des différences liées à l'âge apparaissent également. Ainsi, en France, le fait d'appartenir à une classe d'âge extrême (moins de 13 ans et plus de 69 ans) semble jouer un rôle défavorable sur la prescription de génériques [24].

L'utilisation des médicaments récents est, d'après une étude canadienne, moins importante en cas de grande proportion de personnes âgées dans la clientèle [14].

Des études ont analysé les prescriptions d'antibiotiques en fonction de l'âge des patients, avec des résultats variables en fonction de la question posée. Sur deux études canadiennes, l'une retrouve ainsi un taux de prescription (par patient et par an) d'antibiotiques plus important pour les médecins ayant une clientèle âgée, tandis que pour l'autre, il n'y avait pas de différence entre les grands prescripteurs et les faibles prescripteurs d'antibiotiques en rapport avec l'âge de la clientèle [21,22].

En France, en se référant aux patients, une étude du CREDES indique que les patients âgés de moins de 16 ans ou de plus de 65 ans sont les moins susceptibles de recevoir des antibiotiques dans la rhino-pharyngite aiguë [36].

Les prescriptions d'autres classes pharmaceutiques ont également été étudiées en fonction de l'âge des patients. C'est le cas des statines, qui étaient, en France en 1999, moins souvent prescrites pour les patients âgés de plus de 45 ans, ou des psychotropes, qui, selon une étude internationale, sont plus susceptibles d'être prescrits aux patients les plus âgés [20,47].

L'indicateur de performance britannique « QOF » déjà utilisé pour analyser d'autres déterminants de prescription, n'indique pas de tendance à une baisse de la qualité des soins en cas de clientèle âgée [31].

c) Catégorie socioprofessionnelle

L'étude de la DREES affirme que, « *toutes choses égales par ailleurs* », la probabilité que le médecin prescrive au moins un médicament à un patient inactif est supérieure à celle observée pour les patients qui occupent un emploi [24].

Toujours selon cette étude, lorsque l'on prend les employés comme catégorie socioprofessionnelle de référence, le nombre de médicaments prescrits est plus élevé que pour les artisans, les commerçants, les professions intermédiaires ou les cadres, avec toutefois des différences peu marquées.

En prenant également les employés en référence, une autre étude montre que le coût de la pharmacie à l'issue d'une consultation est plus élevé pour les agriculteurs, les artisans-commerçants (résultat qui semble en contradiction avec le précédent), et les chômeurs [19].

En considérant le niveau d'étude, une étude menée aux Pays-Bas ne retrouve pas de rapport entre un haut niveau d'éducation des patients et la prescription d'une plus grande variété de médicaments [30].

En France, au niveau des génériques, les ouvriers et les agriculteurs s'en voient prescrire plus souvent, tandis que les employés, les artisans et commerçants, les cadres et les professions intermédiaires sont dans la situation inverse [24].

L'étude du CREDES de 1998 relevait que l'influence de la catégorie socioprofessionnelle sur l'état de santé se retrouvait sur les prescriptions des médecins généralistes en France, avec une prescription de psychotropes et d'anti-diabétiques nettement plus fréquente que la moyenne chez les chômeurs. Cela était également valable pour d'autres catégories de médicaments [19].

On retrouve par exemple cette différence pour les prescriptions d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë en France, mais avec un rapport inversé puisque les inactifs en reçoivent moins que les actifs (sans type de profession discriminant chez ces derniers) [36].

Toujours en France, la probabilité de donner des statines est plus élevée chez les patients cadres [37].

Dans les autres pays, les études semblent aller dans le même sens, comme cette étude internationale pour qui les patients les moins scolarisés et les chômeurs sont plus susceptibles de se faire prescrire des anxiolytiques par des médecins généralistes [48].

Enfin, le score britannique d'indicateurs de performance « QOF » est plus élevé milieu social favorisé, et plus faible milieu social défavorisé [31].

d) Couverture sociale

En France, en 2002, le fait de bénéficier de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-c) est associé, selon la DREES [24], à une plus forte probabilité de se voir prescrire au moins un médicament à l'issue d'une consultation par rapport aux patients disposant d'un autre type d'assurance complémentaire. Le nombre de médicament prescrit est également supérieur. Les

auteurs soulignent toutefois que ces effets peuvent être liés en partie à une différence dans l'état de santé des patients.

D'un autre côté, selon la même étude, les bénéficiaires de la CMU-c ont plus de chance de se voir prescrire un générique que les autres.

Aux Pays-Bas, aucun rapport n'a été retrouvé entre le fait de bénéficier d'une assurance publique et la probabilité de prescription d'une plus grande variété de médicaments [30].

e) Demande des patients

Les médecins reconnaissent parfois prescrire à la demande des patients sans que cela ne soit justifié.

Ainsi, aux Pays-Bas, la prescription d'antibiotique est plus importante dans la bronchite lorsque les patients sont demandeurs, même lorsque que cette prescription n'était pas, aux yeux des médecins, nécessaire [51].

Cette demande des patients semble également avoir un effet incitatif sur les prescriptions de nouveaux médicaments en Angleterre, d'où l'importance de la publicité pour les médicaments directement adressée au patient (« direct to consumer advertising ») [52].

D'autres études ne retrouvent pas ce facteur d'influence : toujours aux Pays-Bas, la demande des patients ne semble pas avoir d'influence sur les prescriptions pour syndrome intestin irritable et colique néphrétique [32].

Il faut toutefois faire la différence entre demande exprimée par les patients, et le ressenti des médecins.

Ainsi, une étude française de 1997 [53] indique qu'un tiers des médecins interrogés ont le sentiment de prescrire des antibiotiques dans les infections ORL chez l'enfant à la demande pressante des parents. Il existe toutefois un doute sur la réalité de cette demande (surestimation des médecins à propos des attentes de leurs patients) car les études à ce propos ne sont axées que sur le ressenti des

médecins, sans prendre en compte l'avis des patients [54]. La revue de la littérature suisse [9] va plus loin en indiquant que c'est la perception qu'a le médecin des attentes de son patient qui est le facteur déterminant dans sa décision de prescrire. Ainsi, selon cette revue, « *s'il est vrai que le taux de prescription triple chez les patients qui s'attendent à recevoir un traitement par rapport à ceux qui ne s'y attendent pas, il décuple chez les patients perçus par leur médecin comme étant demandeur de prescription par rapport à ceux qui, pour le médecin, n'ont pas d'attente* ».

Il existe de plus un « effet boule de neige », ou auto-entretien des prescriptions, décrit par une étude britannique qui a étudié des prescriptions d'antibiotiques entre 1995 et 2000 [55]. A population égale, les médecins qui prescrivent plus facilement des antibiotiques dans les infections respiratoires aiguës ont également plus de consultations pour ce motif. Inversement, les médecins ayant une moindre proportion de consultation se terminant par une prescription d'antibiotique ont un taux moindre de consultation pour infection respiratoire aiguë. D'autre part, les médecins ayant réduit leurs prescriptions d'antibiotique dans les infections respiratoires aiguës ont également un taux moindre de consultation pour ce motif.

f) Nouveau patient

En France, selon deux études, une menée en 1994 et une menée en 2002 les médecins prescrivent moins de médicaments [24], et pour un coût de pharmacie moindre [19], aux patients qu'ils ne soignent habituellement pas.

g) Origine des patients

Le score britannique d'indicateurs de performance « QOF » ne retrouve pas de tendance à la diminution pour les patients originaires de pays en voie de développement soignés en Grande-Bretagne [31].

1.4. Autres déterminants

- La relation médecin-malade : selon une étude galloise [56], cette relation va avoir une influence sur la décision de prescrire des antibiotiques dans les maux de gorge de par la valeur symbolique qu'ils véhiculent.
- Le pays d'exercice : lorsque l'on compare la France et l'Allemagne, les représentations socioculturelles font que les médecins français allemands vont avoir une approche axée plus sur la surveillance en ce qui concerne les infections banales comme la bronchite, tandis que les médecins français vont prescrire beaucoup plus facilement des antibiotiques. En conséquence, pour les patients français, la nécessité d'un antibiotique, et donc d'une consultation médicale, est nécessaire devant l'association toux + expectoration [57].
- L'incertitude : en situation d'incertitude diagnostique, les médecins français ont tendance à terminer plus souvent la consultation avec une prescription médicamenteuse, mais ils prescrivent moins de médicaments différents. Et lorsque le diagnostic est en attente, ils prescrivent moins souvent des médicaments et en moins grande quantité [24].

1.5. Conclusion

La littérature concernant les déterminants de la prescription est donc relativement étoffée. Sans prétendre à l'exhaustivité (ce chapitre ne se veut pas une revue systématique de la littérature), on se rend compte que les résultats obtenus sont souvent contradictoires, ou ne s'intéressent qu'à des sous-ensembles de population, à une classe médicamenteuse, ou à une caractéristique précise de la prescription (le coût, le nombre de ligne par ordonnance,...), ce qui rend difficile toute comparaison.

Quelques tendances semblent toutefois se dessiner :

↳ En ce qui concerne les déterminants liés aux médecins ou à leur exercice :

- les médecins femmes semblent prescrire plus en quantité que leurs confrères masculins
- l'âge élevé du praticien favoriserait peut-être la prescription de plus de médicaments, mais cela n'est pas retrouvé dans toutes les études
- l'installation en groupe semble favoriser l'adoption rapide de nouveautés
- la charge de travail et la taille de la clientèle croissantes paraissent être associées à plus de prescriptions (sauf pour des patients de plus de 75 ans), à l'utilisation d'une gamme plus large de médicaments, et à l'utilisation de plus de médicaments nouveaux
- l'université d'origine influe sur les prescriptions, ce qui semble logique en regard de la diversité des enseignements (même si la tendance est à les uniformiser)
- les prescriptions des médecins varient selon leur environnement professionnel, la région d'installation, et le pays d'exercice.

↳ En ce qui concerne les patients :

- Les femmes auraient tendance à recevoir plus de médicaments que les hommes
- Les personnes âgées se voient prescrire plus de médicaments, et pour des coûts plus importants, ce qui semble également logique en raison d'une prévalence des pathologies augmentant avec l'âge.

Toute conclusion définitive semble délicate, tant les variables sont nombreuses, sans compter les évolutions culturelles ou sociétales [58]. En outre, pour la plupart de ces tendances, il conviendrait de préciser les mécanismes.

Un des buts de ce domaine d'étude pourrait être la création de modèles de prédiction de prescription, mais ceux-ci ne semblent pouvoir être réalisables que sur des thèmes transversaux (coût, volume,...).

Des schémas ont été proposés qui intègrent différents déterminants de la prescription, mais ils se gardent bien d'indiquer dans quel sens ces déterminants pourraient agir. Ainsi ce schéma de décision clinique proposé par des auteurs américains qui, aux déterminants évoqués, intègrent des facteurs liés aux pathologies et aux sources d'information :

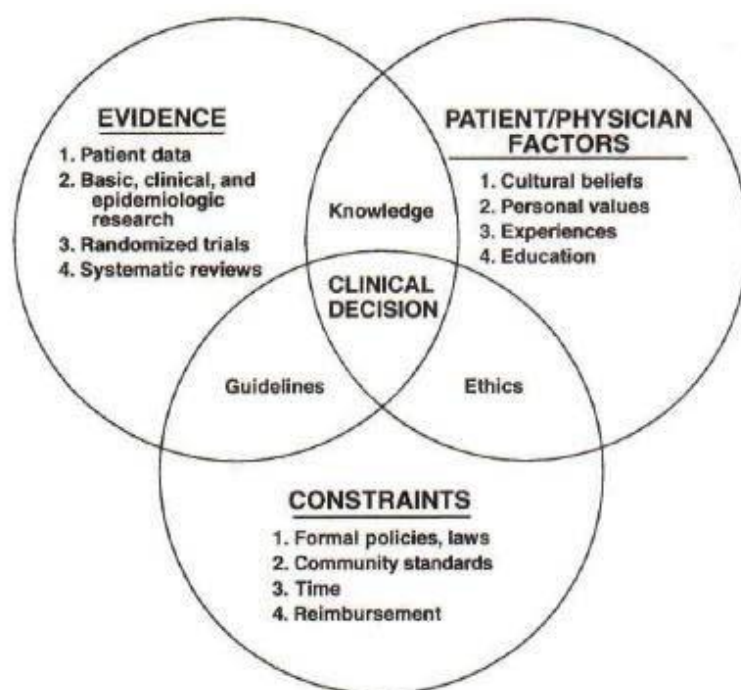


Figure 1 : Facteurs entrant dans la décision clinique [59]

2. Production et la diffusion de l'information médicale

L'information scientifique en générale et médicale en particulier, est abondante, voir surabondante, de nature et d'origine différentes, et les médecins vont avoir des choix à effectuer pour sélectionner l'information dont ils vont avoir besoin pour actualiser leurs connaissances et améliorer leurs pratiques.

Ce chapitre va esquisser à grands traits les caractéristiques de cette information à destination des médecins, avant de voir sous quelles formes elle se présente et de quelle manière elle est utilisée.

2.1. Information scientifique

L'information scientifique en générale et médicale en particulier se répartit en deux catégories : l'information primaire et l'information secondaire [60].

a) Information primaire

C'est une information originale, inédite et nouvelle, rapportant les résultats d'un travail de recherche expérimentale ou conceptuelle. La méthode utilisée pour obtenir ces résultats est décrite et doit respecter certains standards. Dans le domaine du médicament, ces travaux de recherche sont essentiellement représentés par les essais cliniques, mais il peut également s'agir d'études basées sur des entretiens, sur des analyses de données autres que cliniques, etc...

Ces informations sont transmises les plus souvent sous forme d'articles scientifiques (littérature primaire), publiés dans des revues plus ou moins spécialisées, mais elles peuvent également être présentées sous forme de communications lors d'un congrès, ou être intégrée à des travaux de mémoires, de thèses, ou publiées sous forme de livre. Certains de ces travaux ne seront cependant jamais publiés.

Ces articles sont généralement stockés dans des bases de données dont la plus complète est la bibliothèque numérique du congrès américain, consultable via l'interface informatique Pubmed, où elles sont accessibles de manière plus ou moins complète (du simple titre à l'article complet, en passant par un résumé). La consultation de ces bases de données nécessite un certain apprentissage.

Elle s'adresse généralement aux praticiens ayant une activité de recherche.

Les informations primaires sont donc difficilement utilisables par les médecins en pratique courante, car elles sont pléthoriques, de lecture souvent complexe et chronophage, et, difficulté supplémentaire pour le lecteur français, rédigées en grande majorité en anglais.

b) Information secondaire

L'information secondaire a pour but de rendre accessible l'information primaire en la recensant, l'analysant, la synthétisant, et la commentant. Elle est obtenue par différentes méthodes, comme par exemple les revues systématiques de la littérature, les méta-analyses, ou les méthodes consensuelles.

Pour donner un exemple, une revue systématique de la littérature va employer des stratégies scientifiques dans le but de limiter les biais, afin de rassembler et d'évaluer toutes les études traitant d'une question clinique spécifique, pour au final en synthétiser les résultats [61].

L'information secondaire est publiée dans des journaux plus ou moins spécialisés sous forme d'articles de synthèse, de résumés d'articles éventuellement commentés. Elle peut également être retrouvée dans des guides de bonne pratique, des manuels de médecine, des données réglementaires au sujet du médicament (monographies, fiches de transparence), des communications orales, des programmes de formation scientifiques, des sites Internet. Elle s'adresse à tous les praticiens, qu'ils aient ou non une activité de recherche.

La littérature secondaire peut être produite sous l'égide de différents promoteurs : institutions, sociétés savantes, industriels.

Une fois cette information produite, elle va être diffusée auprès des médecins par différents vecteurs. A noter qu'au sein d'un même vecteur, comme une revue médicale, peuvent coexister des informations primaires et secondaires, issues de promoteurs différents (institutions et industries par exemple). Le médecin va donc avoir à sa disposition un certain nombre de source d'information dont il va se servir pour parfaire ses connaissances.

De par le temps nécessaire à leur lecture et à leur compréhension, les informations de la littérature secondaire ne sont généralement pas utilisables par les médecins pendant leur activité de soin. Elles deviennent toutefois utiles dans le cadre de la

recherche d'information en-dehors du temps de consultation, d'autant plus que leur format est adapté au public visé (nationalité, spécialité, centre d'intérêt).

2.2. Devoir de formation continue au Mali

Le médecin, dans sa pratique, se doit d'actualiser ses connaissances. C'est une obligation morale vis-à-vis du patient qui vient le consulter en confiance, déontologique (article 11 du Code de Déontologie médicale : « *tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances* »), mais aussi légale.

Les informations secondaires vont constituer le cœur de ces formations obligatoires. Les formations validantes pour la FMC vont donc être représentatives de la plupart des vecteurs de l'information secondaires à la disposition des médecins français.

On distinguait ainsi pour la FMC [62] :

- les formations présentielles : séminaires, congrès, enseignement post-universitaire, diplôme universitaire, diplôme inter-universitaire
- les formations individuelles à distance : abonnements à des périodiques médicaux, acquisition d'ouvrages médicaux, multimédias et sites web agréés
- les situations professionnelles formatrices : formation professionnelle des salariés, missions d'intérêt général (qualité, organisation des soins et prévention) dans des structures organisées, activité de formateur et de jury, recherche et publications personnelles

A ces vecteurs, on pourrait ajouter, entre autres, les publications institutionnelles (guides de bonne pratique de la HAS, fiches de bon usage des médicaments), ou les messages promotionnels diffusés par les industries du médicament (ces derniers feront l'objet d'un chapitre à part entière).

3. Visiteur médical (VM)

Le visiteur ou délégué médical, est responsable de l'information, de la promotion et du bon usage du médicament. Il doit maîtriser toutes les techniques de communication et disposer d'un bagage technique pour démontrer les vertus du médicament, d'en décrire la composition, les contre-indications, les effets secondaires et le mode d'emploi [63].

3.1. Mission du visiteur médical

Le délégué médical, en dehors de toute activité commerciale, présente les spécialités pharmaceutiques afin d'en assurer la promotion dans le respect des orientations de l'entreprise et d'en permettre la connaissance par les membres du corps médical ainsi qu'une utilisation conforme au bon usage :

- ↳ Assurer la promotion dans le sens d'informer le médecin sur tous les aspects réglementaires et pharmaco-thérapeutiques relatifs au médicament présenté à savoir les indications thérapeutiques, l'autorisation de mise sur le marché, les 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).
- ↳ Assurer le bon usage implique de présenter au médecin la place du médicament dans la pathologie visée et la stratégie thérapeutique recommandée.

3.2. Formation du visiteur médical

Certains V.M ont reçu une formation de base en santé, mais ce n'est pas une exigence. En fait, les représentants sont choisis pour leur capacité à nouer des relations avec les prescripteurs. Cependant, aucune mention n'a été faite de la formation scientifique nécessaire pour réaliser ce qui est parfois revendiqué par les entreprises pharmaceutiques comme une tâche avant tout pédagogique et

scientifique. Bien que les détails de la formation des délégués médicaux ne soient pas habituellement rendus publics, des informations partielles sont disponibles, auprès des sociétés elles-mêmes, des personnes ayant occupé ces postes et (dans un petit nombre de cas), dans des dépositions sous serment lors des procédures judiciaires. Il semble clair qu'il y a une formation intensive sur des aspects choisis des produits promus, leurs conditions d'utilisation, et les techniques de vente les plus susceptibles d'accroître leur usage. Ceci comprend une formation sur la façon de critiquer les produits des concurrents et la façon de gérer les objections ou les questions difficiles que leurs clients peuvent poser. Toutefois, dans certains cas au moins, ils sont entraînés à changer de sujet quand les questions ne leur sont pas favorables, ou à contrer les arguments soulevés par des éléments de preuves contraires [63].

On observe que plusieurs délégués médicaux proviennent des professions paramédicales comme assistante en pharmacie, infirmière. Parfois on trouve aussi des délégués médicaux avec une formation universitaire (médecine, pharmacie) mais en général il s'agit d'une étape pour devenir cadre dans l'industrie pharmaceutique et ils ne restent que quelques mois ou années dans cette position [64].

Ces techniques sont mises en pratique dans des jeux de rôle et sont retravaillées lors de formations de remise à niveau. Les délégués médicaux doivent souvent passer un test sur leur connaissance du produit avant d'avoir l'autorisation d'aller sur le terrain. Dans certains cas, la formation couvrira le code de bonne conduite rédigé par l'association des fabricants de produits pharmaceutiques ou les autorités de régulation compétentes [63]. Leur formation est parfois scientifique, mais on retrouve bon nombre de commerciaux, paramédicaux, psychologues et même anciens instituteurs parmi les délégués.

4. Qualités du visiteur médical [65]

Les qualités nécessaires pour accéder à la formation de V.M sont :

- ↳ Qualités personnelles : sens de l'initiative et autonomie, rigueur morale, sérieux, précision, ténacité, adaptabilité ;
- ↳ Qualités intellectuelles : sens de l'organisation, méthode, esprit d'analyse et de synthèse, bon niveau de culture générale ;
- ↳ Qualités de communication : sens de relations humaines, bonne présentation, bonne élocution, aptitude à convaincre.

5. Déontologie du visiteur médical

5.1. Vis-à-vis du patient

Le délégué médical est soumis au secret professionnel et ne doit rien révéler de ce qu'il a pu voir ou entendre dans les locaux du cabinet médical lors de la visite médicale. Il doit observer un comportement discret dans la salle d'attente, respectant le médecin et ses patients ainsi que la relation du médecin avec ses patients.

5.2. Vis-à-vis du médecin

Le délégué médical ne doit pas utiliser d'incitations pour obtenir un droit de visite ni offrir, à cette fin, aucune rémunération ou dédommagement. Il respecte le rythme et les horaires de visites souhaités par le médecin et s'enquiert de l'échéance à laquelle celui-ci souhaite le revoir. Il s'attache à ne pas perturber le bon fonctionnement du cabinet médical.

↳ **Recueil d'informations**

L'objectif du recueil de ces informations est de mieux comprendre les attentes du médecin vis-à-vis du médicament et de son usage ou vis-à-vis de la classe thérapeutique concernée, de lui donner une information personnalisée et de rationaliser le travail du visiteur médical. La base de données dans laquelle ces informations sont réunies est déclarée à la Commission Nationale de

l'Informatique et des Libertés (CNIL). Conformément à la loi, les médecins sont informés de l'existence d'un recueil de données informatiques les concernant. Le délégué médical doit informer le médecin sur les données obtenues à leur sujet lors d'enquêtes de prescription ou de dispensation et qui sont à sa disposition.

↳ **Relations professionnelles – congrès – cadeaux - échantillons**

Le délégué médical n'a pas à proposer au médecin de cadeaux en nature ou en espèces, ni à répondre à d'éventuelles sollicitations dans ce domaine émanant du professionnel de santé. Cette interdiction vise également les cadeaux ne faisant pas l'objet d'une convention : don de petits matériels et mobilier de bureau, remise de bons d'achat divers (chèque voyage, chèque cadeau, etc...). Les avantages suivants, en vertu des dispositions de l'article L. 4113-6 du Code de la Santé Publique, doivent faire l'objet d'une convention transmise à l'Ordre des Médecins : invitation à des congrès scientifiques ou à des manifestations de promotion et/ou à des actions de formation, participation à des activités de recherche ou d'évaluation scientifique. La remise d'échantillons par le visiteur médical est interdite.

5.3. Vis-à-vis de son entreprise

Le délégué médical porte sans délai à la connaissance du pharmacien responsable toute information recueillie auprès du médecin relative à la pharmacovigilance des produits commercialisés par l'entreprise.

6. Moyens de diffusion de l'information par le visiteur médical

6.1. Publicité directe

La publicité sur le médicament est régie par l'article **L5122-1** du code de la santé publique : On entend par publicité pour les médicaments à usage humain toute forme d'information, y compris le démarchage, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou la consommation de

ces médicaments, à l'exception de l'information dispensée, dans le cadre de leurs fonctions par les pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur.

a) Visite médicale

Considérée par la loi comme une forme de publicité (**art L5122-1** sur la publicité pour les médicaments), la visite médicale est la première base promotionnelle de l'industrie pharmaceutique en direction des médecins.

a.1) Principes [66]

Lors de sa visite, le V.M peut rencontrer 5 à 6 médecins par jour (selon les chiffres de l'IGAS) et leur présente les spécialités commercialisées par la firme qui l'emploi. Le médecin les reçoit pendant 7 à 8 minutes et au cours de cet entretien il peut présenter en moyenne trois produits qui peuvent être nouveaux ou anciens (et dans ce cas il s'agira d'une visite de rappel du produit).

a.2) But et charte de la visite médicale [66]

A l'origine, le but de la visite médicale est d'assurer la promotion du médicament, la charte insiste sur son aspect informatif du médecin et une utilisation conforme du médicament. De façon concrète, le délégué médical est dans l'obligation d'attirer l'attention du praticien sur tous les aspects réglementaires et pharmacothérapeutiques du médicament ; mais également placer ce dernier dans la stratégie thérapeutique, en s'appuyant sur les recommandations des autorités sanitaires. Le délégué ne peut utiliser exclusivement que des documents qui ont été déposés auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps). Il ne pourra plus proposer aux médecins des analyses pharmaco-économiques ou des essais cliniques post-AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) mais il pourra en assurer le suivi.

La charte vient également définir un code de bonne conduite à l'attention du délégué. Outre des obligations que l'on pourrait qualifier de classiques, telles que le respect du secret professionnel et du bon fonctionnement du cabinet médical

(en particulier celui du rythme et des horaires de visites souhaités par le médecin), absence de dénigrement des produits et entreprises concurrents, la charte insère l'interdiction des cadeaux et échantillons remis au médecin. Dès lors, toute remise d'objets, ne serait-ce que du petit matériel de bureau, tels crayons, stylos, cachet, etc.... est strictement interdite dans le cadre de la visite médicale (mais demeure autorisée lors des manifestations scientifiques).

a.3) Outils utilisés par le V.M

Pour faciliter la transmission de l'information, le V.M utilise certains outils et techniques de communication lors de son entretien avec les médecins :

- **Echantillons gratuits** : Un échantillon de produit est généralement une quantité ou un conditionnement de produit inférieure à l'unité de vente habituelle qui est remis gratuitement à un consommateur.
- **Prospectus** : un prospectus est un imprimé publicitaire de pagination variable distribué directement de la main à la main, posé sur les pare-brises.
- **Articles promotionnels** : C'est un objet comprenant généralement le nom et le logo de la marque et qui est offert aux clients.

b) Influence de la visite médicale sur les prescriptions

L'ampleur de l'investissement promotionnel des entreprises permet de penser que la visite médicale a un effet important sur la prescription. Les industries pharmaceutiques sont parfaitement à même d'apprécier les résultats en termes de prescription des visites médicales ; les retours en termes de marge sur les produits vendus supplémentaires doivent être supérieurs à l'investissement promotionnel. Les efforts promotionnels, mais aussi les rendements de ces efforts, semblent plus importants dans les phases de lancement du produit, moment où la visite contribue à disséminer des informations sur l'innovation. L'influence de la visite médicale peut se manifester par une expansion globale des prescriptions, par une inflexion

des stratégies thérapeutiques (substitution d'une classe à une autre), ou encore par un simple changement de marque pour des produits similaires.

c) Presse médicale [67]

Elle représente une source d'information importante pour les médecins et apparaît dans la plupart des études. Une trentaine de revues médicales sont destinées aux médecins généralistes. L'offre se répartit en trois catégories :

- une presse d'actualité à dominance professionnelle mais intégrant des articles médicaux ;
- une presse de formation continue généraliste qui comprend quelques revues telles que : La revue du praticien, Le concours médical, les publications des organismes de formations médicales continues (FMC) et les suppléments de FMC des revues professionnelles ;
- une revue spécialisée sur le médicament.

6.2. Publicité indirecte

a) Formation médicale continue

Depuis quelques années, la commande par l'industrie de la FMC s'accroît rapidement et représente près de 65% des recettes totales tirées des programmes de FMC aux Etats Unis [68,69]. Le fait d'inciter financièrement les organisateurs de FMC à créer des programmes favorables aux produits d'une entreprise est à la base de conflits d'intérêts. Ces conflits se présentent dans les entreprises de formation médicale et de communication (EFMC) dont plusieurs sont à buts lucratifs et sont presque exclusivement financées par les fabricants de médicaments et d'instruments médicaux [68]. Certaines sociétés de spécialités et dispensateurs de FMC basées dans les universités ont apporté leur aide à des activités potentiellement promotionnelles. Même ces dispensateurs universitaires qui n'entretiennent pas de telles relations ne sont pas à l'abri de ces conflits d'ordre financier. En 2005, les activités de FMC offertes par les facultés de

médecine américaines recevaient 60% de leur revenu total de l'industrie [69]. Les firmes pharmaceutiques (FP) financent une partie considérable de la FMC des médecins au Canada. Avec ce soutien financier, des leviers d'influences s'installent pour les FP.

b) Congrès

Les congrès réunissent des dizaines voire des centaines de médecins autour d'un thème avec comme intervenants, des spécialistes du thème. Ils peuvent faire partie ou non d'un programme de FMC et être intégralement organisés et financés par les FP ou être organisés par les sociétés savantes avec le soutien industriel. Lorsqu'ils sont organisés par un laboratoire, ce dernier en fixe le programme, choisi et rémunère les intervenants. Ils sont censés délivrer une information scientifique dans un but de formation mais le rôle promotionnel ne peut être ignoré.

c) Tables rondes

Elles suivent globalement les mêmes principes que les congrès. Elles peuvent être ainsi entièrement organisées et financées par les FP (avec un objectif promotionnel affiché) et se termine généralement par une collation offerte par la FP ou être organisées par des associations de médecins (dans ce cas les FP participeront sous forme d'aide logistique, de subventions, ou par la présence de VM).

MÉTHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans la commune rurale de Kalaban-coro (Kati).

Historique de la commune rurale de kalaban-coro :

La commune rurale de kalaban-coro est créée par la Loi N°96 – 059 de Novembre 1996 tant création des communes. Elle est divisée par le couloir aérien de l'aéroport de Sénou et le village de Banakoroni.

La commune de Kalaban-Coro est composée officiellement de 12 villages (Diatoula, Gouana, Kabala, Kalaban-coro, Kourale, Missala, Missalabougou, Niamana, N'Golobougou, N'Tabacoro, Sabalibougou et Siracoro Meguetana). A ces villages s'ajoutent deux autres N'Gomi et Binabougou qui ne figurent pas sur la liste des villages cités dans le document de la Décentralisation. Kalaban-coro qui était le chef-lieu de l'arrondissement de Kalaban-coro est le chef-lieu de la commune du même nom.

La commune rurale de Kalaban-Coro couvre une superficie de 219,75 km². Elle est située dans le cercle de Kati dans la région de Koulikoro entre les coordonnées géographiques suivantes :

- 8°25 et 8°02 longitude Ouest.
- 12°48 et 12°57 latitudes Nord.

Elle est limitée :

- A l'Est par les communes rurales de Mountougoula et de Baguinéda-Camp ;
- Au Sud par la commune rurale de sanankoroba ;
- A l'Ouest par la commune rurale de Mandé, la commune IV du District de Bamako et le fleuve Niger sur 15 km environ ;
- Au Nord par les communes V et VI du District de Bamako.

Au recensement Général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2009, la commune de Kalaban-coro comptait 166 722 habitants et 26 044 ménages avec 81 952 hommes (49,2%) et 84 770 femmes (50,8%). Avec un taux d'accroissement moyen annuel est de 15,1%, la population est estimée en 2021 à 901 357 habitants dont 443 061 masculins pour 458 296 féminins.

2. Lieu d'étude

Notre étude a été réalisée dans les centres de santé communautaire (CScom) de la commune rurale de Kalaban-coro.

3. Type et Période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale à caractère descriptif portant sur la contribution des visiteurs médicaux dans l'information pharmaceutique des prescripteurs de la commune rurale de Kalaban-coro (Kati) sur une période de collecte de données de six (6) mois, allant de janvier à juin 2022.

4. Population d'étude

Notre étude a concerné principalement les prescripteurs exerçant dans les centres de santé communautaire (CScom) de la commune rurale de Kalaban-coro.

Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude, uniquement les prescripteurs exerçant les centres de santé communautaire (CScom) établis dans la commune rurale de Kalaban-coro et ayant accepté de participer à notre étude.

Critères de non-inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les prescripteurs exerçant hors de la commune rurale de Kalaban-coro ;
- Les prescripteurs exerçant dans les centres de santé communautaire (CScom) de la commune rurale de Kalaban-coro et n'ayant pas accepté de participer à notre étude.

5. Technique d'échantillonnage

Nous avons effectué un échantillonnage aléatoire-simple, pour le choix des centres de santé communautaire (CSCoM) de Kalabancoro.

6. Collecte et analyse des données

Pour la collecte des données, nous avons utilisé un questionnaire qui a été administré à l'ensemble des acteurs retenus pour la circonstance. Les données recueillies ont été saisies et analysées par le logiciel SPSS version 25.00.

7. Variables à collecter

Les variables étudiées ont été :

- Le nombre de structure : il s'agira des structures dans lesquels nous allons mener l'enquête.
- Le nombre de visite du délégué médical : plus précisément le nombre de passage du délégué par jour.
- Le nombre de prescripteur : à savoir l'ensemble des prescripteurs autorisés à prescrire dans les services enquêtés.
- Le nombre d'échantillon gratuit offert : c'est-à-dire le nombre d'échantillon de tous les produits offerts par les délégués.
- Le nombre de matériel offert : notamment le nombre de stylo, blouse, vidéo projecteur, d'affiche publicitaire etc.
- Le nombre d'activité financée par les firmes : à savoir les enseignements postuniversitaire (EPU), les congrès, les déjeuners, les formations médicales continues (FMC) auxquels le médecin a participé.
- Les éléments d'influences : il s'agira d'évaluer les techniques d'influence commerciale (la concurrence déloyale), verbale (la qualité de communication), et sur support (les prospectus).

8. Considérations éthiques

Il nous a fallu une lettre d'introduction de la faculté de Pharmacie signée par le Doyen et l'avis favorable du médecin chef de la commune rurale de Kalaban-Coro (Kati) pour faire l'enquête. Le consentement verbal éclairé a été obtenu de chaque prescripteur avant leur participation. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés tout au long de l'étude.

RÉSULTATS

1. Données sociodémographiques des prescripteurs

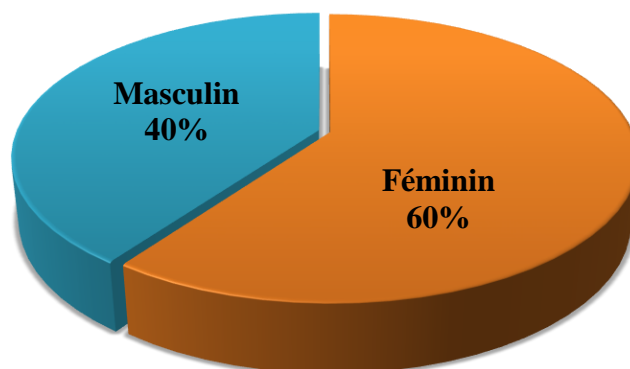


Figure 2 : Répartition des prescripteurs selon le sexe

Les prescripteurs de sexe féminin ont été les plus représentés avec 60% des cas soit un sexe-ratio (M/F) de 0,67.

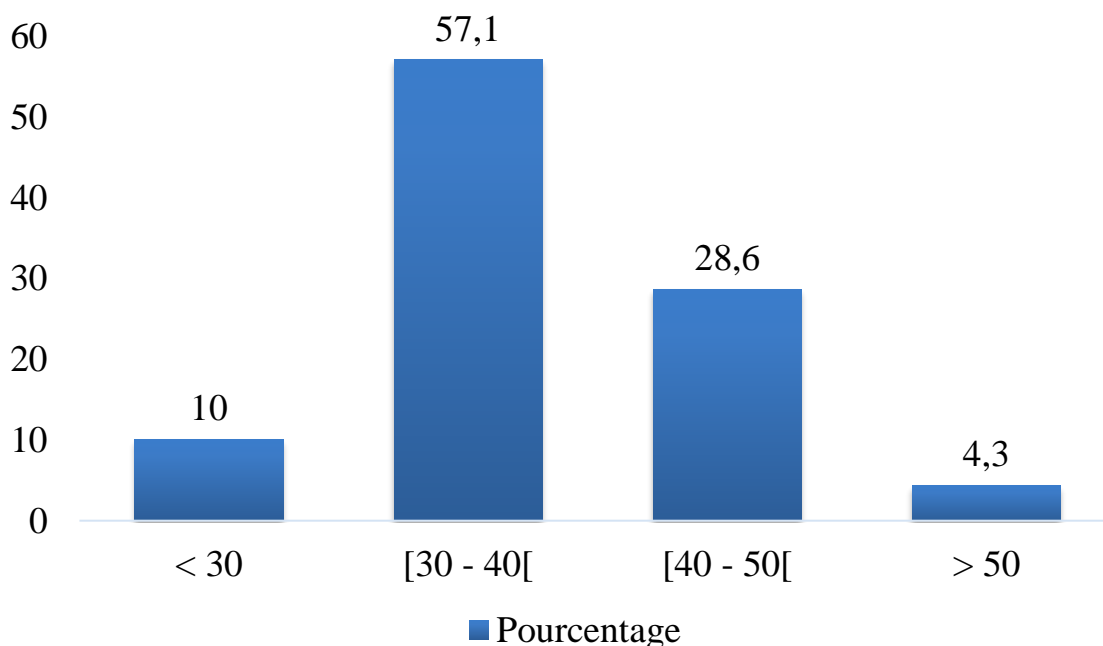


Figure 3 : Répartition des prescripteurs selon la tranche d'âge

Les prescripteurs de tranche d'âge situé entre 30 et 40 ans ont représenté plus de la moitié (57,1%) de nos enquêtés. La moyenne d'âge a été de $37,07 \pm 6,42$ ans avec des extrêmes de 20 et 61 ans.

Contribution des visiteurs médicaux dans l'information pharmaceutique des prescripteurs de la commune rurale de Kalaban-Coro (Kati)

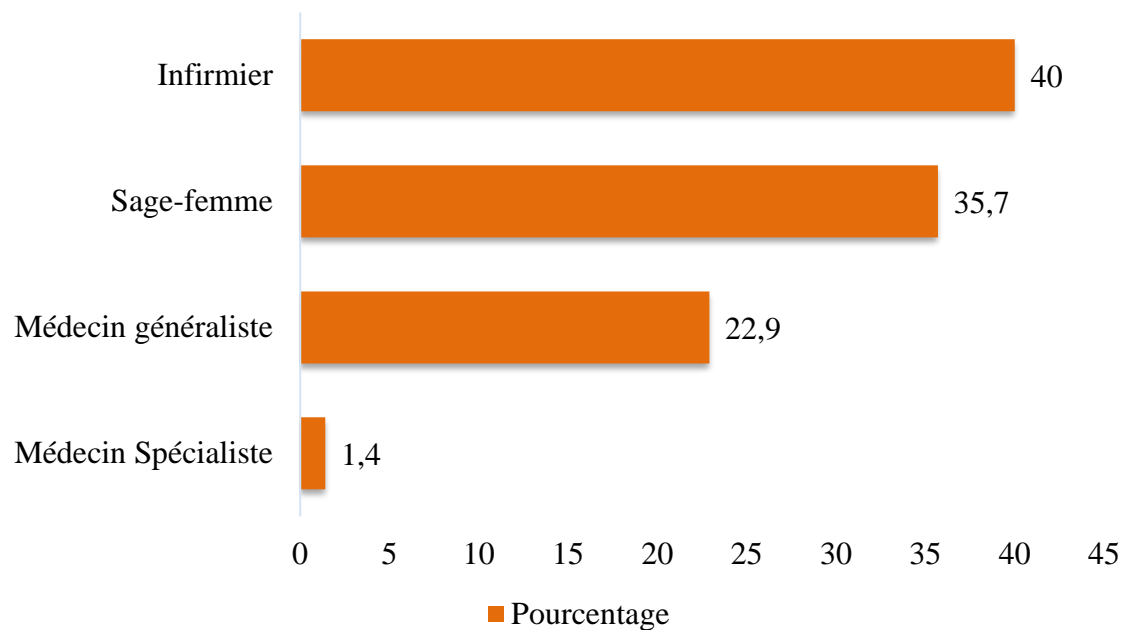


Figure 4 : Répartition des prescripteurs selon la qualification

Les infirmiers ont représenté la majorité des prescripteurs dont 40,0%, les sagefemmes ont représenté 35,5%, les médecins généralistes ont représenté 22,9% et 1,4% de médecin spécialiste

Tableau I : Répartition des prescripteurs selon la zone d'activité

Zone d'activité	Effectifs	Pourcentage
Rural	52	74,3
Semi-rural	18	25,7
Total	70	100,0

Plus de la moitié des prescripteurs exerçaient en milieu rural dont 74,3%, et 25,7% en milieu semi-rural.

Tableau II : Répartition des prescripteurs selon la résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Kalaban-coro	43	61,4
Hors Kalaban-coro	27	38,6
Total	70	100,0

Dans 61,4% des cas des prescripteurs habitaient à Kalaban-Coro et 38,6% se trouvaient hors Kalaban-Coro.

2. Données socioprofessionnelles des prescripteurs

Tableau III : Répartition des prescripteurs selon l'organisation de travail

Organisation de travail	Effectifs	Pourcentage
Médecins associés	52	74,3
Seul	18	25,7
Total	70	100,0

Dans leur organisation au travail les médecins étaient associés dans 74,3% des cas

Tableau IV : Répartition des prescripteurs selon le type d'exercice

Type d'exercice	Effectifs	Pourcentage
Permanent	68	97,1
Remplacement	2	2,9
Total	70	100,0

Les prescripteurs dans 97,1% ont comme type d'exercice permanent.

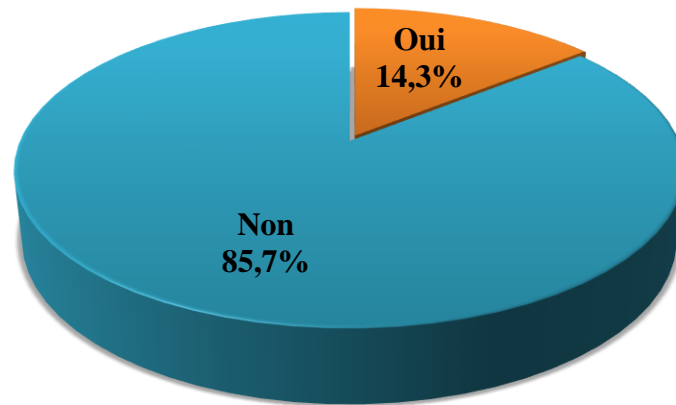


Figure 5 : Répartition des prescripteurs selon l'activité salariée hors cabinet libéral

Les prescripteurs dans 14,3% des cas ont affirmé avoir des activités rémunératrices hors cabinet libéral.

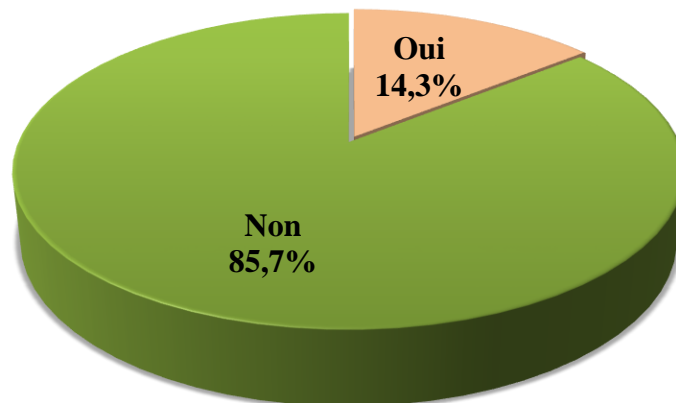


Figure 6 : Répartition des prescripteurs selon l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription

Les prescripteurs dans 14,3% ont affirmé utiliser un logiciel d'aide à la prescription

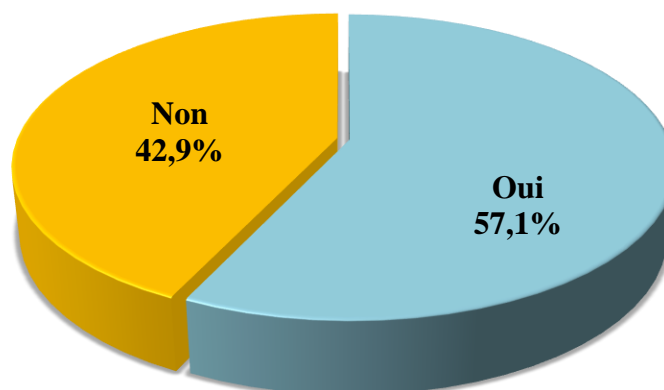


Figure 7 : Répartition des prescripteurs selon les formations médicales continues
Plus de la moitié (57,1%) des prescripteurs ont affirmé suivre des formations médicales continues.

Tableau V : Répartition des prescripteurs selon la participation régulière à des groupes de pairs

Participation régulière à des groupes de pairs	Effectifs	Pourcentage
Oui	24	34,3
Non	46	65,7
Total	70	100,0

Dans 34,3% des cas les prescripteurs ont affirmé participer régulièrement à des groupes de pairs

Tableau VI : Répartition des prescripteurs selon la participation à des échanges de groupe scientifique

Participation à des échanges de groupe scientifique	Effectifs	Pourcentage
Oui	21	30,0
Non	49	70,0
Total	70	100,0

Dans 34,3% des cas les prescripteurs ont affirmé participer à des échanges de groupe scientifique.

Tableau VII : Répartition des prescripteurs selon l'abonnement à des revues médicales payantes

Abonnement à des revues médicales payantes	Effectifs	Pourcentage
Oui	8	11,4
Non	62	88,6
Total	70	100,0

Les prescripteurs dans 11,4% ont affirmé avoir des abonnements à des revues médicales payantes.

3. Ampleur de la visite des délégués médicaux

Tableau VIII : Répartition des prescripteurs selon la réception des visiteurs médicaux

Recevez-vous des visiteurs médicaux	Effectifs	Pourcentage
Oui	65	92,9
Non	5	7,1
Total	70	100,0

La quasi-totalité de nos enquêtés soit 92,9% ont affirmé recevoir des visiteurs médicaux

Tableau IX : Répartition des prescripteurs selon la durée des entretiens avec les visiteurs médicaux

Durée des entretiens en minutes	Effectifs	Pourcentage
< 10	24	36,9
≥ 10	41	63,1
Total	65	100,0

Plus de la moitié de nos enquêtés soit 63,1% ont affirmé recevoir des visiteurs médicaux pendant plus de 10 minutes.

Tableau X : Répartition des prescripteurs selon les plages de rendez-vous réservées

Plages de rendez-vous réservées	Effectifs	Pourcentage
Non, à n'importe quel moment	62	95,4
Oui	3	4,6
Total	65	100,0

La plage de rendez-vous était faite à n'importe quel moment pour 95,4%

Tableau XI : Répartition des prescripteurs selon la fréquence de visite médicale

Fréquence de visite médicale par jour	Effectifs	Pourcentage
1 à 2 fois	34	52,3
3 à 4 fois	23	35,4
Plus de 4 fois	8	12,3
Total	65	100,0

La majorité des prescripteurs ont affirmé recevoir des visiteurs médicaux une à deux fois par jour dans 52,3% des cas.

Tableau XII : Répartition des prescripteurs selon les firmes de visiteurs médicaux

Firmes	Effectifs (n = 65)	Pourcentage
AIPP	52	80,0
Daffra	47	72,3
Stry dress	25	38,5
Biogaran	22	33,8

L'AIPP et la Daffra ont été les firmes les plus citées

Tableau XIII : Répartition des prescripteurs selon la perception de l'importance du rôle du visiteur médical dans la présentation des nouveaux médicaments

Rôle du visiteur médical est important dans la présentation des nouveaux médicaments	Effectifs	Pourcentage
Oui	70	100,0
Total	70	100,0

Tous nos prescripteurs ont jugé important le rôle du visiteur médical dans la présentation des nouveaux médicaments

Tableau XIV : Répartition des prescripteurs selon la compétence acquise lors de formation

Compétence acquise lors de formation	Effectifs	Pourcentage
Oui	13	18,6
Non	57	81,4
Total	70	100,0

Dans 18,6% des cas nos prescripteurs ont affirmé avoir acquis des compétences lors des formations

Tableau XV : Répartition des prescripteurs selon leur participation à la filière universitaire de médecine générale

Participation à la filière universitaire de médecine générale	Effectifs	Pourcentage
Oui	4	5,7
Non,	66	94,3
Total	70	100,0

Les participations à la filière universitaire de médecine générale ne concernaient que 4 de nos prescripteurs soient 5,7%.

Tableau XVI : Répartition des prescripteurs selon la participation à des repas organisés par les laboratoires pharmaceutiques

Participation à des repas organisés par les laboratoires pharmaceutiques	Effectifs	Pourcentage
Oui	20	28,6
Non	50	71,4
Total	70	100,0

La participation à des repas organisés par les laboratoires pharmaceutiques ont concerné 28,6% de nos enquêtés.

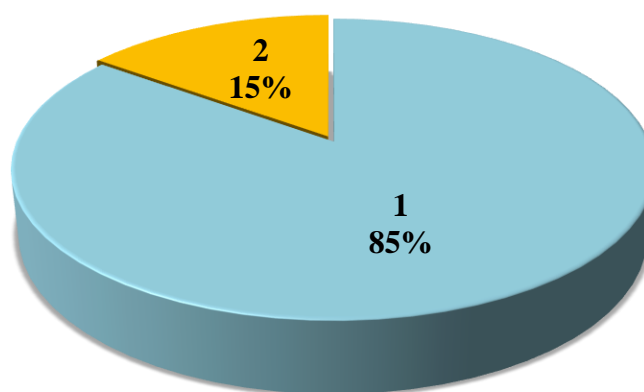


Figure 8 : Répartition des prescripteurs selon la fréquence par mois à la participation de repas organisés par les laboratoires pharmaceutiques

Les prescripteurs participant à des repas organisés par les laboratoires pharmaceutiques le faisaient une fois par mois

Tableau XVII : Répartition des prescripteurs selon la participation à des congrès organisés par les laboratoires pharmaceutiques

Participation à des congrès organisés par les laboratoires pharmaceutiques	Effectifs	Pourcentage
Oui	20	28,6
Non	50	71,4
Total	70	100,0

Prêt d'un quart de nos prescripteurs soit 28,6% des cas ont affirmé participer à des congrès organisés par les laboratoires pharmaceutiques.

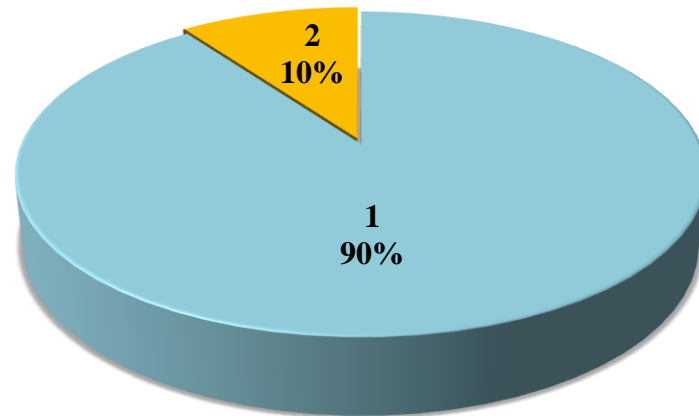


Figure 9 : Répartition des prescripteurs selon la fréquence par mois à la participation à des congrès organisés par les laboratoires pharmaceutiques

La participation à des congrès organisés par les laboratoires pharmaceutiques se faisait dans 90% des cas une fois par mois

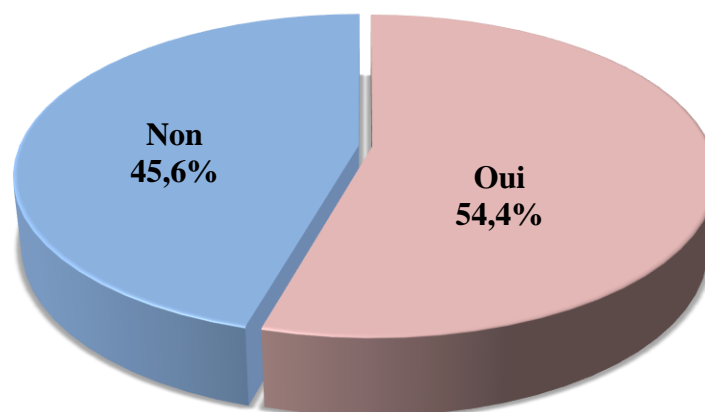


Figure 10 : Répartition des prescripteurs selon l'influence de l'orientation des prescriptions

Dans 54,4% des cas les prescripteurs ont affirmé être influencés par les orientations des visiteurs médicaux.

Tableau XVIII : Répartition des prescripteurs selon les types de médicaments

Types de médicaments	Effectifs (n = 70)	Pourcentage
DCI	62	88,6
Marques génériques	15	21,4
Spécialité	5	7,1

Les DCI étaient le type de médicament le plus prescrit suivi des marques génériques et rarement les spécialités à des taux respectifs de 88,6, 21,4 et 7,1%.

Tableau XIX : Répartition des prescripteurs selon la personne qui guide les entretiens

Guidez-vous vous-même l'entretien	Effectifs	Pourcentage
Oui	5	7,1
Non	65	92,9
Total	70	100,0

Les prescripteurs ont affirmé guider eux-mêmes les entretiens avec les visiteurs médicaux dans 7,1% des cas

Tableau XX : Répartition des prescripteurs selon la perception du côté humain du visiteur médical

Côté humain du visiteur médical est-il un plus pour vous	Effectifs	Pourcentage
Oui	65	92,9
Non	5	7,1
Total	70	100,0

Le côté humain du visiteur médical a été un plus pour 92,9% de nos prescripteurs

Tableau XXI : Perception des prescripteurs sur l'utilité des échantillons gratuits des produits donnés

Utilités des échantillons de produits donnés par les visiteurs médicaux	Effectifs	Pourcentage
Oui	63	90,0
Non	7	10,0
Total	70	100,0

Pour 90% de nos prescripteurs, les échantillons gratuits des produits donnés par les visiteurs médicaux leur ont été utiles

Tableau XXII : Perception des prescripteurs de la qualité scientifique des renseignements présentés

Qualité scientifique des renseignements présentés par le visiteur médical	Effectifs	Pourcentage
Bonne	36	55,4
Moyenne	28	43,1
Mauvaise	1	1,5
Total	70	100,0

La qualité scientifique des renseignements présentés par les visiteurs médicaux s'est avérée bonne pour 55,4% de nos prescripteurs.

Tableau XXIII : Avis des prescripteurs de l'objectivité des renseignements présentés par les visiteurs médicaux

Objectivité des renseignements présentés par le visiteur médical	Effectifs	Pourcentage
Bonne	21	32,3
Moyenne	43	66,2
Mauvaise	1	1,5
Total	70	100,0

L'objectivité des renseignements présentés par les visiteurs médicaux s'est avérée moyenne appréciée pour 66,2% de nos prescripteurs.

Tableau XXIV : Répartition des prescripteurs selon leur capacité à juger la qualité scientifique du discours des visiteurs médicaux

Sentir formé pour pouvoir juger la qualité scientifique du discours des visiteurs médicaux	Effectifs	Pourcentage
Oui	28	43,1
Non	37	56,9
Total	65	100,0

Dans 43,1% des cas, les prescripteurs ont affirmé se sentir assez formé pour pouvoir juger la qualité scientifique du discours des visiteurs médicaux

Tableau XXV : Répartition des prescripteurs selon la formation reçue à la lecture critique d'article

Formation reçue à la lecture critique d'article	Effectifs	Pourcentage
Oui	6	9,2
Non	59	90,8
Total	65	100,0

Dans 90,8% des cas, les prescripteurs ont affirmé ne pas avoir reçu de formation à la lecture critique d'article

Tableau XXVI : Répartition des prescripteurs selon la demande du SMR du produit présenté

Demandez-vous le SMR (Service Médical Rendu) du produit présenté	Effectifs	Pourcentage
Oui	35	53,8
Non	30	46,2
Total	65	100,0

Les prescripteurs dans leur majorité (53,8%) ont affirmé demander le SMR du produit présenté par les visiteurs médicaux.

Tableau XXVII : Répartition des prescripteurs selon la demande de l'ASMR du produit présenté

Demandez-vous l'ASMR (Amélioration du Service Médical Rendu) du produit présenté	Effectifs	Pourcentage
Oui	38	58,5
Non	27	41,5
Total	65	100,0

Les prescripteurs dans leur majorité (58,5%) ont affirmé demander l'ASMR du produit présenté par les visiteurs médicaux.

Tableau XXVIII : Répartition des prescripteurs selon la demande des effets indésirables du produit présenté

Demande sur les effets indésirables du produit présenté	Effectifs	Pourcentage
Oui	65	100,0
Total	65	100,0

Tous nos prescripteurs ont affirmé demander les effets indésirables du produit présenté

Tableau XXIX : Répartition des prescripteurs selon la demande des contre-indications du produit présenté

Demande des contre-indications du produit présenté	Effectifs	Pourcentage
Oui	64	98,5
Non	1	1,5
Total	65	100,0

La quasi-totalité de nos prescripteurs ont affirmé demander les contre-indications du produit présenté

Tableau XXX : Répartition des prescripteurs selon l'attente en priorité de la visite médicale dans le futur

Attente en priorité de la visite médicale dans le futur	Effectifs	Pourcentage
Contrôle accru des visiteurs	31	44,3
Maintien en l'état	16	22,9
Présence obligatoire de plusieurs médecins (visite collective)	13	18,6
Visite médicale indépendante des laboratoires pharmaceutiques (visite académique)	10	14,3
Total	70	100,0

Les prescripteurs ont signifié attendre en priorité le contrôle accru (44,3%) et le maintien de l'état (22,9%) de la visite médicale dans le futur.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Pour guider leur démarche thérapeutique, les médecins généralistes ont besoin d'une information thérapeutique qui doit répondre à des exigences : éthiques, scientifiques, institutionnelles et commerciales, contribuant à la promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments ainsi qu'à la maîtrise des coûts des soins [70].

Le médecin prescripteur, soumis à une énorme quantité d'information provenant de sources disparates et multiples, est confronté à la publicité des firmes pharmaceutique utilisant plusieurs moyens et procédures tel que la publicité écrite, l'organisation des congrès, la sponsorisation des activités de formation médicale continue et surtout le recours aux visiteurs médicaux [71,72].

1. Fréquence globale et limites de l'étude

Ce travail dont l'objectif était d'étudier la contribution des visiteurs médicaux dans l'information pharmaceutique des prescripteurs, n'a pas été épargné d'un biais d'observation, classique dans les enquêtes par questionnaire.

Cette étude transversale a concerné 17 médecins prescripteurs, 28 infirmiers et 25 sages-femmes délivrées aux centres de santé communautaire (CSC oms) de la commune rurale de Kalaban-coro dans le but de décrire la contribution des visiteurs médicaux dans l'information pharmaceutique des prescripteurs. Parmi les 70 prescripteurs enquêtés durant notre période d'étude 60% étaient du genre féminin et 40% du genre masculin.

Les médecins généralistes représentaient 22,9%, 1,4% pour les médecins spécialistes, 40,0% pour les infirmiers et 35,7% pour les sage-femmes. La majorité des prescripteurs reconnaissaient que leurs prescriptions étaient influencées par la visite des délégués médicaux.

Les opportunités de formations financées par les firmes pharmaceutiques, le partage d'information concernant les nouveaux produits, la distribution de

cadeaux, les invitations au restaurant et les relations amicales entre les praticiens et les représentants des firmes pourraient être la raison de cette forte fréquence. Trois faits ont été dégagés de ce travail : l'importance du recours aux délégués médicaux par l'industrie pharmaceutique, la vulnérabilité des médecins généralistes face aux messages promotionnels et la qualité douteuse des informations thérapeutiques délivrées.

2. Ampleur de la visite des délégués médicaux

Comme toute industrie, l'industrie pharmaceutique cherche à induire des comportements de prescription de ses produits en utilisant préférentiellement la communication face à face entre le prescripteur potentiel et le visiteur médical qui « comme tout bon vendeur, est quelqu'un de pragmatique qui ne cherche pas la perfection, mais simplement un outil efficace pour vendre plus et obtenir davantage de primes » [73].

Selon notre enquête, 92,9% des prescripteurs recevaient quotidiennement des visiteurs médicaux et la durée de l'entretien avec eux dépassait 10 minutes selon la moitié des omnipraticiens. Ce constat a été déjà établi lors d'une étude réalisée dans la région du Centre-Est Tunisien, ayant montré que 90% des généralistes recevaient souvent des délégués médicaux et 54% consacraient plus de temps à un entretien avec un délégué médical qu'à une consultation d'un patient [74].

En France, un généraliste recevait, par semaine, 9,3 visites en moyenne et consacre en moyenne 1,8 heure aux visiteurs médicaux à raison de 10 à 14 minutes par entretien [75,76]. Chaque visiteur médical effectue en moyenne 31 visites par semaine ce qui produit plus de 20 millions d'entretiens singuliers sur les médicaments dans l'année en France [77]. Avec un ratio de 1 visiteur médical pour 6 généralistes libéraux, des charges sociales dépassant 15% des chiffres d'affaires et un coût d'une visite, évalué à 500 francs en France, l'industrie pharmaceutique espérait induire un changement de comportements thérapeutiques des généralistes en faveur de ses spécialités [73,75].

Aux États-Unis, le contact entre les délégués médicaux et les médecins est une pratique courante particulièrement dans les structures de soins les plus utilisées par la population [78]. Une étude a constaté que 83% des médecins interrogés ont été visités par les déléguées médicales au cours de l'année écoulée et que 86% d'entre eux ont eu de leur part des échantillons médicaux [78].

3. Vulnérabilité des médecins généralistes

Les conditions spécifiques de l'exercice de la médecine générale et la situation financière des praticiens en première ligne, de plus en plus difficile, ne leurs permettent pas de s'abonner à des revues rigoureuses et d'avoir suffisamment du temps pour trier et extraire les informations thérapeutiques utiles et valides [79-81]. Le recours aux délégués médicaux serait une solution de facilité pour l'information thérapeutique, adaptée aux conditions d'exercice des médecins généralistes. La perception positive par les prescripteurs du rôle de ces visiteurs dans l'information thérapeutique accentue leur vulnérabilité face à l'adoption des stratégies thérapeutiques non prouvées. En effet, selon notre étude, le délégué médical jouit d'une image positive auprès des prescripteurs qui le considéraient une source utile d'information pharmaceutique, adaptée à leur pratique médicale, crédible et justifiant un changement de leurs préférences thérapeutiques.

Cette place de choix accordé au représentant pharmaceutique comme source d'information, a été documentée par d'autres enquêtes. Selon un sondage réalisé en France en 2007, 78% des praticiens estimaient que la visite médicale était un moyen indispensable d'information [82]. Une autre étude a montré que 96% des praticiens étaient informés sur les nouveaux produits par les visiteurs médicaux, occupant ainsi la première place dans le classement de sources d'information [76]. Cette vulnérabilité des prescripteurs à la réception des messages amené les responsables pédagogiques à instaurer un programme de formation structurée pour sensibiliser les futurs praticiens des enjeux éthiques et scientifiques de leurs rencontres avec les représentants des firmes pharmaceutiques [83]. D'autres

départements recommandent la limitation et le contrôle des rencontres entre les représentants pharmaceutiques et les résidents en médecine [78].

4. Qualité douteuse de l'information thérapeutique

L'information délivrée par les délégués médicaux doit être relativisée, dans la mesure où le principal objectif du visiteur médical est d'inciter les prescripteurs à prescrire les produits du laboratoire qui l'emploie [71]. Les délégués médicaux présentaient des informations sélectionnées souvent positives sur leurs médicaments [76,84,85]. C'est bien que les aspects négatifs des médicaments aient constitué une part minime de l'ensemble des informations délivrées par les délégués médicaux lors de leurs entretiens avec les prescripteurs dans notre commune. Ce phénomène a été rapporté par le réseau d'observation de la revue « Prescrire » [86] qui a signalé que les contres indications, les effets indésirables et les interactions médicamenteuses n'ont été mentionnés par les visiteurs que respectivement dans 23%, 27% et 20% des contacts. Une étude récente effectuée sur le matériel de promotion pharmaceutique imprimé en Argentine a conclu que les données sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les contres indications sont totalement absentes dans ce matériel [87].

En plus de ces « omissions » majeures concernant les inconvénients des médicaments, la validité de l'information délivrée par les délégués médicaux a été discutée par d'autres études [84]. L'analyse de 106 informations délivrées par 13 représentants pharmaceutiques aux États Unis, a montré que 11% de ces déclarations ont été imprécises [88]. Selon Lexchin, l'information fournie par les visiteurs médicaux est, souvent sélectionnée, positive, basée sur les indications, avec omission l'innocuité de produits pharmaceutiques présentés mais aussi imprécise [89]. La répétition et le rappel des messages publicitaires lors de ces visites, souvent rapprochées, contribuent à la mémorisation de l'information, parfois en désaccord avec les données actuelles de la science, entraînant par

conséquent, une tendance vers une prescription médicamenteuse peu conforme aux référentiels de bonnes pratiques thérapeutiques [90].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Au terme de cette étude nous pouvons conclure que les visites des délégués médicaux occupent une place importante dans l'information thérapeutique des prescripteurs qui les perçoivent positivement.

La quasi-totalité des prescripteurs de CSCoM de la commune rurale de Kalaban-coro ont affirmé recevoir des visiteurs médicaux et de par leur importance ces visites ont eu une grande influence sur leurs prescriptions.

La principale source d'information des prescripteurs était l'étude personnelle menée sur le médicament et l'information fournie par le visiteur médical. Les DCI étaient le type de médicament le plus prescrit suivies des marques génériques et rarement les spécialités.

Les échantillons gratuits, les invitations au congrès et les invitations à des repas étaient les cadeaux les plus offerts à nos prescripteurs par les représentants des firmes pharmaceutiques.

Recommandations

A l'issue de ce travail, nous recommandons :

Aux autorités sanitaires :

- D'actualiser et de mettre le formulaire thérapeutique national à la disposition des prescripteurs
- De réglementer l'accès des structures sanitaires aux visiteurs médicaux

Aux prescripteurs :

- De prescrire sur la base des évidences scientifiques
- De s'informer davantage sur les médicaments
- D'éviter la connivence avec les visiteurs médicaux et d'exercer la profession dans l'intérêt de la santé publique

Aux visiteurs médicaux :

- De respecter les règles d'éthiques et de déontologies médicales
- De respecter les textes réglementaires dans la promotion médicale
- D'éviter la connivence avec les prescripteurs et d'exercer la profession dans l'intérêt de la santé publique

RÉFÉRENCES

1. **Ben Abdelaziz A, Rahmani S, Harrabi I, Gaha R, Lazreg F, Ghannem H.** Place des visiteurs médicaux dans l'information pharmaceutique des Médecins généralistes de la région sanitaire de Sousse (Tunisie). *Arch Public Health* 2002, 60 : 295-308.
2. **Kassy R S A, Hinde I b, Yahia C, Samir A.** Quelle place occupe l'échantillon médical gratuit dans la prescription des médecins au Maroc ? *Thérapie* 2018, 73 : 377-383.
3. **Vannotti M.** Écouter, penser, parler. *Rev Med Suisse* 2008, 4: 2182.
4. **Brennan TA, Rothman DJ, Blank L, Blumenthal D, Chimonas SC, Cohen JJ, et al.** Health industry practices that create conflicts of interest. A policy proposal for academic medical centers. *JAMA* 2006, 295: 429-33.
5. **Adair RF, Holmgren LR.** Do drug samples influence resident prescribing behaviour ? A randomised trial. *Am J of Med* [en ligne]. 2005, 118:881-4. <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0002-9343/PIIS000293430500197X.pdf>, consulté le 16/09/2010.
6. **Peppin JF.** Pharmaceutical sales representatives and physicians: ethical considerations of a relationship. *J Med Philos* 1996, 21: 83-99.
7. **Schwartz TL, Kuhles DJ, 2nd, Wade M, Masand PS.** Newly admitted psychiatric patient prescriptions and pharmaceutical sales visits. *Ann Clin Psychiatry* 2001, 13: 159-62.
8. **Foisset E.** Étude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons. [Thèse Med] Brest 2012. P197. N°2912002.
9. **Simonet LM.** La prescription thérapeutique : un acte sous influences. *Med Hyg* 1998;56:2073-2077.
10. **Cohen M, Ferrier BM, Woodward CA, Goldsmith CH.** Gender differences in practice patterns of Ontario family physicians (McMaster medical graduates). *J Am Med Womens Assoc* 1991;46:49-54.
11. **Davidson W, Molloy Dw, Somers G, Bedar M.** Relation between physician characteristics and prescribing for elderly people in New Brunswick. *CMAJ* 1994;150(6):917-920.
12. **Taziaux P, Franck J, Ludovicy R, Albert A.** A study of general practitioners' prescribing behaviour to the elderly in Wallonia, Belgium. *Eur J Public Health* 1996;6(1):49-57.
13. **Steffensen FH, Sørensen HT, Olesen F.** Diffusion of new drugs in Danish general practice. *Fam Pract* 1999;16(4):407-413.
14. **Tamblyn R, Mcleod P, Hanley JA, Girard N, Hurley J.** Physician and practice characteristics associated with the early utilization of new prescription drugs. *Med Care* 2003;41(8):895-90.

15. **Inman W, Pearce G.** Prescriber profile and post-marketing surveillance. *Lancet* 1993;342(8872):658-661.
16. **Morabia A, Fabre J, Dunand JP.** The influence of patient and physician gender on prescription of psychotropic drugs. *J Clin Epidemiol* 1992;45(2):111-116.
17. **Bowman MW, Gehlbach SH.** Sex of physician as a determinant of psychosocial problem recognition. *J Fam Pract* 1980;10(4):655-659.
18. **HCAAM.** Avis sur le médicament, adopté par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Site Web de la Sécurité Sociale [en ligne], juin 2006 [consulté le 9 décembre 2011]. Disponible sur Internet <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_060629.pdf>.
19. **Le Fur P, Le Pape A, Sermet C.** La prescription pharmaceutique des médecins libéraux en 1994. *CREDES : Questions d'économie de la santé* février 1998, n°6, 6 f.
20. **Mousques J, Renaud T, Sermet C.** La variabilité des pratiques médicales en médecine générale : le cas des hyperlipidémies. *CREDES : Biblio n°1360* octobre 2001. 128 f.
21. **Hutchinson JM, Foley RN.** Method of physician remuneration and rates of antibiotic prescription. *CMAJ* 1999;160(7):1013-1017.
22. **Hutchinson JM, Jelinski S, Hefferton D, Desaulniers G, Perfrey PS.** Role of diagnostic labeling in antibiotic prescription. *Can Fam Physician* 2001;47:1217-1224.
23. **Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson E, Bosanquet A, Hasler J.** The implementation of evidence-based medicine in general practice prescribing. *Br J Gen Pract* 1998;48:1849-1851.
24. **Amar E, Pereira C.** Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *DREES : Études et Résultats* novembre 2005, n°440, 12 f.
25. **Jaye C, Tilyard MA.** Qualitative comparative investigation of variation in general practitioners' prescribing patterns. *Br J Gen Pract* 2002;52(478):381-386.
26. **Williamson PM.** The adoption of new drugs by doctors practising in group and solo practice. *Soc Sci Med* 1975;9(4-5):233-236.
27. **Peay MY, Peay ER.** The role of commercial sources in the adoption of a new drug. *Soc Sci Med* 1988;26(12):1183-1189.
28. **Bjerrum L, Bergman U.** Wide variation in the number of different drugs prescribed by general practitioners. A prescription database study. *Scand J Prim Health Care* 2000;18(2):94-98.
29. **Mccarthy M, Wilson-Davis K, Mcgavock H.** Relationship between the number of partners in a general practice and the number of different drugs prescribed by that practice. *Br J Gen Pract* 1992;42(354):10-12 .

30. **De Bakker DH, Coffie DS, Heerdink ER, Van Dijk L, Groenewegen PP.** Determinants of the range of drugs prescribed in general practice: a cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res* 2007;7:132.
31. **Ashworth M, Armstrong D.** The relationship between general practice characteristics and quality of care: a national survey of quality indicators used in the UK Quality and Outcomes Framework, 2004-5. *BMC Fam Pract* 2006;7:68.
32. **Denig P, Haaijer-Ruskamp FM, Zijsling DH.** How physicians choose drugs. *Soc Sci Med* 1988;27(12):1381-1386.
33. **Feely J, Chan R, Mcmanus J, O'shea B.** The influence of hospital-based prescribers on prescribing in general practice. *Pharmacoeconomics* 1999;16(2):175-181.
34. **Jones MI, Greenfield SM, Jowett S, Bradley CP, Seal R.** Proton pump inhibitors a study of Gps' prescribing. *Fam Pract* 2001;18:333-338.
35. **Robertson J, Treloar CJ, Sprogis A, Henry DA.** The influence of specialists on prescribing by GPs. A qualitative study. *Aust Fam Physician* 2003;32(7):573-576.
36. **Mousques J, Renaud T, Scemama O.** Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. *CREDES : Questions d'économie de la santé*, août 2003, n°70, 6 f.
37. **Haute Autorité de Santé (HAS).** Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. [En ligne], avril 2011 [consulté le 12 décembre 2011]. Disponible sur Internet <<http://www.has-sante.fr>>.
38. **Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).** Point de conjoncture n°25 : des tendances de fond aux mouvements de court terme. [en ligne], mai 2004 [consulté le 29 décembre 2011]. Disponible sur internet <http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Point_conjoncture_25.pdf>.
39. **Bjerrum L, Søgaard J, Hallas J, Kragstrup J.** Polypharmacy in general practice: differences between practitioners. *Br J Gen Pract* 1999;49(440):195-198.
40. **Kandel O, Ripault A, Jourdain M, Bouche G.** Does the duration of medical consultations have an impact on the prescription of psychotropic drugs? Cross-sectional study carried out in general practice on 2,896 procedures. *Rev Prat* 2008;58(suppl. 12):19-24.
41. **Howie JG, Porter AM, Forbes JF.** Quality and the use of time in general practice: widening the discussion. *BMJ* 1989;298(6679):1008-1010.
42. **Lundkvist J, Akerlind I, Borgquist L, Mölstad S.** The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice. *Fam Pract* 2002;16(6):638-640.
43. **Auvray L, Hensgen F, Sermet C.** La diffusion de l'innovation pharmaceutique en médecine libérale : revue de la littérature et premiers résultats français. *CREDES : Questions d'économie de la santé*, Novembre 2003, n°73, 8 f.

44. **Dybdahl T, Søndergaard J, Kragstrup J, Kristiansen IS, Andersen M.** Primary care physicians' adoption of new drugs is not associated with their clinical interests: A pharmacoepidemiologic study. *Scand J Prim Health Care* 2011;29:117-121.
45. **Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S.** Patterns of drug use and factors associated with polypharmacy and excessive polypharmacy in elderly persons: results of the Kuopio 75+ study: a cross-sectional analysis. *Drugs Aging*, 2009; 26(6):493-503.
46. **Bjerrum L, Søgaard J, Hallas J, Kragstrup J.** Polypharmacy: correlations with sex, age and drug regimen. A prescription database study. *Eur J Clin Pharmacol* 1998; 54(3):197-202.
47. **Delga C, Megnin Y, Oustric S et al.** A pilot study in general practice: pressure to prescribe. *Thérapie* 2003;58(6):513-517.
48. **Kisely S, Linden M, Bellantuono C, Simon G, Jones J.** Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study. *Psychol Med* 2000;30(5):1217-1225.
49. **Mc Gavock H, Wilson-Davis K, Milligan Officer EA.** Completing the triangle-relationships between practice demography, general practitioner workload and prescribing. *Pharmaco-epidemiol Drug Saf* 1993;2(2):133-143.
50. **Franç C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N.** La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. *DREES : Études et Résultats*, Août 2007, n°588, 8 f.
51. **Hopstaken RM, Butler CC, muris JW et al.** Do clinical findings in lower respiratory tract infection help general practitioners prescribe antibiotics appropriately? An observational cohort study in general practice. *Fam Pract* 2006;23(2):180-187.
52. **Prosser H, Almond S, Walley T.** Influences on GPs' decision to prescribe new drugs-the importance of who says what. *Fam Pract* 2003;20(1):61-68.
53. **De Saint-Hardouin G, Goldgewicht M, Kemeny G, Rufat P, Perrone C.** Evaluation de la pression des parents sur les médecins pour la prescription des antibiotiques dans les infections ORL de l'enfant en ville. *Med Mal Infect* 1997;27(spécial):372-378.
54. **Britten N.** Patients' demands for prescriptions in primary care. *BMJ* 1995;310(6987):1084-1085.
55. **Ashworth M, Charlton J, Ballard K, Latinovic R, Gulliford M.** Variations in antibiotic prescribing and consultation rates for acute respiratory infection in UK general practices 1995-2000. *Br J Gen Pract* 2005;55(517):603-608.
56. **Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N.** Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998;317:637-642.

57. **Harbarth S, Albrich W, Brun-Buisson C.** Outpatient antibiotic use and prevalence of antibiotic-resistant pneumococci in France and Germany: a sociocultural perspective. *Emerg Infect Dis* 2002;8(12):1460-1467.
58. **Vega A.** Les déterminants de la décision médicale : un point de vue sociologique. *Médecine* 2009;5(6):282-286.
59. **Murlow CD, Cook DJ, Davidoff F.** Systematic reviews: critical links in the great chain of evidence. *Ann Intern Med* 1997;126(5):389-391.
60. **Prescrire Redaction.** Discerner les éléments d'information. *La Revue Prescrire* 2008;28(298):585-614
61. **Cook DJ, Murlow CD, Haynes RB.** Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Intern Med* 1997;126(5):376-380.
62. **Coeuriot E.** Les différentes sources d'informations sur le médicament destinées aux professionnels de santé. Etat des lieux. Thèse d'exercice de pharmacie. Lille : Université Lille 2– Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques de Lille, 2010. 97 f.
63. **WHO.** Ethical criteria for medicinal drug promotion World Health Organization. Geneva; 1988:20.
64. **Délégué médical.** Représentant médical- V.S [Internet]. [cited 2018 Mai 27]. Available from: [Pharmapro.ch/fr/N 16677/a-med.html](http://Pharmapro.ch/fr/N_16677/a-med.html).
65. **Accueil B.** Les entreprises du médicament [Internet]. [cited 2018 Mai 27]. Available from: www.LEEM.org.
66. **C M.** La visite médicale une promotion très encadrée. *Actual Pharm.* 2009;48:57–8.
67. **Foisset E.** étude de l'impact de la visite medicale sur la qualite des prescriptions des medecins généralistes bretons. [Thèse de médecine] Université de Bretagne occidentale Brest; 2012:1-197.
68. **Steinbrook R.** Commercial Support and Continuing Medical Education. *N. Engl. J. Med.* 2005:534–5.
69. **Leach DC.** In search of coherence: A view from the accreditation council for graduate medical education. *J. Contin. Educ. Health Prof.* 2005;doi.org/10.1002/chp.24.
70. **Boissel JP, Ferry S.** L'information sur le médicament en France: approche subjective. *Rev Prat* 1983; 33: 37-44.
71. **Gaedeke RM, Tootelian DH, Sanders EE.** Value of services provided by pharmaceutical companies: perceptions of physicians and pharmaceutical sales representatives. *Health Mark Q* 1999; 17: 23-31.
72. **Chabrun RC.** L'industrie pharmaceutique entre mondialisation et assurance maladie. *Concours Med* 1997: 119-35.
73. **Harboun C.** Le marketing pharmaceutique. Paris: Eska, 1995.

74. **Salaheddine R.** L'information pharmaco-thérapeutique. Sousse : Faculté de médecine « Ibn El Jazzar », 1991.
75. **Bader JP.** Réflexions sur le bon usage du médicament III. Concours Med 1995: 117-24.
76. **Kobryner A.** Le médecin généraliste et la prescription médicamenteuse. Nancy: Faculté de Médecine, 1993.
77. **Deghaye D.** Visite médicale et aspects économiques du médicament. Paris: John Libbey Eurotext, 1993.
78. **Ferguson RP, Rhim E, Belizaire W, Egede L, Carter K, Lansdale T.** Encounters with pharmaceutical sales representatives among practicing internists. Am J Med 1999; 107: 149-52.
79. **Schwartz RK, Soumerai SB, Avorn J.** Physician motivations for non scientific drug prescribing. Soc Sci Med 1989; 28: 577-82.
80. **Reveilleau S, Boissel JP, Alamertery Y.** Do prescribes know the results of key clinical trials? Fundam Clin Pharmacol 1991; 5: 265-73.
81. **Figon G, Boissel JP, Peyieux JC and the GEP.** Doctors perception of pertinent information: results of a survey of a random sample of French general practionners. Eur J Clin Pharmacol 1992;4.
82. **Courant F.** Les trois quarts des généralistes jugent essentiel le rôle des visiteurs médicaux. Quotid Med 2007;5.
83. **Kelcher S, Brownoff R, Meadows LM.** Structured approach to pharmaceutical representatives. Family medicine residency program. Can Fam Physician 1998; 44: 1053-6, 1059-60.
84. **Schilliger P.** Nécessité de l'indépendance : quelle indépendance ? Thérapie 1996;51: 290-1.
85. **Lexchin J.** What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? Can Fam Physician 1997; 43: 941-5.
86. **Anonyme.** Visite médicale : le bilan accablant du réseau d'observation de la revue prescrire. Rev prescrire 1999; 19: 226-31.
87. **Mejia R, Avalos A.** Printed material distributed by pharmaceutical propaganda agents. Medicina (B Aires) 2001; 61: 315-8.
88. **Ziegler MG, Lew P, Singer BC.** The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. Jama 1995; 273: 1296-8.
89. **Lexchin J.** What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? Can Fam Physician 1997; 43: 941-5.

90. Lucien C. L'apport des visiteurs médicaux dans l'information médicale : un an d'expérience à l'hôpital Antoine Charial. Lyon: Faculté de Pharmacie Lyon 1, 1996.

ANNEXES

Fiche d'enquête

1. Caractéristiques des prescripteurs

Sexe..... 1. Masculin ; 2. Féminin

Âge en année

La Qualité ?

Médecin généraliste

Médecin spécialiste

Sage-femme

Infirmiers

Dentiste

Type d'activité 1. Rural ; 2. Semi-rural ;

Ancienneté Ans

Résidence 1. Kalaban-coro; 2. Hors Kalaban-coro

Organisation de travail 1. Seul ; 2. Médecins associés

Zone d'exercice 1. Permanent; 2. Remplacements

Activités salariées hors cabinet libéral 1. Oui ; 2. Non

Équipé d'un logiciel d'aide à la prescription (LAP) 1. Oui ; 2. Non.

Participation régulière à des Formations Médicales Continues 1. Oui ; 2. Non

Participation régulière à des groupes de Pairs..... 1. Oui ; 2. Non.

Si oui, fréquence par mois

Participation à des échanges de groupe scientifique..... 1. Oui ; 2. Non.

Si oui, fréquence par mois

Abonnement à des revues médicales payantes 1. Oui ; 2. Non.

Temps de consultation moyen en min

Nombre de patient vu par jour en moyenne

Nombre de demi-journées d'activité en tant que soignant (libérale et autres) par semaine ?.....

2. Ampleur de la visite des délégués médicaux

Recevez-vous des visiteurs médicaux..... 1. Oui ; 2. Non.

Si oui, fréquence par jour.....

Combien de visiteurs médicaux recevez-vous par semaine.....

Est-ce sur des plages de rendez-vous réservées ? 1. Oui ; 2. Non, à n'importe quel moment

Chaque délégué passe combien de temps ?minutes

Les délégués passent combien de jour dans la semaine ?.....

Les délégués sont de quelles firmes ?.....

3. Attitudes des médecins généralistes à l'égard de ces visiteurs médicaux

Utilisation d'internet à la recherche d'informations médicales..... 1. Jamais ; 2. Rarement ; 3. Parfois. 4. souvent

Demandez-vous des conseils (de manière orale) à d'autres médecins (confrères généralistes ou spécialistes) 1. Jamais ; 2. Rarement ; 3. Parfois. 4. souvent

Lecture des revues médicales gratuites 1. Oui ; 2. Non.

– Si oui combien.....

– Quelle crédibilité scientifique accordez-vous à cette source d'information /10

Le rôle du visiteur médical est-il important pour vous dans la présentation des nouveaux médicaments ? 1. Oui ; 2. Non.

Cette compétence a-t-elle été acquise lors d'une formation ? 1. Oui ; 2. Non.

Participation à la filière universitaire de médecine générale 1. Oui ; 2. Non

Si oui, statut..... 1. Enseignant, 2. Maître assistant 3. Autre

Participation à des repas organisés par les laboratoires pharmaceutiques..... 1. Oui ; 2. Non.

Si oui, fréquence par mois.....

Participation à des congrès organisés par les laboratoires pharmaceutiques.... 1. Oui ; 2. Non,

Si oui, fréquence par mois.....

Sur quelle échelle pensez-vous que cette information influence vos prescriptions ? /10

Type de médicament prescrit..... 1. DCI ; 2. Marques génériques ; 3. Spécialité

4. Qualité de l'information pharmaceutique délivrée par ces visiteurs

Guidez-vous vous-même l'entretien..... 1. Oui ; 2. Non.

Le côté humain du visiteur médical est-il un plus pour vous..... 1. Oui ; 2. Non.

Trouvez-vous utiles les échantillons de produits donnés par les visiteurs médicaux..... 1. Oui ; 2. Non.

En général, comment évaluez-vous la qualité scientifique des renseignements présentés par le visiteur médical ? 1. Bonne ; 2. Moyenne ; 3. Mauvaise

En général, comment évaluez-vous l'objectivité des renseignements présentés par le visiteur médical ? 1. Bonne ; 2. Moyenne ; 3. Mauvaise

Vous sentez-vous aujourd'hui formé pour pouvoir juger la qualité scientifique du discours des visiteurs médicaux ? 1. Oui ; 2. Non.

Avez-vous reçu une formation à la lecture critique d'article..... 1. Oui ; 2. Non.

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

- Demandez-vous le SMR (Service Médical Rendu) du produit présenté ? 1. Oui ; 2. Non
- Demandez-vous l'ASMR (Amélioration du Service Médical Rendu) du produit présenté ? 1. Oui ; 2. Non
- Demandez-vous les effets indésirables du produit présenté ? 1. Oui ; 2. Non
- Demandez-vous les contre-indications du produit présenté ? 1. Oui ; 2. Non

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

- 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)
- Rien

Fiche signalétique

Nom : TRAORE

Prénoms : Awa Tonko

Mail : awatonkotraore@gmail.com

Titre de la thèse : Contribution des visiteurs médicaux dans l'information pharmaceutique des prescripteurs de la commune rurale de Kalaban-Coro (Kati)

Année de soutenance : 2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Pharmacie

Secteur d'intérêt : Gestion pharmaceutique

Résumé :

Introduction : La décision médicale de prescrire un médicament est un processus très complexe, basé sur le savoir médical et l'expérience professionnelle, il s'inscrit dans une logique socio-économique, législative et un contexte culturel, sans oublier ses spécificités d'une création artisanale et poétique

Objectif : Étudier la place des visiteurs médicaux dans l'information pharmaceutique des prescripteurs de la commune rurale de Kalaban-coro

Méthodologie : Notre étude a été réalisée dans les centres de santé communautaire (CScom) de la commune rurale de Kalaban-coro, il s'est agi d'une étude transversale à caractère descriptif portant sur la contribution des visiteurs médicaux dans l'information pharmaceutique des prescripteurs de la commune

Résultats : Les prescripteurs de sexe féminin ont été avec 60% des cas les plus représentés soit un sexe-ratio (M/F) de 0,67, la moyenne d'âge a été de $37,07 \pm 6,42$ ans avec des extrêmes de 20 et 61 ans. Plus de la moitié des prescripteurs soit 74,3% exerçaient en milieu rural. Plus de la moitié (57,1%) des prescripteurs ont affirmé suivre des formations médicales continues, 34,3% des cas les prescripteurs ont affirmé participer régulièrement à des groupes de pairs et 11,4% ont affirmé avoir des abonnements à des revues médicales payantes. Dans 92,9% des cas nos enquêtés ont affirmé recevoir des visiteurs médicaux et l'AIPP et la Daffra ont été les firmes les plus citées. Dans 18,6% des cas nos prescripteurs ont affirmé avoir acquis des compétences lors des formations. Dans 28,6% des cas, les prescripteurs ont affirmé participer à des congrès organisés par les laboratoires pharmaceutiques et prescripteurs ont affirmé être influencés par les orientations des visiteurs médicaux dans 54,4%

Conclusion : Au terme de cette étude nous pouvons conclure que les visites des délégués médicaux occupent une place importante dans l'information thérapeutique des prescripteurs qui les perçoivent positivement

Mots clés : visiteurs médicaux, prescripteurs, commune rurale

SERMENT DE GALIEN



Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples.

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels ;

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !